

We moeten niet wachten

Editio



Op het moment dat in Frankrijk het hele voorjaar betoogd is tegen de pensioenhervorming die voorziet in de verlenging van de loopbaan met twee jaar, nu in België 43% van de werknemers die langer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn, ouder is dan 55 jaar (Vancorenland, et al, 2021), terwijl we allemaal wel iemand kennen die om gezondheidsredenen niet meer kan werken, wordt er veel gesproken over de motivatie om te werken, de individuele wil om actief te blijven of de irrationaliteit van wie de economische redenering die stelt dat we langer moeten werken, plaatst tegenover de eigen uitputting. We mogen hierbij niet vergeten dat de levensverwachting in goede gezondheid vandaag korter is dan de duur van de loopbaan (in 2020 63,6 jaar en 64 jaar voor respectievelijk mannen en vrouwen voor een loopbaan die in België vanaf 2030 tot 67 jaar zal doorlopen) (Federaal Planbureau, 2022). Erger nog, 27% van de sociaaleconomisch meest kwetsbare bevolking haalt het pensioen (67 jaar) niet omdat ze eerder overlijden (Solidaris, 2023). Toch wordt er weinig gesproken over de gezondheid van werknemers, hun behoeften, hun verzuchtingen en de problemen waarmee ze te maken krijgen als ze ouder worden. Het is alsof gezondheid vooral een kwestie van motivatie of goede wil is. Alsof we ziek worden omdat we dat willen. We mogen niet vergeten dat afwezig-

heden aan het einde van een loopbaan vooral te wijten zijn aan fysieke en mentale uitputting die leidt tot permanente arbeidsongeschiktheid, en aan kanker of ziekten van het zenuwstelsel. Wat het einde van de loopbaan betreft, krijgt men de indruk dat er twee discoursen zijn die tegenover elkaar staan: een theoretisch, gebaseerd op de berekening van de massa van de bijdragen, en een ervaringsgericht, gebaseerd op de ervaringen van het lichaam.

Het einde van een loopbaan is nochtans allesbehalve theoretisch en vereist bijzondere aandacht. Zo niet zal het aantal personen in invaliditeit verder toenemen. Waarom is dit moment zo specifiek? Naast de elementen die inherent zijn aan de opeenstapeling van vermoeidheid op het werk, is het einde van de loopbaan ook een moment waarop men geconfronteerd kan worden met het levenseinde van de ouders, met de geboorte van kleinkinderen en met andere gezondheidsproblemen die ook gevolgen hebben voor het werk. In antwoord hierop zijn aanpassingen mogelijk, maar deze zijn niet altijd effectief toegankelijk. Wij wilden nagaan wat de impact is van deze (on)toegankelijkheid op de gezondheid van de mensen, hun bereidheid om aan het werk te blijven en hun welzijn op het werk. Over dit onderwerp namen we in 2021 in een kwalitatieve studie interviews af (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Dit liet ons toe een vragenlijst op te stellen over de aanpassingsnoden van oudere werknemers.

Uit de analyses van onze studie *Hoe het welzijn verbeteren aan het einde van de loopbaan?*, komt de kwaliteit van de relaties op het werk naar voren als een belangrijke beschermende factor voor een goede gezondheid op het werk. Werkzekerheid, de steun van de leidinggevende, het

hebben van een gevarieerde, nuttige en motiverende baan en geschikte arbeidsmiddelen zijn evenzeer zaken die de gezondheid van de ondervraagde werknemers sterk beïnvloeden. Een belangrijk element is ook de dubbele kwetsbaarheid van oudere vrouwelijke werknemers, die waarschijnlijk zowel op het werk als daarbuiten moeilijkheden ondervinden. In hun geval zorgen de aanpassingen zeker voor een verbetering van hun welzijn op het werk, maar niet van hun algemene gezondheid. Ten slotte is het belangrijk te erkennen dat werknemers, zelfs bij kantoorwerk, geen abstracte subjecten zijn waarvan alleen de intellectuele vaardigheden worden benut. Het gebruik van hun lichaam op het werk maakt integraal deel uit van de vermoeidheid die zij gedurende hun hele leven opstapelen. Aanpassingen voor mensen met endometriose of adenomyose, in de menopauze of andropauze kunnen hun comfort op het werk aanzienlijk verbeteren.

