

CM-Informatie

Analyses en standpunten

Driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

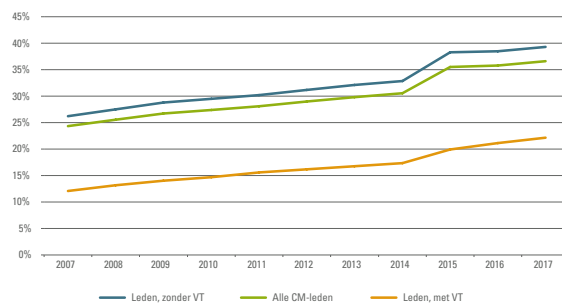
276

juni 2019

Impact van financiële incentives op tandzorg

Een CM-studie analyseert de effecten, internationale ervaringen en aanbevelingen van negatieve stimuli op de frequentie van het tandartsbezoek. Zoals te verwachten is er nauwelijks een gedragsverandering.

Figuur 4: deel van de CM-leden dat terugbetaling ontving voor een verstrekking van preventieve tandzorg in de loop van één jaar (2007-2017), volgens het VT-statuut.



Luchtconsulenten

De vervuiling van het binnenhuisklimaat heeft globaal gesproken een grotere negatieve impact op de gezondheid dan de buitenhuisvervuiling. Gevormde vrijwilligers van beweging.net legden huisbezoeken af en gingen na welke structurele en gedragsmatige factoren mogelijks een negatief effect hebben op het binnenhuisklimaat en welke oplossingen er geboden kunnen worden. Het project toont goede resultaten met een verbetering van de situatie in vele gevallen.

Actie patiëntenrechten 2019

Een vertrouwenspersoon meenemen op consultatie blijkt een positief effect te hebben op de patiënt en zijn of haar opvolging van de behandeling.

“Toen de diagnose schildklier kanker was gesteld vroeg mijn vader mij om elk doktersbezoek bij te wonen. Hij verstond niet alles en was er ook niet met zijn gedachten bij. Ik moest dus na het doktersbezoek alles stap voor stap uitleggen wat de dokter gezegd had en welke behandeling zou volgen. Dit was voor mijn vader ook een geruststelling dat alles vlot zou verlopen en hij zich kon concentreren op zijn genezing.”

Tabel 3: situatie twee jaar na de incidentiedatum

	%	N
Spontane hervatting, hervatting op besluit van de adviserend geneesheer, gedeeltelijke hervatting	67,4%	3.864
<i>Hervatting op besluit van de adviserend geneesheer</i>	1,5%	66
<i>Gedeeltelijke hervatting</i>	14,0%	800
<i>Spontane hervatting</i>	52,3%	2.998
Arbeidsongeschiktheid/invaliditeit	26,1%	1.495
Overlijden	2,1%	123
Pensioen	2,1%	122
Andere verzekeringsinstelling, opschorting of andere	2,3%	132
Totaal =	100%	5.736

Borstkanker en arbeidsongeschiktheid

Van de 76% van de vrouwen, die rond het moment van de vaststelling van borstkanker arbeidsongeschikt werden, heeft 67% de arbeidsongeschiktheid deels of volledig beëindigd.



CM. Hoe gaat het met u?

Een goede ziekteverzekering voor tandzorg is in vele landen een pijnpunt. Nochtans zijn tandproblemen medisch erg belangrijk en kunnen ze ook andere lichamelijke en psychische problemen veroorzaken. De oorzaken van tandziekten zijn vaak gerelateerd aan andere oorzaken van ziekten zoals een slechte hygiëne, rookverslaving, alcoholverslaving, slechte voeding, ... die vaak socio-economisch gedetermineerd zijn. Tandzorg en het beleid ter zake moeten dus binnen de globale gezondheidszorg aangepakt worden en mogen niet losgeweekt worden van het vergoedingspakket. Momenteel is er echter een hoge eigen bijdrage die bijvoorbeeld voor het vervangen van één tand kan oplopen tot 1.500 euro. Het goede maar moeilijke nieuws is dat door een goede mond- en tandhygiëne en de opvolging hiervan heel wat problemen preventief vermeden kunnen worden. Dit vertaalt zich onder andere in de noodzaak van een jaarlijks preventief tandartsconsult. Om dit aan te moedigen werd een mondzorgtraject ingevoerd vanaf 2017. Eén maatregel daarvan is dat indien je het jaar voordien niet naar de tandarts geweest bent, je het daaropvolgende jaar voor bepaalde prestaties een hoger remgeld betaalt. Een CM-studie analyseert de effecten, internationale ervaringen en aanbevelingen van dergelijke negatieve stimuli op de frequentie van het tandartsbezoek. Ze bekijkt in concreto de eerste resultaten ervan voor preventieve tandzorg. Zoals te verwachten is er nauwelijks een gedragsverandering. Bovendien is dit een individuele afstraffing, vaak bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, terwijl de oorzaken veelal socio-economisch, cultureel of in de organisatie van de zorg liggen.

Meer positieve resultaten behalen we in een meting van het effect van het project 'luchtconsulenten' in de aanpak van binnenhuisvervuiling. Die vervuiling heeft globaal gesproken een grotere negatieve impact op de gezondheid dan de buitenhuisvervuiling. Gevormde vrijwilligers van beweging.net legden huisbezoeken af en gingen aan de hand van een checklist na welke structurele en gedragsmatige factoren mogelijks een negatief effect hebben op het binnenhuisklimaat en welke oplossingen er geboden kunnen worden. Een opvolging na 6 maand en na 1 jaar toont goede resultaten met een verbetering van de situatie in vele gevallen.

Een ander voorbeeld van ondersteuning op maat werd bestudeerd naar aanleiding van de CM-actie patiëntenrechten 2019. De ervaringen van patiënten met het meenemen van een vertrouwenspersoon naar een consultatie bij de arts, zijn zeer positief. Een vertrouwenspersoon – veelal ingezet bij complexe of ernstige chronische ziekten – kan er voor zorgen dat alle informatie correct begrepen wordt en kan zorgen voor de nodige steun. Bevroagde zorgverleners onderstrepen wel dat de patiënt de centrale figuur moet blijven. Wanneer het aanstellen van een vertegenwoordiger nodig is, leren we dat een tijdige goede afstemming belangrijk is opdat de wensen van de patiënt maximaal vertaald worden door de vertegenwoordiger.

Ten slotte stellen we jullie een innovatieve studie voor over borstkanker en arbeidsongeschiktheid. Data van onze databanken gezondheidszorgen koppelden we hiervoor met data van de sector uitkeringen om zo na te gaan hoe een mogelijke arbeidshervatting verloopt bij vrouwen met borstkanker. Verschillende determinanten zoals het stadium van de kanker, de leeftijd, het soort behandeling maar ook het werknemers- of zelfstandigenstatuut, spelen een rol. Het goede nieuws is dat twee derde van de vrouwen na 2 jaar volledig of deeltijds het werk hernemen. Aan een kwart van de vrouwen dienen zelfs geen uitkeringen uitbetaald te worden. Door de vooruitgang van de geneeskunde betekent kanker gelukkig niet meer automatisch het einde van een professionele loopbaan.

Michiel Callens

Directeur Studiedienst

Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld

Gauthier Vandeleene en Louise Lambert, Studiedienst
Met hulp van Giulia Camilotti en Hervé Avalosse, Studiedienst

Samenvatting

De organisatie van tandzorg kent een voortdurende evolutie. Vandaag wordt tandzorg nog relatief weinig terugbetaald door de verplichte verzekering en slechts 50% van de CM-leden gaat jaarlijks naar de tandarts, ook al stijgt dit aantal voortdurend. Opeenvolgende regeringen hebben hierop gereageerd door de dekking van de zorg te verhogen in de verplichte verzekering en patiënten af te straffen met negatieve financiële incentives. Het mondzorgtraject is het meest recente voorbeeld van dit soort incentive. Dit bestaat uit een vermindering van de terugbetaling als er geen preventieve zorgen werden toegediend in het voorafgaande jaar. Dit artikel stelt de financiële incentives als niet te overschrijden horizon van het gezondheidsbeleid, in vraag. Wij tonen aan dat negatieve financiële incentives zoals het mondzorgtraject weinig efficiënt, niet heel eerlijk en eigenlijk onaanvaardbaar zijn. Het is van belang om de preventie en de mondhygiëne in het algemeen te verhogen. Hiertoe moet een beleid gevoerd worden dat een combinatie is van een verbeterde betaalbaarheid en van preventie en hulpmiddelen die de culturele, sociale en taalkundige drempels verlagen. Deze laatste zijn immers factoren die de toegang tot de gezondheidszorg belemmeren.

Sleutelwoorden: tandarts, preventie, terugbetaling, incentives, beleid

1. Het belang van tandzorg in het algemeen

In dit artikel geven we een overzicht van het beleid ter bevordering van tandzorg in België en analyseren we de impact daarvan op het gebruik van deze tandzorg. In het eerste deel geven we aan waarom mondhygiëne en tandzorg belangrijk zijn voor de algemene gezondheid. Vervolgens beschrijven we in grote lijnen het overheidsbeleid ter bevordering van tandzorg. Daarna staan we even stil bij de manier waarop de overheden de Belgen aansporen om naar de tandarts te gaan en evalueren we, in theorie, de voor- en nadelen van dit beleid. Vervolgens geven we de statistieken van de CM-leden over het jaarlijks bezoek aan de tandarts. We vergelijken eveneens de Belgische cijfers in het algemeen met deze in het buitenland. Tot slot geven we enkele mogelijke oplossingen voor het overheidsbeleid, andere dan financiële incentives, die de preventie van mondziekten in België kunnen verhogen.

In het algemeen beschouwen we tandzorg veel te vaak als een afgescheiden domein van de rest van de gezondheid. Nochtans

heeft "tandzorg", zoals vermeld in de literatuur¹, een aanzienlijke invloed op de gezondheid in het algemeen ("general health"), als oorzaak van hoofdpijn, verandering van eetgewoonten, verandering van de manier waarop we spreken en hoe we in de maatschappij worden gezien. Tandzorg heeft dus een impact op het welzijn en de levenskwaliteit². Daar waar tandzorg in het algemeen slechts 10% van de gezondheidstoestand van een bevolking verklaart, verklaart het gebrek aan toegang tot tandzorg 60% van het verschil in mond- of tandgezondheid³.

Als tandzorg niet toegankelijk is, dan kan dit fysieke en psychische problemen veroorzaken bij de personen die er geen beroep op kunnen doen. Bijvoorbeeld: cariës heeft een grote invloed op kinderen: ze voelen zich verminkt, oncomfortabel, wat een impact heeft op de manier waarop ze eten en slapen. Dit verhoogt het risico op een opname in het ziekenhuis (en dus de kost van gezondheidszorg), wat dan weer leidt tot afwezigheid op school en bijgevolg ook een vermindering van hun leervermogen⁴. Volgens een studie uit de Verenigde Staten

1 Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and the quality of life. *Measuring oral health and quality of life*, 11, 24.

2 Als inleiding (waarop dit deel sterk gebaseerd is), zie Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 644. Beschikbaar op <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial30905html/en/>

Pour aller plus loin, Peterson, P. E. (2003). The world oral health report. *World Health Organization*. Beschikbaar op https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf

3 Breder definitie op de site van de WGO: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>; McGinnis, J. M., Williams-Russo, P., & Knickman, J. R. (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health affairs*, 21(2), 78-93.

4 Edelstein, B. L., & Chinn, C. H. (2009). Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. *Academic pediatrics*, 9(6), 415-419.

wegen kinderen van 3 jaar met cariës gemiddeld 1 kg minder dan de andere⁵. In de Verenigde Staten zijn tandproblemen of bezoeken aan de tandarts verantwoordelijk voor 117.000 gemiste schooluren voor 100.000 kinderen⁶.

De bepalende factoren van tandziekten zijn welbekend⁷, onder andere: slechte mondhygiëne, roken, alcohol en risicogedrag dat verwondingen en stress kan veroorzaken. "Moderne" chronische ziekten zoals obesitas hebben ook gevolgen voor de mondhygiëne. Tandgezondheid wordt immers sterk beïnvloed door onze dagelijkse voeding, omdat de voedingsmiddelen die verantwoordelijk zijn voor een grote gewichtstoename over het algemeen ook deze zijn die tandproblemen veroorzaken, zoals cariës bijvoorbeeld⁸.

De behandeling van tandproblemen is soms heel duur omdat bepaalde prestaties tandzorg (ook in België) niet worden terugbetaald, in tegenstelling tot wat meestal wordt toegepast in de algemene geneeskunde. Bijvoorbeeld: een enquête van CM heeft aangetoond dat een orthodontische behandeling bij volwassenen ongeveer 1.500 euro kost. Voor een implantaat (dat de natuurlijke wortel van de tand vervangt) is de kostprijs 800 euro, waarbij de extra kost van 550 euro voor een kroon nog moet worden bijgeteld. In het totaal komt dit dus op 1.350 euro voor het vervangen van een volledige tand. Deze ingrepen worden niet terugbetaald door de verplichte verzekering en moeten dus door de patiënt worden betaald⁹.

2. Overheidsbeleid ter bevordering van tandzorg

Volgens de literatuur, heeft het overheidsbeleid (in het algemeen) een eerder slechte aanpak om mensen aan te

sporen om naar de tandarts te gaan en de preventieve zorg te bevorderen. Zoals in een artikel werd vermeld, "de *conventionele gezondheidsopvoeding is niet effectief noch efficiënt op het vlak van mondhygiëne. De programma's voor mondhygiëne worden gescheiden van andere gezondheidsprogramma's opgesteld. Dit leidt in het beste geval vaak tot een verdubbeling van de inspanning en in het slechtste geval tot tegenstrijdige boodschappen naar het publiek toe. Bovendien hebben de programma's voor mondhygiëne de neiging om zich te focussen op het individuele gedrag en negeren zij bijna volledig de invloed van sociaal-politieke factoren als belangrijke bepalende factoren op de gezondheid.*"¹⁰

De toegang tot tandzorg voor de arme bevolkingsgroepen is een belangrijke uitdaging. Het blijkt namelijk dat het gebrek aan toegang tot tandzorg samenhangt met de sociaal-economische situatie: in Zweden is de kans dat een persoon met een hoge nadelige sociaal-economische index beroep doet op tandzorg 7 tot 9 keer lager, waarbij ook rekening wordt gehouden met andere factoren zoals opleiding en het feit van alleen te wonen¹¹. Daarbij toont een studie uit de Verenigde Staten aan dat kinderen uit kansarme gezinnen minder goede tandzorg krijgen en een minder goede mondhygiëne hebben, en dit tot aan het begin van de volwassen leeftijd¹². Als gevolg daarvan "weegt de last van mond- en tandoandoeningen vooral door bij de arme en minder begoede bevolking [...] in ontwikkelde landen".¹³

Zelfs in landen met een performant gezondheidsbeleid zoals Zweden, blijft de ongelijkheid op het vlak van toegang tot tandzorg voortduren tussen de inkomensgroepen¹⁴ en bij de etnische minderheden.¹⁵ Deze personen zullen in de toekomst geconfronteerd worden met curatieve zorgen, die mogelijk duur en inefficiënt kunnen zijn¹⁶. In de Verenigde Staten kost het minder (voor de patiënt en de gemeenschap) om elk jaar preventief naar de tandarts te gaan dan geconfronteerd te

- 5 Acs, G., Lodolini, G., Kaminsky, S., & Cisneros, G. J. (1992). Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatric dentistry*, 14(5), 303.
- 6 Gift, H. C., Reisine, S. T., & Larach, D. C. (1992). The social impact of dental problems and visits. *American journal of public health*, 82(12), 1663-1668; Jackson, S. L., Vann Jr, W. F., Kotch, J. B., Pahel, B. T., & Lee, J. Y. (2011). Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *American journal of public health*, 101(10), 1900-1906.
- 7 Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology: Commentary*, 28(6), 399-406.
- 8 Zie Willershausen, B., Haas, G., Krummenauer, F., & Hohenfellner, K. (2004). Relationship between high weight and caries frequency in German elementary school children. *European journal of medical research*, 9, 400-404 et plus généralement, Inglehart, M. R., & Bagramian, R. (Eds.). (2002). Oral health-related quality of life. Quintessence Pub.
- 9 Christelijke Mutualiteit (2014). https://www.cm.be/media/studienota-enquete-tandzorg_tcm47-18359.pdf
- 10 Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology: Commentary*, 28(6), 399-406.
- 11 Wamala, S., Merlo, J., & Boström, G. (2006). Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(12), 1027-1033.
- 12 Edelstein, B. L., & Chinn, C. H. (2009). Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. *Academic pediatrics*, 9(6), 415-419.
- 13 Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 661-669.
- 14 Hjern, A., Grindefjord, M., Sundberg, H., & Rosén, M. (2001). Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community dentistry and oral epidemiology*, 29(3), 167-174.
- 15 Hjern, A., & Grindefjord, M. (2000). Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethnicity and health*, 5(1), 23-32.
- 16 Davis, E. E., Deinard, A. S., & Maïga, E. W. (2010). Doctor, my tooth hurts: the costs of incomplete dental care in the emergency room. *Journal of public health dentistry*, 70(3), 205-210.

worden met curatieve zorgen als de tandproblemen al redelijk gevorderd zijn.¹⁷

Een ander belangrijk probleem is de veroudering van de bevolking, omdat oudere mensen vooral tandzorg nodig hebben. En tenslotte, gezien de impact van de mondhygiëne op de mondgezondheid en de gezondheid van de bevolking en, gezien de uitdagingen met betrekking tot de toegang tot tandzorg en de veroudering van de bevolking, willen we het Belgische beleid op vlak van mondhygiëne analyseren ten aanzien van deze problemen. In de eerste plaats gaat onze interesse uit naar het beleid dat betrekking heeft op jongeren van minder dan 18 jaar. Vervolgens gaan we verder met het mondzorgtraject dat in 2016 werd geïntroduceerd.

2.1. Tandzorgbeleid in België: preventie en toegang tot de zorg voor kinderen

Zoals voor de gezondheidszorg in het algemeen is de terugbetaling van tandzorg veel veranderd sinds het begin van de jaren 2000. Het is niet de bedoeling in dit artikel om een lijst weer te geven van alle maatregelen die daarvoor werden getroffen. Daarover heeft het Rekenhof een uitgebreid rapport gepubliceerd¹⁸. In dit hoofdstuk gaat onze interesse uit naar de veranderingen wat betreft de preventie en de toegang tot tandzorg voor kinderen.

Er werden verschillende maatregelen genomen met betrekking tot tandzorg voor kinderen. De meest opvallende vooruitgang op vlak van preventie was de invoer van de volledige terugbetaling van het honorarium voor preventieve zorgen bij geconventioneerde zorgverleners, een maatregel die in 2008 werd gestemd en in 2009 werd ingevoerd.¹⁹ De patiënt betaalt eerst de zorg (door de totale kost aan de zorgverlener te betalen) en wordt vervolgens 100% terugbetaald. De derdebetalersregeling kan ook worden aangevraagd.

Een tweede maatregel betreft het verwijderen van tandsteen dat sedert 2008 beter wordt terugbetaald.

Ten derde werden verschillende maatregelen genomen voor de curatieve zorgen²⁰:

- *In 2005 werd de terugbetaling van tandextracties toegestaan voor kinderen tot veertien jaar.*
- *In 2009 werd de terugbetaling van het vervaardigen van kronen toegestaan voor de reconstructie van de eerste kiezen.*

- *In 2011 werd de terugbetaling goedgekeurd voor driedimensionale röntgenfoto's bij kinderen met een gespleten lip.*
- *Tot slot werd in 2013 de terugbetaling goedgekeurd voor een nieuwe behandeling van snij- en hoektanden die door een schok werden beschadigd.*

Orthodontie daarentegen wordt nog steeds relatief weinig terugbetaald, maar er werden toch drie maatregelen getroffen binnen dit domein²¹.

- *In 2006 werd de leeftijdsgrens voor orthodontische behandelingen opgetrokken van veertien naar vijftien jaar en werd de terugbetaling van de cefalometrische analyse die in dit kader wordt uitgevoerd, goedgekeurd voor terugbetaling.*
- *In 2008 werd beslist om een forfaitair bedrag van 400 euro toe te kennen voor eerste lijn orthodontische behandelingen. Het betreft een behandeling die wordt uitgevoerd bij kinderen van jonger dan negen jaar, voordat de normale orthodontische behandeling wordt gestart.*

België heeft de laatste jaren dus een belangrijke vooruitgang geboekt voor de preventie en toegang tot tandzorg voor kinderen. Enkele zijn nog niet van toepassing, ondanks een beloftevolle vooruitgang, zoals de terugbetaling van de zorg bij een mondhygiënist. Het is opmerkelijk dat het ingevoerde beleid beperkt blijft tot financiële incentives. Op het vlak van preventie willen we echter graag een beleid zien dat de gezinnen die niet naar de tandarts gaan, meer actief sensibiliseert en informeert, alsook de introductie van regelingen die de toegang tot tandzorg vereenvoudigen (bijvoorbeeld georganiseerd door de school).

2.2. Tandzorgbeleid in België: invoering van het mondzorgtraject

Een belangrijke maatregel van de afgelopen jaren is de invoering van het mondzorgtraject in 2016. Deze maatregel heeft uitsluitend betrekking op het artikel 5 van de nomenclatuur en op patiënten van 18 jaar en ouder. Vanaf 1 juli 2016 voor niet-VT-patiënten (= Verhoogde Tegemoetkoming) en vanaf 1 januari 2017 voor VT-patiënten, hangt het bedrag van het persoonlijke aandeel af van de tandzorg die in het vorige jaar werd uitgevoerd. Het principe is eenvoudig: het is een negatieve incentive, als de patiënt niet bij de tandarts is geweest in het vorige kalenderjaar dan wordt hij het jaar daarop minder terugbetaald voor alle verstrekkingen voorzien in artikel 5:

17 Moeller, J. F., Chen, H., & Manski, R. J. (2010). Investing in preventive dental care for the Medicare population: a preliminary analysis. *American journal of public health*, 100(11), 2262-2269.

18 Volledige lijst van getroffen maatregelen tussen 2003 en 2014: Rekenkamer (2016). *Remboursement des soins dentaires - Pour une gestion publique plus performante*. Beschikbaar op https://www.ccrek.be/docs/2016_16_RemboursementSoinsDentaires.pdf

19 Koninklijk besluit van 26 mei 2008 tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, artikels 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

20 *Ibidem*, p.36.

21 *Ibidem*.

- Conserverende verzorging
- Extracties
- Röntgenfoto's (**uitgezonderd** voor VT-patiënten)
- Tandprothesen
- Orale implantaten
- Bijkomende honoraria voor noodgevallen.

In het geval de patiënt in het voorgaande jaar niet bij de tandarts is geweest, worden de bedragen van het persoonlijk aandeel voor niet-VT-patiënten op de volgende manier verhoogd:

- Ze worden verdubbeld voor de conserverende zorgen, extracties, behandelingen op tandprothesen en bijkomende honoraria voor noodgevallen.
- Ze worden vermenigvuldigd met 1,5 voor röntgenfoto's, hechtingstechnieken, dammen en hechtingen van wonden.
- Ze worden verhoogd met 40 euro voor het plaatsen van prothesen en orale implantaten.

Als er geen mondzorgtraject was in het vorige jaar, dan worden de nieuwe bedragen van het persoonlijk aandeel voor VT-patiënten verhoogd **met één euro**. In het geval van het zetten van tandprothesen, orale implantaten en het forfaitair bedrag voor noodgevallen, worden deze verhoogd met **twee euro**. De veranderingen zijn dus minimaal voor VT-patiënten. We kunnen dus verwachten dat het gedrag van deze categorie patiënten weinig verandert.

In het volgende hoofdstuk analyseren we de voor- en nadelen van negatieve financiële incentives.

3. Financiële incentives en de componenten van een goed gezondheidsbeleid

Over de afgelopen jaren werden dus twee soorten maatregelen getroffen binnen het tandzorgbeleid: (i) verhoogde terugbetaling voor bepaalde zorgen en bepaalde bevolkingsgroepen, (ii) invoer van sancties als geen beroep werd gedaan op de zorgen in het vorige kalenderjaar. Het zijn dus financiële incentives gericht op de patiënt, met een positieve incentive voor de eerste maatregelen en een negatieve voor de tweede²². Een

incentive is *een (financiële of niet-financiële) factor die een bepaald actieplan bevordert, zodat één keuze de voorkeur krijgt boven andere*.²³ Het gaat dus over een externe bron van motivatie: "als ik niet naar de tandarts ga, dan krijg ik X% minder terugbetaald, dus is het beter dat ik ga". Binnen de gezondheidszorg kunnen financiële incentives worden vertaald door een verandering in het bedrag of in de betalingsmethode als gevolg van een bezoek aan een zorgverlener.

Bij positieve financiële incentives (een bepaald gedrag wordt financieel gecompenseerd), spreken we vaak van "Conditional Cash Transfers"²⁴ die werden ingevoerd in veel ontwikkelingslanden om de verspreiding van bepaalde ziekten te voorkomen. In de meeste gevallen is deze aanpak juist gebleken.²⁵ Bovendien hebben deze incentives een belangrijke impact op de minder begoeede personen die een kleine extra hulp waarderen.²⁶

Maar wat dan met de negatieve incentives? Is het efficiënt om mensen die niet naar de tandarts gaan af te straffen? Geeft straffen een beter resultaat dan aanmoedigen?

Om op deze vragen te antwoorden is het eerst en vooral belangrijk om te benadrukken dat negatieve incentives, zoals het mondzorgtraject, toegespitst zijn op de patiënt en hem als enige verantwoordelijk stellen voor zijn "slechte" gedrag (in dit geval, niet regelmatig naar de tandarts gaan). Het niet-respecteren van medische aanbevelingen kan echter niet uitsluitend aan de patiënt worden toegewezen. Dit kan evenzeer het gevolg zijn van slechte communicatie tussen de patiënt en de zorgverlener, te ingewikkelde informatie, ongewenste neveneffecten van bepaalde geneesmiddelen, te hoge kosten ten laste van de gebruiker, een complexe organisatie van de zorg of een culturele barrière (taalkundige, culturele et sociale verschillen)²⁷.

Wat betreft gezondheidsgelettertheid - dit is de vaardigheid van individuen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te evalueren en te gebruiken om beoordelingen te vormen en besluiten te nemen op het gebied van gezondheid, ziektepreventie en gezondheidsbevordering - herinnert de WGO ons eraan dat een lage geletterdheid niet enkel de verantwoordelijkheid is van individuen maar ook van de besluitvormers, de professionele zorgverleners en andere

22 Hier spreekt men van incentives voor patiënten en niet voor zorgverleners. Wat betreft incentives voor zorgverleners, daarover is de literatuur verdeeld en zijn er weinig/geen duidelijke tekenen dat de effecten op de patiënt positief zijn. Zie Flodgren, G., Eccles, M. P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E., & Beyer, F. R. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD009255.

23 Flodgren, G., Eccles, M. P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E., & Beyer, F. R. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD009255.

24 Lagarde, M., Powell-Jackson, T., & Blaauw, D. (2010). Managing incentives for health providers and patients in the move towards universal coverage. 'Global Symposium on Health Systems Research' 16-19 November 2010. Montreux, Switzerland.

25 Gaarder, M. M., Glassman, A., & Todd, J. E. (2010). Conditional cash transfers and health: unpacking the causal chain. *Journal of development effectiveness*, 2(1), 6-50.

26 Bradley, C. J., & Neumark, D. (2017). Small Cash Incentives Can Encourage Primary Care Visits By Low-Income People With New Health Care Coverage. *Health Affairs*, 36(8), 1376-1384.

27 Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.

betrokkenen en plaatsen (zoals de school, de werkplaats, de massamedia, het systeem voor gezondheidszorg, etc.).²⁸ We moeten dus oppassen om individuele verantwoordelijkheid niet te verwarren met collectieve problemen. Door de nadruk te leggen op de verantwoordelijkheid van de patiënt, die aan de basis zou liggen van een gedrag dat de gezondheid niet ten goede komt, bestaat het risico dat andere sociale, economische, culturele en omgevingsfactoren voor de gezondheid over het hoofd worden gezien.²⁹ Het lijkt dan ook onrechtvaardig om de patiënt te bestraffen door hem als enige verantwoordelijke te beschouwen voor zijn "slechte" gedrag zonder rekening te houden met andere factoren die niet van hem afhangen.

Bovendien zijn financiële incentives gebaseerd op de economische theorie van een rationele keuze. "Deze theorie kent aan de betrokkenen een rationeel gedrag toe dat - omwille van een aantal voorkeuren - steeds streeft naar het grootste profijt voor het minste kwaad"³⁰. De financiële incentives steunen dus op de hypothese van perfecte rationaliteit, waarbij individuen hun persoonlijk profijt maximaliseren en onmiddellijk reageren op veranderingen van incentives. Deze theorie is echter zeer omstreden binnen de economie. Volgens Herbert Simon hebben individuen een beperkte rationaliteit wat betreft hun cognitief vermogen en de beschikbare informatie. In bepaalde gevallen hebben individuen niet alle informatie; in andere gevallen zijn de keuzes te complex en zoeken ze een redelijke oplossing in een situatie van onzekerheid³¹. Het risico bestaat dus dat individuen hun gedrag niet op een rationele manier aanpassen als gevolg van de invoering van een financiële incentive. In het geval van tandzorg, waarbij een lange tijd verloopt tussen de handelingen van vandaag (naar de tandarts gaan) en de gevolgen daarvan (belangrijke financiële kosten ontwijken enkele jaren later), is het moeilijk om een rationele beslissing te nemen.

Ten derde wordt in de literatuur aangetoond dat het bestraffen van problematisch gedrag het gevoel van persoonlijke fout versterkt en dus de toegang beperkt.³² In een studie van 1994

over gewichtsverlies, werd door de onderzoekers aangetoond dat personen die een beloning krijgen als ze de bevelen respecteren, langer in het programma blijven dan degenen die bestraft worden als ze deze niet respecteren.³³ Een studie over het gebruik van cocaïne kwam tot dezelfde conclusies.³⁴

Ten vierde betekenen negatieve financiële incentives een kost voor de deelnemers die het aangemoedigde gedrag niet respecteren, wat in het geval van gezondheidszorg de toegang tot de zorg kan verlagen voor dat publiek. Laten we het voorbeeld nemen van het mondzorgtraject: een persoon die niet de gewoonte heeft om een tandarts te raadplegen, kan nog langer de behandeling van zijn tandproblemen uitstellen als gevolg van de invoering van het mondzorgtraject, omdat de consultaties nog duurder zullen zijn.

De vier argumenten die hierboven werden uitgewerkt tonen dus aan dat negatieve incentives, in theorie, geen goed instrument zijn om een efficiënt en rechtvaardig beleid tot stand te brengen. Meer algemeen legt de literatuur de klemtoon op bepaalde criteria die toelaten dat een (positieve of negatieve) incentive beter werkt. Voor een meer beduidend effect zouden incentives aan de volgende criteria moeten voldoen:

1. De betaling moet voldoende hoog zijn³⁵
2. De informatie aan de patiënt en aan de zorgverlener moet duidelijk zijn.
3. De betaling moet snel gebeuren³⁶
4. De doelgroep moet duidelijk worden gedefinieerd (als dit niet het geval is, dan zullen enkel de personen die het juiste gedrag vertoonden voor het begin van het programma ervan kunnen genieten³⁷)
5. De sociale omgeving van het individu moet ook worden beïnvloed, wat wil zeggen dat de persoon moet worden geholpen door een sociaal netwerk, dat het goede gedrag waardeert of het slechte afkeurt³⁸.

Bepaalde studies tonen ook aan dat incentives betere resultaten geven wanneer zij samen worden voorgesteld aan een groep

28 WHO (2013). Health literacy. The solid facts. Editors: Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros

29 Ibidem

30 Meadwell, H. (2002). La théorie du choix rationnel et ses critiques. *Sociologie et sociétés*, 34(1), 117-124.

31 Simon, H. A. (1957). Models of man; social and rational. *Mathematical Essays on Rational Behavior in a Social Setting*. Wiley.

32 Jochelson, K. (2007). Paying the patient: improving health using financial incentives. London: King's Fund, 22. Beschikbaar op: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/paying-the-patient-kicking-bad-habits-supporting-paper-karen-jochelson.pdf

33 Mavis, B. E., & Stöffelmayr, B. E. (1994). Multidimensional evaluation of monetary incentive strategies for weight control. *The Psychological Record*, 44(2), 239-252.

