

# & GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

**06** Hoe het welzijn verbeteren aan het einde van de loopbaan?

**36** Familiale conflicten: een belangrijk aandachtspunt in levenseindezorg

**58** Evaluatie van de conventie borstreconstructie

6 - juli 2023

**We moeten  
niet wachten**

# We moeten niet wachten

## Editio



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

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

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

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

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

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

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

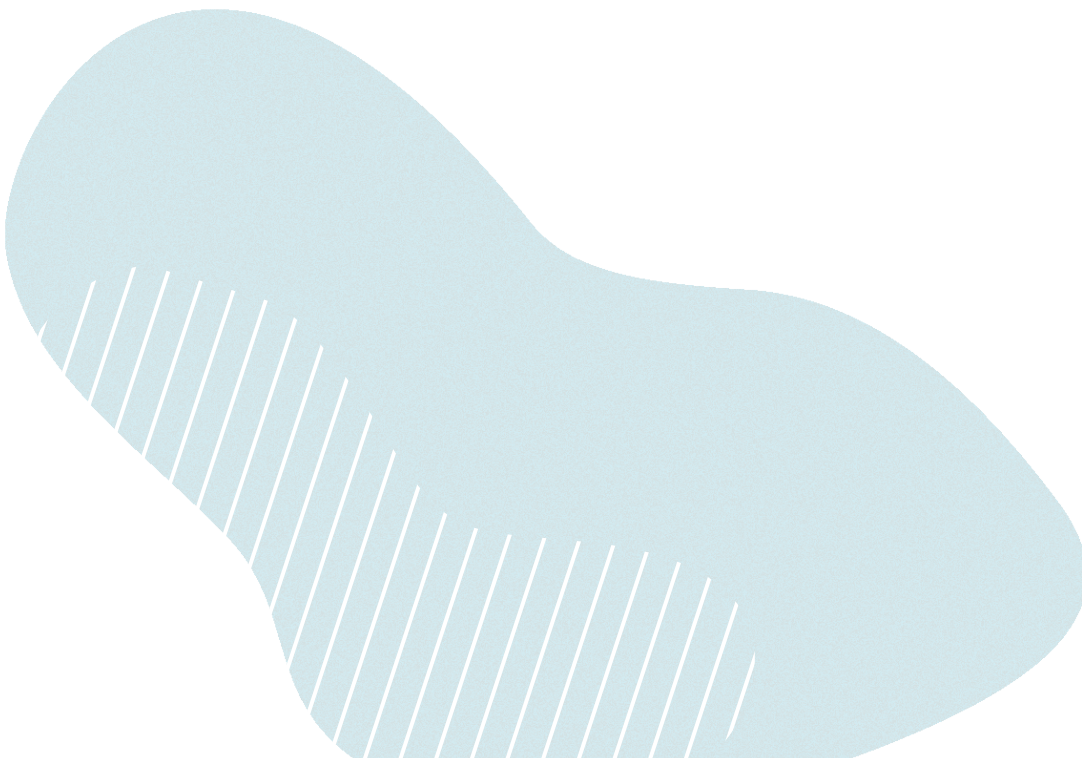
We sluiten dit nummer af met een analyse, uitgevoerd binnen het InterMutualistisch Agentschap (IMA), van de evaluatie van de conventie die bij borstreconstructie de tariefzekerheid voor patiënten wil garanderen. België is helaas een uitzondering wat betreft de prevalentie van

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

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

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

Élise Derroitte  
Directie Studiedienst



## Bibliografie

Federaal Planbureau. (2022). *Levensverwachting in goede gezondheid*. Opgehaald van [https://www.indicators.be/nl/i/G03\\_HLY/nl](https://www.indicators.be/nl/i/G03_HLY/nl)

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

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

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

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

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

# Hoe het welzijn verbeteren aan het einde van de loopbaan?

**Kwantitatieve analyse van de arbeidsvoorwaarden en werkaanpassingen die bijdragen tot het welzijn aan het einde van de loopbaan**

Hélène Henry — Studiedienst

Met dank aan Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Ann Morissens en Sophie Cès

## Samenvatting

In een tijd waarin het aantal oudere werknemers en vooral werkneemsters in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit steeds toeneemt, wordt in deze studie gekeken naar de arbeidsvoorwaarden en werkaanpassingen die bijdragen tot gezondheid, welzijn en de intentie om te blijven werken aan het einde van de loopbaan.

Aan de hand van correlatieanalyses (regressies) van kwantitatieve gegevens, verzameld via een online vragenlijst ingevuld door CM-leden in de leeftijdsgroep van 55-64 jaar, werden in deze studie drie hypothesen getest.

- Dragen de werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan positief bij tot gezondheid, welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken?
- Zijn deze potentieel positieve relaties sterker bij mannen of bij vrouwen aan het einde van hun loopbaan?
- Maken deze regelingen het mogelijk de gezondheid, het welzijn op het werk en het behoud van het werk te vrijwaren, ondanks de ervaring van persoonlijke en/of professionele moeilijkheden aan het einde van de loopbaan?

Uit de resultaten blijkt dat de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid, en tot regelingen in verband met werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, het meest positief samenhangen met gezondheid, welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken aan het einde van de loopbaan. Deze effecten zijn meer

uitgesproken bij het behoud van het welzijn op het werk van vrouwen aan het einde van hun loopbaan, maar zijn niet voldoende om hun geestelijke en lichamelijke gezondheid of hun intentie om te blijven werken beter te vrijwaren. Tot slot zijn de onderzochte werkaanpassingen en arbeidsvoorwaarden bijzonder doeltreffend voor de bescherming van de geestelijke gezondheid van werknemers en werkneemsters aan het einde van hun loopbaan, wanneer deze veel persoonlijke en/of professionele moeilijkheden ondervinden.

Op basis van deze resultaten worden verschillende aanbevelingen geformuleerd om het welzijn en de gezondheid aan het einde van de loopbaan te behouden.

Sleutelwoorden: Eindloopbaan, werkaanpassingen, arbeidsvoorwaarden, welzijn op het werk, arbeidsongeschiktheid, preventie, kwantitatieve studie

# 1. Inleiding

## 1.1. Context

Door de stijgende levensverwachting en de vergrijzing van de beroepsbevolking, hebben veel Europese landen het afgelopen decennium maatregelen genomen om de loopbaan te verlengen. In België heeft de regering-Michel in 2012 besloten de pensioenleeftijd te verhogen tot 66 jaar in 2025 en tot 67 jaar in 2030. In 2021 vertegenwoordigden de werknemers en werknemers van 55 jaar en ouder 19% van de totale tewerkstelling in België (Institut pour un développement durable, 2022). Het percentage werknemers en werknemers van 50 tot 64 jaar in primaire arbeidsongeschiktheid of in invaliditeit neemt echter voortdurend toe: van 11% in 2005 tot 15% in 2019 met een meer uitgesproken stijging bij vrouwen tussen 50 en 64 jaar, waar het aandeel werknemer dat afwezig was omwille van ziekte steeg van 11% in 2005 tot 17% in 2019 (Institut pour un développement durable, 2022).

Hoewel de toegenomen levensverwachting een vaak gebruikt argument is om een langere beroepsloopbaan te rechtvaardigen, mag men niet vergeten dat langer leven niet noodzakelijk betekent dat men langer in goede gezondheid leeft. Daarom is het belangrijk om rekening te houden met andere indicatoren om de gezondheidstoestand op het moment van pensionering in aanmerking te nemen, zoals bijvoorbeeld de levensverwachting in goede gezondheid. Deze wordt gedefinieerd als “de gemiddelde levensverwachting in goede gezondheid, dit wil zeggen zonder onomkeerbare beperking van de activiteiten van het dagelijks leven of invaliditeit” (Insee, 2017, eigen vertaling). In 2020 bedroeg de levensverwachting in goede gezondheid in België 63,6 jaar voor mannen en 64 jaar voor vrouwen (Bureau Fédéral du Plan, 2022). Voor sociaaleconomisch zwakkere groepen ligt de levensverwachting in goede gezondheid nog lager: zij zullen gemiddeld een verslechterde gezondheid hebben (of zelfs sterven) vóór de leeftijd van 60 jaar (Solidaris, 2023).

Bovendien wordt de arbeidscontext in onze westerse samenlevingen steeds meer gekenmerkt door het risico van psychische en/of fysieke schade die verband houdt met de componenten van het werk in termen van arbeidsorganisatie, arbeidsinhoud, arbeidsvoorwaarden, arbeidsomstandigheden of interpersoonlijke relaties op het werk, die een gevaar inhouden en waarop de werkgever invloed

heeft (de zogenaamde psychosociale risico's<sup>1</sup>). De toename van het onwelbevinden op het werk, vooral als gevolg van nieuwe vormen van arbeidsorganisatie en een verslechtering van de arbeidsvoorwaarden, is de afgelopen jaren in verschillende studies aangetoond (Périlleux & Vendramin, 2017; Vendramin & Parent-Thirion, 2019; Dejours & Duarte, 2018).

Deze psychosociale risico's treffen werknemers en werknemers van alle leeftijden, maar oudere werknemers en werknemers zijn hier bijzonder kwetsbaar voor (EuroHealthNet, 2022). Hoewel zij tijdens hun loopbaan verschillende hulpbronnen en vaardigheden hebben ontwikkeld waarop zij kunnen terugvallen, kunnen deze achterhaald geraken en moeilijk te vernieuwen zijn gezien de snelle veranderingen in de werkomgeving. Oudere werknemers en werknemers kunnen daardoor meer werkgerelateerde stress ervaren, meer last hebben van verandering op het werk en meer werkonzekerheid ervaren dan jongere werknemers en werknemers (EuroHealthNet, 2022). Zij maken ook vaker melding van een gevoel van algemene vermoeidheid, een gebrek aan loopbaanvooruitzichten of een laag niveau van psychologisch welzijn (Vendramin & Valenduc, 2016).

Naast deze psychosociale risico's, die dus vooral het welzijn en de gezondheid van oudere werknemers en werknemers kunnen aantasten, zijn er nog twee andere risicofactoren specifiek voor oudere werknemers en werknemers: enerzijds de realiteit van leeftijdsdiscriminatie, het 'ageism', dat verwijst naar de stereotypen, vooroordelen en discriminerend gedrag ten aanzien van mensen op grond van hun leeftijd (Butler, 1980) die erg aanwezig is in onze maatschappij; anderzijds de grotere kans dat zij zorgtaken opnemen voor hun eigen oudere ouder met autonomieverlies, of voor hun kinderen of kleinkinderen (de zogeheten 'sandwichgeneratie'). Ageism heeft een negatieve invloed op de geestelijke gezondheid van ouderen, bijvoorbeeld doordat het gevoel van eigenwaarde afneemt of het risico op misbruik toeneemt (Loriato, 2022). Op het werk hebben oudere werknemers en werknemers als gevolg van ageism minder kans op opleiding en carrièremogelijkheden (Loriato, 2022). In situaties van zorg voor een familielid met autonomieverlies, merken we dat deze rol vaker wordt vervuld door werknemers, en meer in het bijzonder door werknemers, aan het einde van hun loopbaan. Hoewel de zorg voor een familielid een belangrijke bron van volvoering en persoonlijke verwezenlijking kan zijn (Marino, 2017), hebben verschillende studies ook aangetoond dat

1 De definitie van psychosociale risico's is te vinden op: <https://www.beswic.be/nl/themas/psychosociale-ricos-psr>.



deze rol de werkoverbelasting en het onevenwicht tussen werk en privéleven vergroot, en een negatief effect kan hebben op het welzijn en de geestelijke gezondheid (Bastawrous, 2013; Loriato, 2022; Pinquart & Sörensen, 2003).

In deze context van een levensverwachting in goede gezondheid die beperkt is tot de leeftijd van 60 jaar voor sociaaleconomisch zwakkere groepen, van een toenemende blootstelling aan psychosociale risico's, van het achterhaald zijn van vaardigheden, van *ageism* en zorg voor familieleden, voelen steeds meer werknemers en

werkneemsters van 55-64 jaar zich niet langer in staat om hetzelfde werk te blijven doen tot hun 60<sup>ste</sup> levensjaar (Hansez, et al., 2012; Vendramin & Valenduc, 2016) of tot aan de pensioenleeftijd (Geneeskunde voor het volk, 2021).

Terwijl het bevorderen van de gezondheid tijdens de hele loopbaan een prioriteit is op wereldniveau (bijvoorbeeld de WGO-gids voor geestelijke gezondheid op het werk, 2022), op Europees niveau (bijvoorbeeld het Europees strategisch kader voor gezondheid en veiligheid op het werk, 2021-2027) en in ons eigen land (bijvoorbeeld het nationaal plan

## Definitie van begrippen

In deze studie worden enkele begrippen gebruikt die hieronder verduidelijkt worden.

In de eerste plaats **werknemers en werkneemsters aan het einde van hun loopbaan**. Terwijl CAO 104 werknemers en werkneemsters beschouwt als aan het einde van hun loopbaan vanaf de leeftijd van 45 jaar, beschouwen wij ze in deze studie als dusdanig vanaf de leeftijd van 55 jaar, tot de leeftijd van 64 jaar. Dit is een leeftijds criterium dat vaak wordt gebruikt in de wetenschappelijke literatuur (Kooij & Van De Voorde, 2011; Veth, Korzilius, Van der Heijden, Emans, & de Lange, 2017).

Ten tweede verwijst **werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan** in onze studie niet alleen naar arbeidsduurvermindering ('tijdskrediet eindloopbaan'), maar meer in het algemeen naar aspecten van werkorganisatie, arbeidsvoorwaarden, arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden en interpersoonlijke relaties op het werk, die kunnen bijdragen tot het welzijn aan het einde van de loopbaan. In het deel 'operationalisering van de variabelen' (punt 2.2.) vindt u meer informatie over hoe deze elementen zijn gemeten en vervolgens gegroepeerd op basis van de uitgevoerde statistische analyses.

**Toegang tot werkaanpassingen** aan het einde van de loopbaan verwijst naar de mate waarin arbeidsvoorwaarden en werkaanpassingen op de werkplek van de respondenten als toegankelijk worden ervaren, in die zin dat zij het mogelijk achten er gebruik van te kunnen maken. Deze studie beoordeelt dus de gepercipieerde toegankelijkheid van de werkaanpassingen, niet de feitelijke uitvoering ervan in de werkorganisatie van de deelnemers en deelnemers aan deze studie.

In deze studie hebben wij **algemene gezondheid** gedefinieerd als de mate waarin de respondenten zichzelf als geestelijk en lichamelijk gezond beschouwen.

**Welzijn op het werk** verwijst naar de mate waarin de deelnemers en deelnemers tevreden zijn met hun werk of zich eerder uitgeput voelen. Wij keken ook naar welzijn op het werk vanuit het perspectief van arbeidsongeschiktheid, door de deelnemers te vragen of zij in de afgelopen zes maanden een periode van arbeidsongeschiktheid van minder dan een maand (korte arbeidsongeschiktheid) en meer dan een maand (langdurige arbeidsongeschiktheid) in hun huidige baan hadden doorgemaakt.

**De intentie om te blijven werken** werd gemeten door de deelnemers en deelnemers te vragen in hoeverre zij vervroegd met pensioen wilden gaan of na hun pensionering (betaald of onbetaald) wilden blijven werken.

In het deel over de methode (punt 2.) wordt nader ingegaan op de wijze waarop deze variabelen zijn gemeten.

voor welzijn op het werk, 2022), beschikte in België in 2021 slechts 43% van de ondernemingen over een structureel plan ter bevordering van het welzijn op het werk (Acerta, VUB, HR Square, 2021). Wat het plan van 2012 betreft voor de tewerkstelling van oudere werknemers en werknemers (Collectieve arbeidsovereenkomst nr. 104), toonde een eerdere kwalitatieve CM-studie (via interviews) over de ervaringen aan het einde van de loopbaan aan dat dit plan weinig bekend was en te beperkt werd toegepast in de ondernemingen van de geïnterviewde deelnemers en deelnemers (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Ook in termen van onderzoek is er, ondanks het erkende belang van het creëren van gezonde werkomgevingen, in het bijzonder voor oudere werknemers en werknemers, weinig onderzoek gedaan naar wat kan werken om deze omgevingen bevorderlijk te maken voor de geestelijke gezondheid en het welzijn aan het einde van de loopbaan.

Om deze lacunes op te vullen en werkgevers en beleidsmakers te inspireren over hoe het einde van de loopbaan kan aangepast worden om deze draaglijker te maken, wil dit onderzoek nagaan welke aanpassingen en arbeidsvoorwaarden in het bijzonder bijdragen tot deze doelstelling. Dit onderzoek, uitgevoerd met een kwantitatieve methodologie (via een vragenlijst), sluit aan bij het eerdere kwalitatief onderzoek (via interviews) van CM over dit onderwerp (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Daarin werd gewezen op de moeilijkheden die werknemers en werknemers aan het einde van hun loopbaan ondervinden en hun behoefte aan aanpassingen van het werk. De vragenlijst voor dit nieuwe onderzoek kon gedeeltelijk worden opgesteld op basis van de interviews afgenomen in dat onderzoek.

## 1.2. Literatuuroverzicht en onderzoekshypothesen

### 1.2.1. De positieve effecten van werkaanpassingen op welzijn, gezondheid en de intentie om te blijven werken

Zoals hiervoor aangegeven, is het een illusie te denken dat alle werknemers en werknemers, vooral oudere, onder de huidige arbeidsvoorwaarden kunnen blijven werken zonder gezondheidsproblemen te ondervinden. Uit de cijfers van het RIZIV (2018) blijkt dat werknemers en werknemers tussen 55 en 59 jaar het vaakst getroffen worden door invaliditeit (CM, 2021). Uit een recente studie in België is ook gebleken dat een grote meerderheid van de ondervraagde 55-65-jarigen melding maakt van een te hoge fysieke en mentale werkbelasting (Geneeskunde

voor het volk, 2021). Niet minder dan zeven van de tien respondenten in dezelfde studie vinden hun werk mentaal veeleisend tot zeer veeleisend, en de helft vreest dat hun gezondheid het niet zal toelaten om tot de pensioenleeftijd door te gaan. Soortgelijke resultaten tonen dat 38,7% van de ondervraagde Nederlandstalige Belgische werknemers en werknemers (40 jaar of ouder), denkt dat ze hun huidige baan niet tot hun pensioen kunnen blijven uitoefenen (Bourdeaud'hui, Janssens, & Vanderhaeghe, 2021). De meeste van deze bedienden en bediendes dachten echter dat ze tot hun pensioengerechtigde leeftijd zouden kunnen blijven werken als hun werk zou worden aangepast. Ook de door Geneeskunde voor het volk (2022) geïnterviewde werknemers en werknemers die recht hebben op werkaanpassingen, verklaarden dat ze het zonder deze maatregelen nooit zouden volhouden.

Verschillende studies hebben al de gunstige effecten van werkaanpassingen op de gezondheid, het welzijn en de intentie om te blijven werken voor oudere werknemers en werknemers aangetoond. Zo bleek uit een experimentele studie in Finland dat werknemers en werknemers boven de 55 jaar, waarvan het werk was aangepast in de vorm van fysiek minder veeleisende taken, de mogelijkheid om deel te nemen aan omschakelings- en opleidingsprogramma's, de vrijstelling van ploegenarbeid en de toekenning van extra verlof, langer aan het werk bleven en minder risico liepen om de arbeidsmarkt voortijdig te verlaten of een invaliditeitspensioen te krijgen, in vergelijking met werknemers en werknemers in de controlegroep, dit wil zeggen degenen die deze werkaanpassingen niet hadden gekregen (Neupane, et al., 2022). Andere studies suggereren dat goede werkaanpassingen en/of arbeidsvoorwaarden, zoals de mogelijkheid om kennis door te geven aan jongere collega's (Burmeister, Wang, & Hirschi, 2020), een HR-beleid dat het behoud van competenties mogelijk maakt (Kooij, et al., 2013) of flexibele arbeidsregelingen (Sewdas, et al., 2017) positief gerelateerd zijn aan het welzijn en de intentie van oudere werknemers en werknemers om te blijven werken. Het organisatieklimaat (bijvoorbeeld structuur, leiderschap, managementpraktijken, besluitvormingsprocessen) beïnvloedt ook op een positieve manier het individuele welzijn op het werk (Eisenberger & Stinglhamber, 2011) en kan van invloed zijn op de intentie van oudere werknemers en werknemers om te blijven werken (Armstrong-Stassen & Ursel, 2009).

Naast verklarende mechanismen zoals de mogelijkheid tot recuperatie dankzij bepaalde aanpassingen (bijvoorbeeld arbeidsduurvermindering), kan ook de theorie van de sociale interactie worden aangehaald om de positie-

ve effecten van de werkaanpassingen te verklaren (Blau, 1964). Volgens deze theorie vormen uitwisselingen tussen organisaties en werknemers en werkneemsters interacties die verplichtingen tot wederkerigheid doen ontstaan. Door werkaanpassingen te interpreteren als een indicator van organisatorische steun, nemen werknemers en werkneemsters als tegenprestatie een positieve houding aan ten opzichte van hun organisatie, zoals een grotere betrokkenheid of werktevredenheid (Van De Voorde, Paauwe, & Van Veldhoven, 2011).

Hoewel aangepast werk op het einde van de loopbaan vaak noodzakelijk is, is het in België helaas niet altijd beschikbaar, hetzij om financiële redenen, hetzij wegens moeilijkheden in verband met de organisatie van het werk (Henry, Morissens, & Streel, 2022; Geneeskunde voor het volk, 2021). Toch kunnen deze regelingen aan het einde van de loopbaan gunstige effecten hebben. Om deze stelling na te gaan, is de eerste doelstelling van deze studie te onderzoeken of de perceptie van toegang tot werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan positief bijdraagt tot de gezondheid, het welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken.

Op basis van de hiervoor vermelde studies gaan wij uit van de volgende hypothese, weergegeven in figuur 1.

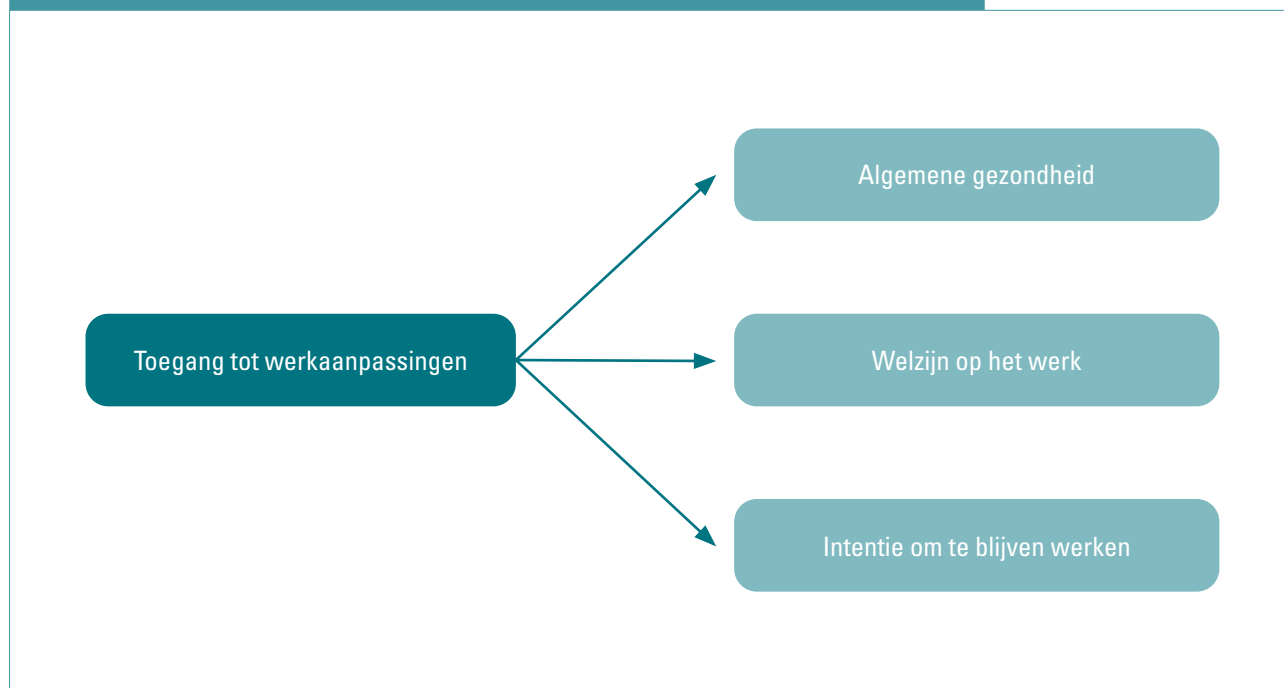
- Hypothese 1: De toegang tot werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan draagt positief bij tot (a) de algemene gezondheid, (b) het welzijn op het werk en (c) de intentie om te blijven werken.

### 1.2.2. Positievare effecten van werkaanpassingen voor vrouwen dan voor mannen

Er zijn verschillende redenen om aan te nemen dat vrouwen meer baat zouden kunnen hebben van de positieve effecten van werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan.

Ten eerste oefenen vrouwen vaker emotioneel zwaar beladen beroepen uit<sup>2</sup>, zoals beroepen in de zorg en het onderwijs (Janssens, Bourdeaud'hui, & Vanderhaeghe, 2022), die kunnen leiden tot emotionele uitputting. Zij werken ook vaker en langer in banen met langdurig zitten of staan of met repetitieve taken, wat het risico op spier- en skeletaandoeningen (SSA) kan verhogen (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2017).

Figuur 1: Onderzoeksmodel voor hypothese 1



2 Emotioneel beladen beroepen zijn beroepen die aandacht en zorg voor anderen vereisen, waarbij een comfortabele omgeving voor die anderen wordt gecreëerd, soms ten koste van het eigen comfort.

Vrouwen, en vooral oudere vrouwen, lopen meer kans om gepest of lastiggevallen te worden of psychologisch geweld te ervaren op het werk, in vergelijking met mannen (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2017; EuroHealthNet, 2022). Het is daarom noodzakelijk om in het bijzonder na te denken over de manier waarop aan vrouwen gezonde en goede arbeidsvoorwaarden kunnen worden geboden.

Ten tweede, en dit is helaas nog steeds een te groot taboe, heeft de menopauze bij vele vrouwen een invloed op het welzijn op het werk. Hormonaal onevenwicht kan bij sommige vrouwen in de menopauze leiden tot symptomen als opvliegers, concentratie- en geheugenproblemen en ook slaapproblemen (Carter, Jay, & Black, 2021; EuroHealthNet, 2022). Aangezien van oestrogeen bekend is dat het beschermend werkt voor het hart via de vasculaire mechanismen die het induceert, kan het verlies van een dominante aanwezigheid van oestrogeen, in combinatie met fysiek werk of een warme omgeving, de bekende risico's van hart- en vaatziekten bij postmenopauzale vrouwen verder verergeren (Barnes & Charkoudian, 2021; Carter, Jay, & Black, 2021). Bovendien kan de mentale vermoeidheid als gevolg van slaapttekort de tijd die aan taken wordt besteed verlengen, de prestaties verslechteren en het vermogen van de werkneemster om zich op taken te concentreren verminderen (Lorist, 2000; Carter, Jay, & Black, 2021). Ondanks de impact die de menopauze kan hebben op werkende vrouwen, zijn er nog te veel hiaten in het onderzoek en heel weinig praktische en beleidsinterventies met het oog op preventie en de bevordering van de gezondheid van deze werkneemsters (EuroHealthNet, 2022).

Ten derde en tot slot, verleent een zeer groot aantal personen (44 miljoen in Europa) informeel zorg aan familieleden (Loriato, 2022). De meerderheid van deze zorgtaken wordt echter door vrouwen gedragen, waardoor een 'gender employment gap' ontstaat (Loriato, 2022), dat wil zeggen een verschil tussen de tewerkstellingsgraad van mannen en vrouwen van 20 tot 64 jaar (Eurostat, 2022). Het bieden van zorg voor een familielid in combinatie met het voortzetten van hun carrière, beïnvloedt het welzijn van veel vrouwen gedurende heel hun loopbaan, met inbegrip van het einde ervan, door een overbelasting van het werk die kan leiden tot een permanent onevenwicht tussen privé- en beroepsleven. Sommige vrouwen hebben soms geen andere keuze dan zich terug te trekken uit de arbeidsmarkt om voor hun ouders te zorgen (Loriato, 2022), of blijven werken terwijl ze voor hen zorgen, aangezien sommige werkneemsters het zich financieel niet kunnen veroorloven hun uren te verminderen (Henry, Morissens, & Streel, 2022).

De COVID-19-pandemie heeft overigens een aantal van de negatieve effecten van de rol van mantelzorgversterkt, waardoor zij een groter risico lopen op een burn-out, een verslechterende geestelijke gezondheid of de angst om hun werk te verliezen (Loriato, 2022).

Voor zover vrouwen (aan het einde van hun loopbaan) vaker emotioneel veeleisend werk hebben of werk met lange periodes van zitten, staan of repetitieve taken; zij te maken hebben met pesterijen en geweld op het werk; zij aan het einde van hun loopbaan de negatieve effecten van de menopauze op hun werk ondervinden; en informeel zorg dragen voor een of meer familieleden, nemen wij aan dat hun gezondheid, hun welzijn op het werk en hun intentie om te blijven werken positiever zullen worden beïnvloed door de toegang tot werkaanpassingen, in vergelijking met mannen. Deze hypothese wordt weergegeven in figuur 2.

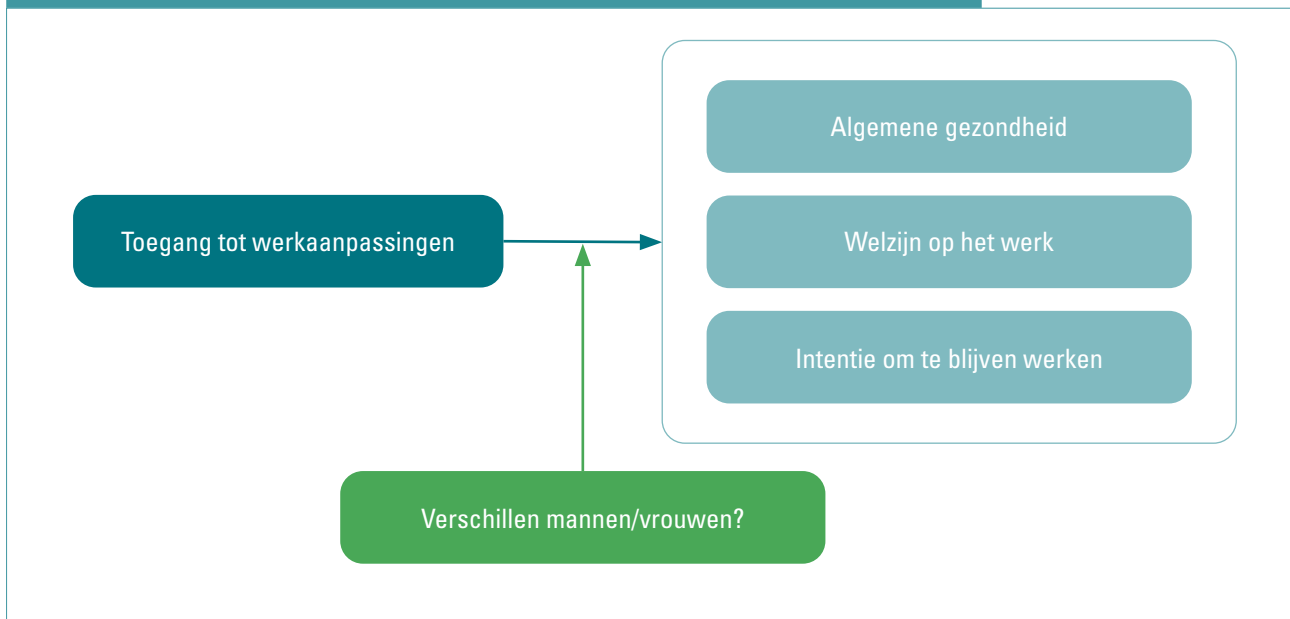
- Hypothese 2: De toegang tot werkaanpassingen heeft een grotere invloed op (a) de algemene gezondheid, (b) het welzijn op het werk en (c) de intentie om te blijven werken, bij vrouwen dan bij mannen.

### 1.2.3. Het beschermende effect van werkaanpassingen op de moeilijkheden ervaren aan het einde van de loopbaan

---

Onze vorige studie over de ervaringen en behoeften van werknemers en werkneemsters aan het einde van hun loopbaan toonde aan dat bepaalde persoonlijke en professionele moeilijkheden zich steeds vaker voordoen naarmate de leeftijd vordert (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Op persoonlijk vlak kunnen deze moeilijkheden van fysieke (bijvoorbeeld moeilijker recupereren, slechter horen), mentale (bijvoorbeeld zich eenzaam voelen), of financiële aard (bijvoorbeeld financiële lasten) zijn of te maken hebben met het evenwicht tussen het privéleven en het werk. Op professioneel vlak kunnen deze moeilijkheden verband houden met de manier waarop het werk is georganiseerd (bijvoorbeeld organisatorische veranderingen), de arbeidsvoorwaarden (bijvoorbeeld werktijden), de arbeidsinhoud (bijvoorbeeld werkdruk), de arbeidsomstandigheden (bijvoorbeeld lawaai op de werkplek) of de interpersoonlijke relaties. Deze moeilijkheden kunnen een negatieve invloed hebben op het welzijn, de gezondheid of de intentie om aan het einde van de loopbaan te blijven werken. Uit de interviews bleek echter ook dat aanpassingen zoals een systematisch gesprek om de behoeften en moeilijkheden aan het einde van de loopbaan te bespreken, aanpassingen van het werkrooster, erkenning of een goede werksfeer kunnen bijdragen tot het welzijn aan het einde van de loopbaan.

**Figuur 2: Onderzoeksmodel voor hypothese 2**



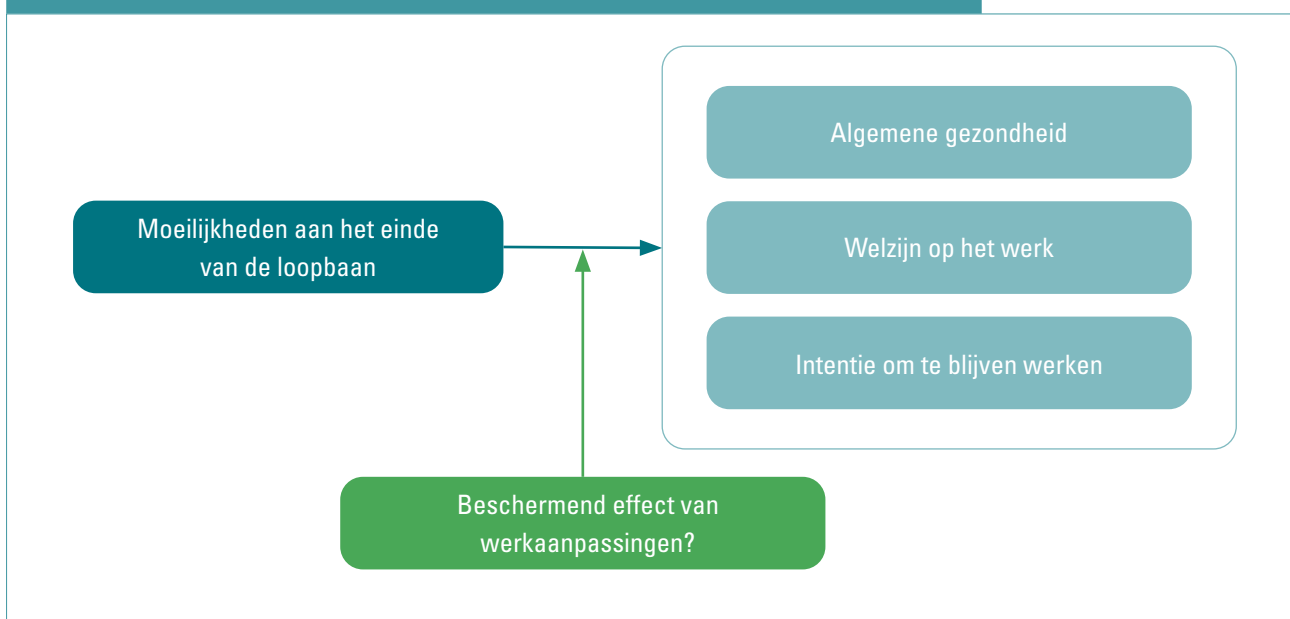
Ook andere studies tonen aan dat werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan oudere werknemers en werkneemsters kunnen helpen hun gezondheid en motivatie op peil te houden (Bourdeaud’hui, Janssens, & Vanderhaeghe, 2021; Geneeskunde voor het volk, 2021).

Op basis van deze bevindingen veronderstelt onze derde hypothese dat de toegang tot werkaanpassingen bescherming biedt tegen de negatieve gevolgen van moeilijkheden

aan het einde van de loopbaan voor de algemene gezondheid, het welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken. Deze hypothese wordt weergegeven in figuur 3.

- Hypothese 3: De toegang tot werkaanpassingen beschermt tegen het negatieve effect van moeilijkheden aan het einde van de loopbaan op a) de algemene gezondheid, b) het welzijn op het werk, en c) de intentie om te blijven werken.

**Figuur 3: Onderzoeksmodel voor hypothese 3**



## 2. Methode

### 2.1. Gegevensverzameling en deelnemersprofiel

De gegevens werden verzameld via een online enquête die begin juni 2022 werd verstuurd naar een steekproef van CM-leden van 55-64 jaar die op dat ogenblik aan het werk waren. In totaal werden 66.746 personen gecontacteerd (20.850 Franstaligen, 45.896 Nederlandstaligen), wat resulteerde in 4.639 volledig ingevulde vragenlijsten. Iets meer dan de helft van de deelnemers en deelnemsters was vrouw (54%), en het opleidingsniveau is relatief hoog (60% van de respondenten heeft minstens een diploma hoger onderwijs van het korte of lange type). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers en deelnemsters is 59 jaar (standaardafwijking = 2,6 jaar).