Bij de moeilijkheden die gepaard gaan met het einde van een loopbaan, is de begeleiding van het levenseinde van een naaste een moment waarop problemen zich scherper kunnen manifesteren. Niet alleen kan rouw een trigger zijn voor geestelijke gezondheidsproblemen, maar vaak zorgt het levenseinde ook voor het opflakkeren van onopgeloste conflicten in de familie. Deze kunnen gaan over zorgaanlegenheden, respect voor de wensen van de overledene en de erfenis. Deze gebeurtenissen rond het levenseinde komen vaker voor dan men zou denken (een prevalentie van bijna 22%). En onze studie getuigt van de reële wens van wie hiermee geconfronteerd werd om hun ervaringen en behoeften tijdens deze pijnlijke momenten met ons te delen. Er bestaan een aantal regelingen die families in dergelijke situaties kunnen ondersteunen, zoals toegang tot

bemiddeling, tot thematisch verlof of advies van de huisarts. Anticiperen op moeilijke discussies vóór het levenseinde van een persoon is eveneens sterk aan te bevelen en kan leiden tot een reële verbetering van de kwaliteit van het levenseinde voor zowel de persoon als diens naasten. In het algemeen is positieve communicatie tussen familieleden aan het einde van het leven een van de factoren die kunnen bijdragen tot een sereen afscheid. En eigenlijk is het gedurende het hele leven belangrijk dat familieleden op een open en constructieve manier met elkaar praten en goede en slechte ervaringen met elkaar delen. Dit is zo belangrijk dat onze premier Alexander De Croo dit met zijn moeder deed in het VRT-programma *‘Waarom wachten’*. Ook hier moet er extra aandacht zijn voor vrouwen. Zij lopen immers meer risico langdurig de gevolgen te ondervinden van deze conflicten, die mogelijk een weerslag kunnen hebben op hun geestelijke gezondheid, omdat zij vaker belast zijn met de menselijke kant van levenseindebegeleiding, zoals therapeutische keuzes, ondersteuning van de patiënt en bemiddeling met andere familieleden. Dit zorgt over het algemeen voor grotere mentale belasting. Het artikel, *Familiale conflicten: een belangrijk aandachtspunt in levenseindezorg*, laat ons toe om de verschillende elementen, die we haalden uit de getuigenissen van de kwalitatieve studie over hetzelfde thema en waarover we al publiceerden in 2022 (Morel & Verniest, 2022), te bevestigen en te verdiepen.

