

& GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

04 Klimaatverandering en engagement

30 Toegankelijkheid van het zorgtraject rond een bevalling

58 Trends in het geneesmiddelengebruik
bij kinderen jonger dan 18 jaar

12 Maak van gezondheid
een politieke zaak

januari 2025

Maak van gezondheid een politieke zaak

Editio



Doorgaans denken we dat politiek een concept is dat gaat over verkozenen, hun debatten in het parlement of op televisie, en dat het algemeen slaat op de manier waarop overheidsinstanties handelen. We spreken dan over ‘deze of gene beleidsmaatregel in het onderwijs’, ‘de politieke programma’s van partijen’, of ‘de politieke spelletjes’. Het is trouwens ook gangbaar om te willen ‘depolitiseren’. Dit zou getuigen van deugdzaamheid. ‘Benoemingen depolitiseren’, of ‘de administratie depolitiseren’. Dit idee hangt nauw samen met de participatie en haar wisselvalligheden.

Nochtans bestaat er nog een andere visie op politiek, namelijk de meer fundamentele opvatting dat politiek gaat over macht en de uitdrukking ervan. Zich interesseren voor politiek is dan kijken naar de manier waarop ons dagelijks gedrag wordt gereguleerd, gestructureerd en vormgegeven. In deze opvatting, in detail uitgewerkt door de filosoof Michel Foucault, omvat politiek meer dan de gangbare aspecten die bijvoorbeeld met partijen te maken hebben. Het gaat dan zowel om de manier waarop overheden het actieterrain van burgers structureren, als om de manier waarop burgers dagelijks machtsrelaties met elkaar aangaan. In plaats van vast te houden aan een institutioneel of partijpolitiek beeld van politiek, wordt ‘politiek’ gezien als een vorm van macht die wordt uitgeoefend en uitgedrukt. Zich interesseren voor deze opvatting is relevant bij het lezen van de

artikels in dit nummer van *Gezondheid & Samenleving*. Het laat immers toe om naar waarde te schatten hoe ze ertoe bijdragen om van het domein gezondheidszorg terug een politieke zaak te maken. Met andere woorden, om te kijken naar de machtsverhoudingen die er spelen, de ongelijkheden die er tot uiting komen en de drijfveren achter de kenmerkende manieren van handelen.

De drijfveren achter manieren van handelen staan precies centraal in het artikel *Klimaatverandering en engagement*. Hierin werpen we een nieuw licht op het drieluid ‘kennis – bezorgdheid – actie’, als het gaat om de gevolgen van klimaatverandering. Onze analyses zijn gebaseerd op de antwoorden op een vragenlijst die op grote schaal is verspreid. De resultaten tonen dat het wellicht niet volstaat om burgers te informeren over de omvang van de klimaatverandering om hen aan te zetten tot aangepast gedrag op dit vlak, net zoals het wijzen op ongezond gedrag ongetwijfeld niet volstaat opdat een samenleving het automatisch achterwege zou laten. Maar een van de meest opvallende resultaten van onze studie is dat mensen die op economisch of gezondheidsvlak kwetsbaarder zijn, enerzijds minder goed geïnformeerd lijken te zijn over klimaatverandering, maar anderzijds wel een grotere bezorgdheid tonen dan meer goeie mensen. Deze vaststelling zou belangrijke gevolgen moeten hebben voor de manier waarop het klimaatveranderingsbeleid wordt uitgewerkt. Ze zou tevens belangrijke vragen moeten oproepen als het gaat om het identificeren van de hefboomen voor diepgaande verandering die collectief gedragen en aanvaard zijn. In het bijzonder concluderen we dat als de gevolgen van klimaatverandering ook gezondheidsaspecten omvatten, er allicht een belangrijke rol is weggelegd voor de mutualiteiten: informatie verspreiden, het debat stimuleren, populariseren, verbinden, actie collectiviseren, enz. Kortom, het politieke veld betreden.

Bovendien, als we alle mechanismen (reglementair, technologisch, zelfs architecturaal) die ons gedrag structureren als politiek beschouwen, dan blijkt ook het onderwerp van de studie *De toegankelijkheid van het zorgtraject rond een bevalling*, bij uitstek politiek te zijn. Het betreft een kwantitatieve studie op basis van een vragenlijst die door meer dan 2.900 moeders werd ingevuld, in combinatie met facturatiegegevens waarover CM beschikt. Ze beschrijft de verschillen in het pre- en postnatale traject dat vrouwen ervaren, afhankelijk van de kaders die hen worden opgelegd – meer bepaald volgens hun sociaal-economisch niveau. Hoewel ons sociaalzekerheidssysteem ontegensprekelijk performant is, kan toch vastgesteld worden dat die kaders in een ongelijke samenleving verschillende structuren, uitvoeringen en effecten hebben. Zo blijkt een vrouw met recht op de verhoogde tegemoetkoming haar bevalling op een gans andere manier te ervaren dan een vrouw die het financieel beter heeft. Een korter ziekenhuisverblijf, beperktere postnatale zorg en een grotere relatieve financiële last. Politiek, in de Foucaultiaanse betekenis van het woord, komt tot uiting en wordt geanalyseerd tot in de kraamafdeling.

Tot slot leveren we in dit nummer ook een bijdrage aan de fase voorafgaand aan elke intrede in de politiek: documentatie. Als we willen begrijpen wat de drijfveren zijn achter de manier waarop we geneesmiddelen gebruiken, en hoe deze passen in een regelgevend en maatschappelijk kader, moeten we eerst en vooral veranderingen in geneesmiddelengebruik in de loop van de tijd monitoren, beschrijven en documenteren. Passend binnen deze logica, geeft het artikel *Trends in het gebruik van geneesmiddelen bij kinderen jonger dan 18 jaar*, gebaseerd op CM-facturatiegegevens van 2013 tot 2023, antwoord op drie vragen: (1) Wat is de trend in het geneesmiddelenge-

bruik door jongeren onder de 18 jaar? (2) Welke geneesmiddelen worden het meest gebruikt, afhankelijk van de leeftijd? en (3) Zijn deze geneesmiddelen geregistreerd als geschikt voor gebruik door kinderen? Twee resultaten verdienen in het bijzonder onze aandacht. Vooreerst is de vastgestelde toename in het gebruik van geneesmiddelen bij psychische stoornissen verontrustend. In de toekomst is verder onderzoek nodig om deze toename verder te detailleren en de achterliggende redenen te begrijpen. Verder roept ook de afname in het gebruik van de anticonceptiepil onder jongeren vragen op. Het zal belangrijk zijn om deze vaststelling verder te duiden binnen de bredere context van de anticonceptiemethoden die jongeren gebruiken, hun gedragingen en hun seksuele gezondheid. En meer in het algemeen zal het, gezien deze cijfers, in de toekomst nuttig zijn om deze resultaten in het collectieve - en dus politieke - domein van gezondheid te plaatsen. De gegevens in dit artikel vragen om verder werk.

Het woord 'politiek' heeft een slechte bijklank. Volgens sommigen moet alles gedepolitiseerd worden. Dit is trouwens een algemeen waargenomen trend nu een zogenaamd neutraal managementvocabulaire zich in vele domeinen van de samenleving verspreidt. En toch, zichzelf dwingen om vraagstukken – zelfs de meest technische – met een politieke bril te lezen, laat toe ze vanuit een andere invalshoek te belichten en de nadruk te leggen op de principes die worden uitgedrukt, de machtsverhoudingen die er spelen en de ongelijkheden die ze aan het licht brengen. Dit kan ons alleen maar aanmoedigen om een politieke analyse van gezondheid na te streven.

Nicolas Rossignol
Verantwoordelijke Studiedienst CM-MC

Klimaatverandering en engagement

Onderzoek naar de relatie tussen kennis, houdingen en bezorgdheid over klimaatverandering bij CM-leden, en de impact op actie en engagement om klimaatvriendelijker te handelen

Ann Morissens, Stijn Vos, Mattias Van Hulle — Studiedienst CM-MC

Met dank aan Hervé Avalosse en H  l  ne Henry

Samenvatting

De klimaatverandering vormt een uitdaging voor onze planeet en haar inwoners, maar ook voor beleidsmakers. Een krachtig beleid is nodig om de gevolgen ervan beheersbaar te houden. Dit vereist draagvlak bij de bevolking, alsook individuele handelingsbereidheid.

In deze studie onderzochten we de kennis, houdingen en bezorgdheden tegenover klimaatverandering en de mogelijke gevolgen ervan. Hiertoe analyseerden we de gegevens van een online enquête die begin 2024 bij CM-leden werd afgenomen. We toonden aan dat meer kennis over klimaatverandering geassocieerd is met grotere bezorgdheden, onafhankelijk van verschillende demografische en socio-economische factoren.

Als gezondheidsfonds wilden we ook kijken naar de manier waarop de gezondheidsdimensie hier een rol speelt. De gepercipieerde gezondheidsgevolgen van de klimaatverandering lijken een belangrijke factor van bezorgdheid, vooral voor mensen met een chronisch gezondheidsprobleem.

Een van de opvallendste resultaten van ons onderzoek is dat, ondanks het feit dat mensen met financiële en gezondheidsgerelateerde uitdagingen lager scoren op kennis, hun bezorgdheid groter blijkt dan bij de meer begoede personen. Deze bevinding is relatief nieuw en heeft belangrijke implicaties voor de manier waarop het beleid rond klimaatverandering moet worden vormgegeven.

Sleutelwoorden: Klimaatverandering, leefomgeving, bezorgdheid, enquête, kwantitatieve studie

Inleiding

De klimaatverandering is allerminst een nieuw gegeven. Al jaren worden talrijke rapporten gepubliceerd waarin klimaatwetenschappers aansporen om dringend actie te ondernemen. Initieel stelden ze als concreet doel om de globale opwarming te beperken tot 1,5°C, zoals in 2015 vastgelegd in het Klimaatverdrag van Parijs (IPCC, 2018). Intussen werd duidelijk dat dit doel niet langer plausibel is. Zo bereiken ons alarmerende berichten over de opwarming in Europa die zich veel sneller ontwikkelt dan verwacht. Na de recordtemperaturen in 2023, zagen we in 2024 opnieuw warmterecords verbroken en stelden we daarbovenop vast dat ook de temperatuur van de oceanen hoger wordt (Copernicus Climate Change Services, 2024). Terwijl in meerdere delen van de wereld de hittereconds sneuvelden, werd ons land in 2024 geconfronteerd met zeer wisselvallige en extreme weersomstandigheden, en bijzonder veel neerslag – eveneens gevolgen van klimaatverandering.

De klimaatrapporten van onder meer het IPCC waarschuwen daarbij steeds nadrukkelijker voor de natuurlijke, materiële, economische, en financiële impact van de klimaatverandering. En ook de gezondheidsgevolgen kregen de voorbije jaren meer aandacht (Rocque et al., 2021; Romanello et al., 2022). Die gevolgen lijken tevens steeds tastbaarder te worden. Eén recent voorbeeld in eigen land is de overstroming van de Vesder in 2021. Met 39 te betreuren doden bleek de acute slotsom desastreus, en ook de nasleep van de gebeurtenis was uiterst impactvol. Er werd ruim 2,5 miljard euro aan materiële schade berekend, en daarbovenop is geweten dat personen die een overstroming overleven een hogere kans lopen op infectieziekten en op maag- en darminfecties (Mulder, et al., 2019). De overstroming van 2021 is een specifiek en ontwrichtend voorbeeld, maar helaas slechts één van de vele manieren waarop de klimaatverandering zich concreet kan uiten in ons land.

Er wordt aangenomen dat we alleen al in België een algemene toename zullen meemaken van het aantal infectieziekten, allergieën, en ziekte door hitte als rechtstreekse gevolgen van het veranderende klimaat (Van de Vel, et al., 2021). Op internationale schaal wordt die lijst nog verder aangevuld met een verwachte verhoging van sterftecijfers en van respiratoire, cardiovasculaire en neurologische aandoeningen (Rocque, et al., 2021). Door deze prognoses beschrijft de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) klimaatverandering als 'de grootste uitdaging voor de ge-

zondheid van de mensheid in de 21^{ste} eeuw' (WGO, 2018). In 2021 publiceerde de *Lancet* een open brief geschreven door de uitgevers van enkele prominente gezondheidstijdschriften. Ze beschreven een 'code rood voor de toekomst van onze gezondheid', en riepen beleidsmakers op om zo snel mogelijk werk te maken van doortastende maatregelen die de klimaatverandering tegenhouden (Romanello & et al, 2022).

Die maatregelen bleken zich tot dusver vooral toe te spitsen op bewustmaking en het informeren van de bevolking. Overheden in ons land werkten de voorbije jaren samen met wetenschappelijke instituten, middenveldorganisaties en private actoren. Samen lanceerden ze websites (Klimaat.be), bewustmakingscampagnes (*Dikke truiendag*), gedragsveranderingscampagnes (*Klimaatwijken*), tentoonstellingen (*SOS-Planet*), brochures en educatief materiaal (*Het Klimaat, dat zijn wij*). Het is een beleidsbenadering die kadert binnen wat communicatiewetenschappers het 'informatiedeficit-model' noemen, waarbij individuele burgers impliciet worden opgevat als passieve 'informatieconsumenten', die geacht worden betere beslissingen te kunnen nemen naarmate ze meer en beter geïnformeerd worden (Irwin, 2014). Scherper gesteld, er werd verondersteld dat bewustmaking uiteindelijk zou resulteren in gedragsverandering, wat op haar beurt zou uitmonden in een stelselmatige verbetering van het probleem.

Vandaag kunnen we echter vaststellen dat dit niet het geval is. Enerzijds blijkt het thema klimaatverandering inderdaad goed gekend te zijn. Uit een klimaatenquête van de Europese Investeringsbank (EIB) blijkt dat 82% van de ondervraagde respondenten klimaatverandering en de gevolgen ervan zelfs beschouwen als de grootste uitdaging van de mensheid in de 21^{ste} eeuw (Parijs & Smit, 2021). Maar tegelijkertijd dienen we ook vast te stellen dat verregaande veranderingen en grootschalige omwentelingen vooralsnog uitblijven. In de woorden van filosoof en wetenschapssocioloog Bruno Latour kunnen we "de huidige situatie samenvatten door te zeggen dat iedereen ondertussen weet dat besluitvolle actie nodig is om een catastrofe te voorkomen, maar dat zowel de motivatie als de richting ontbreken die ons in staat stellen om te handelen" (Latour & Schultz, 2022, p.17, eigen vertaling).

Die vaststelling vormt vandaag één van de hete hangijzers in de context van klimaatverandering: hoe verhoudt kennis zich tot engagement en actie (De Meyer, Coren, McCaffrey, & Slean, 2021)? Eind september 2024 werd hieromtrent een grootschalig evenement georganiseerd in de Solvay Bibliotheek te Brussel. Journalisten, communicatie-experts,

klimaatwetenschappers en andere onderzoekers bogen zich over de vraag of klimaatcommunicatie worstelt met een ‘slecht nieuws-probleem’, en gaven aan dat er meer aandacht moet gaan naar de vraag hoe bewustwording in verband kan staan met meer duurzame handelingspatronen (Vattenfall, 2024). Ook binnen de wetenschappelijke literatuur kennen thema’s als communicatie en kennisoverdracht over klimaatverandering de laatste jaren een opvallende toename aan aandacht (Guenther, Jörges, Mahl, & Brüggeman, 2024). Toch is er nog geen eenduidig antwoord op de vraag over de manier waarop die klimaatkennis zich vervolgens verhoudt tot opvattingen, houdingen en engagement.

Daarom is het nodig om, ten eerste, wat meer inzicht te verschaffen in de complexe wijze waarop kennis, houdingen en bezorgdheid zich tot elkaar verhouden. Ook de manier, ten tweede, waarop al die factoren gerelateerd zijn aan persoonlijk engagement en het (willen) overgaan tot actie, willen we in deze studie van naderbij bekijken. Psychologisch onderzoek bracht deze thema’s los van elkaar uiteraard al uitgebreid in beeld. Maar onderzoek naar de samenhang van al deze factoren binnen de specifieke context van klimaatverandering blijkt nog veelal onontgonnen gebied. Zo schrijven Zwickle en Jones (2018) dat het gros van klimaat- of duurzaamheidsonderzoek voornamelijk waarneembaar gedrag in kaart brengt, maar slechts zelden peilt naar de zogenaamde ‘latente krachten’ die samenhangen met beslissingen en gedrag. Volgens de auteurs is dit te wijten aan het feit dat rechtstreeks waarneembare handelingen makkelijker te meten zijn dan aspecten als kennis, houdingen en bezorgdheden.

1. Van kennis naar engagement: complexer dan het lijkt

1.1. Kennis, houdingen en bezorgdheid

Een belangrijke doelstelling van deze studie is **ten eerste** polsen naar **kennis van en houdingen tegenover** klimaatverandering en haar gevolgen. Vervolgens willen we na gaan hoe die variabelen **samenhangen met bezorgdheid** over klimaatverandering.

Kennis en houdingen werden al ruimschoots in kaart gebracht in voorgaand onderzoek. Internationale studies

wijzen op een dalende trend van het aantal personen dat de klimaatverandering absoluut ontkent (Milfont, Zubielevitch, & Milojev, 2021), al zou er wel nog een significante groep personen zijn die ontkent dat de oorzaak van menselijke aard is, en die gelooft dat de gevolgen ervan niet schadelijk zullen zijn (Leiserowitz, et al., 2023; Sorvali, Kaseva, & Peltonen-Sainio, 2021). In België blijkt dit echter een sterke minderheid te zijn. Op aanvraag van het Departement Volksgezondheid en Leefmilieu van de Federale Overheid werd in 2013 een laatste van in totaal drie studies gepubliceerd die de kennis en de emoties ten aanzien van klimaatverandering in kaart brachten bij de Belgische bevolking. In deze bevraging geeft 80% van de respondenten aan bezorgd te zijn over klimaatverandering. Slechts 12% ziet het als een zuiver natuurlijk proces, en 7% beweert dat er helemaal geen klimaatverandering plaatsvindt (Dienst Klimaatverandering, 2013).

In navolging van deze inzichten trachtten we met onze enquête volgende vragen te beantwoorden:

- Welke zijn de opvattingen en houdingen van de respondenten tegenover klimaatverandering?
- In welke mate zijn de respondenten op de hoogte van de verschillende mogelijke gevolgen van klimaatverandering (kennis)?

Wanneer het gaat om opvattingen, speelt de sociale context uiteraard een belangrijke rol. Zo kan het besef of het groter inschatten van de groep personen die niet in klimaatverandering gelooft, of de gevolgen ervan minimaliseert, ertoe leiden dat zelfs personen die wel overtuigd zijn van klimaatverandering er toch voor kiezen het onderwerp niet aan te snijden in gesprekken (Geiger and Swim, 2016). Dit wordt ook wel het ‘*self-silencing*’ effect genoemd (Geiger and Swim, 2016). Nochtans toont heel wat literatuur aan dat gesprekken en communicatie over klimaatverandering kunnen bijdragen tot kennis, vertrouwen en ‘*agency*’ – oftewel de handelingsmogelijkheid die een individu ervaart (Beery et al., 2021; Ettinger, McGivern, et al., 2023; Kelly et al., 2020). Dit kan op zijn beurt de lokale ervaringen van mensen en gemeenschappen verbinden met wetenschappelijke inzichten, en op die manier een beter begrip cultiveren over het thema. Kennis over klimaatverandering verhoogt namelijk de bereidheid en de individuele mogelijkheid om op een comfortabele wijze gesprekken over klimaatverandering aan te gaan (Geiger et al. 2017, Beery et al. 2021).

Uit eerder onderzoek blijkt verder ook dat kennis doorgaans positief geassocieerd is met risicoperceptie en bezorgdheid (Milfont, 2012). Op basis hiervan verwachten we

dat hoe hoger de kennis is over klimaatverandering en de mogelijke gevolgen ervan, hoe groter de bezorgdheid zal zijn. Eerder onderzoek toonde inderdaad aan dat mensen meer bezorgd zijn over klimaatverandering wanneer ze van mening zijn dat menselijke activiteiten de oorzaak zijn (Lee et al., 2015; Shi et al., 2016). Ze zijn eveneens meer ontvankelijk voor informatie en aanbevelingen wanneer ze ervan overtuigd zijn dat de gevolgen van de klimaatverandering ernstig zullen zijn (Mayer & Smith, 2018).

Daarom willen we vervolgens ook bevragen:

- Welke zijn de associaties tussen enerzijds (verschillende soorten van) kennis over klimaatverandering, en anderzijds houdingen en bezorgdheid over klimaat?

1.2. De relatie met engagement

In tweede instantie willen we kijken naar de wijze waarop **bovenstaande factoren** gerelateerd zijn aan persoonlijk **engagement** en het (willen) overgaan tot actie.

Logischerwijs zouden we verwachten dat meer kennis over klimaatverandering leidt tot een toenemend risicobewustzijn, en dus tot een grotere handelingsbereidheid bij het grote publiek. Daarmee wordt een persoonlijke connectie bedoeld met het thema klimaatverandering die zowel cognitieve, affectieve als gedragsaspecten omvat (Kumpu, 2022). Voorgaand onderzoek bevestigt het verband tussen kennis, risicobewustzijn en handelingsbereidheid (Van Valkengoed, Perlaviciute & Steg, 2024). De verklaring lijkt evident: wie niet gelooft dat er een klimaatverandering is, zal meer dan waarschijnlijk ook geen klimaatvriendelijk gedrag stellen, en *vice versa*. Anders gesteld, houdingen zouden in theorie moeten gerelateerd zijn aan iemands gedrag.

Toch stellen we vast dat het in de praktijk vaak complexer is. Vanuit psychologisch oogpunt zijn daar verschillende verklaringen voor. Communicatie over klimaatverandering kent niet zelden een uitgesproken pessimistische toon. Naar schatting zou 98% van de nieuwsberichten over het thema uitgesproken negatief van aard zijn (De Meyer, Corren, McCaffrey, & Sleat, 2021). Klimaatverandering kan zo gevoelens van angst en zelfs van schuld aanwakkeren. Een zekere dosis angst en schuldgevoel kan resulteren in positieve actie ten aanzien van het probleem. Maar het kan er echter ook toe leiden dat mensen zich afsluiten van de problematiek, om zichzelf emotioneel te beschermen. Een specifiek gevolg van deze laatste reactie is dat gedragsverandering onwaarschijnlijk wordt (Clayton, 2024).

Onderzoekers Pepermans en Maesele (2017) distilleerden uit voorgaand onderzoek nog enkele bijkomende barrières die de stap van kennis naar engagement in de weg kunnen staan. Vooreerst beschrijven ze spatiale en temporele afstand tot de gepercipieerde gevolgen van klimaatverandering. Volgens een bevraging van de Dienst Klimaatverandering uit 2013 bleek dat een meerderheid van de Belgen niet verwacht dat klimaatverandering een impact zal hebben op hun dagelijkse leven (Dienst Klimaatverandering, 2013). Daarnaast speelt ook een gebrek aan kennis over de oorzaken, spanwijdte en urgentie van klimaatverandering mee, stellen de onderzoekers. Ze verwijzen naar de vernoemde bevraging uit 2013 waaruit onder andere blijkt dat slechts een minderheid van de bevolking erkent dat vleesconsumptie bijdraagt aan klimaatverandering.

Een derde barrière geïdentificeerd door Pepermans en Maesele (2017) is 'identiteit en wereldvisie'. Daarmee doelen ze op een associatie tussen ideologische denkbepelden en klimaatpercepties. Meer specifiek geven ze aan dat mensen met meer uitgesproken conservatieve, individualistische en autoritaire wereldvisies minder snel geneigd zouden zijn om aan te nemen dat antropogene klimaatverandering plaatsvindt, die dus direct of indirect door mensen wordt veroorzaakt of beïnvloed. Ook zouden ze klimaatverandering minder ernstig nemen, en dus minder geneigd zijn om tot actie over te gaan. Ten vierde zou ook een gevoel van machteloosheid meespelen. Dit kan twee vormen aannemen: een gevoel beleid en organisaties niet te kunnen beïnvloeden om (collectieve) actie te ondernemen, of een gevoel dat deze onbekwaam zijn om doortastende actie te ondernemen. Tot slot stellen de onderzoekers ook dat sociale structuren en/of routine een rol spelen. Daarmee doelen ze op de stelling dat mensen wiens dagelijkse realiteit hen minder in staat stelt om duurzame gedragingen of acties te stellen, makkelijk zullen overgaan tot het 'negeren' van informatie over klimaatverandering.

Het overstijgt de scope van de huidige studie om specifieke barrières te differentiëren en te conceptualiseren op de manier zoals Pepermans en Maesele dat in hun studie deden. Maar geïnspireerd door dat vorig onderzoek willen we wel op zoek gaan naar de wijze waarop verschillende vormen van kennis, houdingen en bezorgdheid statistisch al dan niet samenhangen met engagement en actiebereidheid. Op die manier kunnen we een stap zetten in het verkrijgen van meer inzichten over de complexe relatie tussen al deze variabelen. Daarom zullen we specifiek op zoek gaan naar een antwoord op de volgende vraag:

- In welke mate dragen (verschillende vormen van) kennis, houdingen en bezorgdheid bij tot persoonlijk engagement om klimaatvriendelijk gedrag te stellen?

1.3. Groepen met gezondheids- en socio-economische uitdagingen

We willen tot slot ook nog even stilstaan bij de laatst geformuleerde barrière van Pepermans en Maesele (2017). Volgens de onderzoekers zouden bepaalde groepen zich namelijk minder aangesproken voelen door informatie over klimaatverandering.

Over het algemeen werd in de literatuur nog niet erg veel aandacht besteed aan verschillen tussen groepen inzake klimaatkennis en -engagement. In het weinige onderzoek dat al gedaan werd, onderstreepten de auteurs wel het belang om hier meer op in te gaan. Zo schrijven Kirby en Zwickle (2021) bijvoorbeeld dat universiteitsstudenten significant meer duurzaamheidsgedragingen, sterkere opvattingen en een hogere kennisgraad rapporteren in vergelijking met een algemene steekproef uit de bredere bevolking. De algemene conclusie luidt dan ook dat (socio-)demografische variabelen belangrijk en inzichtrijk zijn om mee te nemen in studies over klimaatkennis en -engagement.

Wij willen in deze analyse specifiek twee groepen uitlechten die extra kwetsbaar zijn voor klimaatverandering: **mensen die aangeven gezondheidsproblemen te hebben en mensen die aangeven moeilijk rond te komen**. De groep met gezondheidsproblemen is kwetsbaarder ten aanzien van de hogere gezondheidsrisico's die klimaatverandering met zich meebrengt, zoals een hogere kans op infectieziekten, allergieën, en ziekte door hitte (Van de Vel et al., 2021). De tweede groep is dan weer kwetsbaarder omdat hun levensomstandigheden hen verhinderen om een prioriteit te maken van de klimaatproblematiek, terwijl ze tegelijkertijd een groter risico lopen om een impact te ervaren van de negatieve gevolgen. Deze groep woont bijvoorbeeld vaker in huizen die vatbaarder zijn voor de gevolgen van klimaatverandering. Zo kan een ondermaatse isolatie in de winter de energiekosten hoger doen oplopen, terwijl bij langdurige hitte in de zomer de woning niet tijdig afkoelt. De risico's bevinden zich op die manier zowel op gezondheids- als op financieel vlak, een combinatie die in de realiteit helaas vaak voorkomt.

Het lijkt ons dan ook uitermate belangrijk om in deze studie nog even te focussen op deze twee groepen. Ten eerste worden zij in het algemeen vaak ondervertegenwoordigd in onderzoek. Ten tweede worden onderwerpen als klimaatverandering, leefmilieu en biodiversiteit vaak gezien als thema's waar vooral meer gegoede personen mee bezig zijn. Veelgehoorde argumenten zijn dat mensen met beperkte financiële middelen of met gezondheidsuitdagingen vooral bezig zijn met overleven, niet de tijd of de energie hebben om aandacht te besteden aan klimaat, of er wel om geven maar niet als primaire bezorgdheid. Het is een argument waarvan we de echo's horen in de geformuleerde barrière van Pepermans en Maesele (2017). Toch zou het argument evenwel kunnen berusten op een vooroordeel. Zo lezen we in het tweejaarlijks rapport van het Steunpunt tot bestrijding van armoede: "Vaak horen we dat mensen in armoede niet om duurzaamheid geven, dat ze elk proberen te overleven en dat het daarbij blijft. Dat klopt hoege-naamd niet! We moeten onze plaats in dit debat opeisen en onze eigen bijdrage leveren. Wij weten immers waartoe het groeimodel leidt, want wij dragen er de gevolgen van en lijden eronder" (Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2019, p. 1).

Daarom willen we **ten derde** ook kijken naar de relatie tussen **kennis, houdingen en bezorgdheid** bij **personen met gezondheids- en financiële uitdagingen**, en nagaan hoe deze variabelen zich verhouden tot **engagement**. Specifiek zullen we het volgende statistisch trachten na te gaan:

- Zijn er verschillen tussen financieel kwetsbaren en niet-financieel kwetsbaren en tussen personen met een gezondheidsuitdaging en personen zonder gezondheidsuitdaging?

In het volgende deel lichten we de methode nauwgezet toe. We brengen gedetailleerd in kaart welke (socio-)demografische aspecten we hebben onderzocht, en op welke manier we de variabelen 'kennis', 'houdingen', 'bezorgdheid' en 'engagement' hebben ingevuld. Nadien volgen een uitgebreide bespreking van de belangrijkste resultaten en een discussie waarin we de resultaten synthetiseren en in verband brengen met de hierboven besproken literatuur. Het artikel sluit af met een reeks aanbevelingen.

2. Methode

2.1. Online vragenlijst

We organiseerden een **online bevraging** bij een gestratificeerde steekproef van CM-leden. In deze vragenlijst peilden we naar hun kennis en bezorgdheden over klimaatverandering en de gevolgen ervan. De vragenlijst werd opgesteld op basis van de onderzoeksvragen en doelstellingen van onze studie.

De uitnodiging met de link naar de online bevraging werd verstuurd op 7 februari 2024 naar 50.000 CM-leden tussen 18-85 jaar (30.000 Nederlandstaligen en 20.000 Franstaligen), met een herinneringsmail in de week van 19 februari.

De bevraging werd afgesloten op 5 maart 2024. De deelnemende leden kregen de nodige duiding en achtergrond over het onderzoek en gaven hun geïnformeerde toestemming. 910 personen vulden de vragenlijst volledig in.

2.2. Multivariate regressieanalyse

2.2.1. Operationalisering van de afhankelijke variabelen

Om na te gaan welke de factoren zijn die bijdragen aan iemands kennis of bezorgdheid, voerden we verschillende statistische analyses uit. Dit deden we aan de hand van verschillende regressiemodellen waarvoor we verschillende afhankelijke variabelen (scores) creëerden, gebaseerd op de antwoorden op een aantal vragen rond bezorgdheden, kennis en houdingen en persoonlijk engagement (zie Tabel 1).

Tabel 1: Samenstelling van de verschillende componenten (Bron: CM)

Componenten	Vragenlijst
Bezorgdheden	
Bezorgdheid over gevolgen van klimaatverandering <i>Score over verschillende items in de rechterkolom aan de hand van een Likertschaal van 1 (helemaal niet bezorgd) tot 5 (uiterst bezorgd)</i>	In welke mate ben je bezorgd over de mogelijke gevolgen van de klimaatverandering <ul style="list-style-type: none">• in het algemeen?• voor jezelf?• over de mogelijke financiële gevolgen voor jezelf en/of je gezin?
Bezorgdheid over leefomgeving <i>Score over de verschillende items in de rechterkolom aan de hand van een Likertschaal van 1 (helemaal niet bezorgd) tot 5 (uiterst bezorgd)</i>	In welke mate ben je bezorgd over <ul style="list-style-type: none">• milieuvervuiling (bijvoorbeeld het lozen van gevaarlijke stoffen in rivieren, PFOS)?• luchtvervuiling?• het gebruik van pesticiden (bijvoorbeeld stoffen die gebruikt worden om onkruid of insecten te verdelgen)?• biodiversiteit (de verschillende soorten die op aarde voorkomen)?
Bezorgdheid over gezondheid omwille van klimaatverandering <i>Score over de verschillende items in de rechterkolom aan de hand van een Likertschaal van 1 (helemaal niet bezorgd) tot 5 (uiterst bezorgd)</i>	<ul style="list-style-type: none">• toenemende gezondheidsrisico's voor de Belgische bevolking in de toekomst als gevolg van de klimaatverandering?• toenemend aantal hittedagen gekoppeld aan hittegolven die waarschijnlijk zullen resulteren in meer overlijdens gerelateerd aan hitte?• de komst van muggensoorten die ziektes zoals dengue kunnen verspreiden als gevolg van de klimaatverandering?• de impact op de gezondheid van toekomstige generaties (kinderen en jongeren)?

Componenten	Vragenlijst
Houdingen	
Houding tegenover klimaatimpact <i>Score over de verschillende items in de rechterkolom aan de hand van een Likertschaal van 1 (in zeer beperkte mate) tot 5 (in zeer sterke mate)</i>	In welke mate zal de klimaatverandering volgens jou een impact hebben op: <ul style="list-style-type: none"> • jezelf en jouw directe familie? • de toekomstige generaties (kinderen en jongeren)? • inwoners van België? • inwoners van het zuiden?
Houding tegenover impact van klimaatmaatregelen <i>Score over de verschillende items in de rechterkolom aan de hand van een Likertschaal van 1 (zeer negatief) tot 5 (zeer positief)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Maatregelen om de uitstoot van broeikasgassen te beperken (en dus zo de opwarming van de aarde tegen te gaan) zouden een impact kunnen hebben op de economie (bijvoorbeeld minder groei, minder jobcreatie in de autosector, maar daartegenover nieuwe jobs in de sector van hernieuwbare energie, enz.). • De genomen maatregelen om klimaatverandering tegen te gaan (mitigatie) of ons aan te passen aan de gevolgen ervan (adaptatie) kunnen financiële gevolgen hebben voor gezinnen (bijvoorbeeld kosten om te isoleren, een lagere energiefactuur).
Houding adaptatie versus mitigatie maatregelen <i>Score over de verschillende items in de rechterkolom aan de hand van een Likertschaal van 1 (helemaal oneens) tot 5 (helemaal eens)</i>	Maatregelen om ons aan te passen aan de gevolgen (adaptatie) van de klimaatverandering zijn belangrijker dan maatregelen om de uitstoot van broeikasgassen te verminderen en zo de klimaatverandering te vertragen (mitigatie).
Kennis	
Kennis over de mogelijke gevolgen van klimaatverandering <i>Score over de verschillende items in de rechterkolom aan de hand van een Likertschaal van 1 (helemaal oneens) tot 5 (helemaal eens)</i>	Klimaatverandering <ul style="list-style-type: none"> • verhoogt het risico op overstromingen. • zorgt voor langere periodes van droogte met als gevolg dus ook mogelijk watertekort. • verhoogt het tempo waarmee gletsjers smelten. • verhoogt het aantal hittegolven. • vergroot het risico op extreem weer (bijvoorbeeld meer stormen, meer hevige regenval).
Kennis over de mogelijke gezondheidsgevolgen van klimaatverandering <i>Score aan de hand van een Likertschaal van 1 (helemaal niet voldoende geïnformeerd) tot 5 (helemaal voldoende geïnformeerd)</i>	In welke mate vind je dat je voldoende geïnformeerd bent over mogelijke gevolgen/impact van de klimaatverandering op jouw gezondheid?

Componenten	Vragenlijst
<p>Kennis over de mogelijke gezondheidsgevolgen van klimaatverandering</p> <p><i>Score over verschillende items uit de rechterkolom – vink aan indien je al gehoord hebt over deze gevolgen (meerdere antwoorden mogelijk)</i></p>	<p>Heb je al eens gehoord van onderstaande mogelijke gevolgen van de klimaatverandering voor de gezondheid en de gezondheidszorgsector:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groter aantal hittegerelateerde overlijdens? • Meer ziekenhuisopnames omwille van hitte? • Impact op het mentaal welzijn (hiermee bedoelen we bezorgdheid over toekomstige generaties, persoonlijke klimaatangst, het doormaken van een traumatisch event (bijvoorbeeld overstroming of bosbrand))? • Toename van vectoroverdraagbare ziekteverwekkers (muggen, teken, enz.)? Toename van ziekteverwekkers in water? • Stijging van het aantal dagen met hoge concentraties van pollen? • Slechtere luchtkwaliteit? • Verhoogde kans op extreem weer (bijvoorbeeld hevige stormen, wateroverlast, overstromingen)? • Toenemende druk op de gezondheidszorg en het personeel (bijvoorbeeld tijdens periodes van extreem weer, bij overstromingen of bij hittegolven)? • Verhoogd risico op ondervoeding gerelateerde aandoeningen (omwille van droogte)?
Persoonlijk engagement	
<p>Mate van bereidheid om zelf bepaalde acties te ondernemen</p> <p><i>Score over de verschillende items in de rechterkolom aan de hand van een Likertschaal van 1 (nooit) tot 5 (altijd)</i></p>	<p>Hieronder vind je een aantal zaken die je zelf kan doen voor het klimaat. Kan je voor elk van hen aanduiden of je deze nooit (score 1) of altijd (score 5) toepast?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minder de wagen gebruiken (voor korte verplaatsingen). • Minder vlees eten. • Mijn energieverbruik zo laag mogelijk te houden door hier actief op te letten (bijvoorbeeld verwarming een graad lager zetten, toestellen uitschakelen als ze niet gebruikt worden, enz.). • Kiezen voor lokale producten (met lokale producten bedoelen we producten die dichtbij geproduceerd worden en dus geen grote afstanden hebben afgelegd- (bijvoorbeeld boontjes uit België en niet uit Tanzania).
<p>Persoonlijke acties klimaat en leefomgeving</p> <p>Drie vragen over activiteiten die beantwoord kunnen worden met ja of neen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ben je lid van één of meer natuurorganisaties? • Heb je de afgelopen vijf jaar <ul style="list-style-type: none"> - deelgenomen aan een klimaatmars? - een petitie ondertekend die ging over een milieukwestie?

2.2.2. Statistische analyses

Alle analyses werden uitgevoerd met behulp van de statistische software SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, North-Carolina, USA). We gebruikten multivariate lineaire regressiemodellen om de verbanden tussen de verschillende componenten 'kennis', 'bezorgdheid', 'houdingen' en 'persoonlijk engagement' te onderzoeken. In deze modellen werd telkens één van de componenten voorspeld aan de hand van een andere component. Alle multivariate modellen werden gecorrigeerd voor de volgende covariaten (gekozen *a priori*): leeftijd, geslacht, opleidingsniveau (hoogst behaalde diploma), provincie, respons op de vraag 'In wel-

ke mate kan jij of je gezin rondkomen met het beschikbare gezinsinkomen?' (mogelijke antwoorden bestonden uit een range met vijf niveaus, van 'zeer makkelijk' tot 'zeer moeilijk') en respons op de vraag: 'In welke mate voel je je angstig, in het algemeen?' (mogelijke antwoorden bestonden uit een range met vijf niveaus, van 'nooit' tot 'zeer vaak'). Er werd ook bepaald wat de effecten van de covariaten op de verschillende componenten waren aan de hand van gelijkaardige multivariate lineaire regressiemodellen (met de component telkens als afhankelijke variabele). De modelvoorwaarden werden gecheckt aan de hand van een visuele inspectie van de *residual plots*. Voor de interpretatie van de resultaten werd een betrouwbaarheidsniveau van

95% gehanteerd (met andere woorden effecten met een p-waarde kleiner dan 0,05 werden beschouwd als significante resultaten).

Er werd ook getest wat het verband is tussen de verschillende componenten en persoonlijke acties in verband met klimaat en leefomgeving, namelijk de kans dat men lid is van een natuurvereniging, de kans dat men deel heeft genomen aan een klimaatmars, en de kans dat men deel heeft genomen aan een petitie in verband met klimaat of milieukwesties. Om die kansen te berekenen werd gebruikt gemaakt van een binomiaal logistisch model, gecorrigeerd voor dezelfde covariaten.

Om na te gaan of de verschillende componenten significant verschillen tussen financieel kwetsbare en niet-kwetsbare leden werd gebruik gemaakt van *Student's t-test*. De studiepopulatie werd hiervoor opgedeeld in twee groepen, gebaseerd op het antwoord op de vraag 'In welke mate kan jij of je gezin rondkomen met het beschikbare gezinsinkomen?' (kwetsbaar='Zeer moeilijk' en 'Moeilijk', niet-kwetsbaar='Noch makkelijk, noch moeilijk', 'Makkelijk', en 'Zeer makkelijk'). Wanneer de voorwaarde voor gelijkheid van varianties niet voldaan werd, werd gekozen voor de *Satterthwaite*-methode om de p-waarde te bepalen.

Eenzelfde analyse werd uitgevoerd op basis van de vraag 'Lijd je aan één of meerdere van onderstaande aandoeningen? (Astma, Diabetes, Hoge bloeddruk, Nierproblemen, Hartproblemen, Hooikoorts/gras- of pollenallergie, Chronische bronchitis, Reuma, Andere (specifieer))'. Deelnemers die één of meer van de antwoorden aanduidden, werden vergeleken met deelnemers die geen gezondheidsprobleem aanduidden.

2.3. Beperkingen van de studie

De vragenlijst is gestuurd naar 50.000 CM-leden, waarvan 910 de vragenlijst volledig beantwoordden. Deze responsgraad duidt op een significant risico op *non-response bias* (het risico dat de respondenten significant verschillen van niet-respondenten). Er is eveneens een lichte oververtegenwoordiging van respondenten ouder dan 55 jaar en, hiermee samenhangend, personen die met pensioen zijn. Verder is er een oververtegenwoordiging van langgeschoolden. Personen die aangeven het financieel moeilijker te hebben, zijn minder vertegenwoordigd, maar wel duidelijk aanwezig in de studiepopulatie (n=197; 21,9%). Omwille van het online karakter van de bevraging, moeten we er ook rekening mee houden dat personen die minder

digitaal geletterd zijn waarschijnlijk ondervertegenwoordigd zijn in de studiepopulatie. Tenslotte is het omwille van het studiedesign (observationeel dwarsdoorsnedeonderzoek) en de inherente samenhang tussen de gebruikte maten voor kennis, houdingen en bezorgdheden niet mogelijk om causale interpretaties te maken.

3. Resultaten

3.1. Profiel van de respondenten

De studiepopulatie bestond uit 910 respondenten (zie Tabel 2). Wat de demografische kenmerken betreft, zien we dat er meer mannen (54,6%) dan vrouwen (45,3%) deelnamen.

Tabel 2: Karakteristieken van de studiepopulatie (Bron: CM)

	Gemiddelde (+/- SD) / Aantal (%)
Gemiddelde leeftijd	59,8 (±15,1)
Leeftijdsgroep	
• 19-25 jaar	10 (1,1%)
• 26-35 jaar	68 (7,5%)
• 36-45 jaar	86 (9,5%)
• 46-55 jaar	121 (13,3%)
• 56-65 jaar	235 (25,8%)
• 66-75 jaar	278 (30,5%)
• 76-85 jaar	111 (12,2%)
• 86 jaar en ouder	1 (0,1%)
Geslacht	
• Man	497 (54,6%)
• Vrouw	412 (45,3%)
• X	1 (0,1%)
Diploma	
• Hoger Onderwijs lange type	258 (28,4%)
• Hoger Onderwijs korte type	352 (38,7%)
• Secundair onderwijs	265 (29,1%)
• Lager onderwijs	35 (3,8%)
Rondkomen	
• Zeer moeilijk	52 (5,7%)
• Moeilijk	145 (15,9%)
• Noch moeilijk, noch makkelijk	365 (40,1%)
• Makkelijk	262 (28,8%)
• Zeer makkelijk	86 (9,5%)

Personen met een diploma hoger onderwijs zijn het meest vertegenwoordigd: 38,7% heeft een diploma hoger onderwijs korte type en 28,4% een diploma hoger onderwijs lange type. Slechts 3,8% van de deelnemers heeft enkel een diploma lager onderwijs.

43,3% van de respondenten woont samen met diens partner, 29,3% is alleenstaand en 4,9% woont enkel samen met diens kinderen. Wat de werksituatie betreft, is 33,1% van de respondenten aan het werk. Gezien de hogere gemiddelde leeftijd (59,8 jaar) is het niet verrassend dat 50,3% van de deelnemers met (brug)pensioen is en dus het aantal werkende respondenten eerder beperkt is.

Wat betreft de financiële situatie van respondenten, gaf 5,7% aan zeer moeilijk rond te komen en nog eens 15,9% moeilijk rond te komen. Voor 40,1% was het naar eigen zeggen noch moeilijk, noch makkelijk om rond te komen. Wat de woonplaats betreft, woont de grootste groep in een dorp (36%), 30% woont in een stad en 16% op het platteland. De deelnemers zijn vrij evenredig verdeeld over de verschillende provincies.

3.2. Beschrijvende statistieken

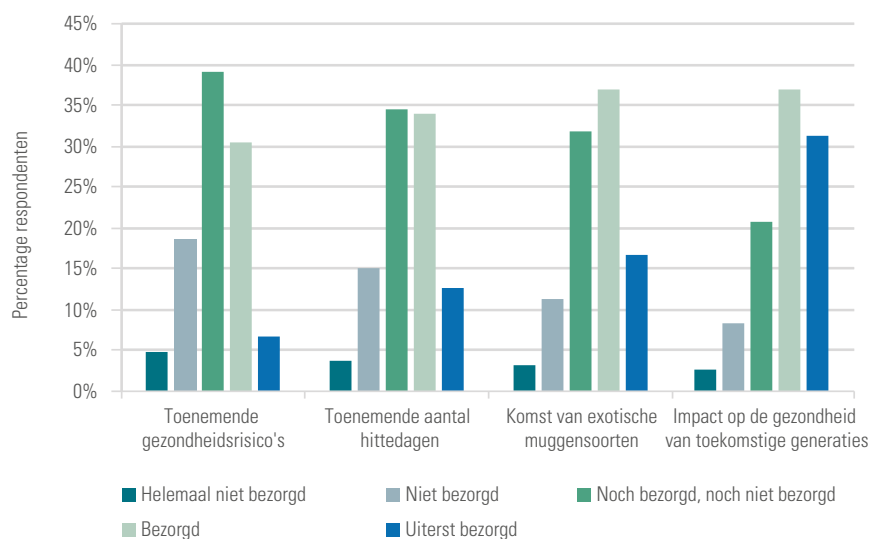
3.2.1. Bezorgdheid over gezondheidsrisico's gerelateerd aan klimaatverandering

Aan de respondenten is voor een lijst van mogelijke gezondheidsrisico's van klimaatverandering gevraagd aan te duiden in welke mate ze er bezorgd over waren. Als we de scores bezorgd en uiterst bezorgd samennemen, zien we dat de top 3 wordt gevormd door impact op de gezondheid van toekomstige generaties (68,4%), de komst van exotische muggensoorten (53,6%), en een toenemend aantal hittedagen (46,4%), gevolgd door toenemende gezondheidsrisico's met 37,4% op een vierde plaats (zie Figuur 1).