Wat de gezinssituatie betreft, hebben de meeste deelnemers een partner (73%) en kinderen (83%). Terwijl drie van de vier deelnemers en deelnemsters niemand meer financieel ten laste hebben (76%), zorgt een derde voor een

naast familielid met verminderde autonomie (35%), meestal tussen één en acht uur per week (62%).

Op professioneel vlak zijn de meeste deelnemers en deelnemsters bedienden en bediendes (inclusief kaderleden) (84%), zijn zij nog aan het werk (87%) en werken zij voltijds (57%). De deelnemers en deelnemsters zijn werkzaam in de private profitsector (41%), de private non-profitsector (27%) en de publieke sector (32%). Tabel 1 geeft een overzicht van de steekproef.

### 2.2. Operationalisering van de variabelen

Nadat de deelnemers en deelnemsters was gevraagd naar hun sociodemografische situatie (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, gezinssituatie) en hun arbeidscontext, bevatte de vragenlijst vragen ('items') waarmee de variabelen van het onderzoeksmodel werden geoperationaliseerd.

- De **moeilijkheden die men aan het einde van de loopbaan ervaart**, zowel in de persoonlijke context (bijvoor-

Tabel 1: Beschrijving van de steekproef

Criteria	Beschrijving	N	%
Geslacht	Mannelijk	2.143	46
	Vrouw	2.496	54
Gezinssituatie	Met (huwelijks)partner	3.391	73
	Weduwnaar of weduwe, (uit de echt) gescheiden	547	12
	Alleenstaand	701	15
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	68	2
	Lager secundair onderwijs	460	10
	Hoger secundair onderwijs	1.317	28
	Hoger onderwijs van het korte type	1.867	40
	Hoger onderwijs van het lange type	927	20
Werksituatie	Momenteel aan het werk	4.061	87
	In volledige arbeidsongeschiktheid of invaliditeit	212	5
	Deeltijds werk om medische redenen	159	3
	Werkzoekend of huisman of -vrouw	45	1
	Met vervroegd pensioen, werkloos met bedrijfstoelag of gepensioneerd	162	4
Arbeidsstelsel	Voltijds	2.638	57
	Deeltijds	2001	43
Functie	Bediende (inclusief kader)	3.879	84
	Arbeider	726	15
	Zelfstandige	34	1
Sector	Private non-profitsector	1.224	27
	Private profitsector	1.912	41
	Publieke sector (inclusief onderwijs)	1.503	32

Noot: N geeft het aantal deelnemers en deelnemsters aan.

beeld “Ik voel me snel moe”) als in de professionele context (bijvoorbeeld “Ik heb moeite met organisatorische veranderingen”), werden gemeten op een Likert-schaal gaande van één (nooit) tot vijf (altijd) met respectievelijk 13 en 19 items. De items werden geconstrueerd op basis van de resultaten van de kwalitatieve CM-studie over ervaringen aan het einde van de loopbaan, uitgevoerd in 2022 (Henry, Morissens, & Streeel, 2022). Na het uitvoeren van een factoranalyse<sup>3</sup> moesten we één item verwijderen voor de schaal met persoonlijke moeilijkheden. De schalen hadden bevredigende Cronbach’s alpha-waarden<sup>4</sup> ( $\alpha = .84$  voor persoonlijke moeilijkheden en  $\alpha = .88$  voor professionele moeilijkheden). Een hoge score op deze schalen betekent dus een hoge score voor persoonlijke en/of professionele moeilijkheden.

- De **toegang tot werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan** werd gemeten door de deelnemers en deelnemers te vragen om op een Likert-schaal van één (helemaal niet toegankelijk) tot vijf (volledig toegankelijk) aan te geven in hoeverre de voorgestelde arbeidsvoorwaarden en werkaanpassingen op hun werkplek toegankelijk zijn, in die zin dat zij er gebruik van kunnen maken. Net als bij de andere schalen is dit dus een zelf gerapporteerde en subjectieve meting en hebben wij niet gemeten in hoeverre organisaties deze regelingen daadwerkelijk aanbieden. De items zijn ook geconstrueerd op basis van het CM-onderzoek (Henry, Morissens, & Streeel, 2022). Op basis van verkennende factoranalyses kwamen vijf hoofdcategorieën van arbeidsvoorwaarden of werkaanpassingen naar voren<sup>5</sup>. Tabel 2 geeft slechts enkele voorbeelden.

**Tabel 2: De vijf hoofdcategorieën van arbeidsvoorwaarden of werkaanpassingen die in dit onderzoek zijn onderzocht**

<b>Categorie</b>	<b>Voorbeelden van de vragenlijst</b> In hoeverre heb je toegang tot ...
1) Goede arbeidsvoorwaarden met betrekking tot <b>relationele, motivationele en werkzekerheidsaspecten</b> (9 items, $\alpha = .86$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• goede relaties met je directe chef/leidinggevende</li> <li>• een motiverende job die je graag doet</li> <li>• werkzekerheid</li> </ul>
2) Aanpassingen van <b>werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen</b> (10 items, $\alpha = .84$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de mogelijkheid om te telewerken</li> <li>• de mogelijkheid om je werktijden aan te passen</li> <li>• aangepaste, ergonomische arbeidsmiddelen</li> </ul>
3) <b>Organisatorische</b> aanpassingen (7 items, $\alpha = .89$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• een systematisch gesprek met de directie aan het einde van de loopbaan, waarin de behoeften en moeilijkheden die eventueel worden ondervonden, worden besproken en de mogelijkheden tot aanpassing van het werk worden bekeken</li> <li>• een organisatie die een participatieve aanpak bevordert</li> </ul>
4) Aanpassingen met betrekking tot <b>arbeidsduurvermindering</b> (2 items, $r = .68^{***}$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• een vermindering van de arbeidsduur tot halftijds of 4/5</li> </ul>
5) Aanpassingen betreffende <b>gezondheidszorg en voorbereiding op het pensioen</b> (5 items, $\alpha = .71$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• een jaarlijkse medische controle betaald door je werkgever</li> <li>• sport- of ontspanningssessies</li> <li>• ondersteuning bij de voorbereiding op het pensioen</li> </ul>

3 Factoranalyse is een statistische methode om een matrix van gegevens verkregen uit een gesloten vragenlijst te reduceren. Het doel ervan is gemeenschappelijke factoren te extraheren die een maximum van de totale variantie verklaren. Met andere woorden, met deze methode kunnen de verschillende vragen die betrekking hebben op hetzelfde thema worden gegroepeerd in grote factoren die elk een afzonderlijk thema vertegenwoordigen.

4 Cronbach’s alpha is een maat voor de interne consistentie (of homogeniteit) van een schaal met meerdere items, waarbij antwoorden op items van dezelfde schaal over hetzelfde onderwerp gecorreleerd moeten worden. Het geeft aan in hoeverre de items in een schaal gelijkwaardige maatstaven zijn voor hetzelfde concept.

5 Er zij op gewezen dat de vermindering van de werkdruk niet is opgenomen onder de onderzochte werkaanpassingen aangezien deze geen verband hield met een van de thema’s die op basis van de factoranalyses zijn vastgesteld.

### 2.2.1. Operationalisering van de algemene gezondheid

---

- De **geestelijke gezondheid** werd gemeten op een Likert-schaal van één (veel minder dan gewoonlijk) tot vijf (veel meer dan gewoonlijk) met twaalf items (bijvoorbeeld “Recentelijk, en in het bijzonder in de afgelopen weken, heb je van je dagelijkse bezigheden kunnen genieten?”) ( $\alpha = .89$ ) uit de schaal van de *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972). Negatief geformuleerde items werden omgedraaid zodat een hoge score op deze schaal betekent dat men een goede geestelijke gezondheid heeft.
- De **fysieke gezondheid** werd gemeten op een Likert-schaal van één (veel minder dan gewoonlijk) tot vijf (veel meer dan gewoonlijk) met zes aangepaste items (bijvoorbeeld “Recentelijk, en in het bijzonder in de afgelopen weken, heb je hoofdpijn gehad?”) ( $\alpha = .80$ ), uit de vragenlijst over het werkvermogen (Fonds pour l’expérience professionnelle, 2009). De items werden zo aangepast dat een hoge score op deze schaal betekent dat men een goede lichamelijke gezondheid heeft.

### 2.2.2. Operationalisering van het welzijn op het werk

- De **arbeidsongeschiktheid gedurende minder of meer dan een maand** werd gemeten door de deelnemers en deelnemsters te vragen hoe vaak (van 0 tot 4 keer of meer) zij een periode van arbeidsongeschiktheid van minder of meer dan een maand hadden doorgemaakt.
- De **werktevredenheid** werd gemeten op een Likert-schaal van één (helemaal niet eens) tot vijf (helemaal eens) met vier items (bijvoorbeeld “Als een goede vriend(in) mij zou vertellen dat hij of zij geïnteresseerd was in een job als die van mij, zou ik de job zeker aanbevelen”), ( $\alpha = .90$ ) (Eisenberger, Cummings, Armeli, & Lynch, 1997). Een hoge score op deze schaal betekent dus een hoge score op werktevredenheid.
- **Burn-out** werd gemeten door de deelnemers en deelnemsters te vragen hoe zij zich op het werk voelden, via de negen items die de emotionele uitputtingscomponent meten (bijvoorbeeld “U voelt zich emotioneel leeggezo-gen door uw werk”) ( $\alpha = .92$ ) (Maslach & Jackson, 1981).

De antwoordschaal liep van één (nooit) tot vijf (altijd), dus een hoge score op deze schaal betekent een hoge burn-outscore.

### 2.2.3. Operationalisering van de intentie om te blijven werken

---

- De **intentie om vervroegd met pensioen te gaan** werd gemeten met drie items (bijvoorbeeld “Als ik kon, zou ik graag vervroegd met pensioen gaan”) ( $\alpha = .83$ ) (Gaillard & Desmette, 2008), met een schaal van één (helemaal niet eens) tot vijf (helemaal eens). Een hoge score op deze schaal wijst dus op een sterke intentie om vervroegd met pensioen te gaan.
- De **intentie om een activiteit (betaald of onbetaald) voort te zetten** na pensionering werd gemeten aan de hand van vijf aangepaste items (Bennett, Beehr, & Lepisto, 2016), (bijvoorbeeld “Na mijn pensionering zou ik graag voltijds willen blijven werken tegen betaling”), op een schaal van één (helemaal niet eens) tot vijf (helemaal eens). Na factoranalyses werd één item verwijderd, zodat elke subschaal twee items had die goed met elkaar correleerden<sup>6</sup> ( $r = .51, p < .001$  voor de intentie om betaald te blijven werken en  $r = .39, p < .001$  voor de intentie om onbetaald te blijven werken).

Ten slotte bevatte de vragenlijst enkele aanvullende vragen (bijvoorbeeld vragen over de kennis van CAO 104 of het werkgelegenheidsplan voor oudere werknemers en werknemsters). De vragenlijst bestond in totaal uit 70 vragen en werd online in het *Checkmarket-platform* ingevoerd.

## 2.3. Analyses

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden en de hypothesen te testen, werden verschillende statistische analyses uitgevoerd met behulp van SPSS-software.

In onze analyses hebben wij onze onafhankelijke en afhankelijke variabelen, gecodeerd van een tot vijf, op kwantitatieve wijze behandeld. Onafhankelijke variabelen zijn die waarvan wordt aangenomen dat zij een effect hebben op onze afhankelijke variabelen.

---

<sup>6</sup> Wanneer een schaal slechts twee items bevat, verdient het de voorkeur een correlatiecoëfficiënt te berekenen in plaats van een Cronbach's alpha Deze coëfficiënt geeft ook de sterkte van het verband tussen de twee variabelen aan en dus of zij hetzelfde construct meten.



In onze studie zijn dat:

- de toegang tot werkaanpassingen voor het toetsen van hypothese 1;
- de toegang tot werkaanpassingen en het geslacht voor het toetsen van hypothese 2;
- de persoonlijke en professionele moeilijkheden en de toegang tot werkaanpassingen voor het toetsen van hypothese 3.

De afhankelijke variabelen zijn de gezondheid, het welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken, voor alle drie de hypothesen.

Wij hebben eerst een correlatietabel gemaakt (zie tabel in bijlage), waarmee wij de verbanden tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen konden zien, en de sociodemografische variabelen konden identificeren die significant samenhangen met onze afhankelijke variabelen, en die in de meervoudige regressieanalyses zullen worden gecontroleerd (controlevariabelen). Vervolgens hebben wij onze meervoudige lineaire regressieanalyses uitgevoerd, eerst met alleen de controlevariabelen, en vervolgens met de onafhankelijke variabelen waarvan het effect op de afhankelijke variabelen wordt getoetst<sup>7</sup>. Deze analyses leveren regressiecoëfficiënten ( $\beta$ ) op, die ons vertellen in welke mate de afhankelijke variabelen (Y) (in dit geval bijvoorbeeld gezondheid) verband houden met de onafhankelijke variabelen (X) (in dit geval bijvoorbeeld de toegang tot werkaanpassingen) op basis van de onderstaande vergelijking (p is het aantal voorspellers opgenomen in de regressie):

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p X_p + \epsilon$$

De regressiecoëfficiënt en het teken ervan geven dus aan in welke mate de afhankelijke variabele varieert naar gelang van het niveau van de onafhankelijke variabele: indien de coëfficiënt positief is, betekent dit dat naarmate de score op de onafhankelijke variabele toeneemt, ook de

score op de afhankelijke variabele toeneemt. Indien de coëfficiënt negatief is, betekent dit dat naarmate de score op de onafhankelijke variabele toeneemt, de score op de afhankelijke variabele afneemt. Bijvoorbeeld, een positieve regressiecoëfficiënt tussen de toegang tot werkaanpassingen in termen van ruimte, tijd en arbeidsmiddelen (onafhankelijke variabele) en lichamelijke gezondheid (afhankelijke variabele) vertelt ons dat hoe hoger de gepercipieerde toegang tot deze werkaanpassingen, des te hoger de score op lichamelijke gezondheid zal zijn.

Voor zover het onderzoek is uitgevoerd op een steekproef van deelnemers en deelnemsters, zijn statistische tests nodig om na te gaan of de waargenomen verbanden tussen de variabelen in de steekproef kunnen worden afgeleid naar de populatie waartoe de steekproef behoort. Aan elke regressiecoëfficiënt wordt daarom een p-waarde toegekend: dit is het significantieniveau dat de waarschijnlijkheid van het optreden van een bepaalde gebeurtenis in een statistische hypothesetoets weergeeft. Indien de p-waarde van de regressiecoëfficiënt kleiner is dan .05, .01 of .001, betekent dit dat het verband tussen onze variabelen significant is, dit wil zeggen dat het onwaarschijnlijk is dat het aan toeval te wijten is en dat het uit de populatie kan worden afgeleid.

Wanneer wij in de hypothesen 2 en 3 toetsen op een interactie-effect op onze afhankelijke variabele (Y), toetsen wij of het verband tussen de onafhankelijke variabele  $x_1$  en de afhankelijke variabele Y varieert met het niveau dat wordt ingenomen op de modererende variabele  $x_2$ :

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_1 x_2 + \dots + \beta_p X_p + \epsilon$$

In hypothese 3 van deze studie toetsen wij bijvoorbeeld of de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid (onafhankelijke variabele  $x_1$ ), positievere effecten heeft op de geestelijke gezondheid (afhankelijke variabele Y), wanneer de respondenten vrouwen zijn (moderatorvariabele  $x_2$ ).

<sup>7</sup> Deze werkwijze, waarbij wij verschillende variabelen tegelijk in ons model invoeren, stelt ons in staat het effect van onafhankelijke variabelen op onze afhankelijke variabelen te toetsen, rekening houdend met het effect van de andere onafhankelijke variabelen die in het model zijn ingevoerd. Aldus kunnen wij de (meest) significante variabelen identificeren, rekening houdend met de andere variabelen in het model. Om de relaties tussen de variabelen te zien zonder rekening te houden met andere variabelen, kunt u de correlatietabel in de bijlage raadplegen.

### 3. Resultaten

Voor we de resultaten van de getoetste hypothesen beschrijven, stellen wij de resultaten voor van de correlaties, dit zijn de verbanden tussen elk van de variabelen (zie tabel in bijlage). Wat de gezondheid (geestelijke en lichamelijke gezondheid) en het welzijn op het werk betreft, zijn alle verbanden significant en gaan zij in de verwachte richting: de toegang tot elk type van aanpassing vertoont een positief verband met deze variabelen. Zo hangen aanpassingen op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid positief samen met de geestelijke gezondheid ( $r = .41, p < .001$ ), en negatief met burn-out ( $r = -.48, p < .001$ ). Wat de arbeidsongeschiktheid betreft, tonen bijna alle soorten werkaanpassingen een negatief verband. Alleen werkaanpassingen in de vorm van arbeidsduurvermindering houden geen verband met arbeidsongeschiktheid op korte termijn, en houden positief verband met arbeidsongeschiktheid op lange termijn ( $r = .08, p < .001$ ). Een verklarende hypothese zou kunnen zijn dat sommige mensen die toegang hebben tot arbeidsduurvermindering vaker een periode van langdurige arbeidsongeschiktheid hebben gekend in hun huidige werk. Ten slotte, wat betreft de intentie om te blijven werken, houden alle werkaanpassingen, met uitzondering van de arbeidsduurvermindering, duidelijk negatief verband met de intentie om vervroegd met pensioen te gaan, en positief verband met de intentie om een betaalde activiteit voort te zetten na de pensionering. Slechts twee soorten aanpassingen (aanpassingen op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid, en aanpassingen van werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen) houden positief verband met de intentie om een onbetaalde activiteit voort te zetten na de pensionering. Hierna worden de resultaten gepresenteerd van de

uitgevoerde analyses om de hypothesen te toetsen. De bespreking van de resultaten volgt dan in het deel 'Bespreking'.

#### 3.1. Het verband tussen de toegang tot werkaanpassingen en gezondheid, welzijn en de intentie om te blijven werken (hypothese 1)

Voor deze eerste hypothese hebben wij onderzocht of de toegang tot werkaanpassingen significant samenhangt met de gezondheid, het welzijn op het werk en de intentie om aan het einde van de loopbaan te blijven werken. Hierna volgen tabellen met de resultaten voor elke afhankelijke variabele (tabellen 3, 4, en 5). De resultaten in de tabellen betreffen de laatste fase van de hiërarchische regressie-analyses ('blok 2').

##### 3.1.1. Algemene gezondheid

In overeenstemming met hypothese 1a tonen de resultaten dat toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, en toegang tot werkaanpassingen in termen van werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen, een positief verband hebben met geestelijke en lichamelijke gezondheid. Aangezien de regressiecoëfficiënt  $\beta$  positief en significant is ( $p < .001$ ), betekent dit dat hoe meer iemand ervaart toegang te hebben tot deze werkaanpassingen, hoe positiever die de eigen geestelijke en lichamelijke gezondheid zal beoordelen. Organisatorische aanpassingen dragen ook positief bij aan de geestelijke gezondheid, aangezien zij er positief mee samenhangen. Hypothese 1a daarentegen wordt niet bevestigd voor aanpassingen in termen van arbeidsduurvermindering of

Tabel 3: Resultaten van de regressieanalyses op de geestelijke en lichamelijke gezondheid

		Afhankelijke variabelen	
		Geestelijke gezondheid	Lichamelijke gezondheid
<b>Controlevariabelen</b>	Taal	-.05***	
	Geslacht	-.12***	-.10***
<b>Onafhankelijke variabelen van toegang tot aanpassingen</b>	Relaties, motivatie, werkzekerheid	.35***	.18***
	Werkruimte, arbeidstijd, arbeidsmiddelen	.07***	.11***
	Arbidsduurvermindering	-.00	.01
	Organisatie	.04*	.00
	Gezondheid en voorbereiding op pensioen	.01	-.01

Noot.  $N = 4639$ . De gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten ( $\beta$ ) zijn aangegeven. Geslacht is gecodeerd als 0 = man en 1 = vrouw. Taal is gecodeerd als 0 = Nederlandstalig en 1 = Franstalig.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

aanpassingen op vlak van gezondheid en voorbereiding op het pensioen, aangezien zij in dit model niet significant samenhangen met de (geestelijke en lichamelijke) gezondheid. Dit betekent dat dit soort aanpassingen in dit model geen invloed hebben op de geestelijke en lichamelijke gezondheid.

### 3.1.2. Welzijn op het werk / arbeidsongeschiktheid

Ook hier wordt hypothese 1b getoetst voor de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, en voor de toegang tot aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, die positief samenhangen met werktevredenheid en negatief samenhangen met burn-out en arbeidsongeschiktheid van korte en lange duur. Hoe meer deelnemers en deelnemsters ervaren dat ze toegang hebben tot deze twee soorten aanpassingen, hoe meer zij gemiddeld tevreden zijn met hun werk en hoe lager hun score voor burn-out of arbeidsongeschiktheid. Hypothese 1b wordt gedeeltelijk aanvaard voor de toegang tot organisatorische aanpassingen, die positief samenhangen met werktevredenheid en negatief samenhangen met langdurige arbeidsongeschiktheid.

Daarentegen wordt hypothese 1b verworpen voor de toegang tot aanpassingen in termen van arbeidsduurvermindering en aanpassingen in termen van gezondheid en voorbereiding op het pensioen: arbeidsduurvermindering houdt negatief verband met werktevredenheid en correleert positief met langdurige arbeidsongeschiktheid, terwijl aanpassingen op het vlak van gezondheid en voorbereiding op het pensioen positief verband houden met burn-out en met beide soorten van arbeidsongeschiktheid. Deze resultaten moeten echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Ten eerste zijn deze twee aanpassingen in de correlatietabel in de bijlage positief gecorreleerd met werktevredenheid, en negatief gecorreleerd met burn-out. Soms kan een teken in de regressieanalyse veranderen door het invoeren van andere variabelen in het model. Ten tweede kan het zijn dat degenen die hun arbeidsduur hebben verminderd, net minder gezond zijn of minder tevreden met hun werk. Evenzo is het mogelijk dat bij personen die toegang hebben tot aanpassingen die verband houden met de gezondheid en de voorbereiding op het pensioen, het gaat om personen die een periode van arbeidsongeschiktheid of burn-out kenden. Om na te gaan of dergelijke aanpassingen de gezondheid en het welzijn op het werk verbeteren, zou een longitudinaal onderzoek nodig zijn<sup>8</sup>.

**Tabel 4: Resultaten van de regressieanalyses op werktevredenheid, burn-out en arbeidsongeschiktheid**

		Afhankelijke variabelen			
		Werktevredenheid	Burn-out	Arbeidsongeschiktheid < 1 maand	Arbeidsongeschiktheid > 1 maand
<b>Controlevariabelen</b>	Leeftijd		-.08***		
	Geslacht		.10***		
	Opleidingsniveau			-.10***	-.13***
<b>Onafhankelijke variabelen van toegang tot aanpassingen</b>	Relaties, motivatie, werkzekerheid	.52***	-.38***	-.10***	-.06**
	Werkruimte, arbeidstijd, arbeidsmiddelen	.12***	-.21***	-.10***	-.16***
	Arbeidsduurvermindering	-.03*	-.01	.01	.12***
	Organisatie	.07***	-.02	-.01	-.05**
	Gezondheid en voorbereiding op pensioen	-.01	.03*	.05*	.07***

*Noot. N = 4639. De gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten ( $\beta$ ) zijn aangegeven. Geslacht is gecodeerd als 0 = man en 1 = vrouw. Leeftijd is een continue variabele. Opleidingsniveau is gecodeerd van 1 (lager onderwijs) tot 5 (hoger onderwijs van het lange type).*

*\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .*

<sup>8</sup> Een longitudinaal onderzoek volgt een populatie in de tijd. Zo kan bijvoorbeeld worden nagegaan of personen die hun arbeidsduur in eerste instantie hebben verkort, in tweede instantie een betere gezondheid of een groter welzijn op het werk hebben.

### 3.1.3. Intentie om te blijven werken

Met uitzondering van de toegang tot arbeidsduurvermindering, die positief samenhangt met de intentie om vervroegd met pensioen te gaan en negatief met de intentie om na de pensionering betaald werk te blijven doen, hangen de andere vier soorten aanpassingen in ons model positief samen met de intentie om te blijven werken (H1c). Hoe meer respondenten dus een goede toegang ervaren tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, en tot aanpassingen van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, hoe minder zij vervroegd met pensioen willen gaan. Zij zijn meer bereid om betaald werk te blijven doen na hun pensionering wanneer zij toegang hebben tot aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, of organisatorische aanpassingen en op het vlak van gezondheid en voorbereiding op het pensioen. Wat echter de voortzetting van een onbetaalde activiteit betreft, lijkt alleen de aanpassing van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen een significante en positieve invloed te hebben.

### 3.1.4. Samenvatting van de resultaten

De aanpassingen die het meest lijken bij te dragen tot gezondheid, welzijn en de intentie om te blijven werken aan het einde van de loopbaan zijn goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, en aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen. Organisatorische aanpassingen dragen ook, maar in mindere mate, bij tot het vermijden van langdurige arbeidsongeschiktheid, en tot het behoud van de geestelijke gezondheid, de werktevredenheid en het verder uitoefenen van betaald werk na de pensionering. De potentieel positieve effecten van arbeidsduurvermindering of aanpassingen op het vlak van de gezondheid en de voorbereiding op het pensioen zijn minder overtuigend, misschien omdat de personen die toegang hebben tot deze aanpassingen degenen zijn die reeds een slechtere gezondheid hebben.

**Tabel 5: Resultaten van de regressieanalyses op de intentie om vervroegd met pensioen te gaan en de intentie om betaald of onbetaald te blijven werken na de pensionering**

		Afhankelijke variabelen		
		Intentie om vervroegd met pensioen te gaan	Intentie om betaald werk te blijven doen	Intentie om onbetaald werk te blijven doen
<b>Controlevariabelen</b>	Leeftijd	-.09***		
	Geslacht		-.07***	
	Opleidingsniveau	-.17***		.21***
	Huwelijkse staat	.12***		
	Aantal personen ten laste		.11***	
<b>Onafhankelijke variabelen van toegang tot aanpassingen</b>	Relaties, motivatie, werkzekerheid	-.17***	.00	-.02
	Werkruimte, arbeidstijd, arbeidsmiddelen	-.14***	.08***	.08***
	Arbidsduurvermindering	.09***	-.11***	-.01
	Organisatie	-.02	.04*	-.01
	Gezondheid en voorbereiding op pensioen	.01	.06**	.02

*Noot. N = 4639. De gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten ( $\beta$ ) zijn aangegeven. Geslacht is gecodeerd als 0 = man en 1 = vrouw. Leeftijd is een continue variabele. Opleidingsniveau is gecodeerd van 1 = lager onderwijs tot 5 = hoger onderwijs van het lange type. Huwelijkse staat is gecodeerd als 0 = alleenstaand of 1 = koppel.*

*\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .*

### 3.2. Verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de positieve effecten van werkaanpassingen (hypothese 2)

Voor deze tweede hypothese hebben wij onderzocht of de toegang tot werkaanpassingen aan het einde van de loopbaan gunstiger is voor vrouwen dan voor mannen.

Alvorens de resultaten van de getoetste hypothesen voor te stellen, hebben wij de verschillen tussen mannen en vrouwen op het vlak van de variabelen gezondheid, welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken onderzocht. Uit de resultaten blijkt dat vrouwen op alle variabelen lager scoren op gezondheid, welzijn op het werk en de intentie om na pensionering te blijven werken dan mannen, met uitzondering van de intentie om vervroegd met pensioen te gaan, in die zin dat vrouwen gemiddeld minder de intentie hebben om vervroegd met pensioen te gaan dan mannen.

#### 3.2.1. Algemene gezondheid

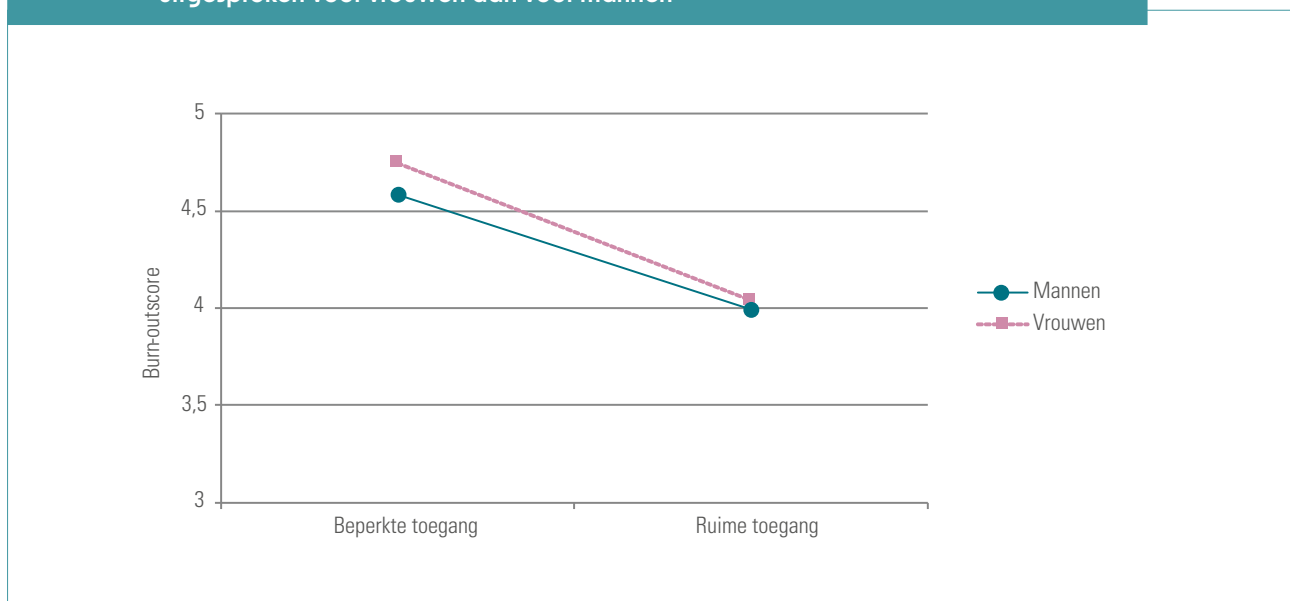
Uit de analyses is niet gebleken dat de toegang tot bepaalde soorten aanpassingen gunstiger is voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid van vrouwen dan van mannen. Hypothese 2a is daarmee dus verworpen.

#### 3.2.2. Welzijn op het werk / arbeidsongeschiktheid

Hypothese 2b wordt daarentegen wel gedeeltelijk bevestigd. Uit de analyses blijkt dat wanneer de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid beperkt is, dit een meer negatief effect heeft op de werktevredenheid van vrouwen. Met andere woorden, wanneer vrouwen weinig toegang hebben tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, is hun tevredenheidsscore lager dan die van mannen. Wat burn-out betreft, wordt de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, alsmede tot aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, bij vrouwen ook negatiever geassocieerd met burn-out dan bij mannen. Met andere woorden, beide soorten aanpassingen dragen bij tot een lager niveau van burn-out, en dit geldt nog meer voor vrouwen dan voor mannen. Dit interactie-effect is te zien in figuur 4. De verticale as toont de burn-outscore, in dit model gemeten op een schaal van 1 tot 5. Hou er rekening mee dat dit niet de gemiddelde burn-outscore is in dit onderzoek. Deze bedraagt 2,70 met een standaardafwijking van 0,83. Uit de figuur blijkt dat wanneer vrouwen (roze lijn) beperkt toegang hebben tot aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, hun burn-outscore hoger is dan die van mannen (groene lijn).

Daarentegen werd geen genderspecifiek effect van toegang tot werkaanpassingen gevonden op arbeidsongeschiktheid.

**Figuur 4:** Het effect van de mate van toegang tot aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen op het niveau van burn-out is meer uitgesproken voor vrouwen dan voor mannen



### 3.2.3. Intentie om te blijven werken

Met betrekking tot de variabelen voor de intentie om te blijven werken, bleek er slechts één differentieel effect, maar dit keer was het meer uitgesproken voor mannen. Zo hangt een vlotte toegang tot aanpassingen op het vlak van gezondheid en voorbereiding op het pensioen bij mannen positiever samen met de intentie om na de pensionering betaald werk te blijven uitoefenen dan bij vrouwen. Er werden geen andere genderspecifieke effecten gevonden op de andere variabelen voor de intentie om te blijven werken (intentie om vervroegd met pensioen te gaan en onbetaalde activiteit). Aangezien wij uitgingen van een sterker effect van alle aanpassingen bij vrouwen, wordt hypothese 2c dus verworpen.

### 3.2.4. Samenvatting van de resultaten

Kortom, alleen bij variabelen die verband houden met welzijn op het werk (burn-out en werktevredenheid) komen gendereffecten naar voren: een vlotte toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, alsmede aanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen, beschermen vrouwen meer tegen burn-out en zorgen voor een beter behoud van hun werktevredenheid.

## 3.3. **Het beschermende effect van de toegang tot werkaanpassingen (hypothese 3)**

Alvorens de resultaten voor te stellen van de potentieel beschermende effecten van toegang tot werkaanpassingen wanneer er zich moeilijkheden voordoen naarmate de leeftijd vordert, zijn we eerst via correlatieanalyses nagegaan of de moeilijkheden die men ervaart aan het einde van de loopbaan nadelig zijn voor de algemene gezondheid, het welzijn en de intentie om te blijven werken. Uit de resultaten blijkt dat zowel persoonlijke als professionele moeilijkheden inderdaad negatief samenhangen met deze variabelen ( $p < .001$ ). Bij de toetsing van hypothese 1 hebben we ook gezien dat toegang tot werkaanpassingen bijdraagt tot een betere gezondheid, een beter welzijn op het werk en

een grotere intentie om te blijven werken. In dit deel zullen wij nagaan of de toegang tot werkaanpassingen meer bescherming biedt voor de gezondheid, het welzijn en het behoud van het werk van personen die aan het einde van hun loopbaan veel persoonlijke en/of professionele moeilijkheden ondervinden. Daarom toetsen wij hier het interactie-effect tussen de ervaring van moeilijkheden en de toegang tot werkaanpassingen (onafhankelijke variabelen), op gezondheid, welzijn en werkbehoud (afhankelijke variabelen).

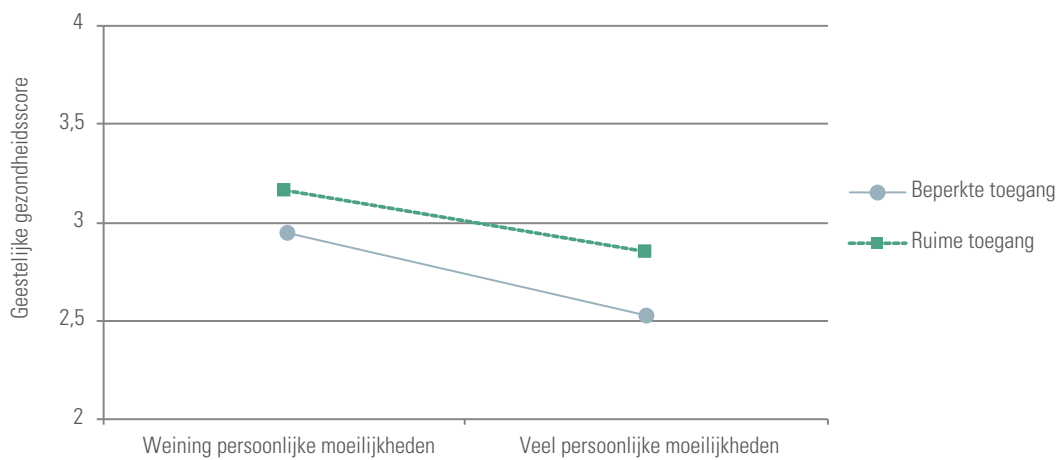
### 3.3.1. Goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid

Wanneer werknemers en werknemers aan het einde van hun loopbaan moeilijkheden ondervinden *op persoonlijk vlak* (bijvoorbeeld meer moeite om te recupereren, financiële moeilijkheden) *en/of op professioneel vlak* (bijvoorbeeld organisatorische veranderingen, gebrek aan erkenning), helpen goede arbeidsvoorwaarden op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid hen om hun **geestelijke gezondheid te behouden**. Dit effect wordt weergegeven in figuur 5, die laat zien dat wanneer deelnemers en deelnemers veel persoonlijke moeilijkheden ondervinden, het hebben van goede arbeidsvoorwaarden (groene lijn) op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid hen een hogere geestelijke gezondheidsscore oplevert dan in de situatie waarin zij beperkt toegang (grijsblauwe lijn) hebben tot deze arbeidsvoorwaarden.

Werknemers en werknemers die veel moeilijkheden ondervinden *op persoonlijk vlak* en een ruime toegang hebben tot goede arbeidsvoorwaarden op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid, hebben **minder de intentie om vervroegd met pensioen te gaan**, zijn **minder vaak arbeidsongeschikt voor een korte duur** en hebben een iets **betere lichamelijke gezondheid** dan werknemers en werknemers met beperkte toegang tot deze voorzieningen.

Werknemers en werknemers die veel moeilijkheden ondervinden *op professioneel vlak*, maar toegang hebben tot deze arbeidsvoorwaarden, melden iets **minder periodes van arbeidsongeschiktheid voor een korte duur** en hebben **lagere burn-out scores**.