34 Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Lamb, R. J., & Platt, J. J. (1998). Schedule of voucher delivery influences initiation of cocaine abstinence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(5), 761.

35 Thornton, R. L. (2008). The demand for, and impact of, learning HIV status. *American Economic Review*, 98(5), 1829-63.

36 Powell-Jackson, T., Neupane, B. D., Tiwari, S., Tumbahangphe, K., Manandhar, D., & Costello, A. M. (2009). *The impact of Nepal's national incentive programme to promote safe delivery in the district of Makwanpur*. In: *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies* (pp. 221-249). Emerald Group Publishing Limited.

37 Ibidem.

38 Jochelson, K. (2007). Paying the patient: improving health using financial incentives. London: King's Fund, 22. Beschikbaar op: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/paying-the-patient-kicking-bad-habits-supporting-paper-karen-jochelson.pdf

van personen die het moeilijk hebben om gezonde leefgewoonten aan te nemen, eerder dan op individuele basis. Het is ook efficiënt om de incentive te binden aan het succes van de groep (personen die het objectief niet halen weten dat zij ook de bonus van de andere leden van hun groep naar beneden halen en worden dus aangespoord om het programma te respecteren).³⁹

Als we dit criteriumrooster toepassen op het mondzorgtraject, dan kunnen we, a priori, betwijfelen wat de invloed van dit beleid is op het feit dat de Belgen elk jaar naar de tandarts gaan. Want:

- De beloning is negatief (wat, zoals we eerder zagen, heel wat nadelen met zich meebrengt),
- De sanctie is beperkt (voor de VT meer dan de niet-VT), wat de incentive om het programma te respecteren vermindert,
- De tijd tussen het niet naleven en de financiële impact is relatief lang (wat de motivatie nog vermindert),
- De doelgroep is niet goed gedefinieerd (richt men zich tot personen die nooit naar de tandarts gaan of zij die soms gaan of zij die nu al gaan?),
- Het beleid gaat niet samen met andere hulp/ondersteuning (waardoor het niet mogelijk is om de doelpopulatie te overtuigen/begeleiden).

Bovendien, als het de bedoeling is dat deze incentives een effect hebben, dan moet het gezondheidsbeleid de zes eigenschappen van de WGO respecteren⁴⁰, dit wil zeggen:

- *Effectief: het beleid respecteert de feitelijke basis en verbetert de resultaten voor de gezondheid van individuen en gemeenschappen in functie van de behoeften;*
- *Efficiënt: het beleid wordt ingevoerd op een manier waarbij maximaal gebruik wordt gemaakt van de middelen en verspilling wordt vermeden;*
- *Toegankelijk, wenselijk, geografisch op een redelijke plaats door een kader aan te bieden waar competenties en hulpmiddelen aangepast zijn aan de medische behoeften;*
- *Aanvaardbaar en gericht op de patiënt, ingevoerd op een manier waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren en wensen van de individuele gebruikers van de diensten en de verschillende culturen;*
- *Eerlijk: de kwaliteit verandert niet naargelang de persoonlijke kenmerken zoals geslacht, ras, etniciteit, geografische situatie of sociaal-economisch statuut;*
- *Veilig: het beleid minimaliseert de risico's en de schade voor de gebruikers van de diensten.*

Als een beleid op basis van incentives wordt doorgevoerd, dan moet dit zo goed mogelijk alle bovengenoemde eigenschappen respecteren.

Negatieve financiële incentives houden echter meerdere nadelen in die niet compatibel zijn met de dimensies van een goed gezondheidsbeleid zoals dit door de WGO werd gedefinieerd:

1. De efficiëntie van negatieve incentives is niet bewezen en is gebaseerd op een hypothese (de perfecte rationaliteit van de betrokkenen) die al lang controversieel is in de economie;
2. Ze zijn onrechtvaardig want ze bestraffen enkel het individu en houden geen rekening met andere sociale, economische, culturele en omgevingsfactoren voor de gezondheid, die buiten de controle van het individu vallen;
3. Ze zijn moeilijk aanvaardbaar want ze leggen de klemtoon op de persoonlijke fout van de patiënt. Wat betreft het mondzorgtraject zijn er bovendien nog andere elementen die de efficiëntie van dit traject verminderen (de lange tijd tussen het niet naleven en de financiële impact, het feit dat het beleid niet wordt vergezeld van andere hulp,...).

4. Het gebruik van tandzorg in België: evolutie van 2007 tot 2017

In het eerste deel van dit hoofdstuk analyseren we in grote lijnen de evolutie van het aandeel van de bevolking dat naar de tandarts gaat. Vervolgens, in hoofdstuk 4.2, evalueren we het effect van het beleid van het mondzorgtraject op het bezoek bij de tandarts.

4.1. Evolutie van het gebruik van tandzorg in België

4.1.1. Algemene zorg

De variabele in de analyse is hier het aandeel CM-leden dat gedurende één jaar niet naar de tandarts is geweest voor gelijk welke nomenclatuurcode (preventief of curatief) wat tandzorg betreft.

Voor alle CM-leden, onafhankelijk van hun statuut, vermindert het aandeel dat niet naar de tandarts gaat continu (Figuur 1). Voor de VT-patiënten (meer kansarme bevolking die meer geneigd is om niet naar de tandarts te gaan) gaat dit aandeel van 67% naar 59% van de leden. Voor niet-VT-leden evolueren de cijfers van 49% naar 42%.

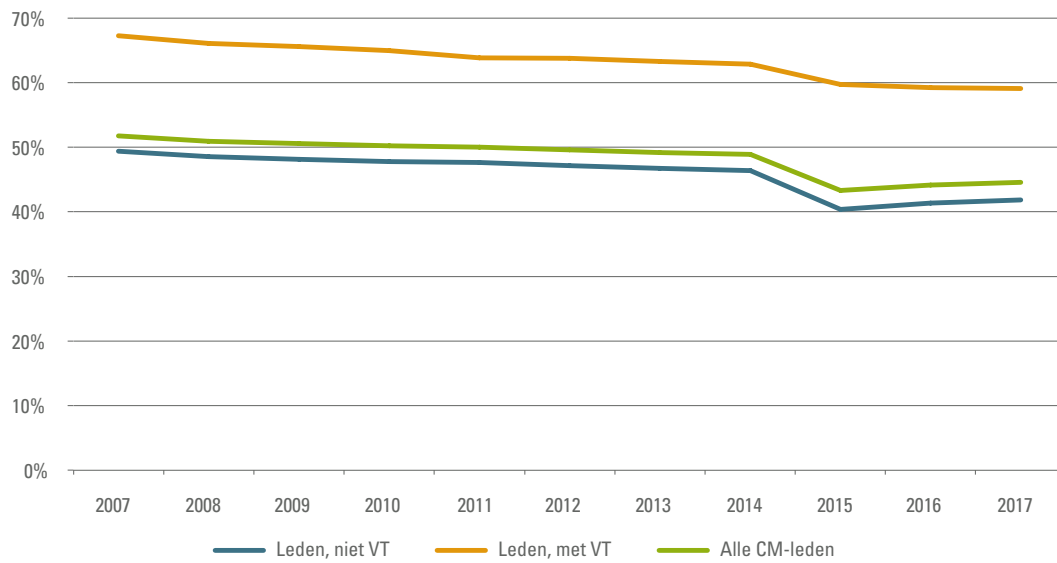
Als we de analyse verfijnen volgens leeftijdsgroep⁴¹, dan zien we dat gepensioneerden veel minder naar de tandarts gaan

39 Komaroff, A. (2016). Do financial incentives improve health? Ask the Doctor. *Harvard Health Letter*. <https://www.health.harvard.edu/staying-healthy/do-financial-incentives-improve-health>

40 World Health Organization. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva. Beschikbaar op: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470?sequence=1>

41 Er bestaan ook verschillen tussen de geslachtsgroepen, in verhouding gaan meer vrouwen naar de tandarts dan mannen, wat blijkbaar normaal is in deze zorgsector. Zie Mc, C. G., & Bedi, R. (2000). Gender variations in the social impact of oral health. *Journal of the Irish Dental Association*, 46(3), 87-91.

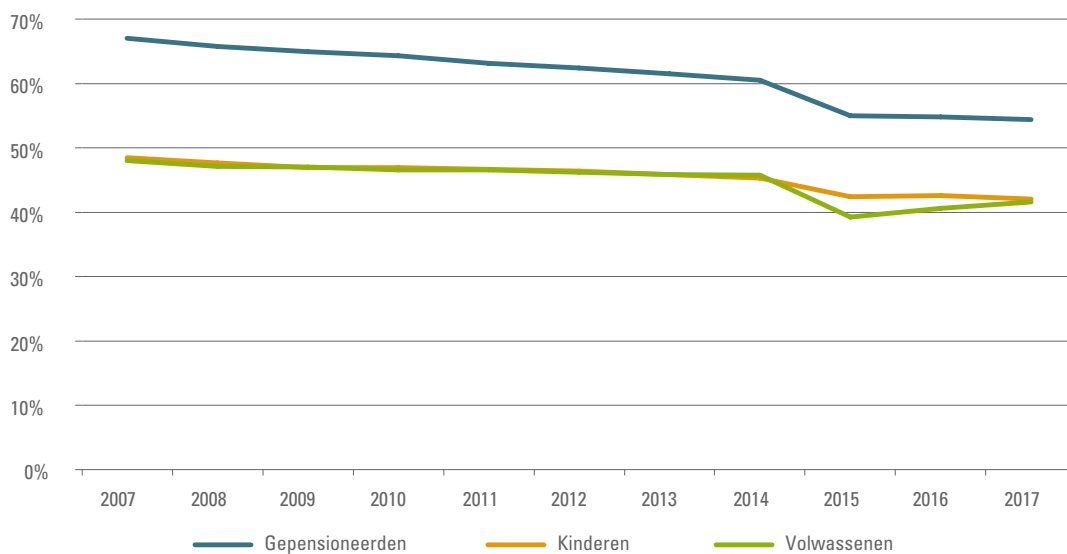
Figuur 1: Aandeel van de CM-leden dat geen terugbetaling ontving voor een verstrekking van tandzorg in de loop van één jaar (2007-2017), volgens het VT-statuut



dan anderen (Figuur 2). Toch lijkt deze trend te verminderen met de jaren⁴². Wat het verschil kinderen-volwassenen betreft, is het vreemd dat de twee groepen zo gelijkaardig zijn, ook al zijn de preventieve zorgen bij kinderen tot 18 jaar gratis bij een

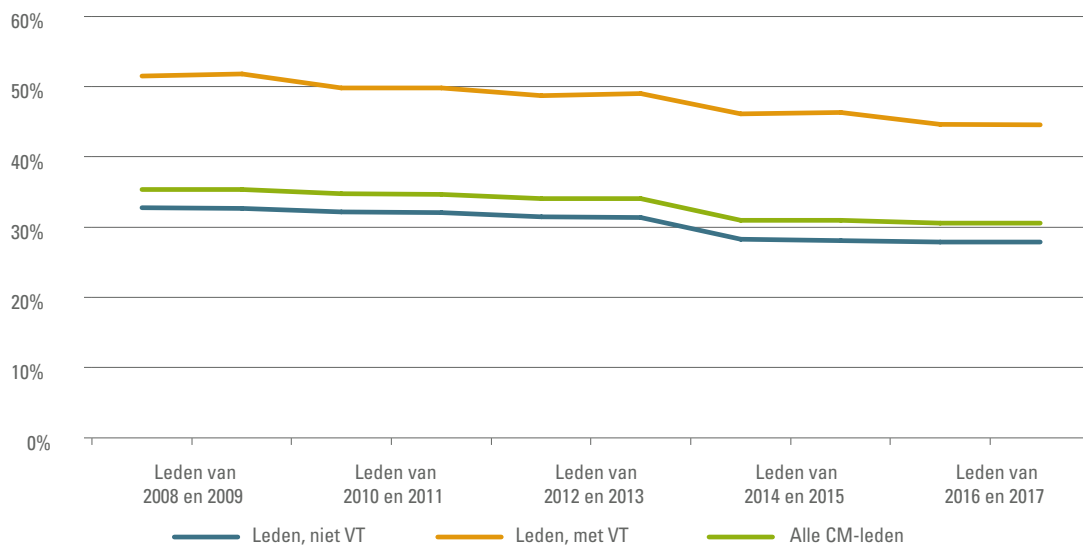
geconventioneerde zorgverlener (en worden de andere zorgen ook beter terugbetaald voor de kinderen). Als een kind al geen zorgen nodig heeft tot aan de leeftijd van 6 maanden, dan kunnen we toch verwachten dat het aandeel dat niet naar de tandarts gaat kleiner is.

Figuur 2: Aandeel van de CM-leden dat geen terugbetaling ontving voor een verstrekking van tandzorg in de loop van één jaar (2007-2017), volgens leeftijdsgroep (kinderen = 0-17 jaar, volwassenen = 18-64 jaar, gepensioneerden = 65 jaar en ouder)



⁴² Kandelman, D., Petersen, P. E., & Ueda, H. (2008). Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special care in dentistry*, 28(6), 224-236; Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(2), 81-92.

Figuur 3: Aandeel van de CM-leden (lid gedurende de twee jaar) dat geen terugbetaling ontving voor een verstrekking van tandzorg in de loop van twee opeenvolgende jaren (2008-2017), volgens het VT-statuut



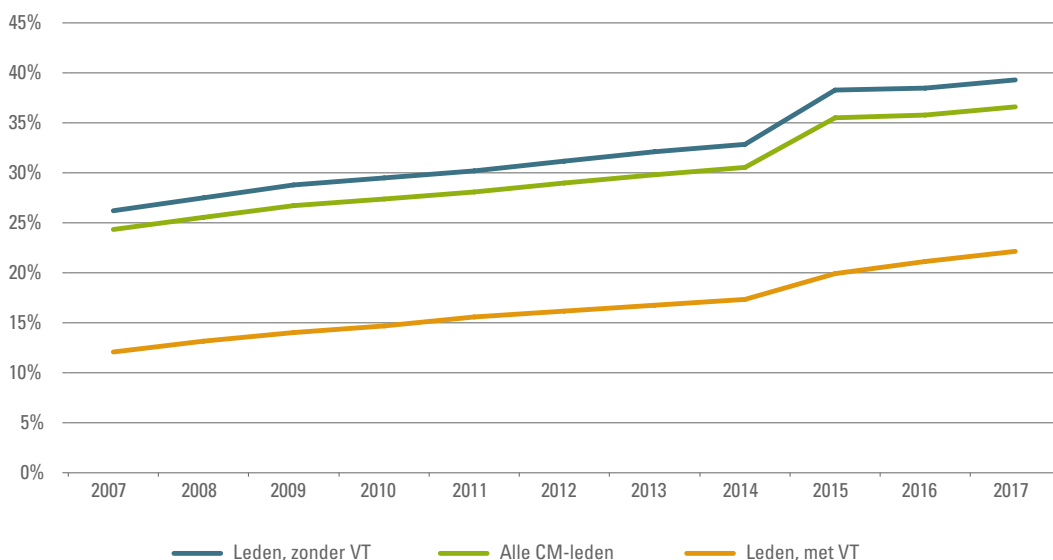
Figuur 3 toont het percentage aan CM-leden dat gedurende twee opeenvolgende jaren niet naar de tandarts is geweest (Figuur 3). We zien bijvoorbeeld dat 45% van de VT-leden niet naar de tandarts is geweest in 2016 en 2017 (voor 2017 alleen gaat het om 60%), wat betekent dat 75% van de VT-leden die in 2017 niet naar de tandarts zijn geweest, ook in 2016 niet naar de tandarts zijn geweest.

4.1.2. Preventieve zorgen

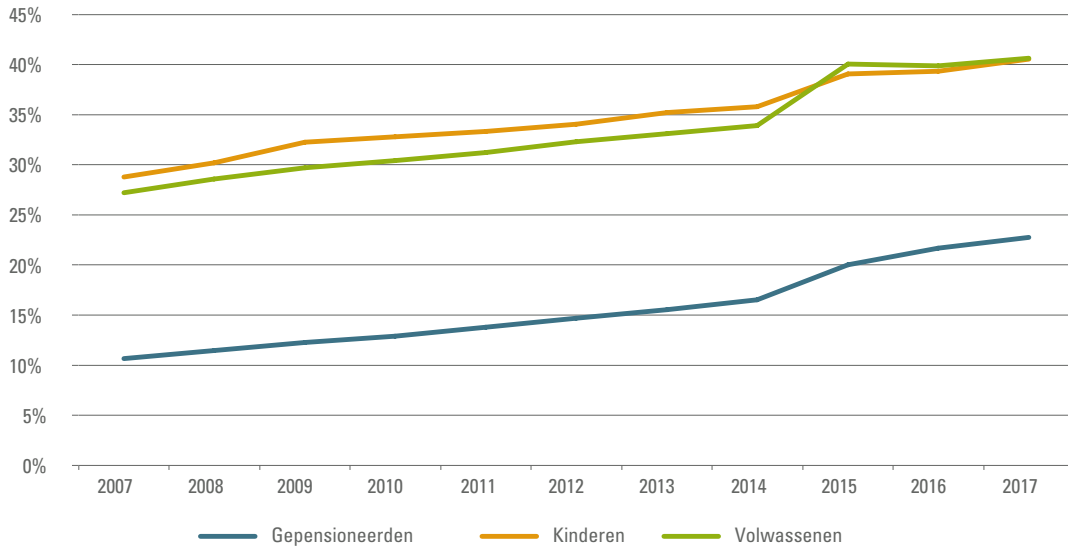
Volgens de literatuur is het beter dat elk individu op zijn minst eenmaal per jaar naar de tandarts gaat voor preventieve zorgen. We stellen echter vast dat dit nog niet het geval is, ook al is de tendens positief (Figuur 4).

Het verschil tussen VT en niet-VT is weerom frappant: bijna 22% van de VT-leden ging naar de tandarts in 2017, tegenover 40% van de niet-VT-leden. Ook al stijgt dit aandeel continu (het

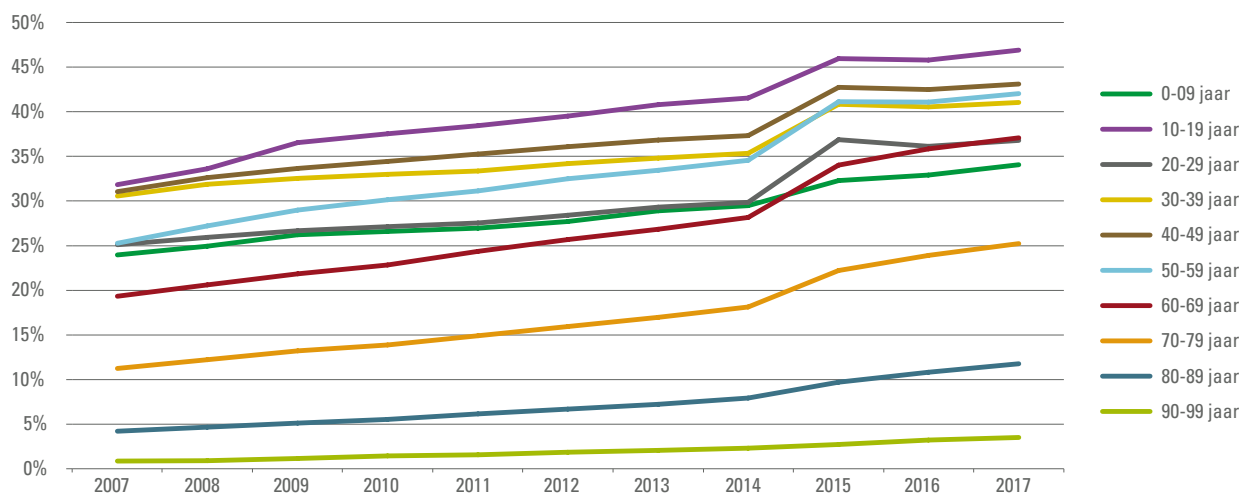
Figuur 4: Aandeel van de CM-leden dat terugbetaling ontving voor een verstrekking van preventieve tandzorg in de loop van één jaar (2007-2017), volgens het VT-statuut



Figuur 5: Aandeel van de CM-leden dat terugbetaling ontving voor een verstrekking van preventieve tandzorg in de loop van één jaar (2007-2017), volgens leeftijdsgroep (kinderen = 0-17 jaar, volwassenen = 18-64 jaar, gepensioneerden = 65 jaar en ouder)



Figuur 6: Aandeel van de CM-leden dat terugbetaling ontving voor een verstrekking van preventieve tandzorg in de loop van één jaar (2007-2017), per leeftijdscategorie van 10 jaar



is bijna verdubbeld op 10 jaar tijd), toch zijn we nog ver van de 100%.

Zoals voor de algemene zorg, is het verschil tussen de leeftijdsgroepen ook opvallend (Figuur 5). Het aandeel van gepensioneerde personen dat naar de tandarts gaat voor preventieve zorgen is meer dan verdubbeld op 10 jaar tijd. Ondanks het invoeren van gratis preventieve zorg voor kinderen in 2009, is het deel van hen die naar de tandarts gaan voor preventieve zorg niet meer gestegen dan bij de volwassenen. Dit toont aan dat, ook al is een beleid voor betaalbaarheid essentieel om de toegang tot de zorg te verlagen, dit toch niet voldoende is. Zo'n beleid moet worden vergezeld van een preventie-beleid en hulpmiddelen die de culturele, sociale, taalkundige, enz. remmen weghalen.

Als we de analyse nog wat meer verfijnen per leeftijdscategorie van 10 jaar, dan zien we dat er grote verschillen zijn tussen de leeftijdscategorieën. Figuur 6 toont dat, vanaf 70 jaar, het aandeel van CM-leden dat terugbetaling ontving voor een verstrekking van preventieve tandzorg sterk daalt. Dit kan worden verklaard door de redelijk hoge waarschijnlijkheid dat mensen aan die leeftijd een vals gebit hebben. We merken ook dat de 10 tot 19-jarigen proportioneel meer naar de tandarts gaan, wat kan worden verklaard door de betere terugbetaling van de zorg voor kinderen.

Tenslotte verbetert de toestand sedert 2007. Toch zijn we nog ver van de ideale situatie waar alle Belgen elk jaar een tandarts raadplegen. Bijvoorbeeld: daar waar in 2007 slechts ongeveer 12,5% van de VT-leden naar de tandarts ging voor preventieve

zorg, is dit 22% in 2017. Een belangrijke evolutie maar nog niet voldoende. Naast de financiële incentives, die erop gericht zijn om de toegang tot de zorg te verhogen, lijkt het ons belangrijk om een actief beleid te ontwikkelen, gericht op de lagen van de bevolking die niet naar de tandarts gaan.

4.2. Het effect van het mondzorgtraject

We hebben gezien dat CM-leden meer en meer naar de tandarts gaan. Dat is goed nieuws maar dat is nog niet voldoende. Laten we de verhoging van het aantal tandartsbezoeken tussen 2014 en 2016 van dichterbij bekijken.

Zoals tabel 1 aantoont, heeft het mondzorgtraject effect gehad. We zien in de gegevens dat het effect op het aantal tandartsbezoeken heeft plaatsgevonden tussen 2014 en 2015. Dat kan worden verklaard door het feit dat het traject oplegt dat men voor preventieve zorg bij de tandarts moet zijn geweest in het voorafgaande jaar. Bijgevolg hebben enkele leden geanticipeerd en zijn zij bij de tandarts geweest in 2015, ook al waren zij niet geweest in 2014.

In tabel 1 zien we dat het percentage leden dat geen enkele jaarlijkse tandverzorging kreeg van 46% (2014) naar 40% (2015) (6% verschil) daalde voor niet-VT-leden en van 63% (2014) naar 60% (2015) (-3%) voor VT-leden. In 2016 stijgt het percentage terug voor de niet-VT-leden. Tussen 2014 en 2017 daalt het aandeel van CM-leden dat geen tandzorg kreeg dus met 4,5% voor de niet-VT-leden en met 4% voor de VT-leden.

Tabel 1: Aandeel van het percentage leden (volgens het VT-statuut) dat geen tandzorg heeft gehad en dat preventieve tandzorg heeft gehad in de loop van één jaar (2007-2017)

	Percentage CM-leden zonder tandzorg in de loop van het jaar (2007-2017)		Percentage CM-leden dat minstens één preventieve tandverzorging kreeg in de loop van het jaar (2007-2017)	
	Leden zonder VT-statuut	Leden met VT-statuut	Leden zonder VT-statuut	Leden met VT-statuut
2007	49,40%	67,23%	26,19%	12,08%
2008	48,51%	66,05%	27,49%	13,17%
2009	48,11%	65,59%	28,77%	14,02%
2010	47,76%	64,95%	29,50%	14,68%
2011	47,65%	63,83%	30,20%	15,57%
2012	47,16%	63,74%	31,17%	16,15%
2013	46,70%	63,27%	32,09%	16,74%
2014	46,39%	62,87%	32,85%	17,35%
2015	40,34%	59,71%	38,28%	19,91%
2016	41,35%	59,25%	38,45%	21,14%
2017	41,86%	59,07%	39,30%	22,14%

Voor de preventieve zorg is tussen 2014 en 2015 het percentage gestegen van 33% naar 38% (+5%) voor de niet-VT-leden en van 17% naar 20% voor de VT-leden.

Het effect van het mondzorgtraject lijkt dus significant, maar zwak tot zeer zwak. Ondanks een relatief belangrijke afstraffing (een twintigtal euro extra remgeld voor een preventieve consultatie bij een geconventioneerde tandarts voor niet-VT-leden), hebben slechts weinig mensen die vroeger niet naar de tandarts gingen, de stap gezet. Vermits de sanctie voor VT-leden erg laag (1 euro) is, werd het effect waarschijnlijk eerder veroorzaakt door de communicatie dan door de sanctie zelf.

In het derde hoofdstuk hebben we de voor- en nadelen van negatieve financiële incentives in theorie geanalyseerd. Wij zijn tot de conclusie gekomen dat het weinig waarschijnlijk is dat een financiële incentive zoals het mondzorgtraject efficiënt en eerlijk is. De bovenstaande cijfers bevestigen gedeeltelijk onze hypothesen. Ook al is het percentage CM-leden dat eenmaal per jaar naar de tandarts gaat gestegen, toch blijft die stijging zeer zwak. Deze resultaten stellen de relevantie van de maatregel in vraag. Inderdaad, enerzijds is de positieve invloed beperkt en anderzijds heeft het ook een niet verwaarloosbare negatieve impact: personen die in de loop van het vorige jaar geen tandarts hebben geraadpleegd, moeten het jaar daarop meer betalen. In 2017 hebben echter nog 42% van de niet-VT-CM-leden en 59% van de VT-CM-leden geen tandarts geraadpleegd. Voor deze personen betekent het mondzorgtraject nog een extra rem om bij de tandarts te gaan en een financiële kost in het geval van tandproblemen.

Men kan zich dus de vraag stellen over de uiteindelijke doelstelling van de maatregel. Is het doel om het aandeel personen dat jaarlijks naar de tandarts gaat te verhogen of om kosten te besparen door de terugbetaling te verminderen voor personen die niet elk jaar gaan? Tussen 2016 en 2017 is het bedrag ten laste van het RIZIV voor het mondzorgtraject gedaald van 203 naar 198 miljoen voor de CM-leden, ofwel een besparing van 5 miljoen.

Gezien het lage percentage CM-leden dat jaarlijks naar de tandarts gaat, lijkt het ons noodzakelijk om een efficiënt en eerlijk beleid in te voeren, dat niet de leden die niet naar de tandarts gaan afstraft, maar hen aanmoedigt om te gaan. Met het risico ook dat de afwezigheid van een regelmatig bezoek bij de tandarts voor een deel van de bevolking belangrijke kosten blijft met zich meebrengen voor de gemeenschap en voor de individuen.

5. Vergelijking met andere landen

Ten aanzien van de hoger vermelde cijfers kunnen we ons de vraag stellen of de frequentie van het tandartsbezoek bij de Belgische bevolking lager of hoger ligt dan in andere landen. Tabel 2 geeft ons gedeeltelijk antwoord op deze vraag.

Tabel 2: Gemiddeld aantal consultaties bij een tandarts per inwoner

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Oostenrijk	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
België*	2,2	2,5	2,73	2,76	2,80	2,83	2,88	3,06	3,06
Denemarken	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5
Estland	1,5	1,4	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Finland	1,3	1,3	1,2	1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Frankrijk	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,3	1,5	1,5
Duitsland	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5
Japan	3,2	3,1	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2
Litouwen	1	1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,5
Luxemburg	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Nederland	2,2	2,1	2,3	2,3	2,1	2,2	2,6	2,5	2,6
Verenigd Koninkrijk	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
Verenigde Staten	1	1	0,9	0,9	0,9	1	1	1	1

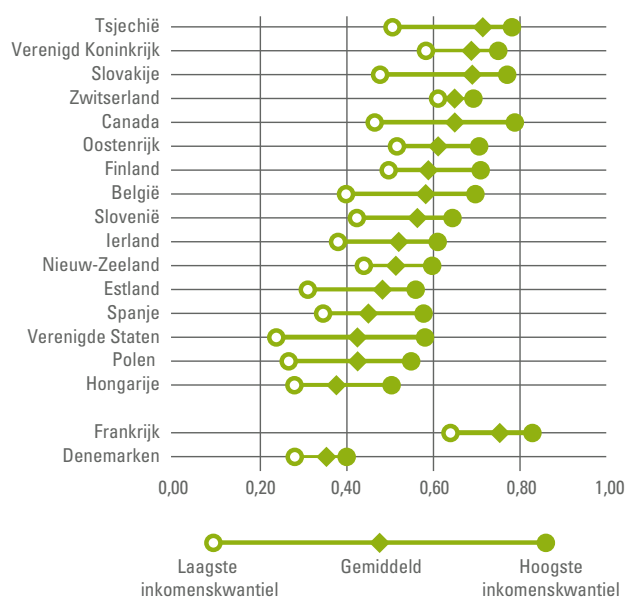
Bron: OECD Health Statistics (2018). Dentists consultations (in all settings). Beschikbaar op: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC en cijfers CM voor België van 2010 tot 2016

* Opgelet: onze methodologie verschilt misschien van deze van de OESO (die zich baseert op cijfers van het RIZIV). De conclusies die worden getrokken uit de cijfers voor België vanaf 2010 moeten dus met enige voorzichtigheid worden genomen.

Ten aanzien van bovenstaande cijfers (met enige voorzichtigheid te nemen), zouden we kunnen stellen dat de Belgische bevolking goed geplaatst is op vlak van tandzorg. De Belgen gaan gemiddeld drie keer per jaar naar de tandarts. Dit is één van de hoogste resultaten van de OESO. Toch is de verdeling, zoals we eerder hebben gezien, van die contacten problematisch: veel personen gaan niet naar de tandarts terwijl een klein deel heel regelmatig gaat. Dit vertekent het beeld van en het oordeel over de Belgische tandzorg.

Een studie van de OESO relateert deze cijfers. Deze studie analyseert, vanuit gegroepeerde gegevens, de waarschijnlijkheid van een bezoek bij een tandarts in het voorbije jaar volgens het niveau van inkomen (Figuur 7).

Figuur 7: De waarschijnlijkheid van een bezoek bij de tandarts in de afgelopen 12 maanden, per inkomenskwantiel, jaar 2009⁴³



We zien dat de ongelijkheid in de toegang tot de tandzorg heel sterk is in ons land, ondanks het feit dat het gemiddelde in de eerste helft ligt van de weergegeven landen.⁴⁴ In België hadden personen die tot de eerste 20% behoorden in 2009, 33% minder kans om naar de tandarts te gaan dan het gemiddelde van de bevolking. In 2009 is gemiddeld slechts 60% van de Belgen naar de tandarts geweest, wat gelijk loopt met de cijfers die wij hebben getoond voor CM-leden. België situeert zich dus rond het Europese gemiddelde.

6. Tandzorg en het mondzorgtraject bevorderen

In dit artikel hebben we dus aangetoond dat ook al zijn terugbetaling en betaalbaarheid noodzakelijke en essentiële voorwaarden om tandzorg en mondhygiëne te bevorderen, en dit vooral bij kansarme patiënten, toch is dit niet de enige oplossing⁴⁵. Wij denken dat het dus nodig is om verder de financiële kost van tandzorg beter te dekken (waarom niet door de facturatie via de derdebetalersregeling verplicht te maken voor VT-leden), maar dat het ook nodig is om op andere vlakken te werken.