Op de vraag wie het best geplaatst is om het brede publiek te informeren over de mogelijke gezondheidsgevolgen van klimaatverandering, vindt 72,3% dat dit wetenschappers en academici zijn. Op de tweede en derde plaats vinden we respectievelijk de overheid (49,6%) en de media (44,3%). Onderwijs (41,5%) en huisartsen en arts-specialisten (39,6%) volgen op korte afstand. De mutualiteiten halen hier 36,7%.

Op de vraag in welke mate de leden het belangrijk vinden om het thema klimaatverandering en gezondheid mee te nemen in onze werking als mutualiteit, geeft 48,5% van de respondenten aan dit belangrijk te vinden. Nog eens 17,5% vindt dit zeer belangrijk. Slechts 11,1% vindt het (helemaal) niet belangrijk dat mutualiteiten dit thema opnemen.

Figuur 1: Verdeling van de respons omtrent de bezorgdheid van respondenten over gezondheidsrisico's gerelateerd aan klimaatverandering (Bron: CM)



3.2.2. Bezorgdheid over maatschappelijke thema's

Aan de respondenten werd een lijst met verschillende maatschappelijke thema's voorgelegd waarin ze konden aanduiden in welke mate ze er bezorgd over zijn. Als we de scores bezorgd en uiterst bezorgd samennemen, zien we dat de grootste bezorgdheden biodiversiteit (66,9%), luchtvervuiling (65,4%), en hormoonverstoorders (59,3%) zijn (zie Figuur 2). Op de vierde plaats komt klimaatverandering (53,7%), gevolgd door bezorgdheid over pesticiden (50,4%). Samengevat kunnen we stellen dat zowel leefmilieuthema's als klimaatverandering hoog scoren.

3.2.3. Oorzaak van klimaatverandering

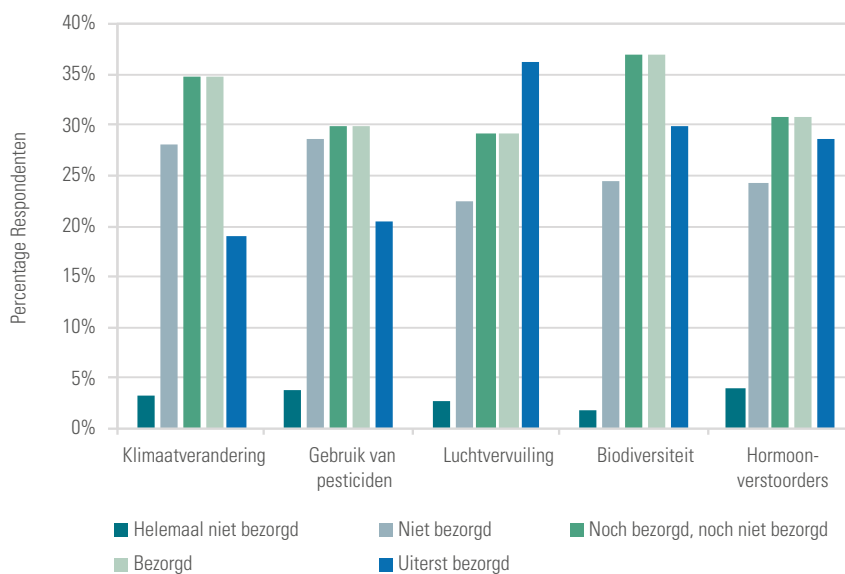
82,5% van de respondenten is van mening dat klimaatverandering veroorzaakt wordt door menselijke activiteiten, terwijl 15,7% natuurlijke processen aanwijst als oorzaak. Tot slot is 1,8% van de respondenten van mening dat er

geen klimaatverandering is. Uit een statistische analyse (lineair regressiemodel) blijkt dat personen die klimaatverandering toeschrijven aan natuurlijke processen zich persoonlijk ook veel minder verantwoordelijk voelen ($\beta = -2,09$; $p < 0,01$). Voor personen die menen dat er geen sprake is van klimaatverandering, is dit effect nog veel duidelijker ($\beta = -4,50$; $p < 0,01$).

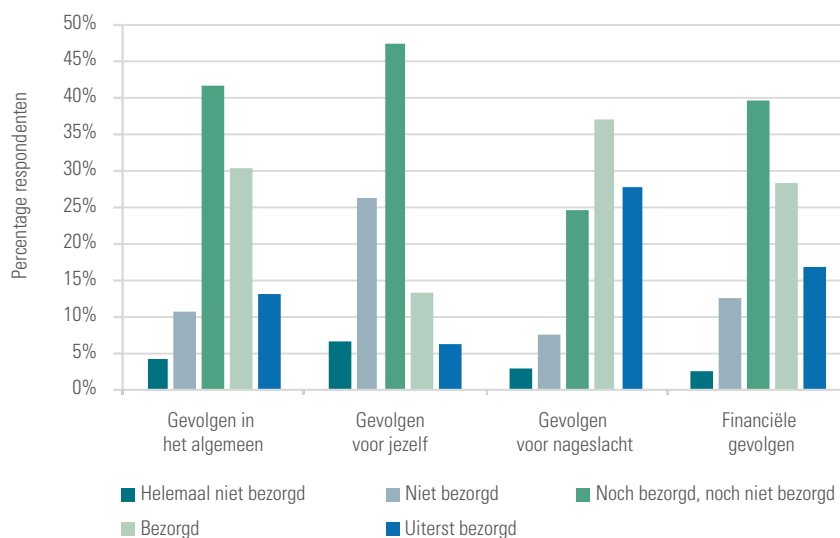
3.2.4. Bezorgdheid over de gevolgen van klimaatverandering

We zien dat de bezorgdheid (scores bezorgd en uiterst bezorgd) over klimaatverandering en de gevolgen ervan het laagst is als het gaat over bezorgdheid over de gevolgen voor zichzelf (zie Figuur 3). De bezorgdheid voor het nageslacht is aanzienlijk groter: 37,1% is bezorgd en 27,8% uiterst bezorgd. Ook de bezorgdheid over de financiële gevolgen scoort relatief hoog, maar lager dan de bezorgdheid voor de gevolgen voor de volgende generaties.

Figuur 2: Verdeling van de respons omtrent de bezorgdheid van respondenten over aan gezondheid gerelateerde omgevingstema's (Bron: CM)



Figuur 3: Verdeling van de respons omtrent de bezorgdheid van respondenten over de gevolgen van klimaatverandering (Bron: CM)



3.3. Verbanden tussen kennis, houdingen en bezorgdheden

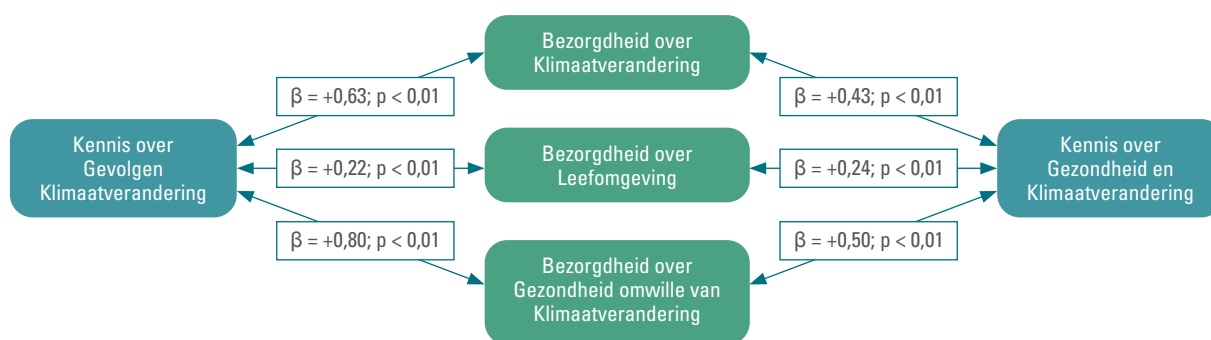
3.3.1. Verband tussen kennis en bezorgdheid

In een eerste model testen we de hypothese dat wanneer de kennis over de gevolgen van klimaatverandering toeneemt, ook de bezorgdheid zal toenemen. Uit de resultaten blijkt dat de **kennis over de gevolgen van klimaatverandering een belangrijke voorspeller is voor bezorgdheid over klimaatverandering** (zie Figuur 4). Wanneer kennis over de gevolgen toeneemt, zien we dat ook de bezorgdheid over klimaatverandering toeneemt ($\beta = +0,63$; $p < 0,01$), onafhan-

kelijk van de andere variabelen in het multivariate model. Dit is ook zo voor de bezorgdheid over het leefmilieu, al is die associatie minder sterk ($\beta = +0,22$; $p < 0,01$). Het effect van een toename in kennis over de gevolgen is het grootst voor de bezorgdheid over gezondheid ($\beta = +0,80$; $p < 0,01$).

Vervolgens kijken we naar de **kennis over de mogelijke gezondheidsgevolgen van klimaatverandering** en hoe deze een invloed heeft op de bezorgdheid. We zien opnieuw dat een hogere kennis van deze gevolgen resulteert in een toename van bezorgdheid, al zijn de associaties minder sterk voor de bezorgdheid over klimaat en gezondheid. Het verband tussen kennis en bezorgdheid voor leef-

Figuur 4: Associaties tussen kennis en bezorgdheden over de klimaatverandering (Bron: CM)



milieu verschilt nauwelijks van het resultaat dat we vonden voor kennis over de gevolgen van klimaatverandering ($\beta = +0,22$ tegenover $\beta = +0,24$). Opvallend is dat een toename van kennis over de gezondheidsgevolgen van klimaatverandering in een minder grote toename in bezorgdheid over gezondheid resulteert dan wat we vonden bij een toename van kennis van klimaatverandering in het algemeen ($\beta = +0,50$ tegenover $\beta = +0,80$).

Anders gezegd, wanneer mensen meer leren over de gevolgen van klimaatverandering, maken ze zich meer zorgen over het klimaat en het milieu. Dit effect is het sterkst als het gaat om zorgen over gezondheid. Als mensen specifiek leren over hoe klimaatverandering hun gezondheid kan beïnvloeden, maken ze zich ook meer zorgen, maar dit effect is minder sterk dan wanneer ze leren over klimaatverandering in het algemeen. De zorgen over het milieu blijven ongeveer hetzelfde, ongeacht of mensen leren over de algemene gevolgen van klimaatverandering of de specifieke gezondheidsgevolgen. Kortom, hoe meer mensen weten, hoe meer ze zich zorgen maken, maar de mate van bezorgdheid hangt af van wat ze precies leren.

3.3.2. Verband tussen kennis en houdingen

We onderzochten de relaties tussen kennis over de gevolgen van klimaatverandering en verschillende houdingen rond klimaat. We zien dat een toename in kennis over de gevolgen, ook resulteert in een impactvollere inschatting van de gevolgen van klimaatverandering, onafhankelijk van de andere variabelen in het multivariate model ($\beta = +0,91$, $p < 0,01$) (zie Figuur 5). Wat de associatie tussen kennis van de gevolgen en de impact van de genomen

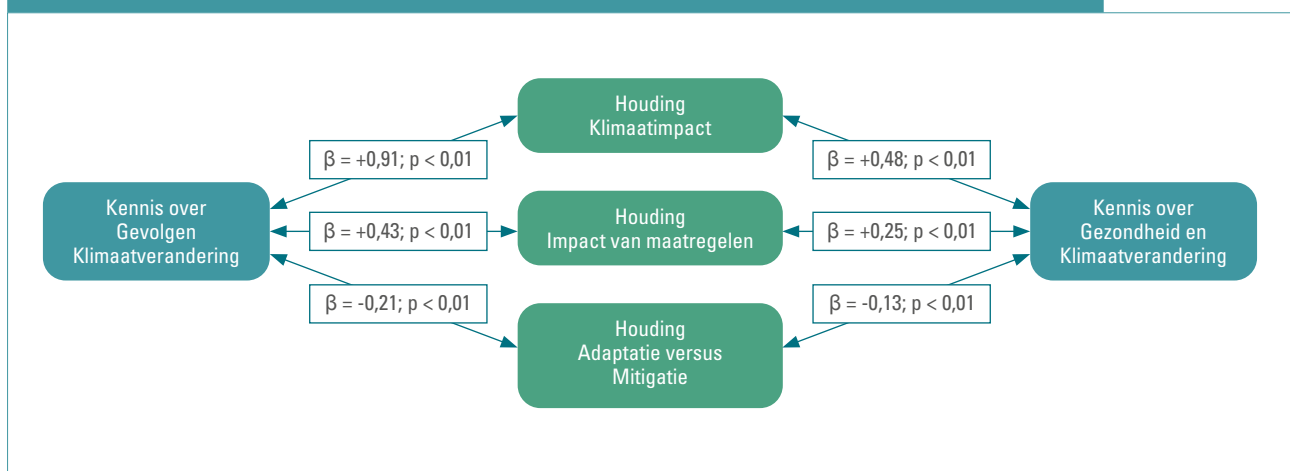
maatregelen betreft (op de economie en mogelijke financiële gevolgen voor gezinnen), zien we eveneens dat de impact groter wordt ingeschat naarmate de kennis toeneemt ($\beta = +0,43$; $p < 0,01$). Deze toename is echter beduidend lager dan wat we vonden voor de impact van klimaatverandering in het algemeen ($\beta = +0,43$ tegenover $\beta = +0,91$).

Wat betreft de inschatting van maatregelen voor klimaatadaptatie versus klimaatmitigatie, vinden we een negatieve associatie ($\beta = -0,21$; $p < 0,01$). Concreet betekent dit dat naarmate er een toename van de kennis van de gevolgen van klimaatverandering is, adaptatiemaatregelen als minder belangrijk worden gezien. Of anders gezegd: mitigatiemaatregelen (maatregelen om de klimaatverandering af te remmen) worden belangrijker geacht dan adaptatiemaatregelen, naarmate de kennis toeneemt. Dezelfde oefening voor kennis over de gevolgen van klimaatverandering op de gezondheid resulteert in gelijkaardige resultaten, maar de effectgroottes zijn over het algemeen kleiner.

3.3.3. Verband tussen houdingen en bezorgdheid

Voor de impact van klimaatverandering in het algemeen, vinden we een positief verband met bezorgdheid over klimaat, onafhankelijk van de andere variabelen in het multivariate model ($\beta = +0,87$; $p < 0,01$) (zie Figuur 6). Wanneer we dezelfde oefening doen voor bezorgdheid voor leefomgeving, dan zien we dat een toename in het inschatten van de impact resulteert in een toename van bezorgdheid ($\beta = +0,41$; $p < 0,01$). Wat betreft de bezorgdheid over de gevolgen voor de gezondheid, is het verband met houding over klimaatimpact het meest uitgesproken ($\beta = +1,01$; $p < 0,01$).

Figuur 5: Associaties tussen kennis en houdingen over klimaatverandering
(Bron: CM)



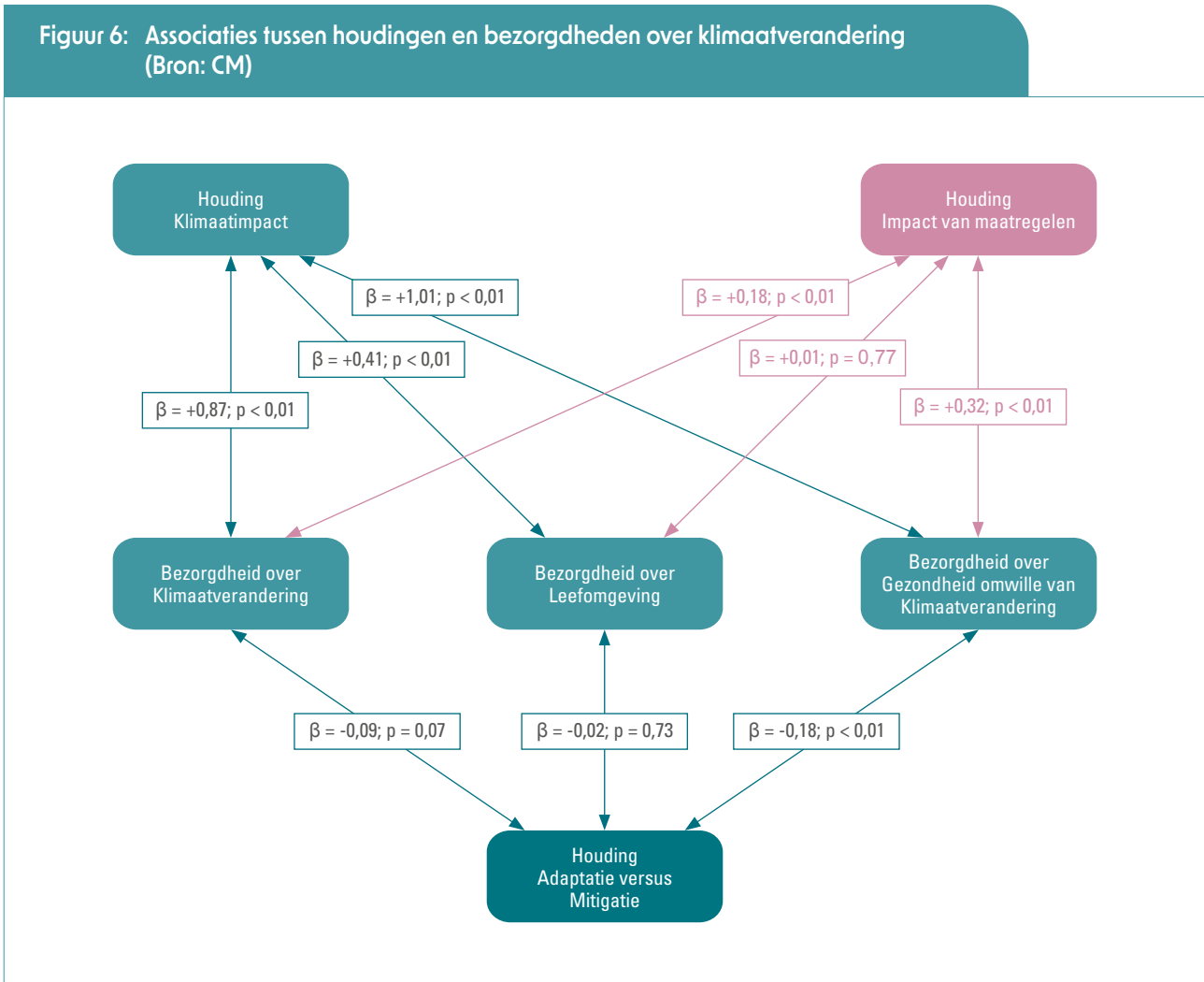
Er is eveneens een positief verband tussen de beoordeling van de impact van genomen beleidsmaatregelen en bezorgdheid, maar het gaat slechts om een beperkt effect ($\beta = 0,18$; $p < 0,01$). Hoe positiever men de maatregelen beoordeelt, des te bezorgder men is. Dit geldt eveneens voor de bezorgdheid over de gezondheidsgevolgen van klimaatverandering, waar het verband meer uitgesproken is ($\beta = 0,32$; $p < 0,01$). Er is geen duidelijk verband tussen houdingen omtrent beleidsmaatregelen en bezorgdheid over de leefomgeving ($p = 0,77$).

We zien een negatieve trend tussen het belangrijker vinden van adaptatiemaatregelen en bezorgdheden. Die resultaten van de verbanden zijn echter niet significant ($p = 0,07$ voor bezorgdheid over klimaatverandering in het algemeen, en $p = 0,73$ voor bezorgdheid over de leefom-

geving). Een uitzondering is echter de associatie tussen het belangrijker vinden van adaptatiemaatregelen en de bezorgdheid over gezondheid, waar we wel een beperkte negatieve associatie waarnemen ($\beta = -0,18$; $p < 0,01$).

Anders gezegd, mensen die denken dat klimaatverandering een grote impact heeft, maken zich meer zorgen over het klimaat, het milieu en vooral hun gezondheid. Als mensen vinden dat de maatregelen tegen klimaatverandering goed werken, maken ze zich ook meer zorgen, vooral over hun gezondheid. Er is echter geen duidelijk verband tussen hoe mensen over de maatregelen denken en hun zorgen over het milieu. Daarnaast lijkt het erop dat mensen die adaptatiemaatregelen verkiezen boven mitigatiemaatregelen, zich iets minder zorgen maken, maar dat verband is niet zo sterk.

Figuur 6: Associaties tussen houdingen en bezorgdheden over klimaatverandering (Bron: CM)



3.3.4. Verband tussen kennis, houding en bezorgdheid en persoonlijk engagement

Ten slotte zien we duidelijke verbanden tussen houdingen, kennis en bezorgdheid en persoonlijk engagement (zie Figuur 7). Er is een positieve associatie tussen houding over de klimaatimpact en persoonlijk engagement ($\beta = +0,52$; $p < 0,01$). Wat betreft kennis, zien we eveneens een duidelijk positief verband ($\beta = +0,46$; $p < 0,01$). Ook zien we dat wanneer de bezorgdheid over klimaatverandering toeneemt, het persoonlijk engagement groeit ($\beta = +0,44$; $p < 0,01$). De effectgroottes zijn voor alle drie de verbanden van dezelfde grootteorde.

Anders gezegd, mensen die geloven dat klimaatverandering een grote impact heeft, zijn meer geneigd om persoonlijk actie te ondernemen. Hoe meer mensen weten over klimaatverandering en de wetenschap erachter, hoe meer ze geneigd zijn om persoonlijk betrokken te raken. Mensen die zich meer zorgen maken over de gevolgen van klimaatverandering, zoals extreme weersomstandigheden of verlies van biodiversiteit, zijn ook meer geneigd actie te ondernemen.

3.3.5. Verband tussen kennis, houdingen en bezorgdheden en actiebereidheid

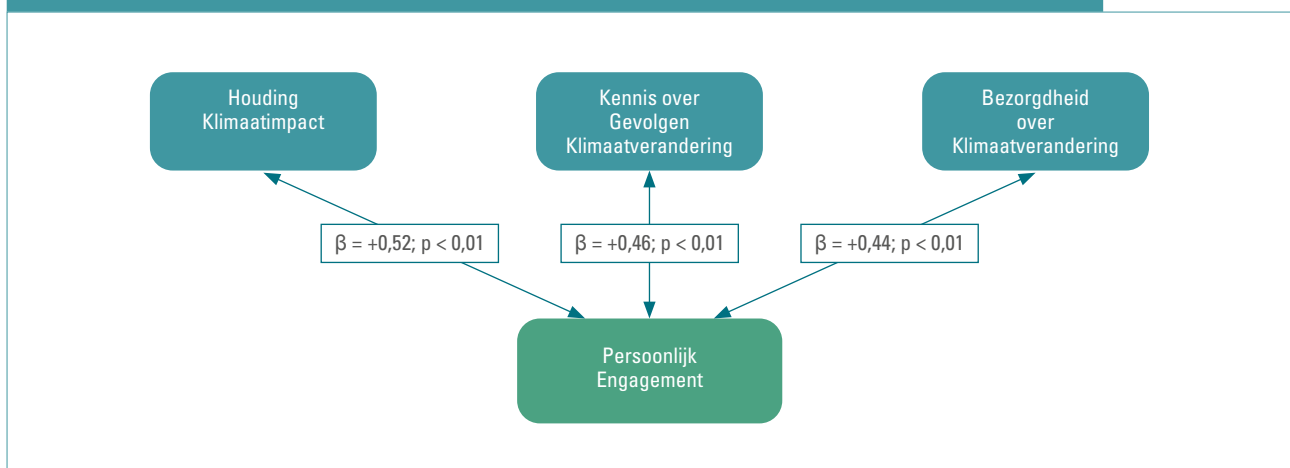
We gingen na of iemands houding tegenover klimaatverandering verband houdt met diens actiebereidheid ten aanzien van het leefmilieu, de natuur of het klimaat. Aan de hand van binomiale logistische regressie werden *Odds Ratios* (OR) en bijhorende 95% betrouwbaarheidsintervallen (95%BI) bepaald voor deelname aan een aantal activiteiten gerelateerd aan klimaat en milieukwesties.

We observeerden dat personen die de impact van klimaatverandering groter inschatten, ook een grotere kans hebben om lid te zijn van een natuurvereniging (OR=1,63; 95%BI: 1,24 – 2,15), deel te hebben genomen aan een klimaatmars (OR = 2,52; 95%BI: 1,57 – 4,06) of een petitie rond natuur of klimaat te hebben ondertekend (OR = 2,48; 95%BI: 1,90 – 3,24). Deze resultaten tonen aan dat iemands houding ten aanzien van klimaatverandering en leefmilieu sterk geassocieerd is met persoonlijke actiebereidheid ten aanzien van natuur en klimaat.

Kennis over de gevolgen van klimaatverandering is eveneens geassocieerd met het persoonlijk engagement om deel te nemen aan acties. De gevonden resultaten verschillen weinig van de resultaten voor de inschatting van de impact van klimaatverandering. Voor het lid zijn van een natuurvereniging of deelname aan een klimaatmars, ligt de *Odds Ratio* wel hoger. Dit betekent dat hoe hoger de kennis over de gevolgen is, hoe meer waarschijnlijk het is dat iemand lid is van een natuurvereniging (OR = 1,82; 95%BI: 1,39 – 2,38) of al eens deelgenomen heeft aan een klimaatmars (OR = 2,76; 95%BI: 1,64 – 4,64) en dat die kansen hoger liggen dan wat we vonden voor het inschatten van de impact.

Wat bezorgdheid betreft, zien we dat ook dit positief geassocieerd is met actiebereidheid. Hoe bezorgder iemand is over de gevolgen, hoe waarschijnlijker dat die ook een engagement heeft ten aanzien van milieu en klimaat. We zien echter wel dat de associatie hier wat minder uitgesproken is dan de associaties die we vonden voor de houding ten aanzien van de impact en voor de kennis over de gevolgen. De *Odds Ratio* voor het ondertekenen van een petitie bedraagt 1,81 (95%BI: 1,44 – 2,27), deze voor deelnemen aan een klimaatmars 1,80 (95%BI: 1,26 – 2,56). Ook hier is

Figuur 7: Associaties tussen houdingen, bezorgdheden, en persoonlijk engagement (Bron: CM)



de *Odds Ratio* voor lid zijn van een natuurvereniging het laagst (OR = 1,40; 95%BI: 1,10 – 1,78).

Anders gezegd, mensen die de impact van klimaatverandering als groot inschatten, zijn vaker lid van een natuurvereniging, doen mee aan klimaatmarsen en ondertekenen petitie's over natuur en klimaat. Hun kennis over de gevolgen van klimaatverandering versterkt die actiebereidheid nog meer. Bezorgdheid over klimaatverandering is ook positief gerelateerd aan actie, maar iets minder sterk. Kortom, hoe meer iemand weet en zich zorgen maakt over klimaatverandering, hoe actiever die persoon is in milieu-gerelateerde activiteiten.

3.3.6. Verband tussen socio-demografische eigenschappen en kennis

Verschillende demografische en socio-economische indicatoren zijn geassocieerd met kennis omtrent de gevolgen van klimaatverandering (zie Tabel 3). Vrouwen blijken over het algemeen een hogere kennis te bezitten dan mannen over de gevolgen en over het verband tussen gezondheid en klimaat ($p < 0,01$). Een hoger opleidingsniveau is geassocieerd met een hogere kennis over het verband tussen gezondheid en klimaat ($p = 0,05$), maar niet met een ho-

gere algemene kennis over de gevolgen van klimaatverandering. Financieel rondkomen is wel geassocieerd met een hogere kennis over de algemene gevolgen ($p < 0,01$), maar niet met een hogere kennis over het verband tussen gezondheid en klimaat. Algemene angstigheid is ook sterk geassocieerd met beide kennisvariabelen ($p < 0,01$). We observeerden geen verband tussen leeftijd en de kennisvariabelen.

Of anders gezegd, verschillende factoren zoals geslacht, opleidingsniveau, financiële situatie en angstigheid beïnvloeden hoe goed mensen op de hoogte zijn van de gevolgen van klimaatverandering. Over het algemeen weten vrouwen meer over de gevolgen van klimaatverandering en het verband met gezondheid dan mannen. Mensen met een hoger opleidingsniveau begrijpen beter hoe klimaatverandering de gezondheid beïnvloedt, maar dit betekent niet dat ze meer weten over de algemene gevolgen van klimaatverandering. Mensen in een financieel stabiele situatie hebben meer kennis over de algemene gevolgen van klimaatverandering. Daarnaast blijkt dat mensen die zich vaak angstig voelen, beter op de hoogte zijn van zowel de algemene gevolgen als de impact op de gezondheid. Leeftijd lijkt niet samen te hangen met kennis over klimaatverandering.

Tabel 3: Resultaten van de regressieanalyses op de kennis omtrent de gevolgen van klimaatverandering en de covariaten meegenomen in het model (Bron: CM)

	Kennis gevolgen	Kennis gezondheid en klimaat
Leeftijd	0,00	0,01
Algemene angstigheid	0,76*	0,24*
Geslacht		
• Man (referentie)	Referentie	Referentie
• Vrouw	1,11*	0,38
Opleiding		
• Lager onderwijs (referentie)	Referentie	Referentie
• Secundair onderwijs	-0,82	0,50
• Hoger onderwijs korte type	-0,42	1,26*
• Hoger onderwijs lange type	0,09	1,36*
Rondkomen		
• Zeer moeilijk (referentie)	Referentie	Referentie
• Moeilijk	0,13	-0,88
• Noch moeilijk, noch makkelijk	1,46*	-0,11
• Makkelijk	1,99*	-0,17
• Zeer makkelijk	2,49*	0,47

$N = 910$. De voorgestelde waarden zijn de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (β). * $p < 0,05$.

3.3.7. Verband tussen socio-demografische karakteristieken en bezorgdheden

Ook wat betreft bezorgdheden over klimaat, gezondheid en leefomgeving, zijn er verschillende verbanden met demografische en socio-economische factoren (zie Tabel 4). Vrouwen zijn over het algemeen bezorgder over klimaat, de gezondheidsgevolgen van klimaat, en de leefomgeving dan mannen ($p < 0,01$). Opleidingsniveau is minder sterk geassocieerd met bezorgdheid. Enkel voor bezorgdheid over de leefomgeving observeerden we dat een hoger opleidingsniveau geassocieerd is met een lagere bezorgdheid ($p = 0,02$). Ten slotte is er een negatief verband tussen makkelijker financieel rondkomen en bezorgdheid over klimaatverandering in het algemeen ($p < 0,01$). Algemene angstigheid is sterk geassocieerd met alle bezorgdheden ($p < 0,01$). Wat betreft leeftijd, observeerden we dat een hogere leeftijd geassocieerd is met de bezorgdheid over de leefomgeving ($p < 0,01$), hoewel de grootte van het effect eerder beperkt is.

Of anders gezegd, verschillende factoren hebben invloed op hoe bezorgd mensen zijn over klimaatverandering, gezondheid en hun leefomgeving. Vrouwen maken zich over

het algemeen meer zorgen over deze onderwerpen dan mannen. Het opleidingsniveau heeft minder invloed op bezorgdheid, behalve dat mensen met een hoger opleidingsniveau zich minder zorgen maken over hun leefomgeving. Mensen wiens situatie financieel stabiel is, maken zich minder zorgen over klimaatverandering in het algemeen. Mensen die vaak angstig zijn, maken zich meer zorgen over alle genoemde onderwerpen. Oudere mensen maken zich iets meer zorgen over hun leefomgeving, hoewel dit effect niet heel groot is.

3.3.8. Verband tussen socio-demografische karakteristieken en houdingen

Ook wat betreft houdingen tegenover de klimaatimpact, de impact van maatregelen, en adaptatie- versus mitigatiemaatregelen, zijn er verschillende verbanden met demografische en socio-economische factoren (zie Tabel 5). Vrouwen hebben over het algemeen een hogere inschatting van de klimaatimpact en de impact van klimaatmaatregelen dan mannen ($p < 0,01$). Angstigheid is geassocieerd met dezelfde variabelen ($p < 0,01$). Makkelijker financieel rondkomen is geassocieerd met een hogere inschatting van de impact van maatregelen ($p < 0,01$) en met een

Tabel 4: Resultaten van de regressieanalyses op de bezorgdheden omtrent de klimaatverandering en de covariaten meegenomen in het model (Bron: CM)

	Bezorgdheid klimaat	Bezorgdheid klimaat en gezondheid	Bezorgdheid leefomgeving
Leeftijd	0,00	0,00	0,04*
Algemene angstigheid	0,92*	1,15*	0,72*
Geslacht			
• Man (referentie)	Referentie	Referentie	Referentie
• Vrouw	0,35*	0,88*	0,58*
Opleiding			
• Lager onderwijs (referentie)	Referentie	Referentie	Referentie
• Secundair onderwijs	-0,67	-0,76	-0,20*
• Hoger onderwijs korte type	-0,61	-0,93	-1,17*
• Hoger onderwijs lange type	-0,43	-0,58	-1,40*
Rondkomen			
• Zeer moeilijk (referentie)	Referentie	Referentie	Referentie
• Moeilijk	-1,11*	-0,72	-0,20
• Noch moeilijk, noch makkelijk	-0,78*	0,39	-0,23
• Makkelijk	-1,13*	0,52	-0,14
• Zeer makkelijk	-1,43*	0,08	-0,92

$N = 910$. De voorgestelde waarden zijn de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (β). * $p < 0,05$.

houding die mitigatie verkiest boven adaptatie ($p < 0,01$). Leeftijd en opleidingsniveau daarentegen zijn niet geassocieerd met houdingen.

Anders gezegd, verschillende factoren beïnvloeden hoe mensen denken over de impact van klimaatverandering, de effectiviteit van maatregelen, en de voorkeur voor aanpassing aan (adaptatie) of beperking (mitigatie) van klimaatverandering. Vrouwen schatten de impact van klimaatverandering en de effectiviteit van maatregelen hoger in dan mannen. Mensen die zich vaak angstig voelen, hebben dezelfde hogere inschatting. Mensen in een financieel stabiele situatie denken dat maatregelen effectiever zijn en geven de voorkeur aan maatregelen die klimaatverandering beperken boven maatregelen die zich aanpassen aan de gevolgen ervan. Leeftijd en opleidingsniveau hebben geen invloed op deze houdingen.

3.4. Rol van financiële kwetsbaarheid

Op basis van achtergrondgegevens uit de vragenlijst, deden we een analyse waarbij we de vergelijking maakten tussen personen die aangeven moeilijk tot zeer moeilijk rond te komen en de andere deelnemers. We gingen na of er verschillen waren tussen beide groepen, en dit zowel voor kennis over de gevolgen van klimaatverandering als voor de bezorgdheid erover. Wat betreft **kennis over de gevolgen van klimaatverandering in het algemeen**, scoort de groep die aangeeft moeilijk rond te komen, lager dan de groep die makkelijker rondkomt (de gemiddelde scores bedragen respectievelijk 20,98 en 22,10 ($p < 0,01$)). Ook voor **kennis over de gevolgen van klimaatverandering op de gezondheid** scoort de groep financieel kwetsbaren wat lager, met een gemiddelde score van 8,87 versus 9,50 ($p < 0,01$) voor financieel niet-kwetsbaren.

Tabel 5: Resultaten van de regressieanalyses op de houdingen omtrent de impact van klimaatverandering, maatregelen en adaptatie versus mitigatie, en de covariaten meegenomen in het model (Bron: CM)

	Houding klimaatimpact	Houding impact maatregelen	Houding adaptatie versus mitigatie
Leeftijd	0,00	0,00	0,00
Algemene angstigheid	0,91*	0,12*	-0,00
Geslacht			
• Man (referentie)	Referentie	Referentie	Referentie
• Vrouw	0,50*	0,42*	0,10
Opleiding			
• Lager onderwijs (referentie)	Referentie	Referentie	Referentie
• Secundair onderwijs	-0,32	-0,33	0,10
• Hoger onderwijs korte type	0,00	-0,22	0,08
• Hoger onderwijs lange type	0,60	-0,38	-0,20
Rondkomen			
• Zeer moeilijk (referentie)	Referentie	Referentie	Referentie
• Moeilijk	-0,20	-0,04	-0,10
• Noch moeilijk, noch makkelijk	-0,23	0,52	-0,20
• Makkelijk	-0,14	0,92*	-0,29
• Zeer makkelijk	-0,92	0,99*	-0,65*

$N = 910$. De voorgestelde waarden zijn de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (β). * $p < 0,05$.

Wanneer we kijken naar **bezorgdheid** zien we echter dat deze groter is bij financieel kwetsbaren. Wat bezorgdheid over de gevolgen van klimaatverandering betreft, zien we een gemiddelde score van 10,34 tegenover 9,50 ($p < 0,01$) voor de groep die financieel minder kwetsbaar is. Voor **leefomgeving** ligt de bezorgdheid hoger dan voor klimaat en we zien dezelfde trend: meer bezorgdheid bij financieel kwetsbaren (15,61) dan bij financieel niet-kwetsbaren (14,66; $p < 0,01$).

Voor de **houding ten aanzien van de impact van klimaatverandering** scoren financieel niet-kwetsbaren opnieuw hoger, namelijk 5,87 ($p < 0,01$) tegenover 5,25. Financieel kwetsbaren scoren dan weer gemiddeld hoger op de vraag of adaptatiemaatregelen belangrijker zijn dan mitigatiemaatregelen. Nochtans zijn aanpassingen aan de omgeving om de gevolgen van klimaatverandering te milderen echter vaak maatregelen waar financieel kwetsbaren veel moeilijker toegang toe hebben. Wat het **persoonlijk engagement betreft**, scoort de groep financieel kwetsbaren **lager**: een gemiddelde score van 14,49 tegenover een gemiddelde van 15,03 voor de groep die aangeeft zonder problemen rond te komen ($p = 0,02$).

3.5. Rol van een chronisch gezondheidsprobleem

We vergeleken de groep die aangeeft minstens één chronisch gezondheidsprobleem te hebben (astma, diabetes, hoge bloeddruk, nierproblemen, hartproblemen, hooikoorts/gras- of pollenallergie, chronische bronchitis, reuma, andere) met de groep zonder chronische aandoening.

Wat betreft **kennis over de gevolgen van klimaatverandering**, heeft de groep respondenten met minstens één chronisch gezondheidsprobleem een hogere gemiddelde score (22,01) dan de groep zonder een chronisch gezondheidsprobleem (21,52). Het verschil tussen beide groepen is echter niet significant. Voor **bezorgdheid** zijn er significante verschillen en vinden we zoals verwacht een hogere gemiddelde score voor bezorgdheid bij de groep met minstens één chronisch gezondheidsprobleem. Dit is het geval voor zowel bezorgdheid over klimaatverandering (9,83 versus 9,38; $p < 0,01$), als voor bezorgdheid over leefomgeving (15,5 versus 14,28; $p=0,01$) en bezorgdheid over de gevolgen op de gezondheid van klimaatverandering (14,12 versus 13,47; $p=0,01$). Met andere woorden, personen met een chronisch gezondheidsprobleem zijn bezorgder over de gevolgen van klimaatverandering dan personen zonder een chronisch gezondheidsprobleem. De bezorgdheid

is hoger voor de gevolgen voor de gezondheid en de bezorgdheid over leefomgeving dan voor klimaatverandering in het algemeen.

Aan de hand van een interactiemodel gingen we na welke rol kennis speelt in de relatie tussen gezondheid en bezorgdheid. Uit dit model blijkt dat kennis de relatie tussen gezondheid en bezorgdheid beïnvloedt, en dat dit verband sterker is voor personen met een goede gezondheid dan voor personen met een slechte gezondheid (p -waarde interactie = 0,03).

4. Discussie

In deze studie werden de kennis, houdingen en bezorgdheden van respondenten over klimaatverandering en de gevolgen van klimaatverandering voor de gezondheid onderzocht. **Uit de resultaten blijkt dat de gezondheidsrisico's van klimaatverandering een grote bezorgdheid zijn voor veel mensen. De top drie zorgen rond gezondheid en klimaat zijn de impact op de gezondheid van toekomstige generaties, de komst van exotische muggensoorten en het toenemend aantal hittedagen.** Ook leefmilieuthema's scoren hoog op het vlak van bezorgdheid, met biodiversiteit, luchtvervuiling en hormoonverstoorders als voornaamste zorgen. De respondenten toonden zich tevens bezorgd over de gevolgen van klimaatverandering, vooral voor hun kinderen en kleinkinderen. Deze bevindingen stemmen overeen met eerdere onderzoeksresultaten waaruit blijkt dat het grootste deel van de mensen die in België wonen duidelijk de urgentie van het probleem alsook de noodzaak om actie te ondernemen erkennen (Dienst Klimaatverandering, 2013; Pepermans & Maesele, 2017). Onze resultaten sluiten aan bij een Canadees onderzoek waarin het fenomeen van *psychological distancing* werd aangetoond (Cameron, Rocque, Penner, & Mauro, 2021). Dit betekent dat personen de risico's van klimaatverandering inschatten als zijnde ver weg in de tijd, geografisch en sociaal. Hierdoor is de bezorgdheid voor toekomstige generaties groter dan de bezorgdheid voor zichzelf.

We onderzochten ook het complexe samenspel tussen kennis, houdingen en bezorgdheden omtrent de klimaatverandering, onafhankelijk van factoren als leeftijd, geslacht, financieel rondkomen en algemene angstigheid. Uit de resultaten blijkt dat de kennis over de gevolgen van klimaatverandering sterk geassocieerd is met bezorgdheid

over de gezondheidsgevolgen van klimaatverandering. Daarnaast is kennis over de gevolgen van klimaatverandering gelinkt aan bezorgdheid over de leefomgeving (luchtvervuiling, pesticidegebruik, enz.), hoewel dit verband minder uitgesproken is. **De resultaten suggereren dus dat kennis over de gevolgen van klimaatverandering een cruciale rol speelt in het vormen van bezorgdheden, ongeacht factoren zoals leeftijd, geslacht en algemene angstigheid.** Dit toont aan dat mensen die meer weten over de gevolgen van klimaatverandering, zich ook meer zorgen maken over deze gevolgen. Deze bevindingen liggen in lijn met eerder uitgevoerde en internationale studies, waaruit blijkt dat kennis een belangrijke rol speelt in het ontwikkelen van bezorgdheid omtrent klimaatverandering (Milfont, 2012). Dit benadrukt dat klimaateducatie en bewustwordingscampagnes over de gevolgen van klimaatverandering effectief kunnen zijn in het verhogen van de bezorgdheid en de houdingen ten opzichte van klimaatverandering. Uit onze resultaten blijkt eveneens dat dit op zijn beurt persoonlijk engagement kan stimuleren. Het benadrukt tevens het belang van het verstrekken van toegankelijke informatie over de gezondheidsgevolgen van klimaatverandering om een grotere impact te hebben op de perceptie en houding van mensen ten opzichte van klimaatverandering.

Er zijn ook duidelijke associaties tussen bezorgdheden rond klimaat en leefomgeving, en houdingen betreffende klimaatverandering. Een grotere inschatting van de impact van klimaatverandering is sterk geassocieerd met bezorgdheden over klimaatverandering, leefomgeving en gezondheidsgevolgen. Vooral het verband met bezorgdheid over de gezondheidsgevolgen was zeer uitgesproken. **Met andere woorden, als men het idee heeft dat de impact van klimaatverandering groot zal zijn, dan is men vooral bezorgd over wat dat betekent voor de gezondheid, wat een opmerkelijke vaststelling is.** Dit benadrukt opnieuw het belang van informeren over de mogelijke gezondheidsgevolgen van klimaatverandering. Overigens kan dit ook opgevat worden als een voorzichtige aanwijzing dat communiceren over de persoonlijke gevolgen voor de te bereiken doelgroep kan resulteren in een grotere bezorgdheid. Uit deze studie blijkt dat dit mogelijk ook zou resulteren in een meer betrokken engagement. Eerdere studies wezen namelijk uit dat een gepercipieerde spatiale en temporale afstand tot de gevolgen van klimaatverandering een kloof vormt tussen enerzijds een besef van het probleem, en anderzijds het overgaan tot actie en engagement (Pepermans & Maesele, 2017). Heldere communicatie over de reële gezondheidsgevolgen van klimaatverandering kan een brug vormen om deze kloof te dichten.

Deelnemers die klimaatmitigatie (het aanpakken van de oorzaken van klimaatverandering) belangrijker vinden dan klimaatadaptatie (het aanpassen aan de gevolgen van klimaatverandering) maken zich meer zorgen over de klimaatverandering en de gezondheidsgevolgen ervan.

Die vaststelling impliceert dat mensen die zich richten op het verminderen van de oorzaken van klimaatverandering (zoals het verminderen van broeikasgasemissies), zich meer bewust zijn van en bezorgd zijn over de ernst van klimaatverandering, en de impact ervan op de gezondheid. Ze zijn zich wellicht ook meer bewust van de beperkingen van klimaatadaptatiemaatregelen. Een mogelijke hypothese die dit zou kunnen verklaren is dat zij, omwille van deze kennis, het belangrijker vinden om proactief de kern van het probleem aan te pakken, in plaats van alleen passief te reageren op de gevolgen. Een deel van de verklaring hiervoor zou kunnen gezocht worden in de ideologische overtuigingen van personen. Voorgaand onderzoek wees namelijk uit dat mensen met meer conservatieve wereldvisies minder geneigd blijken te zijn om de antropogene oorzaken van klimaatverandering te geloven. Hiermee gerelateerd werden ook de gevolgen van klimaatverandering als minder impactvol opgevat (Pepermans & Maesele, 2017).