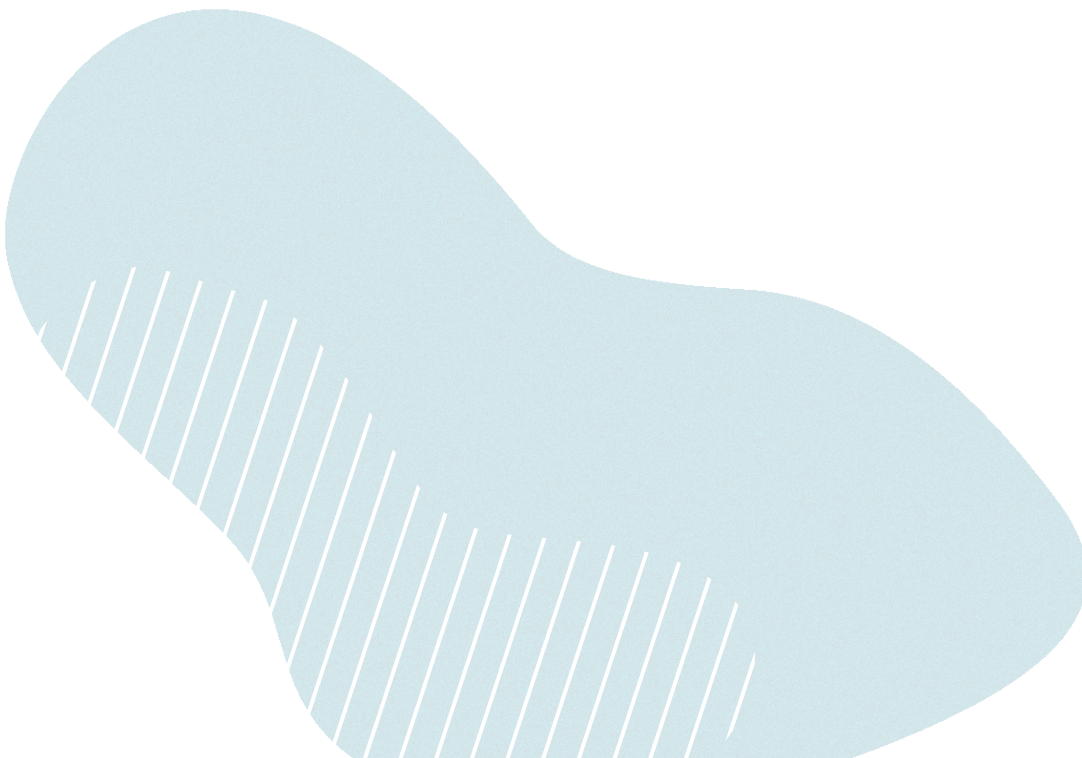
We sluiten dit nummer af met een analyse, uitgevoerd binnen het InterMutualistisch Agentschap (IMA), van de evaluatie van de conventie die bij borstreconstructie de tariefzekerheid voor patiënten wil garanderen. België is helaas een uitzondering wat betreft de prevalentie van

borstkanker. Want 188 vrouwen per 100.000 worden erdoor getroffen en dit is wereldwijd het hoogste aantal (Ferlay, et al., 2018). In het moeilijke traject na het verwijderen van één of beide borsten, speelt borstreconstructie soms een cruciale rol voor de genezing. In onze studie *Evaluatie van de conventie borstreconstructie*, kijken we of de tarieven voorzien in de conventie worden nageleefd. Bepaalde parameters van het ziekenhuisverblijf worden onderzocht, evenals de kosten voor de patiënt, met bijzondere aandacht voor de aangerekende honorariumsupplementen, aangezien de conventie vooral tot doel heeft de patiënten beter te beschermen tegen de torenhoge supplementen die in het verleden golden. Dankzij deze analyse kunnen wij onze rol spelen als verdediger van de patiënten en er-

voor zorgen dat de mechanismen die hen tegen onbetaalbare kosten beschermen, worden toegepast en nageleefd.

In dit nummer dringen wij erop aan niet te wachten: niet te wachten als werkgever om met je personeel in gesprek te gaan over het einde van hun loopbaan en hun intenties, niet te wachten om met je naasten te praten over hun wensen voor het levenseinde, niet te wachten om voor een behandeling verschillende ziekenhuizen te vergelijken om zo beter beschermd te zijn tegen ondoordachte kosten bij een ingreep die essentieel is voor de gezondheid.

Élise Derroitte
Directie Studiedienst



Bibliografie

Federaal Planbureau. (2022). *Levensverwachting in goede gezondheid*. Opgehaald van https://www.indicators.be/nl/i/G03_HLY/nl

Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Dyba, T., Randi, G., Bettio, M., ... Bray, F. (2018). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European journal of cancer*, 103, 356-387.

Henry, H., Morissens, A., & Streel, C. (2022). Ervaringen en behoeften van werknemers aan het einde van hun loopbaan. *Gezondheid & Samenleving*, 1, 6-37.

Morel, M., & Verniest, R. (2022). familiale conflicten rondom het einde van het leven: nood aan ondersteuning. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 68-81.

Solidaris (2023). *Inégalités sociales de santé et relèvement de l'âge de la pension*. Bruxelles: Service Études et Politiques de Santé du Solidaris.

Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., Lambert, L., & Michiels, P. (2021, juni). Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid. *CM-Informatie*, 284, pp. 4-55.