Zonder een volledige opsomming te maken van elk beleid dat zou kunnen worden gevoerd, willen we enkele mogelijkheden aangeven die ons belangrijk lijken om door te voeren in België. Eerst en vooral, in parallel met het beleid dat gericht is op de vraag naar tandzorg, lijkt het ons belangrijk om na te denken over het aanbod aan tandzorg. Inderdaad, tandartsen (en geassocieerde specialisten) spelen een rol, zoals de andere zorgverleners, in de toegankelijkheid van de zorg. In België was echter bijna de helft van de tandartsen (alle specialiteiten samengenomen) die in 2017 door CM-leden werden bezocht, niet geconventioneerd (tabel 3). Slechts een derde van de tandartsen is geconventioneerd en rekent voor elke consultatie de officiële tarieven aan. De overblijvende 20% is gedeeltelijk geconventioneerd. Zij rekenen het officiële tarief op bepaalde uren van de dag (of bepaalde dagen van de week).

De toegankelijkheid wordt dus verminderd door de (potentiële) facturatie van honorariumsupplementen. Tussen 2010 en 2017 is het totaal bedrag van de honorariumsupplementen die werden aangerekend aan CM-leden voor de verstrekking van alle types tandzorg (met uitzondering van orthodontie) gestegen met 285%, terwijl het bedrag ten laste van het RIZIV slechts met 16% is gestegen. Het is dus absoluut noodzakelijk om een beleid

⁴³ Devaux, M., & De Looper, M. (2012). Income-related inequalities in health service utilisation in 19 OECD countries, 2008-2009. OECD Working paper. Beschikbaar op [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2012\)1&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2012)1&docLanguage=En)

⁴⁴ Frankrijk presenteert statistieken voor een bezoek bij de tandarts over de twee vorige jaren (en niet één jaar zoals voor de andere landen), vandaar de betere statistieken dan de andere landen. Voor Denemarken is dit voor de voorbije drie maanden, vandaar de minder goede statistieken.

⁴⁵ Palència, L., Espelt, A., Cornejo-Ovalle, M., & Borrell, C. (2014). Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage? *Community dentistry and oral epidemiology*, 42(2), 97-105.

op te stellen dat de tariefovereenkomst tussen overheid en tandartsen en de honorariumsupplementen regelt en de transparantie in de sector verhoogt.

Tabel 3: Percentage bezoeken bij een tandarts door CM-leden volgens het conventiestatuut

Conventiestatuut van de tandarts	Aantal tandartsen die minstens eenmaal werden bezocht door een CM-lid (2017)	Percentage
Geconventioneerd	2.856	33,51%
Niet-geconventioneerd	3.964	46,50%
Gedeeltelijk geconventioneerd	1.703	19,98%

Gezien de voordelen van preventieve zorg bij kinderen en, in parallel, gezien het lage percentage kinderen dat naar de tandarts gaat ondanks de financiële incentive die door de regering werd goedgekeurd, zou het een originele oplossing kunnen zijn om tandartsbezoeken op school in te voeren. Tandartsen (of mondhygiënist) binnenbrengen in de scholen kan helpen om patiënten met potentiële problemen te detecteren en hen aan te sporen (vooral hun ouders) om naar een tandarts te gaan. De WGO heeft deze methode voorgesteld in 2003, met als argument dat als men vroeg de abnormaliteiten vaststelt, de gezondheidsproblemen kunnen worden verminderd en zo ook de kosten die ermee samengaan.⁴⁶ In Noord-Ierland⁴⁷ hebben onderzoekers aangetoond, door een studiegroep te vergelijken met een controlegroep, dat in de groep die op school een bezoek had gekregen, 45,5% naar de tandarts is geweest binnen de twee maanden na het bezoek op school, tegenover 27,6% voor de controlegroep. Het effect was zeer significant voor personen uit kansarme milieus. Deze experimenten zijn interessant en zouden ook in België kunnen worden uitgevoerd. Aangezien elk land echter zijn eigen onderwijs- en zorgsysteem heeft, moet er rekening worden gehouden met deze bijzonderheden als men dit beleid probeert over te nemen.⁴⁸

De literatuur leert ons dat de risicofactoren voor de mond- en tandgezondheid en de gezondheid in het algemeen neiging hebben om naast elkaar te bestaan en zich te cumuleren bij de minst begoede personen en in bepaalde groepen.⁴⁹ Bijvoorbeeld: roken heeft gevolgen voor de longen en de mond- en tandgezondheid. De methode van "common risk approach" leert ons dat het zeer voordelig is om zich toe te spitsen op bepaalde groepen van de bevolking om meerdere gedragspatronen te veranderen die een negatieve invloed hebben op de gezondheid, want het blijkt dat deze gedragspatronen vaak samen voorkomen bij dezelfde patiënten.⁵⁰ Het is dus wenselijk dat zorgverleners (verplegend personeel, artsen, tandartsen, enz.) een algemene aanpak hebben en tussenkomen in een geheel van gedragspatronen eerder dan in één enkele. Voor kinderen zou het medisch onderzoek kunnen worden gebruikt om risicovol gedrag voor de gezondheid van kinderen te detecteren, er de aandacht op te vestigen, uit te leggen en te voorkomen.

7. Besluit

In dit artikel hebben we het belang van tandzorg en de impact van een slechte tandgezondheid op de algemene gezondheid herhaald. Ondanks de vooruitgang van de laatste 15 jaar, gaat jammer genoeg 50% van de Belgen nog steeds niet elk jaar naar de tandarts. Ondanks gratis preventieve zorg tot 18 jaar bij de geconventioneerde zorgverleners, is 60% van de kinderen in 2017 niet naar de tandarts geweest voor preventieve zorg. Het antwoord van de opeenvolgende regeringen was om de dekking van de zorg op te trekken in de verplichte verzekering en de 'nalatige' patiënten af te straffen met negatieve financiële incentives.

Met een literatuurstudie hebben we aangetoond dat negatieve financiële incentives, in theorie, weinig efficiënt, niet heel eerlijk en niet echt aanvaardbaar zijn. Weinig efficiënt omdat ze gebaseerd zijn op de controversiële hypothese van de perfecte rationaliteit van de betrokkenen; niet heel eerlijk omdat ze enkel de individuen straffen, waarbij de sociale, economische, culturele of omgevingsfactoren van de gezondheid, die buiten de controle van het individu vallen, over het hoofd worden gezien; niet echt aanvaardbaar omdat ze de klemtoon leggen op de persoonlijke fout van de patiënt.

⁴⁶ World Health Organization (2003). Oral health promotion: an essential element of a health-promoting school. WHO information series on school health. Document eleven. Geneva: WHO

⁴⁷ Donaldson, M., & Kinirons, M. (2001). Effectiveness of the school dental screening programme in stimulating dental attendance for children in need of treatment in Northern Ireland. *Community dentistry and oral epidemiology*, 29(2), 143-149.

⁴⁸ Milsom, K. M., Tickle, M., & Blinkhorn, A. S. (2008). Is school dental screening a political or a scientific intervention? *Journal of dental research*, 87(10), 896-899.

⁴⁹ Johnson, N. W., Warnakulasuriya, S., Gupta, P. C., Dimba, E., Chindia, M., Otoh, E. C., ... & Kowalski, L. (2011). Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. *Advances in dental research*, 23(2), 237-246.

⁵⁰ Fine, L. J., Philogene, G. S., Gramling, R., Coups, E. J., & Sinha, S. (2004). Prevalence of multiple chronic disease risk factors: 2001 National Health Interview Survey. *American journal of preventive medicine*, 27(2), 18-24.

In de praktijk heeft het mondzorgtraject een beperkte positieve invloed gehad op het aantal bezoeken bij de tandarts (+4,5% van de niet-VT-CM-leden en +4% van de VT-CM-leden die een tandarts hebben geraadpleegd tussen 2014 en 2017). Toch heeft dit traject ook een niet te verwaarlozen negatieve financiële impact, vermits de personen die geen tandarts hebben geraadpleegd in het vorige jaar, meer moeten betalen het volgende jaar als ze er heen gaan, wat een rem en een extra financiële kost met zich meebrengt voor dit publiek. Alleen al voor CM-leden heeft het mondzorgtraject tussen 2016 en 2017 voor een besparing van 5 miljoen gezorgd voor het RIZIV. De vraag is dus wat de uiteindelijke doelstelling van de maatregel is. Is het doel om het percentage personen dat jaarlijks naar de tandarts gaat te verhogen of om kosten te besparen door de terugbetaling te verminderen voor personen die niet elk jaar gaan?

Incentives (en de financiële in het bijzonder) maken deel uit van een bredere ideologie die de verantwoordelijkheid van de patiënt centraal stelt. Wat de responsabilisering betreft, zei een auteur ons: *"Door de causale analyse te beperken tot de individuele verantwoordelijkheid laten we na om de "gezondheid" op te volgen tot aan zijn etymologische oorsprong in de "volledigheid". Als we een verstrikt netwerk vormen van gezondheidsfactoren, van genen tot woonwijken, dan dreigt een beleid met bestraffende incentives inbreuk te maken op een fundamenteel principe van de biomedische ethiek: de rechtvaardigheid. Als we begrijpen dat de reële determinanten van gezondheid en ziekte het individu zijn en dat chronische ziekten zoals diabetes en hoge bloeddruk op een onevenredige*

manier vooral de kwetsbare personen raken, die geen echte controle over hun leven hebben, dan kunnen programma's met individuele incentives ook discriminerend en destructief zijn."⁵¹

Naast de financiële incentives zou ook een actief (tand) zorgbeleid moeten worden opgesteld, dat efficiënt en eerlijk is. Daarvoor kunnen we in de eerste plaats slechts het belang naar voor schuiven om de sociaal-economische ongelijkheden naar beneden te halen, die deels de gezondheidstoestand bepalen. Op vlak van de organisatie van de zorg lijkt het ons belangrijk om te werken aan de culturele en sociale barrières die de toegang tot gezondheidszorg belemmeren. Op een meer individueel vlak hebben we de aandacht gevestigd op de betaalbaarheid, maar ook het belang van een beleid gericht op het zorgaanbod (bijvoorbeeld een goed percentage geconventioneerde zorgverleners) en een beleid van preventie en educatie. We hebben enkele voorbeelden gegeven die een goede basis kunnen zijn om het belang van preventie in tandzorg uit te leggen, risico's te voorkomen en verkeerde gedragspatronen te detecteren. Het is belangrijk om op elk niveau de doelstelling te definiëren van het beleid en het doelpubliek. Een verborgen doelstelling van besparing en een beleid gericht op personen die nooit naar de tandarts gaan, door hen nog harder te bestraffen, lijkt ons niet rechtvaardig, noch efficiënt. Zoals werd gezegd door een College van Amerikaanse artsen, *"een stimulerende structuur moet de geschikte autonomie van de patiënt en zijn deelname in de beslissing ondersteunen, waaronder het recht om een behandeling te weigeren, zonder bestraffende gevolgen."*⁵²

51 Howard, B. M. (2008). First, do not punish: individual incentives in health policy. *AMA Journal of Ethics*, 10(11), 719-723.

52 Mitnick, S., Snyder, L., & American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. (2010). Ethical considerations for the use of patient incentives to promote personal responsibility for health: West Virginia medicaid and beyond. *Philadelphia: American College of Physicians*.

Meer aandacht voor kwaliteit binnenlucht dankzij Luchtconsulenten van Beweging.net

Veerle Van Holle – Studiedienst

Bijzondere dank aan: *Hervé Avalosse (studiedienst), Elise Rummens (Medisch Departement), Frédéric Cipriani, Francis Devlamynck, Jurgen D'Ours en Jens Vaes (Beweging.net) en alle vrijwilligers en bewoners.*

Samenvatting

Achtergrond en doelstelling

85% van onze tijd brengen we binnen door. Net als vervuilde buitenlucht, kan ook een slecht binnenmilieu voor gezondheidsproblemen zorgen. Toch zijn de oorzaken en gevolgen van vervuilde binnenlucht veel minder bekend dan de effecten van slechte buitenlucht. Burgers zijn nochtans erg bezorgd om hun levenskwaliteit en gezondheid. Beweging.net startte daarom eind 2016 met een innovatief project: 'Luchtconsulenten voor gezonde lucht'. Het doel was om via het inzetten van tot 'luchtconsulent' opgeleide vrijwilligers, de Vlaamse bevolking te sensibiliseren rond een gezond binnenmilieu.

Methodologie

In twee pilootregio's volgden vrijwilligers een vorming tot luchtconsulent: iemand die bij bewoners thuis komt met een interactieve checklist die peilde naar structurele en gedragsmatige factoren die de binnenlucht beïnvloeden. In een persoonlijk gesprek gingen luchtconsulent en bewoner vervolgens samen op zoek naar oplossingen op maat van de bezochte woning. De luchtconsulent reikte hierbij haalbare tips en tricks aan. Zes maanden na het eerste contact was er een opvolgbezoek waarbij met de interactieve checklist veranderingen in kaart werden gebracht. Nog eens zes maanden later beantwoordden de bewoners online een laatste bevraging.

Conclusies

De resultaten van de pilootstudie waren positief: een derde van de bezochte bewoners voerde de frequentie van ventileren en verluchten op en bij maar liefst 9 op de 10 onder hen gaven aan dat dit kwam doordat ze zich door het huisbezoek bewust waren geworden van het belang ervan. Zowat alle bewoners waarbij tijdens het eerste bezoek een probleem aan de rookgasafvoer van hun verwarmingstoestel werd gedetecteerd, ondernamen op basis van het advies van de luchtconsulent stappen om dit op te lossen.

De resultaten moeten echter met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd: de bewoners waren hoofdzakelijk hoger opgeleid, gepensioneerd en eigenaar van de (meestal ook vrij kwalitatieve) woning. De luchtconsulenten bezochten immers vooral bewoners uit hun eigen familie of kennissenetwerk, omdat voor dit pilootproject eerst in een 'vertrouwde' omgeving werd onderzocht of sensibilisering nuttig was. Toch werd ook bij deze 'gezonde' woningen nog veel groeimarge opgetekend en leert het pilootproject dat de Vlaming ontvankelijk is voor advies op maat inzake zijn gezondheidsgedrag, en daar ook effectief iets aan doet.

Sleutelwoorden: *milieu & gezondheid, binnenlucht, binnenmilieu, gezondheidsgedrag, vrijwilligers*

1. Achtergrond en doelstelling

Luchtvervuiling buitenshuis kennen we allemaal en dat het gevolgen heeft voor onze gezondheid weten we eveneens. Hoewel we 85% van onze tijd binnen doorbrengen (thuis, op kantoor, op school, in winkels, ...), zijn we minder vertrouwd met het belang van een goede luchtkwaliteit binnenshuis. De kwaliteit van de lucht die we er inademen, is dan ook heel belangrijk voor onze gezondheid. De impact ervan kan zelfs groter zijn dan die van luchtvervuiling buitenshuis. Toch zijn de oorzaken en gevolgen van vervuilde binnenlucht veel minder bekend dan de effecten van slechte buitenlucht op milieu en gezondheid.

De oorzaken van luchtvervuiling in de woning (in dit artikel wordt hier verder aan gerefereerd als een 'slecht binnenmilieu') zijn heel divers. Een voorbeeld zijn chemische stoffen die vrijkomen bij klus- en decoratiewerken, maar evenzeer bij het gebruik van luchtverfrissers en bepaalde poetsproducten. Een andere oorzaak is vocht. Vocht en bijgevolg schimmel ontstaan door te weinig ventilatie en een te hoog vochtgehalte als gevolg van structurele problemen (vb. een lek) of van 'menselijke, gedragsmatige' factoren zoals koken, douchen, met veel personen in één kamer zijn, ... Tot slot kunnen ook bepaalde brandstoffen, roken in de woning en verkeerde stookgewoontes zorgen voor een verminderde kwaliteit van het binnenmilieu.

De gevolgen van een slecht binnenmilieu zijn niet te onderschatten: gezondheidsklachten, zoals irritatie van neus en keel, (chronisch) hoesten, longaandoeningen zoals astma en chronisch longlijden (COPD), longkanker. Een slecht binnenmilieu kan ook allergische reacties uitlokken zoals jeukende, tranende ogen, een loopneus of verstopte neus, hoesten, jeuk, atopisch eczeem en astmaklachten. Het effect op de gezondheid hangt af van de aard en de concentratie van de vervuilende stof, en van de frequentie en duur van blootstelling¹. Tot slot kan een slecht binnenmilieu ook de kwaliteit/structuur van een woning sterk aantasten, zoals bij vocht- en schimmelproblemen.

Het goede nieuws is dat mensen zowel met kleine ingrepen in de woning als via gedragsaanpassingen, de oorzaken van een slecht binnenmilieu kunnen verminderen of zelfs helemaal kunnen wegnemen. Helaas hebben mensen niet altijd de nodige kennis en handelingsstrategieën op zak om deze problemen aan te pakken. Hoewel de kennis beschikbaar is, komt de informatie soms niet bij de doelgroepen terecht. En als kennis wél breed verspreid geraakt, worden goede intenties vaak onvoldoende omgezet in effectieve gedragsverandering om aan risicobeperking te doen.

Inzetten op een beter binnenmilieu, door te sensibiliseren en mee te helpen de stap te zetten naar gedragsverandering, heeft tegelijk een mogelijk gunstige impact op de kosten en klachten op medisch vlak (persoonlijke klachten en uitgaven, terugbetalingen ziekteverzekering) en op de kosten en klachten op economisch vlak (specifieke arbeidsongeschiktheid, uitkeringen, waardevermindering woning).

Ook de Vlaming zelf is erg bezorgd om zijn levenskwaliteit en gezondheid, twee thema's waar Beweging.net en haar partnerorganisaties al jarenlang rond werken. Beweging.net startte daarom eind 2016 met een innovatief project: 'Luchtconsulenten voor gezonde lucht', gericht op het laagdrempelig overbrengen van adviezen aan Vlaamse burgers om aan een beter binnenmilieu te werken. Het project werd uitgevoerd als een samenwerking tussen Beweging.net en de studiedienst van CM, in nauw overleg met de Vlaamse Overheid², het Vlaams Instituut Gezond Leven en de Vlaamse Logo's³.

Het project 'Luchtconsulenten voor gezonde lucht' stelde twee grote doelstellingen voorop.

- Het ontwikkelen van een laagdrempelige, interactieve 'checklist' die peilt naar structurele en gedragsmatige determinanten van een goed binnenmilieu en die bovendien adviezen voorziet om die factoren gunstig te beïnvloeden. De checklist werd gebruikt bij een huisbezoek, uitgevoerd door een vrijwilliger die opgeleid was tot 'luchtconsulent'. Gebaseerd op deze checklist werd eveneens een online toepassing ontwikkeld met nuttige tips, bedoeld voor particulier gebruik door de Vlaamse burger en dus zonder tussenkomst van een luchtconsulent.
- Nagaan of een huisbezoek door vrijwilligers (luchtconsulenten) met advies op maat, een goede methodologie was met voldoende draagkracht in Vlaanderen om de bevolking te sensibiliseren rond een gezond binnenmilieu.

2. Methodologie

2.1. Projectverloop

'Luchtconsulenten voor gezonde lucht' startte in december 2016 en had een looptijd van 24 maanden. Het project was een pilotproject, uitgevoerd in twee testregio's: West-Vlaanderen en Limburg. Na positieve evaluatie ervan zouden de pistes tot uitbreiding naar het Vlaamse niveau worden onderzocht. Het pilotproject werd gecoördineerd vanuit de studiedienst van CM.

1 Bron: www.gezondheidsmilieu.be

2 Vlaamse Overheid: Departement Omgeving (dat de projectsubsidie toekende) en het Agentschap Zorg en Gezondheid.

3 Een Logo of 'lokaal gezondheidsoverleg' is een lokaal samenwerkingsverband (Vlaanderen en Brussel). Logo's mobiliseren in hun regio zo veel mogelijk mensen en organisaties om samen te werken aan een gezonde leefomgeving en een betere gezondheid voor iedereen via gecoördineerde en op elkaar afgestemde acties.

In iedere pilootregio stond een regionaal projectmedewerker van Beweging.net in voor de praktische opvolging en organisatie.

Methodologisch werden vijf opeenvolgende fasen onderscheiden: het ontwikkelen van de projectmaterialen en het rekruteren van vrijwilligers (Fase 1), het valideren van de projectmaterialen bij de doelgroep en het opleiden van vrijwilligers tot luchtconsulent (Fase 2), een interventiefase (met gegevensverzameling) waar bewoners meermaals werden bevroegd over de beïnvloedende factoren inzake binnenmilieu (Fasen 3⁴ en 4⁵), en een verwerkings- en rapporteringsfase (Fase 5).

Oorspronkelijk werd in de projectaanvraag een looptijd van 18 maanden voorzien, met slechts één meetmoment in Fase 4 (de impactmeting zes maanden na de basismeting). Via een amendement werd een akkoord bereikt over het verlengen van de looptijd van Fase 4 met zes maanden, met het oog op een bijkomende meting exact één jaar na de eerste meting. Deze derde meting zorgde voor een hogere betrouwbaarheid (stabiliteit) van de gegevens en garandeerde eveneens een meting in hetzelfde seizoen als bij het eerste bezoek. Figuur 1 toont de verschillende projectfasen doorheen de tijd.

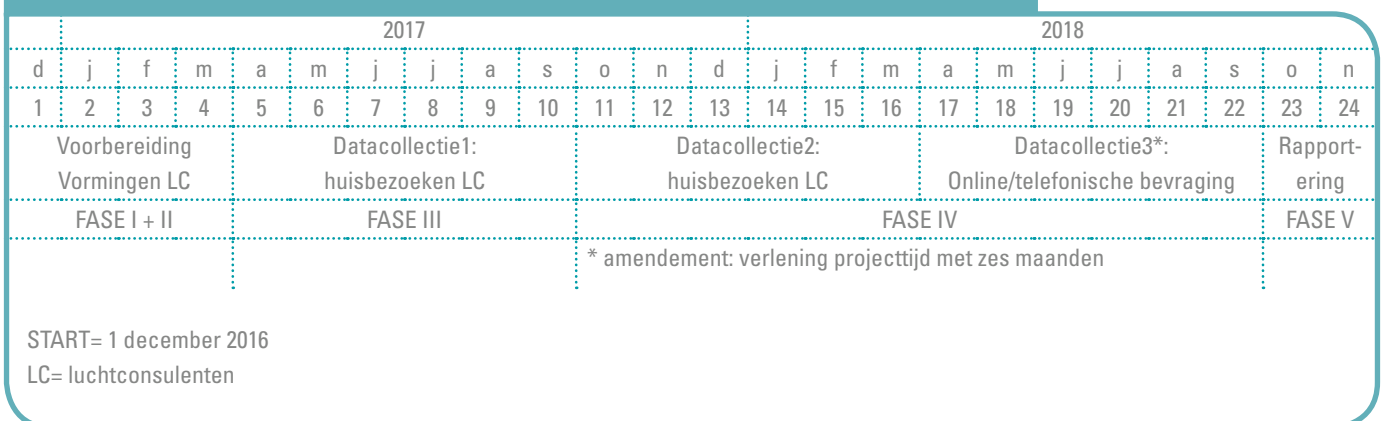
In februari en maart 2017 vormde Beweging.net 40 vrijwilligers tot 'luchtconsulent' (20 personen in iedere pilootregio). De vorming omvatte:

- de theoretische achtergrond over de beïnvloedende factoren van een gezond binnenmilieu,

- de laagdrempelige handelingen die men kan stellen om dat milieu zo optimaal mogelijk te houden of te maken,
- de basisbeginselen van motiverende gespreksvoering, zodat ze bepaalde tips ook aan de bewoners thuis op de gepaste wijze konden overbrengen⁶,
- ondersteuning voor het werken met een interactief tabletprogramma, speciaal ontwikkeld voor dit project, om huisbezoeken bij bewoners af te nemen.

Vanaf april 2017 gingen de luchtconsulenten zelf voor een jaar aan de slag: binnen een periode van zes maanden gingen ze in hun eigen familie- en kennissenetwerk voor een eerste keer op huisbezoek met als streefdoel tien te bezoeken woningen per luchtconsulent. Samen met de deelnemende bewoner(s) nam de luchtconsulent de interactieve checklist door aan de hand van het tabletprogramma. Deze vragenlijst bevatte zeven grote rubrieken: [1] sociodemografische gegevens en woonsituatie (soort woning, aantal bewoners, aantal jaren op huidig adres); [2] ventileren en verluchten; [3] vocht en schimmels; [4] koken en verwarmen; [5] het gebruik van sfeerobjecten en poetsproducten; [6] gezondheidsfactoren die verband kunnen houden met de luchtkwaliteit (vb. astma, jeuk, allergieën en rookgedrag); en [7] een rubriek met 'goede voornemens' voor de zes maanden volgend op het huisbezoek. Per gegeven antwoord verschenen adviezen, die de luchtconsulent dan via een oplossingsgericht gesprek samen met de bewoners besprak. Hierbij werd gezocht naar oplossingen op maat van de woning.

Figuur 1. Tijdslijn projectfasen 'Luchtconsulenten voor gezonde lucht'



- 4 Fase 3 bestond uit de 'eerste golf' van huisbezoeken door de luchtconsulenten. Dit bezoek diende als basismeting, waar beïnvloedende factoren van binnenmilieu werden opgetekend en waar advies op maat werd verleend.
- 5 Fase 4 bestond uit twee 'impactmetingen' m.b.t. eventuele aanpassingen aan de woning en het gedrag. De eerste meting gebeurde zes maanden na het eerste huisbezoek; de tweede één jaar na het eerste bezoek.
- 6 In iedere pilootregio werden twee vormingen van telkens drie uur voorzien. Voor de eerste vorming (theoretische achtergrond) kon het projectteam rekenen op de hulp van een Medisch Milieukundige van het Logo uit de desbetreffende provincie; bij de tweede vorming werd een psycholoog met expertise in gesprekstechnieken uitgenodigd.

Aan het eind van het eerste huisbezoek liet de luchtconsulent – optioneel – één of meerdere folders/brochures achter met meer informatie rond ventileren, verluchten, vocht, schimmels of rookstop. Ook werd een afspraak gemaakt voor een vervolgbezoek, zes maanden later. Samen met de bewoner(s) zou bij dit tweede huisbezoek worden opgetekend hoe de situatie er na die periode uit zag: wat was verbeterd, en wat kon nog beter, zowel wat betreft gedragingen die aan de basis konden liggen van ongezonde lucht binnenshuis als wat betreft mogelijk gerelateerde gezondheidsklachten. Nog eens zes maanden later (en dus een jaar na het eerste huisbezoek) volgde een laatste bevraging bij de bewoners. Deze werd door de projectverantwoordelijke via e-mail of telefonisch afgenomen, en was dus zonder tussenkomst van de luchtconsulent.

2.2. Evaluatie en analyse

Op verschillende tijdstippen was er een kwalitatieve evaluatie van het project, zowel bij de bewoners als bij de luchtconsulenten. Na het eerste huisbezoek werd bij de bewoners met een beknopte enquête per mail of per post gepeild naar de motiverende factoren om deel te nemen. Ook werd in het tweede huisbezoek nagegaan wat men vond van de folders/brochures die aan het eind van het eerste bezoek werden achtergelaten (enkel bij diegenen die dit hadden ontvangen). Vrijwilligers die zich tot luchtconsulent wilden laten vormen, beantwoordden bij de start van de vorming een vragenlijst die peilde naar hun motivatie. Daarna waren er drie tussentijdse contactmomenten: kort na aanvang van de eerste reeks huisbezoeken, kort voor aanvang van de tweede reeks huisbezoeken en kort na afloop van diezelfde tweede huisbezoeken. Tijdens alle contactmomenten werden ervaringen uitgewisseld en oplossingen aangereikt voor mogelijke problemen. Bij het derde en laatste contact werd bijkomend afgetoetst of een mogelijk vervolgproject zinvol zou zijn. Daarnaast konden de luchtconsulenten steeds vrijblijvend contact opnemen met de regionale projectmedewerker voor bijkomende ondersteuning.

In Fase 5 werden de gegevens uit de herhaaldelijke afname van de checklist geanalyseerd en geïnterpreteerd. Zo werd gekeken of de huisbezoeken met advies op maat een eventueel effect hadden op de kennis, de attitudes en het gedrag inzake binnenmilieugerelateerde factoren bij Vlaamse burgers.

3. Resultaten

3.1. Karakteristieke luchtconsulenten en bewoners

3.1.1. Luchtconsulenten

Tabel 1 bevat de resultaten van de bevraging over de motivatie van de vrijwilligers bij de start van de vorming tot luchtconsulent. De belangrijkste redenen om zich te laten opleiden tot luchtconsulent, waren 'algemeen willen bijleren over het binnenmilieu' (66%), 'anderen bewust willen maken van het belang van goede binnenlucht' (63%) en 'goede binnenlucht is goed voor de gezondheid' (53%).

Tabel 1: Motiverende factoren voor het volgen van een vorming tot luchtconsulent*

Reden om zich aan te melden als luchtconsulent	Aantal	Percentage
Algemeen meer willen bijleren over binnenmilieu	25	66%
Anderen bewust willen maken van het belang van goede binnenlucht	24	63%
Goede binnenlucht is goed voor de gezondheid	20	53%
Graag nieuwe uitdagingen aangaan	18	47%
Goed binnenmilieu is belangrijk	17	45%
Zich zorgen maken om binnenlucht eigen woning en meer weten daarover	12	32%
Goede binnenlucht is goed voor het milieu	7	18%
Voor het sociaal contact (vormingen + huisbezoeken)	6	16%
Andere	6	16%
Overtuigd door de projectmedewerker om zich in te schrijven	5	13%

*39 personen meldden zich aan voor de vorming tot luchtconsulent. De cijfers in de tabel zijn een synthese van alle antwoorden die bij de start van de vorming werden verzameld en dus ook van vrijwilligers die uiteindelijk geen enkel huisbezoek uitvoerden.

Voor de eerste fase van de huisbezoeken voerden 31 luchtconsulenten minstens één huisbezoek uit. De groep luchtconsulenten bestond voor 55% uit mannen, met een gemiddelde leeftijd van 56 jaar. De meerderheid was hoger opgeleid, gepensioneerd en samenwonend met een partner. In totaal voerden de luchtconsulenten 215 eerste huisbezoeken uit, waarvan 108 door de luchtconsulenten uit Limburg en 107 door de luchtconsulenten uit West-Vlaanderen. Aan de luchtconsulenten werd voorgesteld om elk 10 geïnteresseerde bewoners te bezoeken. Gemiddeld bezocht elke luchtconsulent zeven woningen.

Voor de tweede reeks huisbezoeken voerden 19 luchtconsulenten minstens één bezoek uit. Deze groep luchtconsulenten was qua sociodemografische karakteristieken sterk gelijkend aan de groep die de eerste huisbezoeken uitvoerde. In totaal werden 141 bewoners door een luchtconsulent opnieuw gecontacteerd voor een tweede bezoek. 132 van hen stemden hiermee in. Ook bij de tweede reeks bezoeken werden gemiddeld 7 bezoeken per luchtconsulent uitgevoerd.

De sterke daling in bezochte bewoners tussen bezoek 1 en 2 is vooral te wijten aan het afhaken van een aanzienlijk deel van de luchtconsulenten in de loop van het project waardoor met heel wat bewoners geen tweede contact was. In elke projectfase lag de grote tijdsinvestering (en bijgevolg de moeilijke combinatie met werk- en/of privéleven) aan de basis van deze drop-out van luchtconsulenten.

Voor de luchtconsulenten die wel gedurende het hele project gegevens verzamelden, was de voornaamste stimulans om te blijven volhouden het engagement als vrijwilliger. Tijdens de terugkomenten wezen de aanwezige luchtconsulenten ook op de persoonlijke inhoudelijke meerwaarde van het project: ze waren zich bewust geworden van hun eigen gedrag rond binnenmilieu en hadden dat – indien nodig – aangepast.

3.1.2. Bewoners

De door de luchtconsulenten bezochte bewoners werden voornamelijk gerekruteerd uit het eigen familie- en/of kennissennetwerk. De doelgroepkarakteristieken van de bewoners die respectievelijk de eerste, tweede en derde checklist beantwoordden, zijn samengevat in Tabel 2. Er waren geen beduidende sociodemografische verschillen tussen de bewoners van beide pilootregio's.