**Figuur 5: Het beschermende effect van goede arbeidsvoorwaarden op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid op de geestelijke gezondheid bij persoonlijke moeilijkheden**



### 3.3.2. Werkaanpassingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen

Respondenten die veel moeilijkheden ondervinden *op persoonlijk en/of professioneel vlak*, maar die toegang hebben tot aanpassingen die hen in staat stellen hun werktijd te organiseren, te beslissen waar zij werken en met goede arbeidsmiddelen te werken, hebben **een betere geestelijke gezondheid** en ervaren iets **minder periodes van arbeidsongeschiktheid van minder dan een maand**.

In het geval van veel *persoonlijke moeilijkheden* dragen deze aanpassingen bij tot een kleinere wens om **met vervroegd pensioen te gaan**, terwijl in het geval van grote moeilijkheden *op professioneel vlak* de toegang tot deze aanpassingen helpt om iets lagere **burn-outscores te behouden**.

### 3.3.3. Aanpassingen in termen van arbeidsduurvermindering

In geval van veel moeilijkheden *op persoonlijk en/of professioneel vlak*, zorgt de toegang tot arbeidsduurvermindering voor **het behoud van** iets hogere scores inzake **geestelijke gezondheid** dan wanneer er slechts beperkte toegang is tot deze aanpassingen. Daarentegen wordt een ruime toegang tot arbeidsduurvermindering sterker geassocieerd met **een of meer periodes van arbeidsongeschiktheid van meer dan een maand**. Een mogelijke verklarende hypothese is dat sommige mensen die lange periodes van

arbeidsongeschiktheid hebben doorgemaakt, waarschijnlijk persoonlijke en/of professionele moeilijkheden hebben gehad en bij hun terugkeer uit arbeidsongeschiktheid het werk deeltijds weer hebben opgenomen.

### 3.3.4. Organisatorische aanpassingen

Bij een hoog niveau van *persoonlijke en/of professionele moeilijkheden*, kan het hebben van toegang tot organisatorische aanpassingen helpen om de **geestelijke gezondheid te behouden**. Bij een hoog niveau van *professionele moeilijkheden* is de toegang tot organisatorische aanpassingen daarentegen gekoppeld aan een iets **hoger niveau van burn-out** dan bij personen met beperkte toegang tot dergelijke aanpassingen. Dit is een verrassend resultaat, hoewel het verschil heel klein is. Wij komen hier later nog op terug bij de bespreking.

### 3.3.5. Aanpassingen op het vlak van gezondheid en voorbereiding op het pensioen

Net als bij de vier andere soorten aanpassingen, kan de toegang tot aanpassingen op het vlak van gezondheid (sportsessies, psychologische ondersteuning) en voorbereiding op het pensioen helpen om de **geestelijke gezondheid te behouden** wanneer *de persoonlijke en/of professionele moeilijkheden* groot zijn. Maar in tegenstelling tot andere regelingen, helpen zij ook om de **werktevredenheid te behouden** in geval van grote moeilijkheden.

Deelnemers en deelnemsters die toegang hebben tot dit soort aanpassingen en die alleen *op professioneel vlak* grote moeilijkheden ondervinden, blijken iets **minder periodes van arbeidsongeschiktheid van minder dan een maand** te hebben, maar een **grotere intentie om met vroegd pensioen te gaan**.

### 3.3.6. Samenvatting van de resultaten betreffende het beschermend effect van de aanpassingen bij moeilijkheden aan het einde van de loopbaan

In het algemeen wordt hypothese 3a (effect op de algemene gezondheid) bevestigd voor de variabele geestelijke gezondheid: wanneer werknemers en werkneemsters aan het einde van hun loopbaan met veel moeilijkheden worden geconfronteerd, zal de toegang tot de aanpassingen, die in deze studie zijn onderzocht, hen helpen hun geestelijke gezondheid te behouden. De hypothesen 3b (effect op het welzijn op het werk) en 3c (effect op de intentie om te blijven werken) worden ook gedeeltelijk bevestigd: goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid, en regelingen op het vlak van werkruimte, arbeidsduur en arbeidsmiddelen verminderen het risico van burn-out en kortstondige arbeidsongeschiktheid als de professionele moeilijkheden groot zijn; wanneer de persoonlijke moeilijkheden groot zijn, verminderen deze aanpassingen de intentie om vroeger met pensioen te gaan. Organisatorische aanpassingen lijken verband te houden met een hogere burn-outscore wanneer er veel professionele moeilijkheden zijn. Tot slot, de aanpassingen op het vlak van gezondheid en voorbereiding op het pensioen lijken een gunstig effect te hebben op het behoud van de werktevredenheid wanneer aan het einde van de loopbaan moeilijkheden worden ondervonden.

## 4. Bespreking

### 4.1. Beperkingen en toekomstig onderzoek

Alvorens de resultaten te bespreken en de aanbevelingen voor te stellen, is het belangrijk te wijzen op de methodologische en conceptuele beperkingen die inherent zijn aan deze studie.

Ten eerste kunnen er geen oorzakelijke verbanden worden afgeleid, omdat alle metingen op hetzelfde tijdstip zijn verricht. We kunnen alleen de positieve verbanden tussen de variabelen vaststellen. Om een oorzakelijk verband vast te stellen, zouden toekomstige studies de metingen in twee fasen kunnen uitvoeren (longitudinaal onderzoek), waarbij in de eerste fase de ervaren toegang tot werkaanpassingen zou worden gemeten, en in de tweede fase de variabelen gezondheid, welzijn en intentie om te blijven werken.

Bovendien gaat het hier om zelfgerapporteerde metingen. Wij zijn niet nagegaan in hoeverre organisaties de onderzochte werknemers en werkneemsters eindloopbaanregelingen aanbieden. Wat we hebben gemeten is de perceptie van de respondenten. Het zijn dus subjectieve metingen, geen objectieve.

Bovendien kunnen wij, ondanks de zeer grote omvang van de steekproef (N = 4.639), niet zeggen dat onze resultaten representatief zijn voor alle werknemers en werkneemsters aan het einde van hun loopbaan van de Belgische bevolking. Deze studie omvatte alleen Frans- en Nederlandstalige CM-leden, tussen 55 en 64 jaar oud, die nog actief zijn op de arbeidsmarkt, alle sectoren inbegrepen. In vergelijking met de Belgische bevolking omvatte onze steekproef meer bedienden en bediendes (83,6%) dan arbeiders en arbeidsters en zelfstandigen, en was het opleidingsniveau van onze steekproef ook hoger (60,2% heeft minstens een diploma hoger onderwijs van het korte of lange type). De resultaten van onze studie zijn dus beter veralgemeenbaar voor werknemers en werkneemsters met het hoogste opleidingsniveau, en zouden er waarschijnlijk anders hebben uitgezien als andere profielen meer vertegenwoordigd waren geweest. Het zou interessant zijn mocht toekomstig onderzoek over dit onderwerp deze groepen beter kunnen bereiken, met behulp van veldwerkmethodologie (bijvoorbeeld door interviews).

Ten slotte is in deze studie, vanuit conceptueel oogpunt, de nadruk gelegd op de genderthematiek in relatie tot de effecten van de werkaanpassingen. Daarmee hebben we slechts



een deel van het ongelijkheidsvraagstuk behandeld. Om rekening te houden met factoren die verband houden met sociale ongelijkheden en de zwaarte van de beroepen, zou in toekomstige studies kunnen worden onderzocht hoe eindeloopbaanregelingen interageren met andere vormen van sociale ongelijkheden, zoals economische ongelijkheden, rassendiscriminatie of andere werkgerelateerde factoren, zoals de zwaarte van een beroep.

## 4.2. Aanbevelingen

Ondanks deze beperkingen heeft deze studie ons toegelaten met behulp van degelijke analyses bij een grote steekproef van respondenten (N = 4.639) de relaties tussen de gepercipiëerde toegang tot eindeloopbaanregelingen en gezondheid, welzijn en de intentie om te blijven werken te toetsen. De verkregen resultaten stellen ons in staat een reeks aanbevelingen te formuleren die wij in de hiernavolgende tabellen presenteren, na een korte samenvatting en bespreking van de resultaten voor elke hypothese. We wijzen erop dat deze aanbevelingen gebaseerd zijn op de wetgeving die van kracht is op het ogenblik van de publicatie van deze studie (juni 2023).

### 4.2.1. Aanbeveling 1: werk werkbaar maken door goede werkaanpassingen en arbeidsvoorwaarden te bieden in alle fasen van de loopbaan

Uit onze analyses blijkt dat van de onderzochte werkaanpassingen de meest gunstige voor gezondheid, welzijn en de intentie om te blijven werken aan het einde van de loopbaan (hypothese 1) enerzijds aanpassingen op het vlak van relatie, motivatie en werkzekerheid zijn, en anderzijds aanpassingen op het vlak van de werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen.

Deze resultaten benadrukken het belang van goede relaties op het werk, zinvol en motiverend werk waarvoor werknemers en werkneemsters zich erkend voelen, en werkzekerheid. De resultaten zijn in lijn met veel onderzoek naar de vergrijzing op de werkvloer, waaruit is gebleken dat sociaalemotionele aspecten op de werkvloer voor oudere werknemers zeer belangrijk zijn, gebaseerd op de theorie van sociaalemotionele selectiviteit (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999). Volgens deze theorie gaat het ouder worden gepaard met de perceptie dat de resterende tijd om te leven steeds beperkter wordt. Als gevolg daarvan worden de relationele en zingevingsaspecten van het leven steeds belangrijker. Maar ook meer materiële aanpassingen, zoals de mogelijkheid om te telewerken, de werktijden aan te

passen of extra vrij te nemen om te recupereren, en ergonomische aanpassingen (aangepaste uitrusting, geen zware lasten dragen) zijn bijzonder belangrijk. Deze resultaten komen overeen met de theorie van selectie, optimalisatie en compensatie (Baltes, 1997) die het belang benadrukt van de ontwikkeling van strategieën om het hoofd te bieden aan de afname van middelen die zich tijdens het ouder worden voordoet. Deze twee aspecten, het sociaalemotionele en het materiële, zijn dus cruciaal aan het einde van de loopbaan.

**In de getoetste modellen** droeg arbeidsduurvermindering echter niet bij tot een betere gezondheid, een beter welzijn op het werk of de intentie om te blijven werken, wat kan worden verklaard door het feit dat mensen die deeltijds werken misschien meer moeilijkheden met hun gezondheid hebben ondervonden of ondervinden. Het ontbreken van een verband tussen arbeidsduurvermindering en burn-out werd ook gevonden in een recente studie in België (du Bois, Sterkens, Lippens, Baert, & Deros, 2023) waaruit bleek dat deeltijdse werknemers en werkneemsters evenveel kans op burn-out hadden dan hun voltijdse collega's.

Tot slot lijken organisatorische aanpassingen (bijvoorbeeld autonomie, participatieve initiatieven) en aanpassingen op het vlak van gezondheid (bijvoorbeeld medische controles, ontspanningssessies) en voorbereiding op het pensioen minder sterk samen te hangen met gezondheid, welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken, dan andere regelingen. Deze resultaten wijzen erop dat de variabelen die nauw verband houden met het werk zelf (zingeving op het werk, relationele aspecten, arbeidsmiddelen) aan het einde van de loopbaan belangrijker zijn dan variabelen die verder staan van het eigenlijke werk zoals organisatorische aspecten of regelingen zoals medische controles of ontspanningssessies op het werk.

Om te voorkomen dat werknemers en werkneemsters totaal op en uitgeput hun loopbaan beëindigen, is het belangrijk om in alle fasen van de loopbaan het werk werkbaar te maken, wat omschreven wordt als werk dat "intrinsiek motiveert, voldoende mogelijkheden geeft om te leren, geen stress geeft en voldoende vrijheid laat voor gezin, sport en hobby's" (Vendramin, 2016, p. 3, eigen vertaling). **Op basis van onze resultaten is onze eerste aanbeveling dus om werk werkbaar te maken, door goede werkaanpassingen en arbeidsvoorwaarden te bieden in alle fasen van de loopbaan.** Dit moet gebeuren in een kader van voortdurend overleg tussen de werknemer of werkneemster en de werkgever. In tabel 6 werken we deze aanbeveling uit door het voorstellen van basiselementen om het werk werkbaar te maken, op basis van de resultaten van deze studie.

**Tabel 6: Aanbeveling 1: werk werkbaar maken door goede werkaanpassingen en arbeidsvoorwaarden te bieden in alle fasen van de loopbaan**

<p><i>Managers bewust maken van het belang van relaties en zingeving op het werk</i></p>	<p><b>Het werk moet worden aangepast, rekening houdend met extrinsieke voorwaarden, zoals aanpassingen op het vlak van arbeidstijden, werkruimte en arbeidsmiddelen, maar ook met intrinsieke voorwaarden, zoals de relationele aspecten en zingeving op het werk. Deze zijn van belang voor alle soorten werk, ook dat van laaggeschoolden (Coutrot &amp; Perez, 2021).</b> De relationele aspecten en zingeving op het werk vormen echter een grote uitdaging in de huidige arbeidsorganisatie. Verschillende studies hebben aangetoond dat slechte relaties met de leidinggevende zeer vaak verantwoordelijk zijn voor onwelzijn op het werk (Solidaris, 2019; Vancorenland, et al., 2021) en dat steeds meer bedienden en bediendes vinden dat hun werk zijn betekenis verliest (Ouvrier-Bonnaz, 2011; Coutrot &amp; Perez, 2021). Dit blijkt uit het grote aantal jonge werknemers en werknemers dat ontslag neemt en zich omschoolt, zoals onlangs werd geregistreerd. <b>Het is dus noodzakelijk om op deze factoren in te spelen. En het bewaken van een goed relationeel klimaat en zingeving op het werk in alle fasen van de loopbaan behoort tot de verantwoordelijkheden van de managers.</b></p>
<p><i>Maatregelen afschaffen die de toegang tot (vergoede) tijdskrediet beperken</i></p>	<p>Hoewel uit de resultaten van deze studie is gebleken dat arbeidsduurvermindering minder verband houdt met welzijn dan andere aanpassingen, betekent dit niet dat deze maatregel niet belangrijk is. Enerzijds blijkt uit een analyse van het effect van deze variabele alleen (zonder dat na te gaan voor de andere, zie tabel in bijlage) dat deze positief bijdraagt tot de gezondheid en het welzijn op het werk. Anderzijds is het effect van deze maatregel op de gezondheid moeilijk te beoordelen, aangezien de deelnemers en deelnemers die er gebruik van maken, misschien personen zijn die al een minder goede gezondheid hebben.</p> <p>Arbidsduurvermindering blijft dus een belangrijke aanpassing voor het welzijn, maar de laatste jaren stellen we in België vast dat vergoede tijdskredieten steeds minder toegankelijk worden. Terwijl het vroeger mogelijk was om vanaf de leeftijd van 55 jaar een tijdskrediet eindloopbaan op te nemen dat vergoed werd door de RVA, is deze vergoeding voor de meeste werknemers en werknemers nu pas vanaf de leeftijd van 60 jaar mogelijk. Heel recent nog zijn er maatregelen genomen om de toegang tot tijdskrediet voor de zorg voor jonge kinderen te beperken<sup>9</sup>. Het beperken van de toegang tot deze regelingen vermindert de mogelijkheden van werknemers en werknemers om te recupereren en bemoeilijkt de combinatie van het privé- en beroepsleven, terwijl juist het tegenovergestelde moet gebeuren als we loopbanen werkbaarder en langer willen maken. <b>Om werk werkbaar te maken, moet de toegang tot vergoede tijdskredieten gemakkelijker in plaats van steeds moeilijker worden gemaakt.</b></p>
<p><i>Werkaanpassingen aanbieden die gericht zijn op de arbeidsvoorwaarden als onderdeel van de primaire preventie (niet alleen bij re-integratie)</i></p>	<p>Naar het voorbeeld van andere studies (Bourdeaud'hui, Janssens, &amp; Vanderhaeghe, 2021; Geneeskunde voor het volk, 2021), vonden we ook in deze studie dat 93% van de ondervraagde werknemers en werknemers in eindloopbaan ervan overtuigd is dat eindloopbaanregelingen een positieve invloed kunnen hebben op hun gezondheid en welzijn op het werk. Zoals aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO (2022)) moeten <b>organisatorische interventies worden uitgevoerd om een goede werkomgeving en goede arbeidsvoorwaarden te bieden, en dat niet alleen bij een terugkeer naar het werk. Deze interventies moeten een rechtstreekse invloed hebben op de arbeidsvoorwaarden.</b> Uit onze resultaten is bijvoorbeeld gebleken dat het hebben van sport- of ontspanningssessies op de werkplek minder sterk gerelateerd is aan gezondheid en welzijn, wat suggereert dat het welzijnsbeleid op de werkplek niet beperkt moet blijven tot het aanbieden van yoga- of meditatie sessies op de werkplek, zoals soms al te vaak het geval is.</p>

<sup>9</sup> Meer informatie is beschikbaar op de website van het ACV: <https://www.hetacv.be/actualiteit/nieuws-en-persberichten/newsdetail/2023/01/20/deeltijdse-werknemers-uitgesloten-van-tijdskrediet/>.

<p><i>De controles op welzijn op het werk en eindeloopbaan-regelingen versterken</i></p>	<p>Er bestaan wettelijke kaders om de naleving van het welzijn op het werk en de aanpassingen aan het einde van de loopbaan te waarborgen. Zo is de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk de basiswet op het gebied van veiligheid en gezondheid op het werk. Deze wet bepaalt dat de werkgever de eindverantwoordelijkheid draagt voor het in zijn onderneming te voeren welzijnsbeleid. Maar volgens een studie van Acerta, de Vrije Universiteit Brussel en HR Square had in januari 2021 nauwelijks 43% van de ondernemingen een structureel plan ter bevordering van het welzijn van het personeel (Acerta, VUB, HR Square, 2021).</p> <p>Sinds 2012 is er ook een andere regeling ter bevordering van de werkgelegenheid van werknemers en werkneemsters ouder dan 45 jaar: de CAO 104. Echter, zoals benadrukt in het onderzoek naar de ervaringen en behoeften van werknemers en werkneemsters aan het einde van hun loopbaan (Henry, Morissens, &amp; Streel, 2022), verklaarde de meerderheid van de deelnemers en deelnemsters aan deze studie (71%) echter dat zij niet op de hoogte waren van het bestaan van CAO 104, of er slechts vaag van hadden gehoord (19,5%), en slechts ongeveer één op de zes werknemers en werkneemsters (17,5%) verklaarde dat deze binnen hun organisatie werd toegepast.</p> <p><b>Deze bevindingen brengen ons tot de aanbeveling dat politici en inspectiediensten de uitvoering van deze regelingen in de ondernemingen beter zouden moeten controleren.</b> Het is van essentieel belang te handelen voordat een persoon ziek wordt, door middel van collectieve preventiemaatregelen ter verbetering van de arbeidsvoorwaarden. Momenteel is het Belgische beleid overwegend gericht op re-integratie, nadat iemand ziek is geworden. Op die manier worden de oorzaken van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit niet aangepakt. Hoewel niet alle arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt door het werk, bleek uit de resultaten van een eerdere CM-studie dat 56% van de deelnemers en deelnemsters van mening is dat hun werk (mede) verantwoordelijk is voor hun arbeidsongeschiktheid (Vancorenland, et al., 2021). De WGO heeft ook erkend dat burn-out grotendeels gerelateerd is aan de werkorganisatie, en heeft het geclassificeerd als een 'professioneel fenomeen' (WGO, 2019).</p>
--	---

#### 4.2.2. Aanbeveling 2: een welzijnsbeleid op het werk ontwikkelen dat rekening houdt met de specifieke gezondheidsproblemen van vrouwen (aan het einde van hun loopbaan)

Uit de resultaten van onze analyses blijkt dat het genderverschil in het effect van werkaanpassingen zich enkel voordoet op het vlak van welzijn op het werk (werktevredenheid en burn-out) (hypothese 2). Zo hebben wij vastgesteld dat de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden in termen van relaties, motivatie en werkzekerheid bij vrouwen een positievere invloed kan hebben op de werktevredenheid en hen meer kan behoeden voor burn-out dan bij mannen. Wanneer er geen aanpassingen zijn op het vlak van werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen, wordt dit bij vrouwen sterker geassocieerd met een risico op burn-out dan bij mannen. Voor zover vrouwen vaker zwaar emotioneel beladen relationele beroepen hebben die hun risico op burn-out verhogen, en zij nog steeds meer huishoude-

lijke taken en de zorg voor de kinderen opnemen (Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, 2016) benadrukken onze resultaten het belang om in aanpassingen te voorzien die de impact van deze risico's op hun welzijn op het werk milderen.

Hoewel beide soorten aanpassingen meer bescherming bieden voor het welzijn op het werk van vrouwen, bieden ze niet meer bescherming voor hun geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, het risico op arbeidsongeschiktheid of het behoud van hun werk. Deze resultaten wijzen erop dat werkgerelateerde aanpassingen kunnen bijdragen tot het welzijn van vrouwen op het werk in het bijzonder, maar deze niet voldoende zijn om hun gezondheid in het algemeen te beschermen. Toekomstig onderzoek zou kunnen uitwijzen of andere soorten aanpassingen, die meer gericht zijn op het evenwicht tussen werk en privéleven, (meer) kunnen bijdragen aan het behoud van de gezondheid van vrouwen.

Wat de intentie om te blijven werken betreft, lijken de toegang tot gezondheidsbevorderende aanpassingen (bijvoorbeeld medische controles, sport- of ontspanningssessies op het werk) en een voorbereiding op het pensioen eerder mannen aan te moedigen om hun loopbaan na de pensionering te verlengen.

**Op basis van deze resultaten kunnen we politici en werkgevers alleen maar aanbevelen om bijzondere aandacht te besteden aan de ontwikkeling van een welzijnsbeleid op het werk dat rekening houdt met de specifieke (gezondheids)problemen van vrouwen (aan het einde**

**van hun loopbaan).** Het is belangrijk om vrouwvriendelijke bedrijfsculturen te creëren en de genderdimensie te integreren in het preventiebeleid. Meer in het algemeen moeten de maatregelen ter bestrijding van discriminatie van vrouwen, zowel bij aanwerving als bij promotie, worden versterkt. Nog te veel vrouwen zijn het slachtoffer van discriminatie op het werk, met name in verband met zwangerschap of moederschap (Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, 2017). Tabel 7 geeft deze aanbeveling meer in detail weer, met enkele concrete voorbeelden van maatregelen die in andere landen bestaan.

**Tabel 7: Aanbeveling 2: een beleid inzake welzijn op het werk ontwikkelen dat rekening houdt met de specifieke gezondheidsproblemen van vrouwen (aan het einde van hun loopbaan)**

<p><i>Vrouwen een goede en veilige werkomgeving bieden op het vlak van relaties en motivatie, en mogelijkheden om hun werktijd en -plaats aan te passen</i></p>	<p>Uit onze bovenstaande resultaten is gebleken dat <b>arbeidsvoorwaarden met betrekking tot relationele, motivationele en werkzekerheidsaspecten</b>, alsmede <b>aanpassingen met betrekking tot arbeidsduur, telewerk en arbeidsmiddelen</b> het welzijn van vrouwen op het werk beter beschermen. Het is daarom bijzonder belangrijk om <b>werkneemsters dit soort regelingen aan te bieden</b>, vooral omdat uit verdere analyse is gebleken dat de vrouwen in onze studie systematisch lagere scores voor gezondheid en welzijn op het werk hadden dan de mannen.</p>
<p><i>De genderdimensie integreren in risicoanalyses en preventiestrategieën</i></p>	<p>Elke werkgever moet de nodige middelen inzetten om de gezondheid en de veiligheid van zijn werknemers en werkneemsters te beschermen. De werkgever is dus verantwoordelijk voor het opzetten van een dynamisch systeem voor risicobeheer en -analyse<sup>10</sup> (Beswic). <b>De integratie van de genderdimensie is noodzakelijk om te analyseren of vrouwen specifiek aan bepaalde risico's zijn blootgesteld dan mannen (of omgekeerd)</b>, zodat zo nodig specifieke preventieve maatregelen kunnen worden genomen. Dit is met name van belang in bepaalde sectoren (bijvoorbeeld de bouw), waar de beschermende uitrusting niet altijd is aangepast aan de vrouwelijke standaardnormen.</p> <p>Een concreet voorbeeld van een dergelijke aanpak wordt gegeven door het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk (2017): "Vrouwen die in dit bedrijf [Franse drukkerij] werkten, hadden bijzonder veel last van spier- en skeletaandoeningen. Als gevolg daarvan analyseerde het bedrijf de tijd die in elke functie werd doorgebracht volgens geslacht en ontdekte dat mannen in functies waarbij gedurende lange tijd repetitieve taken werden uitgevoerd, sneller promotie maakten dan vrouwen. Een van de aanbevelingen uit deze beoordeling was om de ontwikkeling van loopbaantrajecten en de erkenning van de vaardigheden van vrouwen in het bedrijf te bevorderen om te voorkomen dat zij langdurig in functies met repetitieve taken blijven hangen" (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2017, eigen vertaling).</p>

10 De risicoanalyse heeft tot doel alle in het bedrijf aanwezige gevaren en risico's (bijvoorbeeld veiligheid, gevaarlijke producten, specifieke risico's van spier- en skeletaandoeningen (SSA), psychosociale risico's) in kaart te brengen.

<p><i>Rekening houden met de menopauze in het eindeloopbaanbeleid</i></p>	<p>De menopauze kan het welzijn op het werk van veel vrouwen beïnvloeden. In een onderzoek dat in 2016 in België werd uitgevoerd, verklaarde bijvoorbeeld 77% van de ondervraagde vrouwen dat hun levenskwaliteit was verslechterd sinds de (peri)menopauze<sup>11</sup> (Depypere, Pintiaux, Desreux, &amp; Hendrickx, 2016). Een onderzoek van het Britse Lagerhuis (Parliament UK, 2022) heeft ook aangetoond ook dat één op de drie vrouwen regelmatig afwezig is op het werk vanwege (peri)menopauzale symptomen, zoals concentratie-, slaap- of hoofdpijnproblemen. Slechts 11% van de betrokken vrouwen vraagt om aangepast werk. <b>De (peri)menopauze moet daarom (op de werkplek) met dezelfde aandacht worden behandeld als andere gebeurtenissen die vrouwen van mannen onderscheiden, zoals zwangerschap, bevalling, cyclus, enz.</b></p> <p>In sommige landen is het bedrijfsleven zich meer bewust van de menopauze en de gevolgen daarvan voor de gezondheid van vrouwen<sup>12</sup>. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld heeft een netwerk van deskundigen en professionals een programma ontwikkeld om organisaties te helpen bij de bewustmaking, de voorlichting en de ondersteuning van vrouwen die lijden onder de gevolgen van de menopauze op het werk. Aan het einde van dit programma ontvangt het bedrijf een accreditatie (<i>'Menopause friendly accreditation'</i><sup>13</sup>). In Canada biedt de <i>Menopause Foundation</i> ook hulp aan organisaties om een menopauzevriendelijke werkplek te creëren<sup>14</sup>.</p>
<p><i>Aandacht voor specifieke gezondheidsproblemen van vrouwen gedurende de ganse loopbaan</i></p>	<p>Deze aandacht voor de gezondheid van vrouwen en het rekening houden met hun specifieke gezondheidsproblemen bij de inrichting van de werkomgeving kan ook worden uitgebreid tot alle fasen van de loopbaan. Een groot aantal vrouwen kan immers last hebben van premenstruele klachten (dysmenorroe of pijnlijke menstruatie) (20-50% van de vrouwen), endometriose (aanwezigheid van endometriumcellen elders dan in de baarmoeder) (10-15%) of adenomyose (endometriose in de baarmoeder) (11-13%) en (peri)menopauze (bijna 100% van de vrouwen) (De Bie, 2023).</p> <p><b>Om rekening te houden met de impact van deze specifieke aandoeningen van vrouwen op hun welzijn op het werk</b>, zou België, naar het voorbeeld van Spanje sinds 2023, kunnen opteren voor menstruatieverlof voor vrouwen met pijnlijke menstruatie. Endometriose zou, net als in Frankrijk sinds 2022, erkend kunnen worden als een chronische aandoening en aanleiding moeten geven tot aanpassingen van het werk. Tot slot zou ook het vaak zware proces van vruchtbaarheidsbehandelingen kunnen worden verlicht door enkele werkaanpassingen.</p>

#### 4.2.3. Aanbeveling 3: een eindeloopbaanbeleid ontwikkelen dat rekening houdt met de verslechterende gezondheid, genderongelijkheid en sociaaleconomische ongelijkheid

In deze studie vonden wij dat alle soorten werkaanpassingen in het bijzonder beschermend kunnen zijn voor de geestelijke gezondheid van werknemers en werkneemsters die aan het eind van hun loopbaan problemen ondervinden.

De verschillende soorten aanpassingen op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid, alsook in termen van werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen, kunnen mensen aanmoedigen om te blijven werken ondanks een hoog niveau van persoonlijke moeilijkheden. Beide soorten aanpassingen kunnen ook de negatieve invloed van professionele moeilijkheden op burn-out en arbeidsongeschiktheid van minder dan een maand verzachten. Wat de aanpassingen betreft op het vlak van gezondheid en de voorbereiding op het pensioen, deze kunnen zorgen voor het behoud

11 De perimenopauze is de periode vlak voor de menopauze. Het is de tijd waarin een vrouw haar eerste symptomen van menopauze begint te krijgen tot aan de menopauze. De menopauze is de periode waarin een vrouw haar laatste menstruatie heeft.

12 We merken hierbij op dat in België een menopauzevereniging bestaat (de "Belgische Vereniging voor Menopauze"), die menopauzecafé's organiseert voor privépersonen, waar een inleiding tot het onderwerp wordt gegeven en de deelnemers vragen kunnen stellen en hun ervaringen kunnen delen. Meer informatie is beschikbaar op <https://www.menopausesociety.be/home/> en <http://www.menopausecafe.be/>.

13 Meer informatie is beschikbaar op: <https://menopausefriendly.co.uk/>.

14 Meer informatie is beschikbaar op: <https://menopausefoundationcanada.ca/resources/menopause-inclusive-workplace/>.

van de werktevredenheid ondanks het ondervinden van bepaalde moeilijkheden.

We wijzen er echter opdat geen enkele aanpassing het effect van persoonlijke of professionele moeilijkheden op (zelf gerapporteerde) langdurige arbeidsongeschiktheid vermindert, ook al houden zij rechtstreeks negatief verband met deze variabele (zie hypothese 1). Wanneer bij mogelijke gezondheidsproblemen aan het einde van de loopbaan ook nog moeilijkheden bijkomen, moeten dus andere manieren worden gezocht om werknemers en werknemers te helpen hun gezondheid en welzijn te behouden.

Ten slotte hebben we ook aangetoond dat wanneer personen veel moeilijkheden op het werk ervaren, organisatorische aanpassingen (bijvoorbeeld autonomie, betrokkenheid bij besluitvormingsprocessen) contraproductief kunnen zijn om deze personen voor een burn-out te behoe-

den. Hoewel over het algemeen positief voor het welzijn (zoals blijkt uit de correlatietabel in de bijlage), kan veel autonomie hebben of sterk betrokken zijn bij de besluitvorming ook negatieve effecten hebben op het welzijn, omdat ze de middelen van het individu opslokken (Zhou, 2020). Wanneer een persoon veel moeilijkheden heeft op professioneel vlak, is het daarom belangrijk om te zorgen voor gepaste regelingen.

Aan het einde van de loopbaan zullen zich waarschijnlijk specifieke persoonlijke en professionele moeilijkheden voordoen die invloed kunnen hebben op de gezondheid, het welzijn en het behoud van het werk. **Een eindeloopbaanbeleid moet rekening houden met een verslechterende gezondheid, genderongelijkheid en sociaaleconomische ongelijkheid, die deze moeilijkheden kunnen verergeren.** Tabel 8 bevat enkele voorstellen van maatregelen die met deze factoren rekening houden.

**Tabel 8: Aanbeveling 3: een eindeloopbaanbeleid ontwikkelen dat rekening houdt met de verslechterende gezondheid, genderongelijkheid en sociaaleconomische ongelijkheid**

<p><i>Een (volks)gezondheidsdoelstelling hebben die ernaar streeft dat iedereen in goede gezondheid aan het einde van de loopbaan begint</i></p>	<p>Het is niet omdat we langer leven dat we langer in goede gezondheid leven. De cijfers spreken voor zich: in 2020 bedroeg de levensverwachting in goede gezondheid bij de geboorte in België 63,6 jaar voor mannen en 64 jaar voor vrouwen (Bureau Fédéral du Plan, 2022). Deze cijfers liggen zeer dicht bij de uiterste leeftijd waarop de deelnemers en deelnemers aan deze studie zich nog in staat voelen om te werken (63,1 jaar). Deze verslechtering van de gezondheid vanaf een bepaalde leeftijd komt ook tot uiting in de arbeidsongeschiktheidscijfers van het RIZIV: 43% van de personen in invaliditeit binnen de algemene regeling is ouder dan 55 jaar (CM, 2021).</p> <p>Gezien de geringe kans om zonder gezondheidsproblemen de leeftijd van 64 jaar te bereiken, vinden wij dat er een (volks)gezondheidsdoelstelling moet zijn die als doel heeft iedereen in goede gezondheid aan het einde van diens loopbaan te laten beginnen. <b>Bij de besprekingen over de pensioenhervorming moet rekening worden gehouden met de notie van levensverwachting in goede gezondheid.</b></p>
<p><i>Rekening houden met sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid en de zwaarte van loopbanen</i></p>	<p>Terwijl 13% van de rijkste mensen in België voor de leeftijd van 67 jaar overlijdt, loopt dit percentage bij de armsten op tot 27% (Solidaris, 2023). Een groot aantal mensen, vooral in precare situaties, zal overlijden voordat ze toegang krijgen tot een pensioen waarvoor ze hun hele leven hebben bijgedragen (Solidaris, 2023). De verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd op basis van de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte houdt dus geen rekening met het bestaan van sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid, zoals opnieuw is aangetoond in een recente CM-studie (Avalosse, Noirhomme, &amp; Cès, 2022). Op basis van deze elementen menen wij dat het van essentieel belang is om <b>de toegang tot vervroegd pensioen te (her)openen, met name voor de meer kwetsbare werknemers en werknemers en/of werknemers en werknemers in zware beroepen.</b></p>

<p><i>De regelingen versterken die het mogelijk maken de niet-gewerkte periodes tijdens een loopbaan te gelijk te stellen met gewerkte periodes (ouderschapsverlof, tijdskrediet, enz.)</i></p>	<p>Onze studie bevestigt dat vrouwen vaker voor een naast familielid met verlies van autonomie zorgen: onder onze deelnemende mantelzorgers is 63,2% vrouw. Bovendien verminderen vrouwen vaker hun werktijd tijdens hun loopbaan om voor hun kinderen of bejaarde ouders te zorgen (Hoge raad voor de werkgelegenheid, 2023).</p> <p>In onze studie stelden we ook vast dat 73,8% van de ondervraagde mannen aan het einde van de loopbaan voltijds werkt, tegenover 42,3% van de vrouwen. Van de mannen (26,2%) en vrouwen (57,7%) die deeltijds werken, doet 71,2% van de mannen dat in het kader van een tijdskrediet eindeloopbaan, terwijl slechts 37,5% van de deeltijds werkende vrouwen dit mechanisme gebruikt om hun arbeidstijd te verminderen aan het einde van de loopbaan. We wijzen er ook op dat volgens recente cijfers van pensionstat.be het verschil tussen de totale pensioenbedragen voor vrouwen en mannen in 2021 21% bedroeg (Pensionstat.be, 2023).</p> <p>Het is dus van essentieel belang <b>de regelingen te versterken (bijvoorbeeld door de duur ervan te verlengen) die de gelijkstelling van niet-gewerkte periodes tijdens de loopbaan mogelijk maken, teneinde de ongelijkheden tussen mannen en vrouwen te verminderen, meer bepaald op het gebied van de pensioenen.</b> Veel vrouwen hebben immers gemiddeld minder loopbaanjaren dan mannen, niet omdat zij niet wilden werken, maar omdat zij minder zijn gaan werken om voor hun familieleden te zorgen (kinderen, kleinkinderen, bejaarde ouders, familieleden met verminderde autonomie enz.). Er zouden eveneens maatregelen moeten worden genomen om ervoor te zorgen dat vaders hun ouderschapsverlof meer opnemen alsook een uitbreiding van het geboorteverlof.</p>
---	--

## 5. Conclusie

Tegen het einde van een loopbaan hebben mensen al veel meegemaakt en gebeurtenissen doorgemaakt in de loop van hun leven en loopbaan, zowel op persoonlijk als op professioneel vlak. Veel mensen bereiken het einde van hun loopbaan met een uitgeput gevoel en met toenemende gezondheidsproblemen (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Om de gezondheid en het welzijn aan het einde van de loopbaan te vrijwaren, is het belangrijk om gedurende de hele loopbaan werkbare arbeidsvoorwaarden te creëren en werkaanpassingen voor te stellen die rekening houden met de specifieke kenmerken van de werknemers en werkneemsters. Deze studie heeft met name aangetoond dat de toegang tot goede arbeidsvoorwaarden op het vlak van relaties, motivatie en werkzekerheid, en tot aanpassingen in verband met werkruimte, arbeidstijd en arbeidsmiddelen, bijzonder positieve effecten hebben op de gezondheid, het welzijn op het werk en de intentie om te blijven werken. Sommige van deze aanpassingen hebben zelfs nog meer uitgesproken effecten, enerzijds

op het behoud van het welzijn op het werk van vrouwen aan het einde van hun loopbaan, en anderzijds op de geestelijke gezondheid van zij die in deze fase van hun leven veel persoonlijke en/of professionele moeilijkheden ondervinden.