Uit de resultaten blijkt dat er verschillen zijn in de percepties van klimaatverandering bij financieel kwetsbare individuen. Bij respondenten die aangeven moeilijk of zeer moeilijk rond te komen, is de kennis over klimaatverandering en de gevolgen voor de gezondheid lager dan bij de andere respondenten. **Ondanks hun lagere kennisniveau, tonen financieel kwetsbare individuen een hogere bezorgdheid over klimaatverandering en hun leefomgeving.** Hun houding ten aanzien van de impact van klimaatverandering en hun persoonlijke betrokkenheid bij het aanpakken ervan is echter lager. Dit kan mogelijk verklaard worden door hun beperkte middelen (en dus beperkte mogelijkheden om persoonlijk acties te ondernemen), en de absolute noodzaak om in sommige gevallen minder duurzame keuzes te maken. Onze resultaten bevestigen wat in het tweejaarlijks rapport van het Steunpunt tot bestrijding van armoede werd aangehaald. Vaak wordt gesteld dat mensen in armoede niet om duurzaamheid geven, omdat ze enkel proberen te overleven en dat het daarbij blijft. Maar dat blijkt dus niet te kloppen. Het rapport stelt: "We moeten onze plaats in dit debat opeisen en onze eigen bijdrage leveren. Wij weten immers waartoe het groeimodel leidt, want wij dragen er de gevolgen van en lijden eronder" (Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2019). We zien het dan ook als een opdracht van de overheid, maar ook van andere publieke actoren, om ervoor te zorgen dat ook deze groep zijn bezorgdheid kan omzetten in een engagement

om iets te doen voor het klimaat. Enkel op die manier is een collectieve actie mogelijk. We vinden het ook belangrijk om te benadrukken dat het vooral de meest vermogende mensen zijn die de grootste uitstoot van broeikasgassen veroorzaken (Wallenborn & Dozzi, 2007), we moeten dus niet voornamelijk de financieel kwetsbaren viseren als het over klimaat gaat.

Bij de respondenten met een chronisch gezondheidsprobleem, is de kennis over klimaatverandering gemiddeld iets hoger dan die van niet-chronisch zieken, maar dit verschil is niet significant. Ze tonen echter een grotere bezorgdheid over klimaatverandering, de gevolgen voor hun gezondheid en hun leefomgeving. Uit een interactie-analyse bleek dat kennis een rol speelt in de relatie tussen gezondheid en bezorgdheid over klimaatverandering, maar dat dit verband sterker is bij mensen zonder chronische gezondheidsproblemen. Het feit dat kennis een sterkere invloed heeft op bezorgdheid bij mensen zonder chronische gezondheidsproblemen kan erop wijzen dat **mensen met gezondheidsproblemen al een verhoogd bewustzijn en bezorgdheid hebben, ongeacht hun niveau van kennis over de gevolgen van klimaatverandering.**

Samengevat, financieel kwetsbare individuen en personen met een chronisch gezondheidsprobleem zijn meer bezorgd over de gevolgen van klimaatverandering, vooral over de gevolgen voor hun gezondheid. Dit is een interessant en nieuw inzicht. Zoals het rapport van Steunpunt tot bestrijding van armoede (2019) reeds aanhaalde, gaan velen er zomaar van uit dat mensen wiens dagelijkse realiteit hen minder in staat stelt om duurzame gedragingen of acties te stellen – bijvoorbeeld door gezondheids- of financiële uitdagingen – makkelijker zullen overgaan tot het ‘negeren’ van informatie over klimaatverandering. Onze studie toont aan dat dit niet het geval lijkt te zijn, en dat de realiteit wellicht complexer is.

In het licht van deze bevindingen lijkt het ons logisch en nodig te onderstrepen dat het ‘informatiedeficit-model’, dat vandaag grotendeels wordt toegepast om gedragswijziging te bekomen, niet volstaat. Dat model is gestoeld op de impliciete overtuiging dat collectieve bewustmaking uiteindelijk leidt tot individuele gedragsverandering (Pepermans & Maesele, 2017). De resultaten uit onze studie tonen echter aan dat mensen met gezondheids- of financiële uitdagingen wel *willen* maar veel moeilijker *kunnen* overgaan tot individuele gedragswijzigingen. Want ondanks het feit dat hun kennisniveau gemiddeld lager is dan dat van meer vermogende mensen, zijn hun zorgen niet minder acuut. Een focus op individuele responsabilisering dreigt

op die manier vooral een stigmatiserend effect te hebben bij deze groepen. Overheden en bestuur zouden daarom ambitieuzer kunnen zijn, en nog actiever een structureel kader bieden waarbinnen iedereen, naar eigen vermogen, kan meestappen in een verhaal richting duurzaamheid.

Dat gezegd zijnde, blijven communicatie en het democratiseren van kennis over klimaatverandering uiteraard erg belangrijk. Dat lijkt onze studie ook andermaal te bevestigen. Maar recente inzichten tonen aan dat louter aansporen tot (individuele) actie niet voldoende is. We willen ook de noodzaak benadrukken om communicatie omtrent klimaat goed af te stemmen op verschillende doelgroepen. Belangrijk is vooral om te inspireren en aan te tonen *hoe* tot actie te komen (De Meyer, Coren, McCaffrey, & Slean, 2021). Neurowetenschapper en lid van de ‘UCL Climate Action Unit’, Kris De Meyer geeft aan dat conventionele visies over overtuigingen en gedrag vaak niet kloppen. In het echte leven lopen ze vaak andersom: **overtuigingen leiden niet tot acties, maar acties leiden via een proces van reflectie en zelfrechtvaardiging tot nieuwe overtuigingen.** Een belangrijke bron van ‘agency’ is dus het leren over de acties van anderen, en het inspireren tot deelname aan collectieve actie. Cruciaal voor een wervende klimaatcommunicatie is dan ook het onder de aandacht brengen van de grote verscheidenheid aan positieve verhalen over de acties die mensen reeds ondernemen tegen klimaatverandering. Dit kan een eerste stap zijn in het uitbouwen van een gemeenschap die samen bouwt aan een breed gedragen en nieuwe aanpak.

Deze studie biedt waardevolle inzichten in de kennis, houdingen en bezorgdheden van CM-leden over klimaatverandering en de gevolgen ervan voor de gezondheid. **Een van de sterktes van deze studie is het uitgebreide onderzoek naar de complexe relaties tussen verschillende factoren zoals kennis, houdingen en bezorgdheden. Dit draagt bij aan een dieper begrip van hoe deze factoren elkaar beïnvloeden en hoe ze samen de percepties van klimaatverandering vormen.** Verder werd rekening gehouden met verschillende demografische en socio-economische factoren. Er zijn ook enkele beperkingen. Hoewel deze studie duidelijke associaties aantoonde tussen verschillende factoren, is het belangrijk om te benadrukken dat **correlatie niet gelijk is aan causaliteit.** De complexiteit en de inherente samenhang van houdingen, kennis, bezorgdheid en engagement over klimaat maken het onmogelijk om in deze studie causale relaties vast te stellen. Bovendien is de studie gebaseerd op zelfgerapporteerde gegevens, die kunnen worden beïnvloed door sociaal wenselijk gedrag en/of *recall bias*.

5. Aanbevelingen

Op basis van onze resultaten formuleren we een aantal aanbevelingen. De meeste ervan richten zich tot beleidsmakers, maar ook mutualiteiten, het middenveld, de media en het onderwijs kunnen stappen zetten om de kennis over de gevolgen van klimaatverandering te verhogen.

5.1. Zorgen voor effectieve communicatie en kennisoverdracht

Uit onze resultaten blijkt dat naarmate mensen meer weten over de gevolgen van klimaatverandering, hun bezorgdheid toeneemt, wat op zijn beurt gecorreleerd is met een grotere bereidheid om gedrag aan te passen. Wanneer mensen zich bewust worden van de directe impact van klimaatverandering op hun gezondheid, neemt hun bereidheid om actie te ondernemen verder toe. Dit biedt een kans om klimaatmaatregelen te koppelen aan gezondheidsvoordelen, zoals betere luchtkwaliteit (en dus gezondheid) door het uitfaseren van vervuilende verbrandingsprocessen. **Een positief verhaal kan overtuigend werken.** Fatalisme kan ook best vermeden worden. Het is dus cruciaal om klimaatverandering voor te stellen als een ernstig, maar oplosbaar probleem, zodat mensen gemotiveerd blijven om ook zelf bij te dragen aan de oplossing.

Daarbovenop vereist effectieve klimaatcommunicatie **een gerichte aanpak naar specifieke doelgroepen**. Het is belangrijk om de informatie aan te passen aan de normen, waarden en gezondheidsstatus van verschillende groepen in de samenleving. Mensen in goede gezondheid reageren anders op informatie dan degenen met gezondheidsproblemen. Door de boodschap te personaliseren en praktische tips op maat te geven, kunnen we een breed publiek overtuigen en tot actie aanzetten.

Naast individuele inspanningen zijn er **verschillende actoren die een cruciale rol kunnen spelen in het bevorderen van klimaatbewustzijn en actie**. Middenveldorganisaties zoals mutualiteiten, vakbonden, milieuverenigingen, jeugdbewegingen en burgerinitiatieven kunnen mensen mobiliseren en informeren door middel van campagnes, workshops en evenementen. Ze fungeren **als brug tussen de wetenschap en het brede publiek**, en kunnen complexe informatie toegankelijk maken. Mutualiteiten kunnen even-

eens een belangrijke bijdrage leveren door hun leden te informeren over de gezondheidsvoordelen van klimaatmaatregelen. Ze kunnen preventieve gezondheidsprogramma's van een duurzamere en gezondere levensstijl promoten. Daarnaast kunnen lokale overheden en onderwijsinstellingen een platform bieden voor educatie en participatie, door klimaatverandering op te nemen in het curriculum en door lokale initiatieven te ondersteunen. Samenwerking tussen deze actoren kan leiden tot een gepersonaliseerde, gecoördineerde en dus effectievere aanpak, waarbij iedereen zich betrokken voelt en goed geïnformeerd wordt.

5.2. Werk maken van een rechtvaardige transitie

Het is essentieel dat iedereen betrokken wordt bij klimaatbeleid, ook mensen die financieel kwetsbaar zijn. Uit deze studie blijkt dat deze groep bezorgd is over klimaatverandering (ten opzichte van meer welvarende mensen), maar ook over minder kennis en middelen beschikt om actie te ondernemen. Het is eveneens nodig om ook mensen in armoede bij klimaatbeleid te betrekken. Zij zijn immers de eerste slachtoffers van klimaatverandering, maar dragen er zelf het minst aan bij. Over het algemeen zijn zij als groep eveneens vaak ondervertegenwoordigd. Als samenleving moeten we daarom **beleid ontwikkelen dat de zorgen van kwetsbare mensen omzet in haalbare acties**, rekening houdend met de financiële drempels die deze mensen ervaren.

Het principe van proportioneel universalisme (Marmot, 2010) kan hierbij helpen. Dit houdt in dat maatregelen er voor iedereen zijn, maar variëren in intensiteit om aan de noden van de meest kwetsbaren te voldoen. Zonder deze variatie profiteren vooral degenen die het minst nood hebben aan steunmaatregelen, terwijl de meest hulpbehoevenden achterblijven. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat klimaatmaatregelen effectief en toegankelijk zijn voor alle doelgroepen. Een voorbeeld hiervan is het vergroenen van publieke ruimtes, waarbij prioriteit gegeven kan worden aan wijken met weinig groen waar financieel kwetsbare mensen wonen. Daarnaast zijn investeringen in kwalitatieve woningbouw en renovatie die betaalbaar zijn voor financieel kwetsbaren cruciaal, omdat deze niet alleen de energietransitie rechtvaardiger maken, maar ze ook gezondheidsvoordelen opleveren doordat deze woningen een beter binnenklimaat hebben.

5.3. Inclusief bestuur rond klimaatbeleid bevorderen

In de context van klimaatverandering is het essentieel om de traditionele besluitvormingsmodellen te herzien. Zoals filosofen en wetenschapssociologen (Latour, 1991; Callon, Lascoumes, & Barthe, 2001) al lang benadrukken, is het unidirectioneel model volgens hetwelke **experts burgers en beleidsverantwoordelijken informeren over hun analyses, burgers deze informatie passief ontvangen en het beleid ze gebruikt om beslissingen te nemen, achterhaald. Vooral in de huidige complexe samenleving is het belangrijker te streven naar een dynamische samenwerking tussen experts, politici en de samenleving.** Dit betekent dat wetenschappelijke kennis en burgerervaringen samenkomen in een dialoog, waarbij alle betrokkenen actief deelnemen aan zowel het problematiseringproces als het probleemoplossingsproces. Door deze inclusieve benadering kunnen we effectievere en meer gedragen politieke beslissingen ontwikkelen voor de complexe uitdagingen van klimaatverandering.

Een concreet voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van een klimaatactieplan op lokaal niveau. Hierbij worden alle stakeholders, waaronder wetenschappers, bewoners en lokale overheden, betrokken bij het identificeren van risico's en het formuleren van maatregelen. Door middel van publieke consultaties en transparante besluitvorming wordt de gemeenschap niet alleen geïnformeerd, maar ook actief betrokken bij de implementatie en monitoring van het plan. Dit zorgt voor een breder draagvlak en verhoogt de effectiviteit van de maatregelen, wat cruciaal is voor het succes van klimaatadaptatie op lange termijn.

Conclusie

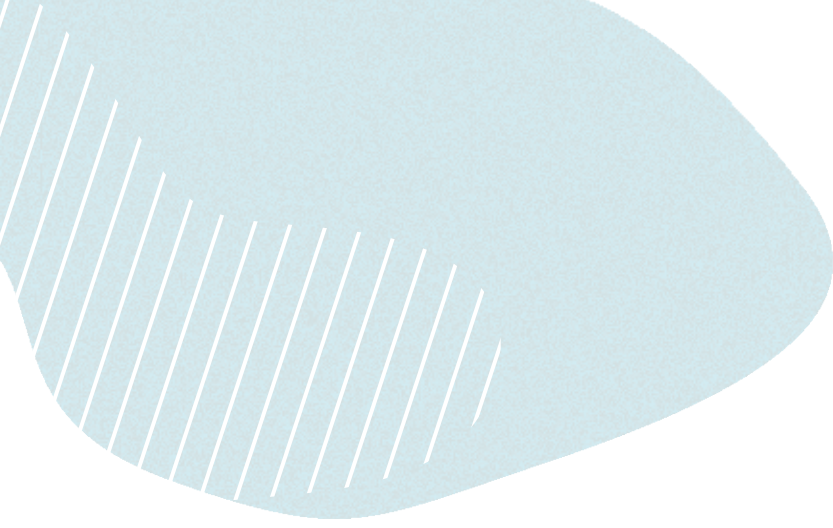
De studie toont aan dat kennis en houdingen over klimaatverandering sterk samenhangen met bezorgdheid over de gezondheids- en milieugevolgen ervan, ongeacht demografische factoren. Mensen die meer weten over klimaatverandering, maken zich meer zorgen en zijn meer geneigd tot persoonlijk engagement. De resultaten benadrukken het belang van klimaateducatie en bewustwordingscampagnes om bezorgdheid en actie te stimuleren. Financieel kwetsbare individuen hebben minder kennis, maar tonen wel een hogere bezorgdheid, wat wijst op de noodzaak van toegankelijke informatie en ondersteuning om hun betrokkenheid te vergroten. Heldere communicatie over de persoonlijke en gezondheidsgevolgen van klimaatverandering kan helpen om de kloof tussen bewustzijn en actie te overbruggen, wat essentieel is voor effectieve klimaatmitigatie en -adaptatie.

De resultaten van deze studie vormen een goede basis voor toekomstig onderzoek naar de percepties van klimaatverandering en de gevolgen ervan voor de gezondheid. Het zou interessant zijn om verder te onderzoeken hoe deze percepties zich ontwikkelen naarmate de klimaatverandering voortschrijdt en de gevolgen ervan steeds duidelijker worden. Bovendien zou het nuttig zijn om via interventiestudies te onderzoeken hoe verschillende manieren van communicatie en educatie de kennis, houdingen en bezorgdheden over klimaatverandering kunnen beïnvloeden. Dit zou kunnen helpen bij het ontwikkelen van effectievere strategieën voor klimaateducatie en bewustwording. We hebben behoefte aan een dieper en breder begrip van hoe mensen klimaatverandering en de gevolgen ervan voor de gezondheid waarnemen, en hoe we deze percepties kunnen beïnvloeden om een grotere betrokkenheid en actie te stimuleren.

Bibliografie

- Beery, T., Schmitt, K., McDonnell, J., & Moore, T. (2021). Community climate conversations: Engaging and empowering local action in a changing world. *Journal of Extension, 57*(6).
- Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain: Essai sur la démocratie technique*. Paris: Seuil.
- Cameron, L., Rocque, R., Penner, K., & Mauro, I. (2021). Public perceptions of Lyme disease and climate change in southern Manitoba, Canada: making a case for strategic decoupling of climate and health messages. *BMC Public Health, 21*.
- Clayton, S. (2024). Climate anxiety: Psychological responses to climate change. *Journal of Anxiety Disorders, 74*, 102263.
- Copernicus Climate Change Services. (2024). Opgehaald van <https://climate.copernicus.eu/climate-indicators/temperature>.
- De Meyer, K., Coren, E., McCaffrey, M., & Slean, C. (2021). Transforming the stories we tell about climate change: From 'issue' to 'action'. *Environmental Research Letters, 16*(1).
- Dienst Klimaatverandering. (2013). *Klimaatenquête 2013. Eindrapporten Besluiten*. Brussel: Dienst Klimaatverandering.
- Ettinger, J., Walton, P., Painter, J., Flocke, S., & Otto, F. (2023). Extreme Weather Events as Teachable Moments: Catalyzing Climate Change Learning and Action Through Conversation. *Environmental Communication, 17*(7), 828-843.
- Geiger, N., Swim, J., & Fraser, J. (2017). Creating a climate for change: Interventions, efficacy and public discussion about climate change. *Journal of Environmental Psychology, 51*, 104-116.
- Guenther, L., Jörges, S., Mahl, D., & Brüggeman, M. (2024). Framing as a Bridging Concept for Climate Change Communication: A Systematic Review Based on 25 Years of Literature. *Communication Research, 51*(4), 367-391.
- IPCC. (2022). *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge University Press.
- Irwin, A. (2014). From deficit to democracy (re-visited). *Public Understanding of Science, 23*(1), 71-76.
- Kirby, C., & Zwickle, A. (2021). Sustainability behaviors, attitudes, and knowledge: comparing university students and the general public. *Journal of Environmental Studies and Sciences, 11*, 639-647.
- Kumpu, V. (2022). What is Public Engagement and How Does it Help to Address Climate Change? A Review of Climate Communication Research. *Environmental Communication, 16*(3), 304-316.
- Latour, B. (1991). *Nous n'avons jamais été modernes: Essai d'anthropologie symétrique*. Paris: La Découverte.
- Latour, B., & Schultz, N. (2022). *On the Emergence of an Ecological Class: A Memo*. Cambridge: Polity Press.
- Lee, T., Markowitz, E., Howe, P., Ko, C., & Leiserowitz, A. (2015). Predictors of public climate change awareness and risk perception around the world. *Nature Climate Change, 5*, 1014-1020.
- Leiserowitz, A., Maibach, E., Rosenthal, S., Kotcher, J., Goddard, E., Carman, J., . . . Thier, K. (2023). *Climate Change in the American Mind: Beliefs & Attitudes*. Yale Program on Climate Change Communication.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: The Marmot review*. London: The Marmot Review.

- Mayer, A., & Smith, E. (2018). Unstoppable climate change? The influence of fatalistic beliefs about climate change on behavioural change and willingness to pay cross-nationally. *Climate Policy*, 19(4), 511-523.
- Milfont, T., Zubielevitch, E., & Milojev, P. &. (2021). Ten-year panel data confirm generation gap but climate beliefs increase at similar rates across ages. *Nature Communications*, 12.
- Milfont, T. (2012). The Interplay Between Knowledge, Perceived Efficacy, and Concern about Global Warming and Climate Change: A One-Year Longitudinal Study. *Risk Analysis*, 32(6), 1003-1020.
- Mulder, A., Pijnacker, R., de Man, H., van de Kasstele, J., van Pelt, W., Mughini-Gras, L., & Franz, E. (2019). "Sickenin' in the rain" – increased risk of gastrointestinal and respiratory infections after urban pluvial flooding in a population-based cross-sectional study in the Netherlands. *BMC Infectious Diseases*, 19, 377.
- Parisse, S., & Smit, T. (2021). 75% van de Belgen meent dat zij zich meer zorgen maken over de klimaatnoodtoestand dan de Belgische regering. Opgehaald van European Investment Bank: <https://www.eib.org/en/press/all/2021-369-75-van-de-belgen-meent-dat-zij-zich-meer-zorgen-maken-over-de-klimaatnoodtoestand-dan-de-belgische-regering?lang=nl>.
- Pepermans, Y., & Maesele, P. (2017). Climate Change Communication in Belgium. Dans *The Oxford Research Encyclopedia of Climate Science*. Oxford: Oxford University Press.
- Rocque, R. J., Baudoin, C., Ndjaboue, R., Cameron, L., Poirier-Bergeron, L., Poulin-Rheault, R. A., . . . Witteman, H. O. (2021). Health effects of climate change: an overview of systematic reviews. *BMJ open*, 11(6), e046333.
- Romanello, M. et al. (2021). The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. *The Lancet*, pp. 1619-1662.
- Romanello, M., & et al. (2022). The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *The Lancet*, 400(10363), 1619-1654.
- Shi, J., Visschers, V., Siegrist, M., & Arvai, J. (2016). Knowledge as a driver of public perceptions about climate change reassessed. *Nature Climate Change*, 6, 759–762.
- Sorvali, J., Kaseva, J., & Peltonen-Sainio, P. (2021). Farmer views on climate change – a longitudinal study of threats, opportunities and action. *Climate Change*, 164(50), 1-19.
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, b. e. (2019). *Duurzaamheid en Armoede, Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie, Tweejaarlijks verslag 2018-2019*. Brussel: Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.
- Van de Vel, K., Vandenberghe, D., Bruffaerts, N., De Clercq, E., De Ridder, K., Devleesschauwer, B., . . . Willen, P. (2021). *Impact of Climate Change on the Healthcare System in Belgium. Study commissioned by the federal public service health, food chain safety and environment*. Mol: VITO.
- Vattenfall. (2024). *Can climate communication overcome the bad news problem?* Opgehaald van <https://group.vattenfall.com/what-we-do/climate-communication-event>.
- Wallenborn, G., & Dozzi, J. (2007). Du point de vue environnemental, ne vaut-il pas mieux être pauvre et mal informé que riche et conscientisé ? Dans P. Cornut, T. Bauler, & E. Zaccai, *Environnement et inégalités sociales* (pp. 47-59). Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles.
- WGO. (2018). *COP24 Special Report: Health and Climate Change*. Geneva: World Health Organization.
- Zwickle, A., & Jones, K. (2018). Sustainability Knowledge and Attitudes—Assessing Latent Constructs. Dans W. Leal Filho, R. Marans, & J. Callewaert, *Handbook of Sustainability and Social Science Research. World Sustainability Series* (pp. 435-451). Springer.



De toegankelijkheid van het zorgtraject rond een bevalling

Enquête bij CM-leden die bevallen zijn in 2022-2023

Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse, Gauthier Vandeleene — Studiedienst CM-MC


We willen iedereen die heeft deelgenomen aan het onderzoek hartelijk bedanken voor hun informatie en persoonlijke verhalen

Samenvatting

Het staat vast dat economische kwetsbaarheid een grote invloed heeft op het verloop van het zorgtraject rond de bevalling. Ook eerdere CM-studies toonden aan dat de socio-economische situatie van de moeder, gemeten op basis van het recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT), hier een grote invloed op heeft. Moeders met VT-statuuut hebben, in vergelijking met moeders zonder dit statuut, een lager zorggebruik voor en na de bevalling en verblijven korter op de materniteit. Op basis van de beschikbare gegevens konden deze vaststellingen niet voldoende verklaard worden. Daarom werd besloten een onderzoek uit te voeren naar de toegankelijkheid van het zorgtraject rondom een bevalling.

In september 2023 werd een online enquête uitgestuurd naar moeders die in 2022 of 2023 bevallen waren. De onderzoeksmethode combineerde kwantitatieve (op de gesloten vragen) en kwalitatieve analyses (op de open vragen) uit de enquête, met kwantitatieve analyses op CM-databestanden.

De enquête, beantwoord door 2.943 moeders, bracht problemen met de toegankelijkheid van het zorgtraject rondom een bevalling in kaart en dit op de vier dimensies: gevoeligheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid.



Een tekort aan informatie over welke zorg bestaat voor en na de bevalling, belemmert vrouwen hun nood aan zorg te identificeren. Aangezien dit gebrek aan kennis nog groter is bij vrouwen met VT-statuuut, verklaart dit waarom zij minder pre- en postnatale zorg gebruiken. Door een gebrek aan tijd omwille van werk, familiale verplichtingen of de zorg voor hun baby, zijn moeders niet beschikbaar voor zorg voor zichzelf. Ook de hoge kostprijs, vooral voor gynaecologen en kinesisten, belemmert vrouwen de toegang tot pre- en postnatale zorg.

Een financiële barrière bestaat ook voor het verblijf in het ziekenhuis. Aangezien een eenpersoonskamer duur is en vrouwen met VT-statuuut minder vaak beschikken over een hospitalisatieverzekering om deze kosten gedeeltelijk te compenseren, verblijven zij vaker in een tweepersoonskamer. Daar komen ze echter minder tot rust. Ze voelen zich minder op hun gemak in het ziekenhuis, hebben minder vertrouwen in het ziekenhuispersoneel en hebben schrik voor een hoge ziekenhuisfactuur. Hierdoor verlaten ze sneller het ziekenhuis.

De resultaten van deze studie helpen om de complexiteit van zorgtrajecten in relatie tot levenssituaties aan te tonen. Ze stellen ons in staat om aanbevelingen te formuleren om de toegankelijkheid in de Belgische context te verbeteren.

Sleutelwoorden: Bevalling, zwangerschap, VT, gynaecoloog, eenpersoonskamer, toegankelijkheid, enquête, kwantitatief onderzoek

Inleiding

Van welke zorg maken vrouwen gebruik voor, tijdens en na hun bevalling? Dat was de startvraag van een CM-studie in 2021 (Vandeleene & Avalosse, 2021a). Vertrekkend van de objectieve cijfers uit de CM-databestanden, werd het zorgtraject van moeders rondom een bevalling bestudeerd. Maar zoals altijd zeggen cijfers veel, maar niet alles. Ze bieden geen verklaringen en geven geen inzicht in hoe vrouwen deze periode beleefd hebben. Ze verklaren niet waarom sommige vrouwen minder gebruik maken van zorg of het ziekenhuis vroeger verlaten. Ze geven evenmin aan in welke mate de zorg rond de bevalling wel of niet als betaalbaar wordt beschouwd.

Daarvoor moeten we de vrouwen die bevallen zijn zelf aan het woord laten. Daarom werd het onderzoek uitgebreid met een online enquête. Van bij het begin is de socio-economische toestand van de moeder in rekening gebracht om de vraag te kunnen beantwoorden naar mogelijke ongelijkheden in de toegang tot zorg die aan moeders wordt verleend tijdens hun zorgtraject.

In dit artikel illustreert het literatuuroverzicht de schaarste aan bestaande kennis over het verschil in zorggebruik rondom een bevalling. Daarom hebben we besloten om een online enquête uit te voeren onder CM-leden die in 2022-2023 zijn bevallen. We vullen de analyse van de resultaten van deze enquête aan met een analyse van de CM-facturatiegegevens, om over objectieve referenties te beschikken voor het gebruik en de kosten van zorg. Na de presentatie van alle methodologische aspecten van de studie, bekijken we de algemene resultaten aan de hand van drie grote thema's: de redenen voor niet-gebruik van pre- en postnatale zorg, de verblijfsduur van de moeder in het ziekenhuis en de betaalbaarheid van de zorg. Vervolgens bespreken we de redenen voor problemen met de toegang tot zorg en het feit dat sommige vrouwen snel naar huis terugkeren, vanuit de vier dimensies van toegankelijkheid: de gevoeligheid voor de behoeften, de beschikbaarheid, de betaalbaarheid en aanvaardbaarheid van de zorg. Tot slot geven we enkele aanbevelingen voor we onze conclusies formuleren.

1. Literatuuroverzicht

1.1. Duur van het verblijf en kwetsbaarheid

De literatuur toont een duidelijk verband tussen de verblijfsduur in de materniteit en de sociaal-economische status van de moeder: een studie in het Verenigd Koninkrijk toonde bijvoorbeeld aan dat moeders die in armere gebieden wonen vaker het ziekenhuis vroegtijdig verlaten, als alle andere omstandigheden gelijk blijven (Oddie, Hammal, Richmond, & Parker, 2005). Voor België hebben we aangevoerd dat **moeders met recht op verhoogde tegemoetkoming¹ (VT) sneller naar huis terugkeren dan moeders die dit statuut niet hebben**, ongeacht het type kamer of bevalling (Vandeleene & Avalosse, 2021b). Een onderzoek van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) laat vergelijkbare trends zien (Moreau, et al., 2013).

Die situatie lijkt paradoxaal. Men zou verwachten dat gezinnen met een laag (ook sociaal) risico korter in de materniteit zouden verblijven. In Frankrijk is dit wat de *Franse Haute Autorité de la Santé* (HAS) voorziet in haar criteria voor een vroege terugkeer naar huis, namelijk: de "afwezigheid van een situatie van psychologische of sociale kwetsbaarheid², van verslavend gedrag of ernstige afhankelijkheid" (HAS, 2014, p. 8, eigen vertaling). Maar zoals een onderzoek in de Verenigde Staten aanstipt: "de sociodemografische kenmerken van de groepen met een kortere verblijfsduur samen beschrijven niet de moeders met een laag risico voor wie de programma's voor vroeg ontslag oorspronkelijk bedoeld waren" (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004, p. 99, eigen vertaling).

De literatuur geeft geen verklaring voor deze paradox. Er zijn echter een aantal hypothesen naar voren gebracht. Sommige moeders, die denken dat ze minder dekking hebben, verlaten het ziekenhuis bijvoorbeeld sneller uit angst dat hun factuur hoger wordt voor elke extra nacht die ze in het ziekenhuis doorbrengen (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004). Ter informatie, in 2023 realiseerde het IMA een barometer van de ziekenhuiskosten ten laste van de patiënten: de mediane factuur voor een bevalling varieert van 94 tot 2.134 euro, afhankelijk van het VT-statuuut en het type kamer (Bruyneel, et al., 2023). De hoge variabiliteit van de kosten en de moeilijkheid om erop te anticiperen, kunnen dus een rol spelen.

1 Dit statuut duidt op een laag inkomen.

2 Met sociale kwetsbaarheid bedoelt de HAS dat de moeder minderjarig is, in een preciaire situatie verkeert of slecht gehuisvest is.

Bij een bevalling moet de kwaliteit van het verblijf zeker een rol spelen. In België verblijven moeders met VT-statuut vaker in een tweepersoonskamer (Vandeleene & Avalosse, 2021b). Aangezien dat duidelijk minder comfortabel is dan een eenpersoonskamer, lijkt het logisch dat zij gemiddeld minder lang in het ziekenhuis blijven. Maar dat is niet de enige hypothese, want volgens onze analyses zou het VT-statuut een grote invloed hebben, ongeacht het type kamer of het type bevalling.

Tot slot zijn er naast de kosten en de ervaren kwaliteit van een verblijf in de materniteit nog andere overwegingen om rekening mee te houden. Wie neemt bijvoorbeeld de beslissing om de materniteit te verlaten? Hier benadrukt de literatuur het feit dat meestal de leden van het medische team beslissen of moeders de materniteit mogen verlaten (en beslist de moeder niet) (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004).

Gelet op deze complexiteit en bij gebrek aan een eenduidige verklaring in de literatuur, vonden we het bijzonder opportuun om de redenen voor het verlaten van de materniteit te onderzoeken door de bevallen vrouwen zelf te bevragen. Hoe was hun verblijf op de materniteit? Wat vinden ze van de duur en de kosten van hun verblijf? Wie nam de beslissing om naar huis te gaan?

1.2. Niet-gebruik van pre- en postnatale zorg

1.2.1. Prenatale zorg

De literatuur toont al lange tijd de positieve effecten aan van prenatale zorg op de gezondheid van zowel het kind (Conway & Deb, 2005) als de moeder (Yan, 2017). Hoewel de prenatale zorg over het algemeen goed ingeburgerd is, kan hij voor sommige vrouwen ontoereikend zijn. Uit een onderzoek in tien landen van de Europese Unie bleek dat moeders die onvoldoende prenatale zorg kregen vaker jonger waren dan twintig, meerdere kinderen hadden, een buitenlandse nationaliteit hadden, alleenstaand waren, ongepland zwanger waren, **geen vast inkomen hadden en een korter opleidingsniveau hadden**. Bovendien hadden ze moeite met het organiseren van de contacten met de gezondheidsdiensten in het algemeen en de kinderdiensten in het bijzonder (Delvaux, Buekens, Godin, & Boutsen, 2001). Uit een ander onderzoek, uitgevoerd in de Verenigde

Staten, bleek dat volgende omstandigheden de kans op adequate zorg verkleinden: jongere vrouwen (met name tienermeisjes) **met een korter opleidingsniveau** (vooral diegenen die geen hoger onderwijs volgden), **een onzekere economische situatie**, langere reistijden, die Medicaid³ ontvangen en op het platteland wonen. Zelfs nadat met alle bovenstaande variabelen rekening is gehouden, **bestaat er een significant verband tussen het wonen in een wijk met slechte verbindingen, in een arme wijk of op het platteland en de ontoereikendheid van de zorg** (McDonald & Coburn, 1988).

Voor België hebben we aangetoond dat niet alle moeders op dezelfde manier worden begeleid: enerzijds hebben veel vrouwen een groot aantal contacten, rekening houdend met de verschillende specialismen (gynaecologen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten enz.); anderzijds krijgt een aanzienlijk deel van de moeders (onder wie veel moeders met VT-statuut) te weinig begeleiding. Tot slot is er ondanks een hoge activiteit van de zorgverleners, geen garantie van een systematische prenatale begeleiding (Vandeleene & Avalosse, 2021a). Het Federaal Expertisecentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) kwam tot dezelfde conclusie na een analyse van de prenatale zorg voor zwangere vrouwen met laag risico: "We zien een paradoxale situatie, waarbij een deel van de [precaire] bevolking te weinig gezondheidszorg gebruikt en een ander deel te veel" (Benahmed, Lefèvre, Christiaens, Devos, & Stordeur, 2019a, p. 2, eigen vertaling).

De literatuur analyseert de verschillen in begeleiding volgens verschillende parameters (inkomen, opleidingsniveau, enz.), **maar zegt jammer genoeg weinig over de perceptie en motivatie van de verschillende groepen in relatie tot hun persoonlijke situatie**. Waarom wordt geen beroep gedaan op deze of gene zorgverlener? Waarom krijgen vrouwen met een laag inkomen minder prenatale zorg? Door de vrouwen hierover te bevragen, kunnen we een aantal antwoorden op deze vragen krijgen.

1.2.2. Postnatale zorg

Net als bij prenatale zorg wijst de literatuur op veel positieve effecten van postnatale zorg: op korte termijn is het doel het voorkomen en beheersen van de risico's op morbiditeit en mortaliteit, zowel bij moeder als kind (WHO, 2022). Een bijzonder aandachtspunt is de mentale gezondheid van moeders na de bevalling (McArthur, et al., 2002).

3 Een federaal programma in de VS dat dekking biedt voor medische zorg aan personen en gezinnen met een laag inkomen die geen ziektekostenverzekering kunnen afsluiten bij particuliere verzekeraars.

Deze kan aanzienlijk verbeterd worden met een gepersonaliseerde begeleiding met bijzondere aandacht voor de behoeften van de moeder.

Net als de prenatale zorg is de postnatale begeleiding echter niet altijd gegarandeerd. In Frankrijk bleek uit een onderzoek bij 1.000 vrouwen dat “één op de vijf vrouwen geen postnatale zorg⁴ kreeg bij de terugkeer naar huis” (CSA Research, 2024, p. 32, eigen vertaling). Een Amerikaans onderzoek toont ongelijkheden aan in de toegang tot postnatale begeleiding: minder vaak bij mensen met Medicaid (laag inkomen), die in landelijke gebieden wonen, tot etnische minderheden behoren (Interrante, et al., 2023). Een metastudie van Sacks et al. (2022) wijst op verschillende factoren die van invloed zijn op het gebruik van postnatale zorg: gebrek aan beschikbaarheid van diensten (beperkt aanbod in bepaalde regio's, afgelegen plattelandsgebieden), problemen met de financiële toegankelijkheid (met verborgen kosten zoals vervoerskosten, kosten voor kinderopvang), maar ook problemen die verband houden met de invloed van sociale normen (in bepaalde omgevingen wordt postnatale zorg bijvoorbeeld niet nodig geacht, tenzij de moeder zich niet goed voelt of er een probleem is met het kind).

In België hebben we ook kunnen vaststellen dat sommige moeders weinig begeleiding krijgen, vooral diegenen met VT-statuu (Vandeleene & Avalosse, 2021a). In een studie over de organisatie van de postnatale zorg in België (Benahmed, et al., 2014) wees het KCE op een reeks problemen: kortere ziekenhuisverblijven hebben de neiging een vacuüm te creëren in het aanbod en de follow-up van de zorg, omdat de thuiszorg en de ondersteunende structuren gefragmenteerd zijn, weinig bekend zijn bij de nieuwe ouders en gekenmerkt worden door grote regionale en sociaal-economische verschillen. Kwetsbare gezinnen zullen daarom waarschijnlijk afzien van bepaalde vormen van zorg en hebben bovendien minder toegang tot informele ondersteuningsnetwerken.

Hoewel de literatuur een aantal verklarende elementen biedt, blijft de vraag wat voor vrouwen de belangrijkste redenen zijn voor het uitblijven van postnatale zorg (vooral vrouwen met een beperkt inkomen). Zijn er bovendien naast de elementen die de literatuur verschaft misschien nog andere elementen om rekening mee te houden? Ook hier kan de bevraging van vrouwen over hun postnatale zorg een gedeeltelijk antwoord geven.

2. Methode

Gezien de vaststellingen in de literatuurstudie, was het doel van het onderzoek na te gaan hoe toegankelijk het zorgtraject rond de zwangerschap en bevalling is. Meer specifiek wilden we een antwoord bieden op de vraag waarom moeders met VT-statuu minder zorg gebruiken en minder lang in het ziekenhuis verblijven in vergelijking met moeders zonder VT-statuu.

De methode van het onderzoek combineert drie werkwijzen:

- een kwantitatieve analyse van de antwoorden op gesloten vragen in de enquête;
- een kwalitatieve analyse van de antwoorden op open vragen in de enquête;
- analyses van de CM-databestanden.

2.1. Een enquête

Er werd een **steekproef** genomen van moeders met VT-statuu (n=2.000) en zonder VT-statuu (n=25.200). Op deze manier was het mogelijk deze twee groepen op een betrouwbare manier met elkaar te vergelijken. De ervaring leert namelijk dat niet iedereen met VT-statuu op de hoogte is van het feit dat men dit statuu heeft. Alle moeders die in 2022 of 2023 bevallen zijn, werden opgenomen in de steekproef op voorwaarde dat ze aan de volgende criteria voldeden:

- de moeder heeft toestemming gegeven om via e-mail gecontacteerd te worden;
- de moeder was minimum 18 jaar op het moment van de bevalling;
- moeder en baby zijn lid bij CM en in leven op het moment van de bevraging;
- de bevalling vond plaats in het ziekenhuis. Bevallingen buiten het ziekenhuis komen momenteel immers te weinig voor om hierover uitspraken te kunnen doen en het gaat om heel specifieke situaties.

Een **uitnodigingsmail** werd **verstuurd** naar deze steekproef in de tweede helft van september 2023. Een week later werd een herinneringsmail verstuurd naar de respondentes die de uitnodigingsmail nog niet geopend hadden.

4 De formulering van de vraag vermelde vroedvrouwen als voorbeeld. We mogen aannemen dat de respondenten zich vooral over dit type begeleiding uitspraken.

De **vragenlijst** be vraagt onder andere de volgende gegevens:

- achtergrondvariabelen zoals leeftijd, gezinssituatie, opleidingsniveau, professionele situatie, enz.;
- gebruik van zorg voor de bevalling (gynaecoloog, vroedvrouw, huisarts, kinesist, enz.) en redenen van niet-gebruik;
- ervaringen tijdens de bevalling en het verblijf in het ziekenhuis (hoe werd het verblijf ervaren, welke opnameduur, wat vond men van deze opnameduur, waarom vond men het tijd om naar huis te gaan / was men liever langer gebleven, enz.);
- gebruik van zorg na de bevalling (gynaecoloog, vroedvrouw, huisarts, kinesist, enz.) en redenen van niet-gebruik.

De vragenlijst werd ontwikkeld op basis van de verschillende stappen die een vrouw doorloopt vanaf het begin van een zwangerschap tot de periode na de bevalling. Ze werd nagelezen door personen die bevallen zijn om na te gaan of ze zich in de vragenlijst konden herkennen, of alles duidelijk en volledig was. De vragenlijst werd ook nagekeken door de ervaringsdeskundige in armoede, werkzaam bij CM, zodat ook de ervaringen van vrouwen in meer kwetsbare situaties opgenomen waren. De vragenlijst bevatte **zowel gesloten vragen als open vragen**.

In de **gesloten vragen** werd een aantal vooraf geformuleerde antwoorden gegeven waaruit de respondente er één of meerdere kon kiezen. De antwoordoptie 'andere, specificeer' was een open tekstveld waarin de respondente haar antwoord kon meegeven, indien ze dit niet terugvond in één van de vooraf geformuleerde antwoorden. De antwoorden die de moeders in 'andere, specificeer' gaven werden gehercodeerd naar de bestaande antwoorden indien dit mogelijk was. Indien dit niet mogelijk was, werd een nieuwe antwoordmogelijkheid toegevoegd.

De resultaten van de gesloten vragen worden weergegeven in de vorm van frequenties (ofwel het aandeel respondentes per antwoordmogelijkheid op een vraag). Om te bepalen of voor dezelfde vraag de frequentie bij de moeders met VT-statuut **significant verschilt** van die bij moeders zonder VT-statuut, berekenden we het betrouwbaarheidsinterval (van 95%) voor deze frequenties. We gebruiken daarvoor de methode van de Wilson-score met continuïteitscorrectie (Wilson, 1927; Yates, 1934; Ghosh, 1979). Als deze intervallen elkaar niet overlappen, kunnen we concluderen dat er een significant verschil is tussen moeders met en moeders zonder VT-statuut.

In de **open vragen** werd enkel de vraag weergegeven en was de respondente volledig vrij om zelf een antwoord te formuleren. Aangezien het ging om een verkennend onderzoek, bedoeld om antwoord te geven op wat vanuit het literatuuronderzoek niet geweten is, waren deze open vragen belangrijk om tot nieuwe kennis te komen. De open vragen gaven soms verdere verduidelijking bij wat in de gesloten vragen werd geantwoord en gaven soms nieuwe informatie die nog niet aan bod was gekomen. De antwoorden op de open vragen werden op een kwalitatieve manier verwerkt. Ze werden thematisch gecodeerd en geanalyseerd (Miles & Huberman, 2007). In het artikel worden citaten weergegeven uit deze open vragen.

4.170 moeders vulden de vragenlijst in of startten hiermee. Voor de verwerking van de resultaten is enkel rekening gehouden met **2.943 respondentes** die de vragenlijst tot het einde hadden doorlopen, ongeacht of elke vraag beantwoord was. Onder de respondentes waren er 118 met VT-statuut (verder VT-moeders genoemd) en 2.825 zonder VT-statuut (verder niet-VT-moeders genoemd). Het aandeel moeders met VT-statuut onder de respondentes van de enquête ligt hiermee lager dan in de doelgroep van bevallen CM-leden. Daarom werden de resultaten **herwogen** op VT-statuut (moeders met en moeders zonder VT-statuut) en taal (Nederlandstalig of Franstalig) zodat ze representatief zijn voor onze studiepopulatie op deze twee variabelen. In dit artikel worden de herwogen percentages weergegeven. We vermelden wel telkens het niet-herwogen aantal respondentes.

2.2. Analyses van CM-databestanden

Voor sommige thema's die in de vragenlijst aan bod komen, kunnen we vergelijkingen maken met de gegevens van de aan de CM-leden gefactureerde zorg, die CM verzamelt in het kader van haar wettelijke opdracht. Met behulp van deze gegevens kunnen we verschillende indicatoren van zorggebruik berekenen (frequentie en volume van contacten met een gynaecoloog, vroedvrouw, kinesitherapeut, voor en na de bevalling; duur van het ziekenhuisverblijf) en een schatting maken van de kosten die ten laste blijven van de patiënte. De in dit artikel geanalyseerde facturatiegegevens hebben betrekking op alle bevallingen in het ziekenhuis (75.761) in de periode 2022 tot 2023.

Het doel van deze vergelijking is om na te gaan of wat de respondentes hebben ingevuld in de enquête overeenkomt met wat terug te vinden is in de CM-databestanden. Deze vergelijkingen worden gemaakt in het onderdeel resulta-

ten: 3.2 (gebruik van zorg) en 3.4 (verblijf in het ziekenhuis – specifiek voor opnameduur). In 3.5 (betaalbaarheid van zorg) geven we een schatting van de gezondheidskosten van het zorgtraject rondom een bevalling die ten laste zijn van de moeders.