Van de 215 bewoners die bij een eerste huisbezoek werden bezocht, was ongeveer de helft een man en was de gemiddelde leeftijd 56 jaar. De meerderheid was gepensioneerd, gevolgd door werkenden die als bediende en arbeider aan de slag waren. Van de bewoners gaf de meerderheid aan samen te wonen met een partner (al dan niet met kinderen ten laste). De meeste deelnemers hadden een eigen woning in open bebouwing en woonden gemiddeld al 23 jaar in de bezochte woning. Bij 132 bewoners werd een tweede huisbezoek uitgevoerd. Voor de derde bevraging hadden 79 personen bij het tweede bezoek aangegeven dat ze mochten worden gecontacteerd. Daarvan gingen er 52 (66%) uiteindelijk ook in op de uitnodiging (49 online en 3 via de telefoon).

Qua samenstelling was de doelgroep van de tweede en derde bevraging⁷ erg gelijkend aan deze van de eerste bevraging (zie Tabel 2), althans op vlak van geslacht, leeftijd, beroepsstatus, type bebouwing en het aantal jaren dat men al verbleef in de woning. Daarentegen bestond de groep van bezochte bewoners per nieuwe afname uit een steeds hoger percentage aan personen die samenwoonden met een partner, en nog een grotere meerderheid die in een eigen woning verbleef.

Tabel 2: Sociodemografische karakteristieken bewoners

	Bezoek 1	Bezoek 2	Bevraging 3
Aantal	215	132	52
Gemiddelde leeftijd in jaren	56	56	56
Geslacht (% mannen)	47	52	48
Opleidingsniveau (% hoger opgeleid)	52	53	58
Leefsituatie (% met partner)	66	70	77
Beroepssituatie (%)			
gepensioneerd	41	41	42
Bediende	27	32	37
Arbeider	10	10	6
Andere	22	17	15
% eigenaar van de woning	87	95	98
Soort bebouwing woning			
% open	44	47	37
% halfopen	23	27	35
% gesloten (rijwoning)	19	18	21
% appartement	13	14	8
Gemiddeld aantal jaren in woning	23 ± 16; 21	25 ± 16; 27	26 ± 16 ; 26

⁷ Alle bewoners die de derde bevraging beantwoordden, maakten deel uit van respectievelijk de groep van tweede huisbezoeken, die op hun beurt allen deel uitmaakten van de groep die ook een eerste huisbezoek kreeg.

Noot interpretatie van de resultaten

Het is belangrijk om op basis van de bovenstaande informatie rond de doelgroepkarakteristieken alle resultaten voorgesteld in hoofdstuk 3.2 op een correcte wijze en met de nodige voorzichtigheid te interpreteren: de luchtconsulenten bezochten immers vooral hoogopgeleide personen van middelbare leeftijd, wonend in een eigen woning, waar ze bovendien al vrij lang eigenaar van waren. Huurders, jongere personen en meer kwetsbare doelgroepen werden niet of nauwelijks bereikt. De resultaten gelden dus enkel in het licht van deze pilootstudie en zijn weinig veralgemeenbaar naar de Vlaamse bevolking. Niettemin wijzen de resultaten erop dat het pilootproject als nuttig werd ervaren en er geldige redenen zijn voor een vervolg (zie verder).

3.2. Resultaten checklist en tussentijdse evaluaties

3.2.1. Ventileren en verluchten

Ventileren is het voortdurend verversen van de lucht in de woning via ramen, roosters of een ventilatiesysteem. Verluchten is aanvullend een raam of buitendeur gedurende korte tijd wijd open zetten, bijvoorbeeld na vochtproducerende activiteiten zoals koken, douchen of poetsen. Voldoende ventileren en aanvullend verluchten zijn twee sleutelmechanismen om het binnenmilieu gezond te maken en te houden. De luchtconsulenten bespraken het principe en het belang ervan met de bewoners en gaven adviezen over hoe en wanneer ze dit konden doen. Bij het eerste bezoek gaf 69% van de bewoners aan het verschil te kennen tussen ventileren en verluchten. Dat percentage steeg bovendien met de leeftijd⁸.

Ventileren bij huisbezoek 1

De checklist peilde bij de bewoners naar hoe zij doorgaans ventileerden. 82% van de bewoners bij het eerste bezoek gaf aan te ventileren via de ramen, 11% via roosters en 7% via een ventilatiesysteem.

Wijzigingen ventileergedrag na 6 maanden en na 1 jaar

Voor de tweede huisbezoeken en de derde bevraging werden in totaal respectievelijk 111 en 44 geldige antwoorden geanalyseerd. Over het algemeen ventileerden bewoners nog steeds via de ramen (bezoek 2: 76/111 bewoners (68%); bezoek 3: 26/44 (59%)). Een heel beperkt aantal stapte na het eerste huisbezoek over naar roosters of een mechanisch systeem. Ook voor het ventileren via roosters waren er geen grote wijzigingen tussen bezoek 1 en bezoek 2. De meesten die reeds via roosters ventileerden, deden dit nog steeds (bezoek 2: 14/111 bewoners (13%); bezoek 3: 4/44 (9%)). Voor ventilatie via een mechanisch systeem, werd een onverwachte (weliswaar beperkte) evolutie opgetekend: van de 7 personen die tijdens het eerste bezoek aangaven via een mechanisch systeem te ventileren, gaven tijdens het tweede bezoek slechts 3 personen

aan dit systeem te gebruiken. Dit heeft wellicht te maken met een foute registratie van de ventilatiewijze bij één van de bevragingen.

Daarnaast werd tijdens het tweede huisbezoek en de derde bevraging bijkomend gepeild naar de frequentie van ventileren. Er werd rechtstreeks aan de bewoner gevraagd of deze het gevoel had meer of vaker te ventileren sinds het/de bezoek(en) van de luchtconsulent. Bij het tweede bezoek gaven 67 personen (61%) aan niet dat gevoel te hebben. De meerderheid (93%) hiervan gaf aan dat dit was omdat men al voldoende ventileerde op het moment van het eerste huisbezoek. Voor zij die wel aangaven vaker te ventileren (n=43), gaf de meerderheid (91%) aan dit te doen omdat ze door het huisbezoek bewust waren gemaakt van het belang van ventileren. Bij de derde bevraging werden heel gelijkaardige resultaten opgetekend, zij het bij een kleinere groep van respondenten (n=44). Bij de 54% bewoners (n=24) die antwoordden de frequentie niet te hebben verhoogd, was dit omdat ze al voldoende ventileerden. 95% van de 20 personen die de frequentie van ventileren wel hadden verhoogd (= 46%) deed dit door bewustwording via het huisbezoek.

Bij de bewoners die zich door het huisbezoek bewust waren geworden van het belang van ventileren, werd bij de derde bevraging ook gepeild naar het meest doorslaggevende huisbezoek. 58% (n=11) antwoordde dat dit het eerste bezoek was, en dit omwille van de zinvolle adviezen en de duidelijke, nieuwe informatie gegeven door de luchtconsulent.

Verluchten bij huisbezoek 1

In de checklist werd meermaals gepeild naar verluchtgedrag na vochtproducerende activiteiten (poetsen, koken, ...), en werd geregistreerd of en hoe men verluchtte tijdens en na het uitvoeren van klus- en decoratiewerken en bij het gebruik van sfeerobjecten zoals kaarsen of wierook. Gezien de beperkte registratie van klus- en decoratiewerken en gebruik van sfeerobjecten, gaat de onderstaande beschrijving rond gedragswijzigingen enkel over de zelf gerapporteerde veranderingen in algemeen verluchtgedrag, wanneer dit werd bevraged bij de tweede en derde herneming van de checklist.

Wijzigingen verluchten na 6 maanden en na 1 jaar

Analoog aan de vraag rond ventileergedrag, werd tijdens het tweede huisbezoek en bij de derde bevraging rechtsreeks aan de bewoner gevraagd of hij/zij vaker of meer verluchtte sinds het eerste (en/of tweede) bezoek van de luchtconsulent. Bij het tweede huisbezoek, gaven 69 personen (63%) aan niet dat gevoel te hebben. Voor 87% was dit omdat men al vaak genoeg verluchtte op het moment dat de luchtconsulent voor het eerst op bezoek kwam. Voor zij die wel rapporteerden vaker te verluchten (n=42), gaf 95% aan dit te doen omdat ze door het huisbezoek bewust waren gemaakt van het belang van voldoende verluchten. Binnen diezelfde groep van 42 bewoners

8 Leeftijdscategorie <49jaar: 60%; 50-59jaar: 67%; 60-69jaar: 75%; ≥70jaar: 81%

werden verschillende activiteiten aangeduid bij dewelke men er nu meer op lette om aanvullend te verluchten (vb. na het slapen (n=28), tijdens of na het koken (n=27) of na het nemen van een bad/douche (n=19)).

Dezelfde trend werd, net zoals bij de resultaten rond ventileren, ook voor verluchten gezien bij de bewoners die de derde bevraging beantwoordden (n=44). De 52% bewoners (n=23) die antwoordden de frequentie niet te hebben verhoogd, gaven allen aan dat dit kwam omdat ze al voldoende verluchtten. Binnen de groep die antwoordde de frequentie van verluchten wel te hebben verhoogd (n=21), kwam dit volgens 95% (n=20) van hen door bewustwording via het huisbezoek. Er werd opnieuw aangegeven dat er vaker werd verlucht na verschillende vochtproducerende activiteiten.

Ook voor verluchten werd bij de derde bevraging een extra vraag gesteld aan de bewoners die peilde naar het meest doorslaggevende huisbezoek⁹. Daar werd door 55% (n=11) geantwoord dat het eerste bezoek de meeste doorslag had gegeven en dit om dezelfde redenen als voor ventileren.

Bespreking 'ventileren en verluchten'

Op basis van de bovenvermelde resultaten kunnen een aantal conclusies worden getrokken voor de doelgroep van bezochte bewoners. Het grote aantal bewoners dat via de ramen ventileert, kan worden beschouwd als een ontvankelijke doelgroep voor de adviezen die via de huisbezoeken werden gegeven. De tips die werden meegegeven kunnen immers vooral toegepast worden in woningen waar *niet* met een mechanisch ventilatiesysteem wordt geventileerd.

Verder wijzen de resultaten rond ventileren én verluchten erop dat het huisbezoek met advies door een luchtconsulent positief is geweest voor een beduidend aantal bezochte bewoners die nog niet voldoende ventileerden en/of verluchtten. De voornaamste reden hiervoor was dat deze personen zich door het bezoek bewust werden van het belang van beide handelingen en daarom hun gedrag hebben gewijzigd.

Anderzijds tonen de resultaten dat een groot deel van de bewoners al voldoende ventileerde/verluchtte bij het eerste bezoek en dit nog steeds deed bij een tweede bevraging. Echt 'slechte' woningen werden echter nauwelijks bereikt via de bezoeken. Mogelijks zal hier de selectiebias (niet-representatieve steekproef door rekrutering in eigen netwerk van luchtconsulenten) meespelen. Ook de luchtconsulenten gaven dit aan tijdens de tussentijdse contactmomenten en vermeldden dat ze het gevoel hadden dat ze de meest kwetsbare doelgroepen niet bereikten en in meer 'gezonde huizen' over de vloer kwamen.

3.2.2. Koken en verwarmen

Op de juiste manier gebruik maken van keuken- en verwarmingstoestellen is een derde belangrijke gedraging om een woning en haar bewoners gezond te houden. Goed onderhouden verwarmingstoestellen (vb. boiler, kachel) en een minimumtemperatuur van 15°C houden schadelijke stoffen (vb. rookgassen) beperkt en zorgen ervoor dat vocht minder kans krijgt om neer te slaan (condens vormt zich immers op koude oppervlakken zoals muren, spiegels en glas). Onderstaand worden de resultaten besproken die betrekking hebben op het gebruik van de dampkap en het onderhoud van de verwarmingstoestellen.

Koken en verwarmen bij huisbezoek 1

212 personen waren bereid de vragen over koken te beantwoorden. Bij het eerste huisbezoek gaf de meerderheid van de bewoners (97%; n=206) aan een dampkap te hebben. Wat betreft de gebruiksfrequentie, gaf 70% (n=144) aan de dampkap bij iedere kook- en bakbeurt te gebruiken, 18% (n=37) bij het koken, maar niet bij het bakken, en 12% (n=25) niet altijd bij het koken en niet altijd bij het bakken. Wat betreft het laten 'nadraaien' van de dampkap na gebruik, gaf de meerderheid (71%; n=146) aan dit niet altijd of zelfs nooit te doen, in vergelijking met 29% (n=60) die dit wel deed.

185 bewoners beantwoordden bij het eerste bezoek ook vragen over verwarmingstoestellen. De meerderheid (55%; n=102) gaf aan dat de woning op koude dagen via centrale verwarming op gas werd verwarmd én dat dit in die periode de (bijna) dagelijkse manier van verwarmen was. Andere mogelijke verwarmingstoestellen in de checklist ('haardvuur/houtkachel', 'petroleumkachel', 'pelletkachel', 'centrale verwarming op elektriciteit' en 'gasbrander') werden ook aangevinkt, maar werden beduidend minder frequent gebruikt als voornaamste warmtebron tijdens koude dagen. Bij de optie 'andere' ging het hier bijvoorbeeld om centrale verwarming via een warmtepomp. In totaal gaf 21% (n=39) van de bewoners aan dat ze een dergelijke 'andere' warmtebron (bijna) dagelijks gebruikten op koude dagen.

Wijzigingen koken en verwarmen na 6 maanden¹⁰

De resultaten van het tweede huisbezoek, waarvoor 110 bewoners data aanleverden rond koken en verwarmen, toonden dat de meerderheid (68%; n=75) van de bezochte bewoners de dampkap nog steeds bij iedere kook- en bakbeurt aanzette. 12/110 personen (11%) die dit niet altijd bij een bakbeurt deden, gaven bij de tweede bezoeken aan dit nu wél altijd te doen; en voor 8/110 personen (7%) die de dampkap bij het eerste bezoek sowieso niet altijd gebruikten (niet bij kook- en niet bij bakbeurt), werd dezelfde positieve evolutie geregistreerd. Voor het 'laten nadraaien van de dampkap'¹¹, werd voor 35 personen

⁹ Indien men had geantwoord dat men zich door het huisbezoek bewust was geworden van het belang van verluchten.

¹⁰ Bij de bevraging na 1 jaar (checklist 3) werden geen vragen meer rond koken en verwarmen gesteld.

¹¹ Deze vraag werd enkel beantwoord door personen die bij huisbezoek 1 hadden aangegeven dat ze een dampkap hadden.

opgetekend dat zij dit nu wel systematisch deden, terwijl ze bij het eerste bezoek hadden aangegeven dit niet altijd te doen. 43 personen gaven nog steeds aan dit niet altijd te doen.

Wat betreft de verwarmingstoestellen wijzen de resultaten van het tweede huisbezoek op een gelijkaardige situatie voor de meest gebruikte warmtebron, namelijk centrale verwarming op gas. Indien bij de eerste bezoeken een probleem aan de rookgasafvoer van een verwarmingstoestel of van de boiler was geregistreerd, kregen de bewoners bij een tweede bezoek de vraag of ze stappen hadden ondernomen om het probleem op te lossen. Het aantal geregistreerde problemen lag erg laag (9/111 bewoners waar een probleem met het verwarmingstoestel bleek te zijn, en 23/111 registraties voor problemen met de rookgasafvoer van de boiler). Bij de personen die geen stappen hadden ondernomen (noch voor verwarmingstoestellen, noch voor de boiler), werd vermeld dat men zich niet herinnerde dat er een probleem was gedetecteerd bij het eerste bezoek, of dat er weinig belang aan dit probleem werd gehecht tijdens het gesprek.

Voor problemen met de rookgasafvoer van de verwarmingstoestellen, gaven 7 van de 9 bewoners (78%) bij wie een dergelijk probleem was gedetecteerd aan dat ze stappen hadden ondernomen om het op te lossen. Voor problemen met de rookgasafvoer van de boiler, gaven 13 van de 23 personen (57%) aan dat ze dit hadden gedaan. Verschillende oplossingen werden vermeld, gaande van het contacteren van een vakman tot het zelf oplossen van het probleem of het weghalen van het toestel.

Bespreking 'koken en verwarmen'

De resultaten inzake gebruik van de dampkap wijzen er opnieuw op dat de doelgroep van bezochte bewoners al vrij gezond gedrag stelde. Toch wijzen de veranderingen na zes maanden erop dat het gegeven advies rond het consistent gebruik van de dampkap bij iedere kook- en bakbeurt en het laten nadraaien ervan voor sommige bewoners een eyeopener was en dat men het gedrag in positieve zin had gewijzigd.

De resultaten rond verwarming suggereren dat, voor diegene die een wijziging in gedrag rapporteerden, de adviezen van de luchtconsulent mogelijk een rol hebben gespeeld in de bewustwording rond het probleem en het aanzetten tot gedragsverandering. Toch wijzen de resultaten vooral in de richting van een beperkte (of onduidelijke) registratie van problemen inzake verwarming en mag deze conclusie niet worden veralgemeend, aangezien het over erg weinig bewoners gaat.

De beperkte registratie van problemen kan opnieuw te wijten zijn aan de steekproef van bezochte bewoners die hoofdzakelijk bestond uit eigenaars van een woning en personen die al vrij lang op hetzelfde adres woonden. De tussentijdse contactmomenten met de luchtconsulenten leerden bijvoorbeeld dat de vragen over verwarmen in de checklist niet altijd van toepassing waren op de woningen die zij bezochten,

omdat er vaak met nieuwere toestellen (zonder rookgasafvoer) werd verwarmd. Vermoedelijk is het probleem daarom onderschat in dit pilootproject.

3.2.3. Vocht en schimmels

Vocht en schimmels bij huisbezoek 1

Gedragingen zoals voldoende ventileren en verluchten, en op de juiste manier koken en verwarmen, kunnen vocht- en schimmelproblemen (al dan niet gedeeltelijk) helpen oplossen. Ook aan dergelijke problemen werd tijdens de huisbezoeken aandacht besteed. Zo werd aan de bewoners gevraagd om vocht- en schimmelproblemen te rapporteren en ze eventueel te tonen aan de luchtconsulenten. In totaal waren 202 personen bereid de vragen rond dit thema te beantwoorden.

Voor schimmelproblemen werden geldige resultaten voor 176 personen berekend. 18% van de bezochte bewoners (n=31) gaf bij het eerste huisbezoek aan dat er schimmels in de woning aanwezig waren, voornamelijk in een 'andere kamer' (n=17) dan de keuken (n=2), de badkamer (n=7) of de slaapkamer (n=11). Bij problemen in de badkamer en de slaapkamer werd gevraagd of men al dan niet verluchtte na het baden/douchen en slapen, en of de kamer voldoende werd verwarmd tot 15°C. Qua verluchten gaf het merendeel van de bewoners aan dat dit toch werd gedaan, voor verwarming werd dit minder consistent gerapporteerd.

Voor vochtproblemen werd voor 200 personen een geldige respons geanalyseerd. 48 personen (25%) hadden een probleem met opstijgend of doorslaand vocht en de meerderheid (n=35) gaf aan dat dit probleem zich bevond in een 'andere kamer' dan de keuken, badkamer of slaapkamer. Bij 15 personen werd gerapporteerd dat er een lek was (8%), opnieuw met het merendeel van de problemen (n=10) in een 'andere kamer'. 29 bewoners (15%) meldden een muffe of onfris geur, ook hier vooral (n=16) in een 'andere kamer'. Tot slot rapporteerden 55 personen (27%) condens/waterdruppels, waarvan 20 in de badkamer en 13 in de slaapkamer.

Hoe dan ook was er een vrij beperkte registratie van vocht- en schimmelproblemen tijdens het eerste bezoek. De evaluatievragenlijst die 91 bewoners invulden na het eerste bezoek, wees uit dat 49 van hen (54%) aangaf altijd alle problemen zoals vocht en schimmels te hebben getoond wanneer daar om werd gevraagd. Een groot deel (42/91) toonde dit dus niet. 21% onder hen antwoordde dat dit was omdat dergelijke problemen privé zijn of dat men zich ervoor schaamde tegenover de luchtconsulent.

Wijzigingen gedrag na 6 maanden en na 1 jaar

Bij registratie van een schimmel- of vochtprobleem tijdens het eerste huisbezoek, kregen de bewoners bij een tweede bezoek de vraag of ze stappen hadden ondernomen om het probleem op te lossen.

Van de 49 bewoners met een geregistreerd vochtprobleem bij het eerste bezoek, ondernamen er 31 stappen om dit te verhelpen (vb. beter ventileren/verluchten/verwarmen, contacteren van een vakman). Van de 18 bewoners die dit niet deden, waren er 11 (61%) die vermeldden dat er volgens hen geen probleem was gedetecteerd bij het eerste bezoek. Van de 17 personen met gerapporteerde schimmels bij het eerste bezoek gaven er 13 (76%) aan stappen te hebben ondernomen (vb. beter ventileren/verluchten, het onderliggende probleem oplossen, beter verwarmen).

In de derde bevraging werd geen rechtstreekse link met de eerste huisbezoeken gelegd via de checklist. Wel werd bij deze derde bevraging gepeild naar het feit of men 'in het voorbije jaar een vochtprobleem had gehad' (dezelfde vraag werd gesteld voor schimmels) en of dit probleem ondertussen al dan niet was opgelost. 43 personen leverden geldige data aan.

Voor vochtproblemen antwoordde de meerderheid (77%; n=33) dat er geen probleem was geweest, 16% (n=7) antwoordde dat er wel een probleem was geweest, maar dat dit op het moment van de bevraging niet meer aanwezig was, en 3 personen (7%) gaven aan dat er een probleem was, dat nog steeds niet was opgelost. De 10 personen die aangaven het afgelopen jaar een (al dan niet opgelost) probleem te hebben (gehad), kregen de vraag of zij stappen hadden ondernomen om het op te lossen. Die resultaten waren zeer gelijkend aan de antwoorden bij het tweede huisbezoek: 8 van de 10 hadden effectief stappen ondernomen, zoals het contacteren van een vakman, meer ventileren/verluchten en beter verwarmen.

Wanneer naar schimmelproblemen werd gepeild, gaf 84% (n=36) aan geen probleem te hebben gehad, gaven 5 personen (12%) aan er wel eentje te hebben gehad, maar nu niet meer, en antwoordden 2 bewoners (5%) dat er een probleem was dat nog altijd niet was opgelost. 7 personen kregen dan ook de vraag of ze stappen hadden ondernomen, waarvan 5 dit ook hadden gedaan: de schimmel werd weggehaald, er werd meer geventileerd/verlucht/verwarmd, er werd contact genomen met een vakman.

Bespreking 'vocht en schimmels'

Een beperkt aantal bewoners lijkt een aantal adviezen rond aanpak en voorkomen van vocht- en schimmelproblemen ter harte te hebben genomen. Er werden echter erg weinig problemen geregistreerd, wat op twee zaken kan wijzen: ten eerste kan er selectiebias zijn bij de steekproef en waren de bezochte woningen over het algemeen in een vrij goede staat. Kwetsbare doelgroepen werden nauwelijks bevraagd. Ten tweede heeft die selectiebias ook te maken met de verhouding luchtconsulent-bewoner: de evaluatievragenlijst van de bewoners leert dat zij vooral hadden ingestemd met het onderzoek omdat de luchtconsulent een persoonlijke kennis was en men deze persoon zo een plezier deed (67%). Dit is een logisch gevolg van de keuze om de luchtconsulenten op bezoek te laten gaan in woningen van personen in hun eigen netwerk. De terugkommomenten met de luchtconsulenten leerden bovendien dat zij vermoedden dat die persoonlijke verhouding met de bewoner aan de basis lag van het achterhouden van informatie en/of het sociaal wenselijk antwoorden.

3.2.4. Poetsproducten

Poetsproducten bij huisbezoek 1

Bij de huisbezoeken ging ook aandacht naar het correct gebruik van poetsproducten, vooral deze met gevarensymbolen. De gegevens van 206 bewoners werden geanalyseerd. In totaal kregen 121 personen (59%) advies rond het gebruik van poetsproducten waar gevarensymbolen op staan. 85 personen kregen dit advies niet vanwege hun antwoord dat er geen dergelijke producten werden gebruikt in de woning.

Voor zij die de vervolgvragen en het advies kregen (n=121), rapporteerde 74% (n=90) de producten te gebruiken zoals beschreven op het etiket. Op de vraag of men ook aanvullend verluchtte na het poetsen, antwoordde de meerderheid (72%; n=87) ontkennend.

Wijzigingen gedrag na 6 maanden

Uit de resultatenanalyse blijkt dat er voor de vragen over poetsproducten weinig verandering is in het geregistreerde gedrag rond het gebruik ervan (aanvullend verluchten): 34 bewoners gaven zowel bij bezoek 1 als bij bezoek 2 aan poetsproducten met gevarensymbolen te hebben gebruikt. Van deze groep antwoordde de meerderheid (76%; n=26) bij beide bezoeken dat ze niet verluchtten na het poetsen.

Bespreking 'poetsproducten'

De resultaten tonen dat een groot deel van de bewoners de gebruiksaanwijzing van gevaarlijke poetsproducten wel gebruikt, maar dat er vooral nog marge is in het aanvullend verluchten na het poetsen, om zo vocht en vervuilende stoffen sneller uit de woning te krijgen.

Er is geen eenduidige verklaring voor het uitblijven van een mogelijk effect van de huisbezoeken op gedrag rond poetsproducten. Een mogelijke reden zou kunnen zijn dat de adviezen heel beperkt waren, omdat de vorming van de luchtconsulenten hier ook niet in de diepte ging. Dit werd onder andere bij de terugkommomenten door sommige luchtconsulenten aangegeven. Een andere verklaring kan zijn dat de luchtconsulenten misschien niet de best geplaatste personen waren om advies te geven rond het gebruik van poetsproducten binnen hun eigen kennissenkring. Een mogelijke piste voor vervolgonderzoek zou kunnen zijn dat wordt samengewerkt met mensen die meer geloofwaardigheid hebben inzake dit thema, bijvoorbeeld poetshulpen of mantelzorgers die het huis van een familielid schoonmaken.

Evaluatie van de verstrekte adviezen

91 bewoners beantwoordden de evaluatievragenlijst (die ze facultatief invulden na het eerste huisbezoek) waarin via een aantal stellingen gepeild werd naar hoe men het eerste huisbezoek had ervaren. De stellingen konden worden beantwoord met 'niet akkoord', 'eerder niet akkoord', 'neutraal', 'eerder akkoord', of 'akkoord'. 80 personen gaven aan 'eerder akkoord' (n=27) of 'akkoord' (n=53) te zijn met de stelling 'Ik vond de gekregen adviezen nuttig'. Hieruit kan worden geconcludeerd dat diegene die de evaluatievragenlijst invulden, positief stonden tegenover deze adviezen. Opnieuw is enige

nuance aangewezen omwille van de bovenvermelde selectiebias (niet-representatieve steekproef en de hechte band met/sympathie voor de luchtconsulent zelf).

Uit de resultaten kon niet worden opgemaakt of de adviezen te beperkt waren en/of dat er door de luchtconsulent tijdens het bezoek aan bepaalde problemen te weinig aandacht werd besteed. Bij de terugkommomenten met de luchtconsulenten werd wel vermeld dat de inhoudelijke vorming rond binnenmilieu (een sessie van 3 uren om alle factoren te bespreken), misschien te intensief was voor vrijwilligers zonder voorkennis over het onderwerp. Ook de vorming rond gesprekstechnieken werd als nuttig, doch opnieuw te beperkt, ervaren. Door bovenstaande redenen voelden sommige luchtconsulenten zich niet altijd helemaal comfortabel bij het verstrekken van de adviezen tijdens het huisbezoek. Er werd gesuggereerd om de technieken voor verlenen van advies meer in de diepte uit te werken en in de vormingen ook met concretere voorbeelden te werken.

3.2.5. Evaluatie van de gebruikte projectmaterialen

Folders en brochures

Na het eerste bezoek werden optioneel folders en brochures met extra achtergrondinformatie rond binnenmilieugerelateerde factoren achtergelaten bij de bewoners. Het nut en de begrijpelijkheid hiervan werden tijdens het tweede huisbezoek bij de bewoners bevestigd. Verder werd tijdens de tussentijdse contactmomenten met de luchtconsulenten ook bij hen afgetoetst wat ze hiervan vonden.

97 bewoners hadden informatie gekregen bij het beëindigen van het eerste huisbezoek, en 95 onder hen herinnerden zich dit ook bij het tweede huisbezoek. Van deze 95 personen hadden er 79 de informatie achteraf ook doorgenomen en 47 hadden de informatie bovendien achteraf gebruikt, voornamelijk om het ventileer- en verluchtgedrag aan te passen. De informatie in de folders en brochures werd over het algemeen positief beoordeeld¹²: de materialen werden als 'mooi' (gemiddeld 4,3/5), 'begrijpelijk' (gemiddeld 4,9/5), en 'nuttig voor extra informatie na het bezoek' (gemiddeld 4,4/5) beoordeeld. Qua 'duidelijkheid' van de informatie werd een gemiddelde score van 3,7/5 gegeven. Het 'nut om later de tips nog eens opnieuw te lezen' werd minder goed beoordeeld, met een gemiddelde score van 2,2/5.

De luchtconsulenten gaven aan dat de folders en brochures nuttig waren, omdat ze zo 'iets tastbaars' konden achterlaten bij de bewoners, zodanig dat deze de adviezen later nog eens konden bekijken. De luchtconsulenten vonden wel dat de informatie niet altijd even laagdrempelig was en signaleerden dat deze materialen voor kwetsbare doelgroepen mogelijk te moeilijk zijn.

Een suggestie voor een mogelijk vervolgproject is een evaluatie of de materialen de juiste methodiek zijn om de informatie rond binnenmilieu te ontsluiten voor een breder publiek, inclusief de meest kwetsbaren. Er dient rekening te worden gehouden met het correct en laagdrempelig visualiseren van de essentiële principes, zodat zo veel mogelijk mensen worden bereikt. Dit vereist mogelijks een differentiatie naar doelgroep.

Doorverwijslst naar externe hulp

Zoals reeds eerder vermeld, werden in dit pilootproject basisadviezen gegeven voor beperkte woning- en gedragsaanpassingen die de kwaliteit van het binnenmilieu zouden kunnen verbeteren. Wanneer de luchtconsulenten echter met meer complexe en bouwtechnische problemen geconfronteerd werden, konden zij de bewoner via een doorverwijsschema naar gespecialiseerde hulp doorverwijzen. In de bevraging van de bewoners werd bij het tweede huisbezoek gepeild naar het al dan niet doorverwijzen naar professionele hulp. 130 bewoners beantwoordden deze vraag, waarvan slechts 17% (n=22) aangaf dat ze inderdaad werden doorverwezen.

In de tussentijdse contactmomenten met de luchtconsulenten werd bevestigd dat er weinig doorverwijzing was gebeurd. Ze gaven aan dat ze het doorverwijsschema een nuttig instrument vonden, maar dat er te weinig aandacht aan kon worden besteed tijdens de vorming die ze hadden gekregen. Hun suggestie was dan ook om bij een eventueel vervolgproject een extra vorming in te laten en/of online een toegankelijke manier te voorzien waar de ontsluiting van nuttige adressen/contactpersonen meer in de diepte is uitgewerkt.

4. Conclusie en lessons learned voor de toekomst

De resultaten uit het pilootproject wijzen erop dat huisbezoeken met een checklist en adviezen, voor zowel luchtconsulenten als bewoners, nuttig waren. De luchtconsulenten evalueerden dit pilootproject overwegend positief: door het project hebben ook zij hun kennis rond binnenmilieu en de beïnvloedende factoren kunnen vergroten en kregen ze handelingsstrategieën aangereikt om eveneens hun eigen gedrag inzake binnenmilieu te gaan veranderen.

Hoewel de bezochte woningen door de luchtconsulenten in het algemeen werden beoordeeld als zijnde in 'vrij goede staat', werden de verstrekte adviezen door een meerderheid van de bewoners toch nog steeds als zinvol en leerrijk ervaren. Bovendien toonden de resultaten – vooral deze rond ventileren en verluchten – dat een beduidend deel van bezochte bewoners zich door het project bewust was geworden van het belang van deze gedragingen, en daarom ook het eigen gedrag in positieve zin had gewijzigd. Ook ondernamen de bewoners stappen om

¹² Scores die worden weergegeven zijn gemiddelde scores op 5, voor een schaal gaande van '1=niet akkoord' tot '5=helemaal akkoord'.

beschadigde toestellen of structurele problemen zoals vocht en schimmels op te lossen en deze in de toekomst te voorkomen.

