

Vechten voor gezondheid

Editio



Twaalf verschillende gynaecologen in drie jaar. Dit cijfer, dat we ontdekten voor de hoorzitting in het parlement over de situatie van vrouwen met endometriose, bleef ons lang achtervolgen. In de meest extreme gevallen die we tegenkwamen, hadden vrouwen tijdens hun zorgtraject contact met meer dan twaalf verschillende gynaecologen. We stelden ons deze vrouwen voor die, jarenlang voorovergebogen van de pijn, te vaak moesten uitleggen wat ze moesten doorstaan voor ze de juiste behandeling kregen. Deze situaties zijn eerder uitzonderlijk in aantal, maar niet in het verhaal dat ze vertellen. Onze gegevens over vrouwen die lijden aan endometriose zijn eenduidig: allen raadplegen ze in de loop van hun traject herhaaldelijk en vaak verschillende zorgverleners. Dit getuigt van de therapeutische en diagnostische omzwervingen die ze moeten maken. Velen hebben pas toegang tot zorg als hun aandoening gepaard gaat met problemen om zwanger te worden (dit betekent dat hun pijn niet als voldoende reden wordt gezien voor onderzoek, terwijl een mogelijke onvruchtbaarheid wel ernstig wordt genomen).

Toch is endometriose een echte aandoening met verwoestende gevolgen, maar vaak onzichtbaar. De ziekte treft ongeveer één op tien vrouwen en veroorzaakt chronische

pijn, onvruchtbaarheid en een aanzienlijke verslechtering van de levenskwaliteit. Ondanks de prevalentie, wordt de ziekte nog steeds miskend, laattijdig gediagnosticeerd en slecht behandeld. De pijn gaat vaak gepaard met een behandeltraject dat voor patiëntes tegelijk complex, schrijnend en ondraaglijk is. Deze therapeutische zwerftocht heeft een financiële en menselijke kost: patiëntes hebben per jaar gemiddeld 641 euro aan medische kosten. Een ander gevolg is de impact van de ziekte op de beroepsactiviteit. In vergelijking met vrouwen uit controlegroepen, hebben patiëntes met endometriose twee keer zoveel risico op arbeidsongeschiktheid, voornamelijk vanwege de pijn. Dit kan hun situatie dan ook kwetsbaar maken. Hun sociale en emotionele relaties en hun seksueel leven worden ook beïnvloed.

Onze studie, *Zorgtraject endometriose: een lange en moeizame strijd*, analyseert het traject van onze leden die lijden aan endometriose en geeft als besluit een overzicht van de vele hefboomen die geactiveerd zouden kunnen worden om de behandeling van deze aandoening te verbeteren. Ten eerste moeten we de opleiding van zorgverleners verbeteren, zodat deze beter naar patiëntes luisteren, de symptomen van endometriose beter kunnen herkennen, patiëntes kunnen doorverwijzen naar gespecialiseerde centra en een diagnose sneller gesteld kan worden. Ten tweede is het cruciaal om de toegang tot gespecialiseerde zorg te verbeteren. Te veel vrouwen hebben geen toegang tot de juiste behandeling omdat de kosten te hoog zijn. Steun voor onderzoek is eveneens essentieel voor het ontwikkelen van nieuwe therapeutische opties en, op termijn, het vinden van definitieve oplossingen voor deze ziekte.

Tot slot moeten we de stilte rond endometriose doorbreken door het brede publiek bewust te maken van de aandoening. Door openlijk over deze ziekte te praten, kunnen we het stigma verminderen en meer vrouwen in staat stellen hulp te vinden.

We vinden het belangrijk om in dit nummer te herinneren aan de realiteit van arbeidsongeschiktheid, los van de fantasieën die hier soms mee gepaard gaan. Net als bij endometriose, lijdt een persoon in arbeidsongeschiktheid aan een aandoening waardoor die, meestal tijdelijk, niet in staat is om te werken. Binnen dit statuut is het mogelijk dat iemand, onder bepaalde voorwaarden en na goedkeuring door de adviserend arts, het werk gedeeltelijk hervat. Deze mogelijkheid en de mate waarin iemand het werk kan hervatten, worden regelmatig geëvalueerd en gaan nu gepaard met een ondersteuningssysteem, namelijk de Terug Naar Werk-coördinatoren bij de ziekenfondsen. In onze studie, *Hoe ervaren CM-leden de begeleiding bij de terugkeer naar het werk?*, hebben we vastgesteld dat deze terugkeer naar werk na een periode van arbeidsongeschiktheid vaak gepaard gaat met obstakels: administratieve belemmeringen, een gebrek aan individuele ondersteuning en hardnekkige vooroordelen die wegen op diegenen die proberen te re-integreren op de arbeidsmarkt.

We moeten onze aanpak herzien om deze personen beter te ondersteunen. Het is essentieel een meer flexibel en aangepast systeem op te zetten. Dit omvat progressieve re-integratieprogramma's die werknemers in staat stellen het werk geleidelijk te hervatten, in functie van hun mogelijkheden en gezondheidstoestand. Persoonlijke opvolging door opgelei-

de professionals kan elk individu helpen om te navigeren door de unieke uitdagingen van diens werkhervatting.

Daarnaast is een betere coördinatie tussen werkgevers en zorgverleners cruciaal voor een soepele overgang. Het is ook noodzakelijk om bedrijven en middenveldorganisaties bewust te maken van het belang van een inclusieve en zorgzame werkomgeving. Dit betekent het aanmoedigen van niet-discriminerende aanwervingspraktijken, het bevorderen van redelijke aanpassingen op de werkplek en het ontwikkelen van ondersteunend beleid dat de behoeften van mensen in arbeidsongeschiktheid erkent en respecteert.

Alleen door alle belanghebbenden, betrokken bij de problematiek van arbeidsongeschiktheid samen te brengen, kunnen we de maatschappelijke oorzaken van arbeidsongeschiktheid (werkdruk, combinatie met het privéleven, combinatie met handicap of slechte gezondheid, discriminatie) echt bestrijden. Voorvallen tijdens het leven of de gezondheidstoestand, zoals we laten zien in de twee voorbeelden van endometriose en arbeidsongeschiktheid, mogen niet langer worden gezien als individuele ongelukken, maar als volksgezondheidskwesties waarvoor we oplossingen nodig hebben die zowel structureel als gepersonaliseerd zijn. Het is onze collectieve verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat elk individu, ongeacht diens aandoening, een volwaardig, bevredigend en kwaliteitsvol leven kan leiden.

Élise Derroitte
Ondervoorzitter CM-MC