2.3. Beperkingen

Een **online enquête** betekent dat diegenen die deelnamen, toegang hadden tot een computer, dat we over hun e-mailadres beschikten en dat zij ons toestemming hadden gegeven contact met hen op te nemen. De digitale kloof leidt dus tot een ondervertegenwoordiging van de meest kwetsbaren (Faure, Brotcorne, Vendramin, Mariën, & Dedonder, 2022). Het is echter belangrijk op te merken dat deze groep van meest kwetsbaren, ongeacht de vorm van de enquête (online of op papier), moeilijk te bereiken is.

Het **aantal respondentes met VT-statuut** in de enquête, 118 personen, ligt effectief **niet hoog**. Desalniettemin lijkt dit toch een solide steekproef te zijn. De resultaten uit de enquête (over het gebruik van pre- en postnatale zorg en over de opnameduur in het ziekenhuis) komen sterk overeen met de resultaten van de CM-data-analyses, waar de VT-moeders (9.009 personen) een veel grotere groep vormen (zie ook punt 3.2.). Ook de verschillen tussen VT-moeders en niet-VT-moeders uit de enquête komen overeen met wat in de data-analyses werd gevonden.

Sommige respondentes hebben zich uitgesproken over gebeurtenissen die meer dan een jaar geleden plaatsvonden (bijvoorbeeld een e-mail die in september 2023 werd verstuurd over een bevalling die begin 2022 plaatsvond). Over het algemeen geldt dat hoe meer tijd er verstrijkt, hoe meer herinneringen vervagen of veranderen, wat bekend staat als **recall bias**. De literatuur geeft aan dat een enquête over een gebeurtenis die drie tot twaalf maanden geleden heeft plaatsgevonden, acceptabel is om nauwkeurige resultaten te verkrijgen (Hamano, Morita, Mori, Igarashi, & Shima, 2017). Het vermogen om zich een gebeurtenis te herinneren wordt echter ook beïnvloed door het belang dat de persoon eraan hecht (Coughlin, 1990). Aangezien we ons kunnen voorstellen dat de geboorte van een kind over het algemeen een ingrijpende gebeurtenis is, lijkt het risico dat onze resultaten sterk beïnvloed zijn door een herinneringsbias vrij beperkt.

De gegeven antwoorden op de vragenlijst zijn de **beoordeling van de vrouwen** zelf. Bijvoorbeeld bij de vragen over een risicozwangerschap en complicaties bij de bevalling,

gaat het om de subjectieve inschatting van de moeder, niet om de objectieve beoordeling van een arts. Ook bij gebruik van zorg gaat het om wat de moeders verteld hebben. In punt 3.2. zal echter blijken dat de resultaten uit de enquête dicht aanleunen bij wat wij vaststelden in de data-analyses. De rapportering van de moeders bevat dus betrouwbare gegevens.

In de facturatiegegevens van de ambulante zorg (huisarts, gynaecoloog, vroedvrouw, kinesist) zijn enkel de gegevens over de remgelden volledig. We kennen echter **niet alle betaalde supplementen in de ambulante gezondheidszorg**. Daarom moeten de resultaten over het persoonlijk aandeel (remgelden en supplementen) betaald in de ambulante zorg als een minimumbedrag beschouwd worden.

3. Resultaten

3.1. Profiel van de respondentes

De vragenlijsten van 2.943 respondentes werden verwerkt, waarvan 118 met VT-statuut en 2.825 zonder VT-statuut. Tabel 1 schetst het profiel van deze respondentes, waarbij ook een vergelijking is gemaakt tussen het profiel van moeders met VT-statuut en moeders zonder VT-statuut. De percentages waarbij een statistisch significant verschil is tussen VT en niet-VT staan in kleur in de tabel.

In de **totaalgroep** is bijna de helft van de respondentes tussen 30 en 34 jaar op het moment van de bevalling (gemiddelde leeftijd 32 jaar). De meeste moeders maken deel uit van een koppel. De meerderheid van de respondentes woont in Vlaanderen, is langgeschoold (diploma hoger onderwijs), is aan het werk en is Belg met een Belgische oorsprong. Een minderheid geeft aan moeilijk rond te komen met het gezinsinkomen.

Er zijn echter significante **verschillen in profiel tussen moeders met en zonder VT-statuut**. Het aandeel moeders ouder dan 35 jaar ligt hoger in de groep met VT-statuut. Moeders met VT-statuut wonen minder vaak in Vlaanderen. Ze zijn vaker een alleenstaande ouder, vaker middengeschoold (diploma secundair onderwijs) of kortgeschoold (geen diploma secundair onderwijs), zijn minder vaak aan het werk en geven vaker aan moeilijk rond te komen met het gezinsinkomen. Ze zijn ook vaker van buitenlandse origine.

Tot slot enkele gegevens over de **zwangerschap en bevalling**. Voor ongeveer de helft van de moeders ging het om de eerste bevalling. VT-moeders vermeldden significant vaker een risicozwangerschap en complicaties voor, tijdens of na de bevalling. Een op vijf van de moeders bevalt via een keizersnede, de wijze van bevallen (vaginaal of via keizersnede) verschilt niet volgens VT-statuu

We kunnen enkele resultaten uit de enquête, die subjectieve beoordelingen van de moeders zijn, aanvullen met enkele resultaten uit de **CM-databestanden** (objectieve gegevens).

- Wat de risicozwangerschappen betreft, vinden we in onze databestanden vergelijkbare niveaus. Volgens de detectiemethode ontwikkeld door het KCE (Benhamed, Lefèvre, Christiaens, Devos, & Stordeur, 2019b), had 25% van de vrouwen die in 2022 en 2023 zijn bevallen een risicozwangerschap, iets minder dan 25% voor de niet-VT-moeders en 27% voor de VT-moeders. Deze percentages komen overeen met het profiel van de respondentes in onze enquête.
- Wat het type bevalling betreft, levert de analyse van de gegevens over de ziekenhuisbevallingen in 2022 en 2023 ook resultaten op die overeenkomen met het profiel van de respondentes: 23% keizersnedes (25% bij VT-moeders en 23% bij niet-VT-moeders).

Tabel 1: Profiel van de respondentes van de enquête bevalling, met of zonder verhoogde tegemoetkoming (VT) (Bron: CM)

		Totaal (n=2.943)	VT (n=118)	Niet-VT (n=2.825)
Leeftijd	18-29 jaar	29%	30%	29%
	30-34 jaar	46%	37%	47%
	35 jaar en ouder	21%	28%	20%
	Gemiddelde	32 jaar	32 jaar	32 jaar
	Mediaan	31 jaar	31 jaar	31 jaar
Woonplaats	Vlaanderen	75%	68%	76%
	Wallonië	21%	26%	21%
	Brussel	3%	6%	3%
Gezinssituatie	Alleenstaande + kind(eren)	7%	26%	5%
	Koppel + kind(eren)	93%	72%	95%
Opleiding	Kortgeschoold	7%	27%	5%
	Middengeschoold	18%	41%	15%
	Langgeschoold	74%	33%	80%
Nationaliteit⁵	Belg met Belgische oorsprong	86%	58%	90%
	Oorsprong in een land van de Europese Unie	7%	10%	6%
	Oorsprong in een land buiten de Europese Unie	7%	33%	4%
Rondkomen met inkomen	Gemakkelijk	55%	15%	60%
	Neutraal	32%	44%	30%
	Moeilijk	14%	40%	10%
Beroepssituatie	Aan het werk	88%	48%	93%
	Niet aan het werk	10%	43%	5%
Eerste bevalling	Ja	52%	45%	53%
Risicozwangerschap	Ja	22%	29%	21%
Complicaties	Ja	34%	41%	33%
Keizersnede	Ja	23%	23%	23%

Cijfers in kleur: het verschil tussen VT en niet-VT is statistisch significant. (p<0,05)

5 Om de nationaliteit te bevragen werden in de vragenlijst twee vragen gesteld. 'Wat is uw nationaliteit?' met als antwoordmogelijkheden: niet-Belg vanuit een land van de Europese Unie, niet Belg vanuit een land buiten de Europese Unie en Belg. Indien men 'Belg' antwoordde kreeg men als bijkomende vraag 'Heeft u een migratieachtergrond?' met als antwoordmogelijkheden: 'neen', 'ja vanuit een land van de Europese Unie', 'ja vanuit een land buiten de Europese Unie'.

3.2. Zorggebruik

In de **vragenlijst** werd voor verschillende zorgverleners (gynaecoloog, vroedvrouw, huisarts, kinesist) gevraagd of de respondente (minstens één) contact had gehad gedurende de zwangerschap of na de bevalling, eens men het ziekenhuis verlaten had. Dit werd bevestigd via **gesloten vragen**. We beschikken ook over deze gegevens in de **CM-databestanden**, op basis van de facturatiegegevens. In tabel 2 **vergelijken we het zorggebruik dat onze respondentes rapporteren met het zorggebruik berekend aan de hand van de facturatiegegevens**⁶ voor 75.761 bevallingen in de periode 2022 tot 2023. De tabel toont de percentages personen die contact hadden met verschillende zorgverleners tijdens de pre- en postnatale periode. Links staan de resultaten voor de 2.943 respondentes van de enquête, rechts de resultaten van de analyse van de facturatiegegevens.

Voor de **prenatale zorg** is het zorggebruik van onze respondentes vergelijkbaar met dat van alle CM-leden die in 2022 of 2023 zijn bevallen, op enkele nuances na. Vergeleken met de respondentes in de enquête, zagen de moeders in de CM-gegevens iets vaker een vroedvrouw (86% versus 75%) en iets minder een kinesist (33% versus 39%). Er zijn ook verschillen volgens VT-status, vooral voor kinesisten, op wie de VT-moeders in de enquête vaker een beroep doen.

Wat betreft de **postnatale** opvolging zijn de bevindingen identiek: de opvolging van onze respondentes komt sterk overeen met die van alle CM-leden die in 2022 of 2023 zijn bevallen, op enkele nuances na. Bijvoorbeeld: bij VT-moeders. Hier melden de respondentes in de enquête meer opvolging dan uit onze gegevens blijkt (bijvoorbeeld: 89% van onze respondentes zegt na het verlaten van het ziekenhuis een gynaecoloog te hebben gezien, terwijl we slechts 71% zien in onze gegevens). De verschillen tussen VT en niet-VT blijven echter groot.

Tabel 2: Zorggebruik: vergelijking tussen de respondentes in de enquête en alle CM-leden die in 2022-2023 zijn bevallen, met of zonder verhoogde tegemoetkoming (VT) (Bron: CM)

	Enquête (n=2.943)			Gegevensanalyse 2022-2023 (n=75.761)		
	Totaal	VT	Niet-VT	Totaal	VT	Niet-VT
Prenatale zorg						
• Gynaecoloog	100%	99%	100%	100%	100%	100%
• Vroedvrouw	75%	63%	77%	86%	76%	88%
• Kinesist	39%	34%	40%	33%	14%	35%
• Huisarts	54%	44%	55%			
• Andere (diëtist, psycholoog, osteopaat)	37%	34%	37%			
Postnatale zorg						
• Gynaecoloog	95%	89%	96%	86%	71%	88%
• Vroedvrouw	93%	82%	95%	92%	88%	93%
• Kinesist	68%	43%	71%	71%	55%	73%
• Huisarts	14%	22%	13%			
• Andere (diëtist, psycholoog, osteopaat)	34%	37%	33%			

Cijfers in kleur: het verschil tussen VT en niet-VT is statistisch significant. (p<0,05)

⁶ Voor de analyses van de facturatiegegevens hebben we geen volledige gegevens voor de andere ontvangen zorg (psychologen enz.). We hebben het gebruik van huisartsen voor de begeleiding van de zwangerschap buiten beschouwing gelaten, omdat de gegevens niet toelaten de reden van een contact met een huisarts te bepalen.

3.3. Waarom gebruikt men bepaalde zorg niet?

In de **vragenlijst** werd aan de respondente gevraagd of ze contact had met verschillende zorgverleners (gynaecoloog, vroedvrouw, huisarts, kinesist) voor en na de bevalling. Afhankelijk van het antwoord, vroegen we hen vervolgens om welke reden(en) ze niet opgevolgd werden door een bepaalde zorgverlener. Dit werd bevraagd via enkele **gesloten vragen**. Aan het einde van zowel het gedeelte prenatale zorg als het gedeelte postnatale zorg, werd een **open vraag** toegevoegd. Hierin werd de respondentes gevraagd of ze nog iets wilden toevoegen over de zorg voor of na de bevalling. In wat volgt geven we een beschrijving van de resultaten uit de gesloten en open vragen.

3.3.1. Prenatale zorg

Moeders zonder prenataal contact met een vroedvrouw geven aan dat dit komt omdat hun zwangerschap gevolgd werd door hun gynaecoloog (93%). Een andere aangehaalde reden is dat men hier geen behoefte aan had (37%) en dit was vaker zo voor niet-VT-moeders (39% versus 24% bij VT). Tot slot geeft 14% aan dat ze niet wisten dat dit mogelijk was en 12% dat ze niet wisten waarvoor ze bij een vroedvrouw terecht konden.

Moeders zonder prenataal contact met de huisarts geven hiervoor als reden dat hun zwangerschap opgevolgd werd door hun gynaecoloog (94%) of een vroedvrouw (33%), of omdat ze hier geen behoefte aan hadden (28%). 9% geeft aan dat ze niet wisten dat dit mogelijk was, maar deze reden wordt significant vaker gegeven door VT-moeders (17%) dan door niet-VT-moeders (7%).

Moeders zonder contact met een kinesist geven aan dat ze dit niet nodig vonden (44%), dat het hen niet is voorgesteld (29%) of dat ze niet wisten dat dit bestond (16%). Ook opvallend is dat 12% van de moeders zegt hier geen tijd voor te hebben. Voor 8% was het te moeilijk om zich hiervoor vrij te maken op het werk en voor 7% was het moeilijk zich hiervoor vrij te maken om familiale redenen (zorg voor kinderen, huishoudelijke taken). Deze drie categorieën van antwoorden maken duidelijk dat het voor zwangere vrouwen niet gemakkelijk is tijd vrij te maken om voor zichzelf te zorgen. VT-moeders geven significant vaker aan dat ze niet wisten dat dit bestond (27% versus 15% niet-VT). Niet-VT-moeders geven vaker als reden dat ze dit niet nodig vonden (46% versus 31% VT).

In een **open vraag** noteerden moeders nog extra informatie rond het gebruik van prenatale zorg. Een deel van de moeders geeft aan **dat ze als zwangere veel zelf moeten uitzoeken**, zoals welke zorg bestaat en weten bij wie men terecht kan voor een goede opvolging. Ze vinden dat deze informatie beter gecentraliseerd zou zijn, zodat elke zwangere vrouw hier toegang toe heeft en dit gemakkelijk te vinden is. Ze geven ook aan dat zwangere vrouwen beter geïnformeerd zouden moeten worden over het feit men niet voor elke opvolging naar een gynaecoloog moet, maar dat dit ook mogelijk is bij een vroedvrouw of huisarts. In het algemeen is het interessant te weten welke zorg minstens nodig is en welke zorg gevolgd kan worden, maar zonder dat deze noodzakelijk is. Er is een groot aanbod van mogelijke zorg bij de zwangerschap en voorbereiding op de bevalling, waarin het niet altijd duidelijk is voor moeders welke zorg absoluut noodzakelijk is. Het is ook niet altijd gemakkelijk om een kinesist te vinden die bijzondere expertise heeft in pre- en postnatale kinesitherapie. Ze moeten ook zelf veel uitzoeken over de administratie die allemaal in orde gebracht moet worden en over welke zorg terugbetaald wordt.

'Informatie vinden over de beschikbare zorg is zeer moeilijk, de informatie is wijdverspreid en vrouwen worden een beetje aan hun lot overgelaten / moeten zelf zeer veel initiatief nemen om de juiste zorg te krijgen. Indien iemand minder mondig is, of geen / weinig toegang heeft tot het internet, of niet weet welke instanties te raadplegen, zal zij mogelijks niet de juiste/gewenste zorg krijgen.'

'Ik sta er nu pas bij stil dat bepaalde (soms dure) consultaties bij de gynaecoloog misschien ook bij de huisarts zouden kunnen? Die optie zou misschien duidelijker moeten gegeven worden aan patiënten. Mijn gynaecologen stelden het altijd voor alsof je altijd bij hen op consultatie moet. Maar als je een afspraak in hun privépraktijk krijgt (keuze is er vaak niet), is dat vaak heel duur. Terwijl een consultatie in het ziekenhuis precies betaalbaarder is ...'

3.3.2. Postnatale zorg

Vrouwen die geen postnataal contact hadden met een gynaecoloog geven aan dat hun vroedvrouw de opvolging deed (45%), dat ze dit niet nodig vonden (30%), niet wisten dat dit mogelijk was (17%) of dat de huisarts de opvolging deed (14%).

Moeders die geen contact hadden met een vroedvrouw hadden hier geen behoefte aan (63%), wisten niet dat dit mogelijk was (14%) of wilden deze periode als gezin beleven zonder onbekenden in huis (12%). VT-moeders geven ook als reden aan dat hun huis niet in orde was (bijvoorbeeld rommel, babykamer niet klaar, schaamte rond toestand huis, enz.) (14%), wat significant vaker is dan bij niet-VT-moeders (2%).

Moeders zonder contact met hun huisarts voor de opvolging na de bevalling, zeggen dat dit komt omdat ze werden opgevolgd door hun gynaecoloog (72%) of door hun vroedvrouw (59%). De opvolging door een vroedvrouw wordt significant minder vaak als reden gegeven door VT-moeders (33% versus 62% bij niet-VT).

Moeders die geen postnatale kinesitherapie volgden nadat ze het ziekenhuis verlaten hadden, vonden dit niet nodig (39%), hadden hier geen tijd voor (32%), hadden niemand die op hun baby kon passen terwijl zij naar de kinesist gingen (17%) of kenden nog de oefeningen van vorige bevallingen (16%). VT-moeders halen ook significant vaker aan dat ze niet wisten dat dit bestond (19% versus 6% bij niet-VT). Het gebrek aan tijd halen VT-moeders (21%) minder vaak aan dan niet-VT-moeders (35%).

In een **open vraag gaven verschillende moeders aanvullende informatie in verband met de zorg na de bevalling**. Een deel van de moeders geeft aan dat **ze alles zelf moeten uitzoeken**. Er is een gebrek aan informatie over welke zorg bestaat. De moeders voelen zich onvoldoende geïnformeerd. Daarboven op komt nog dat moeders vaak al voor de bevalling alle zorg moeten regelen om er zeker van te zijn dat de zorgverleners die ze nodig hebben beschikbaar zijn na de bevalling (bijvoorbeeld kinesist en vroedvrouw).

'Veel van het initiatief ligt bij jezelf als moeder. Je moet de juiste instanties/personen vinden om de juiste zorg te vinden die inspeelt op jouw noden (geldt eigenlijk ook voor de zorg voor en tijdens de bevalling).'

Een aantal moeders geeft aan dat er **nood is aan meer aandacht en rust voor de moeders (en de vaders)**. Na de bevalling gaat de aandacht vooral naar de baby en wordt de moeder vergeten. Op dat moment valt er nochtans veel te regelen, waardoor men amper tot rust kan komen. Hierdoor hebben

moeders amper tijd over om zichzelf te verzorgen (bijvoorbeeld postnatale kinesitherapie). Ze geven aan dat het soms zeer eenzaam is als pas bevallen moeder. Ze zouden het een goed idee vinden om contact met andere moeders te organiseren. Respondentes geven aan dat er ook meer aandacht voor vaders nodig is, die in het hele bevallingsverhaal soms worden vergeten. Ze vinden bovendien dat ze veel te snel terug aan het werk moeten en vragen een langere moederschapsrust. Maar ook het verlof dat toegekend wordt aan de vader of de mee-ouder is veel te kort, waardoor de moeder er heel snel alleen voor staat met haar pasgeboren baby.

'Er komt heel veel op je af, met bezoeken van de vroedvrouw, Kind en Gezin en een bezoek aan de kinderarts, terwijl ik net wat wou bekomen.'

Sommige van de moeders uit Vlaanderen gaven aan dat **de kraamhulp⁷ na de bevalling een enorme hulp** was. Ze hebben hier heel veel aan gehad doordat er geholpen werd in het huishouden, ze wat konden bijslapen of een luisterend oor vonden bij iemand. Ze vinden het wel jammer dat kraamzorg na drie maand niet meer terugbetaald wordt. Vaak valt de kraamhulp hierdoor weg op het moment dat ze als moeder weer aan het werk moeten, terwijl ze het dan net hard nodig hebben.

'Ik had het wel heel moeilijk met het (voor mij te snelle) wegvallen van de kraamhulp. De maatschappij lijkt te denken dat je 3 maand na je bevalling weer helemaal de oude bent. De kraamhulp valt weg net op het moment dat je ook terug aan het werk moet. Dat zijn eigenlijk de lastigste weken en dan sta je plots alleen. Heel vreemd dat kraamhulp niet langer kan doorlopen ...'

Andere moeders gaven aan dat ze **heel goed geholpen werden door de vroedvrouw die aan huis kwam**. Het maakte voor hen echt een verschil en heeft hen soms door die eerste maanden heen geholpen. Ook op vlak van borstvoeding vinden ze vroedvrouwen een enorme hulp. Zij maken soms het verschil en zorgen ervoor dat de borstvoeding lukt.

'Ik nam zelf het initiatief om een vroedvrouw aan huis te laten komen. Zij volgde mijn herstel op, volgde ook ons baby'tje op (gewicht, lengte, verzorgen navel, voeding, enz). Ik kan het iedereen aanraden, want van zodra je thuis komt heb je geen hulp meer.'

7 In Vlaanderen en de Nederlandstalige diensten in Brussel kan men beroep doen op kraamzorg. Kraamzorg bestaat uit medische hulpverlening door een vroedvrouw en huishoudelijke hulp door een kraamverzorg(st)er (=kraamhulp). De kosten voor kraamhulp zijn afhankelijk van het gezinsinkomen en vastgelegd door de Vlaamse overheid. Enkele ziekenfondsen en verzekeringen komen tussen in de kosten van kraamzorg. Men kan genieten van kraamhulp van 1 maand voor tot 3 maanden na de bevalling (Parentia Vlaanderen, s.d.). In Franstalig België bestaat dit geïntegreerd aanbod niet. Moeders kunnen beroep doen op een vroedvrouw of eventueel op gezinszorg of thuishulp.

3.4. Het verblijf van moeder en baby in het ziekenhuis

In de **vragenlijst** werden verschillende **gesloten en open vragen** gesteld over het verblijf van moeder en baby in het ziekenhuis. In verschillende gesloten vragen werd ook een optie 'andere, specificeer' opgenomen in het geval een respondent haar antwoord niet terug kon vinden tussen de aangeboden antwoordmogelijkheden. De verwerking van deze 'andere, specificeer'-antwoorden en de open vragen biedt inzicht in de ervaringen van de moeders tijdens hun ziekenhuisverblijf na de bevalling. We beschikken ook over de gegevens over de opnameduur in de **CM-databestanden** op basis van de facturatiegegevens. Daarom wordt in 3.4.3 (verblijfsduur) een vergelijking gemaakt tussen de resultaten uit de enquête en deze uit de CM-databestanden.

3.4.1. Kamerkeuze moeder en hospitalisatieverzekering

Een grote meerderheid van de respondentes (82%) verbleef in een eenpersoonskamer op materniteit. Hier is echter sprake van een sociale kloof, aangezien dit aandeel bij VT-moeders slechts 44% was, wat significant minder is dan de 87% bij niet-VT-moeders.

Het kostenplaatje van een verblijf op een eenpersoonskamer ligt hoger dan dat van een verblijf op een meerpersoonskamer⁸. Daarom is het interessant om ook te kijken naar het aandeel moeders dat een hospitalisatieverzekering heeft. Deze vermindert, afhankelijk van de dekking, in meerdere of mindere mate de eigen kosten en bepaalt wellicht mee de kamerkeuze. 92% van de moeders verklaart in de enquête een hospitalisatieverzekering te hebben. Aangezien 2% nog in hun wachtperiode zat, was de hospitalisatieverzekering van toepassing op de bevalling voor 90% van de moeders. Zoals te verwachten trekt de sociale kloof zich ook hier door: **het aandeel VT-moeders met een hospitalisatieverzekering (69%) ligt significant lager in vergelijking met niet-VT-moeders (95%)**. Nog een opvallend resultaat is dat 11% van de VT-moeders niet weet of ze een dergelijke verzekering hebben, terwijl dit bij niet-VT-moeders slechts 1% is (verschil statistisch significant).

3.4.2. De ervaring van de moeders met de zorgverleners

De meerderheid van de baby's verbleef samen met de moeder op de dienst materniteit (87%). Dit was echter significant minder vaak het geval bij VT-moeders (77% versus 89% bij niet-VT). 10% van de pasgeborenen verbleef op de dienst neonatologie. Dit verschilt niet significant tussen baby's van VT- (12%) en niet-VT-moeders (9%). Er bestaat ook een tussenvorm (een 'koalakamer') waar moeder en baby samen op de kamer liggen en de baby neonatale zorgen krijgt. Dit is het geval bij 2% van alle baby's, met een significant hoger aandeel baby's van VT-moeders (8% versus 2% bij niet-VT).

We vroegen de moeders aan de hand van een aantal stellingen naar hun ervaring afhankelijk van het type verblijf van hun baby (materniteit, neonatologie of koalakamer). Men kon elke stelling beoordelen met een score van 1 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord).

Figuur 1 toont dat moeders die samen met hun baby op **materniteit** verbleven, vinden dat ze voldoende en begrijpbare uitleg kregen over de gezondheidssituatie van hun baby. Ze kregen ook voldoende uitleg over de verzorging van hun baby, vonden die uitleg begrijpbaar en voelden zich op hun gemak tijdens hun verblijf. Ze hadden vertrouwen in de vroedvrouwen en verpleegkundigen van de materniteit.

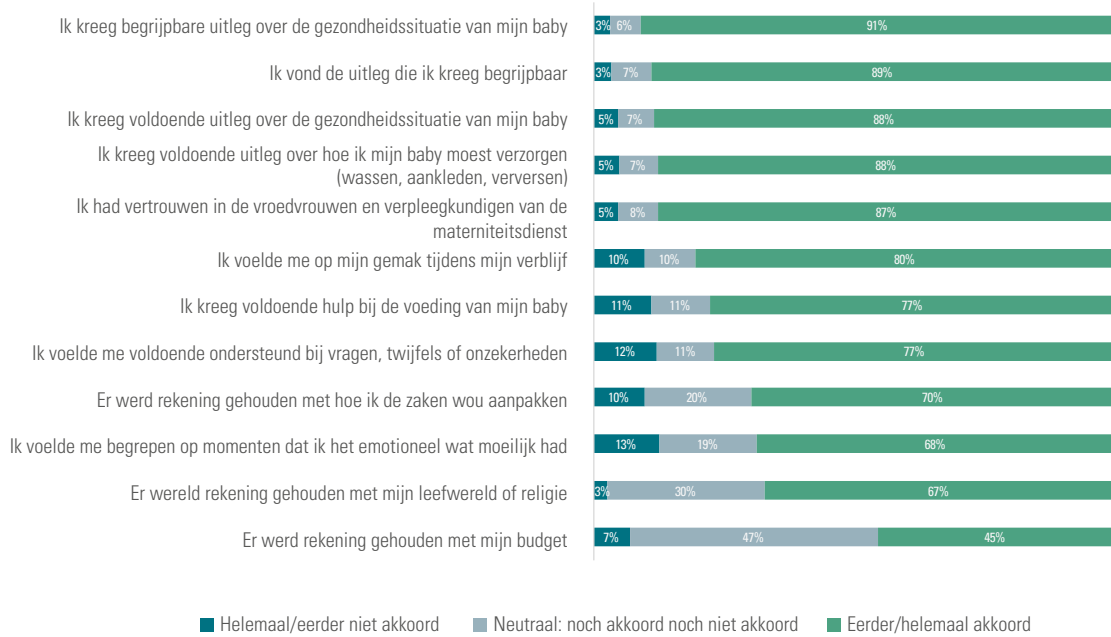
Iets minder evident was hulp krijgen bij de voeding, het feit dat er rekening wordt gehouden met hoe de moeder de zaken wil aanpakken en zich ondersteund voelen bij vragen, twijfels en onzekerheden. Waar nog verbetering mogelijk is, is begrip krijgen op momenten dat de moeder het emotioneel moeilijk heeft en rekening houden met de leefwereld of religie van de moeder. Met de stellingen hierover gaat minder dan 70% van de moeders akkoord. Tot slot gaat slechts 45% van de moeders akkoord met de stelling dat er rekening werd gehouden met hun budget.

8 Dat prijsverschil naargelang het kamertype heeft in belangrijke mate te maken met het feit dat ereloon- en kamersupplementen kunnen aangerekend worden bij verblijven op een eenpersoonskamer, wat niet het geval is bij verblijven op een twee- of meerpersoonskamer. Deze types supplementen kunnen hoog oplopen, zijn niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering en zijn dus volledig ten laste van de patiënt-e.

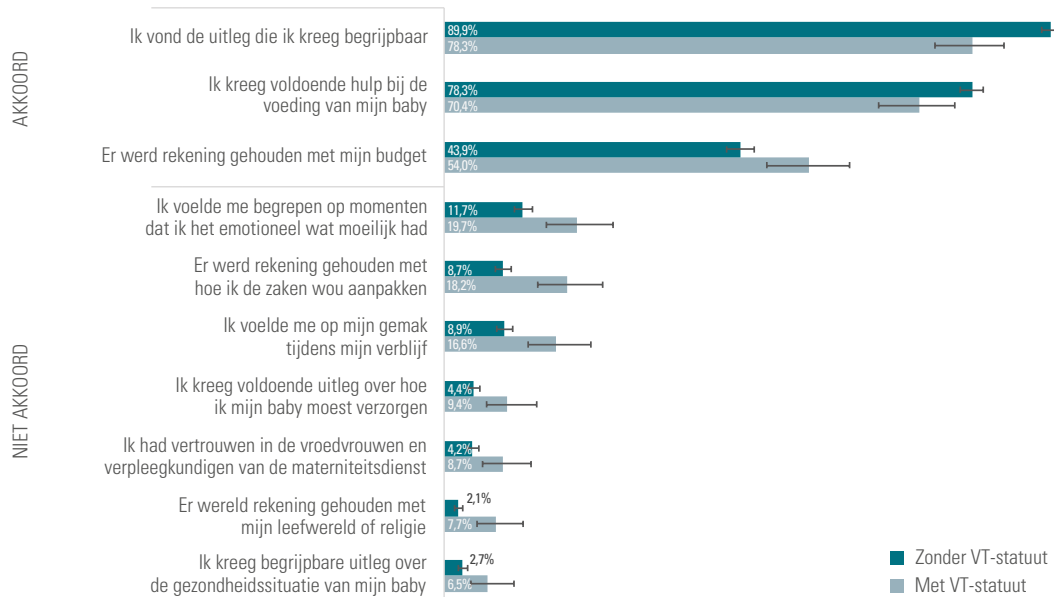
VT-moeders scoren op heel wat stellingen significant minder goed dan niet-VT-moeders. Dit wil zeggen dat ze ofwel significant vaker 'niet akkoord' (eerder + helemaal niet akkoord) gaan met de stelling, ofwel significant minder vaak 'akkoord' (eerder + helemaal akkoord). Figuur 2 geeft een overzicht van alle significante verschillen in de beoordeling van materniteit tussen moeders met en zonder VT-statuu

De resultaten bij moeders wiens baby op **neonatologie** of in een **koalakamer** verbleef, zijn gelijkaardig. Toch zijn er enkele significante verschillen tussen de ervaring op materniteit en neonatologie en tussen de ervaring op materniteit en bij een koalakamer (zie Figuur 3).

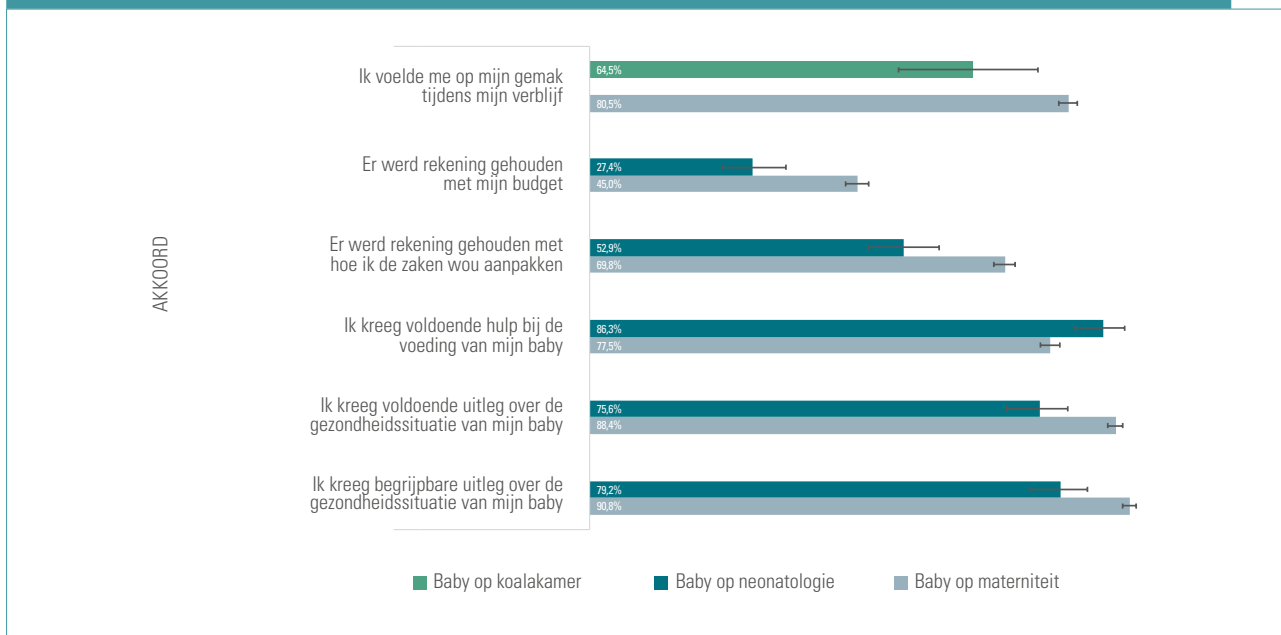
Figuur 1: Ervaring van moeders met zorgverleners op materniteit (Bron: CM)



Figuur 2: Ervaring van moeders met zorgverleners op materniteit volgens VT-statuu



Figuur 3: Ervaring van moeders met zorgverleners naargelang de verblijfplaats van de baby (Bron: CM)



3.4.3. De verblijfsduur van de moeder in het ziekenhuis

Hoelang verblijft de moeder in het ziekenhuis na de bevalling? In tabel 3 wordt de vergelijking gemaakt tussen de antwoorden uit de enquête en de analyse van de CM-databestanden voor alle bevallingen in het ziekenhuis in 2022 en 2023. De resultaten zijn vrij vergelijkbaar: de meeste verblijven duren drie of vier nachten, langere verblijven zijn zeldzaam (hoewel ze oververtegenwoordigd lijken te zijn in de enquête). Korte verblijven zijn niet langer de uitzondering en het risico hierop is groter bij VT-moeders.

Wie neemt de beslissing over het moment dat de moeder naar huis gaat? Meestal is dit de gynaecoloog (49%), maar de beslissing wordt ook vaak gezamenlijk genomen (moeder en gynaecoloog samen: 37%). De moeder neemt in 13%

van de gevallen zelf deze beslissing. **In vergelijking met niet-VT-moeders (47%), is dit bij VT-moeders (61%) significant vaker een beslissing van de gynaecoloog.** Bij niet-VT-moeders wordt er significant vaker een gezamenlijke beslissing genomen (38% versus 26% bij VT).

Wat vindt de moeder van de verblijfsduur? De meerderheid (62%) vond dit het ideale aantal nachten, terwijl 20% liever wat langer was gebleven en 17% liever vroeger naar huis was gegaan. VT-moeders (51%) beoordelen hun verblijfsduur minder vaak als het ideale aantal nachten in vergelijking met niet-VT-moeders (63%). Zij waren liever vroeger naar huis gegaan (27% VT versus 16% niet-VT).

Waarom vond men het tijd om naar huis te gaan? Deze vraag werd gesteld zowel aan moeders die hun verblijfsduur ideaal vonden als aan moeders die liever vroeger

Tabel 3: Verblijfsduur: vergelijking tussen de respondentes van de enquête en alle CM-leden, met of zonder verhoogde tegemoetkoming (VT) die in 2022-2023 zijn bevallen (Bron: CM)

Duur van het verblijf in de materniteit	Enquête (n = 2.943)			Gegevensanalyse 2022-2023 (n = 75.761)		
	Totaal	VT	Niet-VT	Totaal	VT	Niet-VT
1 of 2 nachten	26%	33%	25%	28%	39%	27%
3 of 4 nachten	60%	47%	62%	68%	56%	69%
5 nachten of meer	14%	21%	13%	4%	5%	4%

Cijfers in kleur: het verschil tussen VT en niet-VT is statistisch significant. (p<0,05)

naar huis waren gegaan. Genoeg vertrouwen hebben in zichzelf en hun baby om naar huis te kunnen (65%) en het niet nodig vinden om langer te blijven (56%) zijn de meest aangehaalde redenen. Ook de volgende redenen worden vaak genoemd: om terug thuis te zijn bij de andere kinderen (42%) of de partner (36%), zich volledig hersteld voelen (26%) en zich niet op hun gemak voelen in het ziekenhuis (11%). 37% van de moeders geeft aan dat ze gewoon de beslissing van de arts gevolgd hebben.

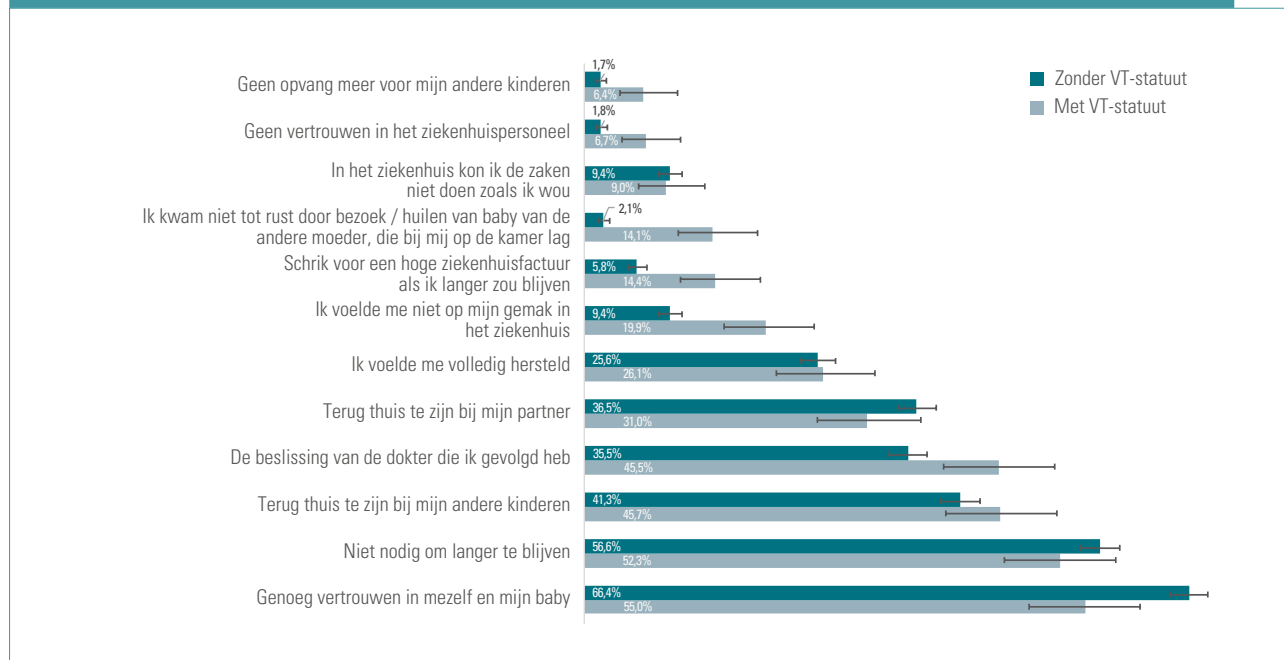
Figuur 4 illustreert dat de redenen om naar huis te gaan **verschillen tussen VT-moeders en niet-VT-moeders**. Zo zeggen VT-moeders significant minder vaak voldoende vertrouwen te hebben in zichzelf en de baby. Ze geven vaker aan de beslissing van de arts gevolgd te hebben, zich niet op hun gemak te voelen in het ziekenhuis, te vrezen voor een hoge ziekenhuisfactuur bij een langer verblijf, geen rust te krijgen doordat ze de kamer deelden met een andere moeder en baby en geen vertrouwen te hebben in het ziekenhuispersoneel.

Eén op tien moeders gaf als reden om (vroeger) naar huis te willen dat ze zich niet op hun gemak voelden in het ziekenhuis. Bij VT-moeders loopt dit aandeel op tot één op vijf. Bij alle moeders die dit antwoord gaven, peilde een extra open vraag naar de reden **waarom ze zich niet op hun gemak voelden**⁹.

Moeders zeggen dat ze **geen rust kregen doordat er teveel personeel op de kamer langskomt**: vroedvrouwen, artsen en de kinesist komen langs, de maaltijd wordt gebracht, er komt iemand om te poetsen, enz. Dit maakt dat ze soms echt uitgeput naar huis vertrekken door een gebrek aan slaap en rust. Moeders vinden verder dat ze **geen of onvoldoende hulp** kregen. Sommige moeders voelden zich aan hun lot overgelaten. Andere moeders zijn bijvoorbeeld na een keizersnede tot niets in staat en kregen toch geen hulp.

'Gelijk na de keizersnede zelf opstaan en douchen, zonder hulp of dergelijke. Gelukkig was mijn partner er. Ze kwamen amper de kamer binnen. Voelde me echt helemaal alleen gelaten. Bij pijn en op de bel drukken duurde het erg lang helaas. Geen empathie en niet helpen.'

Figuur 4: Redenen om naar huis te gaan volgens VT-status van de moeder (Bron: CM)



9 De antwoorden die worden weergegeven, zijn de gehercodeerde antwoorden die het vaakst genoemd werden. Dit betekent niet dat elke moeder elk antwoord gegeven heeft. Het gaat om een opsomming van de thema's die vaak aan bod kwamen.

Moeders geven aan dat er naar hun gevoel **een tekort aan personeel** is waardoor het te weinig tijd heeft. Vooral 's nachts, wanneer er soms maar één vroedvrouw is voor alle bevallen moeders, wordt dit ervaren als een groot probleem. Moeders stellen dat ze zowel overdag als 's nachts lang moeten wachten tot iemand langskomt nadat ze op de bel gedrukt hebben. Er zijn wel moeders die begrip hebben voor deze moeilijke situatie van het personeel, maar daarmee zijn ze nog niet geholpen.

'Het personeel was onderbezet. Soms moesten we lang wachten tot iemand beschikbaar was. Daardoor moest ik soms wachten op pijnstillers, hulp om mijn baby aan de borst te leggen enz. Soms kon er niemand komen.'

Moeders vinden de **omstandigheden op de ziekenhuiskamer niet aangenaam**: er is veel geluid op de gang, het is met momenten veel te warm op de kamer (zeker tijdens warme zomers), men heeft een heel slecht bed of een slechte matras, of de kamer is te klein en benauwd. Alleen maar redenen waarom ze slecht slapen of niet tot rust kunnen komen. Moeders klagen ook over het slechte eten of eten dat niet is aangepast aan moeders die net bevallen zijn (en zware arbeid geleverd hebben) of die borstvoeding geven.

Moeders halen ook aan dat ze in het ziekenhuis **de zaken niet konden doen zoals zij het wilden**. Ze zeggen dat de vroedvrouwen hun manier van werken opleggen, zonder rekening te houden met hoe zij het als moeder zelf willen doen. Moeders vinden verder dat vroedvrouwen zich te veel mengen of kritiek geven op hoe zij de dingen aanpakken als moeder.

'Ik mocht mijn moederhart precies niet volgen. Ik wou zo vaak mogelijk huid-op-huidcontact hebben en als mijn dochtertje wou drinken, legde ik ze aan. Maar dit strookte niet met het 'beleid' voor sommige vroedvrouwen... Jammer!'

Moeders wijzen ook op de **tegenstrijdige informatie en adviezen die ze krijgen van de verschillende zorgverleners**. Doordat er verschillende vroedvrouwen langskomen, gebeurt het dat deze elk een ander advies geven, zeker op het vlak van borstvoeding. Voor moeders (en zeker als men voor het eerst moeder wordt) is het heel verwarrend om telkens ander advies te krijgen. Het maakt hen onzeker en ze weten op den duur niet meer hoe ze het moeten doen.

Moeders vinden dat ze **geen, onvoldoende of slechte ondersteuning kregen bij borstvoeding**. Alles moet veel te

snel gaan en er is onvoldoende tijd om de moeder te helpen met de borstvoeding. Er wordt ook te veel tegenstrijdige informatie gegeven. De visie van de vroedvrouwen wordt opgelegd, wat de moeder stress geeft en niet bevorderlijk is voor een goede opstart van de borstvoeding. Vaak begint de borstvoeding pas vlot te lopen eens de moeder thuis is en in alle rust kan uitzoeken op haar manier en tempo, eventueel samen met één vaste vroedvrouw, hoe dit het beste loopt. Soms mislukt de borstvoeding door de slechte hulp en ondersteuning in het ziekenhuis.

'Ik voelde me in een fabriek waar ze snel eens binnen kwamen en uw baby aan de borst legden zonder uitleg zonder iets en als je belde kreeg je iemand anders en weer iemand anders.'