Ondanks het bestaan van wettelijke bepalingen ter bevordering van welzijn op het werk en de tewerkstelling aan het einde van de loopbaan, is het aantal personen in invaliditeit aan het einde van hun loopbaan nog nooit zo hoog geweest. In de organisaties moet een beleid inzake welzijn op het werk worden ingevoerd dat erop gericht is het werk gedurende de hele loopbaan werkbaar te maken. En bij de ontwikkeling van dit beleid moet rekening worden gehouden met de specifieke gezondheidsproblemen van vrouwen, ouderen en mensen met zware beroepen. Er is dus een belangrijke rol weggelegd voor werkgevers en politici, want ondanks het bestaan van een wettelijk kader voor welzijn op het werk en een plan voor de tewerkstelling van oudere werknemers en werkneemsters, lijken deze mechanismen te weinig bekend en/of worden ze te weinig toegepast.

## Bibliografie

- Acerta, VUB, HR Square. (2021). *Seules quatre entreprises sur dix misent sur le bien-être mental au travail de manière structurelle*. Opgehaald van [acerta.be](https://www.acerta.be/fr/fr/insights/dans-la-presse/seules-quatre-entreprises-sur-dix-misent-sur-le-bien-etre-mental-au-travail-de-maniere-structurelle): <https://www.acerta.be/fr/fr/insights/dans-la-presse/seules-quatre-entreprises-sur-dix-misent-sur-le-bien-etre-mental-au-travail-de-maniere-structurelle>
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. (2017). *Les femmes et le vieillissement de la main-d'œuvre : implications pour la sécurité et la santé au travail*. Bruxelles: EU-OSHA.
- Armstrong-Stassen, M., & Ursel, N. D. (2009). Perceived organizational support, career satisfaction, and the retention of older workers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82(1), 201-220.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-30.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychology*, 52(4), 366-380.
- Barnes, J., & Charkoudian, N. (2021). Integrative cardiovascular control in women: regulation of blood pressure, body temperature, and cerebrovascular responsiveness. *The FASEB Journal*, 35(2), e21143.
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden? A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 431-441.
- Bennett, M., Beehr, T., & Lepisto, L. (2016). A Longitudinal Study of Work After Retirement: Examining Predictors of Bridge Employment, Continued Career Employment, and Retirement. *The International Journal of Aging and Human Development*, 83(3), 228-255.
- Beswic. *Analyse des risques*. Opgehaald van Beswic: <https://www.beswic.be/fr/politique-du-bien-etre/analyse-des-risques>
- Blau, P. (1964). *Exchange and power in social life*. New-York: Wiley.
- Bourdeaud'hui, R., Janssens, F., & Vanderhaeghe, S. (2021). *Haalbaarheid om tot het pensioen door te werken. Analyse bij werknemers en zelfstandige ondernemers op basis van de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2019*. Brussel: Stichting Innovatie & Arbeid.
- Bureau Fédéral du Plan. (2022). *Espérance de vie en bonne santé*. [https://www.indicators.be/fr/i/G03\\_HLY/fr](https://www.indicators.be/fr/i/G03_HLY/fr).
- Burmeister, A., Wang, M., & Hirschi, A. (2020). Understanding the motivational benefits of knowledge transfer for older and younger workers in age-diverse coworker dyads: An actor-partner interdependence model. *Journal of Applied Psychology*, 105(7), 748-759.
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8-11.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181.
- Carter, S., Jay, O., & Black, K. I. (2021). Talking about menopause in the workplace. *Case Reports in Women's Health*, 30, e00306.
- CM. (2021). Arbeidsongeschiktheid - cijfers en indicatoren. *CM-Informatie*, 284, 56-66.
- Coutrot, T., & Perez, C. (2021). *L'influence du sens du travail sur la mobilité professionnelle, la prise de parole et l'absentéisme pour maladie*. Université de Paris 1: Centre d'économie de la Sorbonne.
- De Bie, C. (2023). *Santé des femmes au travail*. Bruxelles: Atelier participatif préparé pour Bruxeo.
- Dejours, C., & Duarte, A. (2018). La souffrance au travail: révélateur des transformations de la société française. *Modern and Contemporary France*, 26(3), 1-12.
- Depypere, H., Pintiaux, A., Desreux, J., & Hendrickx, M. (2016). Coping with menopausal symptoms: an internet survey of Belgian postmenopausal. *Maturitas*, 90, 1-20.
- du Bois, K., Sterkens, P., Lippens, L., Baert, S., & Deraus, E. (2023). Beyond the Hype: (How) Are Work Regimes Associated with Job Burnout? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 1-11.
- Eisenberger, R., & Stinglhamber, F. (2011). *Perceived organizational support: Fostering enthusiastic and productive employees*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Eisenberger, R., Cummings, J., Armeli, S., & Lynch, P. D. (1997). Perceived organizational support, discretionary treatment, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 82(5), 812-820.
- EuroHealthNet. (2022). *Psychosocial risks and older workers' health*.
- Eurostat. (2022). *Gender employment gap, by type of employment*. Bruxelles: Eurostat.
- Fonds pour l'expérience professionnelle. (2009). *Le VOW / QFT: Instrument de mesure des facultés de travail*. Opgehaald van [emploi.belgique.be](https://emploi.belgique.be/fr/le-vow-qft-instrument-de-mesure-des-facultes-de-travail): <https://emploi.belgique.be/fr/le-vow-qft-instrument-de-mesure-des-facultes-de-travail>
- Gaillard, M., & Desmette, D. (2008). Intergroup predictors of older workers' attitudes towards work and early exit. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(4), 450-481.
- Geneeskunde voor het volk. (2021). *Eindeloopbaanstudie Geneeskunde voor het Volk: de helft van de werknemers boven de 55 kan niet tot pensioenleeftijd doorwerken*. Brussel.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Hansez, I., Angenot, A., Faulx, D., Burnay, N., Lurkin, F., Braeckman, L., & Van Risseghem, M. (2012). *Recherche sur la gestion des âges dans les entreprises belges*. Bruxelles: Direction de la Recherche sur l'Amélioration des Conditions de Travail (DIRACT).
- Henry, H., Morissens, A., & Streef, C. (2022). Ervaringen en behoeften van werknemers aan het einde van hun loopbaan. *Gezondheid & Samenleving*, 1, 6-37.



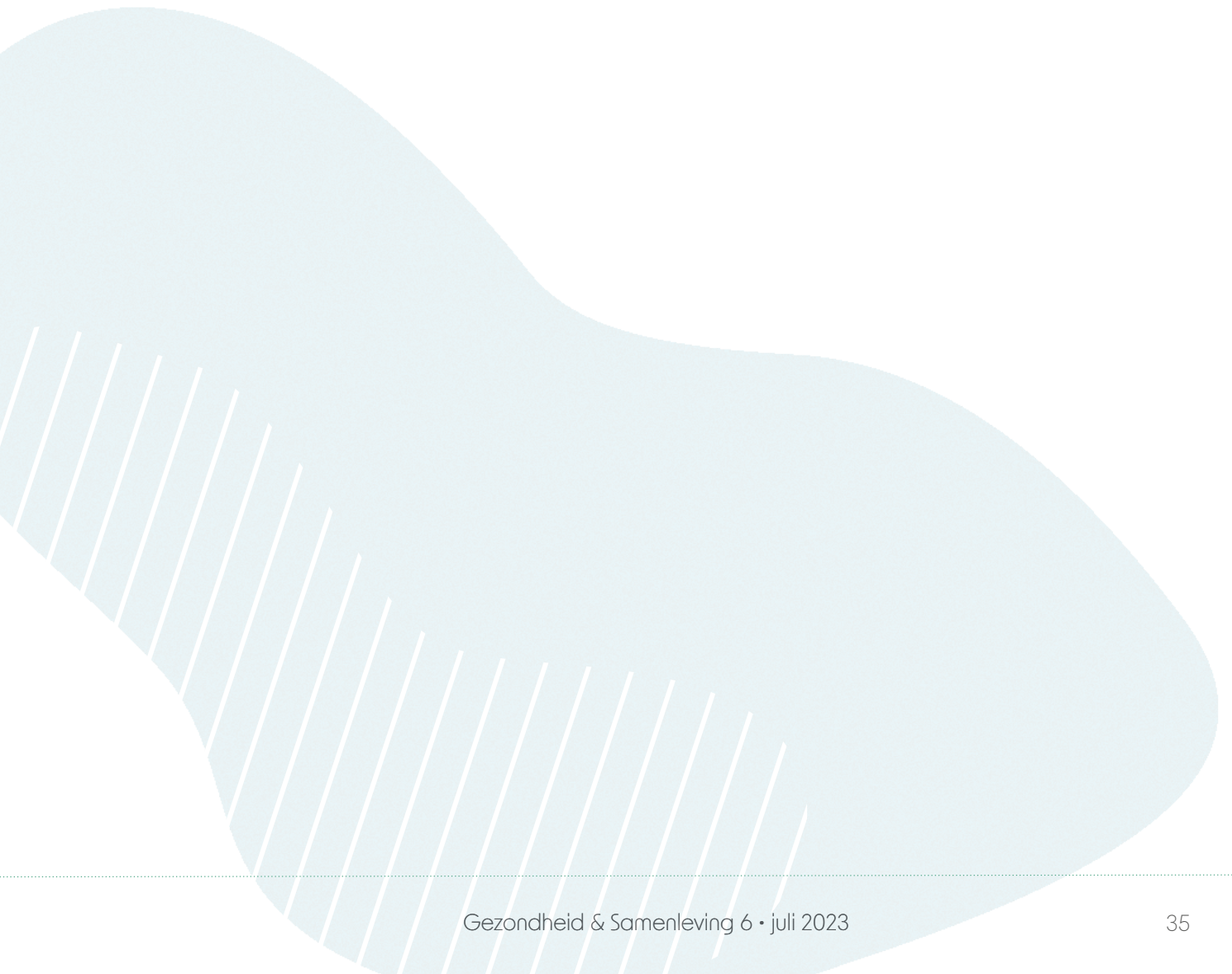
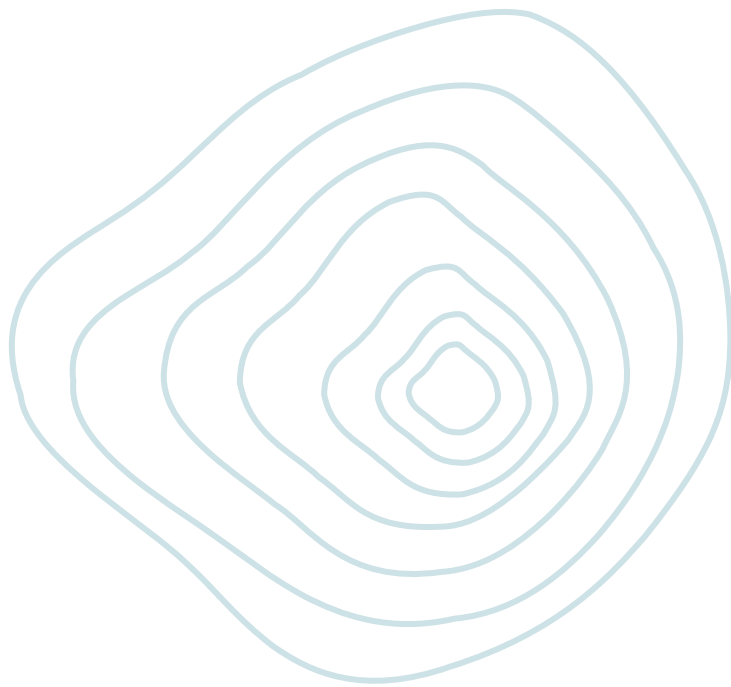
- Hoge raad voor de werkgelegenheid. (2023). *De arbeidsmarktparticipatie van vrouwen*. Brussels.
- Insee. (2017). *Espérance de vie en bonne santé / AVBS / Espérance de vie sans incapacité / EVSI / EVSI / EVBS. Définition*. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2017>.
- Institut pour un développement durable. (2022). La proportion de salarié.e.s du secteur privé en incapacité primaire ou en invalidité. *Brève de l'IDD*, 1-7.
- Institut pour un développement durable. (2022). L'importance des travailleurs âgés et leur état de santé. *Brève de l'IDD*, 1-14.
- Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen. (2016). *De organisatie en combinatie van arbeids- en gezinsverantwoordelijkheden bij vrouwen en mannen in België*. Brussel.
- Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen. (2017). *Zwanger aan het werk. De ervaringen van sollicitanten, werknemers en zelfstandige ondernemers in België*. Brussel.
- Janssens, F., Bourdeaud'hui, R., & Vanderhaeghe, S. (2022). *Werkbaar werk door een genderbril*. Brussel: Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen/Stichting Innovatie & Arbeid.
- Kooij, D. T., & Van De Voorde, K. (2011). How changes in subjective general health predict future time perspective, and development and generativity motives over the lifespan. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2), 228–247.
- Kooij, D. T., Guest, D. E., Clinton, M., Knight, T., Jansen, P. G., & Dikkers, J. S. (2013). How the impact of HR practices on employee well-being and performance change with age. *Human Resource Management Journal*, 23(1), 18-35.
- Loriato, S. (2022). Mental health and ageing – friend or foe? What's at stake? *EuroHealthNet webinar: Addressing psychosocial risks and supporting mental health of older workers: policy and practice in action*. Brussels.
- Lorist, M. (2000). Mental fatigue and task control: planning and preparation. *Psychophysiology*, 37(5), 614-625.
- Marino, V. H. (2017). Beyond hedonia: A theoretical reframing of caregiver well-being. *Translational Issues in Psychological Science*, 3(4), 400–409.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Neupane, S., Kyrölahti, S., Oakman, J., Siukola, A., Riekhoff, A.-J. K., & Nygard, C.-H. (2022). Can workplace intervention prolong work life of older workers? A quasiexperimental study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 96(2), 1-10.
- Ouvrier-Bonnaz, R. (2011). Analyse de l'ouvrage d'Yves Clot (2010). Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. *Activités*, 8(1), 154-160.
- Pensionstat.be. (2023). Réforme des pensions - L'écart de pension entre les femmes et les hommes a atteint 23% en 2021. *Belga - Communiqué de presse*.
- Pérelleux, T., & Vendramin, P. (2017). Le travail est-il devenu insoutenable? *Société en changement*, 1-8.
- Pinquant, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 18(2), 250-267.
- Sewdas, R., de Wind, A., van der Zwaan, L., van der Borg, W., Steenbeek, R., van der Beek, A., & Boot, C. (2017). Why older workers work beyond the retirement age: a qualitative study. *BMC Public Health*, 17(1), 1-9.
- Solidaris. (2019). *Grande Enquête Solidaris - Sudpresse. Stress et travail*. Bruxelles: Institut Solidaris.
- Solidaris. (2023). *Inégalités sociales de santé et relèvement de l'âge de la pension*. Bruxelles: Institut Solidaris.
- UK Parliament (2022). *Considerable stigma faced by women going through menopause in the workplace*. <https://committees.parliament.uk/work/1416/menopause-and-the-workplace/news/161313/considerable-stigma-faced-by-women-going-through-menopause-in-the-workplace>.
- Valenduc, G., & Vendramin, P. (2020). *Baromètre 2019. De la qualité de l'emploi et du travail*. Bruxelles; Louvain-la-Neuve: CSC & Chaire Travail-Université.
- Van De Voorde, K., Paauwe, J., & Van Veldhoven, M. (2011). Employee Well-being and the HRM-Organizational Performance Relationship: A Review of Quantitative Studies. *International Journal of Management Reviews*, 14(4), 391-407.
- Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., & Lambert, L. (2021). Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid. *CM-Informatie* 284, 4-55.
- Vendramin, P. (2016). *Travail soutenable, faisable, durable : de quoi parle-t-on ?* Namur; Bruxelles: Note d'éducation permanente de l'ASBL Fondation Travail-Université (FTU).
- Vendramin, P., & Parent-Thirion, A. (2019, Mai 27). Redéfinir les conditions de travail en Europe. *Revue internationale de politique de développement*, 11, 1-19.
- Vendramin, P., & Valenduc, G. (2016). Chapitre 10. In M. Lamberts, L. Szeker, S. Vandekerckove, G. Van Gyes, G. Van Hootegem, Y. Vereycken, . . . P. Vendramin, *La qualité de l'emploi en Belgique en 2015. Analyse sur la base de l'Enquête européenne sur les conditions de travail EWCS 2015 (Eurofound) - Résumé analytique* (pp. 16-18). KU Leuven & HIVA (Onderzoeksinstituut voor arbeid en samenleving: Leuven.
- Vendramin, P., & Valenduc, G. (2016). *Travailleurs âgés et travail soutenable*. Bruxelles: Rapport pour le SPF Emploi, travail et concertation sociale.
- Veth, K. N., Korzilius, H. P., Van der Heijden, B. I., Emans, B. J., & de Lange, A. H. (2017). Which HRM practices enhance employee outcomes at work across the life-span? *The International Journal of Human Resource Management*, 30(19), 2777-2808.
- WGO. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. Opgehaald van OMS: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- WGO. (2022). *WHO guidelines on mental health at work*. Geneva: World Health Organization.
- Zhou, E. (2020). The "Too-Much-of-a-Good-Thing" Effect of Job Autonomy and Its Explanation Mechanism. *Psychology*, 11(2), 299-313.

**Bijlage:** Tabel met correlaties tussen de toegang tot werk aanpassingen, gezondheid, welzijn en de intentie om te blijven werken

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Aanpassingen relaties, motivatie, werkzekerheid	-													
2. Aanpassingen ruimte, tijd, arbeidsmiddelen	.50***	-												
3. Aanpassingen organisatie	.61***	.45***	-											
4. Aanpassingen arbeidsduur- vermindering	.20***	.27***	.13***	-										
5. Aanpassingen gezondheid / voorbereiding op pensioen	.53***	.51***	.49***	.24***	-									
6. Geestelijke gezondheid	.41***	.28***	.30***	.09***	.26***	-								
7. Lichamelijke gezondheid	.23***	.21***	.16***	.07***	.15***	.51***	-							
8. Werk-tevredenheid	.61***	.39***	.43***	.11***	.35***	.43***	.24***	-						
9. Burn-out	-.48***	-.41***	-.34***	-.13***	-.29***	-.57***	-.45***	-.58***	-					
10. AO < 1 maand	-.14***	-.15***	-.09***	-.03	-.05**	-.20***	-.21***	-.14***	.22***	-				
11. AO > 1 maand	-.12***	-.16***	-.11***	.08***	-.03	-.17***	-.17***	-.16***	.24***	.24***	-			
12. Intentie vervroegd pensioen	-.24***	-.22***	-.16***	.02	-.11***	-.20***	-.20***	-.31***	.36***	.12***	.17***	-		
13. Betaalde activiteit	.07***	.11***	.09***	-.08***	.09***	.09***	.07***	.13***	-.15***	-.04**	-.11***	-.39***	-	
14. Onbetaalde activiteit	.04**	.10***	.03	.02	.02	.02	.06***	.07***	-.06***	-.05**	-.05**	-.14***	.27***	-

*Noot.* N = 4639. \* p < .05; \*\* p < .01, \*\*\* p < .001. Variabelen 1 tot 5 (in het blauw, in kolommen en rijen) zijn de onafhankelijke variabelen, variabelen 6 tot 14 (in het grijs, in kolommen en rijen) zijn afhankelijke variabelen. **Vetgedrukte waarden wijzen op correlaties tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen.**





# Familiale conflicten: een belangrijk aandachtspunt in levenseindezorg

## Analyse van een bevraging bij CM-leden

Rebekka Verniest, Michèle Morel, Hervé Avalosse — Studiedienst

Met dank aan Astrid Luybaert – Studiedienst

### Samenvatting

Vanuit haar brede visie op gezondheid, hecht CM veel belang aan de levenskwaliteit van mensen, die bovendien doorheen het ganse leven moet nagestreefd worden, dus ook in de laatste levensfase. Daarbij is het belangrijk niet alleen aandacht te besteden aan het onder controle houden van een ziekte, het bestrijden van symptomen en het bieden van comfortzorg, maar ook oog te hebben voor psychologische, sociale en spiritueel-existentiële dimensies die mee de levenskwaliteit bepalen. En hoewel de zorg- en levensdoelen van de patiënt steeds de centrale referentiepunten zijn, mag de ruimere context rond een patiënt niet uit het oog verloren worden en moet er ook aandacht zijn voor de vragen en behoeften van de naasten van een patiënt. Uit een kwalitatieve CM-studie bleek al dat deze levenskwaliteit in de laatste levensfase onder druk staat in geval van een familiaal conflict (Morel & Verniest, 2022). Dergelijke conflicten, meestal over zorg of financiële aangelegenheden en vaak met wortels in het verleden, hebben een grote impact op alle betrokkenen met vaak negatieve gevolgen voor hun gezondheid, de familiebanden en soms ook de kwaliteit van de levenseindezorg. Ze hypothekeren een sereen afscheid tussen dierbaren. Verder bleek uit dit onderzoek nog dat de verwachtingen van mensen ten aanzien van zorgverleners en andere professionals over hun rol en optreden in geval van een familiaal conflict, vaak niet werden ingelost.

Aan de hand van een aanvullend kwantitatief onderzoek, een enquête bij een steekproef van CM-leden, is op meer systematische wijze informatie ingezameld over familiale conflicten rondom het levenseinde van een naaste in Vlaanderen. De resultaten, die het onderwerp vormen van dit artikel, bevestigen de eerdere bevindingen over de aanleidingen voor en de historiek van dergelijke conflicten, en tonen opnieuw aan dat deze conflicten voor velen gepaard gaan met negatieve gevoelens als verdriet, stress en woede. De grote negatieve impact van een conflict bedreigt de levenskwaliteit van de betrokken actoren. Verder stellen we vast dat heel wat respondenten in het conflict een actieve houding van de zorgverleners verwachten en erop rekenen dat ze polsen naar het al dan niet bestaan van conflicten en zelf initiatief nemen om de betrokkenen te ondersteunen. Het kwantitatief onderzoek levert ten slotte ook een indicatie op over de prevalentie in Vlaanderen van familiale conflicten rondom het levenseinde van een naaste: ruim een vijfde van de respondenten geeft aan hiermee ervaring te hebben. Het gaat dus allerminst om een zeldzaam fenomeen. Op basis van de vaststellingen formuleren we enkele aanbevelingen die kunnen bijdragen tot enerzijds het voorkomen van familiale conflicten aan het levenseinde en anderzijds tot een betere ondersteuning en begeleiding van de betrokkenen.

Sleutelwoorden: Levenseinde, palliatieve zorg, kwaliteit van leven, familiaal conflict, bemiddeling, ledenbevraging, kwantitatieve studie

## 1. Inleiding

Voor CM is levenskwaliteit als onderdeel van gezondheid in brede zin een kernwaarde. Deze levenskwaliteit moet doorheen het hele leven nagestreefd worden en dus ook in de laatste levensfase van mensen. Levenskwaliteit gaat verder dan een ziekte genezen of onder controle krijgen, pijn of andere symptomen bestrijden, gepaste hulpmiddelen inzetten en de beste behandelingen aanbieden. Het is eveneens essentieel dat een patiënt ondersteund wordt bij het zo aangenaam mogelijk maken van diens leven, ondanks de beperkingen. Daarbij zijn de zorg- en levensdoelen van de patiënt zelf de centrale referentiepunten, maar de ruimere context rond de patiënt mag niet uit het oog verloren worden. Er moet dus evenzeer aandacht zijn voor de vragen en behoeften van de naasten van een persoon aan het levenseinde en nagegaan worden hoe ook zij optimaal ondersteund en begeleid kunnen worden. De laatste levensfase van een persoon gaat immers vaak gepaard met heel wat fysieke en emotionele belasting, niet alleen voor de persoon aan het levenseinde zelf, maar evengoed voor diens naasten (Kramer & Boelk, 2006). De periode rond het levenseinde kan ertoe leiden dat familieleden dichter bij elkaar komen en voor elkaar een steun zijn. Maar deze periode kan om diverse redenen ook leiden tot heel wat spanningen en zelfs familiale conflicten (Lichtenthal & Kissane, 2008; Benson, Parker, Demiris, & Washington, 2019).

Uit de literatuur blijkt dat familiale conflicten rondom het levenseinde van een naaste niet zeldzaam zijn, ook niet in families die voordien vrij harmonieus functioneerden. Dergelijke conflicten blijken voor te komen in 4,9% tot 57% van de onderzochte gevallen (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020; Hamano, Morita, Mori, Igarashi, & Shima, 2017), waarbij de grote variatie wellicht toe te schrijven is aan de verschillen in onderzoeksopzet onder meer wat betreft de gehanteerde definitie van conflict, de specifieke zorgsetting waarin het onderzoek is gevoerd en de focus op patiënten met een specifieke aandoening.

De aanleidingen voor deze familiale conflicten zijn heel divers, gaande van zorggerelateerde zaken (bijvoorbeeld de beslissing over het al dan niet verderzetten van een behandeling en de verdeling van de zorgtaken), over de uitvaart en de periode na het overlijden (bijvoorbeeld verschillen in de manier waarop naasten omgaan met het verlies) tot financiële en materiële zaken (bijvoorbeeld het testament en de verdeling of verkoop van de bezittingen) (Rosenkamp, 2012). Nog heel wat andere factoren beïnvloeden de familiale sereniteit zoals de familie-

context, de specifieke ziektesituatie van de persoon aan het levenseinde en verschillen in hoe familieleden deze ervaren, het plots opduiken van een familielid, het al dan niet duidelijk zijn van de wensen van de palliatieve patiënt over de zorg, de behandeling en het afscheid, het al dan niet bespreekbaar zijn van de dood en bijkomende problemen waaronder financiële moeilijkheden (Hamano, Morita, Mori, Igarashi, & Shima, 2017; Lichtenthal & Kissane, 2008; Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh, & Yonker, 2009). Wat betreft de familiecontext, blijkt uit de literatuur dat historische spanningen of onopgeloste conflicten binnen een familie een belangrijke voorspeller zijn van conflicten rondom het levenseinde. Zo kan bijvoorbeeld de bereidheid van kinderen om een deel van de zorg voor een ouder op te nemen en om samen te werken met de andere familieleden, mede bepaald worden door bepaalde gebeurtenissen uit het verleden, historische verhoudingen binnen een gezin en de manier waarop kinderen hun plaats binnen dit gezin ervaren hebben (Merrill, 2015; Kramer & Boelk, 2006).

Familiale spanningen en conflicten zijn niet per definitie negatief en zijn in sommige gevallen een noodzakelijke stap voor positieve verandering, voor groei en verdieping van relaties (Strawbridge & Wallhagen, 1991; Verbeke, 2014). Aan het levenseinde van een naaste kan een conflict een opportuniteit zijn voor verzoening voor het afscheid zich aandient (Lichtenthal & Kissane, 2008). Voorwaarde is wel dat op een constructieve manier met het conflict wordt omgegaan. Een open, positieve en geweldloze onderlinge communicatie is hierbij essentieel. Precies het ontbreken van een goede communicatie tussen betrokkenen draagt bij tot het ontstaan van familiale conflicten en het verloop ervan (Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh, & Yonker, 2009).

Familiale conflicten die niet goed beheerd worden, kunnen ernstige sociale gevolgen hebben zoals verslechterde of verbroken familiebanden (Rosenkamp, 2012; Merrill, 2015). Daarnaast kunnen ze een grote impact hebben op de fysieke en mentale gezondheid van de betrokkenen (Kramer & Boelk, 2015; Hamano, Morita, Mori, Igarashi, & Shima, 2017) en leiden tot een bemoeilijkt rouwproces (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020). De betrokkenen bereiken geen rust noch berusting, en kunnen niet op een serene manier afscheid nemen in dankbaarheid tegenover elkaar (Lichtenthal & Kissane, 2008). Ten slotte kunnen deze conflicten ook negatieve gevolgen hebben voor zorgverleners, die meer stress ervaren en aangeven dat ze een belemmering kunnen vormen om aan de noden van de patiënt en de familie tegemoet te komen en kwa-

liteitsvolle palliatieve zorg te verlenen (Kramer & Boelk, 2015; Benson, Parker, Demiris, & Washington, 2019).

Ondanks de prevalentie en de grote gevolgen van familiale conflicten rondom het levenseinde, is voor de Belgische context de literatuur over dit thema vrij beperkt. Daarom startte CM in 2020 een exploratieve studie in samenwerking met Universiteit Gent (UGent) en ConnFinity vzw<sup>1</sup>, die bemiddeling aanbiedt bij conflicten in de laatste levensfase. De onderzoeksvraag was driedelig.

- 1) Wat zijn de kenmerken van familiale conflicten rondom het levenseinde (prevalentie, betrokken actoren, bronnen van conflict, uiting en verloop ervan)?
- 2) Hoe beleven patiënten en naasten dergelijke conflicten en wat is de impact ervan?
- 3) Hoe pakken familieleden en zorgverleners deze conflicten aan en wat zijn hun onvervulde noden op dit vlak?

Het beantwoorden van deze onderzoeksvragen gebeurde aan de hand van de *mixed methods*-methodologie, die elementen van kwalitatief en kwantitatief onderzoek combineert. Een eerste, kwalitatief luik bestond uit semigestructureerde diepte-interviews met burgers die ervaring hebben met een familiaal conflict aan het levenseinde van een naaste (uitgevoerd door CM) en met zorgverleners die al betrokken waren in situaties van levenseindezorg waar sprake was van een familiaal conflict (uitgevoerd door UGent). De kwalitatieve studie bij burgers gaf een eerste inzicht in de kenmerken van de familiale conflicten rondom het levenseinde van een naaste in Vlaanderen. Zo bleek dat er twee grote bronnen zijn van conflict: zorgaangelegenheden enerzijds en financiële zaken anderzijds. We stelden bijkomend vast dat veel familiale conflicten aan het levenseinde wortels hebben in al langer bestaande spanningen en conflicten binnen een familie. Verder werd duidelijk dat het conflict een grote impact had op alle betrokkenen met vaak negatieve gevolgen voor hun gezondheid, voor de familiebanden en soms ook voor de kwaliteit van de levenseindezorg. Uit de kwalitatieve CM-studie bleek ten slotte nog dat mensen ten aanzien van professionals duidelijke verwachtingen hadden op vlak van ondersteuning, maar dat deze vaak niet werden ingelost (Morel & Verniest, 2022).

Een aanvullend kwantitatief luik, een enquête bij een steekproef van CM-leden, maakt het mogelijk om op meer systematische wijze informatie in te zamelen over familiale conflicten aan het levenseinde in Vlaanderen met het oog op het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Daarenboven laat de kwantitatieve studie toe een eerste indicatie te krijgen over de prevalentie van familiale conflicten rondom het levenseinde van een naaste in Vlaanderen.

In dit artikel volgt een beschrijving van de voornaamste resultaten van dit kwantitatief onderzoek. Na de toelichting van de methodologie en de beperkingen van de studie, wordt in een eerste deel dieper ingegaan op de prevalentie van familiale conflicten rondom het levenseinde, de kenmerken en de impact ervan en de manier waarop mensen ermee zijn omgegaan. Een tweede deel beschrijft de algemene verwachtingen van de respondenten ten aanzien van zorgverleners rond dergelijke conflicten. Op basis van de resultaten worden ten slotte ook enkele aanbevelingen geformuleerd.

We zijn ervan overtuigd dat meer inzicht in deze materie kan leiden tot betere preventie van dergelijke conflicten en tot een meer adequate aanpak ervan, wat uiteindelijk kan bijdragen tot minder stress, meer rust en een verbeterde zorg- en levenskwaliteit voor de zieke persoon, als ook tot een verhoogde levenskwaliteit voor naasten en een verbeterde werkkwaliteit voor zorgverleners. Dit is des te relevanter in een vergrijzende samenleving waarin het overlijden steeds vaker wordt voorafgegaan door een lange periode van ziekte en afhankelijkheid, en waarin er gestreefd wordt naar vermaatschappelijking van de zorg, ook bij zware en langdurige zorgnoden. Binnen deze context hebben familieleden een belangrijke rol te spelen in het organiseren en coördineren van de zorg en ondersteuning van een naaste, in het zelf opnemen van zorgtaken en in het nemen van zorggerelateerde beslissingen.

---

<sup>1</sup> ConnFinity vzw biedt middeling aan bij conflicten in de laatste levensfase en bij het levenseinde. Daarnaast is er ook een vormingsaanbod over dit thema. Voor meer informatie: zie [www.connfinity.be](http://www.connfinity.be).

## Enkele getuigenissen uit de kwalitatieve studie

Enkele sprekende fragmenten uit de getuigenissen van burgers uit het kwalitatief CM-onderzoek, illustreren de bevindingen over de aanleiding, de kenmerken en de impact van familiale conflicten aan het levenseinde van een naaste.

### Aanleidingen voor het conflict

*“De drie andere [kinderen] waren op afstand, het huis uit, en hij bleef ter plaatse. En dat samenwerken gedurende lange tijd, dat is toen bij zijn ziekte direct wat moeilijk beginnen verlopen. Dat hij dacht alles voor het zeggen te hebben en dat onze pogingen om evengoed bij te dragen, of hulp te bieden, dat die moeilijk, moeilijk aanvaard werden en dat we niet op gelijke voet konden hulp bieden. [...] Dat wij [sommige kinderen] niet genoeg wisten van wat er gebeurde en te regelen was. Het was een onderonsje daar ter plaatse.”*

*“... moeder had een testament gemaakt, buiten ieders weten, maar alles duidt erop dat hij wel op de hoogte was. En het was volledig ten voordele van hem. En met, je kunt het niet anders beschouwen, een wanverhouding tot en met van wat moeder dacht hem te moeten toebedelen.”*

### Historiek van het conflict

*“Dat is belangrijk om te weten dat geschillen al ontstaan heel vroeg tijdens de opvoeding.”*

*“Ik had recentelijk nog een telefoongesprek met hem [broer van respondent], en dat was meer moeder die in de tijd iets fout gedaan heeft naar hem toe en dat heeft hij nooit kunnen vergeten of vergeven.”*

### Uitingen van het conflict

*“Ik heb dus al heel de week haatmail gekregen en ik ben klacht gaan indienen bij de politie.”*

*“Als hij [zoon] ziek geworden is mocht ik hem niet meer bezoeken [van schoondochter]. (...) Ik heb geen afscheid kunnen nemen, hij was al overleden, ik was een minuutje te laat.”*

*“Mijn broer die kan mij dus openlijk kleineren en affronteren en vernederen en lelijke woorden, nu nog hé.”*

### Impact van het conflict

*“Verraad, verdriet, ontgoocheling, alle slechte gevoelens eerst en ik ga eerlijk zijn ik heb een zware depressie gedaan in 2015.”*

*“(...) het gevoel dat hij [vader] niet correct gestorven is.”*

*“Dat was een heel moeilijke periode. Eigenlijk zou het moeilijkste moeten zijn dat mijn moeder ging sterven, dat ik daarvan moest afscheid nemen. Maar voor mij was dat conflict met mijn zussen veel erger.”*

### Verwachtingen ten aanzien van zorgverleners

*“Die periode was veel vredevoller en kalmer geweest als ze [zorgverleners] toen hadden ingegrepen en dat hebben ze niet gedaan.”*



## 2. Methodologie van het kwantitatief onderzoek

### 2.1. Steekproefselectie

De methodologie voor het kwantitatief deel van het onderzoek bestond uit een online bevraging bij 50.000 CM-leden tussen 18 en 90 jaar die aangesloten zijn bij CM in Vlaanderen. De steekproef was representatief voor de Vlaamse bevolking op vlak van leeftijd, geslacht en provincie van domicilie. Leden die zich op het moment van de steekproefselectie in een precare gezondheidstoestand bevonden, werden uitgesloten (leden in een palliatieve situatie, leden opgenomen in een psychiatrische voorziening, leden met recht op het PVS-forfait<sup>2</sup> en leden met een gekende diagnose dementie). De bevraging verliep anoniem en vond plaats in de eerste helft van juni 2021.

### 2.2. Online vragenlijst

De vragenlijst werd opgemaakt op basis van een literatuurstudie en in overleg tussen CM, UGent en ConnFinity vzw. In de vragenlijst is in de eerste plaats gepeild naar de eventuele ervaring van de respondent met een familiaal conflict aan het levenseinde van een naaste, waarbij verduidelijkt is wat voor de bevraging moest verstaan worden onder de begrippen 'conflict' en 'naaste'.

- Het begrip 'conflict' werd ruim gedefinieerd en verwees zowel naar openlijke ruzies als naar onderhuidse, onuitgesproken spanningen. Gezien de focus van de studie, was een belangrijke voorwaarde wel dat het moest gaan om *familiale* conflicten, dus conflicten tussen familieleden of andere naasten onderling. Directe conflicten tussen een persoon aan het levenseinde en/of diens familieleden of naasten, en zorgverleners kwamen niet in aanmerking.
- Ook het begrip 'naasten' werd ruim gedefinieerd en verwees niet alleen naar familieleden in de zin van bloedverwanten of naasten in het kader van nieuw samengestelde familieverbanden. Ook conflicten naar aanleiding van het levenseinde van een buur of goede vriend of vriendin met wie er een heel nauw contact was, kwamen in aanmerking.

Bij respondenten die aangaven een concrete ervaring te hebben met een familiaal conflict aan het levenseinde van een naaste, is vervolgens gepeild naar de kenmerken van dit conflict, de impact ervan voor zichzelf en voor de naaste aan het levenseinde en naar de ondersteuning die men naar aanleiding van het conflict kreeg. Voor het meten van de intensiteit van het conflict is gebruik gemaakt van de *Family Conflict at the End-of-Life scale (FC-EOL scale)*, specifiek ontworpen voor de context van levenseinde (Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh, & Yonker, 2009). Hierbij wordt aan mensen gevraagd om op een 5-punts Likert schaal aan te geven 1) in welke mate er sprake was van meningsverschillen tussen familieleden, 2) hoe vaak er sprake was van wrevel tussen familieleden, 3) hoeveel er is geroepen tussen familieleden of onderling verwijten zijn gemaakt en 4) in welke mate er sprake was van boosheid naar een ander familielid. De score 1 stemt overeen met 'helemaal niet' en de score 5 met 'zeer veel'.