Samengevat leert dit pilootproject dus dat voor de doelgroep van bezochte bewoners, een dergelijk project nuttig was in de overdracht van kennis, waardoor de intentie tot het stellen van gezond binnenmilieugerelateerd gedrag verhoogde en dit gedrag zelf ook vaker werd gesteld.

Ondanks de bovenvermelde positieve conclusies zijn er ook enkele verbeterpunten die zinvol zijn voor het ontwikkelen van eventueel toekomstige onderzoeksprojecten. Zo blijkt dat de checklist en adviezen opnieuw moeten worden geëvalueerd als methodiek bij een populatie die meer representatief is voor de Vlaamse bevolking. Ook dient de methodiek te worden herbekeken voor toepasbaarheid bij meer kwetsbare doelgroepen, die mogelijk met andere problemen te kampen hebben dan de bewoners die deelnamen aan deze pilootstudie. Verder lijkt de ontsluiting van bestaande informatie, eventueel zonder tussenkomst van de luchtconsulent, nog niet optimaal te zijn. De terugkomenten met de luchtconsulenten leerden verder dat verbetering van de eigen leefomgeving een motivator voor hun engagement binnen het project was. Daarentegen leerde dit project ook dat de logistieke complexiteit of een intensief opvolgingstraject als zwaar werden gepercipieerd, zowel voor de luchtconsulenten zelf als voor de bezochte bewoners. Binnen het pilootproject werd daarom bijkomend een online platform ontworpen onder de vorm van een 'luchtconsulentenhuis', waar burgers op een laagdrempelige en interactieve manier meer kunnen leren over gezond binnenmilieu, zonder huisbezoek. Bovendien verwijst de webpagina door naar betrouwbare en correcte informatie die door experts werd opgesteld. Het platform is te raadplegen via www.deluchtconsulent.be. Aangezien de lancering van

de toepassing pas aan het eind van de projecttermijn gebeurde, dient de toepassing nog te worden geëvalueerd en eventueel te worden aangepast.

Verder blijkt uit de evaluaties dat het profiel van de luchtconsulenten kan worden herbekeken en dat de overweging zou moeten worden gemaakt om de 'functie' van luchtconsulent op te nemen in de werking van professionals die al aan huis komen bij bewoners. Daarbij aansluitend werden de vormingen tot luchtconsulent soms als te belastend ervaren (met name te veel informatie op een te korte tijdsduur van de vorming). Eventueel toekomstige vormingen voor professionals die zich als luchtconsulent laten bijscholen, zouden daarom meer in de diepte kunnen worden uitgewerkt, zodat aspecten als doorverwijzing naar (meer) professionele hulp en kernaspecten van motiverende gespreksvoering (onder meer het 'omgaan met weerstanden') uitgebreider aan bod kunnen komen. Bij het aanbieden van de vormingen voor professionals en het inbedden van de kennisoverdracht rond binnenmilieu in het takenpakket van personen die aan huis gaan bij bewoners, speelt bovendien immers het aspect van de moeilijke combinatie tussen de functie van luchtconsulent en het eigen privéleven een minder grote rol.

Beweging.net neemt de *lessons learned* mee en diende ondertussen een subsidieaanvraag in voor een vervolgstudie. De vervolgstudie zal zich vooral richten op het uitwerken van vormingen en sensibiliseringspakketten 'gezonde binnenlucht', die worden uitgewerkt op maat van verschillende doelgroepen (professionelen en vrijwilligers) die bij bewoners van particuliere gebouwen over de vloer komen. Beweging.net maakt ook het online platform www.deluchtconsulent.be verder bekend over heel Vlaanderen, zodat het ter beschikking staat van alle Vlaamse burgers in particuliere woningen. Het beheer van de webpagina zal ook in de toekomst verder worden opgenomen door Beweging.net.

De vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger

*Sigrid Vancorenland & Hervé Avalosse, Studiedienst
Karen Mullie & Anaïs Verleyen, Juridisch Departement
Patrick Verhaegen, Altéo
Bertout Hellemans, Samana*

Samenvatting

CM draagt de rechten van de patiënt hoog in het vaandel. Elk jaar zetten CM, Samana en Altéo één recht in de kijker op 18 april, de Europese dag van de patiëntenrechten. In 2019 is dat het recht op ondersteuning door een vertrouwenspersoon, bij het uitoefenen van sommige patiëntenrechten, en het recht op het aanduiden van een vertegenwoordiger, die in jouw plaats je patiëntenrechten kan uitoefenen indien je hier zelf niet meer toe in staat bent.

In aanloop naar deze dag van de rechten van de patiënt werd een oproep gedaan naar onze CM leden en het CM personeel om hun ervaringen met deze twee rollen te delen met ons. Op basis van de ontvangen verhalen werden enkele vaststellingen en aanbevelingen geformuleerd.

Zo wordt een vertrouwenspersoon meenemen naar een consultatie bij een arts als positief ervaren. Met twee hoor je meer en kan alles beter onthouden worden. Aangezien een vertrouwenspersoon vaak meegenomen wordt naar situaties van (ernstige) chronische ziekte(s) is het belangrijk dat alle informatie wordt gecapteerd in functie van de verdere behandeling. Een vertrouwenspersoon kan er ook voor zorgen dat alle informatie correct begrepen wordt, door eventuele negatieve interpretaties van de patiënt achteraf te nuanceren. Doordat je met twee bent om vragen te stellen, verhoogt nog eens de kans dat alles goed begrepen wordt. Tot slot biedt het niet alleen zijn een geruststelling en steun.

Een vertrouwenspersoon meenemen op consultatie kan zo bijdragen tot een betere opvolging van de ziekte en het goed toepassen van de behandeling. Hoe beter alles begrepen wordt, hoe meer informatie onthouden wordt, hoe beter voor de behandeling en het verdere verloop van de ziekte.

De taak van een vertegenwoordiger is zwaar: een beslissing moeten nemen over het verdere leven of zelf over leven en dood van een naaste ligt emotioneel gezien bijzonder moeilijk. Het is heel belangrijk dat men in deze moeilijke beslissing goed wordt bijgestaan door het medisch personeel. Informatie en kwaliteitsvolle communicatie vergemakkelijken de beslissing, of maken ze toch minder moeilijk. Nog moeilijker wordt het wanneer de vertegenwoordiger geen idee heeft van wat de persoon zelf zou willen. Daarom is het heel belangrijk om op voorhand met je naaste(n) te bespreken wat jouw wensen zijn in geval zulke beslissingen genomen moeten worden.

Ook de zorgverleners werden bevraagd over hun ervaringen. Zij geven weer dat ze over het algemeen een positieve ervaring hebben met een vertrouwenspersoon. Maar er is evengoed een keerzijde aan het verhaal. De aanwezigheid van een vertrouwenspersoon kan de relatie tussen zorgverlener en patiënt bemoeilijken als de vertrouwenspersoon teveel naar zich toe trekt, teveel wil sturen of onmogelijke dingen vraagt. Zorgverleners geven zelf aan dat ze er aandachtig voor moeten blijven dat de patiënt de centrale figuur blijft en je als zorgverlener niet enkel spreekt met de vertrouwenspersoon. Ook de ervaring met vertegenwoordigers heeft twee kanten. Langs de ene kant hebben zorgverleners te maken met vertegenwoordigers die het beste voorhebben met de patiënten die ze vertegenwoordigen. Maar er zijn ook vertegenwoordigers die beslissingen nemen tegen de wil van de patiënt in.

Een eerste aanbeveling is om te informeren over het recht op een vertrouwenspersoon zodat patiënten weten dat ze hier een beroep op kunnen doen en dit hen voordelen kan opleveren. Een specifieke aandacht moet echter gaan naar patiënten die geen beroep kunnen doen op een vertrouwenspersoon in hun naaste omgeving. In verband met de vertegenwoordiger is het een aanbeveling om mensen te informeren en te sensibiliseren over het belang om op voorhand het gesprek aan te gaan met je naaste(n) over wat hun wensen zijn in specifieke situaties (vb: coma na ernstig ongeval). Om er zeker van te zijn dat de persoon met wie je op voorhand jouw wensen besproken hebt, ook de persoon zal zijn die deze beslissingen neemt, is het goed om op voorhand een vertegenwoordiger aan te duiden en te registreren en hierover met de behandelende arts te spreken en dit te laten opnemen in het patiëntendossier.

Sleutelwoorden: patiëntenrechten, vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, zorgverlener

1. Achtergrond

In ons land zijn de rechten van de patiënt wettelijk vastgelegd. Ze omvatten acht items en zijn van toepassing voor zorgverleners:

- Het recht om de beroepsbeoefenaar vrij te kunnen kiezen,
- Het recht om een kwaliteitsvolle dienstverlening te ontvangen,
- Het recht om informatie over zijn gezondheidstoestand te krijgen,
- Het recht om vrij toe te stemmen in een tussenkomst, met voorafgaande informatie,
- Het recht om het patiëntdossier te raadplegen, met mogelijkheid tot inzage en afschrift,
- Het recht op de bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer,
- Het recht om een klacht bij een ombudsdienst neer te leggen,
- Het recht op pijnbehandeling

Daarnaast vermeldt de wet op de patiëntenrechten het recht op ondersteuning door een vertrouwenspersoon. Jij oefent je rechten zelf uit, maar kan je hierbij laten bijstaan door een persoon die je zelf kiest.

De wet patiëntenrechten voorziet bovendien in het recht dat je een vertegenwoordiger kan aanduiden, voor wanneer je als patiënt zelf niet meer in staat bent om je wil te uiten en je rechten zelf te doen gelden.

CM heeft ervoor gekozen om in 2019 deze laatste twee rechten in de kijker te zetten op de Europese dag van de rechten van de patiënt op 18 april.

De vertrouwenspersoon is een familielid, vriend of een ander persoon die door jou is aangewezen om je bij te staan bij:

- het verkrijgen van informatie over je gezondheidstoestand;
- de inzage van je patiëntendossier of het verkrijgen van een afschrift ervan;
- het neerleggen van een klacht.

Naast deze mogelijkheden die expliciet vermeld worden in de wet patiëntenrechten speelt de vertrouwenspersoon een belangrijke rol om samen met de patiënt informatie op te nemen en te verwerken, eventueel verduidelijkingsvragen te stellen, erover te waken dat de arts zich in de eerste plaats tot de patiënt richt en erop toe te zien dat de patiënt de informatie begrijpt.

De vertegenwoordiger daarentegen is een meerderjarige persoon die in jouw plaats je rechten uitoefent, indien je hiertoe

niet meer in staat bent (bv. omdat je in coma ligt of dement bent).

Deze twee begrippen mogen dus niet verward worden. Een vertrouwenspersoon staat de patiënt slechts bij in de uitoefening van zijn rechten, maar de patiënt blijft zelfstandig beslissen. Een vertegenwoordiger daarentegen zal beslissingen nemen in de plaats van de patiënt, wanneer de patiënt hiertoe zelf niet meer in staat is.

Naast de vermelding van de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger in de wet patiëntenrechten, worden deze begrippen ook gebruikt in verschillende andere wetgevingen (zoals de euthanasiewetgeving of de wet op de bewindvoering). De begrippen worden echter niet altijd op dezelfde manier gebruikt en hebben niet noodzakelijk dezelfde betekenis. Soms worden dezelfde begrippen gebruikt, maar met een andere invulling. In andere wetgevingen spreekt men dan weer inhoudelijk van hetzelfde, maar gebruikt men hiervoor andere termen. Dit maakt het wettelijk kader zeer complex.

Om een vertrouwenspersoon in het kader van de uitoefening van jouw rechten als patiënt aan te duiden zijn er geen formaliteiten. Dit kan op een informele basis, zonder schriftelijke documenten. Het is natuurlijk wel mogelijk en soms ook nuttig om dit schriftelijk vast te stellen. Een modelformulier is hiervoor terug te vinden op de website van de FOD Volksgezondheid (www.patientrights.be).

Afhankelijk van het moment en van de beschikbaarheid van de mensen rondom jou, kan het zijn dat je meerdere vertrouwenspersonen hebt. Om een vertrouwenspersoon te kiezen is het vooral belangrijk om op de volgende zaken te letten:

- Je moet de persoon vertrouwen.
- De persoon is bereid om de rol als vertrouwenspersoon op te nemen.

Het is belangrijk om hierover in gesprek te gaan met de persoon die de rol als vertrouwenspersoon zal opnemen. Spreek over wat jij als patiënt belangrijk vindt en wat je van de vertrouwenspersoon verwacht. Aarzel zeker ook niet om hierover te praten met de zorgverlener.

De aanduiding van een vertegenwoordiger moet daarentegen wel aan bepaalde vormvoorwaarden voldoen. Je kan jouw vertegenwoordiger aanduiden met het formulier "Aanwijzing van een vertegenwoordiger". Deze aanduiding kan steeds worden ingetrokken via het formulier "Herroeping van een vertegenwoordiger". Beide formulieren zijn te vinden op de CM website (<https://www.cm.be/ziekte-en-behandeling/patientenrechten/vertegenwoordiger>).

De aanduiding van de vertegenwoordiger kan ook gebeuren via een zorgvolmacht. Tot voor 1 maart 2019 was een zorgvolmacht enkel mogelijk voor het beheer van je vermogen, vanaf 1 maart kun je deze zorgvolmacht ook gebruiken voor de beslissingen over je persoon. Je kunt één of meerdere personen aanduiden via de zorgvolmacht om ervoor te zorgen dat je alle noodzakelijke zorgen krijgt als je ziek wordt. Zij zien ook toe op de naleving van jouw rechten als patiënt.

Belangrijk is wel dat registratie nodig is opdat de zorgvolmacht uitwerking kan hebben. Je kan de zorgvolmacht laten opmaken door een notaris die dan zal zorgen voor de registratie. Als je de zorgvolmacht zelf opmaakt, kan je deze laten registreren via de griffie van het vrederecht.

De registratiekosten bedragen 18,15 euro, inclusief BTW. Als je de zorgvolmacht intrekt of herroept, moet je ook het einde van de zorgvolmacht laten registreren, waarvoor opnieuw een tarief van 18,15 euro geldt. Laat je de zorgvolmacht opmaken door de notaris komen hier mogelijk nog kosten bij.

Heb je geen vertegenwoordiger aangeduid of treedt je aangewezen vertegenwoordiger niet op, dan worden je rechten uitgeoefend door je bewindvoerder, na machtiging door de vrederechter.

Is er geen bewindvoerder bevoegd om je te vertegenwoordigen, wordt je samenwonende echtgenoot, of je wettelijk of feitelijk samenwonende partner beschouwd als je vertegenwoordiger.

Bij afwezigheid ervan of indien deze persoon dit niet wil doen, word je in vervangende volgorde vertegenwoordigd door een meerderjarig kind, een ouder of een meerderjarige broer of zus. Bij afwezigheid ervan, indien deze persoon dit niet wenst te doen of indien er een conflict is tussen meerdere mogelijke vertegenwoordigers (bv. tussen meerderjarige kinderen), behartigt de zorgverlener je belangen na overleg met collega's.

Ben je minderjarig dan treden jouw ouders of voogd op als vertegenwoordiger. Als minderjarige wordt je evenwel zoveel mogelijk bij de uitoefening van jouw rechten betrokken en kan je ze soms zelfs zelfstandig uitoefenen.

2. Doelstelling en methode

In de aanloop naar 18 april wou de werkgroep patiëntenrechten¹ de ervaring van de CM-leden en personeelsleden met deze twee rollen in kaart brengen. De doelstelling is weer te geven wat globaal gezien de ervaringen zijn met deze rollen, vanuit welke noden men een beroep doet op een vertrouwenspersoon, hoe men het heeft ervaren om als vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger op te treden, wat goed is gegaan en wat minder goed. Vanuit deze ervaringen willen we tot slot komen tot een aantal aandachtspunten en aanbevelingen rond deze rollen.

In december 2018 werd een oproep gelanceerd naar verhalen over de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger. In deze oproep werden deze twee rollen toegelicht, al dan niet met een concrete getuigenis.

De oproep werd gelanceerd via verschillende kanalen:

- Een oproep in Visie op 6 december 2018
- Een oproep naar het CM personeel via Shine op 4 december 2018
- Een oproep in En Marche op 6 december 2018
- Een oproep die werd opgenomen in het panel van Samana², uitgezonden naar 485 personen op 14 november 2018, waarin vragen werden gesteld over ervaringen met de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger

1 Nationale werkgroep op LCM die jaarlijks de actie patiëntenrechten uitwerkt. Ze bestaat uit vertegenwoordigers van de directie, de juridische dienst, R&D, de communicatiediensten, de bewegingen, Samana en Altéo.

2 Het panel van Samana is samengesteld uit mensen met een chronische ziekte, die zich op uitnodiging van Samana vrijwillig inschrijven om Samana panellid te worden.

- Een oproep werd gelanceerd via de asbl Aidants Proches
- Facebook & Newsletter MC, Facebook Altéo, Newsletter Enéo.

Daar bovenop werden 3 focusgroepen gehouden binnen Samana rond dit thema. Eén focusgroep van 11 deelnemers werd gehouden op 8 november 2018 binnen de Kerngroep belangenbehartiging Samana. Twee focusgroepen werden gehouden op 27 november 2018 op de Nationale Raad Samana (één groep met 14 deelnemers en een andere groep met 16 deelnemers).

Er werden 13 relevante verhalen weerhouden³ vanuit de verschillende kanalen waarlangs de oproep werd gelanceerd. 109 personen beantwoordden het Samana panel, waarvan zo'n 84 personen een verhaal brachten over vertrouwenspersoon en / of vertegenwoordiger. Alles tesamen leverde dit voldoende verhalen op voor de analyse.

Een methodologische bemerking is dat het hier niet over focusgroepen of diepte-interviews gaat (met uitzondering van de 3 focusgroepen die door Samana werden gehouden). Er werd een oproep voor verhalen gelanceerd, met een aantal vragen die dat verhaal richting konden geven. De personen gaven hun verhaal weer, soms in enkele zinnen, soms in een langere getuigenis. Er was echter geen gelegenheid om dieper in te gaan op het verhaal of verdere vragen te stellen (zoals wel het geval is bij diepte-interviews en focusgroepen). Toch leveren deze verhalen voldoende bruikbare informatie op en zit er een duidelijke rode draad doorheen alle verhalen.

Er kwamen meer verhalen binnen over de vertrouwenspersoon dan over de vertegenwoordiger, waardoor de analyse van de vertrouwenspersoon 'rijker' is.

3. Resultaten vertrouwenspersoon

3.1. Om wie gaat het?

De vertrouwenspersoon is in de meeste verhalen de partner of een volwassen kind. In sommige situaties gaat het ook om de ouder van een volwassen kind, een zus of een vriendin / kennis. Heel uitzonderlijk gaat het om een professioneel iemand (vb: de psycholoog, iemand van Familiehulp die al jarenlang aan huis komt).

3.2. Over welke situatie gaat het?

Meestal gaat het om situaties waarin iemand (ernstig) chronisch ziek is of om oudere personen. Een vertrouwenspersoon gaat

vaak mee naar consultaties bij het krijgen van slecht nieuws (vb: diagnose kanker) of waarin een behandeling besproken wordt (vb: behandeling bij kanker, een ernstige operatie).

3.3. Vanuit welke noden?

3.3.1. Met twee hoor je meer dan alleen

Een vertrouwenspersoon wordt vaak meegevraagd zodat alles gehoord wordt wat tijdens een consultatie bij een arts gezegd wordt. Tijdens zo'n consultatie wordt namelijk veel informatie gegeven. En met twee hoor je meer dan alleen. Aangezien het vaak om situaties van chronische en / of ernstige ziektes gaat, is het belangrijk dat alles goed gehoord wordt. Indien je met twee gaat, kan je achteraf hier over napraten en kan je met twee alles nog eens overlopen wat er gezegd is. Samen kan je meer onthouden dan alleen.

Tijdens sommige consultaties is de patiënt zodanig overdonderd dat hij of zij de helft van de gegeven uitleg niet gehoord heeft (vb: bij het krijgen van slecht nieuws, bij de bespreking van een ernstige operatie). De vertrouwenspersoon luistert dan in de plaats van de patiënt. Achteraf, als de patiënt weer bekomen is, kan de vertrouwenspersoon alles nog eens herhalen en uitleggen wat gezegd werd. Hetzelfde doet zich voor wanneer de patiënt een slechte dag heeft (vb: veel pijn, afgeleid door zorgen) waardoor men niet echt hoort wat de dokter zegt.

"Vriendin meegevraagd naar consult vóór operatie om zeker alle info te horen, te onthouden, te vragen,... Alles is prima verlopen. Gelukkig dat ze mee was want ik had de helft niet gehoord, nadat de arts de ernst van de operatie uitgelegd had."

"Zoals verwacht drong pas de helft van alle informatie tot mij door omdat ik al 'ondersteboven' was van het nieuws dat ik een zware operatie moest ondergaan. Mijn vertrouwenspersoon (moeder) hoorde wel alle informatie goed en kon mij nadien ook alles nog eens opnieuw uitleggen. Tijdens die consultatie stelde mijn vertrouwenspersoon (moeder) ook vragen aan de arts. Alles is toen heel vlot verlopen en achteraf bekeken was ik heel blij dat ik niet alleen was en dat er iemand mee was om mij bij te staan."

"Als ik een zware opstoot heb van mijn systeemlupus dan heb ik last van mijn hersenen, dan ben ik afwezig en heb ik veel moeite om te denken, te praten enz...Dan luistert en praat mijn echtgenoot voor 2."

³ Niet alle ontvangen verhalen handelden over de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger. Enkel die verhalen die hier wel over handelden werden weerhouden voor de analyse.

3.3.2. Om ervoor te zorgen dat men alles goed begrijpt

Met twee hoor je niet alleen meer, maar begrijp je ook meer dan alleen.

De terminologie van de arts is niet altijd en voor iedereen begrijpbaar. Sommige artsen praten snel en gebruiken veel jargon. In die situaties is het niet altijd eenvoudig om alles wat de arts zegt goed te begrijpen. Dan kan het handig zijn dat je met twee bent om ervoor te zorgen dat je het samen wel begrijpt.

“Ik heb onlangs zelf een bejaarde dame begeleid, naar zo'n consultatie, ocharme, zij begreep er niets van... Ze had wel troost en steun aan mijn aanwezigheid gedurende een ECG en verder onderzoek. Helaas was de arts in kwestie totaal niet bespraakt genoeg om dingen duidelijk uit te leggen! In elk geval niet aangepast aan de aard van deze patiënt.”

“De info is voor haar (bejaarde moeder) dikwijls te complex, ondanks onze ervaring dat de dokters echt wel hun best doen om iets duidelijk en eenvoudig uit te leggen.”

In sommige gevallen wordt daarom een vertrouwenspersoon meegevraagd die werkzaam is in de gezondheidszorg. Deze persoon is vertrouwd met medische taal en gaat dan mee zodat alles goed begrepen wordt.

“Voor de partner van mijn moeder die de diagnose longkanker kreeg. Ik ben zelf verpleegkundige. Ik ging mee met mijn moeder en haar partner bij de longarts. Ze ervaarde dit als steunend. Ik kon de gekregen info nog wat verduidelijken.”

Maar ook als de arts de informatie duidelijk uitlegt, bestaat nog het gevaar dat de informatie op een andere manier geïnterpreteerd wordt. Een patiënt kan de gegeven informatie op een andere manier interpreteren dan de vertrouwenspersoon. Als je met twee op consultatie gaat, kan je achteraf checken of je de zaken wel op dezelfde manier geïnterpreteerd hebt. Een verdraaide interpretatie kan zo rechtgetrokken worden. Patiënten die een slechte dag hebben (vb: veel pijn of angstig tijdens een consultatie) kunnen de gegeven informatie op een te negatieve manier interpreteren. Als een vertrouwenspersoon meegaat, kan deze op een meer neutrale manier luisteren en achteraf de neutrale interpretatie geven. Dit geldt ook wanneer er in een consultatie slecht nieuws wordt gegeven of een behandeling besproken wordt. Door de overdondering of angst kan de interpretatie van wat gezegd wordt vertekend geraken. Dit kan rechtgezet worden door de vertrouwenspersoon.

“Mijn zus is meegegaan naar de consultatie bij de geneesheer specialist om mee te luisteren naar diagnose, mogelijke behandelingen, prognose. Zij stelde zelf ook 1 vraag aan de specialist met betrekking tot prognose. Bij onze nabespreking thuis bleek dat wij eenzelfde antwoord anders geïnterpreteerd hadden.”

“Telkens als er iets belangrijks te bespreken valt in verband met mijn behandeling probeer ik mijn echtgenoot mee te vragen op consultatie. Ik doe dit omdat ik op die manier na de consultatie nog eens rustig kan napraten over wat er besproken is tijdens de consultatie vooral om te checken dat mijn interpretatie van wat er besproken is wel degelijk klopt met de interpretatie die mijn man gemaakt heeft.”

“Toen de diagnose schildklier kanker was gesteld vroeg mijn vader mij om elk doktersbezoek bij te wonen. Hij verstond niet alles en was er ook niet met zijn gedachten bij. Ik moest dus na het doktersbezoek alles stap voor stap uitleggen wat de dokter gezegd had en welke behandeling zou volgen. Dit was voor mijn vader ook een geruststelling dat alles vlot zou verlopen en hij zich kon concentreren op zijn genezing.”

3.3.3. Zodat alle vragen gesteld worden

Tijdens een consultatie komen vaak heel wat vragen naar boven. Soms heeft men zelfs voor de consultatie al een overzicht gemaakt van alle vragen die men wilt stellen. Maar een patiënt denkt er zelf niet aan om alles te vragen. Met een vertrouwenspersoon erbij denkt men aan meer vragen dan alleen. Zo is men zeker dat alle vragen gesteld worden en krijgt men hulp om de juiste en voldoende vragen te stellen. Een vertrouwenspersoon kan vragen stellen waar men zelf niet aan denkt of kan extra vragen stellen die de patiënt zelf vergeten is.

“Mijn moeder (als vertrouwenspersoon), het is een steun en kan ook vragen stellen of onduidelijkheden bevragen waar ik niet aan denk.”

Een consultatie is vaak een moment van emotie of angst. Soms wordt men overdonderd door slecht nieuws en vergeet men alle vragen te stellen die men wou stellen (zelfs al had men ze op voorhand allemaal mooi uitgeschreven). Of men is zo overdonderd dat men aan geen enkele vraag kan denken om te stellen. Dan is het handig dat de vertrouwenspersoon dit in de plaats kan doen.

“Na mijn trombose wou ik iemand meehebben op consultatie - hierdoor was ik rustiger en die persoon heeft me geholpen om de juiste en voldoende vragen te stellen.”

“De dokter had dus slecht nieuws en vertelde tijdens die consultatie expliciet dat mijn vader darmkanker had. Mijn vader (68 jaar) zat als een standbeeld bij de dokter en reageerde op niets meer. Uiteindelijk heb ik geluisterd naar de volledige uitleg van de arts. Vooraf had ik mij ook voorbereid en had ik een aantal vragen op een briefje genoteerd, vragen die ik aan de dokter wilde stellen. Ik heb toen al die vragen gesteld en ook kort enkele antwoorden genoteerd. Mijn vader wist dat hij min of meer slecht nieuws zou krijgen tijdens die consultatie maar toch kwam dit voor hem hard aan en was hij volledig van zijn melk. Het was voor hem een steun dat ik, zijn dochter, mee was als vertrouwenspersoon. Ik kon hem niet alleen moreel steunen, ik hoorde ook de uitleg van de dokter en ik kon ook vragen voor hem stellen.”

Bovendien durft niet iedereen vragen stellen. Ook dan kan een vertrouwenspersoon dit in de plaats van de patiënt doen.

“Met mijn ouders meegegaan - omdat zij soms niet durven een vraag te stellen of aan bepaalde vragen niet denken”

3.3.4. Voor de geruststelling en de steun

Sommige consultaties gaan gepaard met een grote onzekerheid of angst. Men weet niet goed wat men kan verwachten. Misschien komt er wel slecht nieuws. Iemand meenemen naar deze consultatie geeft dan een geruststellend gevoel. Men weet dat, wat er ook zal komen of gezegd worden, men er niet alleen voor zal staan. Dat men iemand heeft die er op dat moment voor jou zal zijn. Als iemand meegaat, biedt dat effectief steun als er minder goed nieuws gegeven wordt. Het vooruitzicht aan bepaalde consultaties maakt mensen soms zo overstuur dat ze het niet aankunnen om alleen te gaan.

“Een vriendin moest met een reeks van klachten naar de huisarts maar stelde het steeds uit uit angst. We hebben toen een lijstje opgesteld en ik ging mee met haar om erop toe te zien dat ze alles verwoord kreeg en alles aan bod kwam. Nu gaat die vriendin makkelijker terug naar die huisarts.”

“Echtgenote gevraagd bij uitslag kankerdiagnose. Gelukkig goed verlopen en positief opgevangen. Door de grote onzekerheid hier grote nood aan.”

“Mijn man of dochter gaat mee, ik voel mij daar beter bij, zij zijn een enorme steun.”

“Mijn man is met mij mee naar de reumatoloog gegaan. Omdat ik al lang veel klachten had en door de huisarts was doorverwezen. Ik was heel blij dat mijn man aanwezig was omdat ik toen de diagnose spasmofilie/fibromyalgie gekregen heb.”

“Vriend had schrik uitslag kankeronderzoek alleen te vernemen.”

3.3.5. Indien alleen op consultatie gaan niet mogelijk is wegens een beperking

Voor sommige personen is het heel moeilijk om alleen op consultatie te gaan omdat ze bijvoorbeeld niet goed horen, heel slecht te been zijn, hulp nodig hebben bij aan- en uitkleden, ... Deze consultaties zijn vaak enkel mogelijk met de hulp van een vertrouwenspersoon.

“Problemen met gehoor, vervoer naar ziekenhuis, oriëntatie in ziekenhuis, met zich zelf omkleden, ... maken dat er hulp van iemand nodig is bij deze consultaties.”

“Ik ga mee met mijn beide ouders naar de dokter. Omdat mijn ouders reeds op leeftijd zijn maar ook slechthorend. Door het feit dat mijn vader slechthorend is functioneer ik ook om vragen te beantwoorden en vragen te stellen aan mijn vader. Ik functioneer ook om documenten te vragen en vragen te stellen over de situatie en wat beter kan.”

3.4. Wat zijn de voordelen?

Een vertrouwenspersoon kunnen meenemen naar een consultatie wordt als positief ervaren.

Doordat je niet alleen bent, maar met twee, hoor je meer en kan alles beter onthouden worden. Aangezien een vertrouwenspersoon vaak meegenomen wordt naar situaties van (ernstige) chronische ziekte(s) is het belangrijk dat alle informatie wordt gecapteerd in functie van de verdere behandeling. Een vertrouwenspersoon kan er ook voor zorgen dat alle informatie correct begrepen wordt. Achteraf kan alles overlopen worden en kan samen nagegaan worden of de gegeven informatie wel op dezelfde manier geïnterpreteerd is. Indien niet, kan dit rechtgezet worden. Doordat je met twee bent om vragen te stellen, verhoogt nog eens de kans dat alles goed begrepen wordt. Tot slot biedt het niet alleen zijn een geruststelling en steun.

Een vertrouwenspersoon meenemen op consultatie kan zo bijdragen tot een betere opvolging van de ziekte en het goed

toepassen van de behandeling. Hoe beter alles begrepen wordt, hoe meer informatie onthouden wordt, hoe beter voor de behandeling en het verdere verloop van de ziekte.

3.5. Hoe reageert de arts hierop?

Over het algemeen wordt het meebrengen van een vertrouwenspersoon op consultatie goed onthaald door de artsen.

“Bij deze consultatie nam ik mijn moeder mee als vertrouwenspersoon. De behandelende arts had daar geen probleem mee. Hij legde alles uit aan ons beiden.”

Sommige personen hebben de indruk dat de arts dit zelf als heel positief ervaart en blij is dat er iemand mee komt zodat alles goed begrepen wordt en alles dus goed opgevolgd kan worden. Zeker in situaties van slecht nieuws is de patiënt vaak niet (meer) in staat om de gegeven informatie door te laten dringen. Dankzij de vertrouwenspersoon wordt de informatie toch meegenomen.