Waarom was men liever langer in het ziekenhuis gebleven? Deze vraag werd gesteld aan de moeders die aangeven dat ze liever langer in het ziekenhuis waren gebleven. Dit kwam grotendeels omdat men zich fysiek onvoldoende hersteld voelde (61%). Andere gegeven redenen zijn dat men zich op zijn gemak voelde in het ziekenhuis (41%), men nog niet voldoende vertrouwen had in zichzelf en de baby (35%), men nood had aan meer informatie en advies over de voeding en verzorging van de baby (22%). Eén op vijf (21%) gaf aan dat men zich verdrietig voelde (bijvoorbeeld *baby blues*) en nog eens 13% dat het te druk was thuis (bijvoorbeeld met de andere kinderen).

3.5. Betaalbaarheid van zorg

Hoe betaalbaar is de zorg rond de bevalling? Dit was een thema dat met verschillende gesloten vragen in de vragenlijst aan bod kwam. Een open vraag leverde verduidelijkende commentaar van de respondentes op. Tot slot kunnen we met behulp van onze facturatiegegevens en informatie uit de IMA-ziekenhuisbarometer een raming maken van de kosten van deze zorg, waaruit blijkt dat de indruk van onze respondentes inderdaad overeenkomt met de werkelijkheid.

3.5.1. Percentage respondentes dat gezondheidszorg betaalbaar vindt

In de **vragenlijst** werd via een gesloten vraag aan de moeders gevraagd in welke mate ze de zorg rondom de bevalling betaalbaar vonden. Dit werd gevraagd voor de pre- en postnatale zorg en voor het ziekenhuisverblijf, met een schaal van 1 (helemaal niet goed betaalbaar) tot 5 (heel goed betaalbaar), aangevuld met 'niet van toepassing' (op-

tie voor het geval men geen gebruik had gemaakt van bepaalde zorg). Tabel 4 geeft het percentage moeders weer dat de zorg goed betaalbaar vond ('heel goed betaalbaar' of 'eerder goed betaalbaar').

Voor de totaalgroep van moeders zijn zowel de pre- als de postnatale contacten met de huisarts (89% en 82%) en een vroedvrouw (78% en 80%) goed betaalbaar. De betaalbaarheid van de gynaecoloog scoort lager: slechts 54% vindt de prenatale contacten goed betaalbaar en 57% de postnatale contacten. De resultaten voor de pre- en postnatale oefeningen bij de kinesist zijn nog slechter (respectievelijk 44% en 47%). De andere pre- en postnatale zorg scoort heel laag op vlak van betaalbaarheid. Slechts de helft van de moeders vindt alle prenatale zorg samen goed betaalbaar. De betaalbaarheid van het ziekenhuisverblijf (57%) en alle postnatale zorg samen (56%) scoren niet zoveel beter.

Uit tabel 4 blijkt verder dat er niet veel significante verschillen zijn tussen VT- en niet-VT-moeders. Enkel de betaalbaarheid van de vroedvrouw wordt zowel prenataal (71% versus 79%) als postnataal (70% versus 82%) als minder goed betaalbaar beoordeeld door VT-moeders. Daarnaast worden enkel nog de prenatale contacten bij de huisarts als minder goed betaalbaar beoordeeld door VT-moeders (81%) in vergelijking met niet-VT-moeders (90%).

We vroegen aan de moeders ook in welke mate ze **zich op voorhand geïnformeerd voelden over de te verwachten kost van hun ziekenhuisopname** voor hun bevalling. Slechts 35% voelde zich eerder tot heel goed geïnformeerd, terwijl 39% zich eerder tot heel slecht geïnformeerd voelde. Er is geen verschil tussen VT- en niet-VT-moeders.

Deze resultaten tonen aan dat de **betaalbaarheid van de pre- en postnatale zorg en het ziekenhuisverblijf toch nog aandacht verdient**.

3.5.2. Waarom prenatale zorg moeilijk te betalen is

Dat de betaalbaarheid van prenatale zorg extra aandacht verdient, blijkt ook uit de **antwoorden op de open vraag** of men nog iets wou toevoegen in verband met de zorg voor de bevalling. Een groot deel van de moeders gaf aan dat de **kosten van prenatale zorg hoog kunnen oplopen**, en verwezen hierbij naar de hoge kost voor de gynaecoloog en de kinesist. Een eerste reden hiervoor is dat deze vaak niet geconventioneerd zijn, waardoor ze duur zijn (omdat er ereloonsupplementen gefactureerd kunnen worden). Verder worden veel afspraken gepland bij de gynaecoloog waardoor de kosten uiteindelijk hoog oplopen. Voor de kinesist wordt aangehaald dat het aantal terugbetaalde sessies veel te laag is. Er wordt ook aangegeven dat alle kosten samen voor de zwangerschap en bevalling hoog oplopen en er veel betaald moet worden op korte termijn.

Tabel 4: Percentage respondentes dat de pre- en postnatale zorg en het ziekenhuisverblijf goed betaalbaar vindt volgens VT-status (Bron: CM)

	Totaal	VT	Niet-VT
Alle prenatale zorg	51%	44%	52%
• Gynaecoloog	54%	58%	53%
• Vroedvrouw	78%	71%	79%
• Huisarts	89%	81%	90%
• Kinesist	44%	39%	45%
• Andere (diëtist, psycho-loog, osteopaat)	25%	26%	25%
Ziekenhuisverblijf	57%	51%	58%
Alle postnatale zorg	56%	54%	57%
• Gynaecoloog	57%	61%	57%
• Vroedvrouw	80%	70%	82%
• Huisarts	82%	81%	83%
• Kinesist	47%	50%	47%
• Andere (diëtist, psycho-loog, osteopaat)	21%	25%	21%

Cijfers in kleur: het verschil tussen VT en niet-VT is statistisch significant. (p<0,05)

‘Er zijn bijna geen geconventioneerde gynaecologen en kinesisten meer omwille van hun lage betaling van het RIZIV. Hopelijk wordt er hier iets aan gedaan, want dit maakt zwanger zijn en bevallen onbetaalbaar voor sommige mensen.’

Heel wat moeders gaven aan dat de **prenatale zorg goed betaalbaar was, maar enkel dankzij hun hospitalisatieverzekering**. Sommige respondentes vragen zich af hoe mensen die het minder breed hebben als zijzelf dit kunnen betalen. Ze prijzen zich gelukkig dat zij dit goed konden betalen dankzij hun goed inkomen, maar beseffen dat niet iedereen in deze situatie zit.

‘Voor ons als gezin was het financieel haalbaar, maar ik vraag me wel af hoe andere gezinnen gynaecoloog en vroedvrouw kunnen betalen.’

Sommige moeders zeggen dat sommige zorg (zoals osteopathie, doula¹⁰, psycholoog) goed is maar duur, en deze terugbetaald zou moeten worden.

3.5.3. Geschatte kosten van de zorg rond de bevalling

Dankzij onze facturatiegegevens kunnen we een objectieve raming maken van de gezondheidskosten die de bevallen vrouwen zelf moeten betalen, meestal aangeduid als het ‘persoonlijk aandeel’. Het betreft twee soorten kosten: het remgeld (het verschil tussen de waarde van een prestatie en de terugbetaling via het ziekenfonds) en de supplementen (wat bovenop de waarde van de prestatie wordt gefactureerd). Deze supplementen worden vaak (maar niet systematisch) gefactureerd wanneer zorgverleners niet geconventioneerd zijn (geconventioneerde zorgverleners verbinden zich ertoe het officiële tarief te respecteren).

Voor de CM-leden die in 2022 en 2023 zijn bevallen, hebben we in detail gekeken naar de kosten van hun zorgtraject rond de bevalling.

- **In de prenatale zorg** zijn de betaalbaarheid en de tariefzekerheid bij de gynaecologen niet gegarandeerd. Meer dan driekwart van de patiënten betaalde hier supplementen (77%), waarbij patiënten hun gynaecoloog gemiddeld elf keer zagen tijdens hun zwangerschap.

De mediane supplementen zijn bijna gelijk aan de remgelden (respectievelijk 135 euro en 140 euro, dit is ongeveer 13 en 14 euro per contact). Bij kinesisten betaalde ruim de helft (57%) van de patiëntes supplementen voor hun prenatale zorg. Hoewel de supplementen niet zo hoog zijn als de remgelden, verhogen ze het toch al grote persoonlijke aandeel. Bij de vroedvrouwen is de betaalbaarheid nog steeds zeer goed, ook al kan de rekening voor sommige patiënten die supplementen betalen aanzienlijk zijn (mediaan: 14 euro per contact).

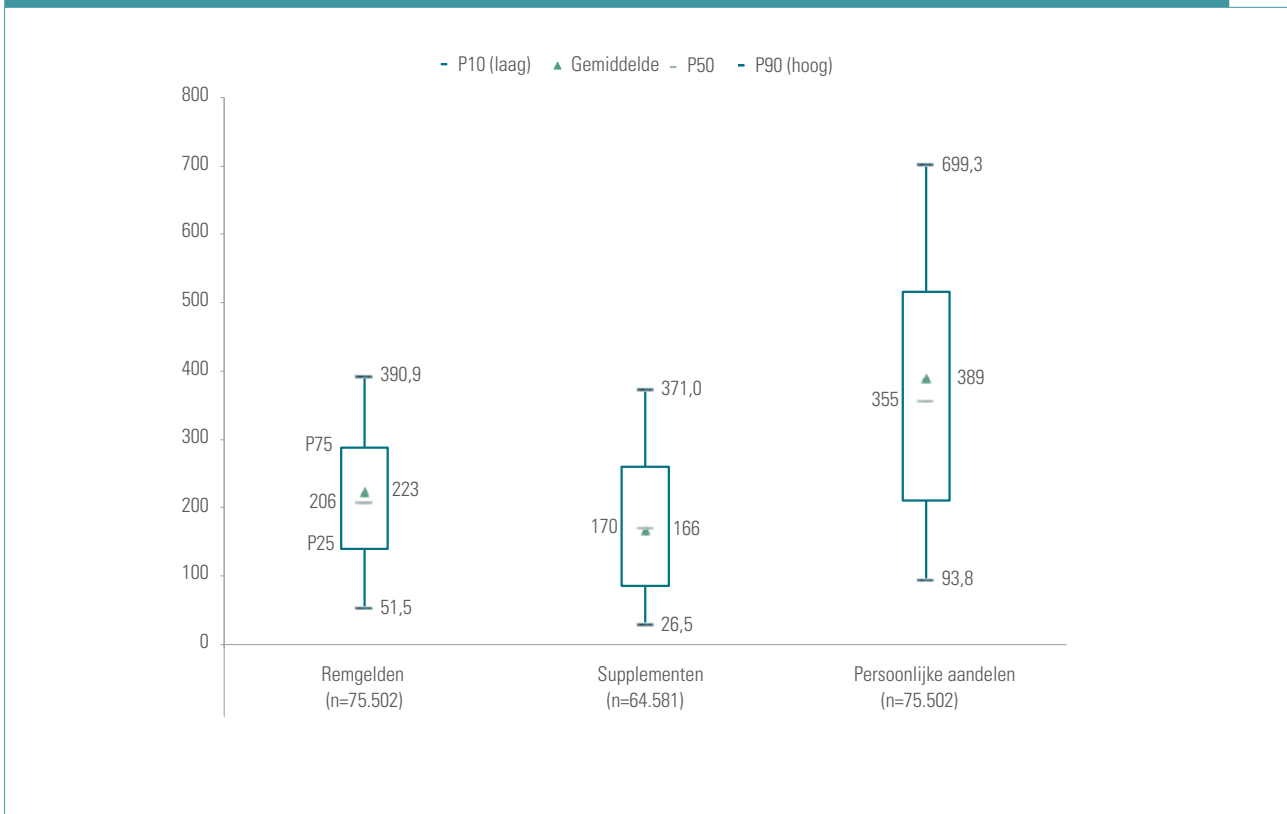
- **In de postnatale zorg** zijn de contacten met de gynaecoloog opnieuw het minst betaalbaar, want in 63% van de gevallen worden supplementen aangerekend (mediaan: 20 euro per contact, dus meer dan het remgeld). Voor iets meer dan een derde van de contacten met een kinesist worden supplementen aangerekend, in de orde van 4 tot 5 euro per contact (mediaan). Bij de vroedvrouwen zijn zeer weinig contacten met supplementen geregistreerd in onze gegevens (7%), maar als ze er zijn, zijn deze supplementen relatief hoog (mediaan: meer dan 14 euro per contact).

Om een idee te geven van het totale persoonlijke aandeel (exclusief het ziekenhuisverblijf), hebben we de remgelden, de supplementen en de som van de twee (persoonlijk aandeel) berekend die onze leden hebben betaald tijdens de negen maanden voorafgaand aan de bevalling (prentaal) en tijdens de drie maanden erna (postnataal). Figuur 5 toont de verdeling, waarbij rekening is gehouden met zorg door gynaecologen, huisartsen, kinesisten en vroedvrouwen.

Het is belangrijk om op te merken dat deze verdelingen onafhankelijk van elkaar zijn: de verdeling van het persoonlijk aandeel is niet gelijk aan de som van de verdeling van de remgelden en deze van de supplementen. Deze verdelingen zijn vrij homogeen omdat het gemiddelde en de mediaan dicht bij elkaar liggen: er lijken geen extreem lage of hoge bedragen te zijn met een zeer sterke invloed op het gemiddelde.

10 Doula's zijn professioneel opgeleid om een vrouw zowel praktisch als emotioneel te ondersteunen tijdens de zwangerschap en geboorte (www.dedoula.be).

Figuur 5: Verdeling van het persoonlijk aandeel (in euro) voor pre- en postnatale zorg (gynaecoloog, huisarts, kinesitherapeut en vroedvrouw) voor CM-leden bevallen in 2022-2023 (Bron: CM)



Hoewel het bedrag van de **remgelden** kan worden beïnvloed door de terugbetalingen van de Maximumfactuur (MAF)¹¹, waarmee we hier geen rekening houden, is het duidelijk dat hun accumulatie tot hoge bedragen leidt: **voor een jaar ambulante zorg rond de bevalling ongeveer 200 euro** (mediaan). Merk op dat 10% van de moeders bijna 400 euro uitgeeft aan remgelden over deze periode. Ten tweede betalen veel moeders (ongeveer 85%) minstens één keer **supplementen** tijdens hun pre- en postnataal ambulante zorgtraject. Bovendien zijn de mediaan en het gemiddelde van **deze supplementen relatief hoog: tussen 165 en 170 euro**. En 10% van de moeders wordt geconfronteerd met een opeenstapeling van supplementen van minstens 370 euro (ter herinnering: supplementen worden niet gedekt door de MAF). Als we de remgelden en de supplementen combineren, zien we dat het **mediaan persoonlijk aandeel ongeveer 350 euro bedraagt**. Voor 25% van de moeders is dit bedrag hoger dan 500 euro, voor 10% bedragen de uitgaven meer dan 700 euro.

En dan zijn er nog **de kosten van het verblijf op materniteit**. De IMA-barometer 2023 geeft een precieze schatting van het persoonlijk aandeel van een ziekenhuisverblijf voor een bevalling (Bruyneel, et al., 2023). In een **eenpersoonskamer zijn de persoonlijke aandelen het hoogst**: van 1.529 tot 1.716 euro voor een vaginale bevalling en van 2.025 tot 2.134 euro voor een bevalling met keizersnede (mediane kosten, afhankelijk van het feit of de patiënte wel of niet recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming). In meerpersoonskamers variëren dezelfde bedragen dan weer van respectievelijk 94 tot 206 euro (vaginale bevalling) en van 185 tot 311 euro (keizersnede).

Het betreffen dus uiteindelijk substantiële bedragen, als gevolg van de opeenstapeling van het persoonlijk aandeel voor zowel het ambulante zorgtraject rondom de bevalling, als van de ziekenhuisfactuur. Dit verklaart waarom het aandeel respondentes dat deze zorg betaalbaar vindt niet hoger is dan 60%.

¹¹ Voor meer informatie over de MAF, zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/de-maximumfactuur-maf>.

4. Bespreking

Hoe toegankelijk is een zorgtraject rond de bevalling? Waarom zien mensen af van bepaalde zorg? Waarom verlaten vrouwen met VT-statuut de materniteit vroeger dan vrouwen zonder dit statuut? De antwoorden op deze vragen houden niet alleen verband met de betaalbaarheid. Er moet rekening worden gehouden met andere dimensies, zoals de gevoeligheid voor zorgbehoeften, de aanvaardbaarheid en de beschikbaarheid van zorg (Cès, 2021).

4.1. Gevoeligheid voor de behoeften

De gevoeligheid voor de behoeften aan gezondheidszorg is het vermogen om een gezondheidsprobleem / risico te identificeren. "Aan de vraagzijde zal de identificatie van de behoeften aan gezondheidszorg afhangen van het vermogen van mensen om hun behoeften waar te nemen" (Cès, 2021, p. 9). Vooraleer men hiertoe in staat is, moet men kennis hebben over het gezondheidsprobleem.

Moeders geven **als reden voor het niet gebruiken van pre- en postnatale kinesitherapie dat ze niet wisten dat dit bestond** (wat vaker als reden wordt gegeven door moeders met VT-statuut). Voor de postnatale kinesitherapie gaven ze als extra reden aan dat deze opvolging hen niet is voorgesteld.

Maar een gebrek aan kennis of informatie is ook een belemmering in de toegang tot andere pre- en postnatale zorg. Dat de opvolging van een zwangerschap door de gynaecoloog gebeurt, lijkt een gewoonte te zijn die niet in vraag wordt gesteld. Zowel moeders zonder een prenataal contact bij een vroedvrouw als bij een huisarts gaven hiervoor als reden dat hun zwangerschap door de gynaecoloog wordt gevolgd. Maar ook het feit dat **ze niet wisten dat de opvolging door een vroedvrouw of door een huisarts mogelijk was**, wordt als reden opgegeven. En bij een vroedvrouw haalt men bijkomend aan dat men niet wist waarvoor men bij een vroedvrouw terecht kon. Hieruit blijkt dat niet elke zwangere vrouw op de hoogte is van de alternatieven die er zijn voor de opvolging van de zwangerschap door enkel een gynaecoloog.

In de open vragen gaven moeders aan dat ze zelf op zoek moesten gaan naar de bestaande pre- en postnatale zorg en waar ze terechtkunnen om deze zorg te krijgen. Er is eveneens nood aan informatie over welke zorg echt nodig is. Hieronder valt ook informeren over het feit dat de opvol-

ging van de zwangerschap niet volledig door een gynaecoloog uitgevoerd moet worden, maar ook afwisselend kan gebeuren door een vroedvrouw of een huisarts. Er is tot slot ook nood aan informatie over welke zorg terugbetaald wordt. **Moeders zijn vragende partij om (beter) ingelicht te worden over welke zorg bestaat voor en na de bevalling.** Het risico van het feit dat ze alles zelf moeten uitzoeken, is dat sommige vrouwen die deze informatie niet vinden, niet de nodige zorg krijgen.

4.2. Beschikbaarheid

"De beschikbaarheid van diensten komt overeen met het feit dat de diensten op redelijke afstand, binnen een redelijke termijn, met een voldoende breed tijdslot en met gemakkelijke contactname, door de hele bevolking kunnen worden bereikt, zonder discriminatie, en onder omstandigheden die zijn aangepast aan de behoeften van patiënten, [...]. Zelfs als diensten voldoende beschikbaar worden gesteld, vereist de toegang tot deze diensten dat mensen deze kunnen bereiken. **Toegang vereist in de eerste plaats dat men zich beschikbaar kan stellen voor behandeling**, dat wil zeggen dat men tijd kan besteden (inclusief transporttijd, tijd doorgebracht in de wachtkamer en voor afspraken) die soms ten koste gaat van tijd die moet worden besteed aan dwingende activiteiten, zoals werktijd, kinderopvang of mantelzorg, enz." (Cès, 2021, p. 9).

Zowel zwangere vrouwen als net bevallen moeders gaven aan geen tijd te hebben om naar de kinesist te gaan. Voor prenatale kinesitherapie hebben ze geen tijd of kunnen ze geen tijd vrijmaken wegens hun werk of familiale verplichtingen (zorg voor kinderen of huishouden). Postnataal wordt ook het tijdsgebrek aangehaald of het gebrek aan opvang voor hun baby. In de open vraag **geven net bevallen moeders aan dat ze meer tijd voor zichzelf willen**. Het zwangerschapsverlof is te kort en ook hun partner moet gauw weer aan het werk door het korte geboorteverlof. Moeders komen er dus snel alleen voor te staan met hun pasgeboren baby. Doordat er zoveel tijd gaat naar de verzorging en het zoeken van zorg voor de baby (bijvoorbeeld naar de pediater, Kind en Gezin/ONE, soms nog een andere specialist), blijft er voor bevallen moeders soms geen tijd over om voor zichzelf te zorgen. Een gebrek aan tijd vormt dus een belemmering voor de toegang tot zorg voor zichzelf.

Gezondheidszorg kunnen bereiken wil na een bevalling voor welbepaalde zorg ook zeggen dat de zorg aan huis moet komen. Dit is het geval bij de postnatale opvolging

door een vroedvrouw aan huis. Opdat deze zorg bereikbaar zou zijn, moeten moeders en hun gezin een zorgverlener in hun huis toelaten, wat niet altijd evident lijkt te zijn. Een deel van de ouders geeft aan geen gebruik gemaakt te hebben van postnatale zorg door een vroedvrouw aangezien men deze periode wou beleven als gezin, zonder onbekenden in huis. Moeders met VT-statuut geven ook als reden aan dat hun huis niet in orde was (bijvoorbeeld rommel, babykamer niet klaar, schaamte rond toestand huis, enz.).

4.3. Betaalbaarheid

4.3.1. Pre- en postnatale zorg

Voor de **pre- en postnatale ambulante zorg** hebben we gezien dat het persoonlijk aandeel zeer hoog kan zijn (mediane kosten: 350 euro). Het aandeel respondentes dat de ambulante zorg betaalbaar vindt, is 51% voor de prenatale zorg en 56% voor de postnatale zorg. De betaalbaarheid hangt voor een groot deel af van het feit of men wel of niet een beroep kan doen op geconventioneerde zorgverleners.

Waar de betaalbaarheid van de huisarts grotendeels gegarandeerd is¹², is de situatie veel moeilijker voor andere zorgsectoren. Bij een gynaecoloog is het risico op ereloon-supplementen zeer groot. Uit een IMA-studie blijkt dat voor dit specialisme bijna 26% van de consulten plaatsvond bij een geconventioneerde zorgverlener (De Wolf, Willaert, & Landmeters, 2023).

Bij de kinesisten verslechtert de situatie: in 2016 was 97% van de kinesisten geconventioneerd, in 2022 was dat aandeel gedaald tot 75% (AIM, 2022a). Tot slot is het aandeel van de ambulante zorg door geconventioneerde vroedvrouwen gedaald tussen 2018 (96%) en 2022 (94%) (AIM, 2022b). Er is hier dus een trend naar deconventionering. Bovendien zien we nu in onze facturatiegegevens supplementen verschijnen die vroeger niet bestonden.

In de laatste twee sectoren is het probleem niet alleen dat de deconventionering op zich een financieel risico inhoudt voor de patiënten, maar ook, specifiek voor personen zonder VT-statuut, dat de terugbetaling voor eenzelfde prestatie¹³ lager is bij een niet-geconventioneerde dan bij een

geconventioneerde zorgverlener. Dit betekent dat een patiënte meer zelf zal moeten betalen (als andere zaken gelijk zijn) wanneer een niet-geconventioneerde zorgverlener wordt geraadpleegd, omdat het remgeld hoger zal zijn.

In het geval van een 'volledig' pre- en postnataal zorgtraject met niet-geconventioneerde zorgverleners, stapelen de persoonlijke aandelen zich op. Naast de gezondheidszorg die gedekt wordt door de verplichte ziekteverzekering (ZIV), is er (soms) gezondheidszorg die er niet door gedekt wordt (bijvoorbeeld osteopathie, diëtisten, bepaalde contacten bij psychologen enz.), die ook duur kan zijn.

Het is belangrijk te benadrukken dat een zwangerschap op zich geen medisch probleem is. Bovenal is het een situatie die opvolging en bijzondere aandacht vereist (vooral bij een risicozwangerschap). Maar het is exemplarisch voor de beperkingen van onze verplichte ziekteverzekering, waarin remgelden en supplementen zich opstapelen met het risico dat ze een aanzienlijk deel van het inkomen van de patiënten opslokken. En voor gezinnen met een beperkt inkomen betekent dit uiteindelijk het risico dat ze moeten afzien van bepaalde zorg.

4.3.2. Het ziekenhuisverblijf

Bevallen in het ziekenhuis is duur, vooral in een eenpersoonskamer, waar de rekening kan oplopen tot meer dan 2.000 euro. Zelfs in een meerpersoonskamer kan een bevalling meer dan 200 of 300 euro kosten, naargelang iemand wel of niet het VT-statuut heeft (Bruyneel, et al., 2023). Bovendien is de opeenstapeling van rekeningen over een beperkte periode zorgwekkend.

Het is gemakkelijk te begrijpen waarom de hospitalisatieverzekering zo wijdverspreid is in ons land. Het aantal Belgen met een hospitalisatieverzekering kan geschat worden op 10,3 miljoen (in 2022, ofwel bijna 88% van de totale bevolking), van een ziekenfonds (4,4 miljoen) of een verzekeringsmaatschappij (5,9 miljoen) (OCM, 2023; Assuralia, 2023). Uit een enquête bij 1.086 mensen (representatief voor de Belgische bevolking tussen 18 en 75 jaar) blijkt dat 79% van de ondervraagden een hospitalisatieverzekering heeft. Dit percentage is iets hoger in de leeftijdsgroep 35-44 jaar (82%), wat ons een nauwkeurigere schatting geeft van het aandeel mensen met een hospitalisatieverzekering

12 Volgens het IMA wordt "bijna 90% van de raadplegingen/bezoeken van de huisartsen geattesteerd door een volledig geconventioneerde zorgverstrekker" (De Wolf, Willaert, & Landmeters, 2023, p. 10).

13 Voor personen met VT-statuut varieert de terugbetaling van de prestaties van kinesisten en vroedvrouwen niet volgens de conventioneringsstatus van de zorgverlener. Daarom heeft de niet-conventionering van de zorgverlener geen impact op het remgeld dat een persoon met VT-statuut betaalt.

in de leeftijdscategorie die ons bijzonder interesseert (Observatoire CBC, 2023). Dit komt heel goed overeen met het percentage respondentes in onze enquête dat aangaf een hospitalisatieverzekering te hebben.

Maar onze respondentes herinneren ons eraan dat niet iedereen een dergelijke verzekering heeft (vooral vrouwen met VT-statuut) en dat sommigen niet eens weten of ze er een hebben (vooral vrouwen met VT-statuut). Sterker nog, zelfs met een hospitalisatieverzekering worden de kosten nooit volledig vergoed (soms is er een eigen risico, een plafond, uitsluitingen enz.). Dit betekent dat veel vrouwen de kosten van hun ziekenhuisopname geheel of gedeeltelijk zelf moeten dragen.

Het niet hebben van een hospitalisatieverzekering en de hoogte van de ziekenhuisfactuur hebben een impact op de verblijfsduur op materniteit.

- Onder de redenen waarom onze respondentes het ziekenhuis verlieten, zei 20% van de moeders zonder hospitalisatieverzekering (tegenover 5,4% van de moeders met verzekering) dat ze het ziekenhuis verlieten uit angst voor een hoge factuur.
- Bovendien meldden moeders die in een meerpersoonskamer verbleven (vaker voor moeders met VT-statuut dan moeders zonder VT-statuut) ook vaker het ziekenhuis te verlaten (12% versus 6%) omdat ze bang waren voor de factuur.
- Tot slot vermeldden meer respondentes met VT-statuut angst voor de factuur als reden voor hun vroegtijdige vertrek (14% vergeleken met 6% voor respondentes zonder VT-statuut).

4.4. Aanvaardbaarheid

In tegenstelling tot wat de literatuur zegt (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004), lijken de bovengenoemde economische redenen niet de enige te zijn waarom sommige vrouwen sneller naar huis terugkeren. Men moet ook rekening houden met de aanvaardbaarheid van de ontvangen zorg. Daarmee bedoelen we het minimale ervaren kwaliteitsniveau (zowel medisch als persoonlijk) dat de zorg moet hebben opdat mensen er gebruik van willen maken. Sommige respondentes vertellen ons echter dat hun welzijn in het ziekenhuis soms in het gedrang komt. In de open vragen zeiden sommige moeders bijvoorbeeld dat ze het gevoel hadden dat er te weinig personeel was en dat het personeel te weinig tijd had, waardoor ze zich soms aan hun lot overgelaten voelden omdat ze niet genoeg hulp kregen.

Daarnaast gaven respondentes met VT-statuut vaker aan gestoord te worden door bezoek of het huilen van de baby van een andere moeder in dezelfde kamer (zie Figuur 4). Dit soort situaties is inherent aan meerpersoonskamers, waar moeders met VT-statuut vaker verblijven dan moeders zonder VT-statuut. Het lijkt dus logisch dat dit hun verblijfsduur beïnvloedt.

Onze respondentes met VT-statuut rapporteerden nog andere **ongemakken** die niet noodzakelijk typisch zijn voor meerpersoonskamers. Ze zeggen vaker dat ze dingen niet kunnen doen zoals ze willen, voelen zich minder gehoord, hebben minder vertrouwen in het ziekenhuispersoneel en voelen zich minder op hun gemak (zie Figuren 2 en 4). Bovendien volgden de moeders met VT-statuut vaker de beslissing van de arts over hun ontslag uit het ziekenhuis, terwijl die beslissing bij moeders zonder VT-statuut meer in overleg wordt genomen.

Er is dus iets heel bijzonders aan de ervaring van moeders met VT-statuut in het ziekenhuis, zeker gekoppeld aan hun (lage) sociaal-economische kenmerken. Het lijkt alsof leven met een beperkt inkomen het risico vergroot om zorg te ontvangen die minder aanvaardbaar wordt geacht.

Een CM-ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting geeft hierbij de volgende toelichting. Personen in armoede voelen zich door hun gekwetste binnenkant soms wantrouwig naar anderen toe. Hierdoor kunnen ze het gedrag of de woorden van anderen sneller negatief interpreteren. Als bijvoorbeeld bepaalde informatie te laat toekomt, kan al snel gedacht worden dat dit met opzet wordt gedaan.

Volgens onze CM-ervaringsdeskundige spelen ook bij de zorgverleners bepaalde mechanismen. Ze hebben geleerd om zaken op een welbepaalde manier uit te voeren (bijvoorbeeld het wassen van een baby moet altijd gebeuren met twee washandjes en twee handdoeken). Maar die standaardmanier van werken is niet altijd aangepast aan de situatie van een moeder of gezin in armoede (bijvoorbeeld voldoende hoeveelheid washandjes en handdoeken beschikbaar, hoge kost voor water als men dubbel zoveel moet wassen en een netwerk om de was op te vangen). Er is nood aan een armoedebewustzijn bij zorgverleners zodat ze meer inzicht hebben in hoe de situatie van een moeder in armoede verschilt van andere situaties. Ook op gebied van communicatie kan dit een rol spelen.

Het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting belicht ook de moeilijkheden waarmee personen in armoede in het ziekenhuis worden geconfronteerd. “[...] de verklaring voor deze slechte ervaringen [ligt] in het feit dat de kennis van zorgverstrekkers samenhangt met hun sociale achtergrond en hun levenservaring, die niet noodzakelijk begrip voor armoedesituaties met zich meebrengt. Dit is nochtans essentieel in het zorgtraject. Te weinig kennis van de situatie waarin patiënten zich bevinden kan leiden tot een verkeerde aanpak of behandeling” (Brulocalis, 2020, p. 13).

In het licht van deze resultaten, ervaringen uit de literatuur en gerapporteerde feiten, zouden meer statistische analyses nodig zijn om het relatieve belang van elke factor te bepalen en om eventuele correlaties/interacties tussen de verschillende factoren te neutraliseren. Het is inderdaad redelijk om te denken dat het minder vertrouwd zijn met het gezondheidszorgsysteem een impact heeft op het welzijn in het ziekenhuis, aangezien elke procedure en gebeurtenis verrassend, duur en zelfs gevaarlijk kan lijken. Men kan ook denken dat de angst voor de eindfactuur het verblijf zelf moeilijker en stressvoller maakt en zelfs aanleiding geeft tot een negatieve perceptie van het medisch personeel. Het is ook denkbaar dat iemand die in alle opzichten kwetsbaarder is, op zo’n cruciaal moment nog minder geneigd is om vragen te stellen over de gezondheidszorg die zij of haar pasgeborene krijgt, om haar mogelijke kwetsbaarheid te delen, enz.

Al deze overwegingen wijzen op de noodzaak om rekening te houden met alle sociale parameters, naast de gezondheidsparameters, in de relatie met de patiënt, tijdens het verblijf en wanneer de beslissing tot ontslag wordt genomen. Het spreekt voor zich dat dit niet alleen geldt voor de materniteit, maar voor alle soorten ziekenhuisverblijf.

5. Aanbevelingen

5.1. Informeer vrouwen over welke zorg bestaat voor en na de bevalling

Er is een duidelijk gebrek aan informatie over welke zorg bestaat voor en na de bevalling en bij wie men hiervoor terecht kan. Hoe de administratie in orde gebracht moet worden in verband met het zwangerschapsverlof is eveneens onvoldoende gekend.

Aanbeveling aan **zorgverleners en mutualiteiten**:

- **Informeer vrouwen over welke zorg bestaat voor en na de bevalling en hou hier extra rekening met kwetsbare vrouwen, die nog minder op de hoogte zijn.**
 - **Het kenbaar maken van het bestaan van pre- en postnatale kinesitherapie: de voor- en nadelen, waar men informatie kan vinden, wat de kostprijs en de terugbetaling hiervan zijn.**
 - **Informeren dat een zwangerschap ook deels opgevolgd kan worden door een vroedvrouw en/of een huisarts.**
- **Zoveel als mogelijk het proces rond moederschapsverlof vereenvoudigen of (deels) automatiseren.**

5.2. Geef vrouwen meer tijd om gebruik te maken van pre- en postnatale zorg

Zowel zwangere vrouwen als net bevallen moeders gaven aan geen of onvoldoende tijd te hebben om voor zichzelf te zorgen door hun werk, familiale verplichtingen of de zorg voor hun pasgeborene baby. Door een kort geboorteverlof van de partner staat de moeder er gauw alleen voor met de baby en ook haar zwangerschapsrust is te kort. Gebrek aan tijd belemmert de toegang tot zorg voor zichzelf.

Aanbeveling aan **beleidsverantwoordelijken**:

- **Geef vrouwen meer tijd om gebruik te kunnen maken van pre- en postnatale zorg.**
 - **Trek stapsgewijs het verlof gerelateerd aan een geboorte op tot één jaar als een recht, verdeeld over beide ouders, waarvan een deel verplicht op te nemen door de partner.**
 - **Voorzie tijdens en na de zwangerschap een regeling met het werk die vrouwen de kans en de tijd geeft om naar een kinesist te gaan (zoals al bestaat voor zwangerschapsonderzoeken).**
 - **Voorzie meer en financieel toegankelijke kinderopvang.**

In België heeft men recht op vijftien weken zwangerschapsrust, waarvan één week verplicht op te nemen voor de bevalling (anders vervalt deze week). Vaders en 'meemoeders' hebben sinds 1 januari 2023 recht op een geboorteverlof van twintig dagen, binnen een periode van vier maanden na de bevalling¹⁴. België voldoet aan de Europese richtlijnen, maar haalt daarmee ook maar het minimum dat wordt aanbevolen (veertien weken verlof rond de bevalling voor de moeder, tien vrije dagen rond de geboorte voor de vader). In vergelijking met sommige andere Europese landen, doet België het echter slecht. In Zweden bijvoorbeeld hebben beide ouders samen 480 dagen geboorteverlof, te verspreiden over beide ouders waarbij de vader minstens 60 dagen moet opnemen. In Noorwegen heeft een koppel recht op 49 weken verlof, waarvan 15 weken voor de vader voorbehouden zijn. In België echter kan de partner van de moeder enkel een deel van de moederschapsrust zelf opnemen indien de moeder van het kind tijdens de moederschapsrust gehospitaliseerd wordt of overlijdt. In dat geval neemt de partner het nog op te nemen deel van de moederschapsrust op¹⁵.

5.3. Maak zorg voor en na de bevalling betaalbaar

De kosten van pre- en postnatale zorg kunnen hoog oplopen, zeker door de kosten voor de gynaecoloog en de kinesist. Dit wegens een deconventionering van deze zorgverleners waardoor ze duurder zijn, maar ook doordat er meerdere consultaties zijn tijdens de zwangerschap of na de bevalling. Het is de optelsom van de kosten van de verschillende consultaties die de zorg voor en na de bevalling duur maken.

Aanbeveling aan **beleidsverantwoordelijken en zorgverleners**:

- **Maak zorg voor en na de bevalling betaalbaar.**
 - **De deconventionering van de gynaecoloog en de kinesist waarborgen. We zijn bezorgd over de algemene deconventionering van zorgverleners (zoals gynaecologen en kinesisten) die de betaalbaarheid van de zorg rond een bevalling bemoeilijkt.**

5.4. Voorzie het verblijf na een bevalling steeds in een eenpersoonskamer, zonder hoge kosten

De meerderheid van de moeders verbleef in een eenpersoonskamer, wat minder vaak het geval is voor moeders met VT-statuuut. De kosten voor een verblijf op een eenpersoonskamer kunnen hoog oplopen. Moeders met een

hospitalisatieverzekering kunnen een deel van deze kosten recupereren. Moeders met VT-statuuut beschikken minder over zulke verzekering en kiezen daardoor noodgedwongen voor een twee- of meerpersoonskamer, wat niet zonder gevolgen blijft. Voor een pas bevallen moeder en net geboren baby is rust belangrijk. In een meerpersoonskamer is het moeilijk om die rust te vinden. Ook het vinden van een eigen ritme in voeding, slaap, enz. is moeilijk als er een andere moeder en baby op de kamer liggen met misschien een heel ander ritme. In alle rust kennis maken met je baby zou geen luxe mogen zijn, maar een basiszorg na een bevalling.

Aanbeveling aan **beleidsverantwoordelijken**:

- **Een verblijf op materniteit na een bevalling zou standaard in een eenpersoonskamer moeten zijn zonder de hoge kosten die daar nu voor aangerekend kunnen worden.**

5.5. Voer een kritische evaluatie uit van de huidige personeelsnormen op materniteit

Moeders geven duidelijk aan dat er naar hun gevoel een tekort aan personeel is, wat tot heel wat problemen leidt. Ze moeten lang wachten om geholpen te worden. Soms komt er zelfs geen hulp en is de moeder aangewezen op zichzelf. Dit brengt de goede zorg aan moeders en hun baby in het gedrang.

14 <https://ecer.minbuza.nl/-/europese-richtlijn-over-werk-priv%C3%A9-balans-in-werking-getreden>.

15 https://www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/5000-over-het-acv-a-propos-de-la-csc/5230-publicaties-publications/5240-folders-en-brochures-brochures/5270-werk-en-gezin/acv-brochure-kind-op-komst-2022.pdf?sfvrsn=b390d6ac_10.

Aanbeveling aan **beleidsverantwoordelijken**:

- **Voer een kritische evaluatie uit van de huidige personeelsnormen op materniteit.**

5.6. Maak werk van persoonsgerichte zorg op materniteit

Een bevalling is een uniek verhaal. Wat de ene moeder nodig heeft, is niet hetzelfde als wat een andere moeder nodig heeft. Er zou meer persoonsgericht gewerkt moeten worden, waarbij rekening wordt gehouden met de noden en wensen van een individuele moeder. Door in te spelen op de individuele noden, zal de tevredenheid van de moeder stijgen. Dit geldt ook bij moeders in armoede waarbij de zorgverleners zich meer bewust moeten zijn van hun specifieke situatie. Door hier rekening mee te houden, kan men ervoor zorgen dat ook deze moeders zich meer op hun gemak kunnen voelen in het ziekenhuis en de zorg aanvaardbaar vinden (en daardoor minder snel het ziekenhuis zullen verlaten).

Aanbeveling aan **zorgverleners**:

- **Maak werk van persoonsgerichte zorg op materniteit, waar zorg op maat wordt geboden volgens de specifieke noden van de moeders.**

Conclusie

Waarom doet men geen beroep op bepaalde pre- en postnatale zorg? Waarom gaan sommige moeders na de bevalling snel weer naar huis? Omdat de literatuur onvoldoende antwoorden bood op deze vragen, gaven we het woord aan vrouwen om hun ervaringen voor, tijdens en na de bevalling te delen met ons. Dankzij de informatie die ze ons gaven, konden we een aantal antwoorden identificeren, gestructureerd rond de vier dimensies van de toegankelijkheid van zorg: gevoeligheid voor de behoeften, beschikbaarheid, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid.

Wat de gevoeligheid voor de behoeften betreft, moet het gebrek aan informatie worden benadrukt. Vooral bij

de pre- en postnatale zorg is een belangrijke reden voor niet-gebruik dat mensen de juiste informatie over de vereiste zorg niet kennen of niet kunnen vinden. Maar om zorg te krijgen, moet men ook beschikbaar zijn. Veel moeders hebben echter niet genoeg tijd, vooral vanwege hun professionele of familiale verplichtingen en de tijd die ze al besteden aan de zorg voor hun baby. De kosten van de zorg zijn eveneens een factor. Voor een pre- en postnatale zorgtraject kan de opeenstapeling van gezondheidskosten zwaar drukken op het huishoudbudget. Vooral de gynaecologen en de kinesisten lijken minder betaalbaar te zijn. Het is een feit dat veel van deze zorgverleners niet geconventioneerd zijn, zodat het risico op het aanrekenen van supplementen toeneemt.

Ook de betaalbaarheid van de ziekenhuisfactuur is een probleem. De meeste moeders verblijven in een eenpersoonskamers, waar de verblijfskosten hoger liggen. Hoewel veel mensen een hospitalisatieverzekering hebben, vallen sommige mensen en vooral moeders met een laag inkomen uit de boot. Vandaar hun voorkeur voor goedkopere meerpersoonskamers. Maar die zijn ook ongemakkelijker, het is er moeilijker om te rusten. Over het algemeen voelen deze moeders zich minder op hun gemak in het ziekenhuis, hebben ze het gevoel dat er minder naar hen geluisterd wordt en hebben ze minder vertrouwen in het verplegend personeel. Het is dus niet te verwonderen dat hun verblijfsduur korter is.

Het zorgtraject rond een bevalling is exemplarisch voor veel van de problemen waarmee ook andere patiënten (zoals chronisch zieken) in andere zorgsectoren worden geconfronteerd: soms onderbenutting (postnatale kinesitherapie bijvoorbeeld), soms overbenutting (bijvoorbeeld gynaecologische zorg), vaak een veelvoud aan prestaties en zorgverleners. Dit leidt tot een toename van het remgeld of de supplementen en dus een hoge rekening voor de patiënten, tot het punt waarop een aanvullende dekking (al dan niet door het ziekenfonds) noodzakelijk blijkt. Blijven investeren in een sterke, op solidariteit gebaseerde verplichte ziekteverzekering zal helpen om dergelijke trends te vermijden. Ten slotte hebben niet alle mensen dezelfde behoeften. Door daar rekening mee te houden, kan men ieders tevredenheid alleen maar verbeteren, wat ook het risico op het niet gebruiken van zorg zal verminderen. Het moge duidelijk zijn, er is veel ruimte voor verbetering.

Bibliografie

- AIM. (2022a). *Volume d'activité selon le conventionnement des kinésithérapeutes*. Bruxelles: Agence Intermutualiste.
- AIM. (2022b). *Volume d'activité selon le conventionnement des sage-femmes*. Bruxelles: Agence Intermutualiste.
- Assuralia. (2023). *Assureurs maladie privés : nombre de personnes assurées*. Geraadpleegd op 4 september 2024, op https://files.assuralia.be/stats/FR/02_chiffres-cles-par-branche/02_11_nombre-assures-maladie.htm.
- Avalosse, H., Vandeleene, G., Fabri, V., Wies, K., & Schoonvaere, Q. (2024). Ongewenste voorvallen in het ziekenhuis: het perspectief van de patiënten. *Gezondheid & Samenleving*, 8, 28-43.
- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vinck, I., Vankelst, L., Lauwerier, E., . . . Christiaens, W. (2014). *L'organisation des soins après l'accouchement - Synthèse*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 232Bs. D/2014/10.273/80, Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé.
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019a). *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque - Synthèse*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 326Bs. D/2019/10.273/77, Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019b). *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy - Supplement*. Health Services Research (HSR) KCE Reports 326. D/2019/10.273/79, Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Brulocalis. (2020). Toegang tot continue gezondheidszorg voor mensen in armoede. *Nieuwsbrief*, 117, 9-14.
- Bruyneel, L., Kestens, W., De Wolf, F., Di Zinno, T., Dolphens, M., & Landmeters, B. (2023). *Baromètre hospitalier AIM : État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient en hôpital général : données 2021*. Bruxelles: Agence Intermutualiste (AIM).
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- CM. (2024). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- Conway, K., & Deb, P. (2005). Is prenatal care really ineffective, Or, is the 'devil' in the distribution? *Journal of Health Economics*, 24(3), 489-513.
- Coughlin, S. S. (1990). Recall bias in epidemiological studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 43(1), pp. 87-91.
- CSA Research. (2024). *Etude sur la santé périnatale - synthèse des principaux enseignements*. Opgehaald van <https://csa.eu/news/la-sante-perinatale/>.
- De Wolf, F., Willaert, D., & Landmeters, B. (2023). *Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering van arts. Actualisatie gegevens 2022*. Brussel: Intermutualistisch Agentschap.
- Delvaux, T., Buekens, P., Godin, I., & Boutsens, M. (2001). Barriers to prenatal care in Europe. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(1), 52-59.
- Faure, L., Brotcorne, P., Vendramin, P., Mariën, I., & Dedonder, J. (2022). *Baromètre de l'inclusion numérique 2022*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Ghosh, B. (1979). A comparison of some approximate confidence intervals for the binomial parameter. *Journal of the American Statistical Association*, 74(368), 894-900.
- Hamano, J., Morita, T., Mori, M., Igarashi, N., & Shima, Y. (2017). Prevalence and predictors of conflict in the families of patients with advanced cancer: A nationwide survey of bereaved family members. *Psycho-Oncology*, 27(1), 302-308.
- HAS. (2014). *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. Opgehaald van https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2clics_sortie_de_maternite-120314.pdf.
- Interrante, J. D., Admon, L. K., Carroll, C., Henning-Smith, C., Chastain, P., & Kozhimannil, K. B. (2023). Association of health insurance, geography, and race and ethnicity with disparities in receipt of recommended postpartum care in the US. *JAMA Health Forum*, 3(10).
- McArthur, C., Winter, H., Bick, D., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C., . . . Gee, H. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on womens' health after birth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 359(9304), 378-385.
- McDonald, T., & Coburn, A. (1988). Predictors of prenatal care utilization. *Social Science & Medicine*, 27(2), 167-172.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2007). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: De Boeck.
- Moreau, N., Ruttiens, M., Regueras, N., Guillaume, J., Alexander, S., Humblet, P., & Groupe Interdisciplinaire de Périnatalité. (2013). *Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère : organiser les Liens et Evaluer : ADELE*. Opgehaald van https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/Rapport_ADELE_2013_final.pdf.
- Observatoire CBC. (2023). *Les Belges et leurs assurances*. Geraadpleegd op 4 oktober 2024, op <https://s3.tamtam.pro/prod/storage/media/PPT/36430/59f3f5cfe0d0d3f26f0e643d4467e5e9253ff797.pptx>.
- OCM. (2023). *Données globalisées SMA*. Geraadpleegd op 4 september 2024, op <https://www.ocm-cdz.be/sites/default/files/document/file/VMOBschiffresglobalises2023.xlsx>.