Aan alle respondenten, ongeacht of ze wel of geen ervaring hebben met een familiaal conflict aan het levenseinde van een naaste, is in een laatste deel gevraagd van wie ze in het algemeen ondersteuning zouden verwachten indien ze met een dergelijk conflict geconfronteerd zouden worden, welke steun ze van zorgverleners zouden verwachten en in welke mate ze van zorgverleners een proactieve houding zouden verwachten.

### 2.3. Verwerking van de resultaten

Bij het afsluiten van de bevraging eind juli 2021, hadden 4.032 CM-leden de vragenlijst geheel of gedeeltelijk ingevuld. Dit stemt overeen met een te verwachten responsgraad van 8%. Bij de controle van het databestand, voorafgaand aan de verwerking van de antwoorden, is beslist om de antwoorden van 29 respondenten niet mee te nemen voor verdere analyse aangezien ze niet betrokken waren bij een familiaal conflict aan het levenseinde van een naaste. Er is eveneens voor gekozen om de analyses enkel uit te voeren voor de respondenten die de vragenlijst tot het einde hadden doorlopen, ongeacht of ze alle vragen effectief hadden beantwoord (N = 3.317). Dit laat toe om een meer volledig en correcter antwoord te geven op de onderzoeksvragen.

<sup>2</sup> Het gaat om personen die zich in een toestand van coma bevinden na het oplopen van een ernstige acute hersenbeschadiging (na schedeltrauma, hartstilstand, aderbloeding, enz.) en waarbij de ontwaaktechnieken de toestand niet konden verbeteren en die thuis of in een centrum voor dagverzorging verzorgd worden.

Verder is voor de in aanmerking genomen respondenten de informatie geanalyseerd die vermeld was in de open antwoordcategorie 'andere' die bij verschillende vragen was voorzien. Om zo weinig mogelijk informatie verloren te laten gaan, is telkens nagegaan of de informatie gehercodeerd kon worden naar een vooraf gedefinieerde antwoordmogelijkheid. In een aantal gevallen betekende dit dat een bestaande categorie iets ruimer moest worden geïnterpreteerd. Wanneer bepaalde nieuwe antwoorden frequent voorkwamen, is ervoor geopteerd een nieuwe, oorspronkelijk niet voorziene antwoordcategorie aan te maken. Deze hercodering gebeurde steeds binnen eenzelfde vraag.

Ten slotte is nagegaan in welke mate het algemeen profiel van de respondenten in overeenstemming was met dat van de steekproef. Zoals verwacht op basis van eerder CM-onderzoek, was er een ondervertegenwoordiging van deelnemers tot 54 jaar, van mannelijke deelnemers en van deelnemers uit de provincies Oost- en West-Vlaanderen. Bijgevolg zijn de resultaten herwogen voor leeftijd, geslacht en provincie zodat de representativiteit van de resultaten voor de Vlaamse bevolking gegarandeerd is. De resultaten die hierna via een beschrijvende analyse gepresenteerd worden, zijn de herwogen resultaten.

## 2.4. Beperkingen van het onderzoek

Dit kwantitatieve onderzoek biedt interessante informatie over de prevalentie en de kenmerken van familiale conflicten rond het levenseinde van een naaste in Vlaanderen, over hoe betrokkenen die ervaren en hoe ze ermee omgaan. Het geeft ook een beeld van de verwachtingen van mensen over de rol van zorgverleners in dergelijke situaties. Niettemin kent dit onderzoek ook enkele beperkingen.

Een eerste risico is de *non respons bias* (participatiebias) waarbij bepaalde elementen de keuze of mogelijkheid om aan de bevraging deel te nemen, hebben beïnvloed. Zo is het niet uit te sluiten dat de bereidheid tot deelname beïnvloed is door het al dan niet hebben van een concrete ervaring met een familiaal conflict aan het levenseinde van een naaste, of door de mate van ernst van de conflictervaring. Maar ook de gehanteerde methodologie, een online bevraging, kan ertoe leiden dat bepaalde groepen niet bereikt zijn en dus niet alle kenmerken van conflicten, ervaringen van betrokkenen of behoeften in kaart zijn gebracht.

Bovendien is in dit onderzoek gepeild naar de persoonlijke ervaringen van burgers die in een familiaal conflict betrokken waren. De antwoorden weerspiegelen dan ook hun persoonlijke (subjectieve) ervaringen met dit conflict. Bijgevolg kan het zijn dat niet alle kenmerken en gevolgen van familiale conflicten rondom het levenseinde in beeld zijn gebracht.

Bij de interpretatie van de resultaten moet verder nog rekening gehouden worden met de *recall bias* (herinneringsbias). Dit betekent dat er bij het invullen van de bevraging tussen de respondenten verschillen kunnen zijn in de nauwkeurigheid of volledigheid van de herinneringen aan het conflict naargelang de periode die al is verstreken sinds het ontstaan van het conflict. Het risico bestaat dat sommigen zich bepaalde zaken anders herinneren dan de manier waarop ze in werkelijkheid gebeurd zijn. Algemeen wordt aangenomen dat een bevraging over een periode die drie tot twaalf maanden in het verleden ligt, aanvaardbaar is voor accurate resultaten (Hamano, Morita, Mori, Igarashi, & Shima, 2017). In deze studie gaf een deel van de respondenten aan dat het conflict al (veel) ouder is dan een jaar. Daartegenover staat de vaststelling dat de mogelijkheid om zich een gebeurtenis te herinneren ook beïnvloed is door het belang ervan voor de persoon (Coughlin, 1990). Uit de literatuur en het kwalitatief onderzoek bleek al dat een familiaal conflict aan het levenseinde een ingrijpende gebeurtenis is voor de betrokkenen.

Ten slotte willen we erop wijzen dat bij de bespreking van de resultaten enkele verschillen volgens bepaalde parameters vermeld worden, bijvoorbeeld volgens leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, enz. Het gaat hier om een loutere beschrijving van vaststellingen, zonder uitspraken over correlatie of causaliteit.

## 3. Bespreking van de resultaten

### 3.1. Profiel van de respondenten

#### 3.1.1. Socio-economisch profiel

Iets meer dan de helft van de 3.317 respondenten is vrouw (51%). Ongeveer een derde is tussen de 19 en 39 jaar en een even groot aandeel tussen de 40 en 59 jaar. Iets meer dan een vijfde bevindt zich in de leeftijdscategorie 60 tot 74 jaar en 11% is tussen de 75 en 90 jaar. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 51,5 jaar, de mediane leeftijd 53 jaar.

52,8% van de respondenten heeft een diploma hoger onderwijs en is dus hooggeschoold. 16,1% is laaggeschoold (= hoogstens diploma lager secundair onderwijs) en 29,5% is middengediplomeerd (= hoogstens diploma secundair onderwijs).

Bijna zes op de tien respondenten is op het moment van de bevraging deeltijds of voltijds beroepsactief, hetzij als loontrekkende (52%), hetzij als zelfstandige of in een vrij beroep (7,7%). Van diegenen die niet (voltijds) aan het werk zijn, is dit voor bijna 10% omwille van handicap of ziekte. 27,7% is (brug)gepensioneerd, 2,3% werkzoekend, 1,2% student en 1,6% huisman/-vrouw.

#### 3.1.2. Ervaring met conflicten aan het levenseinde

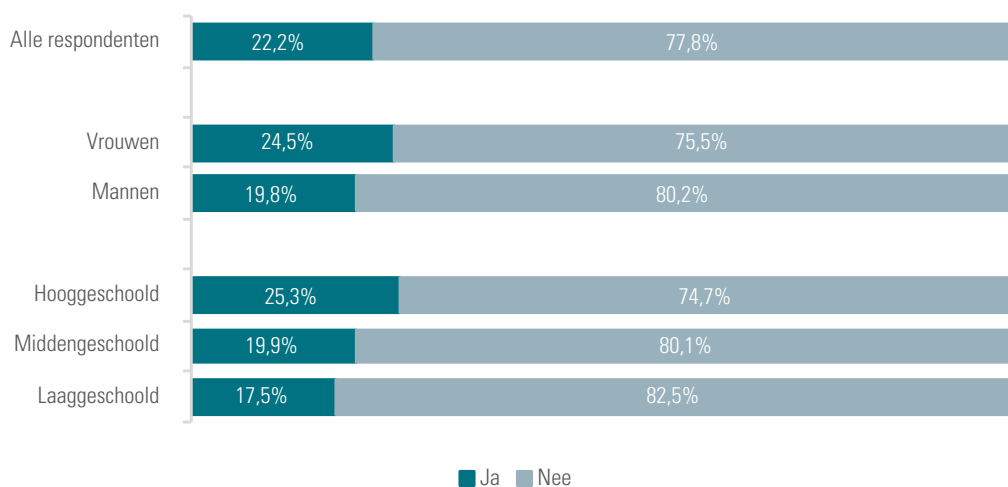
Ruim een vijfde van de respondenten geeft aan al ervaring te hebben met een familiaal conflict rond het levenseinde van een naaste (zie Figuur 1). Hier moet rekening worden gehouden met de al vermelde *respons bias*, waardoor de prevalentie mogelijk een overschatting is. De vastgestelde prevalentie kan ook moeilijk vergeleken worden met deze uit andere studies. De CM-studie betreft immers een enquête bij een representatieve steekproef van CM-leden, zonder voorafgaandelijke selectie, bijvoorbeeld op het al dan niet geconfronteerd zijn met een zware ziekte bij of het overlijden van een naaste, of op het al dan niet verblijven van deze naaste in een specifieke zorgsetting. Dit was in de onderzoeken die in het kader van de literatuurstudie zijn geraadpleegd, wel het geval. Niettemin kunnen we besluiten dat familiale conflicten rond het levenseinde van een naaste in Vlaanderen geen zeldzaam fenomeen zijn.

Uit figuur 1 blijkt verder dat het aandeel respondenten met conflictveraring iets hoger is bij vrouwen dan bij mannen. Ook in ander onderzoek is vastgesteld dat vrouwelijke respondenten vaker melding maken van een conflict in een periode van levenseindezorg (Semple, 1992). In de literatuur over conflicten rond levenseindezorg wordt als mogelijke verklaring verwezen naar eventuele verschillen tussen mannen en vrouwen in de visie op mantelzorg. Mannen zouden dit meer taakgericht bekijken, terwijl vrouwen meer emotioneel betrokken zouden zijn. Dit kan ertoe leiden dat vrouwen sneller spanningen en conflict ervaren, bijvoorbeeld in geval van een ongelijke taakverdeling (Strawbridge & Wallhagen, 1991). Bovendien is uit onderzoek al gebleken dat vrouwen vaker dan mannen mantelzorg opnemen (Cès, et al., 2016; Bronselaer, Vandezande, Vanden Boer, & Demeyer, 2016; Braekman, Charafeddine, & Drieskens, 2020). Hoewel in ander onderzoek bleek dat conflicten vaker voorkwamen bij jongere respondenten (Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh, & Yonker, 2009), is in het CM-onderzoek geen verschil naar leeftijd vastgesteld.

We stelden wel een trend vast volgens scholingsgraad waarbij het aandeel respondenten met conflictveraring toeneemt naarmate het opleidingsniveau hoger is (zie Figuur 1). Dit kan te maken hebben met de grotere toegankelijkheid van professionele zorg voor wie hoger geschoold is. Zij beschikken immers over meer gezondheidsvaardigheden<sup>3</sup> (Charafeddine, Demarest, & Berete, 2019), waardoor ze bijvoorbeeld meer op de hoogte zijn van de bestaande mogelijkheden aan zorg en ondersteuning en hier ook kritischer tegenaan kijken. Tegelijk is het niet uitgesloten dat hoger opgeleiden door zorgverleners zelf actiever betrokken worden. Uit de gezondheidsenquête blijkt namelijk dat de laagst opgeleiden minder vaak aangeven dat ze bij de specialist voldoende betrokken werden in beslissingen over zorg en behandeling (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2019). Mogelijk geldt dit ook voor de betrokkenheid als mantelzorger. Een andere verklarende factor is misschien de sociale gradiënt in de financiële toegankelijkheid waarbij mensen met een hogere opleiding het makkelijker hebben om uitgaven voor gezondheidszorg te dragen (Drieskens, et al., 2020). Ander onderzoek toonde aan dat mensen uit gemeenten met een hoger mediaan fiscaal inkomen significant meer beroep kunnen doen op onder meer thuisverpleging en gezinszorg (Cès, et al., 2016). Deze grotere toegankelijkheid is mogelijk

3 Het concept 'gezondheidsvaardigheden' verwijst naar "de capaciteit en de motivatie van individuen om gezondheidsinformatie te verwerven, te begrijpen, te evalueren en te gebruiken met het oog om oordelen te vellen en beslissingen te nemen op het domein van de gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidspromotie met het oog op het behouden of het verbeteren van de levenskwaliteit" (Charafeddine, Demarest, & Berete, 2019, p. 9).

**Figuur 1: Aandeel respondenten met ervaring van familiaal conflict, volgens geslacht en scholingsgraad**



een risicofactor voor familiale onenigheid op het moment dat keuzes moeten gemaakt worden.

Van de respondenten die ervaring hebben met een familiaal conflict aan het levenseinde, is 3,9% zelf de persoon aan het levenseinde.

Wat betreft de relatie van de respondenten met een conflictvervaring tot de persoon aan het levenseinde, gaat het vooral om dichte familieleden, met in de eerste plaats een ouder (39,4%), grootouder (21,7%) of kind (10,1%). In een op de tien gevallen betreft het een schoonouder. Het aantal situaties waarin de persoon aan het levenseinde een vriend(in) of buur is, is heel beperkt (respectievelijk 3,4% en 0,2%).

51,2% van de respondenten was of is actief betrokken in het conflict, daar waar 47,7% eerder toeschouwer was of is. Vrouwen geven vaker dan mannen aan rechtstreeks betrokken partij te zijn (54,3% tegenover 47,7%). Mogelijke verklaringen zijn ook hier het feit dat vrouwen vaker dan mannen de mantelzorg voor een naaste opnemen (Cès, et al., 2016) en de wellicht grotere emotionele betrokkenheid van vrouwen bij de zorg voor een naaste (Strawbridge & Wallhagen, 1991). Respondenten tot 39 jaar zijn beduidend minder vaak rechtstreeks betrokken in vergelijking met de oudere respondenten (28,7% tegenover meer dan 60%). Verder is er nog een dalende trend in het aandeel rechtstreeks betrokkenen naarmate de scholingsgraad van de

respondent hoger is (67,4% bij laaggeschoolden, 53,3% bij middengeschoolden en 46,3% bij hooggeschoolden).

### 3.2. Kenmerken van de ervaren conflicten aan het levenseinde

Aan de personen met ervaring van een familiaal conflict aan het levenseinde van een naaste, zijn vervolgens een reeks vragen gesteld om de kenmerken van dergelijke conflicten in kaart te brengen. Wat was de aanleiding van het conflict? Wie was erbij betrokken? Ging het om een nieuw conflict of heeft het wortels in eerdere familiale spanningen en conflicten? Wat was de intensiteit van het conflict en welke impact had het op de respondent en diens naaste aan het levenseinde? Hoe is met het conflict omgegaan? Voor een correct beeld van een aantal van deze kenmerken is een directe betrokkenheid in het conflict belangrijk. Daarom zijn bepaalde vragen enkel gesteld aan respondenten die rechtstreeks betrokken partij zijn of waren in het conflict of die zelf de persoon aan het levenseinde zijn.

#### 3.2.1. Aanleiding en omstandigheden van het conflict

De antwoorden op de vraag over de aanleiding voor het conflict zijn in een eerste analyse gegroepeerd volgens drie grote categorieën: conflicten over zorgaangelegenheden (bijvoorbeeld behandelopties of verdeling van de mantelzorg), conflicten over financiële aangelegenheden

(bijvoorbeeld financiën of erfenis) en conflicten over andere aangelegenheden (bijvoorbeeld een buitenechtelijke relatie, geweld of middelenmisbruik). De respondenten verwijzen het vaakst naar financiële aangelegenheden als oorzaak voor het conflict (61,6%). In 42,3% van de gevallen ging het conflict (ook) over zorgaangelegenheden. Bij bijna een op de tien respondenten is er een combinatie van financiële en zorgaangelegenheden. Bij 28% zijn er (ook) andere oorzaken.

In een meer gedetailleerde analyse van de oorzaken, stellen we enkele tendensen vast volgens geslacht. Zo geven vrouwen vaker dan mannen aan dat het conflict over behandelopties ging (35,4% tegenover 29,3%) of over de organisatie van de mantelzorg (22,1% tegenover 13,9%). Een mogelijke verklaring is opnieuw het feit dat vrouwen vaker dan mannen direct betrokken zijn in de zorg voor een naaste (Cès, et al., 2016). Mannen verwijzen dan weer vaker naar erfeniskwesties als bron van conflict (48,1% tegenover 40,3%). Naar leeftijd zien we dat vooral conflicten over behandelopties vaker worden vermeld door respondenten jonger dan 40 jaar (54,8% tegenover 27,3% in de groep 40-59 jaar, 13,9% in de groep 60-74 jaar en 15,8% in de groep 75-90 jaar). Deze respondenten vermelden ook vaker conflicten rond financiële aangelegenheden en erfeniskwesties (57,9% tegenover 40% bij de respondenten tussen 40 en 74 jaar en 33% in de groep 75-90 jaar).

In de literatuur wordt het plots opduiken van een familielid aan het levenseinde van een naaste aangeduid als een factor die kan bijdragen tot het ontstaan van een familiaal conflict, zeker wanneer deze persoon de controle opeist en autonoom beslissingen wil nemen (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020; Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh, & Yonker, 2009). Ook in de CM-enquête is aan personen met rechtstreekse betrokkenheid in een familiaal conflict aan het levenseinde van een naaste of die zelf de persoon aan het levenseinde zijn, gevraagd of tijdens het conflict familieleden sterk aanwezig waren, terwijl deze ervoor weinig contact hadden met de persoon aan het levenseinde. Vier op de tien van de respondenten geeft aan dat dit het geval was, iets meer dan de helft geeft aan van niet. In de situaties waar dit wel het geval was, zegt 58% dat dit mee aan de basis lag van het familiaal conflict, 13,8% zegt dit niet te weten.

### 3.2.2. Betrokken actoren

---

Naast de respondent zijn meestal nog andere dichte familieleden in het conflict betrokken, met voornamelijk broers en zussen (40,3%) en ouders (32,7%). Deze resultaten slui-

ten aan bij bevindingen in ander onderzoek waarin bleek dat conflicten het vaakst voorkomen tussen de kinderen van een persoon aan het levenseinde (Lichtenthal & Kissane, 2008). Een op de vijf respondenten vermeldt ook ooms en tantes als betrokkenen. Neven en nichten, (plus)kinderen en burens of vrienden worden slechts weinig vermeld als andere betrokkenen.

### 3.2.3. Wanneer is het conflict ontstaan en hoe lang duurt het?

---

Bij een derde van de respondenten is het conflict ontstaan naar aanleiding van of tijdens de laatste levensfase van de naaste. Bij 58,6% van de respondenten betreft het een bestaand conflict dat naar aanleiding van of tijdens de laatste levensfase opnieuw of sterker naar boven is gekomen. Dit is in lijn met de conclusie in andere onderzoeken dat een historiek van conflicten binnen een familie een van de belangrijkste factoren is die het risico op familiaal conflict aan het levenseinde vergroot (Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh, & Yonker, 2009; Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020; Hamano, Morita, Mori, Igarashi, & Shima, 2017). In het kwalitatief CM-onderzoek bij burgers is eveneens in bijna alle getuigenissen verwezen naar spanningen, problemen en conflicten die al voor de periode van het levenseinde van een naaste binnen de familie bestonden (Morel & Verniest, 2022).

Uit een meer gedetailleerde analyse blijkt dat, onafhankelijk van het geslacht, de leeftijd en de scholingsgraad van de respondent, het in (bijna) meer dan de helft van de gevallen over een bestaand conflict gaat (gaande van 49,1% tot 65%), maar met een tendens van een iets hoger aandeel bij vrouwelijke, bij hoger opgeleide en bij jongere respondenten. Ook lijken conflicten over financiële aangelegenheden zich vaker in te schrijven in een historiek van familiale conflicten (66,4%) en ontstaan conflicten over zorgaangelegenheden vaker naar aanleiding van of tijdens de laatste levensfase van de naaste (44,9%).

Bij de respondenten is in een open vraag gepeild naar de duurtijd van het conflict. Uit de antwoorden valt op dat het in een meerderheid van de gevallen om een lang aanslepend conflict gaat, gaande van enkele jaren tot zelfs veertig jaar of meer.

### 3.2.4. Intensiteit van het conflict

---

In het CM-onderzoek is aan de hand van de *FC-EOL scale* de intensiteit van het familiaal conflict gemeten, enerzijds voor beslissingen die genomen moesten worden over de

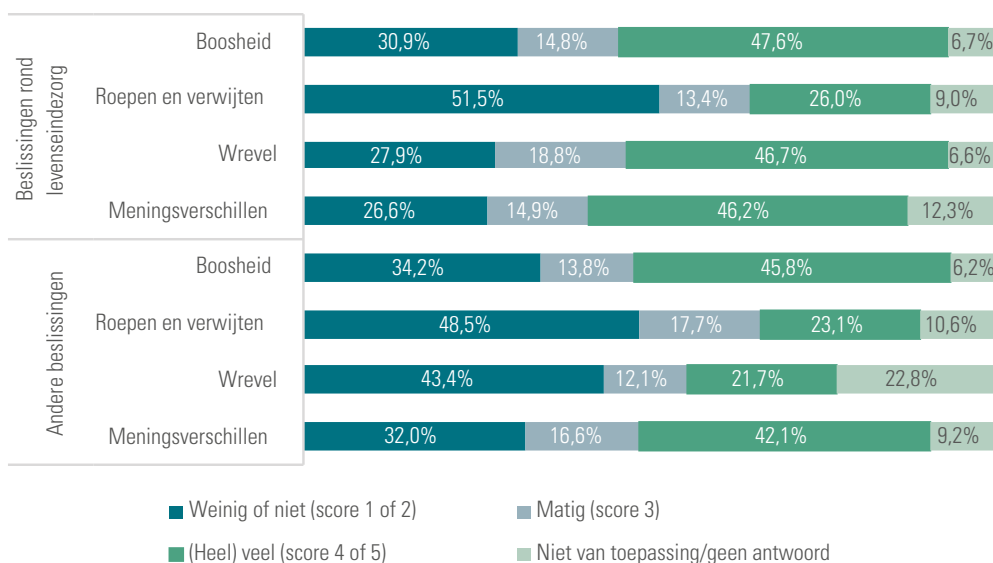
levenseindezorg en anderzijds voor andere beslissingen. Deze globale intensiteit wordt afgeleid uit de mate waarin er sprake was van meningsverschillen tussen familieleden, van onderlinge wrevel, van boosheid naar een ander familielid en de mate waarin er geroepen is of onderling verwijten zijn gemaakt.

Uit figuur 2 blijkt dat bij **beslissingen over de levenseindezorg** de intensiteit van het conflict voor een groot deel van de respondenten relatief beperkt tot matig was. Ruim de helft van de respondenten zegt dat tijdens het conflict voor dit soort beslissingen weinig of niet naar elkaar roepen is of onderlinge verwijten zijn gemaakt. De mediane score voor dit item bedraagt 2 (= weinig), terwijl dit voor de andere items van de schaal minstens 3 (= matig) is (op een maximum van 5). Het conflict uit zich bij beslissingen rond levenseindezorg dus eerder door meningsverschillen en wrevel tussen familieleden of boosheid tegenover een familielid. Niettemin mag niet uit het oog verloren worden dat de intensiteit van het conflict bij een niet te verwaarlozen deel van de respondenten wel heel groot was.

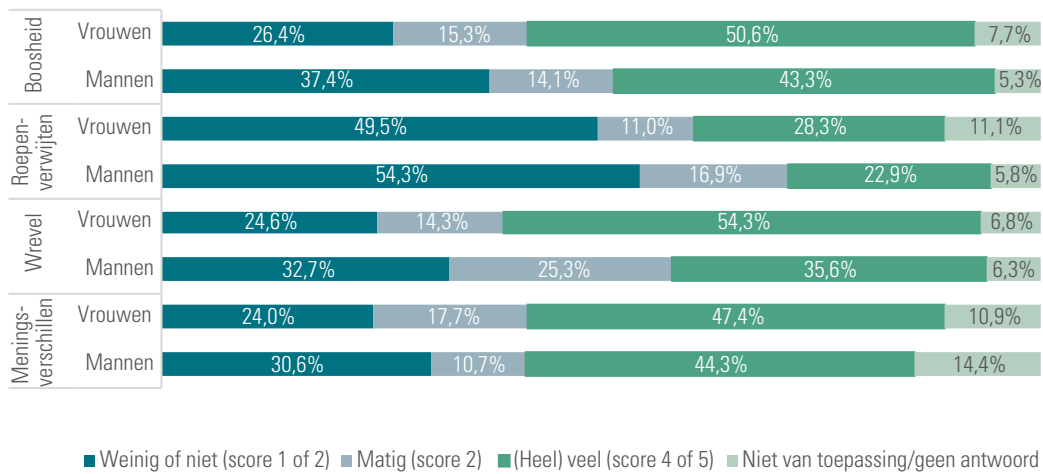
Bij de **andere beslissingen** dan deze over levenseindezorg, lijkt de intensiteit van het conflict over het algemeen iets minder groot. In vergelijking met de beslissingen over levenseindezorg, geeft weliswaar een kleiner aandeel aan dat er weinig of geen sprake was van onderling roepen en verwijten maken, maar het aandeel respondenten bij wie er weinig of geen sprake was van boosheid, wrevel en meningsverschillen is groter (zie Figuur 2).

Over het algemeen lijken vrouwelijke respondenten bij beslissingen over levenseindezorg een grotere intensiteit te ervaren van het familiaal conflict dan mannen (zie Figuur 3). Ze lijken vaker aan te geven dat boosheid, verwijten en wrevel (heel) frequent aanwezig waren. Eenzelfde tendens volgens geslacht is vastgesteld voor andere beslissingen dan deze over levenseindezorg. Verder lijkt de intensiteit over het algemeen iets groter wanneer het conflict over financiële aangelegenheden gaat (zie Figuur 4). Zo geven meer respondenten aan dat er (heel) veel sprake was van boosheid naar een ander familielid, van onderlinge wrevel en van roepen en verwijten. Meningsverschillen tussen familieleden komen minder vaak voor in vergelijking met conflicten rond zorgaangelegenheden.

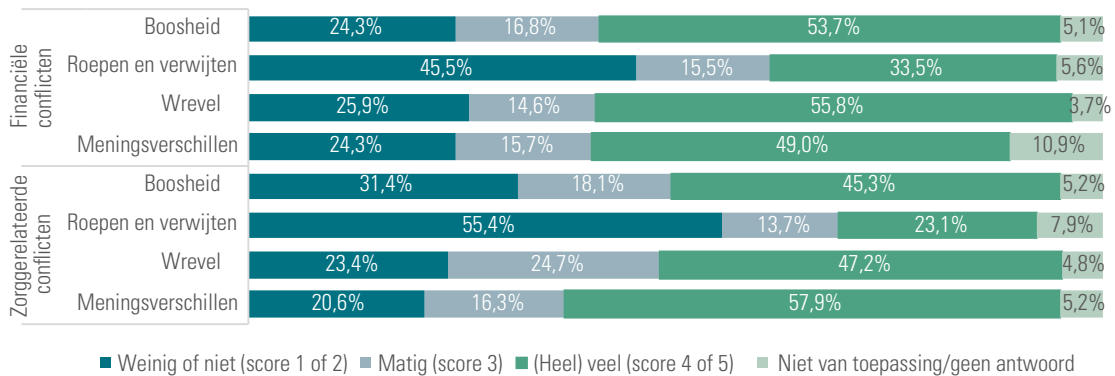
**Figuur 2: Intensiteit van het familiaal conflict voor beslissingen over levenseindezorg en voor andere beslissingen op basis van de FC-EOL scale**



**Figuur 3: Intensiteit van het familiaal conflict voor beslissingen over levenseindezorg op basis van de FC-EOL scale, volgens geslacht**



**Figuur 4: Intensiteit van het familiaal conflict voor beslissingen over levenseindezorg op basis van de FC-EOL scale, volgens type conflict**



### 3.2.5. Impact van het conflict

Uit de getuigenissen van burgers die ervaring hebben met een familiaal conflict aan het levenseinde van een naaste (kwalitatief CM-onderzoek), was al duidelijk geworden dat dergelijk conflict een grote impact heeft en diepe sporen nalaat, zowel bij de persoon aan het levenseinde als bij diens naasten. De deelnemers maakten melding van fysieke en psychische problemen,

verbroken familiebanden en gevolgen voor de zorgverlening (Morel & Verniest, 2022). Deze bevindingen waren al een bevestiging van de conclusies hierover in de literatuur. Ook in de enquête bij CM-leden is aan alle respondenten met een concrete conflictervaring gevraagd om op een schaal van 1 (= amper) tot 5 (= heel veel) aan te geven wat de **impact van het conflict** was op het eigen leven en op het leven van de naaste aan het levenseinde.

Voor een kwart van de respondenten had het conflict weinig of geen impact **op het eigen leven** (score 1 of 2), terwijl bijna 53% zegt dat er (zeer) veel impact was (score 4 of 5) (zie Figuur 5). De mediane score bedraagt 4, de gemiddelde score 3,5. Uit figuur 5 blijkt verder dat vrouwelijke respondenten de impact op het eigen leven groter inschatten dan mannelijke respondenten.

Als het gaat over de impact **op het leven van de persoon aan het levenseinde**, schat vier op de tien respondenten deze eerder als beperkt in (score 1 of 2). Een even groot aandeel (43,6%) geeft aan dat de impact (heel) groot was (score 4 of 5). De gemiddelde en mediane score bedragen 3 (matige impact). De respondenten schatten de impact op de persoon aan het levenseinde over het algemeen iets minder groot in dan de impact op het eigen leven. Hierbij moet er uiteraard rekening mee worden gehouden dat het om een subjectieve inschatting van de respondent gaat en niet deze van de persoon aan het levenseinde zelf.

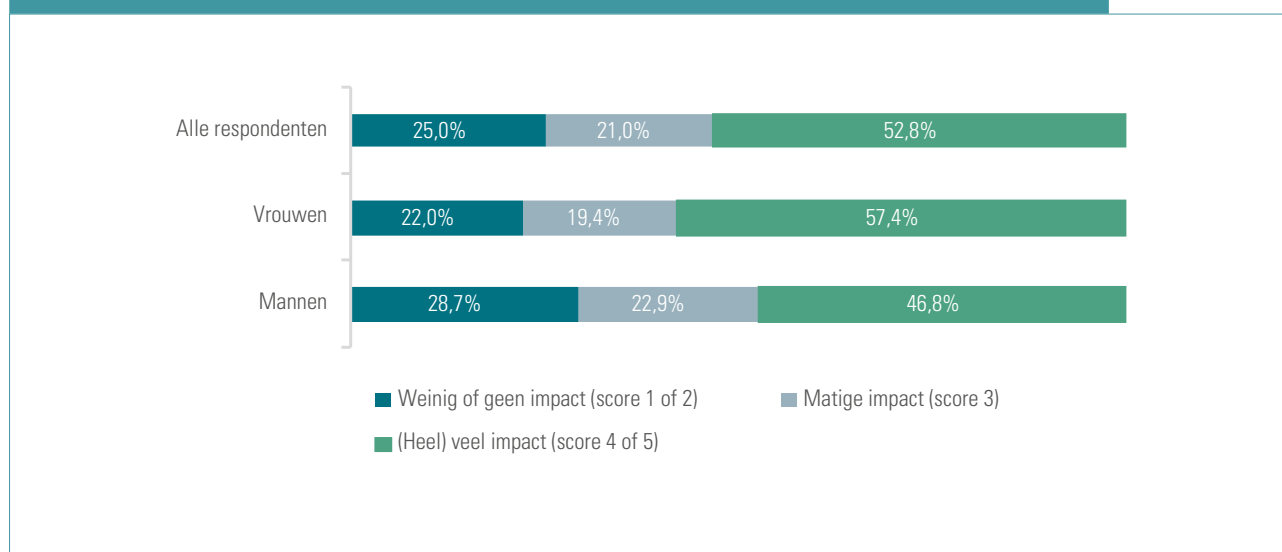
De vragenlijst peilde ook naar de **emoties** die het conflict met zich meebracht voor de respondent. Het vaakst wordt verwezen naar verdriet, stress en woede (zie Figuur 6). Maar andere gevoelens als onzekerheid, eenzaamheid en schuldgevoel komen evenzeer vaak voor. Vrouwen geven beduidend meer dan mannen aan dat het conflict bij hen veel verdriet veroorzaakte, en ook gevoelens van eenzaamheid en angst lijken bij de vrouwelijke respondenten vaker voor te komen (zie Figuur 6). Daarnaast is er een dalende trend volgens leeftijd voor gevoelens van stress en van woede en boosheid. Van de respondenten jonger dan 60 jaar ervaart 57,2% stress en een even groot aandeel

gevoelens van woede en boosheid. Bij de respondenten van 60 jaar en ouder is dit respectievelijk 45,7% en 38,6%. Verder stellen we vast dat laaggeschoolden, vooral in vergelijking met middengeschoolden, vaker gevoelens van eenzaamheid ervaren (28,7% tegenover 13,8%), schuldgevoelens (24,5% tegenover 10,8%) en gevoelens van agressie (18,1% tegenover 6,7%).

Naar type conflict is er bij een zorggerelateerd conflict, in vergelijking met een financieel conflict, vaker sprake van schuldgevoelens (28,5% tegenover 14,8%). Dit sluit aan bij een bevinding uit het kwalitatief CM-onderzoek waarin sommige respondenten getuigden over hun twijfel of hun naaste wel de beste zorg had gekregen. Ze voelden zich hierover bovendien schuldig (Morel & Verniest, 2022). Ook de literatuur verwijst naar een risico van suboptimale levenseindezorg als negatief gevolg van een familiaal conflict (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020). Conflicten rond zorg lijken ook iets meer gepaard te gaan met gevoelens van stress en verdriet. Conflicten rond financiële aangelegenheden lijken dan weer vaker aanleiding te geven tot gevoelens van boosheid en woede (60,1% tegenover 50,6%).

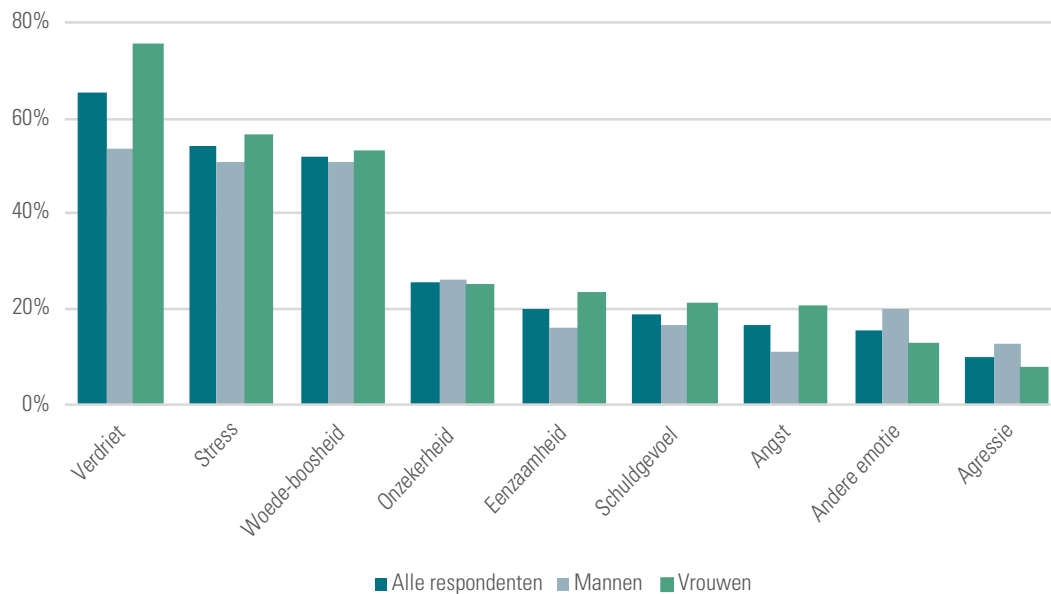
Algemeen kunnen we besluiten dat een familiaal conflict aan het levenseinde van een naaste voor veel respondenten een aanzienlijke impact heeft en gepaard gaat met negatieve gevoelens die gevolgen hebben voor hun algemeen welbevinden en mentale gezondheid, en dus hun levenskwaliteit. De negatieve impact op de persoon aan het levenseinde mag evenmin onderschat worden, evenals de gevolgen die dit kan hebben voor hun kwaliteit van leven

**Figuur 5: Impact van het familiaal conflict op het eigen leven van de respondent, volgens geslacht**





**Figuur 6: Emoties als gevolg van het familiaal conflict, volgens geslacht (meerdere antwoorden mogelijk)**



en de kwaliteit van de levenseindezorg (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020).