“Achteraf bekeken heb ik het gevoel dat artsen zelfs liever hebben dat er in zo'n situatie (mededeling kanker) een vertrouwenspersoon mee is met de patiënt. Zo weet de arts ook dat de boodschap correct bij de patiënt aankomt. Als de patiënt zelf niet veel zegt, reageert,... dan kan de arts zich ook wenden tot de vertrouwenspersoon. En met 2 of 3 kan je immers ook meer onthouden, vragen,... dan als je alleen bent.”

“Mijn behandelend psychiater staat er zelfs achter dat mijn man regelmatig meekomt op consultatie. Zo kunnen we ook de vorderingen in mijn behandeling bespreken. Mijn behandelend psychiater heeft hierbij ook bijzondere belangstelling voor de visie en mening van mijn man. Hij is ten slotte mijn mantelzorg, mijn steun en toeverlaat. Hij steunt me dag in dag uit en beschikt hierdoor over waardevolle kennis die mijn behandeling en dus ook mijn gezondheid alleen maar ten goede kan komen.”

Sommige artsen stellen zelf voor aan de patiënt om een vertrouwenspersoon mee te nemen.

Enkele personen geven echter weer dat artsen daar toch niet altijd even goed op reageren. Ze krijgen de indruk dat dit niet goed onthaald wordt door de arts. Er wordt nergens melding gemaakt van het feit dat een arts weigert een vertrouwenspersoon binnen te laten, maar er wordt wel melding gemaakt van een onaangename reactie van de arts bij het meenemen van een vertrouwenspersoon.

“Ik ga zoveel mogelijk mee met mijn ouders, vooral als mama een consultatie heeft. Mama onthoudt niet veel van wat er gezegd wordt en papa geeft soms een eigen interpretatie aan het gezegde. Meestal levert dat toch een verbaasde blik op bij de arts tot een nogal korte; en u bent? Ook zijn er meestal maar 2 stoelen aanwezig.”

“Ik had mijn zus eens gevraagd om mee te gaan omdat ik snel vergeet en ook er niet aan denk om alles te vragen wat ik moet weten. Maar de dokter reageerde daar niet zo goed op en wou aan mijn zus niet veel zeggen.”

“Ik ben alleen en neem mijn ouders mee. De dokter geeft de indruk dat je zelf niet alleen durft komen. Ze kan het niet alleen, je merkt het aan de lichaamstaal van de dokter. Ze komt hier nog met haar moeder aan. En zeker als je in het CVS-verhaal zit.”

Ondanks de –overwegend- positieve reacties van de artsen is er soms een risico verbonden aan het meenemen van een vertrouwenspersoon. Sommige personen gaven mee dat de arts zich enkel nog richt tot de vertrouwenspersoon en niet meer tot de patiënt, die er nochtans bijzit. Dit wordt door de vertrouwenspersoon als zeer vervelend ervaren.

“Ik deed dit voor mijn moeder, zij had een beroerte gehad en vroeg om haar bij te staan bij de dokter, spijtig dat ik meestal aangesproken werd terwijl mijn moeder erbij zat, ik vond dit vervelend!”

“Vaak te versuft van de pijn. Mijn man gaat mee als vertrouwenspersoon. De dokter spreekt dan meestal over mij i.p.v. met mij...”

“Er zijn dagen dat ik in een rolstoel zit en dagen dat ik niet in een rolstoel zit. Op dagen zonder rolstoel spreken de artsen tegen mij. Op de dagen dat ik in de rolstoel zit, spreken de artsen niet tegen mij maar tegen de persoon naast mij (mijn vertrouwenspersoon).”

3.6. Wat zijn de aandachtspunten?

Eens de voordelen van de vertrouwenspersoon duidelijk zijn, stelt zich direct de vraag ‘Wat met mensen die geen vertrouwenspersoon hebben?’. Verschillende personen die als vertrouwenspersoon voor iemand optraden, stelden zich deze vraag. ‘Hoe doen mensen het die niemand hebben?’. Enkele alleenstaanden getuigden hoe moeilijk dit is of beschreven de schrik die ze hebben voor als het ooit zo ver komt.

Wat inderdaad als je op geen vertrouwenspersoon een beroep kan doen? En naar elke consultatie bij de arts alleen moet, alles alleen moet aanhoren, goed moet proberen begrijpen, zorgen dat je alle vragen gesteld hebt en ervoor zorgen dat je achteraf alles goed onthoudt. Niemand om achteraf te polsen of je alles goed verstaan hebt en of je alles wel gehoord hebt. Niemand om je bij te staan als je schrik hebt voor slecht nieuws dat eventueel gegeven kan worden tijdens een consultatie.

Het gaat dan niet enkel om mensen die niemand om zich heen hebben om dit aan te vragen. Het gaat evengoed om mensen die nog wel kinderen of naaste familie hebben, maar die het zo druk hebben met (schoolgaande) kinderen en werk dat het hen niet lukt om als vertrouwenspersoon mee te gaan.

“Wij vragen ons steeds af hoe mensen die geen ondersteuning/hulp krijgen dit doen.”

“Ikzelf ben alleenstaand en gepensioneerd en naar alle consultaties, al dan niet bij dokters-specialisten, ga ik... alleen. Niettegenstaande dat naaste familie, zeker de kinderen, mij wel graag zouden begeleiden maar daarvoor hun werk, job of druk gezinsleven moeten laten vallen, inclusief de organisatie met schoolgaande kinderen. Indien men werkt, is dit bovendien niet met alle werknemers zo eenvoudig of menselijk te regelen.”

“Intussen denk ik DAGELIJKS aan hoe het zou zijn als ik iets ernstig zou hebben, bv. grote onderzoeken of een operatie of een ongeval. Ik ben 67+. Natuurlijk denkt men daaraan! WIE moet ik dan telkens om hulp vragen?”

“Wanneer men dus ALLEEN bij artsen of specialisten zit, misschien zelfs ook in kantoren van de Mutualiteit, met moeilijke vragen, waar je zelfs je vragenlijstje voor gemaakt hebt, dan nog zijn er dingen die men niet goed hoorde of niet begreep of vergat, laat staan de medische termen van de dokters... Met twee = vier oren.”

4. Resultaten vertegenwoordiger

4.1. Om wie gaat het?

Men treedt het meest op als vertegenwoordiger voor de partner, voor een ouder (op leeftijd) of een volwassen kind.

4.2. Om welke situatie gaat het?

Vaak gaat het om een medisch uitzichtloze situatie na een beroerte. De familie wordt dan gevraagd de beslissing te nemen om de behandeling stop te zetten, met als gevolg dat de patiënt zal overlijden.

4.3. Hoe loopt het?

Emotioneel gezien is het bijzonder moeilijk een beslissing te nemen over het verdere leven of zelf over leven en dood in iemand anders zijn plaats. Zeker en vooral omdat het gaat om een persoon die je heel nabij staat (je man of vrouw, je dochter of zoon, je vader of moeder). Het is een beslissing die men niet wilt nemen, maar waar vaak geen andere optie bestaat dan ze te nemen.

“Na een ingreep die 12 uur duurde, kwam een verpleegster van de dienst intensieve zorg naar mij om mij te melden dat ze in coma lag, niet meer zelfstandig ademde en haar hersenactiviteit alsmatig verminderde. Deze vroeg mij om een formulier in te vullen. Ik moest de nodige beslissingen nemen met respect voor de keuzen van mijn dochter die wij voordien besproken hadden. Geen reanimatie, therapeutische hardnekkigheid, orgaandonatie, afkoppeling ... Tot waar aanvaardde ik dat ze behandelden en wanneer moesten ze stoppen. Dit was het ergste moment in mijn leven.”

“In maart 2013 had mijn moeder een CVA. Zij was 87 jaar en Alzheimerpatiënt. Haar huisarts kwam zeer snel bij haar ziekbed en vroeg ons – mijn vader die even oud is als mijn moeder, mijn broer die zelf huisarts is en ikzelf die medisch secretaresse ben - wat wij zouden beslissen. Zij was verlamd aan de linkerkant, haar staat van bewustzijn was wisselend en het leek ons een illusie enige revalidatie uit te proberen die iets zou opleveren. Wij hebben dus alle drie beslist om haar zachtjes, zonder lijden, te laten vertrekken.”

“Mijn pa had een algemene kanker en stilaan hoopte het vocht zich op. Bij navraag van de mogelijkheden om dit op te lossen, heb ik besloten mijn pa niet nog meer last en pijn te bezorgen.”

Het is heel belangrijk dat men in deze moeilijke beslissing goed wordt bijgestaan door het medisch personeel. Dat de vertegenwoordigers voldoende informatie krijgen die hen helpt bij het maken van deze moeilijke beslissing. De getuigenissen waar de beslissing moeilijk liep, waren die situaties waarin de communicatie met het medisch korps niet zo vlot verliep of waar men het gevoel had onvoldoende informatie te krijgen. Informatie en kwaliteitsvolle communicatie vergemakkelijken de beslissing, of maken ze toch minder moeilijk. Soms heeft men het gevoel dat men het gevecht moet aangaan met het medisch personeel in plaats van dat men er een bondgenoot in vindt. Dit is zeker het geval wanneer de mening over de te nemen beslissing verschilt tussen het medisch personeel en de familie die de beslissing moet nemen.

“Moeder lag in coma, maar bleef drie weken aan allerlei toestellen hangen terwijl duidelijk gecommuniceerd werd dat ze er niet ok ging uitkomen (ze was 83). Heb hard moeten vechten om haar gewoon te laten overplaatsen naar geriatrie waar ze twee dagen later dan overleed. Ben vooral tegen machteloosheid aangelopen en gebrek aan informeren over wat wij konden en niet konden doen.”

“Stagiaire cardioloog vroeg om de stopzetting van reanimatie bij hartstilstand van mijn vader. Toen ik zei dat ik daar direct niet kon over beslissen, zei ze dat ze het aan meneer zelf ging vragen. Een mens van 84 jaar! Die bovendien schrik had om te sterven. Ben naar haar overste gestapt en gevraagd of dit normaal was van haar kant. Volgens mij was het niet de stagiaire die de vraag moest stellen, maar de cardioloog zelf. En dan niet in een deurgat van de ziekenkamer waar mijn pappa alles kon horen!”

“De artsen hebben mij zeer snel gesuggereerd om alles stop te zetten onder het voorwendsel dat hij nooit meer zou zijn als voordien en dat dit gemakkelijker zou zijn in de dienst intensieve zorg. Ik weigerde want wij, mijn kinderen en ik, wisten dat hij ons hoorde en wij hoopten op verbetering. Ik weet niet of wij toen de juiste beslissing namen maar wij beslisten met ons hart en al onze liefde. Wij hebben echt moeten vechten tegen het artsenkorps dat koud en onmenselijk was.”

De beslissing nemen over dood of leven van een geliefde is bijzonder moeilijk. Het wordt nog moeilijker wanneer men geen idee heeft van wat de persoon zelf zou willen. Daarom is het heel belangrijk om hier op voorhand over te spreken, zodat op het moment dat de beslissing genomen moet worden het duidelijk is wat de persoon zijn of haar wensen zijn. Dan nog blijft het moeilijk, maar is het op zijn minst duidelijk.

“Ten gevolge van een infarct met hartstilstand lag mijn man meer dan anderhalf jaar in een zogenaamde ‘coma met minimale bewustzijnstoestand’. Op de dienst intensieve zorg werd mij gevraagd of wij dit besproken hadden. Zeer snel hebben de artsen mij gesuggereerd om alles stop te zetten onder het voorwendsel dat hij nooit meer zou zijn als voordien en dat dit gemakkelijker zou zijn in de dienst intensieve zorg. Ik weigerde want wij, mijn kinderen en ik, wisten dat hij ons hoorde en wij hoopten op verbetering. Ik weet niet of wij toen de juiste beslissing namen maar wij beslisten met ons hart en al onze liefde.

Ik heb enorm veel met hem gepraat en hem beloofd dat ik zou doen wat hij vroeg maar jammer genoeg belette zijn toestand hem om mij te antwoorden.

Mijn man was ombudsman in een verzorgingsinstelling en patiëntenrechten en orgaandonatie waren zijn stokpaardjes. Onderstreep hoe belangrijk het is om dit vooraf te bespreken want zoiets moeten beslissen is zeer moeilijk net zoals een standpunt innemen over orgaandonatie. Vandaag nog steeds en waarschijnlijk tot het einde van mijn dagen zal ik mij afvragen ‘wat zou hij gewild hebben dat ik deed en wat zou hij in mijn plaats gedaan hebben!’?”

5. Resultaten zorgverleners

In februari 2019 werden eveneens enkele zorgverleners bevestigd. Langs NL kant werd een online bevestiging naar enkele zorgverleners gestuurd. 58 zorgverleners begonnen aan deze enquête en 30 beantwoordden de laatste open vragen rond hun ervaring en de invloed op de relatie indien er een vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger aanwezig is. Langs FR kant werd er samengewerkt via ASD en kregen we 5 bevestigingen van thuisverpleegkundigen. Er kwamen ook nog 2 bijkomende getuigenissen van andere zorgverleners binnen. De analyse is minder ‘rijk’ dan deze van de patiënten omdat er gewerkt werd met een vragenlijst en niet met een oproep naar verhalen. Er zijn veel minder verhalen voorhanden en de antwoorden zijn vaak ook heel kort. Toch komen er enkele vaststellingen naar voor.

De zorgverleners die geantwoord hebben zijn zowel huisartsen, specialisten, kinesisten en (thuis)verpleegkundigen. De meeste zorgverleners hebben minstens 10 jaar ervaring en hebben al regelmatig contact gehad met een vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger van hun patiënten.

De naam van de vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger wordt niet zo dikwijls geregistreerd. Als deze al geregistreerd wordt, kan dit slechts in de helft van de gevallen gedeeld worden met andere zorgverleners. Een zorgverlener gaf ook

aan dat de vertrouwenspersoon niet altijd wordt voorgesteld aan de zorgverlener zelf.

Zorgverleners hebben over het algemeen een positieve ervaring met vertrouwenspersonen en vertegenwoordigers. Maar het is duidelijk een verhaal met twee kanten, want er hangen even goed minder positieve ervaringen aan vast.

Positieve ervaringen van de zorgvertrekkers met de vertrouwenspersoon zijn dat je met twee meer hoort dan alleen. Achteraf kan thuis alles nog eens doorlopen worden wat tijdens de consultatie gezegd werd. Aangezien de vertrouwenspersoon de patiënt goed kent, is dit voor de zorgverlener ook een interessant moment voor informatie-uitwisseling. De vertrouwenspersoon kan veel informatie bezorgen aan de zorgverlener en omgekeerd neemt de vertrouwenspersoon graag info mee voor de (verdere opvolging) thuis. Het gaat om geëngageerde mensen en de patiënt voelt zich beter gesteund en op zijn of haar gemak in hun aanwezigheid. Bij thuisverpleegkundigen vormt de vertrouwenspersoon vaak de verbinding tussen de thuisverpleegkundige, de behandelende arts en de andere zorgverleners. Zeker in het geval de patiënt dement is of verward of als de communicatie moeilijk verloopt, is de vertrouwenspersoon voor de thuisverpleegkundige een grote meerwaarde. De vragen kunnen dan aan de vertrouwenspersoon gesteld worden indien de patiënt hier zelf (even) niet toe in staat is.

Maar zorgverleners hebben ook minder positieve ervaringen met vertrouwenspersonen. Sommige vertrouwenspersonen hebben een houding die niet steeds het belang van de patiënt dient. Soms is er inmenging in de behandeling of is de vertrouwenspersoon te veeleisend en dus niet realistisch naar de zorg toe. De aanwezigheid van een vertrouwenspersoon kan de relatie tussen zorgverlener en patiënt bemoeilijken als de vertrouwenspersoon teveel naar zich toe trekt of teveel wil sturen of onmogelijke dingen vraagt.

Zorgverleners geven zelf aan dat ze er aandachtig voor moeten blijven dat de patiënt de centrale figuur blijft en men als zorgverlener niet enkel spreekt met de vertrouwenspersoon. Maar veel hangt af van de toestand van de patiënt. Bij demente patiënten bijvoorbeeld, wordt de communicatie toch vooral gevoerdende beslissingen overlegd met de vertrouwenspersoon en minder met de patiënt. Het principe is dat men zich in de eerste plaats richt tot de patiënt. Maar indien de communicatie met de patiënt niet mogelijk is of heel moeilijk is door zijn toestand, richt men zich in de tweede plaats tot de vertrouwenspersoon.

Ik richt mij altijd eerst tot de patiënt. Als ik de indruk heb dat die de vragen niet kan beantwoorden (was niet bij bewustzijn op het ogenblik van de episode die de consultatie motiveert, is verward, dement, ...), dan richt ik mij tot de vertrouwenspersoon.

Ook de ervaringen met vertegenwoordigers zijn verdeeld. Langs de ene kant hebben zorgverleners te maken met vertegenwoordigers die het beste voorhebben met de patiënten die ze vertegenwoordigen. Maar er zijn ook vertegenwoordigers die beslissingen nemen tegen de wensen van de patiënt in. De zorgverleners kennen hun patiënten al een tijdje en weten welke beslissingen ze zouden willen nemen. Soms stellen ze dan vast dat er vertegenwoordigers zijn die beslissingen nemen die anders zijn dan wat de patiënt gewild had.

Alles hangt af van de situatie want wij kennen onze patiënten en soms beslist de vertegenwoordiger iets anders dan wat de patiënt zou hebben gekozen wanneer hij daartoe nog in staat was.

Wat mij schokt en in een ongemakkelijke situatie brengt, is wanneer de kinderen soms ruziën over de rechten van een demente ouder en de arts gebruiken (of dat althans proberen) om hun doel te bereiken.

Soms is de wettelijke vertegenwoordiger een kind dat zeer begaan is met het welzijn van de ouder en dan volstaat dit ruimschoots. In andere situaties zou echter een tweede toezicht aangewezen zijn. Ik denk dan eerder aan een maatschappelijk werker dan aan een wettelijke vertegenwoordiger, ten minste in eerste instantie.

6. Conclusie en aanbevelingen

Uit de focusgroepen van Samana blijkt dat er nogal wat **onduidelijkheid** bestaat **over de verschillende termen** zoals vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, bewindvoerder, de zorgvolmacht, de regelgeving voor euthanasie, ... Er bestaan verschillende begrippen met elk een andere inhoud en evengoed een overlapping tussen de verschillende begrippen verspreid over verschillende wetgevingen. Dit kan verwarrend zijn voor een patiënt en zijn omgeving. Er bestaat een duidelijke nood aan meer informatie en helderheid over deze verschillende begrippen. Een aanbeveling naar de overheid is om meer duidelijkheid in deze wetgevingen te voorzien.

Een **vertrouwenspersoon meenemen op consultatie** blijkt een positief effect te hebben op de patiënt en zijn of haar opvolging van de behandeling. Met twee hoor je meer, begrijp je meer, kunnen verkeerde interpretaties achteraf rechtgezet worden, worden alle vragen gesteld, kan achteraf alles nog eens overlopen worden en het biedt steun en geruststelling aan de patiënt. Dit alles draagt bij tot een betere opvolging van de ziekte en het goed toepassen van de behandeling. Het is een aanbeveling **om te communiceren en te informeren over dit recht** zodat patiënten weten dat dit effectief een mogelijkheid is waar ze gebruik van kunnen maken en dat het hen verschillende voordelen kan opleveren. Dit is een taak voor CM, Samana en

Altéo, die ze momenteel al opnemen. We nodigen onze partners op het terrein uit om dit ook te (blijven) doen.

Personen die **geen beroep kunnen doen op een vertrouwenspersoon uit hun omgeving** (naaste familie of vrienden) kunnen de behoefte hebben aan iemand die voor hen kan optreden als vertrouwenspersoon. Vandaag merken we via de vrijwilligerswerking bij CM en haar partners (dienst MW, Samana, Altéo) dat hier vraag naar is bij patiënten. Bijvoorbeeld: vervoersvrijwilligers die patiënten naar het ziekenhuis voeren voor een consultatie krijgen van de patiënt soms de vraag of ze ook mee willen gaan op consultatie bij de arts. Op dit moment maakt dit echter geen onderdeel uit van hun opdracht (deze is het vervoer verzorgen van de patiënt naar het ziekenhuis en daarna het vervoer verzorgen naar huis). Ook patiënten die in hun directe omgeving geen vertrouwenspersoon hebben, moeten hun recht kunnen uitoefenen. Een belangrijke rol is daarbij weggelegd voor bestaande organisaties in de gezondheidszorg die vandaag al werken rond patiëntenrechten. Zij moeten van de overheid de middelen krijgen om medewerkers of vrijwilligers te vormen en te coachen als vertrouwenspersoon. Op die manier kunnen zij patiënten helpen die geen beroep kunnen doen op een eigen sociaal netwerk.

Een druk en niet altijd even flexibel werklevens belemmert sommige vertrouwenspersonen hun rol op te nemen. Er bestaan enkele mogelijkheden om hier verloop voor op te nemen zoals thematisch verlof⁴, tijdskrediet met motief⁵ en sociaal verlof. Maar deze verlofstelsels hebben elk hun beperking, aangezien ze een invloed (daling) op het inkomen hebben. In de systemen van thematisch verlof en tijdskrediet moet je 4/5e of halftijds werken gedurende een bepaalde minimumperiode. In deze systemen moet je een vaste dag per week vrij nemen, terwijl consultaties niet altijd op die vrije dag vallen en je ook geen nood hebt om systematisch elke week een dag thuis te zijn. Sociaal verlof kan enkel genomen worden voor onvoorziene omstandigheden (terwijl veel consultaties vooraf vastgelegd zijn en hier niet aan voldoen). Hierdoor voldoen deze verlofstelsels vaak niet aan de behoeften van potentiële vertrouwenspersonen om op een onregelmatige basis mee te gaan naar voorziene en vooraf vastgelegde consultaties. Als vertrouwenspersoon, maar ook als patiënt, is het moeilijk deze consultaties in te plannen en te combineren met het werklevens. De huidige mogelijkheden van verlofstelsels bieden vaak geen antwoord. Een aanbeveling is dat patiënten en hun vertrouwenspersonen of vertegenwoordigers de mogelijkheid moeten krijgen om vrijaf te nemen voor een doktersbezoek.

De verhalen tonen het **belang aan van de communicatie tussen de arts (en andere zorgverleners) en de patiënt (en zijn**

eventuele vertrouwenspersoon). Deze communicatie houdt verschillende aspecten in. Het gaat om informatie geven in een begrijpbare taal (geen vakjargon), aangepast aan de patiënt. Nagaan of de gegeven informatie (juist) aankomt bij de patiënt. Vooral bij het krijgen van slecht nieuws is het mogelijk dat de patiënt 'bevriest' en de informatie niet of onvolledig hoort of deze vertekend binnen komt. Het is belangrijk dat de zorgverlener zich steeds richt tot de patiënt, ook als deze zich laat bijstaan door een vertrouwenspersoon. Deze elementen van communicatie verdienen een belangrijke plaats in de (permanente) opleiding van artsen, alsook tijdens intervisiemomenten. Het is belangrijk dat zowel de arts, de patiënt als de vertrouwenspersoon goed weten wat hun rol is in het verhaal en dat de dialoog hierin centraal staat. Elkaars verwachtingen duidelijk kennen, helpt eveneens voor een constructieve dialoog.

De taak van een vertegenwoordiger is zwaar: een beslissing moeten nemen over het verdere leven of zelf over leven en dood van een naaste ligt emotioneel gezien bijzonder moeilijk. Nog moeilijker wordt het wanneer de vertegenwoordiger geen idee heeft wat de persoon zelf zou willen. Daarom is het heel belangrijk om **op voorhand met je naaste(n) te bespreken wat jouw wensen zijn** in geval zulke beslissingen genomen moeten worden. En dat geldt niet enkel voor die situaties waarin iemand ongeneeslijk ziek is, maar dit gesprek kan voor iedereen nuttig zijn. Wat als je betrokken geraakt bij een zwaar auto-ongeluk of getroffen wordt door een hartaanval? De raad is om op voorhand het gesprek aan te gaan met je naasten over wat in die specifieke situaties jouw wensen zijn. Om er zeker van te zijn dat de persoon met wie je op voorhand jouw wensen besproken hebt, ook de persoon zal zijn die deze beslissingen neemt, is het goed om **op voorhand een vertegenwoordiger aan te duiden en dit te laten registreren**. Het is ook aangeraden om hierover met de behandelende arts te spreken en dit te laten opnemen in het patiëntendossier. Op dit moment zijn de registratiesystemen voor de patiënt ingewikkeld en te verspreid over verschillende systemen. Bovendien kan de info over de vertegenwoordiger niet altijd gedeeld worden met andere zorgverleners die de patiënt behandelen. Een aanbeveling naar de overheid toe is om de registratie voor de patiënt te vereenvoudigen, te harmoniseren en makkelijk consulteerbaar te maken door alle zorgverleners.

Gezien de emotioneel zware taak van een vertegenwoordiger kan de nood aan **psychologische bijstand** ontstaan tijdens of na het nemen van deze beslissing(en). Psychologische bijstand zou mogelijk moeten zijn voor vertegenwoordigers. Hiervoor zou de toegankelijkheid van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg versterkt moeten worden.

4 De mogelijkheden binnen thematisch verlof zijn verlof voor palliatieve zorgverlening of medische bijstand aan een zwaar ziek gezins- of familielid.
5 De mogelijkheden binnen tijdskrediet met motief zijn palliatieve verzorging of bijstand of verzorging aan een zwaar ziek gezins- of familielid.

Borstkanker en arbeidsongeschiktheid

Hervé Avalosse, Giulia Camilotti, Michiel Callens – Studiedienst

Etienne Laurent – Medische directie

Met dank aan Frédéric Calay en Harlinde De Schutter (Kankerregister), François Duhoux en Aude Gilquin (UCL Saint-Luc), Régine Kiasuwa Mbengi (Sciensano) voor hun advies en bemerkingen.

Samenvatting

Dit onderzoek bestudeert het traject van arbeidsongeschiktheid voor vrouwen met borstkanker. We willen evalueren hoeveel van hen ten gevolge van kanker arbeidsongeschikt worden, en hoeveel van hen binnen de twee jaar na de diagnose van kanker het werk hervatten. We richten ons vooral op de gedeeltelijke of volledige hervatting (van werk of werkloosheid). Voor de vrouwen die op de ene of andere manier opnieuw beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt, trachten we de factoren te identificeren die betrekking hebben op deze werkhervatting.

Voor dit onderzoek hebben we bijna 7.600 vrouwen geselecteerd die lid zijn van CM, tussen 2009 en begin 2015 door borstkanker zijn getroffen en mogelijk recht hebben op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid. Hoewel de diagnose hoogstwaarschijnlijk een zeer schokkend moment is geweest dat hun hele leven (zowel privé als professioneel) overhoop haalde, zijn de voornaamste bevindingen van dit onderzoek bemoedigend:

- Voor bijna één vrouw op vier (24%) betaalde het ziekenfonds geen arbeidsongeschiktheidsuitkering in de twee maanden volgend op de vaststellingsdatum van de kanker. Dit betekent niet dat deze vrouwen geen ziekteverlof hebben genomen, maar wel dat deze afwezigheid de periode van gewaarborgd loon niet heeft overschreden.*
- De kans op werkhervatting is groot: twee derde (67%) van de vrouwen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering van het ziekenfonds hebben ontvangen, hebben het werk (of de werkloosheid) deels of volledig hervat binnen de twee jaar na de diagnose. Gemiddeld duurt de uitkering een jaar. 26% van de vrouwen waren langer dan twee jaar arbeidsongeschikt. Helaas is 2% van de getroffen vrouwen overleden.*
- Er zijn tal van factoren die een invloed hebben op een mogelijke hervatting van het werk: leeftijd, stadium van de ziekte, type behandeling (waarvan de keuze uiteraard eerst en vooral afhangt van de therapeutische doelstellingen). Maar ook het professionele statuut (het type werk dus) speelt een rol: vrouwelijke bedienden hebben betere kansen dan arbeidsters of zelfstandigen.*

De voornaamste bevinding van dit onderzoek is dat borstkanker, voor de meeste vrouwen, geen definitieve terugtrekking uit de arbeidsmarkt inhoudt. Een niet verwaarloosbaar deel van hen slaagt er zelfs in om een beroepsactiviteit en een behandeling te combineren. En de meesten hervatten het werk binnen de twee jaar. Deze terugkeer kan onder begeleiding van de arbeidsgeneesheer worden voorbereid, bij voorkeur in overleg met de adviserend-arts en de behandelend arts. Er bestaan talrijke manieren van werkhervatting, gaande van aangepast werk tot een opleiding voor een ander beroep of een deeltijdse hervatting van de beroepsactiviteit.

Sleutelwoorden: borstkanker, arbeidsongeschiktheid, werkhervatting

1. Inleiding

Hoewel er steeds meer inspanningen gebeuren om de terugkeer naar het werk na een periode van arbeidsongeschiktheid aan te moedigen, is er nog heel weinig kwantitatief bewijs over dit onderwerp. Dit onderzoek levert een bijdrage aan het debat door de factoren te analyseren die een invloed hebben op de

aanvang en beëindiging van de arbeidsongeschiktheid. En dit voor vrouwen bij wie borstkanker is vastgesteld.

Hiervoor maken we gebruik van drie informatiebronnen: 1) gegevens die zijn verkregen via het multidisciplinair oncologisch

consult (MOC) en zijn doorgestuurd naar de adviserend-arts van het ziekenfonds, 2) gegevens van CM over de uitkeringen voor primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit¹ en 3) facturatiegegevens voor gezondheidszorg van CM. Voor zover we weten gaat het om een van de eerste onderzoeken waarbij een beroep wordt gedaan op gegevens over uitkeringen in combinatie met diagnosegegevens om de duur van de arbeidsongeschiktheid na te gaan.

Op basis van de gegevens van het MOC kunnen we niet alleen het aantal vrouwen met borstkanker maar ook de diagnosedatum en het ziektestadium op een nauwkeurige manier achterhalen. Met de uitkeringsgegevens van CM kunnen we de exacte periode van arbeidsongeschiktheid met een uitkering bepalen, alsook de reden voor de stopzetting van de vergoeding, met inbegrip van de terugkeer naar het werk of de werkloosheid. Dankzij de facturatiegegevens voor gezondheidszorg van de leden kunnen we een overzicht geven van de ontvangen behandelingen en hun eventuele verband met de aanvang van de arbeidsongeschiktheid.

2. Methode

2.1. Selectie van de steekproef (figuur 1)

Figuur 1 geeft de selectieprocedure weer. Onder de CM-leden hebben we, dankzij de informatie van het MOC, vrouwen geselecteerd die tussen 01.02.2009 en 31.01.2015 door borstkanker zijn getroffen. We gebruiken de incidentiedatum, dit is de datum van de eerste microscopische (cytologische/histologische) vaststelling van de maligniteit (datum van biopsie). Zo konden we 26.009 vrouwen identificeren. Bij hen werd voor de eerste maal borstkanker vastgesteld. Bij meerdere gelijktijdige borstkankers (bijvoorbeeld in beide borsten) hielden we rekening met het meest gevorderde ziektestadium. We definiëren de kanker als 'referentiekanker' om een onderscheid te maken met andere tumoren die eerder of later zijn vastgesteld.

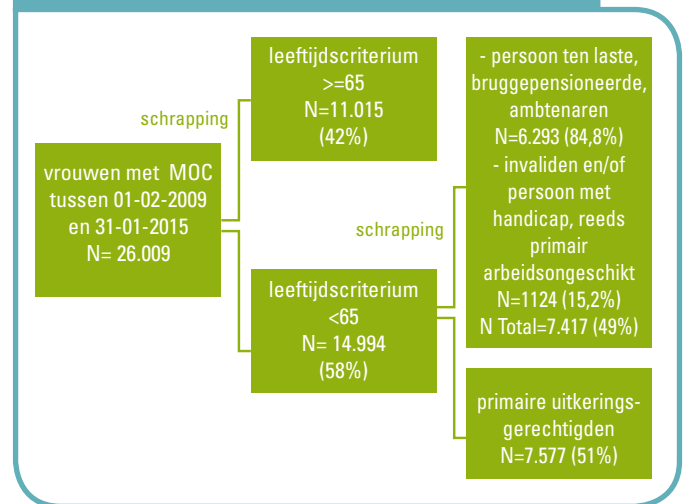
Om te bepalen hoeveel vrouwen arbeidsongeschikt worden op het moment van de diagnose, moeten we in de eerste plaats de vrouwen identificeren die bij arbeidsongeschiktheid recht hebben op een uitkering. Met andere woorden, we moeten de primaire uitkeringsgerechtigden identificeren. In deze analyse worden uitgesloten: personen ten laste, personen van 65 jaar of ouder,

personen met vervroegd pensioen², en personen met een beperking of invaliditeit³ tijdens het incidentiejaar van de referentiekanker. Vrouwen met reeds een primaire ongeschiktheid, die dus naar aanleiding van de kanker niet arbeidsongeschikt kunnen worden omdat ze dit reeds zijn, worden ook uit de steekproef uitgesloten⁴. Ambtenaren worden ook uitgesloten omdat we geen informatie over hun uitkeringen hebben (zij ontvangen geen uitkering van het ziekenfonds).