- Oddie, S., Hammal, D., Richmond, S., & Parker, L. (2005). Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. *Archive of disease in childhood*, *90*(2), 119-124.
- Parentia Vlaanderen. (s.d.). *Kraamzorg: wat is het, hoe vraag je het aan en wat kost het je?* Geraadplagd op 28 augustus 2024 op <https://www.parentia.be/nl/gezinsadministratie/kraamzorg-wat-het-hoe-vraag-je-het-aan-en-wat-kost-het-je>.
- Sacks, E., Finlayson, K., Brizuela, V., Crossland, N., Ziegler, D., Sauvé, C., . . . Bonet, M. (2022). Factors that influence uptake of routine postnatal care: Findings on women's perspectives from a qualitative evidence synthesis. *PLoS One*, *17*(8), e0270264.
- Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021a). Het zorgtraject geboorte in België: stand van zaken en voorstel(len). *CM-Informatie*, *283*, 23-41.
- Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021b). Evolutie van de verblijfsduur in kraamafdelingen: naar kortere verblijven. *CM-Informatie*, *285*, 21-38.
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M. (2004). Length of stay after vaginal birth: Sociodemographic and readiness for discharge factors. *Birth*, *31*(2), 93-101.
- WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, E. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association*, *22*(158), 209-212.
- Yan, J. (2017). The effects of prenatal care utilization on maternal health and health behaviors. *Health Economics*, *26*(8), 1001-1018.
- Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*, *1*(2), 217-235.



Trends in het geneesmiddelengebruik bij kinderen jonger dan 18 jaar

Analyse van de CM-facturatiegegevens van 2013 tot 2023


Jocelijn Stokx, Kris Van haecht — Cel Expertise Gezondheidsbeleid CM-MC
Rose-Marie Ntahonganyira — Studiedienst CM-MC

Samenvatting

Gezien de beperkte recente literatuur over het geneesmiddelengebruik bij kinderen in België, voerde CM een verkennende studie uit op basis van facturatiegegevens (periode 2013-2023). De studie beantwoordt drie onderzoeksvragen: Hoe evolueerde het geneesmiddelengebruik bij kinderen onder de 18 jaar de afgelopen tien jaar? Welke geneesmiddelen worden het meest vergoed en wat zijn de verschillen volgens leeftijd? En zijn deze geneesmiddelen geregistreerd voor gebruik bij kinderen?

Uit de resultaten blijkt een daling van 10% in het aantal gebruikers en 16% in het volume DDD (*Daily Defined Dose* of gemiddelde dagelijkse dosis) over de periode 2013-2023, met een afname van het globaal percentage kinderen onder de 18 jaar dat geneesmiddelen gebruikt (van 62% naar 57%). De meest gebruikte geneesmiddelen vallen binnen vijf ATC-klassen: antimicrobiële middelen (J), ademhalingsmiddelen (R), geneesmiddelen voor zintuiglijke organen (S), dermatologische middelen (D), en vaccins (J07). Alleen voor klasse S bleef het gebruik stabiel, de andere klassen vertoonden een daling.

Een opvallende trend is de toename bij geneesmiddelen voor het zenuwstelsel (ATC-klasse N). In deze klasse nemen de antidepressiva voorgeschreven aan adolescenten het sterkst toe, met een stijging van 54% in het aantal gebruikers tussen 2013 en 2023. In 2023, gebruikte 1,6% van de adolescenten antidepressiva.



Antibiotica zoals amoxicilline, amoxicilline in combinatie met clavulaanzuur en salbutamol worden het meest gebruikt, hoewel het antibioticagebruik in het algemeen daalde, met uitzondering van sommige antibiotica zoals azithromycine en flucloxacilline en de antibiotica voor lokaal gebruik. Bij jongere kinderen zijn antibiotica de meest gebruikte geneesmiddelen, terwijl adolescenten vaker pijnstillers, maagmedicatie en anticonceptie gebruiken.

Hoewel de meest gebruikte geneesmiddelen bij onze leden officieel geregistreerd zijn voor gebruik bij kinderen, werd ook *off-label*-gebruik vastgesteld (bij minstens 7% van de geneesmiddelengebruikers jonger dan 18 jaar), wat eventueel veiligheidsrisico's met zich mee kan brengen.

De daling in het globale geneesmiddelengebruik wordt als positief gezien, maar de stijging in het gebruik van psychofarmaca en van maagzuurremmers bij lagereschoolkinderen (6-11 jaar) en adolescenten (12-17 jaar), en de daling in het gebruik van anticonceptiemiddelen vragen om aandacht, evenals de daling van de vaccinatie in de jongste leeftijdsgroep (0-1 jaar).

Voorlichting over anticonceptie en vaccinatie blijft belangrijk, evenals de noodzaak voor geharmoniseerde richtlijnen om veilig en effectief geneesmiddelengebruik te waarborgen. Een betere psychologische ondersteuning bij psychische problemen wordt ook aanbevolen.

Sleutelwoorden: Geneesmiddelen, kinderen, *off-label*-gebruik, kwantitatief onderzoek

Inleiding

In een publicatie van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) over het globale geneesmiddelengebruik bleek dat in 2022 aan 44,5% van de Belgen tussen 0 en 17 jaar een terugbetaald geneesmiddel werd afgeleverd. Dit is een daling in vergelijking met 2012 toen dit nog 47,5% was (IMA, 2023). **Hoewel deze daling van het globale geneesmiddelengebruik bij kinderen positief lijkt, is er reden tot voorzichtigheid.** Uit onderzoek rond specifieke geneesmiddelenklassen blijkt immers juist een aanzienlijke toename. Zo toonde een CM-onderzoek aan dat steeds meer kinderen met ADHD methylfenidaat innemen. Het gebruik van deze molecule bij kinderen van 6 tot 17 jaar nam tussen 2013 en 2022 met 20% toe. Uit deze studie blijkt ook dat sommige kinderen niet enkel methylfenidaat gebruiken, maar dit combineren met andere psychofarmaca. In 2022 nam 8% van de kinderen die voor ADHD werden behandeld met methylfenidaat ook antipsychotica, in vergelijking met 4% in 2013 (Sholokhova & Cornelis, 2024).

In 2012 publiceerde het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een gedetailleerd rapport over het geneesmiddelengebruik bij kinderen van 0 tot en met 17 jaar (RIZIV, 2012). Hieruit bleek dat het globale geneesmiddelengebruik tussen 2007 en 2011 in deze doelgroep gestegen was met 6,4%. De geneesmiddelen bij luchtwegaandoeningen en antibiotica voor systemisch gebruik waren de belangrijkste geneesmiddelen gebruikt in de volledige pediatrische populatie, inclusief de adolescenten. Bij de groep geneesmiddelen gebruikt bij luchtwegaandoeningen werd een stijgende trend vastgesteld, zowel voor het aantal dagdoses, als het aantal patiënten. Eenzelfde trend was vastgesteld bij volwassenen en had te maken met de alsmat toenemende prevalentie van astma.

Ook voor antibiotica bleek uit de RIZIV-studie een stijgende trend: in 2011 was meer dan één op de tien geneesmiddelen bij kinderen een antibioticum. In 2011 gebruikten meer dan 1,3 miljoen kinderen en jongeren antibiotica, wat een toename is met 3% in vergelijking met 2007. Het ging hierbij vooral over de klassieke breed spectrum penicillines (amoxicilline in combinatie met clavulaanzuur), de macroliden (clarithromycine) en de tetracyclines (doxycycline,

minocycline, enz.). Deze laatste groep wordt bij tieners voornamelijk gebruikt als behandeling van acne.

Andere belangrijke geneesmiddelengroepen waren de vaccins en de medicatie voor aandoeningen van de zintuigen (ATC-klasse S) waarbij eveneens een stijgende trend werd vastgesteld. Het gaat hier vooral om oor- en oogdruppels en zalven voor oog- en oorinfecties. Ook bij de geneesmiddelengroep gebruikt voor aandoeningen van het zenuwstelsel (ATC-klasse N) stegen tussen 2007 en 2011 zowel het gebruik (aantal dagdoses +9%) als de RIZIV-uitgaven (+12%). Twee belangrijke uitschieters hier zijn de antipsychotica en de psychostimulantia. Voor de antidepressiva was er eerder een dalende trend merkbaar (RIZIV, 2012). Tabel 1 toont per leeftijdscategorie de belangrijkste geneesmiddelengroepen (top 5), waarbij elke geneesmiddelengroep in een specifieke kleur wordt weergegeven.

Ter vergelijking, in Nederland verscheen in 2012 in het *Pharmaceutisch Weekblad* een top 20 van de meeste gebruikte geneesmiddelen bij kinderen jonger dan tien jaar. Op nummer één stond het antibioticum amoxicilline, gevolgd door de luchtwegverwijder salbutamol en neutrale zalven en crèmes. Een opmerkelijk resultaat in deze analyse is dat één derde van de twintig geneesmiddelen niet specifiek geregistreerd was voor deze leeftijdsgroep¹ (PW Magazine, 2012). Dit betekent dat voorschrijvers afwijken van hetgeen goedgekeurd werd op het moment van de toekenning van de marktvergunning aan het geneesmiddel en beschreven werd in de *Samenvatting van de Kenmerken van het Product* (SKP) en in de bijsluiters. De SKP is informatie bedoeld voor zorgbeoefenaars, terwijl de bijsluiters voor het publiek is. De regel is dat er moet voorgeschreven worden zoals vermeld in de SKP of bijsluiters. Wanneer hiervan afgeweken wordt, spreken we van *off-label*-gebruik² (BCFI, 2021).

Desondanks zijn bijna alle middelen uit deze Nederlandse top 20 veilig bevonden voor kinderen. Het *Kinderformularium*, een website onderhouden door het Nederlands Kenniscentrum voor Farmacotherapie bij Kinderen (Kin-

1 Ook in België mogen geneesmiddelen alleen op de markt worden gebracht als hiervoor een vergunning of registratie is verleend. Op het moment van de officiële registratie van een geneesmiddel, wordt ook vastgelegd voor welke indicaties het bedoeld is, voor welke doelgroep (bijvoorbeeld volwassenen, kinderen vanaf een bepaalde leeftijd), wat de contra-indicaties voor gebruik zijn (bijvoorbeeld kinderen onder een bepaalde leeftijd), enz. Deze informatie wordt opgenomen in de *Samenvatting van de Kenmerken van het Product* (SKP) en in de bijsluiters voor het publiek.

2 *Off-label*-gebruik wordt soms ook 'gebruik buiten indicatie' genoemd, maar het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) vindt deze term te beperkt (BCFI, 2021).

Tabel 1: Top 5 van de geneesmiddelenklassen volgens het volume in DDD en volgens leeftijdscategorie in 2011 met indicatie van het aantal patiënten dat een terugbetaling ontvingen (Bron: RIZIV, 2012)

Ranking	0-1 jaar	2-5 jaar	6-11 jaar	12-17 jaar
1	Ademhalingsstelsel (ATC R) 6.992.804 DDD – 98.189 patiënten	Ademhalingsstelsel (ATC R) 12.483.357 DDD – 188.835 patiënten	Ademhalingsstelsel (ATC R) 11.895.790 DDD – 145.021 patiënten	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen (ATC G) 16.072.931 DDD – 55.709 patiënten
2	Zintuiglijke organen (ATC S) 1.339.377 DDD – 91.717 patiënten	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik uitgezonderd vaccins (ATC J zonder J07) 3.895.615 DDD – 670.565 patiënten	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik uitgezonderd vaccins (ATC J zonder J07) 3.318.166 DDD – 585.937 patiënten	Ademhalingsstelsel (ATC R) 13.958.888 DDD – 135.067 patiënten
3	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik uitgezonderd vaccins (ATC J zonder J07) 1.263.760 DDD – 291.370 patiënten	Zintuiglijke organen (ATC S) 2.242.794 DDD – 157.677 patiënten	Centraal zenuwstelsel (ATC N) 2.784.782 DDD – 22.238 patiënten	Centraal zenuwstelsel (ATC N) 5.788.006 DDD – 39.214 patiënten
4	Maagdarmkanaal en stofwisseling (ATC A) 841.789 DDD – 30.489 patiënten	Maagdarmkanaal en stofwisseling (ATC A) 842.032 DDD – 21.734 patiënten	Maagdarmkanaal en stofwisseling (ATC A) 1.625.677 DDD – 18.518 patiënten	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik uitgezonderd vaccins (ATC J zonder J07) 5.737.529 DDD – 647.180 patiënten
5	Vaccins (ATC J07) 170.391 DDD – 87.780 patiënten	Dermatologische preparaten (ATC D) 353.239 DDD – 43.083 patiënten	Zintuiglijke organen (ATC S) 944.255 DDD – 63.979 patiënten	Maagdarmkanaal en stofwisseling (ATC A) 3.630.539 DDD – 43.174 patiënten

derformularium, 2024), geeft richtlijnen onder andere voor geneesmiddelen die niet specifiek geregistreerd zijn voor kinderen, bijvoorbeeld over het gebruik en de dosering. Slechts twee van de twintig middelen uit de top 20 zijn niet opgenomen in dit *Kinderformularium*. Voor deze middelen kan met enige voorzichtigheid geconcludeerd worden dat de redactie van het *Kinderformularium* deze niet als geschikt voor de praktijk beschouwt. Het gaat om de combinatie van hydrocortison met miconazol, lokaal gebruikt bij schimmelinfecties van de huid, en om de oordruppels met dexamethason en antibiotica (PW Magazine, 2012).

Geschat wordt dat in België in de pediatrie tot 80% van de geneesmiddelen *off-label* wordt voorgeschreven (Van-nieuwenhuysen, et al., 2015). *Off-label*-gebruik is verantwoord indien de patiënt-e niet adequaat kan behandeld worden en als de arts bepaalde voorwaarden respecteert,

zoals zich baseren op wetenschappelijke valabele gronden en het grondig informeren van de patiënt-e over het *off-label*-gebruik (BCFI, 2021). Het gebruik van geneesmiddelen bij kinderen is vaak niet geregistreerd omdat bij deze doelgroep doorgaans minder vaak de klinische studies worden uitgevoerd, vereist voor de registratie. Dit kan te maken hebben met commerciële redenen (geneesmiddelen voor kinderen hebben een klein marktaandeel), technische uitdagingen (moeilijk om veel bloedafnames te doen), en ethische moeilijkheden (toestemming voor deelname aan studies) (Joseph, Craig, & Caldwell, 2015). Bovendien kunnen resultaten van klinische studies bij volwassenen niet zomaar geëxtrapoleerd worden naar kinderen.

Sinds de goedkeuring van de *Europese Verordening betreffende geneesmiddelen voor pediatrisch gebruik* van het Europees Parlement en de Raad van 12 december

2006, zijn de ontwikkeling en beschikbaarheid van geneesmiddelen voor kinderen toegenomen. Deze verordening is bedoeld om onderzoek, ontwikkeling en vergunning van geneesmiddelen voor gebruik bij kinderen te stimuleren en te ondersteunen. Maar er worden nog steeds veel uitzonderingen aangevraagd door de farmaceutische firma's waardoor weinig vooruitgang geboekt is bij ziekten die alleen kinderen treffen of waarbij de ziekte biologische verschillen kent tussen volwassenen en kinderen. Het gaat dan voornamelijk over zeldzame ziekten (European Commission, 2017).

Hoewel de recente IMA-publicatie wijst op een globale afname in het gebruik van geneesmiddelen door kinderen, blijven er **nog steeds vragen over de trends in de verschillende geneesmiddelenklassen**. Uit eerdere analyses van het RIZIV bleek het gebruik in veel klassen gestegen te zijn tijdens de vorige onderzochte periode. Dit onderzoek is daarom de gelegenheid om de beschikbare cijfers over het geneesmiddelengebruik door kinderen onder de 18 jaar te actualiseren op basis van de CM-gegevens en deze cijfers te bestuderen met aandacht voor ontwikkelingen, achterliggend aan deze trends (bijvoorbeeld *off-label*-gebruik).

Deze studie wil daarom een antwoord geven op volgende **onderzoeksvragen**:

- **Hoe evolueert het geneesmiddelengebruik bij kinderen** tussen 2013 en 2023 en wat zijn de variaties volgens leeftijd?
- **Welke geneesmiddelen worden** in de periode 2013-2023 **het meest terugbetaald** (top 20 moleculen volgens het aantal gebruikers van 0-17 jaar) en wat zijn de verschillen tussen de leeftijdsgroepen?
- Zijn de gebruikte geneesmiddelen geregistreerd voor gebruik bij kinderen, met andere woorden, in **welke mate is er off-label-gebruik**? Wat zeggen de SKP, het *Nederlands kinderformularium* en het Zwitserse *SwissPedDose* (Zwitsers databestand voor de dosering van geneesmiddelen in de pediatrie) (SwissPedDose, 2024)?

1. Methode

1.1. Gegevensverzameling

Voor deze studie zijn de CM-facturatiegegevens geanalyseerd van farmaceutische specialiteiten en anticonceptiemiddelen, tussen 2013 en 2023 vergoed door de verplichte ziekteverzekering en afgeleverd in openbare apotheken aan kinderen van 0 tot en met 17 jaar (dit is jonger dan 18 jaar op de datum van afgifte). Alle kinderen aan wie minstens één verpakking afgeleverd werd in de studieperiode, werden geïnccludeerd. In 2023 was ongeveer 19% van de CM-leden jonger dan 18 jaar. Het totaal aantal CM-leden vertegenwoordigt ongeveer 40% van de Belgische bevolking, voor de leden jonger dan 20 jaar is dit ongeveer 36% (Bron: RIZIV), wat betekent dat kinderen licht ondervertegenwoordigd zijn in de CM-populatie. Gezien de omvang van de steekproef (887.539 CM-leden jonger dan 18 jaar in 2023), zijn de resultaten echter zeer robuust en kunnen de algemene tendensen geëxtrapoleerd worden naar de gehele Belgische bevolking jonger dan 18 jaar.

We analyseerden de totale kosten, het betaalde remgeld, het aantal gebruikers (absolute cijfers en aandeel gebruikers) en het gebruik. Dit laatste geven we weer aan de hand van DDD (*Daily Defined Dose*), of de gemiddelde onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel dat gebruikt wordt voor de belangrijkste indicatie bij volwassenen. DDD is een vaste meeteenheid die onafhankelijk is van prijs, valuta, verpakkingsgrootte en sterkte, waardoor onderzoekers trends in geneesmiddelengebruik kunnen beoordelen en vergelijkingen kunnen maken tussen bevolkingsgroepen (WHO, 2024b). Naast een algemene analyse werd eveneens het geneesmiddelengebruik volgens leeftijdscategorie onderzocht.

We voerden ook een analyse uit van de 20 meest gebruikte geneesmiddelen op basis van het absoluut aantal gebruikers tussen 2013 en 2023, met een verdere detaillering volgens leeftijd. Voor de globale top 20 geneesmiddelen werd bovendien nagegaan of het gebruik ervan volgens de SKP geschikt is voor kinderen, en werd bepaald hoeveel CM-leden geneesmiddelen gebruikten die niet zijn geregistreerd voor hun leeftijd. Deze analyse werd eveneens uitgevoerd voor geneesmiddelen met een sterk stijgende trend maar buiten de top 20. Er werd ook gekeken naar het advies dat gegeven wordt in het *Kinderformularium* en het *SwissPedDose*, twee gerenommeerde databases met onafhankelijke informatie over de dosering van geneesmiddelen bij kinderen en die willen bijdragen aan een veiliger

geneesmiddelengebruik bij deze doelgroep³. In België bestaat immers geen orgaan dat specifiek doseringsadvies geeft voor geneesmiddelengebruik bij kinderen, inclusief over *off-label*-gebruik. Het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) verwijst ook naar het *Kinderformularium*, evenals naar het *British National Formulary (BNF) for children*. Aangezien deze laatste betalend is, opteerden we in deze studie voor *SwissPedDose* als tweede referentiebron.

Voor de classificatie van de geneesmiddelen maakten we gebruik van de ATC-classificatie, een classificatiesysteem ontwikkeld en beheerd door de Wereldgezondheidsorganisatie. Hiermee kunnen internationale vergelijkingen worden gemaakt over het gebruik van geneesmiddelen (zie Kader).

1.2. Beperkingen van de studie

Deze studie kent enkele beperkingen. De analyse is enkel gebaseerd op gegevens over terugbetaalde medicatie. Voor geneesmiddelen afgeleverd in openbare apotheken, beschikt CM niet over gegevens over niet-vergoede geneesmiddelen of geneesmiddelen die vergoedbaar zijn, maar zonder voorschrift kunnen afgeleverd worden. Bijgevolg kunnen de resultaten op basis van de CM-gegevens

een onderschatting zijn van het reële gebruik. Bovendien heeft CM slechts beperkte informatie over de reden waarvoor het geneesmiddel werd voorgeschreven. Enkel indien er voorwaarden gekoppeld zijn aan de terugbetaling, moet de arts een indicatie aanduiden. Ten slotte weten we niet of het afgeleverde geneesmiddel daadwerkelijk ingenomen werd door de patiënt-e.

2. Resultaten

2.1. Evolutie van het geneesmiddelengebruik tussen 2013 en 2023

2.1.1. Globaal geneesmiddelengebruik

In 2023 werd voor 503.190 kinderen van 0 tot en met 17 jaar minstens één geneesmiddel terugbetaald, wat overeenstemt met 57% van de kinderen aangesloten bij CM. Dit is een daling in vergelijking met 2013 toen dit aandeel nog 62% bedroeg. Het totale volume in DDD daalde in deze periode met 16%.

Wat is een ATC-code?

Om de uitwisseling van informatie en studies over geneesmiddelen te optimaliseren, zijn Europese en internationale classificaties van geneesmiddelen opgesteld. De meest gebruikte classificatie is de ATC-classificatie (ATC staat voor *Anatomical Therapeutic Chemical*), die wordt beheerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Deze classificatie wordt voornamelijk gebruikt door gezondheidswerkers, onderzoeksteams en gezondheidsautoriteiten.

De ATC-classificatie is gebaseerd op veertien hoofdgroepen, volgens het orgaan waarop het geneesmiddel voornamelijk werkt en de therapeutische en chemische eigenschappen van het geneesmiddel. Elke groep heeft op zijn beurt vijf hiërarchische niveaus: het eerste niveau (ATC1) is de groep zelf; op het tweede niveau (ATC2) hebben we de belangrijkste therapeutische groep; op het derde niveau (ATC3) hebben we de farmacologische klasse; op het vierde niveau (ATC4) hebben we de chemische klasse; op het vijfde niveau (ATC5) hebben we het werkzame bestanddeel of de werkzame stof (de molecule) (WHOCC, 2024).

Bijvoorbeeld: de categorie A bevat de geneesmiddelen die inwerken op het spijsverteringssysteem en het metabolisme, A10 omvat geneesmiddelen gebruikt voor diabetes, A10A zijn de insulines, A10AB zijn de snelwerkende insulines en analogen voor injectie, A10AB05 is insuline aspart (actieve bestanddeel) (WHO, 2024a).

³ Zie <https://www.kinderformularium.nl/> en <https://www.neonet.ch/swisspeddose>.

In 2020 zien we een grotere daling van het aantal geneesmiddelengebruikers (-24% ten opzichte van 2013). Gedurende de periode 2021-2023 neemt het aantal gebruikers opnieuw toe met 13%. Het aantal DDD neemt af met 23% tot 2021, maar over de periode 2022-2023 is er een toename met 1%.

In 2023 gaf de ziekteverzekering meer dan 46,7 miljoen euro uit aan geneesmiddelen afgeleverd in openbare apotheken voor CM-leden jonger dan 18 jaar (deze uitgaven worden vermeld als ZIV-uitgaven). Dit is bijna 8% minder dan tien jaar ervoor. De gemiddelde uitgaven per persoon en per jaar bleven stabiel (93 euro in 2023 tegenover 91 euro in 2013). Dit betekent dat de globale daling van de uitgaven te maken heeft met de daling van het aantal gebruikers. Het gemiddelde remgeld per persoon per jaar nam de voorbije tien jaar dan weer af met 9,5%: van 17 euro in 2013 naar 15 euro in 2023 (zie Tabel 2).

2.1.2. Aantal en aandeel gebruikers en ZIV-uitgaven voor de meest frequent terugbetaalde geneesmiddelenklassen

De meest frequent terugbetaalde geneesmiddelen voor kinderen in 2023 behoorden tot vijf anatomische hoofd-

groepen van de ATC-classificatie (in volgorde van afnemend aantal gebruikers (zie Tabel 3)):

1. Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (onder meer antibiotica) = ATC J (exclusief ATC J07 = vaccins);
2. Ademhalingsstelsel (onder meer inhalatoren bij astma en antihistaminica bij allergie) = ATC R;
3. Middelen gebruikt in zintuigelijke organen (onder meer oog-, en oordruppels met antibiotica en/of corticosteroiden voor lokaal gebruik) = ATC S;
4. Dermatologische preparaten (onder meer huidzalfen en crèmes voor eczeem) = ATC D;
5. Vaccins = ATC J07.

Deze top 5 blijft ongewijzigd ten opzichte van 2013. Zoals eerder vermeld, daalt het globale geneesmiddelengebruik. Binnen de top 5 zien we in dezelfde periode een significante **daling in het aandeel gebruikers** (aantal gebruikers/ totaal aantal CM-leden jonger dan 18 jaar) bij klasse J, waar de **antibiotica** onder vallen (van 40% naar 32%) en in mindere mate bij de klassen R en J07. Voor de geneesmiddelen in klasse S stellen we een status quo vast van het aandeel gebruikers (13%).

Buiten de top 5 merken we een toename in het aandeel gebruikers van geneesmiddelen uit de klasse N (zenuw-

Tabel 2: Evolutie van het geneesmiddelengebruik bij kinderen tussen 2013 en 2023 (Bron: CM)

Jaar	Aantal CM-gebruikers van 0-17 jaar (1)	ZIV-uitgaven	Bedrag ten laste van de patiënten	Volume in DDD	Gemiddeld volume per jaar per patiënt-e in DDD	Gemiddelde ZIV-uitgaven per jaar patiënt-e	Gemiddeld bedrag ten laste van de patiënt-e per jaar en per patiënt-e	Aandeel gebruikers ((1)/aantal CM-leden van 0-17 jaar)
2013	556.564	€ 50.490.792	€ 9.522.599	61.323.417	110	€ 90,7	€ 17,1	62%
2014	541.191	€ 48.342.476	€ 8.972.195	60.834.452	112	€ 89,3	€ 16,6	60%
2015	538.285	€ 48.651.868	€ 8.595.717	59.980.663	111	€ 90,4	€ 16,0	60%
2016	540.832	€ 47.755.131	€ 8.538.757	60.869.072	113	€ 88,3	€ 15,8	60%
2017	515.825	€ 45.883.015	€ 8.800.949	58.397.801	113	€ 89,0	€ 17,1	57%
2018	515.436	€ 45.020.123	€ 9.298.077	58.793.440	114	€ 87,3	€ 18,0	57%
2019	497.418	€ 43.545.718	€ 8.691.849	56.312.343	113	€ 87,5	€ 17,5	56%
2020	421.163	€ 39.872.582	€ 6.635.260	47.414.835	113	€ 94,7	€ 15,8	48%
2021	445.589	€ 43.056.312	€ 6.993.412	51.002.498	114	€ 96,6	€ 15,7	50%
2022	494.234	€ 44.579.820	€ 7.660.006	50.733.320	103	€ 90,2	€ 15,5	55%
2023	503.190	€ 46.705.145	€ 7.787.634	51.341.285	102	€ 92,8	€ 15,5	57%
Evolutie 2013-2023	-9,6%	-7,5%	-18,2%	-16,3%	-7,3%	+2,3%	-9,5%	-8,1%

Tabel 3: Evolutie van het geneesmiddelengebruik bij kinderen tussen 2013 en 2023 volgens anatomische hoofdgroep (Bron: CM)

Anatomische hoofdgroep	Totaal aantal gebruikers			Aandeel gebruikers (gebruikers/aantal CM-leden)			ZIV-uitgaven		
	2013	2023	Evolutie 2013-2023	2013	2023	Evolutie 2013-2023	2013	2023	Evolutie 2013-2023
Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (J, uitgezonderd J07)	374.035	292.136	-21,9%	40,0%	32,0%	-20,0%	€ 8.007.891	€ 4.531.124	-43,4%
Ademhalingsstelsel (R)	246.570	233.911	-5,1%	26,7%	25,6%	-2,8%	€ 10.578.759	€ 8.333.922	-21,2%
Zintuiglijke organen (S)	121.613	121.082	-0,4%	13,0%	13,3%	+2,0%	€ 1.234.520	€ 1.620.461	+31,3%
Dermatologische preparaten (D)	66.881	59.096	-11,6%	7,2%	6,5%	-9,5%	€ 1.181.078	€ 1.213.483	+2,7%
Vaccin (J07)	63.332	48.427	-23,5%	6,8%	5,3%	-21,7%	€ 6.381.801	€ 4.736.186	-25,8%
Skeletspierstelsel (M)	59.871	40.978	-31,6%	6,4%	4,5%	-29,9%	€ 537.446	€ 371.456	-30,9%
Maagdarmkanaal en stofwisseling (A)	48.243	39.072	-19,0%	5,2%	4,3%	-17,0%	€ 2.378.452	€ 2.209.472	-7,1%
Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen (G)	44.635	37.492	-16,0%	4,8%	4,1%	-14,0%	€ 1.298.741	€ 1.261.923	-2,8%
Zenuwstelsel (N)	26.496	32.837	+31,5%	2,8%	3,6%	+27,0%	€ 4.705.255	€ 4.930.295	+4,8%
Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen (H)	20.098	14.449	-28,1%	2,2%	1,6%	-26,4%	€ 6.398.770	€ 4.869.527	-23,9%
Hartvaartstelsel (C)	4.738	5.513	+16,4%	0,5%	0,6%	+19,2%	€ 180.750	€ 283.072	+56,6%
Bloed en bloedvormende organen (B)	4.674	4.496	-3,8%	0,5%	0,5%	0%	€ 6.395.790	€ 9.837.985	+53,8%
Cytostatica en immunomodulerende middelen (L)	2.950	2.974	+0,8%	0,3%	0,3%	+3,3%	€ 1.181.221	€ 2.199.209	+86,2%
Antiparasitaire middelen, insecticiden en insectenwerende (P)	1.182	6.080	+414,4%	0,1%	0,7%	+427,0%	€ 10.404	€ 203.360	+1854,6%

stelsel) van 2,8% naar 3,6% en de klasse P (anti-parasitaire middelen, insecticiden en insectenwerende middelen) van 0,1% naar 0,7%. Binnen klasse N is er sinds 2013 vooral een **stijging in het aantal gebruikers van antidepressiva, psycholeptica** (onder meer middelen tegen psychoses en angststoornissen) en **psychoanaleptica** (vooral middelen voor de behandeling van ADHD). In 2023 bedroeg het absolute aantal gebruikers van antidepressiva, psycholeptica en psychoanaleptica respectievelijk 5.440 (+43%), 8.331 (+47%) en 16.075 (+31%). Bij de klasse P valt het toegenomen gebruik van permethrine op: 4.958 kinderen aangeslo-

ten bij CM in 2023, tegenover 528 in 2019. Dit middel wordt gebruikt bij schurft, een jeukende huidaandoening veroorzaakt door de schurftmijt.

Wat verder opvalt, is het grote budget voor klasse B, ondanks het relatief lage aantal gebruikers. In deze klasse zitten de geneesmiddelen die inwerken op het bloed en de bloedvormende organen (beenmerg). Deze klasse had in 2023 het hoogste budget van alle klassen, namelijk 9.837.985 euro. Terwijl het aantal gebruikers met 4% en het aantal DDD met 1% daalden vergeleken met 2013, steeg

het budget met maar liefst 54%. Dit is te wijten aan dure bloedstollingsfactoren die gebruikt worden bij de behandeling van hemofilie. Ook bij de geneesmiddelen voor kanker en de immuunmodulerende middelen (klasse L) zien we dat het aantal patiënten constant blijft maar het budget bijna verdubbelt van 1,2 naar 2,2 miljoen euro.

2.1.3. Top 5 geneesmiddelenklassen per leeftijdsklasse volgens het volume in DDD

We deden een analyse volgens leeftijd en gebruikten hiervoor leeftijdscategorieën volgens de ontwikkeling van kinderen: 0-1 jaar (baby's en peuters), 2-5 jaar (kleuters), 6-11 jaar (lagereschoolkinderen) en 12-17 jaar (adolescenten) (zie Tabel 4). We vergeleken de top 5 van 2013 en die van 2023 in functie van het aantal DDD.

De top 5 van 2023 blijft voor alle leeftijdscategorieën identiek in vergelijking met 2013. Er is enkel een verschuiving in de leeftijdscategorie 12-17 jaar, waar in 2023 de ATC-klasse A van de vijfde naar de vierde plaats verschuift. De klasse A omvat een brede waaier aan geneesmiddelen zoals middelen voor maagdarfstoornissen, middelen bij maagzuur-gerelateerde problemen en anti-diabetesmiddelen. In elke top 5 zien we de geneesmiddelen voor de ademhaling (ATC-klasse R) opduiken, net als de antimicrobiële middelen (ATC-klasse J) en de middelen voor maagdar kanaal en stofwisseling (ATC-klasse A).

We zien ook dat de **ATC-klassen in de top 5 niet dezelfde zijn voor alle leeftijdscategorieën.** Vanaf de leeftijd van 6 jaar verdwijnen de dermatologische preparaten uit de top 5 en maken ze plaats voor de geneesmiddelen voor het zenuwstelsel. In de leeftijdscategorie van de adolescenten, maakt anticonceptie zijn opmars en komt op de eerste plaats te staan. Er staan geen dermatologische preparaten meer in de top 5 bij de adolescenten.

Voor alle leeftijdsgroepen samengenomen, zagen we in 2023 een afname van het aantal DDD in vergelijking met 2013. Een analyse van de top 5 in termen van DDD en volgens leeftijdscategorie geeft een genuanceerder beeld.

We zien een dalende trend voor de volledige top 5 bij de 0 tot 1-jarigen en bij de 2 tot 5-jarigen. Bij de 6 tot 11-jarigen en bij de adolescenten zien we evenwel een toename in het volume in DDD bij geneesmiddelen voor het ademhalingsstelsel (ATC-klasse R), voor het zenuwstelsel (ATC-klasse N) en voor maagdar kanaal en stofwisseling (ATC-klasse A). Bij de 6 tot 11-jarigen zien we een stijging van de ATC-klasse S. Als we naar het aandeel gebruikers kijken bij de lagereschoolkinderen, dan stijgen deze van

de ATC-klasse R (van 20,6% naar 22,2%), de ATC-klasse N (van 2,9% naar 3,5%) en de ATC-klasse S (van 4,4% naar 8,8%). Als we verder inzoomen op de ATC-klasse N, dan komt de stijging door de geneesmiddelen bij ADHD (van 1,8 naar 2,2%) en door de psycholeptica (van 0,6% naar 1%). Het antidepressivagebruik is laag in deze leeftijdsklasse en dalend (van 0,2% naar 0,1%). Bij de adolescenten stijgt het aandeel gebruikers voor de ATC-klasse N (van 5,5% naar 6,8%) en ATC-klasse A (van 5,5% naar 5,7%), maar daalt dit voor de ATC-klasse R (van 19,8% naar 19,3%). In de ATC-klasse N zijn de antidepressiva de sterkte stijgers, met 1,6% gebruikers in 2023 tegenover 1,1% in 2013. In absolute cijfers is er een toename met 54% van het aantal gebruikers. De meest gebruikte geneesmiddelen in deze klasse zijn de psychoanaleptica (3% gebruikers in 2023). Verder stellen we bij de adolescenten we een procentuele afname vast in het gebruik van anticonceptie met 37% (volume in DDD). Het aandeel gebruikers in deze klasse daalt van 13,4% naar 11,3%.

2.2. De top 20 geneesmiddelen per jaar volgens het aantal gebruikers

2.2.1. Globale analyse

We analyseerden voor elk jaar de top 20 geneesmiddelen met het hoogste aantal gebruikers van een bepaald geneesmiddel (niveau ATC 5). We keken naar de top 20 zowel voor de globale ledenpopulatie van 0 tot en met 17 jaar, als voor de onderscheiden leeftijdscategorieën. In tabel 5 zien we dat, **alle leeftijden samengenomen, van 2013 tot 2023 dezelfde zestien moleculen in de top 20** blijven. De top drie wordt gedurende tien jaar ingenomen door de antibiotica amoxicilline, de combinatie van amoxicilline met clavulaanzuur en salbutamol, gebruikt via inhalatie bij astma. In de loop der jaren verdwijnen cetirizine (gebruikt bij allergie), clarithromycine (antibioticum), oog- en oordruppels met hydrocortison en antibioticum (bij oog- en oorontstekingen), montelukast (bij astma) en omeprazol (maagzuurremmer) uit de top 20.

Naast de top 20 geneesmiddelen, brengen we ook enkele moleculen onder de aandacht met een toename in het aantal gebruikers met meer dan 100% sinds 2013 en met meer dan 500 gebruikers in 2023. Zo zien we een toename, zoals eerder vermeld van producten uit de klasse N: aripiprazol (bij schizofrenie en bipolaire stoornis; 3.798 gebruikers, +144%), sertraline (antidepressivum; 1.796 gebruikers, +122%) en fluoxetine (antidepressivum, 943 gebruikers, +205%).

Tabel 4: Top 5 anatomische hoofdgroep volgens volume in DDD en volgens leeftijdscategorie in 2013 en 2023 (aandeel gebruikers %) (Bron: CM)

2013				
Ranking	0-1 jaar	2-5 jaar	6-11 jaar	12-17 jaar
1	Ademhalingsstelsel (R) 6.436.839 DDD (42,3%)	Ademhalingsstelsel (R) 652.815 DDD (33,2%)	Ademhalingsstelsel (R) 4.992.947 DDD (20,6%)	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen (G) 20.177.533 DDD (13,4%)
2	Zintuiglijke organen (S) 557.434 DDD (32%)	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (J) 970.604 DDD (53%)	Zenuwstelsel (N) 985.992 DDD (2,9%)	Ademhalingsstelsel (R) 6.441.144 (19,8%)
3	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (J) 503.712 DDD (50,1%)	Zintuiglijke organen (S) 627.452 DDD (20,9%)	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (J) 914.070 DDD (32,9%)	Zenuwstelsel (N) 2.533.489 DDD (5,5%)
4	Maagdarkanaal en stofwisseling (A) 443.299 DDD (11,7%)	Maagdarkanaal en stofwisseling (A) 295.655 DDD (3%)	Maagdarkanaal en stofwisseling (A) 586.765 DDD (2,6%)	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (J) 2.086.938 DDD (32,9%)
5	Dermatologische prepa- raten (D) 93.912 DDD (7,7%)	Dermatologische prepa- raten (D) 171.469 DDD (7,4%)	Zintuiglijke organen (S) 334.858 DDD (4,4%)	Maagdarkanaal en stofwisseling (A) 1.598.300 DDD (5,5%)

2023				
Ranking	0-1 jaar	2-5 jaar	6-11 jaar	12-17 jaar
1	Ademhalingsstelsel (R) 4.149.800 DDD (40,3%)	Ademhalingsstelsel (R) 4.103.184 DDD (32,5%)	Ademhalingsstelsel (R) 5.260.988 DDD (22,2%)	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen (G) 12.814.694 DDD (11,3%)
2	Zintuiglijke organen (S) 531.405 DDD (32,6%)	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (J) 739.750 DDD (42,4%)	Zenuwstelsel (N) 1.392.825 DDD (3,5%)	Ademhalingsstelsel (R) 6.968.081 DDD (19,3%)
3	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (J) 409.811 DDD (42,9%)	Zintuiglijke organen (S) 569.109 DDD (23,1%)	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (J) 894.134 DDD (27,9%)	Zenuwstelsel (N) 3.864.514 DDD (6,8%)
4	Maagdarkanaal en stofwisseling (A) 282.246 DDD (9,4%)	Maagdarkanaal en stofwisseling (A) 231.605 DDD (2,2%)	Maagdarkanaal en stofwisseling (A) 662.248 DDD (2,1%)	Maagdarkanaal en stofwisseling (A) 1.793.536 DDD (5,7%)
5	Dermatologische prepa- raten (D) 79.366 DDD (7%)	Dermatologische prepa- raten (D) 139.624 DDD (6,6%)	Zintuiglijke organen (S) 385.660 DDD (8,8%)	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (J) 1.496.775 DDD (25,6%)

We zien ook een grote stijging voor levonorgestrel (1.964 gebruikers, +2.082%) en ulipristal (919 gebruikers, +1.667%), beiden gebruikt als noodanticonceptie. Deze sterke toename wordt verklaard door een wijziging in de vergoeding (de *morning-afterpil* wordt sinds 2021 ook vergoed zonder voorschrift). Bij de anticonceptie zien we een sterke toename voor desogestrel (mini-pil) met 1.886 gebruikers in 2023 tegenover 754 in 2013. Ook een sterke stijger zijn de oogdruppels op basis van dexamethason: 3.756 gebruikers in 2023 (+124%). We zien eveneens een stijgende trend bij adrenalinepennen, gebruikt bij anafylactische shock (2.742 gebruikers in 2023, +111%).

Sinds 2022 is het antibioticum feneticilline terugbetaald in België. Het heeft als indicatie bovenste en onderste luchtweginfecties, en infecties van de huid en weke delen. Het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) beveelt het aan in geval van streptokokkenangina

(als antibiotica is aangewezen) (BCFI, 2024c). We zien dit meteen in de cijfers terug en tellen 1.147 gebruikers in 2023.

In de volgende hoofdstukken gaan we dieper in op de verschillende geneesmiddelen. Indien meerdere geneesmiddelen voor hetzelfde ziektebeeld voorkomen in de top 20, worden deze samen besproken.

2.2.2. Analyse per geneesmiddel of geneesmiddelenklasse

Antibiotica voor systemisch gebruik

In 2023 stonden vier antibiotica voor systemisch gebruik in de top 20. Amoxicilline staat op de eerste plaats gedurende de ganse periode 2013 tot 2023, al is er wel een opmerkelijke dalende trend waarneembaar (-16% tegenover 2013 wat betreft aantal gebruikers). In 2013 stond de combinatie van amoxicilline met clavulaanzuur nog op de tweede plaats,

Tabel 5: Top 20 geneesmiddelen gebruikt bij kinderen van 0-17 jaar in 2013 en 2023 (gerangschikt volgens het aantal gebruikers in 2013) (Bron: CM)

Benaming	ATC	2013		2023		Evolutie 2013-2023
		N patiënten	Ranking	N patiënten	Ranking	
Amoxicilline	J01CA04	216.896	1	18.1227	1	-16,4%
Amoxicilline + clavulaanzuur	J01CR02	111.264	2	61.182	3	-45,0%
Salbutamol	R03AC02	81.478	3	83.221	2	+2,1%
Ipratropium bromide	R03BB01	74.207	4	50.065	6	-32,5%
Budesonide	R03BA02	51.263	5	45.793	8	-10,7%
Rotavirus vaccin	J07BH01	47.413	6	38.063	11	-19,7%
Bacitracine + neomycine (ogen, oren, neus)	S03AA30	47.245	7	47.025	7	-0,5%
Ibuprofen	M01AE01	44.385	8	32.463	13	-26,8%
Azithromycine	J01FA10	44.124	9	61.182	4	+38,5%
Desloratadine	R06AX27	39.893	10	41.736	10	+4,6%
Mometason (neusspray)	R01AD09	39.316	11	34.812	12	-11,5%
Fluticason	R03BA05	38.880	12	53.556	5	+37,8%
Ciprofloxacine (ogen, oren)	S01AE03	30.115	13	45.790	9	+52,0%
Clarithromycine	J01FA09	30.100	14	x	x	-62,0%
Cetirizine	R06AE07	21.756	15	x	x	-44,2%
Tobramycine (ogen)	S01AA12	19.456	16	15.838	18	-18,6%
Montelukast	J01CF05	18.712	17	x	x	-66,3%
Dexamethason + antibiotica (ogen, oren)	S01CA01	17.482	18	17.761	15	+1,6%
Hydrocortison + antibiotica (ogen, oren)	S03CA04	16.936	19	x	x	-22,5%
Mometason (huidpreparaat)	D07AC13	16.783	20	24.073	14	+43,4%
Bilastine	R06AX29	x	x	17.426	16	+852,5%
Flucloxacilline	J01CF05	x	x	16.421	17	+65,7%
Methylfenidaat	N06BA04	x	x	15.209	19	+30,8%
Salmeterol + Fluticason	R03AK06	x	x	14.457	20	+22,6%

maar vanaf 2017 wordt deze plek ingenomen door salbutamol. Amoxicilline met clavulaanzuur blijft met een derde plek wel hoog genoteerd, maar kent een substantiële procentuele daling van 45% sinds 2013. Ook clarithromycine, een neomacrolide antibioticum kent een sterke afname en valt uit de top 20 vanaf 2020. In 2023 komt azithromycine, een antibioticum dat behoort tot dezelfde klasse als clarithromycine, dicht in de buurt van de vierde plaats en is zo een grote stijger met 61.182 gebruikers in 2023 (+39% tegenover 2013). Het gebruik van flucloxacilline, een antibioticum gebruikt bij huidinfecties, zit eveneens in de lift met 16.421 gebruikers in 2023 (toename van 66% sinds 2013) waarmee het in de top twintig op plaats 17 komt.