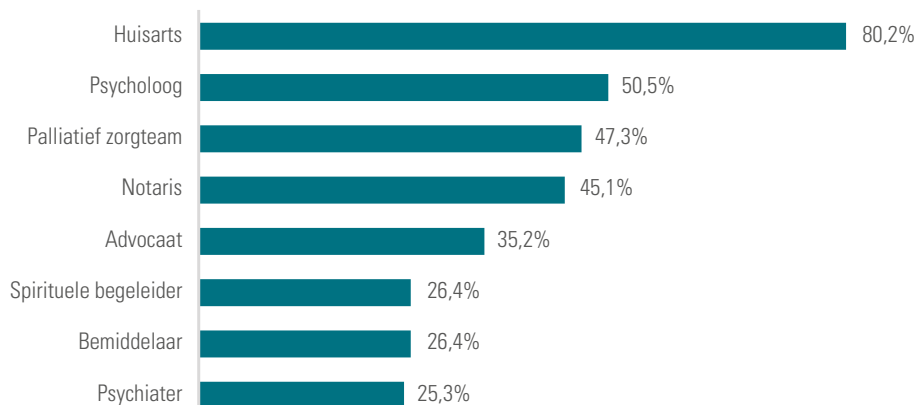
### 3.2.6. Hoe is met het conflict omgegaan?

Aan wie rechtstreeks betrokken was bij het conflict of zelf de persoon aan het levenseinde was, is gevraagd of ze professionele hulp kregen met de bedoeling het conflict op te lossen. Bijna een op de vier respondenten geeft aan dat

dit het geval was (23,9%). Voor twee op de drie van deze respondenten gebeurde dit op hun eigen vraag.

Bij acht op de tien van de respondenten die professionele hulp inschakelden, kwam deze hulp van de huisarts (zie Figuur 7). Dit toont aan dat mensen nog steeds veel vertrouwen stellen in de huisarts en die als een eerste en belangrijk laagdrempelig aanspreekpunt beschouwen. Verder kwam de hulp ook vaak van een psycholoog, een palliatief zorg-

**Figuur 7: Professionals op wie de respondenten een beroep deden om het conflict op te lossen (meerdere antwoorden mogelijk)**



team en een notaris. Het is een verrassende, maar tegelijk positieve vaststelling dat de professioneel bemiddelaar vermeld wordt door ruim een kwart van de respondenten. In de kwalitatieve CM-studie bij burgers bleek immers dat slechts weinigen hierop een beroep hadden gedaan, onder meer omdat dit beroep nog vrij ongekend is, zeker in de specifieke context van levenseinde (Morel & Verniest, 2022).

Aan alle respondenten met een conflictervaring is verder gevraagd of dit conflict aangemeld werd bij de rechtbank. Dit gebeurde maar in een minderheid van de gevallen (9,2%). In conflicten rond financiële aangelegenheden was dit vaker het geval dan in zorggerelateerde conflicten (11,4% tegenover 3,8%).

### 3.3. Algemene verwachtingen tegenover professionals over familiale conflicten aan het levenseinde

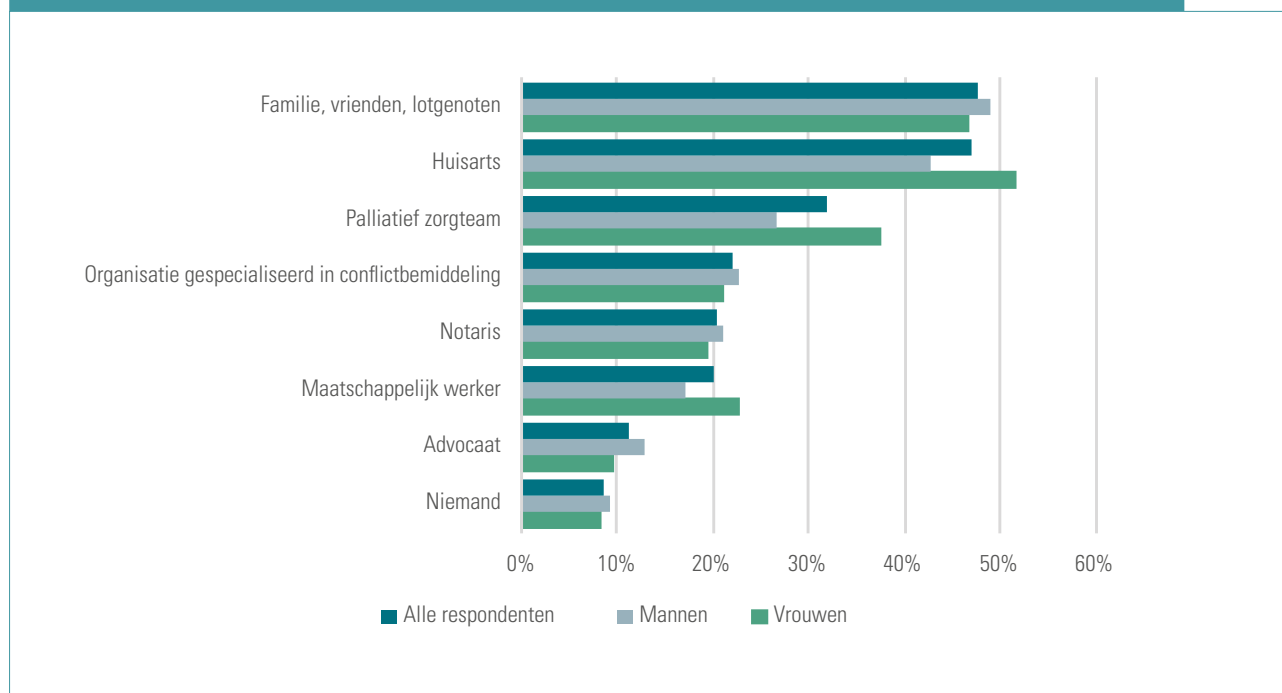
Het laatste deel van de enquête had tot doel in kaart te brengen welke verwachtingen de respondenten tegenover professionals hebben bij familiale conflicten rond het levenseinde van een naaste. Deze vragen zijn gesteld aan alle respondenten, ongeacht of ze wel of niet een concrete ervaring hebben met dergelijk conflict. Van wie zouden ze hulp verwachten voor het oplossen van het conflict? En welke hulp verwachten ze dan precies? Twee bijkomende

vragen peilden naar de mate waarin ze van een professional een proactieve houding verwachten.

#### 3.3.1. Van wie verwacht men hulp bij het oplossen van een familiaal conflict?

In antwoord op de eerste vraag van wie men hulp zou verwachten voor het oplossen van een familiaal conflict aan het levenseinde van een naaste, geeft 63,7% van de respondenten aan dat ze deze hulp in de eerste plaats zouden verwachten van professionele zorgverleners zoals de huisarts of een maatschappelijk werker. Informele hulpverleners (bijvoorbeeld familieleden of vrienden) komen op de tweede plaats (47,6%) en andere professionals (bijvoorbeeld notaris, advocaat of professionele conflictbemiddelaar) op de derde (41,5%). Figuur 8 toont dat van de professionele zorgverleners de hulp het meest wordt verwacht van de huisarts. De respondenten kennen aan de huisarts dus een grote rol toe. Dit kan wellicht gekaderd worden in het vertrouwen van de Belgen in hun huisarts, wat kan afgeleid worden uit de grote algemene tevredenheid over de huisarts (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2020). Opvallend is evenwel dat de respondenten even vaak zouden rekenen op de informele hulp van andere familieleden of vrienden. Uit figuur 8 blijkt ook dat vrouwen nog meer dan mannen rekenen op de hulp van professionele zorgverleners, en dan vooral van de huisarts en van een palliatief zorgteam.

**Figuur 8: Personen van wie de respondenten over het algemeen hulp verwachten bij het oplossen van een familiaal conflict, volgens geslacht (meerdere antwoorden mogelijk)**

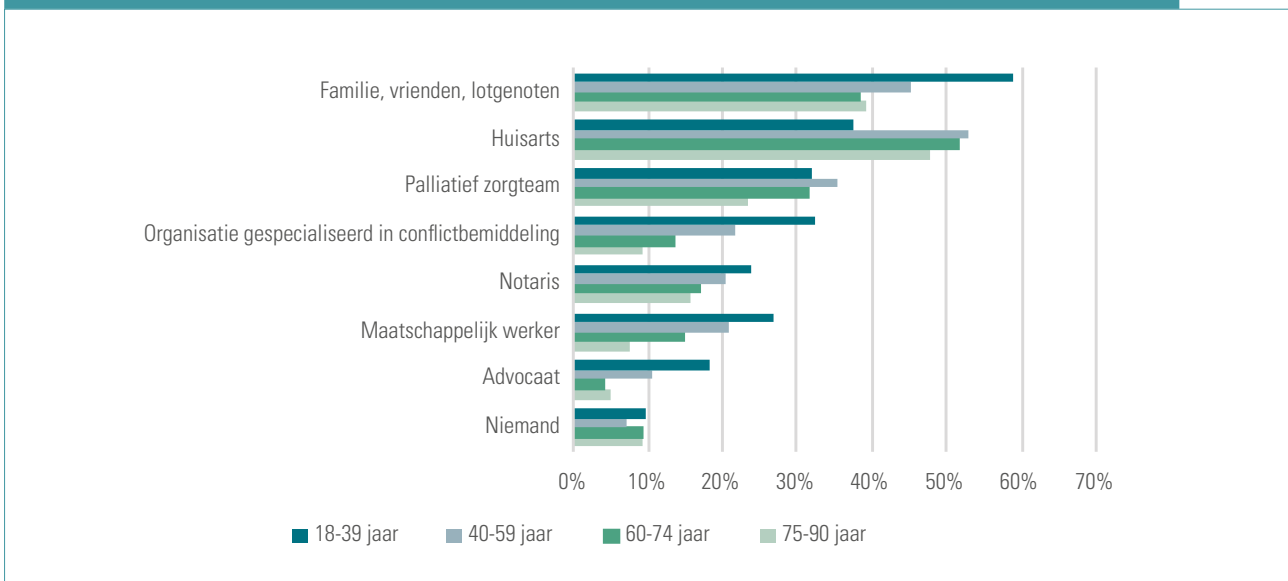


Naar leeftijd stellen we vast dat respondenten jonger dan 40 jaar in vergelijking met oudere respondenten minder de hulp zouden inroepen van de huisarts (zie Figuur 9). Zij zouden het vaakst een beroep doen op de informele hulp van familieleden, vrienden of lotgenoten. Verder neemt met de stijgende leeftijd het aandeel respondenten af dat zou rekenen op de hulp van een notaris, een advocaat of een organisatie gespecialiseerd in conflictbemiddeling.

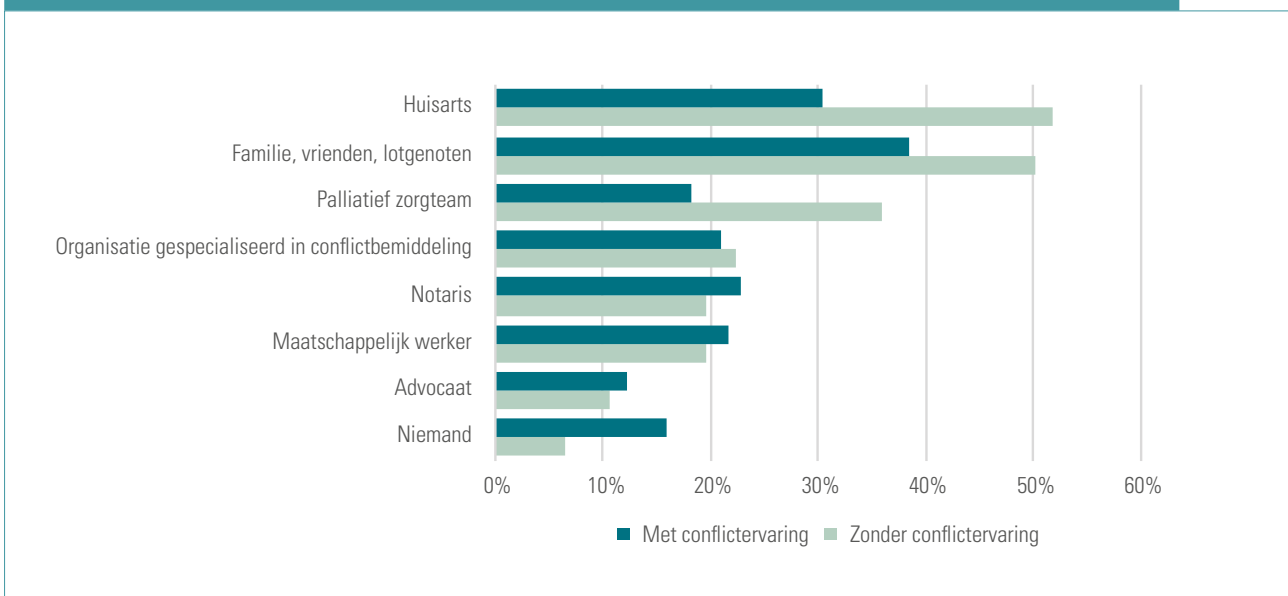
Figuur 10 toont dat er in de verwachtingen enkele duidelijke verschillen zijn tussen respondenten met en deze zonde

der een concrete conflictervaring. Wie al een conflictervaring heeft, zegt vaker van niemand hulp te verwachten en rekt ook minder op de hulp van de huisarts, een palliatief zorgteam of op informele hulp. Dit is mogelijk het gevolg van eerdere negatieve ervaringen op dit vlak. Zij hebben in de praktijk misschien ondervonden dat de verwachte steun niet altijd geboden werd of geboden kon worden. Ook in de kwalitatieve CM-studie bleek al dat de verwachtingen van de mensen over de rol en aanpak van professionals in een familiaal conflict vaak niet werden ingelost (Morel & Verniest, 2022).

**Figuur 9: Personen van wie de respondenten over het algemeen hulp verwachten bij het oplossen van een familiaal conflict, volgens leeftijd (meerdere antwoorden mogelijk)**



**Figuur 10: Personen van wie de respondenten over het algemeen hulp verwachten bij het oplossen van een familiaal conflict, volgens hun ervaring met een familiaal conflict (meerdere antwoorden mogelijk)**



### 3.3.2. Welke hulp verwacht men van zorgverleners?

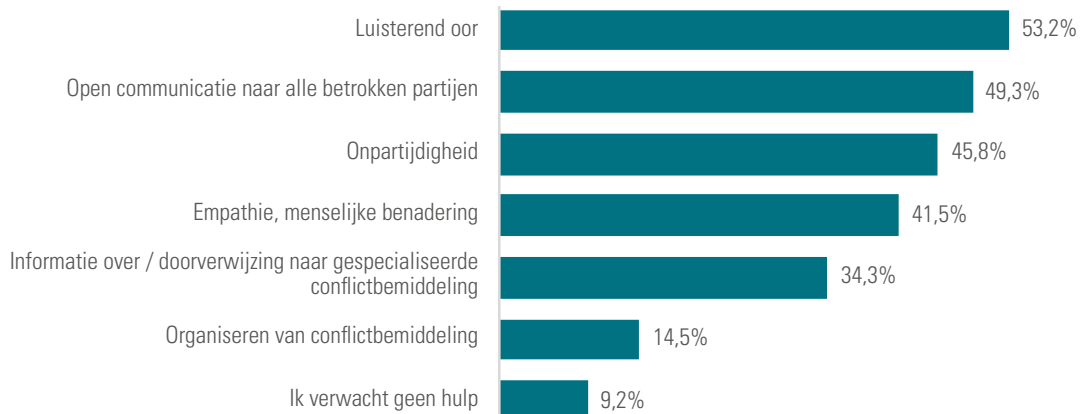
Op de vraag welke ondersteuning men van een zorgverlener zou verwachten bij een familiaal conflict rond het levenseinde van een naaste, geeft meer dan de helft van de respondenten aan dat ze gehoord willen worden (zie Figuur 11). Ook open communicatie naar alle in het conflict betrokken partijen, een onpartijdige houding en empathie zijn bij veel respondenten een duidelijke verwachting. Deze competenties kaderen binnen een houding van meerzijdige partijdigheid die gericht is op het stimuleren van een constructieve dialoog tussen betrokkenen (Heyndrickx, 2005). Daarnaast rekent ongeveer een derde van de respondenten erop dat een zorgverlener informatie geeft over of doorverwijst naar gespecialiseerde conflictbemiddeling. Een op de tien respondenten verwacht dat zorgverleners zelf conflictbemiddeling organiseren.

Een opvallende vaststelling is dat van de respondenten met een concrete conflictervaring 15,3% aangeeft geen enkele hulp te verwachten van zorgverleners, terwijl dit bij respondenten zonder conflictervaring maar 7,4% is. Ook hier ligt de verklaring wellicht in eerdere minder positieve ervaringen met zorgverleners op dit vlak. Bovendien

zagen we al dat respondenten met conflictervaring vaker van niemand hulp verwachten en dat ze ten aanzien van zowel professionele als informele hulpverleners andere verwachtingen hebben in vergelijking met wie nog geen conflictervaring heeft (zie Figuur 10). Deze resultaten over de verwachte hulp zijn in lijn met de conclusie in de kwalitatieve CM-studie bij burgers waar deelnemers de behoefte formuleerden aan ondersteuning door zorgverleners, aan een luisterend oor, een gelijkwaardige betrokkenheid en een onpartijdige houding, maar tegelijk aangaven dat hun verwachtingen zelden werden ingelost (Morel & Verniest, 2022).

Aan de respondenten is ten slotte gevraagd of zorgverleners naar hun mening actief moeten polsen naar eventuele familiale conflicten bij de begeleiding van mensen die zich aan het levenseinde bevinden. Iets meer dan de helft van de respondenten beantwoordt deze vraag positief (54,2%). Op de vraag of een zorgverlener zelf het initiatief zou moeten nemen tot ondersteuning bij conflicten aan het levenseinde, antwoordt 44,2% bevestigend.

**Figuur 11: Verwachte hulp van zorgverleners bij een familiaal conflict rond levenseinde (meerdere antwoorden mogelijk)**



## 4. Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen in deze studie, kunnen enkele aanbevelingen geformuleerd worden, zowel voor zorgverleners, al dan niet betrokken bij levenseindezorg, als voor beleidsmakers. We zijn er immers van overtuigd dat verschillende initiatieven kunnen bijdragen enerzijds tot het vermijden van familiale conflicten aan het levenseinde en anderzijds tot een betere ondersteuning en begeleiding, en dus tot een betere levenskwaliteit van wie in een dergelijk conflict verwickeld is.

### 4.1. Conflicten aanpakken

Familiale conflicten aan het levenseinde zijn geen zeldzaamheid en hebben een grote impact op alle betrokkenen en potentieel ook op de levenseindezorg. Daarom is het belangrijk dat de **aandacht voor familiale conflicten of het risico hierop als integraal onderdeel van palliatieve zorg** wordt gezien (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020). Dit sluit ook aan bij het belang dat CM hecht aan levenskwaliteit doorheen het ganse leven en aan een brede definitie van gezondheid die kijkt naar alle factoren die de gezondheid van een persoon bepalen, dus ook de psychologische, sociale en spirituele/existentiële. Meer aandacht voor familiale conflicten aan het levenseinde is bovendien des te relevanter in een vergrijzende samenleving waarin het overlijden steeds vaker voorafgegaan wordt door een lange periode van ziekte en afhankelijkheid, en waarin tegelijk gestreefd wordt naar zorg die sterker geïntegreerd is in de samenleving. Hierdoor hebben familieleden en andere naasten een belangrijke rol te spelen in het organiseren en coördineren van de zorg en ondersteuning van een naaste, in het mee opnemen van zorgtaken en in het nemen van zorggerelateerde en andere beslissingen.

Het is dan ook wenselijk dat alle **zorgverleners proactief alert** zijn voor eventuele conflicten of spanningen binnen families, zo mogelijk nog voor de palliatieve fase (bijvoorbeeld naar aanleiding van een zware diagnose of het opstarten van multidisciplinaire zorg in een complexe zorgsituatie) (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020). In hun contacten met de patiënt en diens naasten kunnen ze aandachtig zijn voor bestaande communicatiepatronen tussen betrokkenen, verschillen in overtuigingen, hun rol in het familiesysteem, enz. In geval van signalen die duiden op spanningen of ruzies, kunnen ze **actief kijken hoe een verdere escalatie vermeden kan worden**, nog voor de goede levenseindezorg en de levenskwaliteit van de be-

trokkenen (nog meer) gehypothekeerd worden (Lichtenhal & Kissane, 2008).

De verwachting is hier niet dat zorgverleners zelf steeds actief de rol van bemiddelaar opnemen en zoeken naar een oplossing voor het conflict zelf. Hun kerntaak blijft het bieden van goede zorg en ondersteuning, zowel aan de patiënt als aan diens naasten. Maar de mogelijkheden hiertoe zijn groter indien ze over de nodige vaardigheden beschikken om signalen over een conflict op te vangen en om hier op een gepaste manier mee om te gaan. Daarom is het belangrijk dat het **thema 'bemiddelingsgericht werken' in opleidingen en navormingen van zorgverleners** voldoende aan bod komt. Een kernbegrip hierin is 'meerzijdige partijdigheid' waarbij een professional oog heeft voor alle kanten van de waarheid en erkenning geeft aan alle betrokkenen in een relationeel conflict (Deltour, 2005). Dit zal hen toelaten om alle betrokkenen minimaal te kunnen ondersteunen.

Daarnaast kan het ook zinvol zijn om al dan niet uitgesproken **spanningen en ruzies binnen een zorgcontext bespreekbaar te maken**. Een zorgverlener kan ten aanzien van de betrokken familieleden faciliterend en stimulerend optreden om met elkaar in gesprek te gaan. Het zou ook een meerwaarde zijn als een zorgverlener die op de hoogte is van spanningen en ruzies of hiervan een vermoeden heeft, dit ook steeds aankaart bij andere zorgverleners die in de (levenseinde)zorg betrokken zijn, zeker wanneer deze spanningen en ruzies de zorg en ondersteuning bemoeilijken. Dit kan en gebeurt nu bijvoorbeeld al in het kader van een multidisciplinair overleg (MDO), maar ook in andere contacten tussen zorgverleners is het een belangrijk aandachtspunt. Op die manier beschikt iedereen binnen het zorgteam over dezelfde informatie en kunnen er gezamenlijke afspraken gemaakt worden over hoe met het conflict wordt omgegaan en hoe de betrokkenen het best ondersteund kunnen worden, om zo te komen tot omstandigheden waarin gepaste zorg op maat beter gegarandeerd kan worden. Kwaliteitsvolle levenseindezorg, waarvan conflictbeheer een onderdeel is, is immers een gedeelde verantwoordelijkheid van meerdere actoren die elk vanuit hun eigen competenties en expertise samenwerken rond een patiënt en diens naasten.

De ondersteuning in een conflictsituatie kan er ook in bestaan om de betrokkenen te informeren over en door te verwijzen naar bijkomende mogelijkheden van bemiddeling. Daartoe is het belangrijk dat het klassieke **bemiddelingsaanbod door professionele bemiddelaars meer bekend gemaakt** wordt, niet alleen bij het brede publiek,

maar ook bij zorgverleners. Sommige van deze bemiddelaars zijn bovendien gespecialiseerd in familiale conflicten en zelfs in conflictsituaties rondom het levenseinde en kunnen, vanuit hun expertise, in een deel van de situaties zeker een meerwaarde betekenen door bijvoorbeeld het terug op gang brengen van communicatie tussen de betrokkenen en het samenbrengen van visies en overtuigingen. Een aandachtspunt hierbij is het **bewaken van de financiële toegankelijkheid van dit aanbod**.

## 4.2. Conflicten vermijden

Uiteraard is het ook belangrijk om in te zetten op de preventie van familiale conflicten aan het levenseinde. Dergelijke conflicten vinden immers vaak hun oorsprong in zorgkeuzes die gemaakt moeten worden en dit kan in veel gevallen ongetwijfeld vermeden worden als de wensen van de patiënt rond levenseindezorg vooraf voor alle betrokkenen voldoende duidelijk zijn (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarondo, 2020). De voorbije jaren is er in de zorg een toenemende aandacht voor **vroegtijdige zorgplanning**, een proces van continu overleg tussen patiënt en zorgverleners, gericht op het uitklaren van iemands waarden en wensen ten aanzien van diens (toekomstige) palliatieve zorg of zorg aan het levenseinde (Morel & Mullié, 2021). Maar het is belangrijk om zorgverleners blijvend te sensibiliseren om hier tijdig op in te zetten. Deze vroegtijdige zorgplanning moet bovendien steeds een **structureel onderdeel** zijn van **een zorgverleningsproces** zodat de zorgdoelen en -wensen op geregelde tijdstippen in een overleg bevestigd of bijgestuurd worden. Algemeen kunnen zorgverleners hun patiënten, zeker als deze geconfronteerd worden met een zware diagnose of zich in een palliatieve situatie bevinden, aanmoedigen om zo vroeg mogelijk een open gesprek aan te gaan met hun naasten over verschillende zaken die samengaan met het levenseinde, zoals keuzes in en de organisatie van de zorg en financiële aangelegenheden. Waar nodig kunnen zorgverleners hen de tools aanreiken om dit gesprek aan te gaan of hen doorverwijzen naar andere instanties die hen daarbij kunnen helpen en begeleiden. Een voorbeeld van een tool voor een gesprek rond zorgaangelegenheden is het initiatief 'Levenswensen'<sup>4</sup> dat mee door CM is uitgewerkt. Het is een set van 37 kaarten met korte uitspraken die mensen helpen om zelf op een eenvoudige en laagdrempelige manier na te denken over het levenseinde en de bijhorende voorkeuren en wensen. Ze kunnen

ook gebruikt worden om hierover in gesprek te gaan met familie, vrienden, zorgverleners, enz.

Aanvullend kunnen herhaalde **sensibiliseringscampagnes naar het brede publiek over het concept en de meerwaarde van vroegtijdige zorgplanning** ervoor zorgen dat mensen tijdig gaan nadenken en beslissingen nemen over zorg in de laatste levensfase. Dit geldt trouwens ook voor campagnes over andere zaken zoals het regelen van administratieve en financiële aangelegenheden (bijvoorbeeld het opstellen van een testament, het onderling vastleggen van afspraken over de verdeling van de goederen, enz.). Daarenboven kan dit bijdragen tot het verder doorbreken van het taboe dat er bij veel mensen nog is over alles wat met het levenseinde te maken heeft.

## 4.3. Ondersteuning van de mantelzorg

Door het streven naar zorg die steeds meer geïntegreerd is in de samenleving, neemt de rol van mantelzorgers in de zorg, ook in complexe zorgsituaties, in belang toe. Deze vermaatschappelijking van de zorg is een positieve evolutie met veel voordelen, maar houdt ook risico's in. Zo wezen studies reeds uit dat het in onze samenleving nog steeds vooral vrouwen zijn die deze zorg voor een naaste opnemen (Cès, et al., 2016; Bronselaar, et al., 2017). Het is een van de verklaringen voor de lagere werkgelegenheid en arbeidsmarktparticipatie van vrouwen en voor het feit dat ze vaker deeltijds werken (Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2023). Dit maakt van hen een kwetsbare groep aangezien het nadelig kan zijn voor hun beroeps carrière en socio-economische positie, ook tijdens hun pensioen (Bronselaar, Vandezande, Vanden Boer, & Demeyer, 2016). Het opnemen van mantelzorg houdt ook steeds een risico in van onevenwicht tussen draagkracht en draaglast en kan dus leiden tot een verminderde levenskwaliteit met niet alleen fysieke, maar ook psychische klachten als stress, angst en depressieve klachten (Gordon, 2021; Criel, De Koker, & Vanlerberghe, 2010). Dit risico is des te groter wanneer mantelzorg gecombineerd wordt met een (deeltijdse) job of wanneer de taken door één of een beperkt aantal personen worden opgenomen. Uit dit CM-onderzoek weten we bovendien dat de verdeling van de mantelzorg een potentiële bron van familiaal conflict is aan het levenseinde van een naaste.

4 Voor meer informatie, zie <https://www.cm.be/ziekte-en-behandeling/vroegtijdige-zorgplanning/levenswensen?fbclid=IwAR0JlptAqgAMJdr3g-ji0773z5hdlskTYZzkP1JlWHD01KaTmQSWpqcRk>.

Daarom is het belangrijk dat **zorgverleners mee de haalbaarheid en houdbaarheid van de mantelzorg bewaken** en, waar deze niet langer gegarandeerd zijn, **actief mee nadenken over hoe mantelzorgers ondersteund kunnen worden**. Wanneer zij risico's detecteren, kunnen zij mantelzorgers hierover aanspreken en hen informeren over het bestaande aanbod en hen stimuleren een beroep te doen op bijkomende ondersteuning. Zo bleek uit eerder CM-onderzoek dat mantelzorgers niet zo gemakkelijk een beroep doen op respijtzorg. Redenen hiervoor zijn onder meer persoonlijke terughoudendheid, de angst voor het oordeel van anderen en het gebrek aan informatie over het aanbod (Gérain, Avalosse, & Zech, 2020). Zorgverleners kunnen hierbij ook doorverwijzen naar organisaties die hierover de specifieke expertise beschikken. Bij mantelzorgers leeft trouwens ook de verwachting van een actieve rol van zorgverleners op vlak van informatie, advies en hulp, onder meer vanuit de perceptie van een gezagsrelatie van gezondheidswerkers (Cès, et al., 2016).

Bovendien is het belangrijk dat de beslissing om mantelzorg te zijn of de hoeveelheid zorg die men opneemt, een **vrije keuze** moet zijn van naasten. Dit mag niet het gevolg zijn van de ontoegankelijkheid of ontoereikendheid van het aanbod aan formele zorg en ondersteuning.

Met het oog op een duurzame inzet van mantelzorgers, moet op de verschillende beleidsniveaus tegelijk voorzien worden in **voldoende begeleidings- en ondersteuningsmogelijkheden als antwoord op de specifieke noden van de mantelzorgers** (CM, 2018), zowel op praktisch als op financieel vlak. Het opnemen van mantelzorg gaat vaak gepaard met een soms moeilijke zoektocht naar informatie, advies en zorg- en ondersteuningsmogelijkheden (Cès, et al., 2016). Het is dan ook belangrijk om te blijven investeren in een professioneel aanbod dat hen hierbij begeleidt en ondersteunt. Ook een voldoende en toegankelijk aanbod aan vormen van respijtzorg is belangrijk om tot duurzame mantelzorg te komen. De eerdere CM-studie over mantelzorg toonde aan dat ook de kostprijs van respijtzorg een drempel vormt om hierop een beroep te doen (Gérain, Avalosse, & Zech, 2020). In de ondersteuning van mantelzorgers is er ook nood aan voldoende uitgebouwde en toegankelijke verlostelsels voor het opnemen van zorg, zonder dat deze (financieel) heel nadelig zijn, onder meer voor de verdere loopbaan.

In de beleidsvoering moet daarenboven telkens opnieuw een evenwicht gezocht worden tussen de realisatie van twee beleidsdoelen: enerzijds ervoor zorgen dat mensen, zolang hun gezondheid het toelaat, aan het werk kunnen

blijven, en anderzijds het streven naar vermaatschappelijke zorg met een belangrijke inzet van informele zorgverleners. Mensen halen zeker voldoening uit het verlenen van mantelzorg, maar hechten tegelijk ook veel belang aan de combinatie ervan met andere rollen. Zo blijft werk voor velen een belangrijke bron van zingeving en persoonlijke ontwikkeling, en kan het zorgen voor ademruimte in hun rol als mantelzorg en het vermijden van sociaal isolement (Cès, et al., 2016). Er is nood aan **beleid dat de combinatie van de verschillende rollen die mensen willen opnemen voor iedereen haalbaar maakt en ondersteunt**.

#### 4.4. Nood aan verder onderzoek

Ten slotte pleiten we voor **bijkomend onderzoek** rond familiale conflicten rond het levenseinde van een naaste. Zo is het belangrijk na te gaan in welke mate de in dit onderzoek vastgestelde **prevalentie** bevestigd wordt en in welke mate deze eventueel verschilt volgens diverse parameters waaronder de zorgsetting of maatschappelijke evoluties zoals de toename van het aantal nieuw samengestelde gezinnen. In aanvullend onderzoek is het ook belangrijk om naast informatieverzameling op basis van ervaringen van naasten, eveneens inzicht te krijgen in de **ervaringen en behoeften van zorgverleners** die betrokken zijn in zorgsituaties waar sprake is van een familiaal conflict. Ten slotte kan het zinvol zijn om in aanvullend onderzoek de aandacht specifiek te richten op casussen van familiaal conflict waarbij men tot een voor alle betrokken partijen aanvaardbare oplossing is gekomen om na te gaan welke factoren hiertoe hebben bijgedragen. **Inzicht in factoren die de kans op een aanvaardbare oplossing verhogen** kan nuttig zijn voor bijkomende aanbevelingen over een geschikte aanpak van familiale conflicten rondom het levenseinde.

## 5. Conclusie

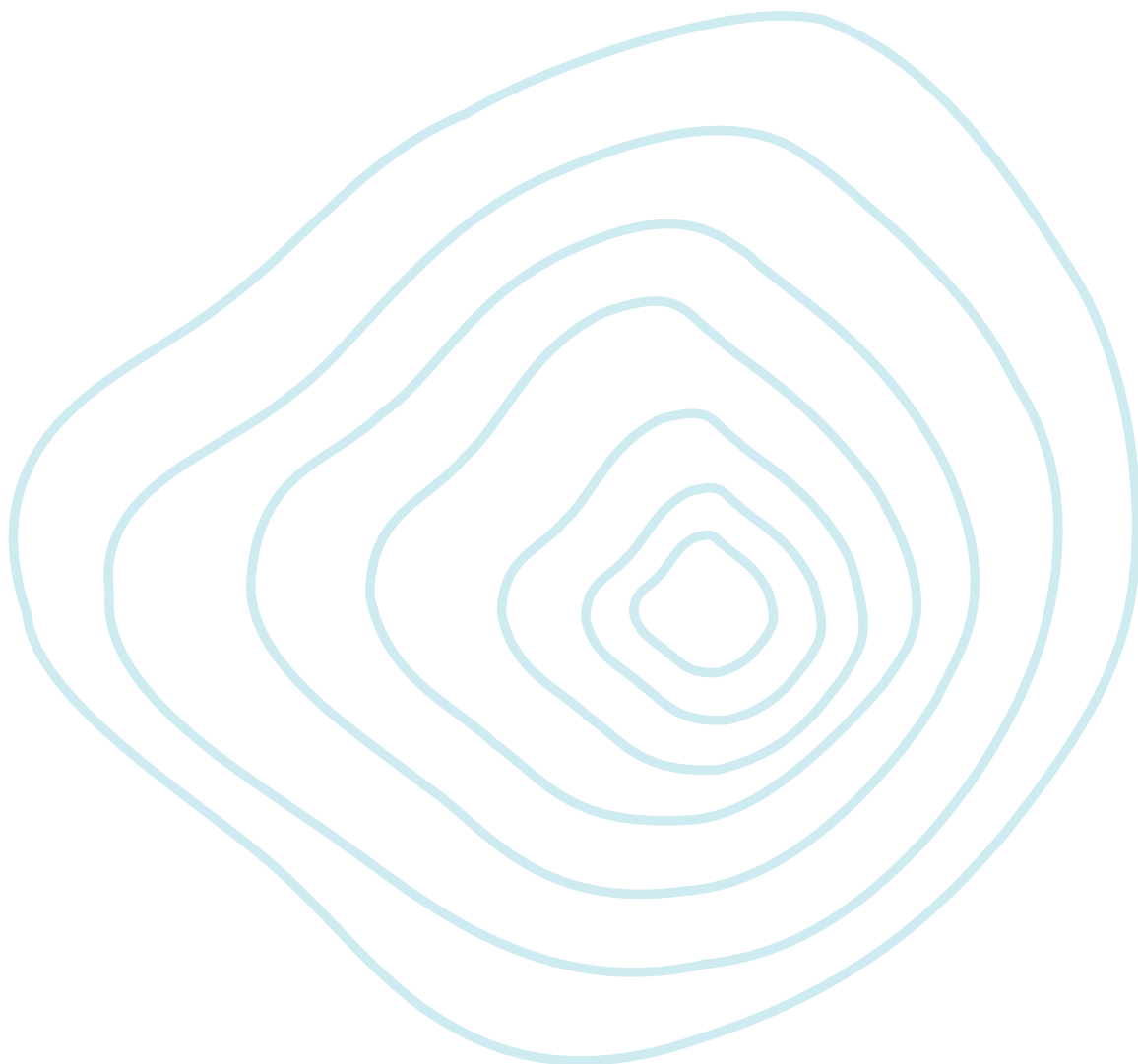
In deze studie onderzochten we een onderwerp dat nog maar weinig bestudeerd is in het kader van onderzoek rond gezondheidszorg en het levenseinde: familieconflicten rond het levenseinde van een naaste. Onze analyses zijn gebaseerd op de antwoorden op de enquête die we hebben gehouden onder CM-leden in Vlaanderen. Voor het eerst stellen we een schatting voor van de **prevalentie** van deze problematiek in Vlaanderen. Ruim een persoon op de vijf is tijdens diens leven al geconfronteerd met dergelijk

conflict, ongeacht de oorzaak. Het gaat dus allerminst om een zeldzaam fenomeen. Wat betreft de **kenmerken** van deze conflicten, bevestigt dit onderzoek dat vooral financiële, maar ook zorgaangelegenheden aan de basis liggen van onenigheden en dat deze conflicten zich vaak inschrijven in een historiek van familiale spanningen en conflicten. Verder bleek opnieuw de grote impact van dergelijke conflicten op alle betrokkenen waardoor hun welbevinden en gezondheid onder druk kunnen komen te staan. Een significant deel van de respondenten deed beroep op **professionele hulp voor het beheer van het conflict** met voorop ondersteuning door de huisarts. Algemeen resulteerde uit de enquête dat de respondenten van professionals, en dan vooral van de huisarts, een actieve houding in het conflict verwachten, maar met een aanpak vanuit meerzijdige partijdigheid. Een opvallende vaststelling is dat wie al ervaring heeft met een familiaal conflict vaker aangeeft geen hulp te verwachten van professionals. Dit kan het gevolg zijn van eerdere niet-ingeloste verwachtingen op dit vlak.