Zo'n 42% van de initiële steekproef wordt uitgesloten op basis van leeftijd. Van de 14.994 observaties die er overblijven, wordt 49% uitgesloten omdat ze door hun sociale situatie in geval van arbeidsongeschiktheid geen recht hebben op een uitkering door hun ziekenfonds. Het betreft ambtenaren, personen ten laste of met een beperking, personen met vervroegd pensioen, personen met een niet-bekende sociale situatie (in totaal: 85% van de niet-geselecteerde vrouwen) of vrouwen die reeds als invalide of arbeidsongeschikt zijn erkend (15% van de niet-geselecteerde vrouwen). Aan het einde van de selectieprocedure bleven er voor de finale steekproef 7.577 vrouwen over (ongeveer 29% van de initiële steekproef).

Deze finale steekproef bestaat uit vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 50 jaar en die minder kansarm zijn dan de initiële groep (6% heeft recht op een verhoogde tegemoetkoming). De steekproef bestaat vooral uit loontrekkenden (89%) en vrouwen die in Vlaanderen wonen (76%). In bijna de helft van de gevallen (49%) werd bij deze vrouwen een tumor in stadium I vastgesteld en voor een derde (34%) een tumor in stadium II.

Figuur 1: Selectieprocedure van de steekproef (van links naar rechts)



- 1 Ter herinnering: primaire ongeschiktheid is het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid. In ons systeem van sociale zekerheid komt invaliditeit overeen met een periode van arbeidsongeschiktheid die dit eerste jaar van ongeschiktheid overschrijdt.
- 2 Zoals RIZIV verduidelijkt (2018a), pag. 9: "Theoretisch gezien heeft deze groep personen ook recht op uitkeringen maar zij zullen van dit recht nooit gebruik maken aangezien ze hier geen enkel financieel voordeel bij krijgen."
- 3 We sluiten elk individu uit met meer dan 15 dagen invaliditeitsuitkering tijdens het incidentiejaar van de kanker. Behalve indien anders vermeld, zijn alle sociaal-demografische eigenschappen in het artikel gelijk aan die op 31.12 van het incidentiejaar van de referentiekanker.
- 4 Het betreft meer bepaald vrouwen waarvan de primaire arbeidsongeschiktheid meer dan 30 dagen vóór de incidentiedatum is gestart en nog van toepassing is op 30 dagen vóór de incidentiedatum: zoals we verder zullen zien, selecteren we vrouwen waarvan de arbeidsongeschiktheid aanvangt tussen 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum: vrouwen die tijdens deze periode een lopende arbeidsongeschiktheid hebben, worden dus uit de steekproef uitgesloten.

2.2. Stadium van de tumor

De gegevens van het MOC laten toe om naast de incidentiedatum ook het stadium van de tumor te bepalen. Waarover gaat het? Op basis van het stadium krijgt de tumor een TNM-classificatie (Tumor [grootte van de tumor], Nodes [aantal en type aangetaste klieren], Metastasis [al dan niet aanwezigheid van metastasen]). De gegevens van het MOC geven informatie over zowel het klinische stadium (op het moment van de diagnose, analyse van uitzaaiing van de tumor) als het anatomo-pathologische stadium (analyse van kankerweefsel voor of na de ingreep).

Tabel 1: Vier stadia

stadium I	de tumor blijft gelokaliseerd en de okselklieren zijn gezond
stadium II	de okselklieren zijn aangetast
stadium III	andere klieren van andere structuren of organen zijn aangetast
stadium IV	de tumor is uitgezaaid

2.3. Identificatie van leden die primair arbeidsongeschikt zijn

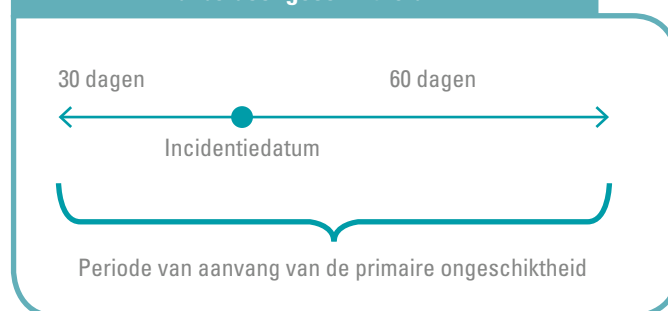
We baseren ons op de gegevens van CM over de uitkeringen voor primaire ongeschiktheid tussen 01.01.2009 en het tweede trimester van 2017.

Het zou ideaal zijn om vrouwen te identificeren die primair ongeschikt zijn geworden naar aanleiding van een diagnose van borstkanker. Maar we beschikken niet over precieze informatie over de reden voor de ongeschiktheid. Om zo goed als mogelijk vrouwen met een primaire ongeschiktheid door kanker te kunnen identificeren, houden we alleen rekening met vrouwen waarvan de ongeschiktheid maximaal 30 dagen vóór of 60 dagen na de incidentiedatum is gestart (informatie afkomstig van MOC). Deze periode van 90 dagen noemen we de 'onderzoekperiode van arbeidsongeschiktheid'. Door tot 30 dagen vóór de incidentiedatum terug te gaan, vangen we eventuele onnauwkeurigheden in deze datum op⁵. We kozen een periode van 60 dagen na de incidentiedatum omdat deze termijn vaak nodig is om een behandeling voor de kanker op te starten en een eventuele arbeidsongeschiktheid aan te vragen⁶. Hoewel het mogelijk is dat vrouwen arbeidsongeschikt worden naar aanleiding van de kanker na 60 dagen, zou een nog ruimere

onderzoekperiode ook leiden tot een groter risico op gevallen van arbeidsongeschiktheid door andere gezondheidsproblemen.

We beschikken over de begindatum van de arbeidsongeschiktheid, rekening houdend met de periode van gewaarborgd loon⁷, voor elke arbeidsongeschiktheid die recht geeft op een uitkering. We hebben echter geen informatie over de gevallen van arbeidsongeschiktheid die tijdens de periode van gewaarborgd loon eindigen. Met andere woorden, we identificeren alleen de vrouwen waarvan de duur van de primaire ongeschiktheid - met een aanvang tussen de 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum - de periode van gewaarborgd loon overschrijdt.

Figuur 2: Periode van onderzoek naar arbeidsongeschiktheid



2.4. Identificatie van perioden van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

Zodra de vrouwen met een primaire ongeschiktheid zijn geïdentificeerd op basis van bovenvermelde criteria, onderzoeken we alle perioden van primaire ongeschiktheid evenals perioden van invaliditeit die zijn gestart tussen de incidentiedatum en maximaal twee jaar erna: we noemen deze periode van twee jaar de 'opvolgperiode'. Aangezien de invaliditeit aanvangt na één jaar primaire ongeschiktheid, kunnen we het traject van alle vrouwen 'opvolgen' die van een primaire ongeschiktheid overstappen naar invaliditeit. We volgen het traject van deze vrouwen gedurende twee jaar volgend op de incidentiedatum en we identificeren de laatst gekende betaalperiode en de informatie die hierop betrekking heeft.

Figuur 3 geeft de mogelijke gevallen weer. Een lijn stelt een periode van arbeidsongeschiktheid voor (die kan leiden tot invaliditeit). Het punt geeft het begin van de primaire

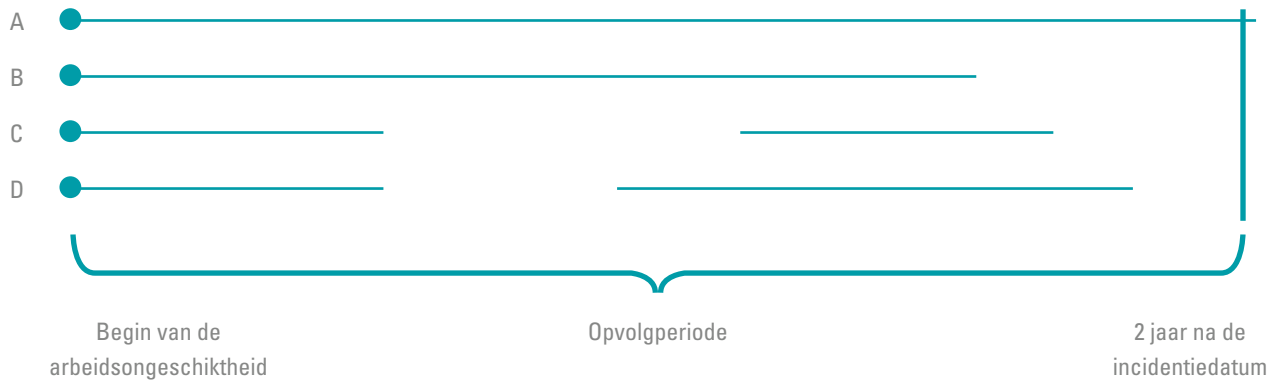
⁵ We sluiten terugvallen uit waarvan de originele arbeidsongeschiktheid niet valt binnen de periode van -30/+60 dagen rond de incidentiedatum (totaal van 14 gevallen).

⁶ Verhulst et al (2016), pag. 42, tonen aan dat 50% van de vrouwen hun eerste behandelingen hebben gekregen op 21 dagen na de incidentiedatum. Na zeven weken stijgt dit percentage tot 90%. Voor dit onderzoek tonen sensibiliteitstests met andere selectiecriteria dat de meeste observaties zich bevinden in de periode tussen -30/+30 en -30/+45.

⁷ Ter herinnering: voor bepaalde categorieën van werknemers is de eerste periode van arbeidsongeschiktheid ten laste van de werkgever. Voor bedienden is dit één maand en voor arbeiders 15 dagen. Voor werklozen is er geen periode van gewaarborgd loon. Zelfstandigen ontvangen van het ziekenfonds sinds 1 januari 2018 een uitkering vanaf de 15e dag van arbeidsongeschiktheid. Vroeger bedroeg dit een maand.

ongeschiktheid weer op basis waarvan de persoon is geselecteerd (criteria van -30/+60 dagen rond de incidentiedatum).

Figuur 3: Design van het onderzoek



In het geval A is er een ononderbroken uitkeringsperiode gedurende de twee jaar volgend op de incidentiedatum en loopt deze daarna voort. In dit geval wordt de persoon geclassificeerd als invalide aan het einde van de opvolgperiode. Geval B geeft de situatie weer waarbij de uitkeringsperiode tijdens de opvolgperiode stopt. Mogelijke redenen voor de stopzetting zijn: een hervatting van het werk (of de werkloosheid), overlijden, pensioen. Er zijn ook gevallen (ondergeschikt) waarin de uitkering wordt beëindigd door een afwezigheid tijdens de controle of door een overstap naar een andere verzekeringsinstelling. Het geval C geeft de situatie weer waarbij er tijdens de opvolgperiode sprake is van twee uitkeringsperiodes. We houden rekening met de informatie over het einde van de recentste periode van arbeidsongeschiktheid (in het schema: de tweede periode). Geval D stelt een gelijkaardige situatie als C voor, maar hier is de tweede uitkeringsperiode nog lopende aan het einde van de opvolgperiode.

Het is dus mogelijk dat de laatste situatie geen verband houdt met de primaire ongeschiktheid op basis waarvan de persoon is geselecteerd. Dit gaat echter om ondergeschikte gevallen, aangezien voor de arbeidsongeschikte leden, er gemiddeld 1,13 arbeidsongeschiktheden per persoon zijn tijdens de twee opvolgperioden en 75% van de leden alleen arbeidsongeschikt was tijdens de betrokken periode.

We houden rekening met twee bijzondere gebeurtenissen: gedeeltelijke hervattingen en terugvallen. Gedeeltelijke hervattingen vragen een andere benadering: het gaat om situaties waarin de patiënte, met het akkoord van de

adviserend-arts, het werk deeltijds hervat: in deze gevallen is er nog een uitkering, maar het gaat om een lager bedrag omwille van de gedeeltelijke werkhervatting. Op basis van de beschikbare gegevens kunnen we de gedeeltelijke hervattingen identificeren. In dit geval beschouwen we de periode van arbeidsongeschiktheid als beëindigd op het moment dat het werk deels wordt hervat (de persoon herneemt een betaalde beroepsactiviteit), ook al loopt de uitkering na deze datum door.

We onderzoeken ook terugvallen⁸ die tijdens de opvolgperiode voorkomen. Anders gezegd, we houden geen rekening met het feit dat de periode van arbeidsongeschiktheid tijdelijk is onderbroken.

2.5. Beperkte gegevens

Gezien het administratieve karakter van de gebruikte gegevens waren er talrijke bewerkingen nodig op basis van bepaalde veronderstellingen. Om het einde van een periode van arbeidsongeschiktheid te identificeren, gebruiken we de datum van de laatste uitkering, rekening houdend met eventuele correcties van betalingen (negatieve bedragen door correcties ten gevolge van de einddatum van de arbeidsongeschiktheid: vaak komt het bericht over de beëindiging van de arbeidsongeschiktheid pas na de betaling van de uitkering. In dat geval moet het bedrag door het ziekenfonds worden gerecupereerd). Het gebruikte algoritme voor de correcties laat niet toe de beëindiging van de arbeidsongeschiktheid precies te achterhalen: er is dus een mogelijke foutenmarge in de berekening van de perioden van arbeidsongeschiktheid⁹.

⁸ We volgen de wetgeving: Zie: <https://www.mc.be/que-faire-en-cas-de/maladie-accident/incapacite-travail/questions/rechute>

⁹ Waar mogelijk hebben we de datum van de laatste uitkering met toepassing van het algoritme vergeleken met de werkelijke einddatum van de arbeidsongeschiktheid. In deze gevallen bedraagt het verschil tussen beide data gemiddeld 7 dagen.

Hetzelfde probleem stelt zich voor het bepalen van de aanvang van gedeeltelijke hervattingen en waarvoor we dus zijn uitgegaan van een aantal veronderstellingen. Uit controle van enkele dossiers blijkt dat onze bevindingen en de geregistreerde hervattingen zeer goed met elkaar overeenstemmen. Er moet echter rekening worden gehouden met een zekere foutenmarge.

3. Belangrijkste resultaten

3.1. Waarschijnlijkheid van arbeidsongeschiktheid

Ten opzichte van onze steekproef van 7.577 vrouwen met kanker die uitkeringsgerechtigd zijn, is er bij 76% van hen effectief sprake van een arbeidsongeschiktheid die aanvangt tussen 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum (en die de periode van gewaarborgd loon overschrijdt). Het gaat om een totaal van 5.740 individuen. **De andere vrouwen (24%) werden dus niet arbeidsongeschikt tijdens de onderzoeksperiode of slechts voor korte perioden die de periode van gewaarborgd loon niet hebben overschreden.**

Aan de hand van een multifactoriële analyse (model Fine & Gray) konden we enkele factoren identificeren (zie tabel 2) die een opmerkelijke invloed hebben op de mogelijke aanvang van de arbeidsongeschiktheid tijdens de onderzoeksperiode (30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum).

- De waarschijnlijkheid voor aanvang van arbeidsongeschiktheid neemt af met de leeftijd: jongere vrouwen hebben meer kans arbeidsongeschikt te worden dan oudere vrouwen. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de eventuele zorg voor kinderen. De combinatie van gezin, werk en behandeling is moeilijk.
- Zelfstandigen hebben minder kans om arbeidsongeschikt te worden dan arbeidsters of bedienden. De financiële en organisatorische gevolgen door arbeidsongeschiktheid zijn mogelijk veel ernstiger voor zelfstandigen dan voor werknemers, aangezien ze niet kunnen terugvallen op een periode van gewaarborgd loon en omdat hun zakelijke activiteiten in het gedrang komen door hun afwezigheid.
- Een hospitalisatie binnen de 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum is een van de belangrijkste factoren die aanleiding geven tot arbeidsongeschiktheid.
- Chemotherapie heeft ook een invloed op een waarschijnlijke aanvang van arbeidsongeschiktheid.

Tabel 2: Factoren die verband houden met de aanvang van arbeidsongeschiktheid - multifactoriële analyse (Fine & Gray model)

	Odds Ratio ^{oo} Estimate
Leeftijd bij kanker <40 vs 60+	2,436*
Leeftijd bij kanker 40-49 vs 60+	2,395*
Leeftijd bij kanker 50-59 vs 60+	2,080*
Bediende vs zelfstandige	1,337*
Arbeidster vs zelfstandige	1,954*
Hospitalisatie 30 dagen vóór tot 60 dagen na incidentiedatum	5,176*
Chemotherapie tijdens de opvolgperiode	1,321*

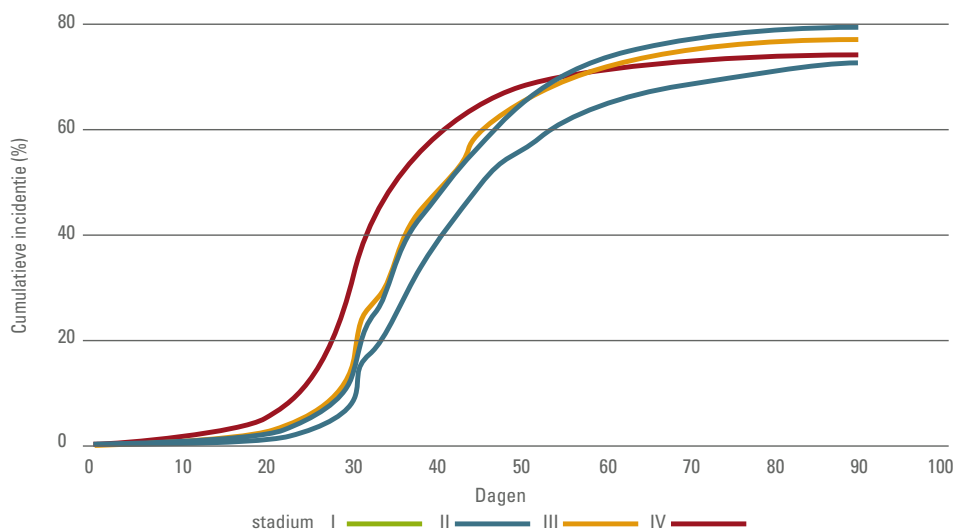
^{oo} : odds ratio >1 betekent dat de factor een invloed heeft op de waarschijnlijkheid van arbeidsongeschiktheid; bij een waarde lager dan 1 daalt deze waarschijnlijkheid

* : opmerkelijk cijfer met een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Figuur 4 toont, op basis van het kankerstadium, de cumulatieve incidentiecurve (zie kader voor meer uitleg) van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid tijdens de onderzoeksperiode (de gebeurtenis die voor ons van belang is). We zien hier hoe de waarschijnlijkheid van arbeidsongeschiktheid tijdens de onderzoeksperiode (-30/+60 dagen rond de incidentiedatum, ofwel drie maanden) evolueert (toeneemt), rekening houdend met het feit dat bepaalde personen komen te overlijden nog voordat ze arbeidsongeschikt worden (tijdens deze drie maanden). Aan het einde van de onderzoeksperiode merken we **weinig verschillen in de waarschijnlijkheid van arbeidsongeschiktheid naargelang het stadium van de kanker**. Deze waarschijnlijkheid is zeer gelijkaardig voor stadia I en IV, en een beetje groter voor stadia II en III. Wanneer we echter naar de evolutie in de tijd kijken, merken we dat personen met stadium IV sneller arbeidsongeschikt worden dan personen met stadium I.

Waarom zijn er zo weinig verschillen tussen de verschillende stadia? Dit komt omdat er rekening moet worden gehouden met een psychosociale context. Wij gaan ervan uit dat de diagnose van kanker, ongeacht het stadium van de ziekte, als een donderslag bij heldere hemel komt die het leven van de patiënte volledig ondersteboven zet. Ook al slagen sommige patiënten erin om ondanks alles een beroepsactiviteit en een behandeling te combineren, dan geldt dit nog niet voor anderen. En, zoals hierboven vermeld, hebben antecedenten en de gezins- en werksituatie een invloed op de arbeidsongeschiktheid.

Figuur 4: Waarschijnlijkheid van arbeidsongeschiktheid tijdens de onderzoeksperiode (tussen 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum)



3.2. Waarschijnlijkheid van werkherhvatting

3.2.1. Globaal

Zoals uitgelegd in punt 2.4 volgen we het traject van arbeidsongeschikte vrouwen tijdens een periode van twee jaar na de incidentiedatum. Tabel 3 toont de globale bevindingen aan het einde van deze periode:

- Aan het einde van de opvolgperiode heeft 52% van de arbeidsongeschikte vrouwen de periode van arbeidsongeschiktheid beëindigd door hervatting van het werk (of terugkeer naar werkloosheid). We zien ook een gedeeltelijke hervatting van 14% en een hervatting van 1,5% op besluit van de adviserend-arts.

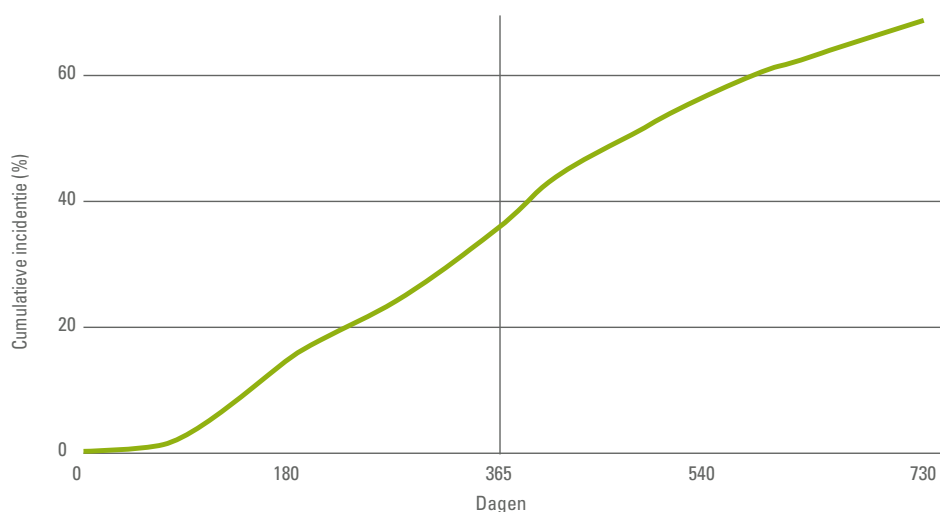
Dit wil zeggen dat bijna twee derde van de vrouwen het werk (of de werkloosheid) deels of volledig hebben hernomen.

- 23% blijft arbeidsongeschikt aan het einde van de opvolgperiode en bij 3% is er sprake van een nieuwe primaire arbeidsongeschiktheid.
- Het aantal overlijdens en gepensioneerden is identiek (2,1%).
- Het aantal overgestapte leden naar een andere verzekeringsinstelling is verwaarloosbaar en 1,6% wordt geschorst. Het gaat hier om een opschorting van betaling door niet aanwezig te zijn op een controleafspraak.

Tabel 3: Situatie twee jaar na de incidentiedatum

	%	N
Spontane hervatting, hervatting op besluit van de adviserend-arts, gedeeltelijke hervatting	67,4%	3.864
<i>Hervatting op besluit van de adviserend-arts</i>	1,5%	66
<i>Gedeeltelijke hervatting</i>	14,0%	800
<i>Spontane hervatting</i>	52,3%	2.998
Arbeidsongeschiktheid/invaliditeit	26,1%	1.495
Overlijden	2,1%	123
Pensioen	2,1%	122
Andere verzekeringsinstelling, opschorting of andere	2,3%	132
Totaal =	100%	5.736

Figuur 5: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid)



Figuur 5 toont de cumulatieve incidentiecurve (zie kader voor meer uitleg) van de beëindiging van de arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) binnen de twee jaar na de incidentiedatum, rekening houdend met patiënten die overlijden of met pensioen gaan. In dit geval zijn de hervattingen onze gebeurtenis van belang. De cumulatieve incidentiecurve wordt als volgt geïnterpreteerd: ze geeft de waarschijnlijkheid van hervatting

weer (deels of volledig, van werk of werkloosheid) tijdens de opvolgperiode en houdt rekening met andere mogelijke gebeurtenissen (in dit geval patiënten die overlijden of met pensioen gaan). Elk punt op de curve geeft de waarschijnlijkheid van hervatting weer vóór dag "t" op de horizontale as. De verticale lijn geeft 365 dagen aan, wat ongeveer overeenkomt met de overstap naar invaliditeit. Op 365 dagen bedraagt de waarschijnlijkheid van hervatting 35%. Deze waarschijnlijkheid

Cumulatieve incidentiecurve

Voor dit onderzoek moeten we rekening houden met concurrerende risico's ('competing risks') die mogelijk een gebeurtenis verhinderen die ons in het bijzonder interesseert ('event of interest' of gebeurtenis van belang).

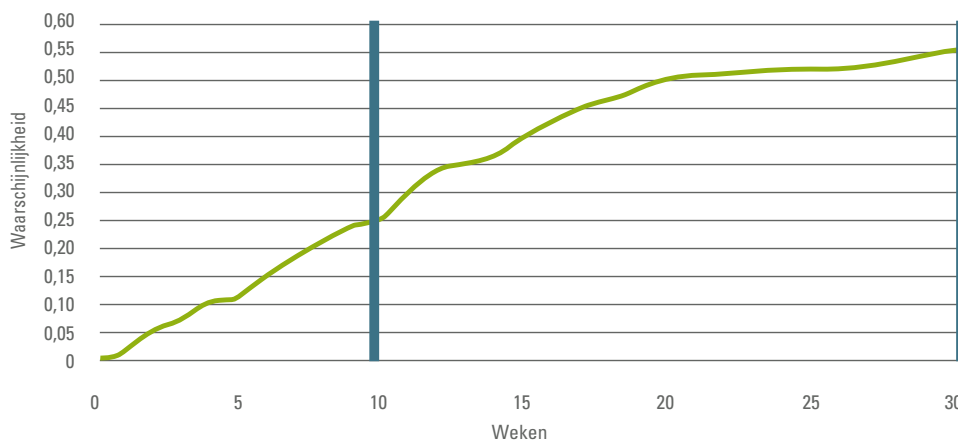
- Indien de aanvang van de arbeidsongeschiktheid (tijdens de onderzoeksperiode) onze gebeurtenis van belang zou zijn, is er soms geen sprake van arbeidsongeschiktheid indien de persoon te snel overlijdt.
- En eenmaal arbeidsongeschikt verklaard, kan een persoon om diverse redenen zijn arbeidsongeschiktheid beëindigen. Hier bestaat de gebeurtenis van belang uit de hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) aan het einde van de opvolgperiode. Maar er moet ook rekening worden gehouden met andere concurrerende gebeurtenissen zoals overlijden en pensioen.

Om deze reden hebben we gekozen voor het model van Fine & Gray, waarmee we een cumulatieve incidentiefunctie kunnen berekenen. Deze functie schat het incidentiecijfer, of de waarschijnlijkheid dat de gebeurtenis van belang (bijvoorbeeld aanvang van arbeidsongeschiktheid of hervatting) zal plaatsvinden vóór een bepaald moment "t" en vóór andere gebeurtenissen.

In de volgende theoretische figuur geven we een voorstelling van deze functie: dit is de cumulatieve incidentiecurve. We kunnen deze als volgt interpreteren:

- De waarschijnlijkheid dat de gebeurtenis van belang plaatsvindt vóór week 10 is gelijk aan 0,25.
- De waarschijnlijkheid dat dezelfde gebeurtenis tijdens het onderzoek plaatsvindt (d.w.z. het incidentiecijfer binnen de 30 weken) is gelijk aan 0,55.

Theoretische figuur: cumulatieve incidentiecurve voor de gebeurtenis van belang



neemt geleidelijk toe en bereikt aan het einde van de opvolgperiode 67%.

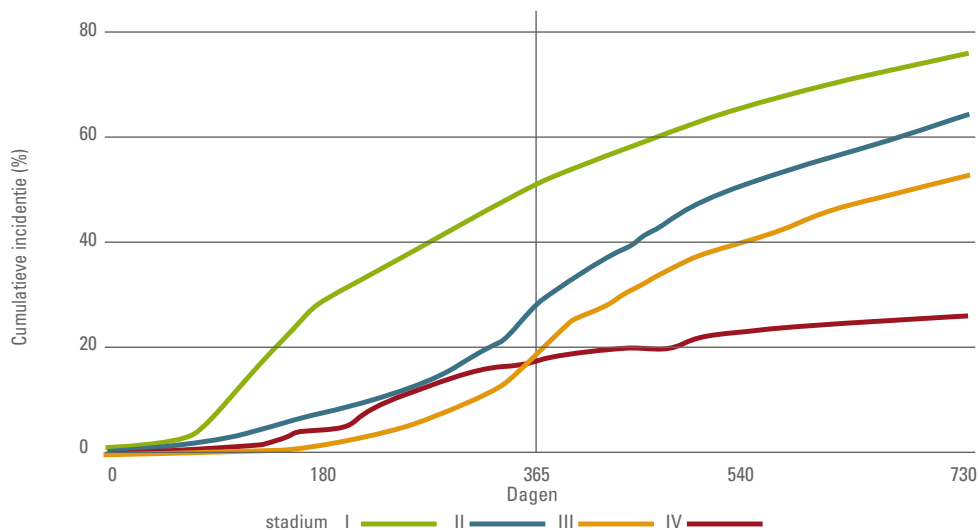
Elk lid dat onder invaliditeit of arbeidsongeschiktheid valt en een opschorting van de uitkeringen kreeg of naar een andere verzekeringsinstelling is overgestapt, wordt als 'censored' (gecensureerd) beschouwd: de enige informatie waarover we beschikken, is dat de periode van arbeidsongeschiktheid niet is beëindigd (door een hervatting, overlijden of pensioen).

In de volgende onderdelen splitsen we dit type grafische resultaten uit volgens bepaalde sociaal-demografische en medische eigenschappen.

[3.2.2. Volgens het stadium van de kanker](#)

Hoewel het stadium van de tumor blijkbaar geen invloed heeft op de waarschijnlijkheid van aanvang van arbeidsongeschiktheid, is dit wel het geval voor de waarschijnlijkheid van hervatting. Aan het einde van de opvolgperiode stellen we vast

Figuur 6: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) - volgens het stadium van de kanker



dat 77% van de arbeidsongeschikte vrouwen met ziektestadium I het werk hervatten. Deze verhouding neemt af bij een gevorderd stadium. Voor stadia II, III en IV bedraagt de verhouding respectievelijk 65%, 54% en 27%.

De cumulatieve incidentiecurve op basis van het stadium (figuur 6) toont aan dat vrouwen met stadium I op elk moment een grotere waarschijnlijkheid van werkhervatting hebben. Met uitzondering van stadium I, heeft stadium IV een gelijkaardige waarschijnlijkheid van hervatting als de andere stadia tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid. Vanaf de overstap naar invaliditeit neemt de waarschijnlijkheid van hervatting voor andere stadia toe, terwijl deze voor stadium IV duidelijk lager blijft. We zien ook dat voor stadium IV het aantal overlijdens het hoogst is.

3.2.3. Volgens leeftijdsgroep

Figuur 7 toont aan dat, rekening houdend met andere gebeurtenissen zoals pensioen en overlijdens, de timing van de hervatting verschillend is per leeftijdsgroep. Jongere patiënten (jonger dan 40 jaar) hebben een minder grote waarschijnlijkheid op hervatting tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid. De waarschijnlijkheid neemt toe voor de andere leeftijdsgroepen. Aan het einde van de opvolgperiode is de waarschijnlijkheid van hervatting het laagst voor de oudere patiënten (60 jaar en ouder). Dit kan worden verklaard doordat

meer patiënten van deze groep met pensioen gaan (21% beëindiging van arbeidsongeschiktheid door pensioen).