Oog- en oordruppels met antibiotica

In de top 20 staan vier geneesmiddelen die antibiotica bevatten voor lokaal gebruik in ogen, oren of neus. Tussen 2013 en 2023 neemt het aantal gebruikers van oog- en oordruppels met ciprofloxacin toe met 52%. In 2023 staan het op de negende plaats. Dit middel wordt gebruikt bij behandeling van zweertjes en oppervlakkige infecties van het oog, maar ook bij zware oorinfecties. Dit compenseert de sterke daling van de ofloxacin oogdruppels (-51%, buiten de 20).

Parallel hiermee zien we een daling van het gebruik van oogdruppels en -zalven met tobramycine, gebruikt bij uitwendige ooginfecties (-19%). Ook het aantal gebruikers van de combinatie van hydrocortison met oxytetracycline en polymyxine in oor- en oogdruppels kent een daling (-23%) en verdwijnt uit de top 20 in 2022. Deze geneesmiddelen zijn bedoeld voor de lokale behandeling van infecties met een belangrijke inflammatoire component en voor de behandeling van inflammatoire aandoeningen geassocieerd met een risico op superinfectie.

Een constante in de top 20 zijn druppels met een combinatie van twee antibiotica, bacitracine en neomycine. Ze worden gebruikt bij lokale infecties van ogen en oren maar ook in neus. Neomycine heeft een breed antibacterieel spectrum en is in het bijzonder actief tegen gramnegatieve kiemen. Bacitracine is essentieel actief tegen grampositieve bacteriën. Hun combinatie bestrijkt een zeer breed antibacterieel spectrum. Deze druppels schommelen in de bestudeerde periode tussen de vierde en zevende plaats, met een hoogtepunt in 2016 met 65.811 gebruikers, om in 2023 weer op hetzelfde niveau te komen als in 2013. Eveneens stabiel zijn dexamethasondruppels in combinatie met antibiotica, ook gebruikt bij ooginfecties.

Geneesmiddelen bij astma

In 2023 stonden vijf geneesmiddelen gebruikt bij astma in de top 20 volgens het aantal gebruikers. Het gebruik van salbutamol blijft over de bestudeerde periode zo goed als stabiel met een toename van het aantal gebruikers met 2%. Andere geneesmiddelen gebruikt bij astma in deze top 20 zijn ipratropium (via inhalatie, kortwerkende luchtwegverwijder), fluticason en budesonide (beiden inhalatiecorticosteroiden, als onderhoudsbehandeling) en de combinatie van salmeterol (langwerkende luchtwegverwijder) met fluticason.

In 2021 komt fluticason de top 5 binnen. Het aantal gebruikers neemt tussen 2013 en 2023 toe met 38% (van 38.880 naar 53.556). Het aantal gebruikers van de combinatie salmeterol met fluticason neemt eveneens toe, met 23%. Het gebruik van budesonide en ipratropium inhalatoren daarentegen daalt met respectievelijk 11% en 33%. In het totaal zijn er wel minder gebruikers van deze astmapreparaten zoals we konden vaststellen in de globale analyse. Montelukast (een oraal middel voor astma), in 2013 nog op plaats 17, verdwijnt uit de top 20 (-66%).

Geneesmiddelen bij allergie

In de top 20's van 2013 tot 2023 staan ook drie antihistaminica, geneesmiddelen gebruikt bij allergische reacties (cetirizine, desloratidine en bilastine). Desloratidine kent een vrij stabiel gebruik, met 39.893 gebruikers in 2013 en 41.736 in 2023 (+5%). Het komt in 2018 op de negende plaats te staan en klimt tot een vijfde plaats in 2019, om vervolgens in 2023 weer naar de negende plaats te zakken. In 2013 stond cetirizine nog op een zeventiende plaats, maar het verdwijnt uit de top 20 in 2023. Bilastine, met dezelfde indicaties, komt in de plaats en verschijnt in 2023 op de zestiende plaats. Naast deze drie antihistaminica, worden in 2023 nog zes andere moleculen, buiten de top 20, gebruikt van die klasse (zie Tabel 5). Dit gaat in totaal om 87.688 kinderen, wat een lichte stijging is met 4% tegenover 2013.

Mometason staat twee keer in de top 20, als bestanddeel in een neusspray voor allergische rinitis en in huidpreparaten, gebruikt voor het behandelen van huidaandoeningen als allergische contactdermatitis, psoriasis en atopische dermatitis. Mometason neusspray kent een sterke stijging van het aantal gebruikers tot 2018, met vervolgens een sterke daling met 44% in 2019. Na nog een verdere daling in 2020, neemt het aantal gebruikers nadien weer toe, met een toename van 16% in 2023 tegenover 2019. Mometason gebruikt in huidpreparaten kent een stijgende trend: een toename met 43% in 2023 tegenover 2013.

Methylfenidaat

In 2020 komt methylfenidaat de top 20 binnen op de zeventiende plaats met 12.486 gebruikers en blijft het schommelen rond die plek. Het aantal gebruikers neemt over de laatste tien jaar toe met 31%, met 15.209 gebruikers in 2023. Dit geneesmiddel is geïndiceerd voor de behandeling van ADHD vanaf zes jaar en narcolepsie (zeldzame slaapprobleem).

Vaccin tegen rotavirus

Rotavirus is een besmettelijk ziekte en veroorzaakt een ontsteking van maag en darmen waardoor ernstige diarree kan ontstaan. Kinderen jonger dan twee jaar zijn kwetsbaar voor deze ziekte. De Hoge Gezondheidsraad beveelt rotavirus-vaccinatie aan (Hoge Gezondheidsraad, 2013; Hoge Gezondheidsraad, 2021). Vaccinatie wordt in België geregeld door de gemeenschappen en is meestal gratis voor de vaccinaties opgenomen in het basisvaccinatieschema⁴. De vaccins tegen rotavirus zijn echter niet gratis. Ze moeten door de ouders met een voorschrift bij de apotheek worden gekocht, maar er is een terugbetaling voorzien (Hoge Gezondheidsraad, 2021). Vandaar dat deze gegevens terug te vinden zijn in de CM-facturatiegegevens. Er is een duidelijke dalende trend te zien: van 47.413 vaccins in 2013 naar 38.063 in 2023 (-20%). Het aandeel gebruikers daalt van 35,4% naar 33,5%.

Ibuprofen

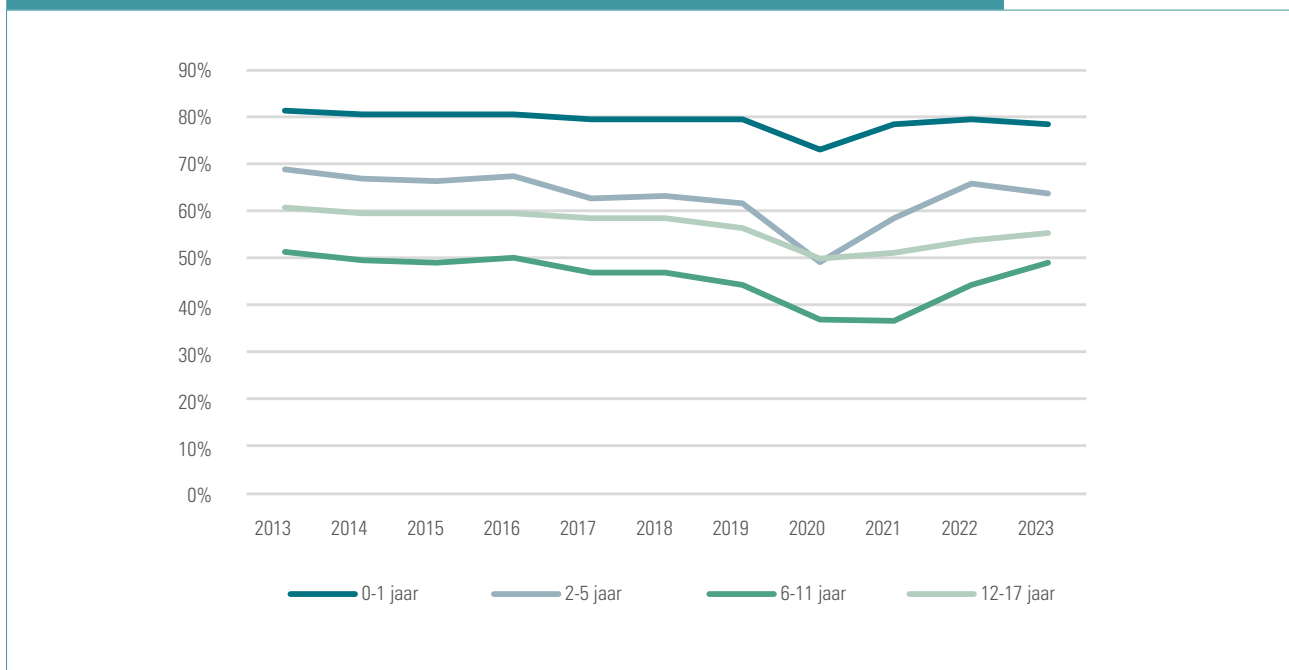
Op plaats 13 in 2023 zien we ibuprofen dat gebruikt wordt bij pijn, koorts en ontsteking. Er is een afname te zien van het aantal gebruikers (-27% tegenover 2013). Een groot aandeel wordt afgeleverd zonder voorschrift en dus zonder terugbetaling, waardoor we geen volledig beeld hebben van het reële gebruik.

2.2.3. Verschillen tussen leeftijdsgroepen

Wat betreft het globale geneesmiddelengebruik, zien we in figuur 1 dat **de leeftijdscategorie 0-1 jaar het grootste aandeel gebruikers telt**: in 2023 kreeg 78% van de CM-leden in deze groep een vergoeding voor minstens één geneesmiddel. Zodra kinderen de leeftijd van 2 jaar bereiken, daalt het aandeel geneesmiddelengebruikers: van de 2 tot 5-jarigen krijgt nog 64% ten minste één geneesmiddel vergoed. Deze daling zet zich voort in de leeftijdscategorie 6-11 jaar met nog 49% gebruikers, maar neemt opnieuw toe tot 56% bij adolescenten. **In alle leeftijdscategorieën zien we wel een afname van het aandeel gebruikers tegenover 2013.**

Vervolgens analyseerden we voor elke leeftijdsklasse welke geneesmiddelen het meest gebruikt werden (zie Tabel in Annex). Hierna beschrijven we telkens de vastgestelde trends.

Figuur 1: Evolutie van het aandeel gebruikers van geneesmiddelen volgens leeftijdscategorie (Bron: CM)



⁴ Zie onder meer <https://www.laatjevaccineren.be/beleid/basisvaccinatieschema> en <https://www.vaccination-info.be/calendrier-de-vaccination/>.

0-1 jaar

In de top 20 geneesmiddelen van 2023 staan acht antibiotica, waarvan drie voor orale toediening: amoxicilline (plaats 1), amoxicilline met clavulaanzuur (plaats 9), en azithromycine (plaats 10). De overige antibiotica, zoals tobramycine en ciprofloxacin, worden gebruikt in oog- en oordruppels en in neuspreparaten, en soms in combinatie met cortisone. De meeste antibiotica vertonen een daling in aantal gebruikers, behalve azithromycine en ciprofloxacin, waar er een toename is met respectievelijk 29% en 40%. Clarithromycine, in 2013 nog op de dertiende plaats, is sinds 2019 uit de top 20 verdwenen en wordt vervangen door azithromycine van dezelfde klasse. Ofloxacin oogdruppels staat in 2023 net buiten de top 20 (plaats 21), maar het gebruik is sinds 2013 wel sterk verminderd (-49%). Daarentegen winnen de ciprofloxacin oogdruppels terrein. De combinatie van bacitracine en neomycine in druppels is populair en staat op de vijfde plaats in 2023, met 21.813 gebruikers jonger dan 2 jaar.

Naast antibiotica staan in de top 20 twee middelen tegen spruw in de mond: miconazol en nystatine. Spruw is een schimmelinfectie van het mondslijmvlies, vooral bij baby's (4% van de kinderen jonger dan 6 weken). Miconazol orale gel is volgens BAPCOG (= Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk) de eerste keus bij spruw. Nystatine orale suspensie wordt als alternatief gebruikt. Miconazol wordt afgeraden bij kinderen jonger dan 6 maanden vanwege verslikingsgevaar (BCFI, 2013). Het aantal gebruikers van miconazol is de afgelopen tien jaar met 37% gedaald, terwijl dit bij nystatine met 63% is toegenomen.

De top 20 van 2023 bevat ook vijf geneesmiddelen voor astma: salbutamol (plaats 3), ipratropium (plaats 4), budesonide (plaats 6), fluticason (plaats 7) en de combinatie van salmeterol met fluticason (plaats 19). Vergeleken met 2013, zien we dalingen voor salbutamol, ipratropium, en budesonide van respectievelijk 15%, 43%, en 32%. Het combinatiepreparaat kende echter een toename met 96% en ook fluticason nam toe, met 31%.

Het rotavirus-vaccin vinden we terug in deze leeftijdscategorie omdat het wordt toegediend vóór de leeftijd van 6 maanden. Crèmes, zalven en oplossingen met mometason zijn ook veelgebruikt op deze leeftijd, met een stijging van 24% sinds 2013, waardoor het middel in 2023 op plaats 13 staat. Mometason in neusspray sluit de top 20 af.

Omeprazol staat op de plaats 15, met 3.447 gebruikers in 2023 (-3% tegenover 2013). Desloratidine, voornamelijk gebruikt bij allergieën, staat op de plaats 17 met een afname van 15% sinds 2013. Naast ofloxacin zijn ook clarithromycine en betamethason uit de top 20 van 2013 verdwenen, met betamethason in 2023 op plaats 22.

2-5 jaar

Ook in deze leeftijdsgroep is het antibioticagebruik hoog, met maar liefst negen antibiotica in de top 20 van 2023, en waarvan vijf voor orale toediening en vier voor lokaal gebruik bij oog-, oor- en neusinfecties. Daarnaast worden vijf preparaten in de top 20 van 2023 gebruikt bij astma, dezelfde als bij kinderen van 0 tot 1 jaar.

Opvallend is dat de top 20 voor deze leeftijdsgroep in 2023 vier middelen bevat die niet voorkomen in de lijst voor kinderen van 0 tot 1 jaar: flucloxacilline, cetirizine, clarithromycine en betamethason. Flucloxacilline wordt steeds vaker gebruikt in deze groep, met een stijging van 70% sinds 2013, waardoor het in 2023 op de plaats 17 staat. Dit antibioticum is de eerste keuze voor de behandeling van uitgebreide impetigo, een bacteriële huidinfectie die vooral bij kinderen van 1 tot 9 jaar voorkomt en bekendstaat als krentenbaard (Gezondheid en Wetenschap, 2019).

In deze leeftijdsgroep staan ook twee macroliden in de top 20 van 2023: clarithromycine en azithromycine. Clarithromycine vertoont een duidelijke daling tegenover 2023 (-69%), terwijl het gebruik van azithromycine wel toeneemt (+28%).

Naast cetirizine, staat ook desloratidine in de top 20. Het gaat om twee antihistaminica, gebruikt bij allergie. Betamethason sluit de top 20 af. Dit is een corticosteroïde met een breed toepassingsgebied, zoals bij auto-immuunziekten, inflammatoire aandoeningen in de reumatologie en dermatologie, en acute allergische reacties. Ook mometason komt tweemaal terug, in neusspray en in zalf. Omeprazol valt net buiten de top 20 (plaats 21) en kent een stijging van 4%.

6-11 jaar

In deze leeftijdsgroep nemen antibiotica eveneens een prominente plaats in, met negen verschillende moleculen in de top 20, waarvan vijf orale preparaten. In 2013 ging het nog om zeven antibiotica. We zien enkele opvallende trends die verschillen van die bij jongere kinderen. Zo is het gebruik van amoxicilline nauwelijks afgenomen, met slechts een daling van 3% van het aantal gebruikers (aandeel gebruikers 18,9% tegenover 17,3%).

Daarentegen daalde het gebruik van amoxicilline met clavulaanzuur wel sterk, met 42% minder gebruikers in 2023 vergeleken met 2013. Het gebruik van clarithromycine is met 46% gedaald, maar dit wordt ruim gecompenseerd door de sterke stijging van azithromycine, dat met 82% is toegenomen en nu op plaats 2 staat. Ook flucloxacilline vertoont een sterke stijging van 104%, wat hoger is dan bij de jongere kinderen. Bij deze groep zien we ook een toename van 76% in het aantal gebruikers van druppels met bacitracine en neomycine. In 2013 stonden deze moleculen net buiten de top 20, maar in 2023 zijn ze gestegen naar plaats 12.

Daarnaast staan er vijf middelen tegen astma in de top 20, waarbij het aantal gebruikers in 2023 is gestegen ten opzichte van 2013. Nieuw in de top 20, in vergelijking met die van de jongere kinderen, is methylfenidaat dat geregistreerd is voor de behandeling van ADHD vanaf 6 jaar. Het gebruik ervan is met 31% toegenomen ten opzichte van 2013.

Desloratadine, een veelgebruikt middel in deze leeftijdsgroep, staat op plaats 4. Het gebruik is tussen 2013 en 2023 met 22% toegenomen. Cetirizine komt nog steeds voor in de top 20, maar het gebruik is met 35% gedaald. Deze daling wordt deels gecompenseerd door een toename in het gebruik van bilastine, dat nu op plaats 22 staat. Ook hier komt mometason tweemaal in de top 20 voor. Voor huidpreparaten met mometason is er een toename met 52%, terwijl het gebruik in neussprays licht is gedaald (-12%). Daarnaast zien we een stijging van 69% in het gebruik van omeprazol, dat vanaf 2019 in de top 20 staat.

Ten slotte komen, in vergelijking met 2013, drie middelen in 2023 niet meer voor in de top 20: fluticasonfuroaat (neusspray bij allergische rhinitis zoals mometason in neusspray), ibuprofen (dat buiten het kader van de terugbetaling veel wordt gebruikt, waardoor exacte cijfers ontbreken), en montelukast waarvan het gebruik aanzienlijk is afgenomen met 67%.

12-17 jaar

In deze leeftijdscategorie zien we in 2023 in de top 20 een aantal andere geneesmiddelen dan bij de jongere kinderen. Deze geneesmiddelen worden typisch gebruikt bij deze leeftijdsgroep. Zo zien we twee middelen die gebruikt worden als anticonceptie: levonorgestrel met ethinylestradiol (plaats 9, +22%) en desogestrel met ethinylestradiol (plaats 10, -42%). De combinatie met levonorgestrel is een monofasisch preparaat van de tweede generatie en lijkt de beste risico-batenverhouding te vertonen volgens het BCFI. Er is een hoger risico van diep-veneuze trombose

met associaties op basis van een derde generatie-progestageen (desogestrel, gestodeen), drospirenon, cyproteron of diënogest (BCFI, 2023). De daling van het aantal gebruikers van de combinatie met desogestrel is dus een positieve evolutie.

Buiten de top 20 zien we wel een toename van de combinatie van ethinylestradiol met diënogest (van 616 gebruikers in 2013 naar 3.271 gebruikers in 2023) en dit ondanks de aanbevelingen van het BCFI in 2013: "In 2013 kwam diënogest voor het eerst in een monofasische oestroprogestagene associatie op de markt, met ethinylestradiol als oestrogeencomponent. De oestroprogestagene associatie ethinylestradiol met diënogest is relatief duur en heeft geen bewezen meerwaarde of voordeel met betrekking tot de veiligheid" (BCFI, 2019).

Nog typisch in deze leeftijdsgroep zijn geneesmiddelen bij acne: isotretinoïne sluit de top 20 af en kent een lichte daling sinds 2013 (-7%). De antibiotica minocycline en lymecycline, ook gebruikt bij acne en respectievelijk op plaats 11 en plaats 15 in 2013, verdwijnen uit de top 20 in 2023 en in 2022. Minocycline en lymecycline werden in 2023 wel nog gebruikt door respectievelijk 4.360 en 4.015 CM-leden tussen 12 en 17 jaar.

In deze leeftijdsgroep vinden we minder antibiotica in de top 20: slechts vier orale preparaten en één oogdruppel. Een daling van amoxicilline en de combinatie ervan met clavulaanzuur is ook hier van vastgesteld, evenals een toegenomen gebruik van flucloxacilline (+35%). Drie orale antibiotica staan wel bovenaan het klassemment: amoxicilline op 1, de combinatie met clavulaanzuur op 3 en azithromycine op 4. Azithromycine kent een stijgend gebruik ten koste van clarithromycine, dat in 2016 uit de top 20 verdwijnt.

Opvallend is het stijgend gebruik van pantoprazol (plaats 13, +80%), een maagzuurremmer van dezelfde klasse als omeprazol, dat ook licht stijgt (plaats 17, +8%). Als we kijken naar het aandeel gebruikers, dan zien we bijna een verdubbeling van het gebruik van pantoprazol: van 1,2% naar 2,1%. Deze twee geneesmiddelen behoren tot de groep van de protonpompinhibitoren (PPI). Het aandeel gebruikers van alle PPI op de Belgische markt in deze leeftijdsgroep, stijgt van 2,8 naar 3,9% in de periode 2013-2023. Nog een sterke stijger is methylfenidaat, dat hier op plaats 8 staat.

In deze leeftijdsgroep zien we verder dat bilastine aan populariteit wint ten koste van andere antihistaminica. Zo verdwijnt cetirizine uit de top 20 en daalt het aantal gebrui-

kers van levocetirizine met 28%. Bilastine staat hier zelfs op plaats 5. Ook wordt er nog veel desloratadine gebruikt dat op plaats 7 staat in 2023 (+5%).

We zien ook drie astmapreparaten met een toename in vergelijking met 2013. Net zoals in de andere leeftijdscategorieën, wordt ook hier veel mometason gebruikt, in dermatologische toepassing en in neusspray. Ibuprofen staat op plaats 2. Twee andere pijn- en ontstekingsremmers verdwijnen uit de top 20: naproxen al in 2014 en diclofenac in 2020. Ook montelukast vinden we in 2023 niet meer terug in de top 20.

2.3. Registratie voor gebruik bij kinderen

Alle geneesmiddelen in de top 20 volgens leeftijdsklasse in 2023 hebben een registratie voor gebruik bij kinderen (afhankelijk van de toedieningsvorm), **behalve enkele oogdruppels met de combinatie van dexamethason en antibiotica** (zie Tabel 6). Op de bijsluiters van de combinaties van dexamethason met neomycinesulfaat/polymyxine staat vermeld dat er geen gegevens beschikbaar zijn over gebruik bij kinderen (jonger dan 18 jaar) en dat de veiligheid niet is vastgesteld. Nochtans werden deze druppels en zalven afgeleverd aan 3.337 kinderen aangesloten bij CM. Voor de combinatie van dexamethason met chlooramfenicol staat het volgende vermeld op de bijsluiter: "Niet toedienen aan een kind jonger dan 18 jaar, aangezien de specialiteit boor bevat en de vruchtbaarheid kan verminderen." Toch werd deze combinatie in 2023 aan 7.918 kinderen voorgeschreven.

Sommige geneesmiddelen kunnen pas vanaf een bepaalde leeftijd gebruikt worden, maar worden toch toegediend aan jongere kinderen. Zo kunnen de oogdruppels met dexamethason en tobramycine gebruikt worden vanaf 2 jaar, maar werden ze in 2023 afgeleverd aan 1.138 kinderen jonger dan 2 jaar. Het *Kinderformularium* geeft doseringsadvies voor deze combinatie vanaf 0 jaar.

Bilastine kan gebruikt worden vanaf 6 jaar, maar werd in 2013 afgeleverd aan 73 CM-leden jonger dan 6 jaar. Cetirizine kan volgens de bijsluiter vanaf 2 jaar, maar werd in 2023 afgeleverd aan 624 kinderen onder de 2 jaar en in 2022 zelfs aan 1.107. De siroop is echter niet meer te verkrijgen sinds 2023, wat de daling in het gebruik van cetirizine zou kunnen verklaren. Het *Kinderformularium* geeft doseringsadvies vanaf 1 jaar, het *SwissPedDose* zelfs al vanaf 6 maanden. Bijgevolg kunnen we het wel als veilig beschouwen voor gebruik onder de 2 jaar.

Mometason in huidpreparaten wordt aangeraden vanaf 2 jaar, maar werd aan 4.074 CM-leden jonger dan 2 jaar toegediend. Het *Kinderformularium* adviseert ook pas het gebruik vanaf 2 jaar, *SwissPedDose* geeft geen informatie. Hetzelfde geldt voor mometason in neusspray bij allergische rhinitis. Het is geïndiceerd vanaf 3 jaar, maar werd in 2023 toegediend aan 2.096 CM-leden jonger dan 2 jaar. Het *Kinderformularium* geeft dezelfde aanbevelingen als de bijsluiters van mometason neusspray, het Zwitsers formularium bevat hierover geen informatie.

Als we kijken naar sterke stijgers buiten de top 20, zien we dat meer dan 1.500 CM-leden tussen 6 en 12 jaar en 81 kinderen jonger dan 6 jaar aripiprazol innamen, terwijl het pas aangewezen is vanaf 12 jaar. Het *Kinderformularium* geeft echter wel aanbevelingen voor gebruik vanaf 5 jaar en het *SwissPedDose* vanaf 6 jaar.

Ook buiten de top 20 en gedaald in gebruik sinds 2013, maar in 2023 nog steeds afgeleverd voor 4.433 CM-jongeren, is otilonium, gebruikt bij darm spasmen. Aangezien de veiligheid en werkzaamheid van otilonium bij kinderen jonger dan 18 jaar niet is vastgesteld, wordt het gebruik van dit geneesmiddel niet aanbevolen in deze populatie. Het BCFI vermeldt dat door een gebrek aan degelijke gerandomiseerde studies de plaats van spasmolytica onduidelijk is. In Nederland is dit middel niet op de markt (BCFI, 2024d).

Eveneens buiten de top 20 staan escitalopram en trazodon, geïndiceerd voor de behandeling van depressies. Het gebruik van deze twee middelen onder de 18 jaar wordt niet aanbevolen omwille van een gebrek aan gegevens. Het werd in 2023 nochtans gebruikt door respectievelijk 1.082 en 929 kinderen (aangesloten bij CM). Het *Kinderformularium* en *SwissPedDose* geven geen informatie over trazodon. Voor escitalopram wordt door beide databases doseringsadvies gegeven vanaf 12 jaar. Er is maar één antidepressivum op de markt in België dat geïndiceerd is voor kinderen, namelijk fluoxetine. Verder werd aan 689 kinderen quetiapine toegediend. Dit is een antipsychoticum dat onder meer geïndiceerd is bij schizofrenie, maar niet onder de 18 jaar. Het *Kinderformularium* en *SwissPedDose* geven richtlijnen vanaf 12 jaar.

Rekening houdend met een beperkt aantal geneesmiddelen en de leeftijd waarop ze zijn toegelaten, vinden we dat **7% van de kinderen en jongeren onder de 18 jaar die in 2023 geneesmiddelen gebruikten, off-label-geneesmiddelen had gekregen. Aangezien niet alle off-label-geneesmiddelen in de analyse zijn meegenomen, is dit percentage vrijwel zeker een onderschatting.**

Tabel 6: Registratie bij kinderen

Top 20 in 2023	Belangrijkste gebruik bij kinderen	Kindregistratie (SKP) Afhankelijk van toedieningsvorm	Kinderformularium	SwissPedDose
Amoxicilline (J01CA04)	Bacteriële infecties	Vanaf 0 jaar	Vanaf 0 jaar	Vanaf 0 jaar
Salbutamol (R03AC02)	Astma	Vanaf 0 jaar	Vanaf 0 jaar	Vanaf 1 maand
Amoxicilline + clavulaanzuur (J01CR02)	Bacteriële infecties	Vanaf 0 jaar	Vanaf 0 jaar	Vanaf 1 maand
Azithromycine (J01FA10)	Bacteriële infecties	Vanaf 1 jaar	Vanaf 1 maand	Vanaf 0 jaar
Fluticason (R03BA05)	Astma	Vanaf 1 jaar	Vanaf 1 jaar	Vanaf 1 jaar
Ipratropium (R03BB01)	Astma	Vanaf 0 jaar	Vanaf 0 jaar	Vanaf 1 maand
Bacitracine + neomycine; (S03AA30)	Lokale behandeling bacteriële infecties oog, oren, neus	Geen leeftijd gespecificeerd ('kinderen' worden vermeld in SKP bij bijzondere voorzorgen: Intensieve of langdurige behandelingen dienen vermeden te worden, enz. vooral bij kinderen)	Niet op de markt in NL	Niet op de markt in Zwitserland
Budesonide (R03BA02)	Astma	Vanaf 6 maanden	Vanaf 1 maand	Vanaf 6 maanden
Ciprofloxacin (S01AE03)	Lokale behandeling bacteriële infecties oog, oren	Vanaf 1 jaar	Niet op de markt in NL	Geen informatie
Desloratadine (R06AX27)	Allergie	Vanaf 1 jaar	Vanaf 6 maanden	Geen informatie
Rotavirus vaccin (J07BH01)	Vaccinatie	Eerste dosis vanaf 6 weken	Eerste dosis vanaf 6 weken	Geen informatie
Mometason (neus-spray) (R01AD09)	Allergie (allergische rhinitis)	Vanaf 3 jaar	Vanaf 3 jaar	Geen informatie
Ibuprofen (M01AE01)	Pijn, koorts, ontsteking	Vanaf 3 maanden (min 6 kg)	Vanaf 3 maanden	Vanaf 3 maanden
Mometason (zalf) (D07AC13)	Bij ontstekingen van de huid zoals eczeem en psoriasis	Vanaf 2 jaar	Vanaf 2 jaar	Geen informatie
Dexamethason met antibiotica (S01CA01)	Lokale behandeling bacteriële infecties oog, oren	Vanaf 18 jaar (chlooramfenicol), geen pediatrische gegevens voor druppels met gentamycine, levofloxacin, neomycine/polymycine. Vanaf 2 jaar voor tobramycine.	Vanaf 0 jaar (met tobramycine), vanaf 1 maand (met gentamycine)	Geen informatie
Bilastine (R06AX29)	Allergie	Vanaf 6 jaar	Niet op de markt in NL	Vanaf 6 jaar
Flucloxacilline (J01CF05)	Bacteriële infecties	Kind (geen leeftijd gespecificeerd) voor orale vorm - voor IV, injectie: vanaf premature baby's (SKP)	A terme neonaat voor oraal en IV vanaf < 1 week en geboortegewicht < 2000 gr	Geen informatie over orale inname, enkel intraveneus (IV)
Tobramycine (S01AA12)	Lokale behandeling bacteriële infecties oog	Vanaf 1 jaar	Vanaf 0 jaar	Geen informatie
Methylfenidaat (N06BA04)	ADHD	Vanaf 6 jaar (ADHD)	Vanaf 3 jaar (ADHD) voor tabletten met directe afgifte	Vanaf 3 jaar (ADHD) voor tabletten met directe afgifte
Salmeterol + fluticason (R03AK06)	Astma	Vanaf 4 jaar (Afhankelijk van dosering/toedieningsvorm)	< 4 jaar	Geen informatie

3. Bespreking van de resultaten

3.1. Evolutie van het geneesmiddelengebruik

Net als het IMA (IMA, 2023), constateren wij op basis van de CM-gegevens een **afname in het totale geneesmiddelengebruik bij kinderen in de afgelopen tien jaar. Dit is een trendbreuk ten opzichte van het vorige decennium.** Terwijl het RIZIV voor de periode 2007-2011 een toename van 6,4% van het aantal DDD, rapporteerde, stelt CM een afname vast van 16% tussen 2013 en 2023.

Bij het vergelijken van de CM-top 5 (van de anatomische hoofdgroepen) volgens volume in DDD en volgens leeftijd van 2023 met die van het RIZIV in 2011, stellen we het volgende vast. Bij de 0 tot 1-jarigen staan geen vaccins meer in de top 5 van CM. De dermatologische preparaten komen in de plaats. De top 5 van de leeftijdscategorie 2 tot 5 jaar van 2023 is bij CM exact hetzelfde als bij het RIZIV in 2011. Bij de 6 tot 11-jarigen staan de geneesmiddelen voor het zenuwstelsel op de tweede plaats en bij het RIZIV op de derde plaats. Bij de 11 tot 17-jarigen zien we dat in 2023 de geneesmiddelen voor maagdarmkanaal en stofwisselingsziekten meer gebruikt worden dan de antibiotica (wat volume betreft). Deze geneesmiddelen worden dan ook doorgaans voor langere tijd gebruikt dan een antibioticakuur. In 2011 stonden zij bij het RIZIV op plaats 5, bij CM in 2023 op plaats 4.

3.1.1. Antimicrobiële middelen

Een **positieve ontwikkeling is de daling in het totale antibioticagebruik**, waarbij de grootste afname te zien is bij de combinatie van amoxicilline en clavulaanzuur. Het restrictieve gebruik van deze combinatie is van groot belang in de strijd tegen antibioticaresistentie. Ondanks deze daling, had België **in 2022 globaal een antibioticaverbruik dat boven het EU-gemiddelde ligt** (19 DDD/1.000 inwoners/dag versus een EU gemiddelde van 17 DDD). Voor het gebruik van antibiotica in de hospitaalsector, scoort België wel lager dan het Europese gemiddelde (ECDC, 2023). Opvallend is ook dat de **afname in antibioticagebruik niet gelijkmatig is over alle leeftijdscategorieën**. Zo is er bij kinderen van 6 tot 11 jaar nauwelijks een vermindering in het gebruik van amoxicilline waarneembaar. Bovendien zijn er antibiotica waarvan het gebruik juist aanzienlijk is toegenomen, zoals azithromycine en flucloxacilline. Azithromycine neemt waarschijnlijk de plaats in van clarithromycine omdat het in principe kortere tijd gebruikt kan

worden, maar in geval van bepaalde chronische luchtwegaandoeningen is dit dan weer langdurig. De stijging van het gebruik van flucloxacilline kan te wijten zijn aan uitbraken van impetigo op (zomer-)kampen van schoolgaande tieners (Departement Zorg, 2014).

Voor een correcte lezing van de resultaten, is het ook belangrijk te vermelden dat, door wijzigingen in de regelgeving, niet alle antibiotica nog voor alle indicaties worden terugbetaald. Zo zijn er specifieke voorwaarden verbonden aan de terugbetaling van orale chinolonen, die daardoor ook buiten het terugbetalingssysteem worden afgeleverd wat bijgevolg invloed heeft op de totale statistieken voor terugbetaalde antibiotica (Berwouts, Van Haecht, Ntahonganyira, & Stokx, 2023). Dit betekent dat het reële verbruik wellicht hoger ligt dan wat is vastgesteld.

Daarnaast zien we **geen dalende trend in het lokaal gebruik van antibiotica** bij infecties van de ogen, oren en neus. Bij kinderen van 6 tot 11 jaar is er zelfs sprake van een toename van 15% van het aantal DDD in ATC-klasse S die voornamelijk oor- en oogdruppels bevat met antibiotica. Opmerkelijk is dat het aantal gebruikers van druppels met bacitracine en neomycine in deze leeftijdsgroep de afgelopen tien jaar met maar liefst 76% is gestegen. Volgens het BCFI is bacteriële of virale conjunctivitis vaak een zelflimiterende aandoening, waarvoor doorgaans geen anti-infectieuze behandeling nodig is. BAPCOC beveelt dan ook aan om bij conjunctivitis in eerste instantie te spoelen met water (bijvoorbeeld met een washandje, wattenstaafje of wattenschijfje) (BCFI, 2024c). Bij verstopte neus is de eerste keus spoelen met fysiologisch serum. Er bestaat geen evidentie voor preparaten op basis van antibiotica of corticosteroiden (BCFI, 2024e). Ciprofloxacine oordruppels zijn daarentegen wel aangewezen bij een loopoor wanneer het kind trommelvliesbuisjes heeft (BCFI, 2024a). Het grote gebruik van deze druppels doet vermoeden dat het niet altijd rationeel wordt voorgeschreven. In het kader van antibioticaresistentie moet ook met deze middelen voorzichtig omgesprongen worden. Bovendien hebben sommige van deze preparaten geen indicatie voor toediening bij kinderen omdat er geen gegevens zijn over het gebruik bij deze doelgroep.

3.1.2. Geneesmiddelen voor het zenuwstelsel

Net zoals bij het RIZIV in 2012, zien we ook in de CM-gegevens een **stijging in gebruik in de geneesmiddelengroep met ATC-code N**. Deze trend zet zich dus verder. Het gaat hier onder andere over het middel **methyfenidaat**, ingezet bij ADHD. CM rapporteerde al eerder over deze opvallen-

de toename, lange behandelingsperiodes en een gebrek aan systematische opvolging door artsen-specialisten en psychologische begeleiding (Lebbe, Ntahonganyira, & Vandenberg, 2017; Sholokhova & Cornelis, 2024). Dit gebruik houdt bovendien risico's in op niet onschuldige bijwerkingen zoals invloed op groei en gewicht, buikpijn, verminderde eetlust, angst en verdriet (Storebø, et al., 2023). Er zijn ook bezorgdheden over de langetermijneffecten van deze behandelingen. Zhang et al. voerden een longitudinale *case control* studie uit in Zweden naar cardiovasculaire aandoeningen bij langdurig gebruik van ADHD-medicatie bij 6 tot 64-jarigen. Zij concludeerden het volgende: de resultaten van deze *case-control* studie, die een longitudinale follow-up van 14 jaar had, wijzen erop dat langdurig gebruik van ADHD-medicatie verband houdt met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, met name hoge bloeddruk en arteriële aandoeningen. Deze bevindingen onderstrepen het belang van een zorgvuldige afweging van de potentiële voordelen en risico's bij beslissingen over langdurige behandeling met ADHD-medicatie (Zhang, et al., 2023).

Er werd eveneens een **significante toename vastgesteld van het gebruik van antidepressiva bij adolescenten**. Volgens de richtlijnen beschreven op Gezondheid en Wetenschap, is de eerste stap in de behandeling van depressie psychologische begeleiding (vooral cognitieve gedragstherapie) zonder medicatie, tenzij er een zelfdodingsdreiging is. Enkel wanneer deze aanpak geen of onvoldoende resultaat heeft, wordt medicatie overwogen (Gezondheid en wetenschap, 2020). Het gaat dan wel voornamelijk om *off-label*-gebruik. Deze geneesmiddelen hebben natuurlijk ook heel wat bijwerkingen en er bestaat wat controverse rond. Bij aanvang van de behandeling met bepaalde antidepressiva is er een verhoogd risico op suïcidale gedachten en zelfverwonding vastgesteld. Tegelijkertijd vormt suïcidaal gedrag als gevolg van depressie wel een indicatie voor het voorschrijven van antidepressiva. Er is bovendien onvoldoende informatie beschikbaar over de impact van antidepressiva op de groei, de seksuele, en cognitieve, emotionele en gedragsmatige ontwikkeling. De meeste gegevens over het gebruik van antidepressiva bij kinderen en adolescenten betreffen fluoxetine dat als enige is aangewezen voor depressie bij kinderen in België (BCFI, Antidepressiva, 2024b; de Wit, Beekman, Maarsingh, van der Horst, & Vinkers, 2019).

3.1.3. Geneesmiddelen voor maagdamkanaal en stofwisseling

Bij de adolescenten is er een minimale stijging van het gebruik van geneesmiddelen voor maagproblemen en stofwisseling, vooral te wijten aan de lichte toename in het gebruik van geneesmiddelen bij diabetes (aandeel gebruikers van 0,45% in 2013 naar 0,53% in 2023). Maar in deze klasse wint ook de maagzuurremmer pantoprazol terrein terwijl omeprazol stabiel blijft. Ook bij de 6 tot 11-jarigen stijgt het omeprazol-gebruik. Omeprazol en pantoprazol behoren tot de klasse van de protonpompinhibitoren (PPI). Het BCFI geeft aan dat PPI over het algemeen goed worden verdragen, met weinig ernstige ongewenste effecten (onder meer gastro-intestinale stoornissen, hoofdpijn, *rash*). Het stoppen zorgt niet zelden voor de terugkeer van de symptomen die ze net bestrijden (*rebound effect*), waardoor het belangrijk is om deze medicatie langzaam af te bouwen en zo een herstart van de behandeling te vermijden. De effecten op lange termijn zijn nog niet helemaal duidelijk vastgesteld. De studies hierover zijn niet altijd van goede kwaliteit. Maar de herhaling van bepaalde resultaten in de verschillende studies, is een teken dat men alert moet zijn voor het optreden van (mogelijk ernstige) ongewenste effecten met PPI, vooral bij langdurig gebruik. Een aantal publicaties vond opnieuw een verband tussen PPI-gebruik en de enkele aandoeningen (nierlijden, gastro-intestinale infecties en fracturen bij volwassenen). Voorzichtigheid is in ieder geval geboden (BCFI, 2022).

Onder de 2 jaar wordt omeprazol frequent gebruikt, terwijl het niet zonder risico is. Een recente publicatie concludeert dat het gebruik van PPI bij jonge kinderen geassocieerd was met een verhoogd risico op ernstige infecties. Dit is gebaseerd op basis van een cohortstudie en gegevens van 1.262.424 Franse kinderen (Lassalle, Zureik, & Dray-Spira, 2023). Het BCFI geeft nochtans duidelijke richtlijnen: reflux is een vaak voorkomende klacht bij zuigelingen. Een medicamenteuze aanpak (met een PPI) heeft alleen een plaats bij kinderen met refluxziekte die gepaard gaat met verontrustende symptomen (bijvoorbeeld abnormale gewichtsevolutie) of complicaties (bijvoorbeeld slokdarmontsteking – oesofagitis). Er bestaat geen indicatie voor PPI-gebruik bij zuigelingen die enkel regurgiteren (BCFI, 2024f).

Het hoge gebruik bij jonge kinderen en adolescenten doet ook hier vermoeden dat het gebruik niet altijd rationeel is. Verder onderzoek is wenselijk om de rationale achter het voorschrijven en de oorzaken van het verhoogd gebruik te verklaren vermits hierover in de literatuur weinig bekend is. Bovendien mag geen enkele PPI volgens de bijsluiter gebruikt worden bij kinderen jonger dan 1 jaar.

3.1.4. Gebruik van contraceptiva

Een andere vaststelling is het **licht dalend gebruik van anticonceptiemiddelen bij adolescenten**. We hebben geen gegevens over het condoomgebruik. Volgens Sensoa, het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid, gebruiken de jongeren meer middelen voor langdurige conceptie zoals spiraaltjes die jaren kunnen blijven zitten in het lichaam (Sensoa, 2024). In 2023 zien we 483 gebruikers van een hormoonspiraal (tegenover 52 in 2013) en 42 gebruikers van een koperspiraal onder de CM-leden jonger dan 18 jaar. Er is inderdaad een stijging van langdurige conceptie, maar dit verklaart de algemeen dalende trend niet.

We stellen in onze gegevens een **grote stijging vast in het gebruik van noodanticonceptie, wat te wijten is aan de wijziging in vergoeding**. Sinds 2020 kan de apotheker immers ook zonder voorschrift de noodpil meegeven aan terugbetaald tarief (BCFI, 2020). Voordien was terugbetaling enkel mogelijk mits een voorschrift. Dat verklaart de stijging in gegevens en kan dus niet gelinkt worden aan het dalend gebruik van reguliere anticonceptie.

Er is de laatste jaren wel meer bewustwording rond het pilgebruik. Zo bericht het tijdschrift *EOS Wetenschap* in februari 2024 dat vrouwen een pilmoetheid kennen omdat de pil een negatief effect zou hebben op lichaam en geest. Vrouwen stellen zich bovendien de vraag of het wel veilig is om jaren na elkaar de pil te slikken (EOS, 2024). Hier blijft het belangrijk om te sensibiliseren over correct pilgebruik (onder meer niet roken), welke pillen het veiligst geacht worden (tweede generatie pillen die levonorgestrel bevatten) en condoomgebruik.

3.1.5. Vaccinatie

Er is eveneens een **daling in de klasse van de vaccins, waar we een afname van de het aandeel gebruikers vaststellen van 6,8% naar 5,3%. Niettemin blijft de vaccinatiegraad in België hoog**, ook al is er in Europa na de coronacrisis sprake van vaccinmoetheid en scepticisme (VRT, 2024). Omwille van de beperkte gegevens kunnen we weinig zinvolle uitspraken hierover doen. Toch brengen we graag de vaccins onder de aandacht waarvoor het belangrijk is er te blijven over sensibiliseren.

3.2. Bespreking van de top 20 geneesmiddelen

Bijna de helft van de top 20 bestaat uit preparaten die antibiotica bevatten. Er is gelukkig wel een dalende trend, al blijft het gebruik hoog. Net zoals in Nederland (in 2011 en in 2021) is amoxicilline koploper, al neemt het gebruik af bij tieners en zien we in die leeftijdsgroep ook algemeen minder antibioticagebruik. Het totaal aantal amoxicilline-gebruikers bij CM-leden onder de 18 jaar bedroeg 138.119 (15,2%) in 2021. In Nederland namen in dat jaar 184.000 kinderen amoxicilline (5,6%). In België gebruiken dus drie keer zoveel kinderen amoxicilline.

We zien de top 20 wijzigen met de leeftijd en ook hier stellen we consistentie vast met onze noorderburen. Typische middelen voor tieners zijn ook daar de anticonceptiepil oestrogeen met levonorgestrel, desloratadine en het ADHD-middel methylfenidaat (Pharmaceutisch Weekblad, 2022).

Verder zien we nog **wat opmerkelijke stijgers in de top 20**. De sterke toename van het nystatinegebruik en de afname van miconazol orale gel kunnen deels verklaard worden door de onbeschikbaarheid van miconazol orale gel. In 2023 was er op farmastatus, een platform van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten al zeker sprake van onbeschikbaarheid (Farmastatus, 2024). Onbeschikbaarheden kunnen wel degelijk een invloed hebben op het gebruik van geneesmiddelen.

Bilastine nam een enorme vlucht en neemt het marktaandeel over van cetirizine. In 2018 lezen we bij het BCFI nochtans het volgende: "Bilastine werd in 2012 gecommercialiseerd als een niet-sederend H₁-antihistaminicum voor de orale behandeling van allergische rhinoconjunctivitis en urticaria. Omwille van een gebrek aan nieuwe evidentie en zijn hogere kostprijs, is het BCFI van oordeel dat bilastine geen voorkeur verdient boven andere H₁-antihistaminica. Ondanks deze aanbeveling steeg het gebruik spectaculair. Ondertussen zijn er ook heel wat generieken op de markt en is de prijs wel gedaald. Hier kan een marketingcampagne wel invloed gehad hebben op het gebruik" (BCFI, 2012).

Mometason neusspray kent een sterke daling vanaf 2019. Dit is het gevolg van een wijziging in de vergoedingsvoorwaarden. Enkel als de arts 'derdebetalersregeling van toepassing' op het voorschrift vermeldt, is er vergoeding. Dit is ook van toepassing op neussprays met fluticason (furoaat en propionaat).

De voorwaarde is dan wel dat ze voorgeschreven worden voor een geregistreerde indicatie, zoals vermeld op de bijsluiter. In 2019 was de maatregel nieuw, waardoor veel patiënten hun terugbetaling misliepen omdat de arts de vermelding op het voorschrift vergat (BAF, 2019).

3.3. Registratie voor gebruik bij kinderen

We kunnen stellen dat de **geneesmiddelen die het meest gebruikt worden bij kinderen geregistreerd zijn voor de onderzochte leeftijdsklassen en relatief veilig zijn in het gebruik**. Soms worden aan een minderheid wel geneesmiddelen toegediend die niet bedoeld zijn voor een specifieke leeftijd. In de top 20 gaat het dan vooral om mometason, zowel in huidpreparaten als in neussprays, en om enkele oor- en oogdruppels. **Maar buiten de top 20** stelden we **toch meermaals off-label-gebruik** vast. Voor eenvoudige aandoeningen zijn er vaak voldoende alternatieven en kan vermeden worden dat kinderen blootgesteld worden aan geneesmiddelen die niet onderzocht zijn voor de betreffende doelgroep. Als er geen aanbevelingen staan in de richtlijnen, het *Kinderformularium* of andere gevalideerde bronnen, dan raden we aan om eerst naar een andere behandeling te zoeken.

Richtlijnen voor kinderen kunnen onder meer geraadpleegd worden in de informatie van het BCFI, de BAPCOC-gids (antibiotica) en op platformen zoals *WOREL* (Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn), *Ebpracticenet* (referentieplatform met richtlijnen voor alle Belgische zorgverleners), Gezondheid en Wetenschap en CDLH (*Cebam Digital Library for Health* met medische informatie op maat). Ook de Belgische vereniging voor kindergeneeskunde heeft op de website richtlijnen, toegankelijk voor leden, net als de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde. In de software van de artsen zijn ook richtlijnen ingebouwd. Er zijn dus veel richtlijnen voorhanden, maar een harmonisatie en één toegangspoort lijken aangewezen. Zo kan een arts snel nagaan of diens beslissing rationeel geneesmiddelengebruik bevordert en gestoeld is op de meest recente richtlijnen.

Is *off-label*-gebruik toch aangewezen, dan dient de voorschrijver toch enkele voorwaarden te respecteren zoals beschreven door de Belgische Orde der artsen. Ook de *European Academy of Paediatrics* en *the European society for Developmental Perinatal and Pediatric Pharmacology* bieden handvaten aan (Ordomedic, 2010; Schrier, et al., 2020).

4. Aanbevelingen

Hieronder formuleren we op basis van de onderzoeksresultaten aanbevelingen aan beleidsmakers en voorschrijvers van geneesmiddelen om **een doeltreffend, veilig en rationeel gebruik van geneesmiddelen bij kinderen en jongeren in België te bevorderen**.

4.1. Antibiotica

- Ondanks de daling in het antibioticagebruik, blijft het belangrijk om het bewustzijn over het risico op antibioticaresistentie te verhogen. Sensibiliseringscampagnes, gericht naar zowel zorgverleners als het brede publiek, blijven nodig om verder te blijven rationaliseren.
- Verhoogde aandacht is nodig voor de stijging van bepaalde antibiotica zoals azithromycine, en het blijvend hoog gebruik van lokale antibiotica die nog vaak ingezet worden bij zelflimiterende aandoeningen zoals conjunctivitis.
- Aan de voorschrijvers vragen we om steeds de BAPCOC-richtlijnen te volgen.

4.2. Maagzuurremmers bij jonge kinderen en adolescenten

- We vragen aan voorschrijvers om steeds zorgvuldig de afweging te maken of een maagzuurremmer echt noodzakelijk is. De verontrustende signalen over ernstige bijwerkingen zoals gastro-intestinale infecties en nierfalen dienen meegenomen te worden in de beslissing. Tevens moet altijd van bij de aanvang van de behandeling een afbouwstrategie meegedeeld worden.
- Focus ook op leefstijlmaatregelen (evenwichtige voeding, afvallen bij overgewicht, vermijden van stress, enz.).
- Voor patiënten jonger dan 1 jaar geldt een *off-label*-gebruik voor PPI. Weeg goed af of een PPI noodzakelijk is.
- Infomeer patiënten steeds uitvoerig en op een toegankelijke wijze over de mogelijke (ernstige) bijwerkingen.

4.3. Medicatie bij psychische aandoeningen

- We vragen om duidelijke richtlijnen op te stellen en multidisciplinaire samenwerking te stimuleren zodat kinderen en jongeren die baat hebben bij een medicamenteuze

behandeling van een psychische aandoening, dat ook op een veilige en gecontroleerde manier kunnen blijven behouden.

- We vragen dat beleidsmakers zich blijven inzetten voor een meer toegankelijke en laagdrempelige psychologische zorg. Sinds 1 februari 2024 komen alle jongeren onder de 24 jaar in aanmerking voor vergoede consultaties in het kader van de RIZIV-overeenkomst 'Financiering psychologische functies in de eerstelijnszorg'. Het budget dat op dit moment voorzien is, is echter onvoldoende om alle noden te dekken. Het is daarom noodzakelijk dit aanbod te behouden en te versterken zodat alle hulpvragen van kinderen en jongeren, ook de vragen naar intensievere behandelingen, beantwoord kunnen worden.

4.4. Anticonceptie

- Bevorder betere informatie en voorlichting over veilige anticonceptieopties, waaronder de pil en condoomgebruik.
- Onderzoek verder de redenen achter de afname van pilgebruik bij adolescenten, zoals 'pilmoeheid', en zoek hoe je beleidsmatig kan inspelen op de behoefte aan alternatieven die door jongeren als veiliger en comfortabeler worden ervaren.

4.5. Vaccinatie

- Blijf het brede publiek sensibiliseren over het belang van vaccinatie.
- Investeer in campagnes die positieve verhalen delen over vaccinatie. Ontwikkel materialen die gangbare misvattingen over vaccins weerleggen en wetenschappelijk bewijs presenteren op een toegankelijke manier.
- Wees transparant over mogelijke bijwerkingen en risico's van vaccins, en licht toe hoe deze zich verhouden tot de voordelen.
- Waak over negatieve sentimenten en desinformatie op sociale media, zodat hier snel op ingespeeld kan worden met aangepaste communicatie.
- Blijf informatie over vaccinatie meenemen in de opleidingen (hele schoolcarrière van kleuteronderwijs tot voortgezette opleidingen).

4.6. Harmonisatie en toegankelijkheid van richtlijnen

- Ontwikkel een centraal, toegankelijk platform voor artsen waarin alle geldende richtlijnen voor kindergeneeskunde zijn gebundeld. Dit kan een snelle raadpleging tijdens de dagelijkse praktijk bevorderen en het gebruik van niet-rationele of *off-label*-behandelingen verminderen.
- Aan de voorschrijvers vragen we om, indien er geen andere optie is dan *off-label*-gebruik, de voorwaarden te respecteren beschreven door de Orde der artsen. Deze stellen dat "het moet steunen op wetenschappelijk onderbouwde gronden en conform de wet betreffende de rechten van de patiënt-e zijn. De patiënt-e of diens vertegenwoordiger dient te worden geïnformeerd over het *off-label*-voorschrijven, over de bijwerkingen, alsook over de voor- en nadelen van het geneesmiddel. Wanneer het wetenschappelijk gedocumenteerde gevallen betreft die in de courante klinische praktijk nog niet werden geconfirmeerd, dient de patiënt-e diens akkoord te geven" (Ordomedic, 2010). We roepen artsen op om ook de verklaring van de *European Academy of Paediatrics* en de *European society for Developmental Perinatal and Pediatric Pharmacology* te bekijken. Deze reikt nog meer handvaten aan bij *off-label*-gebruik en raadt bijvoorbeeld aan dat de patiënt-e moet opgevolgd worden voor de werkzaamheid van het geneesmiddel en bijwerkingen (Schrier, et al., 2020).

Conclusie

De daling van het globale geneesmiddelengebruik bij kinderen is een positieve evolutie. Niettemin vereisen bepaalde geneesmiddelklassen extra aandacht. De stijgende trend in het gebruik van medicatie voor psychische aandoeningen moet nauwlettend worden gevolgd. Hierbij is psychologische ondersteuning minstens even belangrijk als medicatie, gezien de mogelijke bijwerkingen van deze geneesmiddelen. Ook het stijgend gebruik van maagzuurremmers bij lagereschoolkinderen en adolescenten is opvallend en benadrukt het belang van rationeel geneesmiddelengebruik, vooral omdat protonpompremmers (PPI) ernstige bijwerkingen kunnen veroorzaken. Een rationeel gebruik bij baby's en het promoten van een gezonde levensstijl bij oudere kinderen is hier dan ook essentieel. Om de dalende trend in antibioticagebruik voort te zetten en in

alle leeftijdsklassen, is het essentieel om te blijven sensibiliseren over het correct gebruik ervan, ook bij antibiotica voor lokaal gebruik.

Niet alle dalende trends zijn echter positief. De lichte dalingen bij de anticonceptiemiddelen en vaccins vragen om aandacht. Goede voorlichting over het gebruik van anticonceptiemethoden, zoals de pil en het condoom, blijft noodzakelijk, net als voortdurende sensibilisering over het belang van vaccinatie.

Tot slot blijkt dat de meest gebruikte geneesmiddelen grotendeels geregistreerd zijn voor gebruik bij kinderen en dus veilig zijn. We stelden wel een *off-label*-gebruik vast bij minstens 7% van de gebruikers van geneesmiddelen jonger dan 18 jaar. Om veilig en effectief geneesmiddelengebruik te waarborgen, is het cruciaal om richtlijnen te ontwikkelen, te harmoniseren en te volgen en bepaalde voorwaarden te hanteren bij *off-label*-voorschrijven.

Bibliografie

- BAF. (2019). *Brabantse tarifieringsberichten*. Opgehaald van: baf.be: https://baf.be/sites/default/files/2019-02/2019-03_BTb.pdf.
- BCFI. (2012). Nieuwigheden 2012: stand van zaken 5 jaar later. *Folia Pharmacotherapeutica*, 45(1), 1-15.
- BCFI. (2013). Verstikking door gebruik van de orale gel op basis van miconazol. *Folia Pharmacotherapeutica*, 39(9), 68.
- BCFI. (2019). Nieuwigheden 2013: stand van zaken 5 jaar later. *Folia Pharmacotherapeutica*, 46(1), 1-27.
- BCFI. (2020). *Sinds 10 september uitbreiding van de speciale tegemoetkoming door het RIZIV voor anticonceptie en morning after pill*. Opgehaald van: <https://www.bcfi.be/nl/gows/3439>.
- BCFI. (2021). Off-label voorschrijven van geneesmiddelen. *Folia Pharmacotherapeutica*, 48(12), 1-6.
- BCFI. (2022). *Protonpompinhibitoren (PPI's): aanwijzingen van zeldzame maar mogelijk ernstige ongewenste effecten*. Opgehaald van: <https://www.bcfi.be/nl/articles/3817?folia=3815>.
- BCFI. (2023). Anticonceptie-advies bij vrouwen met cardiovasculaire voorgeschiedenis en risicofactoren. *Folia Pharmacotherapeutica*, 50(8), 1-4.
- BCFI. (2024a). *Acute middenoorontsteking*. Opgehaald van <https://www.bcfi.be/nl/chapters/12?frag=8000119>: <https://www.bcfi.be/nl/chapters/12?frag=8000119>.
- BCFI. (2024b). *Antidepressiva*. Opgehaald van: <https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=7997>.
- BCFI. (2024c). *Anti-infectieuze middelen*. Opgehaald van: <https://www.bcfi.be/nl/chapters/17?frag=15008>.
- BCFI. (2024d). *Gastro-intestinaal Stelsel - spasmolytica*. Opgehaald van: https://www.bcfi.be/nl/chapters/4?frag=2709&view=pvt&vmp_group=24034.
- BCFI. (2024e). *Neus-keel-oren*. Opgehaald van <https://www.bcfi.be/nl/chapters/18?frag=15602>.
- BCFI. (2024f). *Protonpompinhibitoren (PPI's) - Omeprazol*. Opgehaald van: <https://www.bcfi.be/nl/chapters/4?frag=2576>.
- Berwouts, J., Van Haecht, C., Ntahonganyira, R.-M., & Stokx, J. (2023). Is het chinolonengebruik in België gedaald door de gewijzigde terugbetalingsvoorwaarden van 2018? *Tijdschrift voor geneeskunde en gezondheidszorg*, 79, 799-809.
- de Wit, L., Beekman, A., Maarsingh, O., van der Horst, H., & Vinkers, C. (2019). Antidepressiva in de dagelijkse praktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 12, 24-28. Opgehaald van Huisarts & Wetenschap.
- Departement Zorg. (2014). *Impetigo Kempen*. Opgehaald van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/impetigo-kempen>.
- European Commission. (2017). *State of Paediatric Medicines in the EU 10 years of the EU Paediatric Regulation*. Brussels: European Commission. Opgehaald van health.ec.europa.eu.

- Farmastatus. (2024). *Beschikbaarheid van geneesmiddelen*. Opgehaald van: <https://farmastatus.be/>.
- Gezondheid en Wetenschap. (2019). *Impetigo (krentenbaard)*. Opgehaald van: <https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/impetigo-krentenbaard>.
- Gezondheid en wetenschap. (2020). *Depressie bij kinderen*. Opgehaald van: <https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/depressie-bij-kinderen>.
- Hoge Gezondheidsraad. (2013). *Vaccinatie van kinderen en adolescenten. Vaccinatie tegen rotavirus - herziening*. Brussel: Hoge Gezondheidsraad.
- Hoge Gezondheidsraad. (2021). *Basisvaccinatieschema 2021 - HGR 9606*. Brussel: Hoge Gezondheidsraad.
- IMA. (2023). *Geneesmiddelengebruik in België*. Opgehaald van: <https://aim-ima.be/Geneesmiddelengebruik-in-Belgie?lang=nl>.
- Joseph, P., Craig, J., & Caldwell, P. (2015). Clinical trials in children. *British journal of clinical pharmacology*, 29(3), 357–369.
- Kinderformularium. (2024). *Over het Kinderformularium*. Opgehaald van: <https://www.kinderformularium.nl/>.
- Lassalle, M., Zureik, M., & Dray-Spira, R. (2023). Proton Pump Inhibitor Use and Risk of Serious Infections in Young Children. *JAMA pediatrics*, 177(10), 1028–1038.
- 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.
- Ordomec. (2010). *Het off-label voorschrijven van geneesmiddelen*. Opgehaald van: <https://ordomec.be/nl/adviezen/farmacologie/geneesmiddelen/het-off-label-voorschrijven-van-geneesmiddelen>.
- Pharmaceutisch Weekblad. (2022). *Pharmaceutisch Weekblad*. Opgehaald van: <https://www.pw.nl/vaste-rubrieken/sfk/2022/amoxicilline-telt-meeste-jonge-gebruikers>.
- PW Magazine. (2012). *Top 20 geneesmiddelen veilig voor kinderen*. Opgehaald van: <https://www.pw.nl/vaste-rubrieken/sfk/2013/top-20-geneesmiddelen-veilig-voor-kinderen#:~:text=PW%20Magazine%2046,%20jaar%202012%20-%2015-11-2012%20|%20door%20SFK>.
- RIZIV. (2012). *Infospot oktober-november-december. Geneesmiddelengebruik bij kinderen*. Brussel: RIZIV.
- Schrier, L., Hadjipanayis, A., Stiris, T., Ross-Russel, R., Valiulis, A., Turner, M., . . . van den Anker, J. (2020). Off-label use of medicines in neonates, infants, children and adolescents: a joint policy. *European Journal of Pediatrics*, 179(5), 839-847.
- Sensoa. (2024). *Anticonceptiegebruik bij Belgische jongeren en volwassenen: feiten en cijfers*. Opgehaald: <https://www.sensoa.be/anticonceptiegebruik-bij-belgische-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers#title1>.
- Sholokhova, S., & Cornelis, K. (2024). Medicamenteuze behandeling van ADHD in België. *Gezondheid & Samenleving*, 8, 4-27.
- Storebø, O., Rosenberg Overby 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(3).
- SwissPedDose. (2024). *The Swiss Database for Dosing Medicinal Products in Pediatrics*. Opgehaald van: <https://db.swisspeddose.ch/>.
- Vannieuwenhuysen, C., Slegers, P., Neyt, M., Hulstaert, F., Stordeur, S., Cleemput, I., & Vinck, I. (2015). *Pistes voor een beter omkaderd off-label gebruik van geneesmiddelen. Health Services Research. KCE Reports 252A*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- VRT. (2024). *Vlaming heeft vrij veel vertrouwen in vaccins, maar meer twijfels bij jongeren dan bij ouderen*. Opgehaald van: <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/01/24/vaccinatievertrouwen-in-vlaanderen/>.
- WHO. (2024a). *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification*. Opgehaald van who.int: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification>.
- WHO. (2024b). *Defined Daily Dose (DDD): definition and general considerations*. Opgehaald van: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/about-ddd>.
- WHOC. (2024). *International language for drug utilization research*. Opgehaald van: <https://www.whocc.no/>.
- Zhang, L., Li, L., Andel, P., Garcia-Argibay, M., Quinn, P., D'Onofrio, B., . . . Chang, Z. (2023). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications and Long-Term Risk of Cardiovascular Diseases. *JAMA psychiatry*, 81(2), 178-187.

Annex

Top 20 volgens het aantal gebruikers in 2023 volgens leeftijdscategorie (evolutie tegenover 2013) (Bron: CM)

Ranking	0-1 jaar	2-5 jaar	6-11 jaar	12-17 jaar
1	Amoxicilline (J01CA04) 41.600 (-22%)	Amoxicilline (J01CA04) 59.894 (-22%)	Amoxicilline (J01CA04) 51.962 (-3%)	Amoxicilline (J01CA04) 33.233 (-17%)
2	Rotavirus vaccin (J07BH01) 38.068 (-20%)	Salbutamol (R03AC02) 27.816 (-5%)	Azithromycine (J01FA10) 19.878 (+82%)	Ibuprofen (M01AE01) 30.775 (-23%)
3	Salbutamol (R03AC02) 31.578 (-15%)	Fluticason (R03BA05) 20.796 (+16%)	Salbutamol (R03AC02) 18.596 (+62%)	Amoxicilline + clavulaanzuur (J01CR02) 18.564 (-26%)
4	Ipratropium (R03BB01) 22.894 (-43%)	Bacitracine + neomycine (oor-, oog-, neusdruppels) (S03AA30) 18.773 (-2%)	Desloratadine (R06AX27) 16.733 (+22%)	Azithromycine (J01FA10) 16.754 (+20%)
5	Bacitracine + neomycine (oor-, oog-, neusdruppels) (S03AA30) 21.813 (-11%)	Ciprofloxacine (oor-, oogdruppels) (S01AE03) 18.560 (+46%)	Amoxicilline + clavulaanzuur (J01CR02) 15.758 (-42%)	Bilastine (R06AX29) 14.888 (+823%)
6	Budesonide (R03BA02) 16.420 (-33%)	Azithromycine (J01FA10) 17.049 (+28%)	Fluticason (R03BA05) 15.079 patiënten (+84%)	Mometason (neusspray) (R01AD09) 12.289(-21%)
7	Fluticason (R03BA05) 16.187 (31%)	Ipratropium (R03BB01) 16.867 (-38%)	Mometason (neusspray) (R01AD09) 12.244 (-12%)	Desloratadine (R06AX27) 10.161 (+5%)
8	Ciprofloxacine (oor-, oogdruppels) (S01AE03) 13.569 (40%)	Amoxicilline + clavulaanzuur (J01CR02) 16.269 (-59%)	Budesonide (R03BA02) 11.185 (+57%)	Methylfenidaat (N06BA04) 9.387 (+32%)
9	Amoxicilline + clavulaanzuur (J01CR02) 11.366 (-48%)	Budesonide (R03BA02) 14.594 (-21%)	Ciprofloxacine (oor-, oogdruppels) (S01AE03) 10.503 (+82%)	Levonorgestrel + ethinylestradiol (G03AA07) 9.339 (+22%)
10	Azithromycine (J01FA10) 8.322 (+29%)	Desloratadine (R06AX27) 12.677 (-8%)	Ipratropium bromide (R03BB01) 9.131 (+21%)	Desogestrel + ethinylestradiol (G03AA09) 9.108 (-42%)
11	Tobramycine (oogdruppels, zalf) (S01AA12) 6.945 (-33%)	Mometason (neusspray) (R01AD09) 8.564 (-6%)	Mometason (huidpreparaat) (D07AC13) 7.172 (+52%)	Salbutamol (R03AC02) 7.626 (+25%)
12	Miconazol (A01AB09) 5.121 (-37%)	Mometason (huidpreparaat) (D07AC13) 5.815 (+22%)	Bacitracine + neomycine (oor-, oog-, neusdruppels) (S03AA30) 6.809 (+76%)	Mometason (huidpreparaat) (D07AC13) 7.166 (+73%)
13	Mometason (huidpreparaat) (D07AC13) 4.074 (+24%)	Dexamethason + antibiotica (oor-, oogdruppels, zalf) (S01CA01) 5.645 (+3%)	Methylfenidaat (N06BA04) 6.680 (+31%)	Pantoprazol (A02BC02) 6.631 (+80%)

Ranking	0-1 jaar	2-5 jaar	6-11 jaar	12-17 jaar
14	Dexamethason + antibiotica (oog-, oordruppels, zalf) (S01CA01) 3.685 (-1%)	Tobramycine (oogdruppels, zalf) (S01AA12) 4.833 (-17%)	Salmeterol + fluticason (R03AK06) 6.017 (+41%)	Levocetirizine (R06AE09) 6.285 (-28%)
15	Omeprazol (A02BC01) 3.447 (-3%)	Salmeterol + fluticason (R03AK06) 4.674 (+46%)	Flucloxacilline (J01CF05) 5.736 (+104%)	Formoterol + budesonide (R03AK07) 5.753 (+41%)
16	Nystatine (oraal) (A07AA02) 3.241 (+63%)	Hydrocortison + antibiotica (oor-, oogdruppels, zalf) (S03CA04) 4.462 (-34%)	Dexamethason + antibiotica (oogdruppels, zalf) (S01CA01) 4.726 (+13%)	Formoterol + beclometa-son (R03AK08) 5.743 (+169%)
17	Desloratadine (R06AX27) 2.772 (-15%)	Flucloxacilline (J01CF05) 4.402 (+70%)	Cetirizine (R06AE07) 4.579 (-35%)	Omeprazol (A02BC01) 4.943 (+8%)
18	Hydrocortison + antibiotica (oor-, oogdruppels, zalf) (S03CA04) 2.536 (-22%)	Cetirizine (R06AE07) 3.745 (-44%)	Clarithromycine (J01FA09) 4.293 (-46%)	Ciprofloxacine (oor-, oogdruppels) (S01AE03) 4.841 (+76%)
19	Salmeterol + fluticason (R03AK06) 2.184 (+96%)	Clarithromycine (J01FA09) 3.207 (-69%)	Hydrocortison + antibiotica (oor-, oogdruppels, zalf) (S03CA04) 3.654 (-15%)	Flucloxacilline (J01CF05) 4.810 (+35%)
20	Mometason (neusspray) (R01AD09) 2.096 (+59%)	Betamethason (H02AB01) 2.650 (-43%)	Omeprazol (A02BC01) 3.523 (+69%)	Isotretinoïne (D10BA01) 4.591 (-7%)

De rol van de manager in de kwaliteit van werkhervatting

Samenvatting van een onderzoek in het kader van een masterproef (2023)

Laura Georges, promotor prof. Donatienne Desmette — Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, UCLouvain

Samenvatting

Tot nog toe richtte onderzoek zich voornamelijk op inzicht in de factoren die werkhervatting na langdurige ziekte beïnvloeden, maar zelden op de kwaliteit ervan. Deze studie analyseert de rol van de leiderschapsstijl in het welzijn en de motivatie van werknemers na hun terugkeer naar werk.

84 werknemers die na een afwezigheid wegens ziekte weer aan het werk waren gegaan, vulden een online vragenlijst in.

De resultaten benadrukken de positieve effecten van een transformationele in plaats van een autoritaire leiderschapsstijl, met een gunstige impact op de waargenomen organisatieondersteuning en het toekomstig tijdsperspectief.

Deze verkennende studie onderstreept het belang van de kwaliteit van de terugkeer naar werk en de rol van de organisatie hierin.

Sleutelwoorden: Werkhervatting, manager, leiderschap, welzijn, motivatie, enquête, voor u gelezen

Inleiding

In 2022 waren bijna 502.371 werknemers in de algemene regeling en de regeling der zelfstandigen langer dan een jaar van de arbeidsmarkt afwezig om medische redenen (RIZIV, 2024). Psychische aandoeningen zoals burn-out, depressie en angststoornissen, behoren tot de belangrijkste oorzaken van de toename van het langdurig ziekteverzuim (Bruyneel, et al., 2024). Deze langdurige afwezigheden zijn niet zonder gevolgen. Ze vormen een kostenpost voor de sociale zekerheid (Bruyneel, et al., 2024), leiden tot inkomensverlies voor de werknemers (Post, et al., 2005) en veroorzaken problemen voor de werkgevers, die het verlies aan arbeidskrachten moeten compenseren en mogelijk vervangers moeten aanwerven (Briner, 1996; Francis, et al., 2014). Daarnaast kunnen ze het welzijn van werknemers beïnvloeden, bijvoorbeeld door een gevoel van isolement (Post, et al., 2005; Spelten, et al., 2002).

De terugkeer naar werk is de voorbije jaren dan ook een centraal thema geworden in het werkgelegenheids- en gezondheidsbeleid. Al enkele jaren probeert onderzoek inzicht te krijgen in de factoren die de werkhervatting na een langdurige afwezigheid wegens ziekte kunnen bevorderen of juist belemmeren. De meeste van deze studies onderzoeken de terugkeer naar werk vanuit een objectieve invalshoek, namelijk de voltijdse of deeltijdse werkhervatting. Weinig studies bogen zich over de **kwaliteit** van de terugkeer naar werk door te kijken naar de **beleving van de terugkeer**, aan de hand van indicatoren als de tevredenheid, de betrokkenheid, de intentie om het bedrijf te verlaten of het stress/burn-outniveau van een werknemer (Wasiak, et al., 2007).

Dit proefschrift verkent de subjectieve, kwalitatieve dimensie van de terugkeer naar werk en tracht de factoren te identificeren die een duurzaam behoud van werk ondersteunen.

1. Het theoretische kader

De studies benadrukken dat een terugkeer naar werk een multidimensionaal proces is, dat medische (bijvoorbeeld symptomen, duur van de afwezigheid), individuele (bijvoorbeeld leeftijd, gevoel van zelfeffectiviteit¹) en/of psychosociale (bijvoorbeeld werkomstandigheden, kwaliteit van sociale relaties) aspecten omvat (Gragnano, et al., 2018). Op dat laatste vlak onderlijnt systematisch literatuuronderzoek het belang van steun van de leidinggevende (Gragnano, et al., 2018; Etuknwa, et al., 2019). In het kader van dit proefschrift bestudeerden we de relatie tussen de werknemer en diens organisatie in termen van leiderschapsstijl en de waargenomen organisatieondersteuning. We onderzochten ook de invloed van de leeftijd van de werknemer.

1.1. Waargenomen organisatieondersteuning en leiderschap

De organisatie, net als de manager, kan een bron van steun voor de werknemer zijn. We spreken dan van waargenomen organisatieondersteuning, wat verwijst naar de perceptie van werknemers dat hun organisatie hun bijdrage waardeert en zich bekommert om hun welzijn (Eisenberger, et al., 1986). Talrijke studies hebben de positieve effecten aangetoond van de waargenomen organisatieondersteuning op de betrokkenheid, tevredenheid en retentie van werknemers (Allen, et al., 2003; Krishnan & Mary, 2012), evenals haar beschermende rol tegen stress en burn-out (Gillet, et al., 2016; Kurtiss, et al., 2015). Bovendien tonen sommige studies aan dat de waargenomen organisatieondersteuning beïnvloed wordt door de manier waarop de manager omgaat met de werknemer en door het type leiderschap dat deze geeft (Rhoades & Eisenberger, 2002). In de literatuur worden twee belangrijke leiderschapsstijlen bestudeerd: autoritair leiderschap en transformationeel leiderschap.

- Autoritair leiderschap komt overeen met directief leiderschap, waarbij de manager diens autoriteit oplegt, de ondergeschikten controleert en van hen een grote gehoorzaamheid verwacht (Cheng, et al., 2004; Khan, et al., 2015). Deze leiderschapsstijl heeft een negatief effect op de prestaties en de motivatie van werknemers, waardoor hun stress en hun intentie om het bedrijf te verlaten toenemen (Al Khajeh, 2018; Khan, et al., 2015).

¹ Het gevoel van zelfeffectiviteit of waargenomen zelfeffectiviteit verwijst naar de overtuiging van individuen dat ze in staat zijn om bepaalde doelen te bereiken (Bandura, 1977).

- Omgekeerd valoriseert een transformationeel leiderschap de inspiratie en de motivatie van werknemers om hun volledige potentieel te bereiken (Susanto, et al., 2023). Het verhoogt de tevredenheid, de betrokkenheid en de intentie van werknemers om bij het bedrijf te blijven, terwijl het hun stress vermindert (Park & Pierce, 2020; Susanto, et al., 2023).

Voor zover wij weten, werden de waargenomen organisatieondersteuning en de leiderschapsstijl tot op heden niet gebruikt om de kwaliteit van de terugkeer naar werk na een afwezigheid wegens ziekte te begrijpen. We hebben de rol van deze variabelen onderzocht in de veronderstelling dat een transformationeel leiderschap de kwaliteit van de terugkeer naar werk ten goede komt, door een versterking van de waargenomen organisatieondersteuning, terwijl een autoritair leiderschap de kwaliteit van de terugkeer naar werk zal verminderen door een verlaging van de waargenomen organisatieondersteuning.

1.2. Leef tijd en toekomstgerichtheid

De literatuur wijst op de invloed van leeftijd op de terugkeer naar werk na een afwezigheid wegens ziekte, waarbij jongere werknemers vaker en sneller terugkeren naar het werk (Etuknwa, et al., 2019; Negrini, et al., 2020). Recent werk over het ouder worden op de werkplek kijkt verder naar de leeftijd dan het eenvoudige begrip 'kalenderleeftijd', gemeten in termen van het aantal geleefde jaren, en beschouwt het ouder worden als een ontwikkelingsproces dat kan leiden tot duidelijke verschillen in houding en gedrag tussen mensen van dezelfde leeftijd (Kooji, et al., 2008).

Volgens de theorie van de sociaal-emotionele selectiviteit (Carstensen, et al., 1999) gaat het ouder worden gepaard met een beperking van de beschikbare tijd en middelen (het 'toekomstig tijdsperspectief' van het individu), waardoor mensen ontwikkelingsdoelen gaan verwaarlozen ten gunste van emotioneel zinvolle activiteiten. Verschillende studies hebben aangetoond dat een ondersteunende werkomgeving, zoals een inclusief klimaat, helpt om het toekomstig tijdsperspectief van werknemers te openen, wat hun motivatie en welzijn op het werk bevordert (Henry, et al., 2017). We gingen er dan ook van uit dat een breed toekomstig tijdsperspectief op het werk bijdraagt aan de kwaliteit van de terugkeer naar werk, en afhankelijk is van de leiderschapsstijl.

1.3. De kwaliteit van de terugkeer naar werk

In deze studie verwijst de kwaliteit van de terugkeer naar werk naar de mate waarin de persoon zich tevreden voelt bij diens terugkeer naar het werk en betrokken is bij diens werk. Meer specifiek wordt de betrokkenheid bij het werk gedefinieerd als een positieve en bevredigende gemoedstoestand gerelateerd aan het werk, gekenmerkt door kracht (hoge niveaus van energie en mentale weerbaarheid op het werk), toewijding (sterke betrokkenheid bij het werk) en absorptie (hoge concentratie op het werk) (Schaufeli, et al., 2002). Een terugkeer naar werk van lage kwaliteit wordt daarentegen gekenmerkt door een hoge mate van burn-out en een sterke intentie om het bedrijf te verlaten.

2. Methode

Onze gegevens werden verzameld via een online enquête die door de Franstalige CM werd verspreid in haar blad 'En Marche' en haar nieuwsbrief. De vragenlijst werd ook gedeeld op sociale netwerken zoals LinkedIn en Facebook. De inclusiecriteria waren ten minste vier weken afwezig zijn geweest van het werk wegens ziekte en weer aan het werk zijn. Deze fase liep van half april tot half juli 2023.

2.1. Beschrijving van de steekproef

Na cleaning van het databestand² bestond de uiteindelijke steekproef uit 84 deelnemers. Ze waren tussen de 26 en 69 jaar oud (gemiddelde leeftijd: 49 jaar), meestal vrouw (79%) en meestal samenwonend met een partner (68%). De meeste deelnemers hebben een arbeidsovereenkomst van onbepaalde duur (87%) en werken vaker in de privésector (56%) dan in de publieke sector (43%).

² De totale steekproef telt 120 respondenten. Mensen die de vragenlijst alleen openden, die niet voldeden aan de inclusiecriteria of voor wie meer dan 10% van de relevante gegevens ontbrak, werden verwijderd. Dit resulteerde in een uiteindelijke steekproef van 84 deelnemers.

Wat betreft de **arbeidsongeschiktheid**, was de meerderheid van de deelnemers meer dan acht weken (90%) en minder dan een jaar (61%) afwezig van het werk. Voor de meerderheid van de deelnemers (69%) was een psychische aandoening zoals burn-out, depressie en/of angststoornissen de belangrijkste oorzaak van de afwezigheid, terwijl 31% van de deelnemers kampte met lichamelijke aandoeningen (kanker, spier- en skeletaandoeningen enz.).

Wat betreft de **terugkeer naar werk**, waren de meeste deelnemers sinds minder dan een jaar weer aan het werk (58%), in hetzelfde bedrijf (81%) en met dezelfde leidinggevende als voor hun afwezigheid (64%). Ongeveer een derde van de deelnemers (30%) had te maken met terugvallen (had ten minste één terugval gehad sinds de terugkeer naar het werk).

2.2. Meting van de bestudeerde variabelen en analyses

De vragenlijst bestond uit 99 vragen die de situatie van de persoon (bijvoorbeeld leeftijd, professionele status), leiderschapsstijl (autoritair en transformationeel), waargenomen organisatieondersteuning, toekomstig tijdsperspectief op het werk en indicatoren voor de kwaliteit van de terugkeer naar werk maten. De deelnemers werden gevraagd om te antwoorden op een schaal van 1 (volledig oneens) tot 7 (volledig eens).

De vragenlijst was anoniem en er was geen enkele vraag waar antwoorden verplicht was. De hypothesen werden getest met meervoudige lineaire regressies waarbij, indien relevant, werd gecontroleerd op de invloed van bepaalde individuele variabelen (bijvoorbeeld uurrooster voor de analyse van de betrokkenheid bij het werk³), en *bootstrap-analyses* om te testen op indirecte effecten⁴ (Hayes, 2013).

3. Samenvatting van de resultaten

De resultaten van de regressieanalyses tonen aan dat een autoritair leiderschap de betrokkenheid en tevredenheid vermindert van werknemers die na een ziekteverlof weer aan het werk gaan. Daarnaast ziet men een toename van de burn-outs en de intentie om het bedrijf te verlaten. Omgekeerd vergroot transformationeel leiderschap de betrokkenheid en tevredenheid van werknemers en verlaagt het hun burn-outscores en hun intentie om het bedrijf te verlaten. Met andere woorden, een transformationele leiderschapsstijl, die de werknemers motiveert en hun ontwikkeling garandeert, bevordert de kwaliteit van de terugkeer naar werk, terwijl een autoritaire leiderschapsstijl, die de werknemers weinig autonomie geeft, nadelig is voor de kwaliteit van de terugkeer naar werk.

De indirecte effectentest bevestigt dat de waargenomen organisatieondersteuning het effect verklaart van de twee soorten leiderschap op de verschillende variabelen die de kwaliteit van de terugkeer naar werk meten. Met andere woorden, werknemers die vinden dat hun manager een autoritaire leiderschapsstijl hanteert, ervaren minder steun van hun organisatie en zijn als gevolg daarvan minder betrokken bij en minder tevreden over hun werk, hebben een hogere burn-outscore en zijn vaker van plan hun bedrijf te verlaten. Het tegenovergestelde is waar voor transformationeel leiderschap.

De resultaten zijn meer genuanceerd voor het toekomstig tijdsperspectief op het werk: ze zijn enkel vastgesteld voor transformationeel leiderschap en de indicatoren voor tevredenheid en burn-out. De indirecte effectentest toont aan dat het toekomstig tijdsperspectief op het werk het effect van transformationeel leiderschap op de tevredenheid en de burn-out verklaart. Met andere woorden, hoe meer een manager waarde hecht aan bezieling en motivatie van werknemers, hoe positiever zij hun professionele toekomst zullen zien, waardoor hun tevredenheid zal toenemen en hun risico op burn-out zal afnemen. Merk op dat de leeftijd als zodanig geen invloed heeft op deze resultaten.

3 Er werden controlevariabelen in de regressie ingevoerd om het potentiële effect van externe variabelen in de relatie tussen de verklarende variabele en de verklaarde variabele te neutraliseren. Dit was bijvoorbeeld het geval voor de werkuren, die negatief correleerden met de betrokkenheid en waarvan de rol in deze variabele systematisch gecontroleerd werd.

4 De *bootstrapanalyse* volgens Hayes (2013) is een statistische methode die vaak wordt gebruikt bij mediatieanalyse. Ze wordt gebruikt om de distributie van het indirecte effect te schatten door de oorspronkelijke gegevens te hermonsteren met vervanging.

Conclusie

Deze studie, hoewel beperkt door het aantal deelnemers en de representativiteit van de steekproef, onderzocht op innovatieve wijze de terugkeer naar werk met de focus op de kwaliteit ervan. Ze benadrukt de rol van de manager en diens leiderschapsstijl bij de terugkeer naar werk en voegt bijkomende elementen toe aan de literatuur over de ondersteuning door de leidinggevende. Onze resultaten wijzen ook op twee hulpbronnen die door het leiderschap worden gemobiliseerd: vooreerst de waargenomen organisatieondersteuning, die een belangrijke organisatiehulpbron is. Hoe meer de manager een inspirerende visie van het bedrijf belichaamt, in plaats van een dwingende ma-

nagementstijl, hoe meer werknemers het gevoel hebben dat hun organisatie als geheel hen steunt en hoe groter bijgevolg hun welzijn en motivatie. Daarnaast helpt transformatieel leiderschap om de toekomstgerichtheid van werknemers te openen, en versterkt het zo een kwaliteitsvolle hulpbron voor het welzijn op het werk.

Samenvattend hopen we dat deze studie in het kader van onze masterproef wegens heeft geopend die in toekomstig onderzoek verder uitgediept kunnen worden om ons begrip van de voorwaarden voor een duurzame terugkeer naar werk na een ziekte te verbeteren.

Bibliografie

- Al Khajeh, E. H. (2018). Impact of leadership styles on organizational performance. *Journal of Human Resources Management Research*, 1-10.
- Allen, D. G., Shore, L. M., & Griffeth, R. W. (2003). The role of perceived organizational support and supportive human resource practices in the turnover process. *Journal of management*, 29(1), 99-118.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Briner, R. B. (1996). ABC of work related disorders. Absence from work. *British Medical Journal*, 313(7061), 874-877.
- Bruyneel, L., Rygaert, X., Oslejova, J., Avalosse, H., Fabri, V., Noirhomme, C., Willaert, W., Vrancken, J., Meeus, A., Leclercq, A., Karakaya, G., Brunois, T., Di Zinno, T., & Roelants, E. (2004). *Langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit omwille van psychosociale aandoeningen*. Brussel: Intermutualistisch Agentschap.
- Cheng, B. S., Chou, L. F., Wu, T. Y., Huand, M. P., & Farh, J. L. (2004). Paternalistic leadership and subordinate responses: Establishing a leadership model in Chinese organizations. *Asian Journal of Social Psychology*, 7(1), 89-117.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American psychologist*, 54(3), 165.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied psychology*, 71(3), 500.
- Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700.
- Gillet, N., Fouquereau, E., Huyghebaert, T., & Colombat, P. (2016). Effets du soutien organisationnel perçu et des caractéristiques de l'emploi sur l'anxiété au travail et l'épuisement professionnel : le rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie française*, 61(2), 73-81.
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M., & Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers : a review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of occupational rehabilitation*, 28, 215-231.
- Henry, H., Zacher, H., & Desmette, D. (2017). Future Time Perspective in the Work Context: A Systematic Review of Quantitative Studies. *Frontiers in Psychology*, 8(413).
- INAMI. (2024). *Statistiques des indemnités*. opgehaald van <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnitees/statistiques-2022#invalidite-en-2022>.
- Khan, M. S., Khan, I., Qureshi, Q. A., Ismail, H. M., Raut, H., Latif, A., & Tahir, M. (2015). The styles of leadership: A critical review. *Public Policy and Administration Research*, 5(3), 87-92.
- Kooji, D., de Lange, A., Jansen, P., & Dikkers, J. (2008). Older workers' motivation to continue to work: five meanings of age. *Journal of Managerial Psychology*, 23(4), 364-394.
- Krishnan, J., & Mary, V. S. (2012). Perceived organisational support-an overview on its antecedents and consequences. *International Journal of Multidisciplinary Research*, 2(4), 2-3.
- Kurtiss, N. J., Eisenberg, R., Ford, T. M., Buffardi, C. L., Stewart, A. K., Adis, S. C. (2015). Perceived Organizational Support: A meta-analytic evaluation of organizational support theory. *Journal of Management*, 43(6), 1-31.
- Negrini, A., Crobière, M., Dubé, J., Gragnano, A., Busque, M.A., Lebeau, M., Brondino, M., Vila Masse, S. (2020). *Quels sont les déterminants du retour au travail durable des travailleurs seniors ayant subi une lésion psychologique ou physique?* Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Park, T., & Pierce, B. (2020). Impacts of transformational leadership on turnover intention of child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 108, 104624.
- Post, M., Krol, B., & Groothoff, J. W. (2005). Work-related determinants of return to work of employees on long-term sickness absence. *Disability and Rehabilitation*, 27(9), 481-488.
- Rhoades, L., Eisenberg, R. (2002). Perceived Organizational Support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698-714.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzales-Roma, V. and Bakker, A.B. (2002). The measurement of engagement and burnout: a confirmatory analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Spelten, E. R., Sprangers, M. A., & Verbeek, J. H. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(2), 124-131.
- Susanto, B., Tukiran, M., & Wiguna, W. (2023). The relationship between transformational leadership and job satisfaction: a literature review. *International Journal of Economy, Education and Entrepreneurship*, 3(2), 542-552.
- Wasiak, R., Young, A. E., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Van Poppel, M. N., & Anema, J. R. (2007). Measuring return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(4), 766-781.

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: Maak van gezondheid een politieke zaak · 02

Studie: Klimaatverandering en engagement · 04

Van kennis naar engagement: complexer dan het lijkt · 06

Methode · 09

Resultaten · 12

Discussie · 22

Aanbevelingen · 25

Studie: De toegankelijkheid van het zorgtraject rond een bevalling · 30

Methode · 34

Resultaten · 36

Bespreking · 49

Aanbevelingen · 52

Studie: Trends in het geneesmiddelengebruik bij kinderen jonger dan 18 jaar · 58

Methode · 62

Resultaten · 63

Bespreking van de resultaten · 75

Aanbevelingen · 78

Voor u gelezen: De rol van de manager in de kwaliteit van werkhervatting · 84

Colofon

Verantwoordelijke uitgever

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

Hoofdredactie

Nicolas Rossignol

Eindredactie

Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova

Redactiecomité

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens,
Clara Noirhomme, Nicolas Rossignol, Svetlana Sholokhova,
Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest

Lay-out

Gevaert Graphics

Druk

Albe De Coker

Retouradres

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

Copyright

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