Nog opvallend waren enkele verschillen volgens het geslacht van de respondent, waarbij vrouwelijke respondenten binnen familiale conflicten een grotere kwetsbaarheid

lijken te vertonen. Zo maken ze niet alleen vaker melding van een familiaal conflict waarin ze bovendien vaker rechtstreeks betrokken partij zijn. Ze rapporteren ook een grotere impact van het conflict op het eigen leven en ervaren vaker negatieve gevoelens als verdriet, eenzaamheid en angst. Als verklaring hiervoor is verwezen naar de vaststelling dat vrouwen nog steeds meer dan mannen de mantelzorg voor een naaste opnemen (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2020) en hierbij ook meer emotioneel betrokken zijn dan mannen (Strawbridge & Wallhagen, 1991).

Inzetten op het beter leren omgaan met het levenseinde en de daarmee gepaard gaande uitdagingen, en op het voorkomen en beheeren van conflicten in deze periode zijn, vanuit een brede visie op gezondheid dan ook essentieel. De aandacht moet hierbij zowel naar de persoon aan het levenseinde als diens naasten gaan. Dit zal bijdragen tot een kwaliteitsvolle levenseindezorg, een rustig en vreedzaam afscheid tussen naasten, een serene rouwperiode. Dit is een gedeelde opdracht van zowel beleidsmakers als van zorgverleners en andere professionals, en eigenlijk van de samenleving als geheel.





## Bibliografie

- Benson, J. J., Parker, O. D., Demiris, G., & Washington, K. (2019). Accounts of family conflict in hospice care: the central role of autonomy for informal caregiver resilience. *Journal of family nursing*, 25(2), 190-218.
- Braekman, E., Charafeddine, R., & Driessens, S. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: Informele zorgverlening*. Brussel: Sciensano.
- Bronselaer, J., Festraets, D., Moons, D., Vandezande, V., Vanden Boer, L., & Demeyer, B. (2017). *Het economisch welzijn en de economische waarde van Vlaamse mantelzorgers*. Vlaamse Overheid.
- Bronselaer, J., Vandezande, V., Vanden Boer, L., & Demeyer, B. (2016). *Sporen naar duurzame mantelzorg. Hoe perspectief bieden aan mantelzorgers?* Brussel: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A., Pauwen, N., & Macq, J. (2016). *Mantelzorgers van thuiswonende ouderen in België: een cruciale en complexe rol. Data-onderzoek*. Brussel: Koning Boudewijn Stichting.
- Charaffeddine, R., Demarest, S., & Berete, F. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Gezondheidsvaardigheden*. Brussel: Sciensano.
- CM. (2018). *Zorg voor gezondheid en welzijn! CM Memorandum in het kader van de verkiezingen van 2019*. Brussel: CM.
- Coughlin, S. S. (1990). Recall bias in epidemiological studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(1), 87-91.
- Criel, B., De Koker, B., & Vanlerberghe, V. (2010). Mantelzorg in Vlaanderen. Uitdagingen en perspectieven. *Huisarts Nu*, 39(7), 259-261.
- Deltour, B. (2005). Veelzijdige partijdigheid. Kernbegrip in de contextuele hulpverlening. *Denkbeeld*, 17(5), 58-60.
- Demarest, S., Charafeddine, R., Driessens, S., & Berete, F. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: Patiëntervaringen*. Brussel: Sciensano.
- Driessens, S., Berete, F., Van der Heyden, J., Demarest, S., Charafeddine, R., Gisle, L., . . . Braekman, E. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van gezondheidsdiensten. Samenvatting van de resultaten*. Brussel: Sciensano.
- Gérain, P., Avalosse, H., & Zech, E. (2020). Focus op de mantelzorger: hun welzijn en hun gebruik van ondersteunende diensten en respijtzorg. *CM-Informatie*, 282, 4-19.
- Gordon, E. (2021, octobre 27). *Proches aidants: quelles retombées sur la santé?* Opgehaald van Planète Santé.
- Hamano, J., Morita, T., Mori, M., Igarashi, N., & Shima, Y. (2017). Prevalence and predictors of conflict in the families of patients with advanced cancer: A nationwide survey of bereaved family members. *Psycho-Oncology*, 27(1), 302-308.
- Heyndrickx, P. (2005). Concept meerzijdige partijdigheid. *Balans. Tijdschrift voor agogisch werk*, 1(3), 2-4.
- Hoge Raad voor de Werkgelegenheid. (2023). *De arbeidsmarktparticipatie van vrouwen*. Brussel.
- Kramer, B. J., & Boelk, A. Z. (2006). Family conflict at the end of life: lessons learned in a model program for vulnerable older adults. *Journal of palliative medicine*, 9(3), 791-801.
- Kramer, B. J., & Boelk, A. Z. (2015). Correlates and predictors of conflict at the end of life among families enrolled in hospice. *Journal of pain and symptom management*, 50(2), 155-162.
- Kramer, B. J., Kavanaugh, M., Trentham-Dietz, A., Walsh, M., & Yonker, J. A. (2009). Predictors of family conflict at the end of life: the experience of spouses and adult children of persons with lung cancer. *The Gerontologist*, 50, 215-225.
- Lichtenthal, W. G., & Kissane, D. W. (2008). The management of family conflict in palliative care. *Progress in palliative care*, 16(1), 39-45.
- Merrill, D. M. (2015). Conflict and cooperation among adult siblings during the transition to the role of filial caregiver. *Journal of social and personal relationships*, 13(3), 399-413.
- Morel, M., & Mullié, K. (2021). CM-actie patiëntenrechten: vroegtijdige zorgplanning. *CM-Informatie*, 286, 75-79.
- Morel, M., & Verniest, R. (2022). Familiale conflicten rondom het levenseinde: nood aan ondersteuning. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 68-80.
- Rosenkamp, N. H. (2012). *Rouw en ruzie*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Semple, S. J. (1992). Conflict in alzheimer's caregiving families: its dimensions and consequences. *The Gerontologist*, 32(5), 648-655.
- Strawbridge, W. J., & Wallhagen, M. I. (1991). Impact of family conflict on adult child caregivers. *The Gerontologist*, 31(6), 770-777.
- Verbeke, A. (2014). Bemiddelen voor het geschil: family governance. *Tijdschrift voor privaot recht*, 51, 969-983.
- Wilson, D., Anafi, F., Roh, S., & Errasti-Ibarrondo, B. (2020). A scoping research literature review to identify contemporary evidence on the incidence, causes, and impacts of end-of-life intra-family conflict. *Health Communication*, 36(13), 1616-1622.

# Evaluatie van de conventie borstreconstructie

Rapport van het InterMutualistisch Agentschap

Katte Ackaert — Studiedienst

## Samenvatting

Omdat de bestaande nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen geen tariefzekerheid kon bieden aan patiënten met een borstreconstructie en hen niet kon behoeden voor torenhoge ereloonsupplementen, is er in 2016 een overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en een aantal ziekenhuizen, gesloten (RIZIV, 2023a). De studie van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) gaat na in welke mate de afspraken rond tarieven en cumulverbod van nomenclatuurnummers, die in deze conventie 'borstreconstructie' beschreven staan, nageleefd worden (Ackaert, 2023). Om dit te doen, bestudeerden we eerst het aantal patiënten dat kiest voor een borstreconstructie met eigen weefsel, zowel voor de eigenlijke reconstructie als voor het hermodelleren van de borst met de eventuele reconstructie van de tepel. Ook het aantal patiënten dat in een latere fase kiest voor een tatoeage van de tepel en de tepelhof, komt aan bod. Enkele parameters van het ziekenhuisverblijf worden onder de loep genomen, evenals de kosten voor de patiënt met bijzondere aandacht voor de gefactureerde honorariumsupplementen aangezien de conventie in eerste instantie een betere bescherming wil bieden aan de patiënten tegen torenhoge supplementen. Daarnaast wordt er ook onderzocht of het cumulverbod gerespecteerd wordt voor de verschillende fasen van een borstreconstructie.

Algemeen kan er geconcludeerd worden dat de artsen en de ziekenhuizen zich houden aan de afgesproken tarieven en dat het maximum toegelaten percentage patiënten dat honorariumsupplementen aangerekend krijgt, gerespecteerd wordt. Toch is het percentage patiënten bij wie honorariumsupplementen gefactureerd wordt beduidend hoger bij aanrekening via de conventie in vergelijking met aanrekening via de nomenclatuur. Ook het cumulverbod met prestaties uit de nomenclatuur wordt grotendeels gerespecteerd. Hierbij kan de bedenking gemaakt worden dat de regels aangescherpt moeten worden om het gecombineerd gebruik van zowel de nomenclatuur als de conventie te vermijden.

Sleutelwoorden: Borstreconstructie, evaluatie conventie, cumulverbod nomenclatuur, honorariumsupplementen, tariefzekerheid, kwantitatieve studie, InterMutualistisch Agentschap (IMA)

## 1. Inleiding

Volgens het Kankerregister worden jaarlijks meer dan 10.000 vrouwen geconfronteerd met de diagnose van borstkanker (Kankerregister, 2023). Borstkanker is daarmee de meest voorkomende kanker bij vrouwen. Vaak is het verwijderen van de borst noodzakelijk. Naast de verwijdering van een borst omwille van borstkanker, ondergaan ook heel wat vrouwen een preventieve borstverwijdering vanwege van een sterk verhoogd risico op borstkanker.

De mogelijkheid bestaat om na een borstampuatie of mastectomie de borst te laten reconstrueren. Dit kan tijdens dezelfde operatietijd gebeuren als deze waarin de borst geamputeerd wordt of enige tijd na de borstverwijdering. Indien de borstreconstructie plaatsvindt op het moment van de mastectomie, spreekt men van een primaire reconstructie. Als er twijfel bestaat over de methode van reconstructie of over het behandelingsplan van de kanker, wordt de borstreconstructie uitgesteld. In sommige gevallen moet er gewacht worden tot na het beëindigen van radio- en/of chemotherapie. Als de borstreconstructie uitgesteld wordt naar een later moment, spreekt men van een secundaire borstreconstructie. Die reconstructie kan enkele maanden tot jaren na de borstverwijdering gebeuren. De plaatsing van een definitieve borstprothese die volgt op de plaatsing van een borstexpander of een tijdelijke borstprothese tijdens de eerste fase van de reconstructie, wordt ook beschouwd als een secundaire reconstructie. Een tertiaire reconstructie is een reconstructie van een reeds gereconstrueerde borst. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een nieuwe ingreep nodig is na een gefaalde (primaire of secundaire) reconstructie, of wanneer de patiënte niet (meer) tevreden is over het resultaat.

Er bestaan verschillende technieken om de borst te reconstrueren. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen chirurgie met gebruik van eigen weefsel van de vrouw of met gebruik van een prothese. Soms worden beide technieken gecombineerd. Zo kan bijvoorbeeld bij chirurgie met gebruik van eigen weefsel een nieuwe borst gemodelleerd worden vertrekkend van eigen huid, vetweefsel en de daarbij horende bloedvaten. Bij de *deep inferior epigastric artery perforator* (DIEP) flap methode wordt een nieuwe borst gemaakt met huid en vetweefsel afkomstig van de buik. Via microchirurgie worden de bloedvaten van dat weefsel aangesloten op bloedvaten ter hoogte van de borstkas. Deze techniek kan zowel worden toegepast bij een primaire als een secundaire borstreconstructie. Ook bilaterale borstreconstructies (reconstructie

van beide borsten) kunnen worden uitgevoerd met een DIEP flap, indien voldoende weefsel beschikbaar is ter hoogte van de buik. Bestraling van de borst in een eerder stadium vormt geen bezwaar voor deze vorm van borstreconstructie.

Vrijwel alle borstreconstructies vergen meerdere ingrepen, gespreid in de tijd. De eerste is de eigenlijke reconstructie van de borst (fase 1). Daarna volgen ingrepen om de vorm en symmetrie met de andere borst te verbeteren (fase 2). Indien nodig zullen ook de tepel en de tepelhof gereconstrueerd worden. Dit kan betekenen dat de gereconstrueerde borst wordt aangepast (ipsilateraal) en/of dat de andere borst wordt verkleind of gelift (heterolateraal). De laatste fase (fase 3), het via tatoeage inkleuren van de tepel en de tepelhof, is cosmetisch.

Niet iedereen komt in aanmerking voor een reconstructie met lichaamseigen weefsel. Als de vrouw bijvoorbeeld niet beschikt over een voldoende onderhuidse vetlaag ter hoogte van de buik, is een borstreconstructie met DIEP niet mogelijk en is men verplicht uit te kijken naar een andere lichaamsstreek om weefsel te oogsten. Voor deze vrouwen zijn ook andere methodes mogelijk om een borst te reconstrueren. De ingrepen worden, ongeacht de methode, vergoed door de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV).

De bestaande nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen bleek echter ontoereikend om de vaak zeer complexe chirurgie te vergoeden. Patiënten liepen het risico op torenhoge ereloonsupplementen, die de hospitalisatieverzekeringen bovendien niet altijd dekten. In 2016 besloot men dit probleem van gebrek aan tariefzekerheid voor de patiënt aan te pakken. Sinds oktober 2016 bestaat er een overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en een aantal ziekenhuizen voor de vergoeding van een totale uni- of bilaterale borstreconstructie met eigen weefsel. De conventie biedt, zoals tevens voorzien in de nomenclatuur, tussenkomst bij reconstructie met gebruik van een microchirurgische vrije perforatorflap. Hierbij zijn de vergoedingen voor de artsen substantieel hoger dan in de nomenclatuur. In veel gevallen betreft het de DIEP maar afhankelijk van de plaats van weefselafname, zijn ook andere ingrepen mogelijk zoals bijvoorbeeld *superior gluteal artery perforator* (SGAP), *inferior gluteal artery perforator* (IGAP) of *lateral intercostal artery perforator* (LCFAP).

De conventie voorziet tussenkomst voor borstreconstructie in drie situaties:

- verlies van een borst bij kanker, infectie, trauma of heringreep na falen van een vrije flap;
- verlies van één of beide borsten na preventieve mastectomie omwille van een sterk verhoogd risico op borstkanker;
- afwezigheid van borstweefsel bij het syndroom van Poland (een ontwikkelingsdefect van de borst).

De overeenkomst omvat een terugbetaling van: 1) de microchirurgische transplantatie van weefsel, 2) het remodeleren van de borst(en) met inbegrip van een eventuele tepelreconstructie en 3) de tatoeage van de tepel en de tepelhof. Met de overeenkomst wordt dus de volledige reconstructie beoogd. Indien een eerste fase gefactureerd wordt via de conventie, moeten ook de daaropvolgende fasen binnen de conventie afgerekend worden. Facturatie via afzonderlijke nomenclatuurnummers is niet toegestaan binnen de conventie.

Eén van de doelen van de conventie is het beperken van de kost ten laste van de patiënt tot een redelijk bedrag. Wat dat redelijk bedrag inhoudt, staat niet gespecificeerd in de overeenkomst. Indien een ziekenhuis de conventie ondertekent, dienen alle artsen in dat ziekenhuis zich te houden aan de conventie. Voor en binnen iedere fase zijn honoraria voorzien. Ze zijn aangepast aan de duurtijd en de complexiteit van de operatie en de opvolging. Er gelden modaliteiten voor de aanrekening van eventuele supplementen. De aanrekening van esthetische supplementen is verboden, onafhankelijk van de kamerkeuze van de patiënt. Honorariumsupplementen daarentegen kunnen – net als kamer-supplementen – enkel worden aangerekend wanneer de patiënt bij ziekenhuisopname kiest voor een eenpersoonskamer en er ook effectief verblijft. Binnen de conventie zijn de honorariumsupplementen geplafonneerd: per fase is een maximum vastgelegd voor de honorariumsupplementen in een eenpersoonskamer. Bovendien mag een patiënt niet onder druk gezet worden om te kiezen voor een eenpersoonskamer. Bij tenminste gemiddeld 40% van de ingrepen mogen geen ereloon-supplementen aangerekend worden. Ook krijgt de patiënt ten minste zeven dagen voorafgaand aan de ingreep een bestek en een ontwerp van opnameverklaring. Het bestek bevat alle nuttige medische informatie alsook financiële informatie zodat de gevolgen van de kamerkeuze op voorhand gekend zijn voor de patiënt en de patiënt een geïnformeerde toestemming kan geven. Op deze manier wenst de conventie de aanrekenbare kosten voor de patiënt transparanter en meer voorspelbaar te maken.

Het rapport van het InterMutualistisch Agentschap (IMA), dat samengevat wordt in dit artikel, beschrijft in welke

mate de conventie haar voornaamste doelen bereikt, namelijk:

- hoge kosten voor de patiënt beperken tot een aanvaardbaar niveau;
- cumulverbod met afzonderlijke nomenclatuurcodenummers tijdens de verschillende fasen.

## 2. Methodologie

De databank van het IMA bundelt de facturatiegegevens van de zeven Belgische ziekenfondsen. Alle geneeskundige verstrekkingen die in het kader van de verplichte ziekteverzekering door de ziekenfondsen (gedeeltelijk) worden terugbetaald, komen terecht in deze databank. Naast het vergoedbare gedeelte zijn ook de eigen bijdragen van patiënten voor vergoedbare prestaties (i.e. remgelden) en de eventuele gefactureerde supplementen opgenomen. Het is van deze databank Gezondheidszorgen dat de studie van het IMA gebruik maakt.

Voor deze studie werden de facturatiegegevens van het jaar 2020 geselecteerd (opnamedatum 2020, ontslagdatum kan 2021 zijn bij klassieke opname). Om het volledige traject van een borstreconstructie te analyseren, is gebruik gemaakt van de gegevens van 2020 en het eerste semester van 2021. Op het moment van de analyse waren de gegevens van 2021 nog niet volledig. Hierdoor is er slechts voor een beperkt aantal personen een volledig traject beschikbaar.

De analyses hebben zowel betrekking op fase 1, fase 2 als fase 3 van een borstreconstructie. Soms is er nood aan een bijkomende verstrekking na fase 1 en wordt er een flaprevisie uitgevoerd. De gegevens van deze flaprevisies worden in dit artikel niet besproken. Verstrekkingen van fase 2 en 3 die plaatsvinden in 2020 voor een borstreconstructie uit 2019 (fase 1) zijn wel meegenomen in de huidige analyse. Indien er gefactureerd is via de conventie, dan volgen deze fase 2 en fase 3 op interventies uit 2019 of 2020 aangezien de 3 fasen binnen een tijdsspanne van één jaar afgerond moeten zijn om aan de terugbetalingsvoorwaarden te voldoen (anderhalf jaar omwille van COVID-19) (RIZIV, 2023b). Indien er gefactureerd werd via de nomenclatuur, is er geen tijdslijm en kan fase 1 ook vóór 2019 plaatsvinden.

Anderzijds hebben enkele analyses ook betrekking op de eerste helft van 2021 in combinatie met gegevens van 2020. Waar mogelijk, worden de resultaten van volledige

trajecten - dus van de drie fasen van een borstreconstructie - beschreven. Vereiste is wel dat de start van de reconstructie (fase 1) in het jaar 2020 plaatsvond. Aangezien het IMA op het moment van de dataselectie beschikt over de facturatiegegevens tot en met het tweede kwartaal van 2021, is het mogelijk dat er verstrekkingen ontbreken om een volledig traject te reconstrueren. Het zullen dus vooral verstrekkingen van fase 2 en 3 zijn die ontbreken om het volledige traject van een patiënt na te gaan indien fase 1 op het einde van het jaar 2020 plaatsvond.

Bij de extractie uit de databank werden alle vrouwen geïnccludeerd met minimum één verstrekking, in 2020, voor een borstreconstructie. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen verstrekkingen geattesteerd via de nomenclatuur en verstrekkingen geattesteerd via de conventie. De elf mannen met één of meerdere fasen van een borstreconstructie in 2020, werden niet meegenomen in de analyses.

Voor het berekenen van de kosten werden alle kosten per patiënt meegenomen. Dit wil zeggen dat niet enkel verstrekkingen voor gezondheidszorgen geïnccludeerd werden, maar bijvoorbeeld ook farmaceutische verstrekkingen. Bij een klassieke hospitalisatie (= minstens 1 overnachting) werden alle kosten meegenomen vanaf het moment van opname tot ontslag. Bij daghospitalisatie of ambulante zorgen werden enkel de kosten van die dag meegenomen.

## 3. Resultaten

Aangezien een borstreconstructie zowel gefactureerd kan worden via de nomenclatuur als via de conventie, vergelijkt het IMA beide manieren van facturatie met elkaar, voor verschillende onderdelen. Op die manier kan men beter evalueren of de doelstellingen van de conventie gehaald worden.

### 3.1. Aantal ingrepen/vrouwen

#### 3.1.1. Algemeen

Omwille van uitstel van niet-dringende zorg door de COVID-19-pandemie, is het aantal ingrepen in 2020 lager dan in 2019. Bij 3.623 personen is er in 2020 een verstrekking gefactureerd die verband houdt met een borstrecon-

structie. Dit is 17% lager in vergelijking met 2019. Deze personen hebben een verstrekking gekregen die geattesteerd is via de nomenclatuur of via de conventie; deze verstrekking kan bestaan uit een prestatie van de verschillende fasen van een borstreconstructie of een flaprevisie. Hierna geven we, per fase, de voornaamste bevindingen weer. Flaprevisie maakt geen deel uit van de verdere analyses in deze samenvatting van het IMA-rapport.

#### 3.1.2. Borstreconstructie (fase 1)

2.256 vrouwen zijn in 2020 gestart met de reconstructie van één of beide borsten. Dit zijn 406 vrouwen minder dan in 2019. Van die 2.256 vrouwen hebben er 1.266 (56%) één borst laten reconstrueren, de overige hebben een ingreep aan beide borsten ondergaan. De mogelijkheid bestaat om in eenzelfde operatietijd beide borsten te reconstrueren (2x unilateraal via de nomenclatuur of 1x bilateraal via de conventie); dit kan echter ook in verschillende operatietijden (zowel via de nomenclatuur als via de conventie).

In 2020 waren er 1.444 unilaterale ingrepen. Deze unilaterale ingrepen worden in 59% van de gevallen (853 ingrepen) gefactureerd via de nomenclatuur; 41% (591 ingrepen) wordt gefactureerd via de conventie. In 2019 waren deze percentages 70% en 30%. Er is dus een shift naar meer ingrepen via de conventie. Toch wordt de meerderheid van de ingrepen nog altijd geattesteerd via de nomenclatuur, dus zonder tariefzekerheid voor de patiënt in een eenpersoonskamer.

De 591 unilaterale reconstructies via de conventie zijn uitgevoerd bij 587 vrouwen (4 vrouwen hebben in hetzelfde jaar een tweede unilaterale reconstructie gekregen via de conventie). Samen met de bilaterale reconstructies komt dit neer op 1.115 borsten die gereconstrueerd werden bij 849 vrouwen middels 853 ingrepen via de conventie. Dit is slechts 79% van het aantal ingrepen van 2019.

In 2020 zijn 43% van de operaties via de conventie (= 363 van de 853 ingrepen) primaire reconstructies. Deze 363 ingrepen vertegenwoordigen 400 mastectomieën, waarvan 11 personen een dubbele borstverwijdering gekregen hebben, gecombineerd met een unilaterale reconstructie. 26 vrouwen hebben een dubbele mastectomie met een bilaterale reconstructie ondergaan. Bij de overige vrouwen is er één borst verwijderd en is deze direct gereconstrueerd.

Bij de primaire reconstructies is er gekeken naar de oorzaken van de mastectomieën: met of zonder borstkanker. Primaire reconstructies (unilateraal of bilateraal) gebeuren

in 59% van de gevallen bij vrouwen met een borstverwijdering omwille van borstkanker; de overige 41% wordt uitgevoerd bij vrouwen die preventief een mastectomie hebben ondergaan. Het merendeel (59%) van de primaire reconstructies zijn bilaterale ingrepen. Van deze primaire bilaterale reconstructies is 40% gelieerd aan borstamputatie omwille van borstkanker en 60% aan preventieve borstverwijdering. Van de primaire unilaterale reconstructies daarentegen - die 41% uitmaken van het totaal aantal primaire reconstructies - gaat 85% gepaard met een borstverwijdering omwille van borstkanker; 15% volgt op een preventieve mastectomie.

### 3.1.3. Remodellering, inclusief tepelreconstructie (fase 2)

Het remodelleren volgt op een fase 1 reconstructie. In 2020 zijn er 1.921 remodelleringen geattesteerd in België. 51% van de remodelleringen verloopt via de nomenclatuur. Van de 933 remodelleringen via de conventie zijn er 708 gewone remodelleringen en 225 aanvullende of extra remodelleringen. De 933 remodelleringen via de conventie vertegenwoordigen 850 verschillende individuen. 83 vrouwen hebben in 2020 een tweede remodellering gehad op een andere dag dan de eerste remodellering. Er kan niet nagegaan worden of die 83 extra remodelleringen in hetzelfde jaar interventies zijn voor dezelfde borst of voor de andere borst aangezien het niet verplicht is om de kant van de ingreep mee te delen. Bijgevolg is deze informatie voor meer dan de helft van de ingrepen niet beschikbaar.

### 3.1.4. Tatoeage van de tepel en de tepelhof (fase 3)

In België zijn er in 2020 slechts 422 tatoeages gefactureerd, waarvan 303 via de conventie. Enkele mogelijke oorzaken hiervan zijn: de uitgestelde niet-dringende zorg door de coronapandemie, een niet-noodzakelijke stap in het proces van reconstructie bij sommige vrouwen en tatoeages van tepel en tepelhof buiten het ziekenhuis door private tatoeëerders.

## 3.2. Ligduur

De gemiddelde ligduur in het ziekenhuis is afhankelijk van de fase van borstreconstructie waarin de vrouw zich bevindt. Voor reconstructies via de conventie vindt het IMA volgende ligduren: fase 1, de eigenlijke borstreconstructie, heeft de langste ligduur. Gemiddeld verblijven vrouwen 6,1 dagen in het ziekenhuis tijdens deze fase. De mediaan is 6 dagen. Bij fase 2, waarbij één of beide borsten geremo-

delleerd worden en eventueel de tepel gereconstrueerd wordt, is de gemiddelde ligduur 1,4 dagen en de mediaan 1 dag. De tatoeage van de tepel en de tepelhof gebeurt ambulantly, zonder ziekenhuisopname.

## 3.3. Aantal ziekenhuizen en artsen (fase 1)

### 3.3.1. Ziekenhuizen

In 2020 zijn er 82 ziekenhuizen in België waar de eerste fase van een borstreconstructie uitgevoerd wordt. 81 van die 82 ziekenhuizen factureren via de nomenclatuur. In meer dan de helft van de ziekenhuizen wordt er zowel via de nomenclatuur als via de conventie geattesteerd. 53 ziekenhuizen met een erkende coördinerende borstkliniek hebben de conventie ondertekend. Van die 53 ziekenhuizen zijn er 46 die effectief borstreconstructies factureren via de conventie. Er zijn dus 7 ziekenhuizen die de conventie wel ondertekend hebben, maar geen ingrepen via de conventie, uitvoeren. Deze 7 ziekenhuizen factureren alle ingrepen via de nomenclatuur.

De range van het aantal ingrepen per ziekenhuis loopt uiteen van 1 borstreconstructie per jaar tot 236 borstreconstructies per jaar. Voor de reconstructie via de conventie is de range 1 tot 77. Van de 46 ziekenhuizen die werken via de conventie voert 30% minder dan 10 uni- of bilaterale reconstructies uit in 2020.

### 3.3.2. Artsen

In 2020 stonden 170 artsen in voor de borstreconstructies in die 82 ziekenhuizen. 167 artsen factureren via de nomenclatuur en 77 artsen via de conventie. Veel artsen voeren reconstructies uit via beide systemen.

Het aantal ingrepen loopt sterk uiteen tussen de artsen en varieert in 2020 tussen 1 en 130. Eén arts deed meer dan 100 ingrepen in 2020 en 37 artsen voerden slechts één ingreep uit. Als er enkel gekeken wordt naar de conventie, dan is de range 1-58. 56% van de 77 artsen voerde minder dan 10 uni- of bilaterale reconstructies uit in 2020.

## 3.4. In welke mate wordt de conventie nageleefd?

Om de naleving van de conventie te beoordelen, wordt onderzocht voor welk aandeel van elke fase van reconstructie de regels correct worden toegepast. Voor de microchirurg-

gische transplantatie van eigen weefsel (fase 1), betekent dit geen cumulatie met nomenclatuurnummers van artikel 14a, 14c en 14f. Artikel 14a van de nomenclatuur omvat de algemene heekunde, 14c de plastische heekunde en 14f de bloedvatenheekunde.

Voor het hermodelleren en de eventuele tepelreconstructie (fase 2) betreft het een verbod op cumulatie met nomenclatuurnummers van het gehele artikel 14. Deze regel is dus strikter dan voor fase 1.

Bij fase 3 is er een cumulverbod met het nomenclatuurnummer voor een tatoeage van tepel en tepelhof. Dit wil zeggen dat er niet twee maal een tatoeage mag gefactureerd worden per borst, éénmaal via de conventie en éénmaal via de nomenclatuur.

In de conventie is niet bepaald gedurende welke periode het cumulverbod geldt. Door de ziekenfondsen wordt aangenomen dat er geen cumulatie mag zijn op dezelfde dag als de ingreep. Daar tegenover staat de geest van de overeenkomst die beoogt een einde te stellen aan de hoge ereloon-supplementen en de eigen bijdragen voor de patiënten te beperken tot een redelijk bedrag. Door de gelimiteerde interpretatie van de conventieregels kunnen de cumuls toch worden aangerekend op andere dagen. Dit resulteert in een beduidend hogere kost voor de patiënt en de ziekteverzekering wat juist ingaat tegen het doel dat met de conventie wordt nagestreefd. Om beide van elkaar te scheiden, worden er twee analyses gemaakt: 1) geen

cumul op de dag van de ingreep en 2) geen cumul op dag 1 tot dag 30.

### 3.4.1. Naleving conventie fase 1

In 2020 vindt het IMA op de dag van de microchirurgische transplantatie van eigen weefsel 60 prestaties terug van artikel 14a, 14c of 14f. Deze prestaties zijn gefactureerd door 22 verschillende ziekenhuizen. 42% van deze oneigenlijk gefactureerde prestaties is het 'verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels' (220231-220242) (zie Tabel 1).

Naast cumul op dag 0, dit is de dag zelf van de ingreep, worden er ook nomenclatuurnummers aangerekend op andere dagen tijdens de hospitalisatie of na de hospitalisatie. Tussen dag 1 en dag 30 na de ingreep vindt het IMA op die manier 183 prestaties terug van artikel 14a, 14c of 14f. De helft van die 183 prestaties wordt gefactureerd in de eerste zes dagen na de ingreep, wetende dat patiënten gemiddeld 6,1 dagen in het ziekenhuis verblijven. Ook op dag zeven worden nog relatief veel prestaties gefactureerd.

Tussen dag 1 en dag 30 wordt 25 maal de prestatie 'borstreconstructie door implantatie van een borstimplantaat of een borstweefselexpander' gefactureerd. Het IMA vindt ook 22 maal 'huid- of fascio-cutane flap, hoofdbewerking' terug en 22 maal de prestatie voor het 'verwijderen van een diepliggend vreemd lichaam'.

Tabel 1: Top 10 cumul prestaties met artikel 14a, 14c of 14f tijdens fase 1 op dag 0 (Bron: IMA, 2020)

Nomenclatuur	Frequentie	Omschrijving
220231-220242	25	Verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels
252512-252523	14	Plastie van de heterolaterale borst
251591-251602	6	Eénzijdige wegneming van een borstprothese of een borstweefselexpander
236014-236025	<5	Revascularisatie van een groot intrathoracaal bloedvat door endarteriëctomie, endoaneurysmorrhafie, pontage of resectie met enten of anastomose
239330-239341	<5	Heelkundige behandeling van lymfoedeem bij middel van lymfoveneuze of lymfolymfatische anastomose
251716-251720	<5	Subcutaan plaatsen van meer dan één expansie prothese
251834-251845	<5	Voorbereiden van bloedvaten thv receptorplaats en inzetten van de flap bij middel van ingewikkelde microchirurgische vaatsutura: termino-lateraal; tweeloopsaanastomose
251930-251941	<5	Vrijmaken van samengestelde weefselflap (bv. osteo septo cutaan) en klaarmaken van de vaatsteel voor microchirurgische transfert
252453-252464	<5	Borstreconstructie door transpositie huidlap
252593-252604	<5	Borstreconstructie door implantatie van een borstimplantaat of een borstweefsel-expander



De hoogste frequenties van facturatie van nomenclatuur-nummers uit artikel 14a, 14c of 14f worden genoteerd op de dagen 1, 3, 5 en 7. Deze prestaties voldoen dan wel aan een cumulverbod op de dag van de ingreep, maar volgen niet de geest van de conventie aangezien de factuur toch aan de patiënt gepresenteerd wordt.

### 3.4.2. Naleving conventie fase 2

Op dag 0 zijn er in de databanken van het IMA 56 prestaties terug te vinden van artikel 14. Tabel 2 geeft de top 10 weer van meest gebruikte prestaties van fase 2 die oneigenlijk gefactureerd zijn via de nomenclatuur op de dag van de ingreep. Eén op de 3 oneigenlijk gefactureerde prestaties is een huid- of fascio-cutane flap of het verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels.

Deze 56 prestaties worden aan de patiënten aangerekend door 23 verschillende ziekenhuizen. Naast de 56 verstrekkingen op dag 0, worden er 96 prestaties van artikel 14 gefactureerd tussen dag 1 en dag 30. De hoogste frequenties worden genoteerd op dag 3, dag 14/15 en dag 20/21. Hier is de situatie minder duidelijk aangezien patiënten gemiddeld 1 dag gehospitaliseerd worden. Niet alle prestaties in de eerste maand na fase 2 kunnen in verband gebracht wor-

den met een borstreconstructie. Een aanzienlijk aandeel van die 96 prestaties behoort tot de specialisatie oftalmologie.

### 3.4.3. Naleving conventie fase 3

In 2020 werden geen oneigenlijke prestaties doorgerekend aan de patiënten tijdens de tatoeage van de areolaire streek.

## 3.5. Eenpersoonskamer

Eén van de doelstellingen van de conventie, is dat er bij tenminste gemiddeld 40% van de ingrepen geen ereloon-supplementen aangerekend worden. Ereloonsupplementen aanrekenen is slechts mogelijk in een eenpersoonskamer. Deze supplementen, die niet terugbetaalbaar zijn door de verplichte ziekteverzekering, mogen daarenboven een maximumbedrag niet overschrijden. Voor de verschillende fasen in de conventie zijn er maxima vastgelegd. Het maximumbedrag blijft hetzelfde ongeacht of de verstrekkingen in één tijd of in meerdere operatietijden worden uitgevoerd. Indien een borstreconstructie gefactureerd wordt via de nomenclatuur en niet via de conventie, is er

Tabel 2: Top 10 cumul prestaties met artikel 14 tijdens fase 2 op dag 0 (Bron: IMA, 2020)

Nomenclatuur	Frequentie	Omschrijving
250176-250180	10	Huid- of fascio-cutane flap, hoofdbewerking
220231-220242	9	Verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels
432633-432644	7	Eenzijdige of tweezijdige salpingectomie of ovariëctomie of adnexectomie met pathologisch-anatomische bevestiging
221196-221200	7	Uitsnijden van een misvormd litteken, gevolgd door hechting
220264-220253	<5	Volledige heelkundige behandeling van diepliggende phlegmone
220275-220286	<5	Exerese van een onder de aponeurose gelegen expansieve tumor uit de weke weefsels
241253-241264	<5	Exerese van uitgebreide vetschort met functionele hinder: Elliptische resectie
250213-250224	<5	Huid- of fascio-cutane flap, in één bewerking over een oppervlakte gelijk of groter dan 100 cm <sup>2</sup>
251731-251742	<5	Verwijderen van een gezwel van de huid of de slijmvliezen of ander letsel rechtstreeks toegankelijk door excisie met plastie en/of greffe
251786-251775	<5	Verwijderen van een kwaadaardig gezwel van de huid of de slijmvliezen volgens een micrografische heelkundige techniek met peroperatieve pathologische anatomie, en met sluiten van de wonden, een eventuele ent en/of plastie inbegrepen
432456-432460	<5	Volledige resectie van het endometrium, inclusief de hysteroscopie en de curettage

geen maximumbedrag vastgelegd. Artsen kunnen zelf de hoogte van de ereloonsupplementen bepalen, binnen de grenzen van het maximumpercentage dat is opgenomen in de algemene regeling van het ziekenhuis. Bij patiënten die niet kiezen voor een eenpersoonskamer is het verboden om ereloonsupplementen aan te rekenen, zowel via de nomenclatuur als via de conventie.

Ereloonsupplementen zijn gerelateerd aan de kamerkeuze van de patiënt. In de conventie staat dat er op geen enkele wijze druk mag worden uitgeoefend op de patiënt om zich te laten opnemen in een eenpersoonskamer. Figuur 1 geeft per fase de percentages eenpersoonskamers weer voor borstreconstructies via de conventie of via de nomenclatuur. Voor fase 2 en fase 3 van de borstreconstructie is er weinig verschil tussen de conventie en de nomenclatuur. De maximale ereloonsupplementen die voor deze fasen mogen aangerekend worden via de conventie voor een unilaterale reconstructie (714 euro voor fase 2 en 101 euro voor fase 3), zijn dan ook van een andere grootteorde dan de 3.222 euro voor fase 1.

Voor de eerste fase van de borstreconstructie is er wel een duidelijk verschil tussen het percentage vrouwen dat in een eenpersoonskamer verblijft via de nomenclatuur of via de conventie. Eén op de twee patiënten verblijft in een eenpersoonskamer indien gefactureerd wordt via de conventie, terwijl slechts één op drie kiest voor een eenpersoonskamer indien de nomenclatuur wordt gebruikt.

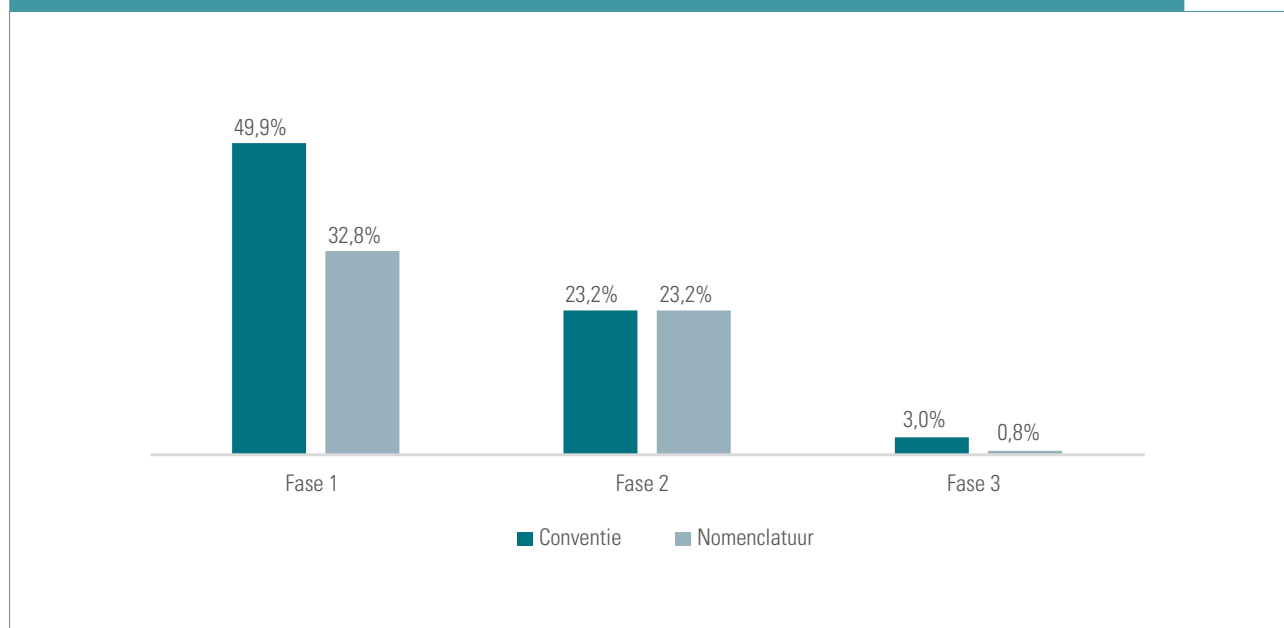
### 3.6. Kosten voor de patiënt en de ziekteverzekering

De IMA studie wil onder andere de naleving van de conventie evalueren. Ze brengt hiervoor de kosten voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de kosten ten laste van de patiënt in kaart. Met name worden de kosten die gefactureerd zijn via de conventie voor de verschillende fasen onderzocht. Borstreconstructies die via de nomenclatuur geattesteerd zijn, komen niet aan bod in de IMA-studie.

#### 3.6.1. Kosten fase 1

Het honorarium van een arts bestaat uit een bedrag dat gedekt wordt door de verplichte ziekteverzekering en een gedeelte ten laste van de patiënt (remgeld). Bij de verstrekkingen van fase 1 kan een honorariumsupplement van maximum 100% van het honorarium aangerekend worden bij een unilaterale reconstructie met verblijf op een eenpersoonskamer. Dit bovenop het honorarium van 3.222 euro. Bij een bilaterale reconstructie kan een honorariumsupplement aangerekend worden van maximum 80%. Tabel 3 geeft een overzicht van het honorarium voor fase 1 en de maximale honorariumsupplementen die eventueel mogen aangerekend worden bij verblijf op een eenpersoonskamer.

Figuur 1: Percentage patiënten op een eenpersoonskamer, per fase (Bron: IMA, 2020)



Het aandeel personen bij wie geen honorariumsupplementen worden aangerekend, is 50%. Daarmee wordt de doelstelling van de conventie om gemiddeld bij tenminste 40% van de ingrepen geen honorariumsupplementen aan te rekenen behaald.

Bij 1% van fase 1 reconstructies wordt het maximale honorariumsupplement overschreden. Het gemiddeld bedrag dat bovenop het maximale honorariumsupplement aan de patiënten aangerekend wordt, is 3.550 euro (mediaan: 3.111 euro). Bij deze vrouwen wordt, in 2020, minimum 2.352 euro te veel gefactureerd en maximum 4.834 euro.

Naast het honorarium voor de arts zijn er ook andere kosten verbonden aan een ziekenhuisverblijf. Tabel 4 geeft een overzicht van de totale kost voor fase 1, van het moment van opname tot ontslag uit het ziekenhuis. Ambulante kosten voor of na de ziekenhuisopname, worden niet meegerekend.

Het bedrag ten laste van de patiënt, bestaat enerzijds uit remgeld en anderzijds uit eventuele supplementen. In het gemiddelde totale bedrag ten laste van de patiënt is het remgeld beperkt. Het zijn de supplementen die dit bedrag omhoogstuwen. Bij minstens de helft van de vrouwen is het totale bedrag ten laste van de patiënt 4.533 euro of meer.

### 3.6.2. Kosten fase 2

Artsen mogen bovenop het honorarium maximaal 95% van dit bedrag als honorariumsupplement aanrekenen voor patiënten in een eenpersoonskamer voor het remodeleren van de ipsi- en heterolaterale zijde, inclusief eventuele tepelconstructie (zie Tabel 5).

Het aandeel personen bij wie geen honorariumsupplementen in fase 2 worden gefactureerd, is 72%. De doelstelling om bij tenminste gemiddeld 40% van de ingrepen geen honorariumsupplementen aan te rekenen wordt hiermee ruimschoots behaald en is te verklaren door het feit dat slechts één vrouw op 4 op een eenpersoonskamer verblijft tijdens het remodeleren.

Tabel 3: Tarieven fase 1 (Bron: RIZIV, 2020; 2023)

Fase 1	Honorarium 2020, in euro	Maximum honorarium-supplement 2020, in euro	Honorarium 2023, in euro	Maximum honorarium-supplement 2023, in euro
Unilateraal	3.222,42	3.222,42	3.547,73	3.547,73
Bilateraal	6.120,81	4.896,65	6.738,72	5.390,97

Tabel 4: Totale kost van fase 1 (Bron: IMA, 2020)

Fase 1	Aantal ingrepen	Gemiddelde kost, in euro	Mediane kost, in euro	Minimumkost, in euro	Maximumkost, in euro	Range, in euro
ZIV	795	7.053,87	6.138,84	4.425,41	14.222,24	9.796,83
Remgeld	795	65,35	58,72	1,98	781,84	779,86
Supplementen	795	3.671,22	4.480,54	27,00	15.238,39	15.211,39
Totaal ten laste van de patiënt	795	3.736,57	4.532,74	46,53	15.292,44	15.245,91

Tabel 5: Tarieven fase 2 (Bron: RIZIV, 2020; 2023)

Fase 2	Honorarium 2020, in euro	Maximum honorarium-supplement 2020, in euro	Honorarium 2023, in euro	Maximum honorarium-supplement 2023, in euro
Unilateraal	749,58	713,89	825,25	785,95
Bilateraal	872,28	830,75	960,33	914,6
Bijkomend	374,79	356,94	412,62	392,97

Bij 4% van de fase 2 reconstructies wordt het maximale honorariumsupplement overschreden. Het gemiddeld bedrag dat bovenop het maximale honorariumsupplement aangerekend wordt aan de patiënten, is 124 euro (mediaan: 36 euro). Bij deze vrouwen wordt – in 2020 - minimum 18 euro te veel gefactureerd en maximum 1.535 euro. Deze bedragen worden aangerekend door 11 verschillende ziekenhuizen, maar voornamelijk door 2 artsen.

Tabel 6 geeft de totale kost voor fase 2 weer. Deze verstrekking kan plaatsvinden zowel met als zonder overnachting in het ziekenhuis. Indien de ingreep zonder overnachting in het ziekenhuis doorgaat, worden enkel de kosten meegerekend van de dag van de ingreep. Bij een klassieke hospitalisatie worden alle kosten meegerekend, vanaf het moment van opname tot ontslag.

In het totaalbedrag ten laste van de patiënt is het remgeld, net als bij fase 1, beperkt. Het gemiddelde bedrag aan supplementen daarentegen bedraagt 522 euro (mediaan 47 euro). De totaalkost ten laste van de patiënt bedraagt bij de helft van de vrouwen 69 euro of minder.

### 3.6.3. Kosten fase 3

Het honorarium voor een unilaterale tatoeage bedraagt 101 euro (zie Tabel 7), voor een bilaterale tatoeage het dubbele. Artsen mogen maximum 100% honorariumsupplementen aanrekenen zowel bij een uni- als bilaterale tatoeage. Aangezien deze fase meestal niet gepaard gaat met een ziekenhuisopname, hangt het al dan niet kunnen aanrekenen van honorariumsupplementen niet af van de kamerkeuze van de patiënt, maar wel van de conventiestatus van de arts.

Bij 1% van fase 3 reconstructies wordt het maximale honorariumsupplement overschreden. Dit betreft slechts 3 overtredingen, telkens in hetzelfde ziekenhuis.

Het aandeel personen bij wie geen honorariumsupplementen gefactureerd worden in fase 3 is 86%. Slechts 3% van de vrouwen verblijft tijdens fase 3 in een eenpersoonskamer. Bij het merendeel worden de ereloonsupplementen dus aangerekend tijdens een ambulante verstrekking, door gedeconventioneerde artsen.

Tabel 8 geeft de totale kost voor fase 3 weer. Gemiddeld betaalt de patiënt 56 euro uit eigen zak.

Tabel 6: Totale kost van fase 2 (Bron: IMA, 2020)

Fase 2	Aantal ingrepen	Gemiddelde kost, in euro	Mediane kost, in euro	Minimumkost, in euro	Maximumkost, in euro	Range, in euro
ZIV	830	1.520,60	1.563,77	374,79	10.915,33	10.540,54
Remgeld	830	19,53	12,00	0,00	188,84	188,84
Supplementen	830	522,21	47,39	0,00	9.657,44	9.657,44
Totaal ten laste van de patiënt	830	541,74	68,85	0,00	9.773,64	9.773,64

Tabel 7: Tarieven fase 3 (Bron: RIZIV, 2020; 2023)

Fase 3	Honorarium 2020, in euro	Maximum honorarium-supplement 2020, in euro	Honorarium 2023, in euro	Maximum honorarium-supplement 2023, in euro
Unilateraal	101,35	101,35	111,58	111,58
Bilateraal	202,7	202,7	223,16	223,16

Tabel 8: Totale kost van fase 3 (Bron: IMA, 2020)

Fase 3	Aantal ingrepen	Gemiddelde kost, in euro	Mediane kost, in euro	Minimumkost, in euro	Maximumkost, in euro	Range, in euro
ZIV	302	151,27	111,21	101,35	579,07	477,72
Remgeld	302	5,19	0,00	0,00	148,65	148,65
Supplementen	302	50,49	0,00	0,00	450,00	450,00
Totaal ten laste van de patiënt	302	55,68	7,02	0,00	450,00	450,00

### 3.6.4. Kosten volledig traject

Een volledig traject omvat de 3 fasen. Indien de patiënt een terugbetaling wil vanuit de ZIV, moeten deze 3 fasen afgerond zijn binnen het jaar. Omwille van COVID-19 werd deze termijn verlengd tot anderhalf jaar. Op het moment van de analyses zijn er in de databanken van het IMA-gegevens beschikbaar tot en met het eerste semester van 2021. Door de uitgestelde niet-dringende zorg omwille van corona en het beperkt beschikbaar zijn van gegevens van 2021, zijn er slechts 46 volledige trajecten. Deze trajecten startten in 2020 en kunnen voltooid zijn in 2020 of 2021.

De gemiddelde kost ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor een volledig traject bedraagt 8.876 euro, de mediaan is 8.010 euro (zie Tabel 9). Het remgeld bedraagt gemiddeld 74 euro (mediaan: 62 euro). Het zijn de supplementen die ervoor zorgen dat het bedrag ten laste van de patiënt oploopt tot gemiddeld 4.115 euro. De helft van de vrouwen betaalt 5.569 euro of meer, met uitschieters tot 9.258 euro eigen bijdrage.

Tabel 9: Totale kost volledig traject (Bron: IMA, 2020 + eventueel 2021)

Volledig traject	Aantal ingrepen	Gemiddelde kost, in euro	Mediane kost, in euro	Minimumkost, in euro	Maximumkost, in euro	Range, in euro
ZIV	46	8.875,99	8.010,44	5.884,60	12.213,87	6.329,27
Remgeld	46	73,78	62,25	24,20	186,32	162,12
Supplementen	46	4.040,77	5.486,60	117,64	9.204,23	9.086,59
Totale kost ten laste van de patiënt	46	4.114,55	5.569,18	188,07	9.258,18	9.070,11

## 4. Conclusie en aanbevelingen

Het aandeel borstreconstructie ingrepen gefactureerd via de conventie stijgt jaar na jaar. Toch wordt nog steeds bij zes op de tien vrouwen een factuur afgeleverd via de nomenclatuur. Deze vrouwen hebben geen enkele tariefzekerheid. Men kan zich de vraag stellen of het nuttig is om de twee systemen in stand te houden, facturatie via de conventie en facturatie via de nomenclatuur. Indien men kiest voor tariefzekerheid voor de patiënt, dan lijkt het logisch om enkel nog terugbetaling te voorzien voor ingrepen via de conventie. De conventie kan hierbij uitgebreid worden zodat ook andere technieken om een borst te reconstrueren in de conventie opgenomen worden.

Voor de vier op de tien patiënten die meer tariefzekerheid hebben via de conventie, gaat deze studie in belangrijke mate na of de voorwaarden van de conventie correct toegepast worden. De nadruk werd gelegd op het naleven van het verbod op cumul, het niet overschrijden van de maxi-

male ereloonsupplementen en op het beperken van eigen bijdragen voor de patiënt tot een redelijk bedrag. Deze houden allemaal verband met elkaar. Indien prestaties oneigenlijk gefactureerd zijn of de maximale ereloonsupplementen overschreden worden, dan resulteert dit in een beduidend hogere kost voor de patiënt (en voor de ZIV).

Het verbod op cumulatie, voor de verschillende fasen, met verstrekkingen uit de nomenclatuur wordt grotendeels gerespecteerd. Bij slechts een kleine minderheid van de ingrepen binnen de conventie worden kosten en supplementen onterecht aangerekend. Toch kan hierbij een bedenking gemaakt worden. In de conventie staat geen tijdsaanduiding voor het verbod op cumulatie. De verzekeringsinstellingen interpreteren dit verbod als: geen cumul op de dag van de ingreep. In de resultaten zien we dat verstrekkingen onterecht toch gefactureerd worden door de verstrekkingen niet op dag 0 te registreren, maar de prestaties alsnog aan te rekenen op een latere datum. Hiermee wordt op dit moment de kostenbeperking voor de patiënt, overeengekomen via de conventie, omzeild.

Honorariumsupplementen mogen slechts aangerekend worden wanneer de patiënt kiest voor een opname op een eenpersoonskamer en er ook effectief verblijft. In de conventie staat dat op geen enkele wijze druk uitgeoefend mag worden op de patiënt om te kiezen voor een eenpersoonskamer. Bovendien waarborgt de conventie dat tenminste bij gemiddeld 40% van de ingrepen geen ereloonsupplementen worden aangerekend. Voor de verschillende fasen van de reconstructie wordt die 40% gehaald, op nationaal niveau. Voor fase 2 en 3 is dit zelfs 72% en 86%. Bij fase 1, waarbij de maximale ereloonsupplementen kunnen oplopen tot 3.222 euro voor een unilaterale reconstructie en tot 4.897 euro voor een bilaterale reconstructie, is het percentage patiënten bij wie geen ereloonsupplementen worden gefactureerd heel wat lager. Bij slechts 50% van de patiënten worden geen honorariumsupplementen aangerekend. Dit kan verklaard worden doordat één op de twee patiënten, verzorgd via de conventie, op een eenpersoonskamer verblijft. Dit in tegenstelling tot één op de drie personen die kiest voor een eenpersoonskamer indien de facturatie niet via de conventie verloopt, maar via de nomenclatuur.

Ten slotte formuleert het IMA op basis van de vaststellingen uit deze evaluatie nog enkele aanbevelingen voor het beleid.

- Zorg ook voor bescherming tegen hoge supplementen voor patiënten waarbij de borstreconstructie geattesteerd wordt via de nomenclatuur aangezien een minderheid van de patiënten de bescherming geniet van de conventie. Of breid de conventie uit en voorzie enkel terugbetaling voor ingrepen via de conventie.
- Verplicht het noteren van de kant van het lichaam (linker- of rechterborst) in fase 2, 3 en 4 zodat effectief kan gecontroleerd worden of de termijn van een jaar (tijdelijk anderhalf jaar wegens COVID-19) gerespecteerd wordt.
- Verduidelijk de bestaande regels in verband met cumul van nomenclatuurnummers van artikel 14 zodat er geen misvattingen kunnen bestaan over registratie van nomenclatuurnummers na dag 0. Indien de conventie niet enkel betrekking heeft op prestaties die geattesteerd worden op dag 0, dan kan de formulering van de conventie herzien worden om de gereguleerde periode te expliciteren of uit te breiden aangezien de cumuls niet stroken met de geest van de conventie.
- De conventie wenst tariefzekerheid te bieden voor het geheel van de borstreconstructie. Is de doelstelling om bij minimum 40% van de ingrepen geen ereloonsupplementen te factureren ambitieus genoeg aangezien 50% van patiënten via de conventie op een eenpersoonskamer verblijft en slechts 33% van de vrouwen met een factuur via de nomenclatuur?

Vanuit CM willen we daar nog enkele bedenkingen, vragen en/of aanbevelingen aan toevoegen.

- Het kan nuttig zijn voor toekomstig onderzoek om ook het standpunt van de patiënt te bevragen, om naar de behoeften van de patiënt te luisteren, om ook het oordeel van de vrouw die de ingreep ondergaat mee te nemen in verdere besluitvorming.
- In welke mate garandeert de conventie kwaliteit van de ingreep? Zijn er verschillen inzake complicaties tussen centra / chirurgen?
- Is facturatie via de conventie goedkoper voor de patiënt dan via de nomenclatuur?
- Zijn de richtlijnen van de conventie voldoende duidelijk? Wat wordt bedoeld met 'bij tenminste 40% van de ingrepen geen ereloonsupplementen'? Is dit nationaal 40%? Of is dit 40% voor het volledige korps van artsen die reconstructies doen in een ziekenhuis? Of wordt er bedoeld dat elke arts afzonderlijk bij minimum 40% van diens patiënten geen ereloonsupplementen mag aanrekenen? Dit zou dan betekenen dat er in principe artsen kunnen zijn waar bij bijvoorbeeld 70% van de ingrepen ereloonsupplementen kunnen gefactureerd worden als andere artsen minder ereloonsupplementen aanrekenen.
- Het bestaan van flaprevisies doet veronderstellen dat de techniek voor borstreconstructies niet zonder risico is. Bovendien is het inschatten van het risico op recidief contralateraal onzeker. Er is dus dringend nood aan betere richtlijnen in verband met de indicatiestelling voor preventieve borstamputatie aangezien gerichte opvolging versus preventieve borstamputatie een punt van discussie blijft.

## Bibliografie

Ackaert, K. (2023). *Borstreconstructie: Evaluatie van de conventie*. IMA.

Kankerregister. (2023). *Tabellen op jaarbasis*. Opgehaald van [https://kankerregister.org/Statistieken\\_tabellen\\_jaarbasis](https://kankerregister.org/Statistieken_tabellen_jaarbasis).

RIZIV. (2023a). *Terugbetaling van borstreconstructie met eigen weefsel*. Opgehaald van <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/borstreconstructie-eigen-weefsel-ziekenhuis-overeenkomst.aspx>.

RIZIV. (2023b). *Uitstel niet-dringende zorg: we versoepelen bepaalde overeenkomsten afgesloten met ziekenhuizen of ziekenhuisnetwerken*. Opgehaald van <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/Conventies-Medische-Directie-COVID-aanpassingen-20221220.pdf>.

# Digitale inclusie: helft van de Belgen surft niet mee op de digitale golf

Resultaten uit de Barometer Digitale Inclusie 2022 (KBS)

Astrid Luypaert — Studiedienst

## Samenvatting

In september 2022 publiceerde de Koning Boudewijnstichting (KBS) haar tweede Barometer Digitale Inclusie. De resultaten onthullen een verontrustende tendens. Want ondanks de groeiende digitalisering in België sinds de coronapandemie, blijven de digitale kloven een realiteit voor bijna de helft van de Belgen. En dit is niet zonder gevolgen, want wie niet mee kan surfen op de digitale golf die pijlsnel door onze samenleving raast, ziet de toegang tot het recht op het vlak van onder andere onderwijs en gezondheidszorg afnemen. Daarenboven zijn het voornamelijk sociaaleconomisch en cultureel meer geprivilegieerde groepen die de voordelen halen uit de digitalisering. Zo zullen zij vaker dan meer kwetsbare groepen kansen krijgen om hun digitale vaardigheden bij te schaven, wat de digitale kloof enkel vergroot. Ook de toegang tot internet, digitale tools en essentiële diensten is niet gelijk voor iedereen.



Zo nam tussen 2019 en 2021 het percentage digitaal kwetsbare personen met een laag inkomen toe tot 63%. En dat is niet verwonderlijk, want deze mensen ervaren te veel drempels om in deze intensief digitale maatschappij mee aan boord te blijven. De barometer is dan ook een warm pleidooi om als maatschappij diegenen die er het meest nood aan hebben verder te ondersteunen, want al deze drempels kunnen ze niet op eigen houtje overwinnen.

Sleutelwoorden: Digitale inclusie, digitale kloof, barometer, digitalisering, sociaal-digitale ongelijkheid, digitale vaardigheden, essentiële e-diensten, voor u gelezen

## 1. Inleiding

De Barometer Digitale Inclusie ontstond op initiatief van de Koning Boudewijnstichting (KBS) en werd in 2020 voor het eerst uitgevoerd (Brotcorne & Mariën, 2020). Hieronder kan je de belangrijkste resultaten uit de tweede barometer voor digitale inclusie terugvinden die werd uitgevoerd in 2022 door onderzoeksteams van de UCLouvain en van de VUB (Faure, et al., 2022). De onderzoekers baseerden zich voor hun analyses op de gegevens van STATBEL, het Belgische statistiekbureau, uit 2019 en 2021. Hieronder worden de resultaten samengevat van de meest recente barometer die naging in welke mate de sociaal-digitale ongelijkheid in België geëvolueerd is sinds de publicatie van 2020. Het rapport geeft hierbij diepgaandere inzichten over drie specifieke doelgroepen, namelijk jongeren, senioren en werkzoekenden.

De recente resultaten uit de Barometer Digitale Inclusie zijn niet hoopgevend. Ondanks de steeds groeiende digitalisering van de maatschappij is ongeveer de helft van de Belgen digitaal kwetsbaar. Dit is de harde conclusie die we moeten maken inzake digitale inclusie in tijden van versnelde digitalisering. Deze versnelling kwam er mede onder invloed van de coronapandemie, waarbij de sanitaire crisis een katalysator was voor nooit eerder geziene investeringen in digitale technologie in alle lagen van de maatschappij. Maar ondanks deze digitale vooruitgang is niet iedereen mee aan boord. En hierbij zijn de risico's op digitale uitsluiting ongelijk verdeeld. Deze conclusie wordt ondersteund door het feit dat er kwalitatief ongelijke toegang is tot het internet en tot digitale technologieën. En niet alleen de toegang vormt een probleem. We slagen er in België niet in om onze digitale vaardigheden even snel te laten toenemen in vergelijking met de steeds hogere eisen die de hyperdigitale maatschappij van ons verlangt. Onder impuls van de coronapandemie zagen we in onze maatschappij een steeds groter wordende digitalisering van essentiële diensten. En hoewel we een geruststellende stijging zien in de drie Belgische gewesten van het gebruik van deze essentiële diensten, moeten we jammer genoeg ook vaststellen dat de kloof tussen diverse bevolkingsgroepen toeneemt.

## 2. Digitale ongelijkheden op drie verschillende niveaus

### 2.1. Ongelijke digitale vaardigheden versus steeds hogere eisen

De barometer ging na in welke mate mensen over digitale vaardigheden beschikken. De resultaten zijn alarmerend, want als we de 7% niet-gebruikers optellen bij de 39% Belgen met zwakke digitale vaardigheden, is 46% van de Belgische bevolking tussen 16 en 74 jaar digitaal kwetsbaar. Dit is een stijging met 6% ten opzichte van de eerste meting. Jammer genoeg betekent een toename in bezit en gebruik van digitale middelen geen automatische verbetering van de vaardigheden om deze te gebruiken. Een deel van de verklaring hiervoor is te vinden in het feit dat digitale vaardigheden per definitie traag evolueren, terwijl de digitale maatschappij verder doorraast. Om aan deze hoge eisen te voldoen hebben mensen tijd, energie en aandacht nodig om hun vaardigheden bij te schaven. Digitale vaardigheden zijn ook ruim en bevatten zowel informatie- en communicatievaardigheden als vaardigheden omtrent software, abstractie en online veiligheid. Omdat de eisen en vaardigheden niet parallel toenemen, zien we zelfs een relatieve daling van de algemene vaardigheden. Hierbij zijn het voornamelijk vrouwen, alleenstaanden en mensen met een laag inkomen die tot de meest kwetsbare groepen behoren als het op digitale vaardigheden aankomt. Maar vergis je niet, ook binnen de zogenaamde *digital natives*, waarvan we verwachten dat ze over grote digitale vaardigheden beschikken, beschikt één op drie over zwakke algemene digitale vaardigheden. Ten slotte zien we dat er minder digitale adepten zijn in Wallonië in vergelijking met Vlaanderen, deels omdat er minder middelen en interventies worden ingezet (bijvoorbeeld minder digitale dienstverlening in verschillende levensdomeinen), ondanks de pertinentere noden in het Franstalige landsgedeelte.

### 2.2. Ongelijke toegang tot internet en digitale technologieën

7% van de Belgische bevolking tussen 16 en 74 jaar heeft nog nooit gebruik gemaakt van het internet. Dit ondanks de nooit eerder geziene toename in toegang tot het internet en digitale technologieën, weerspiegeld in de 92% Belgische gezinnen die thuis een internetaansluiting hebben. Toch zien we hier belangrijke verschillen op basis van inkomen, leeftijd en gezinssamenstelling. Zo heeft slechts

84% van de alleenstaanden een internetaansluiting (ten opzichte van de 92% gemiddeld). En ook andere cijfers liegen er niet om: één op vijf huishoudens met een laag inkomen heeft thuis geen internet en 27% van de laaggeschoolde 55-plussers gaat nooit online. De belangrijkste belemmeringen voor de internetaansluiting thuis zijn de kosten, ontoereikende digitale vaardigheden en de perceptie van nutteloosheid.

Niet alleen óf je toegang hebt, maar ook hoé je toegang hebt, is een belangrijke indicator binnen het onderzoek naar digitale inclusie. We zien dat Belgen vooral via smartphone toegang vinden tot het internet, waaronder ook mensen met lage inkomens (89%) of een lager opleidingsniveau (84%). Het gebruik van de laptop nam met 15% toe, al hinken oudere vrouwen en personen met de laagste inkomens hierbij wel achterop. Het bezit van beide, wat ons multigeconnecteerd maakt, is echter voorbehouden aan jongeren en aan mensen met hogere inkomens. Aan de andere kant van het connectie-spectrum behoren mensen die alleenstaand zijn, die een bescheiden inkomen hebben en een laag opleidingsniveau bezitten dan weer vaker tot de groep niet-gebruikers van smartphone en/of laptop.

### 2.3. Ongelijk gebruik van essentiële dienstverlening

In twee jaar tijd is er een significante stijging vast te stellen in de drie Belgische gewesten van het gebruik van essentiële digitale diensten. Zo zijn aankopen via internet en e-gezondheidsdiensten niet meer weg te denken uit onze huidige maatschappij. Toch zien we dat slechts 49% van de internetgebruikers met een laag opleidingsniveau gebruik maakt van e-handel en dat 42% van internetgebruikers uit een arm huishouden gebruik maakt van e-gezondheid. De kloof bij het gebruik van essentiële digitale diensten tussen verschillende bevolkingsgroepen blijft groot. Hoewel 70% van de mensen met een laag inkomen gebruik maakt van e-administratie, is de kloof tussen hen en mensen met een hoog inkomen 17%. Essentiële digitale diensten worden voornamelijk gebruikt door multigeconnecteerde internetgebruikers en door de mensen die beschikken over goede digitale vaardigheden. En hoewel factoren zoals toegang en vaardigheden zeer belangrijk zijn, is de kloof tussen verschillende bevolkingsgroepen niet enkel hieraan te wijten. Om ervoor te zorgen dat essentiële diensten gebruikt kunnen worden door diverse groepen, moet het aanbod zowel uitgebreid worden als aan de diverse gebruikersgroepen aangepast zijn. Zo kan het gebruik van essentiële digita-

le diensten toenemen als de toegankelijkheid verbeterd wordt of de complexiteit van taal en handelingen tot een minimum wordt herleid.

## 3. Resultaten bij jongeren, senioren en werkzoekenden

In het rapport wordt verder ingezoomd op drie specifieke doelgroepen, namelijk jongeren, senioren en werkzoekenden. Hoewel deze focus belangrijk is om gemeenschappelijke noden te detecteren, is het belangrijk te beseffen dat binnen deze doelgroepen potentieel (sterk) verschillende digitale behoeften bestaan én dat deze categorieën niet vrij zijn van intragenerationele en transversale vormen van ongelijkheid.

Wat opviel bij de **jongeren** is dat er nog een mythe leeft dat die per definitie multitaskende *digital natives* zijn. Hoewel jongeren tussen 16 en 24 jaar inderdaad het meest digitaal (multi)geconnecteerd zijn in vergelijking met andere leeftijdsgroepen, was in 2019 de helft van de jongeren met een laag opleidingsniveau niet multigeconnecteerd. Gelukkig is hier vooruitgang in geboekt, al blijft wel nog een kwart van de jongeren met een laag opleidingsniveau tot de niet-multigeconnecteerde groep behoren (in vergelijking met amper 4% van de mensen met een diploma hoger onderwijs). En niet enkel de verbondenheid met internet kan beter, ook de digitale vaardigheden kunnen aangescherpt worden aangezien 33% van de jongeren tussen 16 en 24 jaar hier zwak op scoort. Interessant is het algemeen beeld dat jonge vrouwen meer gebruik maken van essentiële digitale diensten (zoals e-gezondheid, e-handel en e-administratie) dan de jonge mannen.

Het rapport stelt ook vast dat de federale statistieken de digitale ongelijkheid bij **senioren** onderschatten. Zo gebruikt maximaal de helft van de senioren e-gezondheidsdiensten. Dit is een belangrijke vaststelling omdat dit tot problemen kan leiden wat het gebruik van gezondheidszorg betreft. Toch geeft het rapport mee dat 55-plussers niet per definitie 'resistent' en weinig e-vaardig zijn. Het zijn voornamelijk de leefomstandigheden die bepalen of deze mensen op de digitale sneltrein (kunnen) zitten.

Ten slotte viel het op dat **werkzoekenden** met specifieke moeilijkheden worden geconfronteerd die hen verder benadelen bij het zoeken naar werk. E-vaardigheden zijn over

het algemeen belangrijk voor mensen, maar ze krijgen nog meer betekenis voor de 320.000 werkzoekenden die België rijk is. Want digitale diensten zijn vaak dé toegangspoort om mensen op weg te zetten naar een job. En voor wie toegang heeft tot digitale diensten, zijn vier basisvaardigheden cruciaal als het aankomt op het zoeken van een job: het gebruik van een mailbox en tekstverwerker, online solliciteren en online bijleren. Deze vaardigheden ontwikkelen en op peil houden vraagt een bijna continue investering, wat als uitputtend en stressvol kan ervaren worden door heel wat mensen. Nog veel werk aan de winkel dus om mensen digitaal te sterken zodat hun kansen op de arbeidsmarkt kunnen toenemen.

## 4. Conclusie

De snelweg richting digitalisering ligt open in België, al zeker na de versnelde digitale inspanningen tijdens de coronapandemie. De meest bevoorrechte (sociaal, economisch en met het hoogste opleidingsniveau) inwoners kunnen moeiteloos doorrijden en verbeteren hun digita-

le vaardigheden en middelen. Een groot aandeel Belgen staat echter in de file, of raakt de digitale snelweg niet op. De financiële, educatieve en maatschappelijke middelen die mensen in staat stellen om mee te doen en ook te blijven meedoen, zijn ongelijk verdeeld over de bevolking. Dit is een gemiste kans voor België, want we moeten ernaar blijven streven om digitalisering voor iedereen toegankelijk te maken en te houden. Zo staan we nog voor belangrijke socioprofessionele uitdagingen wat betreft gelijke toegang tot integratie op de arbeidsmarkt.

Op onderzoek gebaseerde instrumenten zoals de Barometer Digitale Inclusie helpen de inspanningen van verschillende organisaties, overheden en private partners te bundelen en de uitdagingen zwart op wit tastbaar te maken. Bovenal laat het rapport toe mensen te informeren rond (het probleem van) digitale inclusie en zo het onderwerp op de politieke agenda te plaatsen. De inzichten laten toe constructieve voorstellen te formuleren en stappen te zetten richting werkelijke digitale inclusie, in het bijzonder wat jongeren, senioren en werkzoekenden betreft. We hopen alvast dat de resultaten in de huidige barometer alle betrokkenen aanzetten om actie te ondernemen, zodat de volgende Barometer Digitale Inclusie meer inclusieve conclusies kan trekken.

## Bibliografie

Brotcorne, P., & Mariën, I. (2020). *Barometer Digitale Inclusie 2020*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.

Faure, L., Brotcorne, P., Vendramin, P., Mariën, I., Dendonder, J., & Dedonder, J. (2022). *Barometer Digitale Inclusie 2022*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.





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

Uiteraard wordt het adressenbestand uitsluitend gebruikt voor de verspreiding van de producties van de studiedienst en het beheer van het tijdschrift. Dit bestand is alleen toegankelijk voor de medewerkers en leveranciers van CM die betrokken zijn bij dit beheer. Het wordt ook op een veilige manier bewaard.

In het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR), kan je op elk moment vragen om je persoonsgegevens te raadplegen en, indien nodig, onjuiste gegevens te corrigeren of om jouw gegevens te vervolledigen. In dit kader kan je ook vragen dat je persoonsgegevens tijdelijk niet worden verwerkt (behalve in een aantal door de wet bepaalde gevallen) totdat de juistheid ervan is gecontroleerd.

Je kan ook vragen om een kopie van je persoonsgegevens te ontvangen en/of deze door te sturen naar een andere instelling of persoon van jouw keuze in een formaat dat het mogelijk maakt om de persoonsgegevens gemakkelijk door te sturen.

Je persoonsgegevens worden niet langer bewaard dan nodig is voor de in dit document beschreven doeleinden. Indien je van mening bent dat CM je persoonsgegevens niet meer kan verwerken in het kader van *Gezondheid & Samenleving*, kan je in bepaalde specifieke gevallen ook vragen om je persoonsgegevens definitief te laten verwijderen. In plaats van verwijdering kan je vragen om de gegevens te bewaren, maar niet meer te verwerken (behalve in bepaalde gevallen die door de wet worden voorgeschreven).

Indien je van mening bent dat CM je persoonsgegevens niet rechtmatig en legaal verwerkt, kan je een klacht indienen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit (contactgegevens beschikbaar op: <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be>). In dergelijk geval raden wij je echter aan om eerst contact op te nemen met onze Data Protection Officer. Mogelijke problemen of misverstanden kunnen vaak gemakkelijk worden opgelost.

Als je je op *Gezondheid & Samenleving* hebt geabonneerd, maar nadien van gedachten verandert, kan je je toestemming altijd intrekken. Intrekking van de toestemming doet geen afbreuk aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de vóór de intrekking verleende toestemming.

Voor de uitoefening van bovenstaande rechten kan je, indien je *Gezondheid & Samenleving* niet meer wenst te ontvangen, dit schriftelijk laten weten bij

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten - Studiedienst

Mieke Hofman  
Haachtsesteenweg 579  
1031 Schaarbeek

Of per mail: [GezondheidEnSamenleving@cm.be](mailto:GezondheidEnSamenleving@cm.be)

Indien je meer algemene informatie wenst over de verwerking van persoonsgegevens door CM, kan je ons algemeen privacybeleid raadplegen op onze website: <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>

# Inhoud

Editoriaal: We moeten niet wachten 02

Studie: Hoe het welzijn verbeteren aan het einde van de loopbaan? 06

Studie: Familiale conflicten: een belangrijk aandachtspunt in levenseindezorg 36

Studie: Evaluatie van de conventie borstreconstructie 58

Voor u gelezen: Digitale inclusie: helft van de Belgen surft niet mee op de digitale golf 72

## Colofon

<b>Verantwoordelijke uitgever</b>	Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel
<b>Hoofdredactie</b>	Élise Derroitte
<b>Eindredactie</b>	Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova
<b>Redactiecomité</b>	Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest
<b>Lay-out</b>	Gevaert Graphics
<b>Druk</b>	Albe De Coker
<b>Retouradres</b>	CM-MC Studiedienst, Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel
<b>Copyright</b>	De studies van Gezondheid & Samenleving worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons "by/nc/nd"