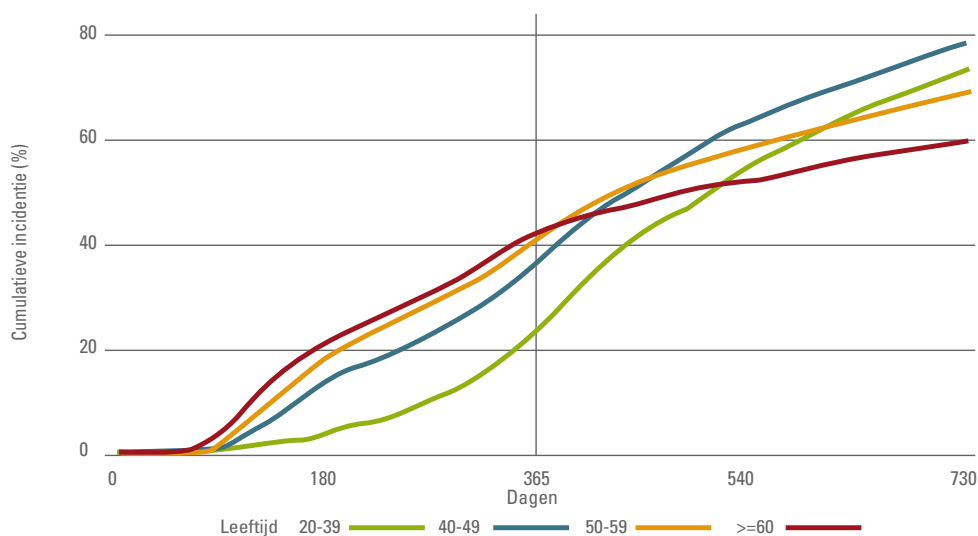
3.2.4. Volgens beroepsstatuut

In Figuur 8 zien we dat op elk moment de waarschijnlijkheid van beëindiging van de arbeidsongeschiktheid door een hervatting, deels of volledig, groter is voor bedienden dan voor arbeidsters. Dit verschil is waarschijnlijk te verklaren door het type werk. Arbeidsters hebben vaak manueel en zwaarder werk, wat hun terugkeer naar het werk bemoeilijkt. Voor zelfstandigen echter is de waarschijnlijkheid van hervatting het laagst tijdens de hele opvolgperiode. We moeten deze bevinding echter in perspectief plaatsen aangezien zelfstandigen een veel lagere waarschijnlijkheid op aanvang van arbeidsongeschiktheid hebben dan loontrekkenden. Met andere woorden, de weinige zelfstandigen die arbeidsongeschikt worden (63% tegen 83% voor arbeidsters en 74% voor bedienden), blijven voor een langere periode arbeidsongeschikt¹⁰.

3.2.5. Volgens aanwezigheid van comorbiditeit

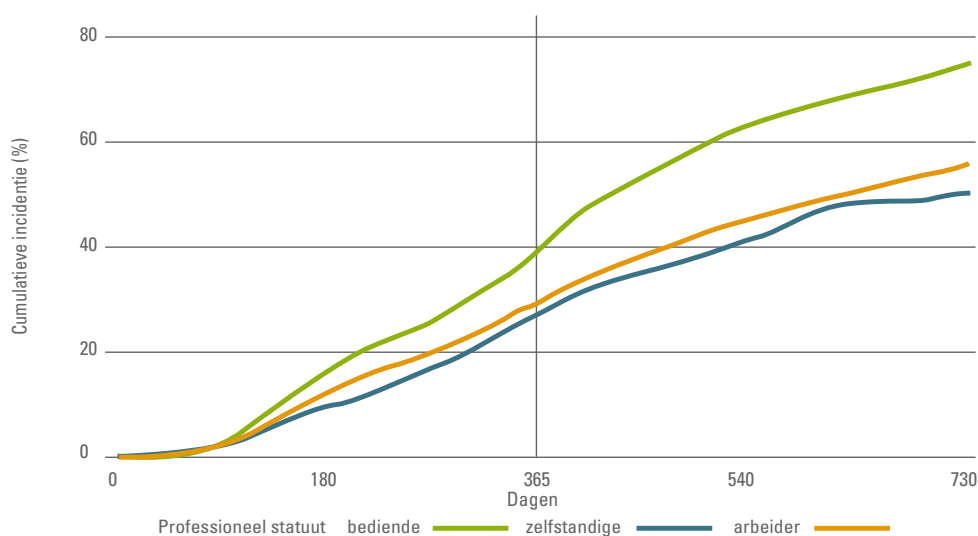
De comorbiditeit wordt hier benaderd als een combinatie van factoren: aanwezigheid van diabetes; minstens één hospitalisatie in het jaar voorafgaand aan de kankerdiagnose; reeds een andere kanker gehad vóór de referentiekanker. De comorbiditeit zoals hier gehanteerd blijkt een impact te hebben

Figuur 7: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) - volgens leeftijdsgroep

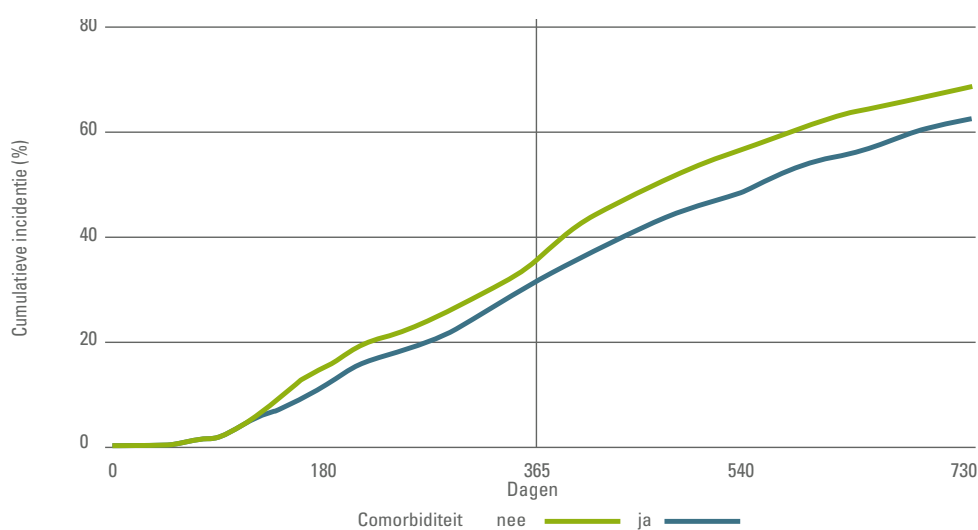


¹⁰ Uit de ervaring op het terrein van adviserend geneesheren blijkt dat zelfstandigen wiens zakelijke activiteiten erop achteruitgaan door hun ziekte, failliet gaan. Ze hebben geen recht op een werkloosheidsuitkering. Daarom wordt er zonder twijfel gewacht tot de adviserend geneesheer zelf beslist tot werkhervatting (waardoor de persoon uit het systeem van sociale zekerheid wordt uitgesloten). Het OCMW blijft dan de enige mogelijkheid voor sociale hulp.

Figuur 8: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) - volgens beroepsstatuut



Figuur 9: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) - volgens aanwezigheid of afwezigheid van comorbiditeit

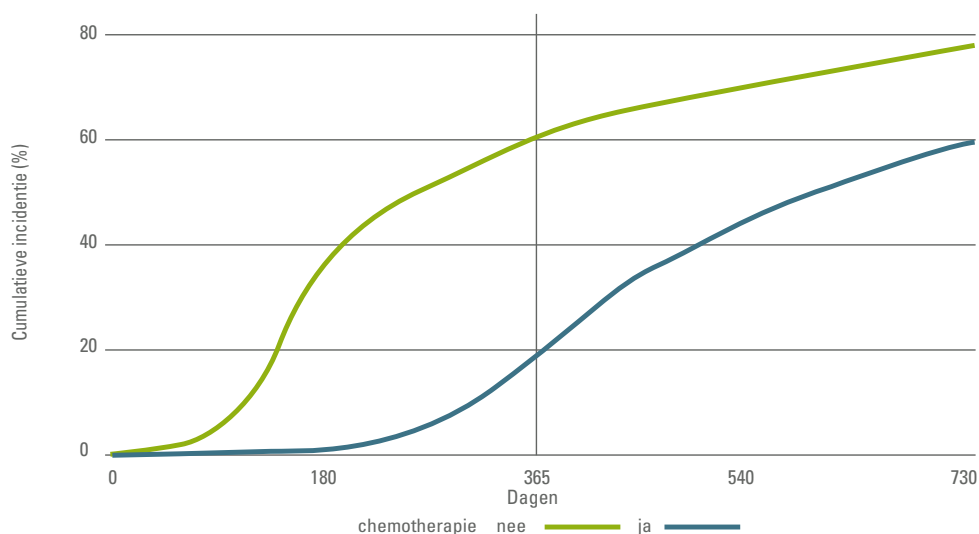


op de waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (aan het einde van de opvolgperiode: 68% (geen comorbiditeit) tegen 63% (wel comorbiditeit)). Figuur 9 laat zien dat dit verschil reeds aanwezig is tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid en dat dit aanhoudt na de overstap naar invaliditeit.

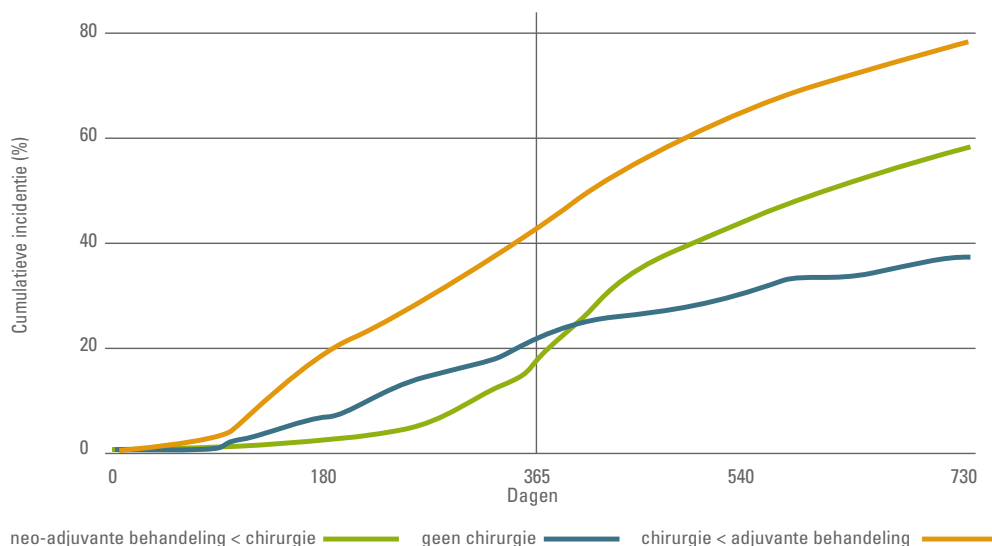
3.2.6. Volgens de behandeling

We stellen vast dat bij het volgen van een chemotherapie (minstens één keer) tijdens de twee jaar volgend op de incidentiedatum de waarschijnlijkheid van hervatting aanzienlijk daalt (aan het einde van de opvolgperiode: 60% hervatting bij chemotherapie, 79% zonder chemotherapie). Figuur 10 toont

Figuur 10: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) - volgens al dan niet volgen van een chemotherapie tijdens de opvolgperiode



Figuur 11: Waarschijnlijkheid van beëindiging van arbeidsongeschiktheid door een hervatting (deels of volledig, van werk of werkloosheid) - volgens het type en de timing van de behandeling



aan dat tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid de waarschijnlijkheid van hervatting snel stijgt voor patiënten die geen chemotherapie hebben gevolgd. Dit is uiteraard slechts een correlatie maar het is nochtans bekend dat chemotherapie ernstige bijwerkingen heeft op korte en middellange termijn, wat mogelijk een verklaring is voor deze bevindingen.

In Figuur 11 onderzoeken we, voor de vrouwen waarvoor deze informatie voorhanden is, de impact van verschillende types behandeling en hun timing op hervatting. Chirurgie gevolgd door een aanvullende behandeling (chemotherapie en/of hormoontherapie en/of radiotherapie) is niet alleen het meest voorkomende type behandeling, maar ook de behandeling met de meeste kansen op hervatting (71% aan het einde van de opvolgperiode). Andere onderzochte behandelingen (waarvan

het aantal observaties niet te klein is) zijn: 1) een behandeling (chemotherapie en/of hormoontherapie en/of radiotherapie) in eerste instantie (neo-adjuvante behandeling) gevolgd door chirurgie, 2) een behandeling maar geen chirurgie. In dit laatste geval hebben we vaak te maken met patiënten in ziektestadia IV, wat de lage waarschijnlijkheid van hervatting verklaart (34% aan het einde van de opvolgperiode).

3.3. Duur van de arbeidsongeschiktheid

In dit onderdeel analyseren we de duur van de eerste periode van arbeidsongeschiktheid, die aanvangt tussen 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum. Ter herinnering: in de meeste gevallen is er slechts één periode van arbeidsongeschiktheid (langer dan de periode gedekt door gewaar-

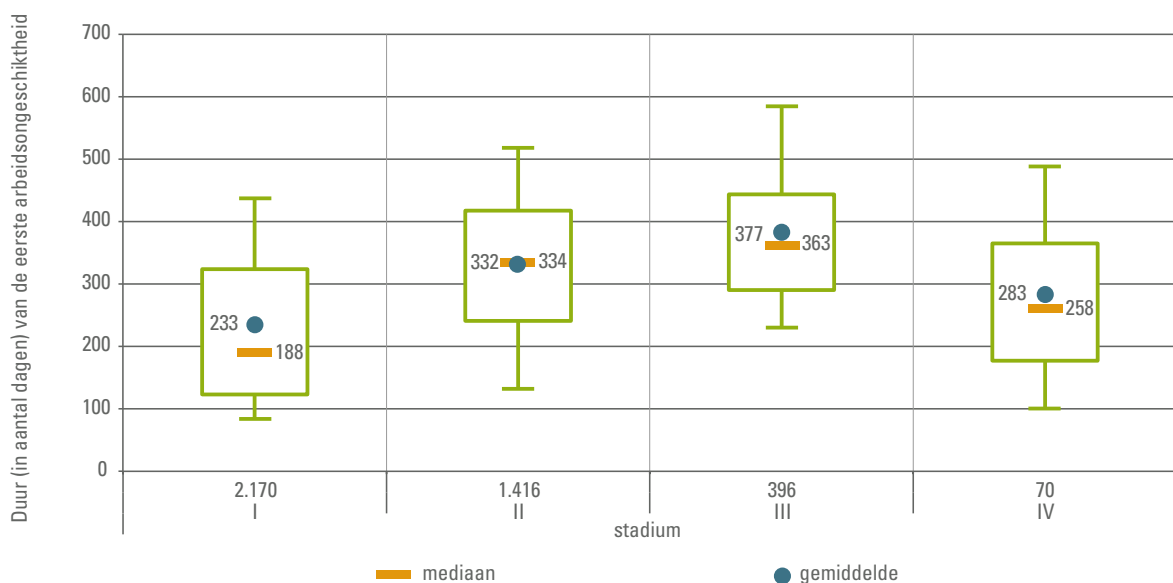
borgd loon) tijdens de opvolgperiode. We analyseren alleen de gevallen van arbeidsongeschiktheid die worden beëindigd door een gedeeltelijke of volledige hervatting. Bij een deeltijdse hervatting beschouwen we het begin van de deeltijdse hervatting als einddatum van de arbeidsongeschiktheid, zelfs voor vrouwen met een voltijdse hervatting als laatst gekende situatie. Een ander verschil met de vorige analyse is dat de duur van de arbeidsongeschiktheid nu wordt bekeken vanaf de begindatum van de arbeidsongeschiktheid in plaats van de incidentiedatum.

Tabel 4 en de boxplot van Figuur 12 tonen, per ziektestadium, de duur van de eerste arbeidsongeschiktheid voor vrouwen die het werk/de werkloosheid geheel of volledig hebben hervat. Voor stadium I is er qua gemiddelde en mediaan - duidelijk een kortere arbeidsongeschiktheid dan voor de andere stadia. 50% van de

Tabel 4: Weergave van de duur van de eerste arbeidsongeschiktheid (in dagen) voor gedeeltelijke en volledige hervattingen (betrouwbaarheidsinterval van 95% tussen haakjes) volgens het stadium van de kanker

	I	II	III	IV
P10	84,5 (78-91)	132 (133-145)	231 (219-252)	99 (22-133)
P25	123 (120-128)	241 (227-254)	290,5 (278-299)	177 (114-225)
Mediaan	188 (181-198)	334 (324-344)	362,5 (350-369)	258 (232-296)
P75	324 (312-335)	417,5 (408-430)	443,5 (425-479)	365 (298-456)
P90	438 (422-459)	519 (503-537)	585 (546-612)	489 (427-708)
Gemiddelde	233,4 (227,3-239,5)	332,2 (324,5-339,8)	377,2 (363,8-390,6)	282,8 (245,9-319,7)

Figuur 12: Weergave van de duur (in dagen) van de eerste arbeidsongeschiktheid voor vrouwen die het werk/de werkloosheid geheel of volledig hebben hervat



patiënten met stadium I waarvan de eerste arbeidsongeschiktheid is beëindigd door een gedeeltelijke of volledige hervatting, was ongeveer zes maanden (188 dagen) arbeidsongeschikt. Voor stadia IV ligt de mediaan rond de negen maanden, terwijl dit voor de andere stadia ongeveer een jaar is.

4. Bespreking en besluit

De voornaamste bevinding van dit onderzoek is dat **borstkanker**, voor de meeste vrouwen, **geen definitieve terugtrekking uit de arbeidsmarkt inhoudt**. Bijna 24% van de vrouwen wordt niet zomaar arbeidsongeschikt (na de periode van gewaarborgd loon) tijdens de twee maanden na de diagnose. Van de overige 76% van de vrouwen, die rond het moment van de vaststelling van de kanker arbeidsongeschiktheid werden, heeft 67% de arbeidsongeschiktheid deels of volledig beëindigd.

Bepaalde sociaal-economische factoren hebben een invloed op de aanvang en beëindiging van de arbeidsongeschiktheid. Zo is het voor zelfstandige vrouwen minder waarschijnlijk dat ze arbeidsongeschikt worden, maar wanneer dit wel het geval is, blijven ze ook langer arbeidsongeschikt. Leeftijd en beroepsstatuut hebben ook een invloed op de beëindiging van de arbeidsongeschiktheid: hoe jonger - in geval van werknemers - hoe groter de kans op hervatting. Er moet echter ook rekening worden gehouden met medische factoren. Patiënten met stadium IV worden sneller arbeidsongeschikt dan patiënten met stadium I. Indien er tussen de 30 dagen vóór en 60 dagen na de incidentiedatum een hospitalisatie of chemotherapie is geweest, neemt de waarschijnlijkheid van arbeidsongeschiktheid toe. Bij comorbiditeiten en chemotherapie ligt de kans op werkhervatting lager.

Het heropnemen van een beroepsactiviteit gaat uiteraard niet vanzelf. Het onderzoek naar de levenskwaliteit van vrouwen met borstkanker, dat CM in 2006 heeft uitgevoerd¹¹, toont aan dat de ziekte fysiek en psychologisch zwaar is. Het spreekt voor zich, ook al gaat het weer beter, dat de fysieke en mentale gevolgen van deze ervaring nog steeds aanwezig zijn en dat ze de terugkeer naar het werk bemoeilijken. Uit de kwalitatieve studie van de Koning Boudewijnstichting¹² blijkt dat een hervatting van het werk, ook al vindt deze plaats, niet altijd zo vlot verloopt. Vanuit dit perspectief is er kwalitatieve informatie over de beleving van de patiënten nodig om de over het algemeen positieve resultaten van dit onderzoek beter te kunnen interpreteren¹.

Wat we nog niet weten, is in welke mate de beëindiging van de arbeidsongeschiktheid verloopt zoals de patiënte zelf wenst. Bij dit proces zijn immers vele varianten mogelijk, en zijn er meerdere personen die erin tussenkomen. Vrouwen met een contract van bepaalde duur lopen het risico dat dit tijdens hun arbeidsongeschiktheid gewoonweg niet wordt verlengd. Vrouwen met een contract van onbepaalde duur genieten een betere wettelijke bescherming. Men moet dus bekijken, op vraag van de patiënte en op vrijwillige basis, of het vroegere werk kan worden hervat en aan welke voorwaarden (aangepast werk, andere werkuren enz.). Dit kan onder begeleiding van de arbeidsgeneesheer worden voorbereid, bij voorkeur in overleg met de adviserend-arts en de behandelend arts. Er zijn echter struikelblokken: soms weigert de werkgever om aangepast werk te geven en beëindigt hij het arbeidscontract door overmacht. Ook niet alle werkhervattingen verlopen vlot: een slecht voorbereide hervatting, vooral wat collega's betreft, kan leiden tot een herval van arbeidsongeschiktheid.

Uiteraard is het de prioriteit van de behandelend arts om de kansen op overleving en een succesvolle behandeling zo groot als mogelijk te maken. Maar er moet ook rekening worden gehouden met het professionele leven van de patiënte. Dit moet worden besproken. Over het algemeen ziet de adviserend-arts of een medewerker van het pluridisciplinaire team van een ziekenfonds, dit soort patiënte zes tot acht maanden na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid. Indien de behandeling dit toelaat, is het hun rol om een hervatting van het werk in brede zin voor te bereiden, om te zien welke stappen met welke betrokkenen (werkgever, arbeidsgeneesheer, opleidingscentra enz.) moeten worden genomen en op welk moment. Er zijn talrijke manieren om het werk te hervatten, gaande van aangepast werk of een gedeeltelijke hervatting tot een opleiding voor een ander beroep of een bijscholing. Bepaalde CM ziekenfondsen hebben hiervoor al een 'InWerkCoach' en we willen dit graag nog verder uitbreiden.

Tot slot willen we meer algemeen de nadruk leggen op de noodzaak van borstkankerscreening. Voor vrouwen tussen 50 en 69 jaar is het aanbevolen om zich om de twee jaar te laten screenen. Een mammografie in het kader van programma's die door de Belgische Gemeenschappen worden georganiseerd (Vlaamse Gemeenschap: sinds 2001, Franse Gemeenschap of Federatie Wallonië-Brussel: sinds 2002), is gratis. Toch stellen we vast dat een te groot aantal vrouwen zich niet laat screenen: in 2016 heeft 22,6% van de vrouwen (die deel uitmaken van de doelgroep tussen 50 en 69 jaar) geen mammografie laten uitvoeren in een periode van zes jaar¹⁴. In dit opzicht is het zeker de taak van de ziekenfondsen om hun leden te herinneren aan het nut van preventie en het belang van screening.

¹¹ Remacle A & Mertens R (2006).

¹² Mairiaux P et al (2016).

¹³ Op de website van 'Pink Ribbon' vinden we vele getuigenissen: <https://www.pink-ribbon.be/>

¹⁴ Atlas van het InterMutualistisch Agentschap: <http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>

Bibliografie

Barnay T et al. 2018. *Conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels : une analyse sur données médico-administratives*. Rapporten van IRDES nr. **568**.

<http://www.irdes.fr/recherche/2018/rapport-568-consequences-de-la-survenue-du-cancer-sur-les-parcours-professionnels.html>

European Risk Observatory. 2018. *Rehabilitation and return to work after cancer*. European Agency for Safety and Health at Work.

<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-after-cancer-literature-review>.

Haesook T.K. 2007. Cumulative Incidence in competing risks data and competing risks regression analysis. *Clinical Cancer Research* **13**(2). doi: 10.1158/1078-0432.CCR-06-1210

<http://clincancerres.aacrjournals.org/content/13/2/559>

RIZIV. 2018a. *Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides – période 2007-2016 – Régime général et régime des indépendants*.

http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_facteurs_explicatifs_invalides_2007_2016.pdf

RIZIV. 2018b. *Absentéisme pour maladie en incapacité primaire de travail. Analyse en verklarende factoren – 2011-2016*.

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_absenteisme_incapacite_primaire_analyse_2011_2016.pdf

Kiasuwa Mbengi R et al. 2016. Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action—rapid review and expert consultation. *Systematic Reviews* 2016 **5**(35).

<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0210-z>

Kiasuwa Mbengi R et al. 2018a. How do social security schemes and labor market policies support the return-to-work of cancer survivors? A review article. *Journal of Cancer Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.jcipo.2018.02.008>.

Kiasuwa Mbengi R et al. 2018b. Assessing factors associated with long-term work disability after cancer in Belgium: a population based cohort study using competing risks analysis with a 7-year follow-up. *BMJ Open* 2018;**8**:e014094. doi:10.1136/bmjopen-2016-014094

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/2/e014094.full.pdf>

Kiasuwa Mbengi R et al. 2018c. Utilisation de l'échantillon permanent (eps) pour l'étude du retour au travail après cancer. Défis et opportunités pour la recherche. *Revue Médicale de Bruxelles*. doi: 10.30637/2018.17-089.

<https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/download/1381>

KCE. 2015. *Synthèse: 10 ans de concertations oncologiques multidisciplinaires: bilan et perspectives*. KCE report **239**.

<https://kce.fgov.be/fr/10-ans-de-concertations-oncologiques-multidisciplinaires-bilan-et-perspectives>

Mairiaux P, Van Hood E & Schippers N. 2016. *Etude "Cancer du sein et emploi", rapport final*. Koning Boudewijnstichting.

https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/202899/1/160420%20Cancer%20du%20sein%20et%20emploi_rapport%20final%20FRB-KBS.pdf

Remacle A & Mertens R. 2006. *Cancer du sein: variabilité des pratiques dans la prise en charge du cancer du sein. Qualité de vie, participation et autonomie: La voix des femmes...* Dossier thématique MC 7 (février 2006).

Rodriguez R. 2012. Cumulative Incidence.

<http://data.princeton.edu/pop509/cumulativeIncidence.pdf>

Verhulst et al. 2016. *Delay in diagnosis and initiation of breast cancer treatment in Belgium*. Abstract from ENCR Scientific Meeting and General Assembly, 5-7 october 2016, Bavano, Italy: Joining forces for better cancer registration in Europe; EUR 28095 EN; doi: 10.2787/99752

http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC102769/encr%202016%20conference%20book%20%28print%29%20%28secured%29_2.pdf

Wang L et al. 2018. Predictors of Unemployment After Breast Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta Analysis of Observational Studies. *Journal of Clinical Oncology* **36**(18): 1868-1879.

<https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.3663>

CM in het kort

1. Nog nooit zoveel jongeren op spoed na alcoholmisbruik

Een recente analyse van het Intermutualistisch Agenschap (IMA) toont aan dat in 2017 in het totaal 2.334 jongeren tussen 12 en 17 jaar in het ziekenhuis belandden nadat ze (veel) te veel gedronken hadden. Dit is een stijging met 8% in vergelijking met 2016 en het hoogste cijfer in tien jaar tijd. De voorbije jaren leek het nochtans de goede kant op te gaan. Even verontrustend is dat ook in de leeftijdscategorie 18-29 jaar het alcoholmisbruik toeneemt, van 11.325 gevallen naar 11.554. Dit is een toename van ruim 2% op een jaar tijd.

Opvallend, bij de jongeren tussen 12 en 17 jaar die op spoed een bloedafname ondergaan voor het vermoeden van alcoholintoxicatie, zijn er evenveel meisjes als jongens. Jongeren met recht op de verhoogde tegemoetkoming worden vaker opgenomen dan jongeren zonder de verhoogde tegemoetkoming (42 per 10.000 tegenover 29 per 10.000).

CM waarschuwt naar aanleiding van deze cijfers dat alcoholmisbruik op jonge leeftijd allerm minst onschuldig is. Wie dronken is, riskeert niet alleen dingen te doen waar hij de volgende dag spijt van heeft. Te veel drinken kan ook de gezondheid van de jongeren op lange termijn ernstige schade toebrengen. Alcoholmisbruik op jonge leeftijd kan leiden tot hersenschade met zwakkere studieresultaten en minder kansen op de arbeidsmarkt als gevolg. Wie vroeg begint te drinken, gaat later ook meer alcohol gebruiken.

De nefaste gevolgen voor de gezondheid blijken pijnlijk duidelijk uit de geografische spreiding van alcoholintoxicatie. Vooral de provincies die grenzen aan Frankrijk (West-Vlaanderen, Henegouwen en Luxemburg) scoren slecht. Dat zijn net de provincies waar vaker alcohol-gerelateerde kankers voorkomen, zoals lever-, pancreas- en slokdarmkanker, maar ook meer gevallen van kanker aan hoofd en hals.

CM herhaalt haar boodschap dat het een fout signaal is dat bier, wijn en schuimwijn in België nog altijd toegestaan zijn vanaf 16 jaar. Zowel de Hoge Gezondheidsraad als de VAD (Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs) raden aan om de grens op 18 jaar te leggen. In 22 van de 28 EU-landen ligt de leeftijdsgrens al op 18 jaar. België blijft achter. De nieuwe cijfers over alcoholmisbruik tonen aan dat we er met sensibilisering alleen niet gaan komen. Een echt alcoholplan moet veel verder durven gaan.

Meer informatie: <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2018/bingedrinking>

2. Steeds meer jongeren laten zich testen op chlamydia

Uit recente cijfers van CM-leden blijkt dat van alle vrouwen tussen 18 en 25 jaar 8,5 procent zich in 2017 liet testen op chlamydia. Bij de mannen is dat 3,5 procent. Ruim een op de zeven test positief. Het aantal jongvolwassenen CM-leden dat zich laat testen is toegenomen van net geen 11.000 mannen en vrouwen in 2012 tot bijna 18.000 in 2017 (+ 63%). Chlamydia is de meest vastgestelde seksueel overdraagbare aandoening (soa) en komt vooral bij jongeren voor. De aandoening is enerzijds heel besmettelijk, maar anderzijds makkelijk te behandelen met antibiotica en doorgeven is eenvoudig te voorkomen.

Maar heel wat mensen beseffen niet dat ze chlamydia hebben, omdat er vaak geen klachten optreden. Dat bewijzen ook de cijfers van CM-leden. Van alle vrouwen tussen 18 en 25 jaar test iets meer dan een procent positief op chlamydia. Bij de mannen is dat maar een half procent. Nochtans wordt geschat dat chlamydia in werkelijkheid voorkomt bij drie tot vijf procent jongvolwassenen. Dit is wel degelijk een probleem gezien het risico op ernstige complicaties indien er niet behandeld wordt. Bovendien wordt chlamydia heel makkelijk doorgegeven bij onbeschermd seksueel contact.

Als gezondheidsfonds start CM daarom een campagne die zich richt op studenten. De nadruk ligt op voorlichting en bewustwording rond seksuele gezondheid. CM werkt hiervoor samen met Sensoa en Durex.

Meer informatie: <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2018/steeds-meer-jongeren-laten-zich-testen-op-chlamydia>

CM Informatie is het driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van relevante CM-studies en achtergrondinformatie over de federale en regionale systemen van sociale bescherming en de andere takken van de sociale zekerheid, en over het gezondheids- en welzijnsbeleid. Elke geïnteresseerde kan zich op het tijdschrift abonneren. Verder wordt het tijdschrift verspreid onder een personen voor wie het, in hoofde van hun functie en taken in de samenleving, relevant is om op de hoogte te blijven van deze informatie (CM-medewerkers, bestuursleden van CM en aanverwante organisaties, andere studiediensten, persverantwoordelijken, politiek verkozenen, ...). Uiteraard gebruiken we het adressenbestand enkel en alleen voor dit tijdschrift.

Wens je CM-Informatie niet meer te ontvangen, dan kan je dit schriftelijk laten weten:

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – R&D
Mieke Hofman
Haachtsesteenweg 579
1031 Schaarbeek

Je kan dit ook per mail laten weten: cminfo@cm.be

Inhoud

Redactioneel 3

Tandzorg 4

Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld

Luchtconsulenten 18

Meer aandacht voor kwaliteit binnenlucht dankzij
Luchtconsulenten van Beweging.net

Actie patiëntenrechten 2019 29

De vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger

Arbeidsongeschiktheid 40

Borstkanker en arbeidsongeschiktheid

CM in het kort 54

CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op:

<http://www.cm.be/CM-Informatie>.

U kan zich daar tevens inschrijven op een mail-alert zodat u wordt verwittigd bij het verschijnen van een nieuw nummer.

Colofon

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Hoofdredactie	Michiel Callens
Eindredactie	Rebekka Verniest en Mieke Hofman
Layout	grafische vormgeving LCM
Druk	Antilope De Bie
Retouradres	LCM-R&D Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel