

CM-Informatie

Analyses en standpunten

Driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

268

juni 2017

Ziekenfondspact

De absolute verdienste van het pact is dat ze de belangrijke rol en opdrachten van de ziekenfondsen bevestigt en versterkt, ook naar de toekomst toe. De rol van het ziekenfonds als informatieverlener en gezondheidscoach komt prominent naar voor. Ook de rol van medebeheerder op gebied van beleid en budget van de gezondheidszorg wordt benadrukt en versterkt.

Patiëntenrechten

De actie patiëntenrechten 2017 vestigt de aandacht op financiële transparantie. Belangrijke boodschap hierbij is dat een patiënt recht heeft op voorafgaandelijke informatie over de kostprijs van een behandeling. Een stappenplan geeft in 10 eenvoudige stappen weer hoe je tot een geslaagde consultatie bij je zorgverlener kan komen.

Online coach Victor

In januari 2017 lanceerde CM de Nederlandstalige online gezondheidscoach Victor. Deze helpt leden via dagelijkse uitdagingen en duidelijke informatie op weg naar gezond gedrag op acht gezondheidsdomeinen. Zo komt CM tegemoet aan de eerste as van het ziekenfondspact.

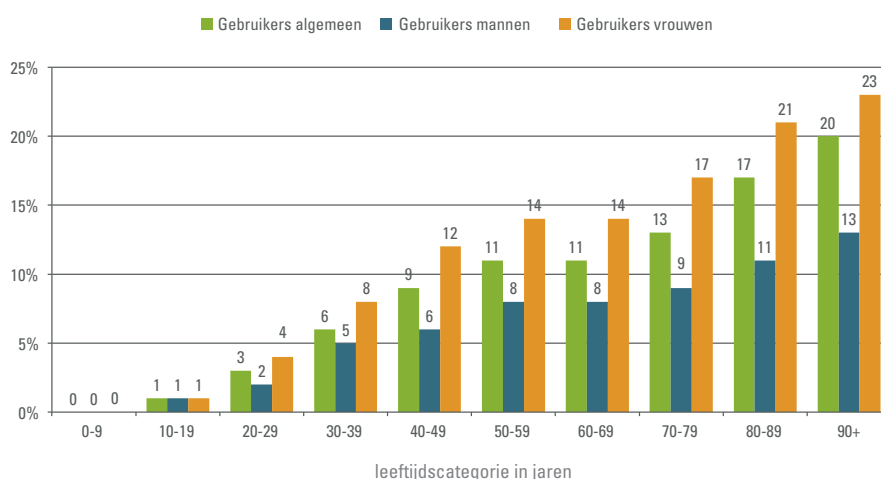
Vakantie en gezondheid

Het blijkt dat de frequentie van reizen, de tevredenheid over een reis, de perceptie van gezondheidsvoordelen en sociale contacten tijdens vakanties een positieve impact hebben op het welzijn van senioren.

Ouder en gelukkiger?

Een CM-onderzoek rond het gebruik van antidepressiva leert dat het idee van de gelukkige oude dag voor heel wat oudere volwassenen niet opgaat.

Figuur 1: % gebruikers van antidepressiva volgens leeftijd en geslacht (extrapolatie naar Belgische bevolking op basis van CM-gegevens 2014)



CM. Hoe gaat het met u?

Via de wet op ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen van 6 augustus 1990, kregen deze ziekenfondsen de taak om het 'fysiek, psychisch en sociaal welzijn van hun leden te bevorderen in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit'. Dit houdt in dat een ziekenfonds niet alleen de zieke, maar ook de (nog) gezonde leden moet begeleiden en ondersteunen naar een kwaliteitsvol en gezond leven. Daarom is een ziekenfonds ook een gezondheidsfonds. De definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), die de wet van 1990 gebruikte, zou moeten bijgesteld worden. Naast de fysieke, psychische en sociaal-maatschappelijke component, zijn ook de spiritueel-existentiële dimensie (zingeving), de kwaliteit van leven en het goed dagelijks kunnen functioneren van groot belang. Dit ruimere begrip van gezondheid, omschreven als 'positieve gezondheid', bekijkt gezondheid tevens als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren om die gezondheid te bereiken. Uiteraard moet ook de omgeving zo zijn ingericht dat zij gezondheid bevordert. De artikels in dit nummer tonen aan dat ziekenfondsen en CM nu al de switch naar gezondheidsfondsen maken en rekening houden met de bredere definitie van gezondheid.

De rol van gezondheidsfonds bevestigde minister De Block in het ziekenfondspact dat zij in november 2016 met de ziekenfondsen sloot. Dit pact omvat zes grote assen. Vier van deze assen hebben een link met de uitbouw van het gezondheidsfonds, namelijk

- as 1: informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden;
- as 2: bijdrage tot kennisopbouw en beleidsvoorbereiding;
- as 4 :de rol van adviserend geneesheer en;
- as 5: de inzet van de verplichte aanvullende verzekering om dit te bereiken.

De rol van 'gezondheidsfonds' als informatieverlener, aanleren van gezondheidsvaardigheden ('health literacy') en gezondheidscoach komt prominent naar voor.

Onze leden nemen bijna allen, bijvoorbeeld bij de start van een nieuw jaar, goede voornemens om hun gezondheid te bevorderen, zo blijkt uit eigen onderzoek. Die voornemens situeren zich vooral op het vlak van meer bewegen, gezonder gaan eten en/of vermageren, minder stress of er beter mee leren omgaan, beter slapen, minder alcohol of stoppen met roken. Uit onze bevraging blijkt dat veel mensen er echter niet in slagen om deze goede voornemens ook waar te maken. De leden die niet doorzetten, geven aan dat ze nood hebben aan iemand die hen ondersteunt en mee op weg helpt, aan iemand om goede voornemens samen mee

uit te voeren of aan meer tijd om hun voornemens te realiseren. Met voorbeelden geven we aan hoe CM hier, nu en in de toekomst, de nodige ondersteuning zal geven als gezondheidscoach.

Ook ouderen hebben nood aan de gepaste ondersteuning. In tegenstelling tot de algemeen gangbare idee van de zorgeloze, gelukkige oude dag, blijkt uit onze gegevens dat ouderen meer dan andere leeftijdsgroepen antidepressiva slikken. Een tachtiger gebruikt drie maal meer antidepressiva dan een dertiger. Bij vrouwen boven de tachtig is dit één op vijf. Afscheid nemen van het beroepsleven, verminderde fysieke mogelijkheden, chronische aandoeningen, het wegvallen van partner en vrienden en eenzaamheid zijn voorbeelden van verlieservaringen die hen kwetsbaar maken. Ook hier ligt voor CM als gezondheidsfonds een belangrijke uitdaging. Onder meer Okra, Samana, Enéo en Altéo, maar ook de diensten voor preventie investeren in een aanbod als antwoord hierop.

Misschien kan ook een vakantie een goed idee zijn. Onderzoekers bevraagden oudere Franstalige en Duitstalige CM-leden over de invloed van vakantie op hun gezondheid. Ondanks toenemende gezondheidsproblemen bij het ouder worden, gaan nog heel veel ouderen op verlof. Zij geven aan dat dit hun gezondheid echt ten goede komt. Reizen zorgt voor een intellectuele stimulans, zorgt voor sociale contacten, een andere omgeving, kortom voor een gevoel van 'voldoening'. Verscheidene korte reizen zijn heilzamer dan één jaarlijkse lange reis. Slecht te been zijn, blijft samen met budgettaire beperkingen en familiale omstandigheden de voornaamste reden om niet meer te reizen. Het aanbieden van sociale betaalbare reizen past dus perfect binnen het concept van een gezondheidsfonds.

Ten slotte bespreken we de resultaten van een bevraging bij onze leden over de kennis van en het spreken met zorgverleners over de kostprijs van een behandeling. Bij de huisarts, psychiater, kinesist, logopedist en osteopaat kennen onze leden meestal de prijs die ze zullen moeten betalen. Dit is veel minder het geval bij de tandarts of de oogarts. Nochtans heeft de patiënt het recht om ook over de financiële gevolgen van een behandeling te worden geïnformeerd. CM ziet het als haar taak om hierover blijvend te sensibiliseren en te informeren.

Michiel Callens

Departementsdirecteur R&D

Ziekenfondspact bevestigt en versterkt de rol van de ziekenfondsen

Sigrid Vancorenland, Departement Onderzoek & Ontwikkeling

Met dank aan: Alain Conrath (Strategisch adviseur van de directie), Frank De Smet en Alex Peltier (Medische Directie), Katte Ackaert en Michiel Callens (Departement Onderzoek en Ontwikkeling)

Inleiding

Op 28 november 2016 werd het ziekenfondspact ondertekend. Dit historisch pact werd afgesloten tussen de ziekenfondsen en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block. Het zet enkele duidelijke afspraken op papier over de rol die de ziekenfondsen de komende tijd zullen opnemen binnen de gezondheidszorg. De talrijke veranderingen op technologisch, politiek, cultureel en demografisch vlak vormen een uitdaging voor de gezondheidszorg van vandaag en die van morgen. Daarom werd het initiatief genomen om de rol en opdrachten van de ziekenfondsen aan te passen om aan deze talrijke uitdagingen een antwoord te kunnen bieden.

Het pact is opgebouwd rond zes grote moderniseringsassen:

- 1. Informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden*
- 2. Beleidsondersteuning en goed beheer van de gezondheidszorgverzekering*
- 3. Handhaving en doelmatigheid*
- 4. Adviserend geneesheren*
- 5. Verplichte aanvullende verzekering*
- 6. Goed bestuur en transparantie*

In een afzonderlijk deel van het pact wordt een stabiel en responsabiliserend budgettair kader besproken.

De scope van het pact is duidelijk begrensd. Het is belangrijk te benadrukken dat de sector arbeidsongeschiktheid buiten de scope van het pact ligt. Ook al wordt er in het pact over de rol van de adviserend geneesheer gesproken, de hervormingen binnen de sector arbeidsongeschiktheid worden niet in het pact geregeld maar in een ad-hoc werkgroep. Het pact handelt enkel over de verplichte ziekteverzekering en de verplichte aanvullende verzekering van de ziekenfondsen en niet over de mutualistische hospitalisatieverzekeringen. Het pact heeft geen impact op de werking van het ziekenfonds van de NMBS en de Hulpkas. Tot slot focust het pact op de rol en opdrachten die de ziekenfondsen spelen op het federaal bestuursniveau.

In het pact wordt duidelijk gesteld hoe de verzekeringsinstellingen zich differentiëren van andere actoren in de gezondheidszorg. Het geeft eveneens aan hoe zij zich onderling kunnen en mogen differentiëren en waar hun werking uniform moet zijn en (meer) samenwerking mogelijk en wenselijk is.

In het pact staan een hele reeks actie-verbintenissen en de uitvoering hiervan vereist een permanente intermutualistische coördinatie binnen zowel de bestaande commissies als de ad hoc werkgroepen.

In dit artikel worden de 6 moderniseringsassen besproken, telkens volgens een zelfde opbouw.

- Wat is de uitdaging voor de gezondheidszorg?*
- Welk antwoord biedt het pact hierop?*
- Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?*

1. Informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden

De uitdaging: het versnellen van de evolutie van een administratieve en uitbetalingsinstelling naar een model waarin de leden geïnformeerd, begeleid en gecoacht worden om wegwijs te geraken in het speelveld van de gezondheidszorg, zijn actoren, de rechten en verplichtingen van de patiënt, de financiële modaliteiten, enzovoort.

Het antwoord vanuit het pact: de ziekenfondsen moeten op verschillende domeinen activiteiten ontplooiën naar de leden toe als informatieverlener en gezondheidscoach, waaronder:

- De toegankelijkheid van de gezondheidszorg: de problematiek van een moeilijke financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg voor bepaalde groepen analyseren en opvolgen en maatregelen en acties voorstellen om hieraan te verhelpen
- Het informeren van leden
- Het bevorderen en promoten van gezondheidsvaardigheden (health literacy)
- Toezien op de rechten van de leden en het opnemen van rechten
- Geïntegreerde zorg

De verzekeringsinstellingen staan elk afzonderlijk in voor een kwaliteitsvolle informatieverlening, hulpverlening aan en gezondheidscoaching van de leden. Daarnaast zal er versterkt worden ingezet op het realiseren van gemeenschappelijke acties van de verzekeringsinstellingen (VI) inzake informatieverlening en gezondheidscoaching. Jaarlijks zal de minister hiervoor input vragen van onder meer het NIC (Nationaal Intermutualistisch College) omtrent mogelijke gezamenlijke acties. Vanaf 2018 wordt jaarlijks minstens één door de minister gevalideerde gemeenschappelijke nieuwe actie uitgevoerd door de VI's.

Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?

Het domein van informatieverstrekking, begeleiding en gezondheidscoaching van de leden is niet nieuw voor CM. Integendeel, daar zet ze al jaren stevig op in.

Zo bracht CM in 2008 voor de eerste keer de **gezondheidsongelijkheden** bij haar leden in kaart¹. Dit betekende de start van een sensibiliseringscampagne binnen CM over deze ongelijkheden. Er werden enkele proefprojecten opgezet om de

ongelijkheden bij de eigen leden te bestrijden². Langzaam aan werden grote en kleine projecten opgestart of verder uitgebreid in de plaatselijke ziekenfondsen. In 2015 werd de studie naar gezondheidsongelijkheden bij CM-leden geactualiseerd³. Ondertussen is in CM Oostende al enkele jaren een armoedeconsulent aan het werk en sinds kort in CM Leuven ook. CM is ook partner van Decenniumdoelen en werkt samen met andere ziekenfondsen, vakbonden en armoedeverenigingen om de problematiek van armoede in de kijker te houden en voorstellen tot verbetering te formuleren. Hiertoe dient onder andere een jaarlijkse armoedebaarometer, waarin wordt aangetoond wat de evoluties zijn op verschillende domeinen in zake armoedebestrijding en ongelijkheden (gezondheid, werk, inkomen, wonen, opleiding, ...). Ook zijn we als CM voorvechter geweest van de verplichting van de sociaal betalende derde voor personen met een verhoogde tegemoetkoming (VT) bij de huisarts.

Elk jaar organiseert CM een grote nationale actie op de Europese dag van de **patiëntenrechten** op 18 april. De bedoeling is een welbepaald patiëntenrecht uit te leggen en aan de hand van ludieke acties en flyers de kennis van deze rechten te vergroten bij de leden en het belang ervan aan te tonen. Er worden bovendien ook tools aangereikt om gemakkelijker van dit recht gebruik te maken. In 2015 werd het conventioneringsstatuut van de artsen behandeld en in 2016 het recht op een elektronisch patiëntendossier. Dit jaar is dat het recht op informatie voorafgaandelijk aan een behandeling, waaronder de informatie over de financiële gevolgen (de kostprijs)⁴.

In 2015 voerde CM in samenwerking met de UCL een baanbrekend onderzoek uit over **gezondheidsvaardigheden** (health literacy)⁵. Voor de eerste keer werden de gezondheidsvaardigheden in kaart gebracht in België. Vier op tien Belgen scoren minder goed, wat wil zeggen dat ze minder goed in staat zijn om informatie te vinden, correct te interpreteren en te gebruiken om over te gaan tot gezond gedrag. In het najaar van 2016 volgde hierop langs Nederlandstalige kant de campagne 'Foute informatie schaadt de gezondheid'⁶ om mensen op weg te zetten om kritisch(er) om te gaan met gezondheidsinformatie. Gezondheidsmythes vormen de rode draad doorheen de campagne. In het kader van de campagne werden ludieke filmpjes uitgewerkt en een

1 Avalosse H. et al. Sociale ongelijkheden op vlak van gezondheid: vaststellingen op basis van de gegevens van ziekenfondsen. CM-Info 233: 3-14. September 2008.

2 Crommelynck A. et al. Gezondheidsongelijkheid. Resultaten van de actie-onderzoeksprojecten. CM-Info 238: 24-37. December 2009.

3 Avalosse H. et al. De gezondheidsongelijkheid bij leden: stilstaan is achteruit gaan. CM-Info 262: 26-39, december 2015.

4 Zie artikel in dit CM-Info nummer: Actie patiëntenrechten. Het gesprek over de kostprijs aangaan bij een zorgverlener is niet onze gewoonte.

5 Vancorenland S., Avalosse H., Verniest R, Callens M. e.a. De gezondheidsvaardigheden van de Belgen in kaart gebracht. CM-Info 258, december 2014.

laagdrempelige flyer waarmee lezers door middel van zeven vragen kritisch kunnen stilstaan bij gezondheidsinformatie.

De **diensten maatschappelijk werk** zetten stevig in op het toeleiden van hun leden naar rechten. Het CM infopunt chronisch zieken en Point info malades chroniques bieden ondersteuning aan chronisch zieken en hun mantelzorgers om de juiste informatie, hulp en begeleiding te krijgen.

Ook de **adviserend geneesheer en de paramedici** spelen een rol in het begeleiden en coachen van de leden. Sinds 2009 is aan de wettelijke opdrachten van de adviserend geneesheer het informeren over voordelen toegevoegd. Dit betekent dat de adviserend geneesheer en de paramedici de patiënt informeren en/of begeleiden naar de dienst Maatschappelijk Werk, zodat het lid weet op welke tegemoetkomingen en voordelen hij recht heeft.

De talrijke **preventiecampagnes** die CM op poten heeft gezet in de afgelopen jaren behoren ook tot deze as. Denken we maar aan:

- Je pense aussi à moi: bewustmaking van het belang van een goed mentaal evenwicht in je leven door middel van een website en talrijke regionale acties.
- Kilootje minder coach: een online tool die mensen op weg helpt naar een gezondere levensstijl met meer beweging, evenwichtiger eten en een gezond gewicht.
- Pluk je geluk: door middel van cursussen, coaching en informatie wordt aandacht besteed aan de geestelijke gezondheid.
- Victor, de gezondheidsapp. Met concrete tips en oefeningen op maat wordt gewerkt aan een gezonde levensstijl. Men kiest zelf de domeinen waarin men aan de slag wil gaan (slaap, voeding, stemming, stress, beweging, alcohol, roken en gewicht).

De lijst is veel langer dan de hierboven opgesomde projecten. Maar ze tonen wel aan dat we als ziekenfonds al massaal inzetten op dit domein. Dit zal in de komende jaren enkel aangehouden blijven en nog versterkt worden.

2. Beleidsondersteuning en goed beheer van de gezondheidszorgverzekering

De uitdaging: deelnemen aan en mee verantwoordelijkheid nemen voor een meer geïntegreerde beleidsvoering inzake gezondheidszorg(verzekering) door:

- het meewerken aan de vaststelling en uitvoering van de gezondheidsdoelstellingen;
- het ter beschikking stellen van gegevens en kennis;
- het opnemen van een actieve en verantwoordelijke rol binnen de organen van de gezondheidszorg(verzekering).

Het antwoord vanuit het pact: bevestiging van de belangrijke rol en verantwoordelijkheid van de VI's inzake de beleidsontwikkeling en het budgetbeheer binnen de gezondheidszorgverzekering.

Deze wordt geconcretiseerd in een aantal doelstellingen:

- Een actieve rol in het beheer van de verplichte verzekering en gezondheidszorg
- Actieve partners in de hervormingen in de federale gezondheidszorg
- Een actieve medewerking aan de vaststelling, uitvoering en opvolging van gezondheidsdoelstellingen
- Samenwerking tussen de verzekeringsinstellingen en overheid met het oog op een slagkrachtig health research system
- Een actieve partner in de datastrategie binnen de federale gezondheidszorg

Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?

Door de grote hoeveelheid aan gegevens waarover we als mutualiteit beschikken, zijn we in staat te participeren aan de strategische ontwikkeling van de verplichte ziekteverzekering.

Een aantal projecten zijn hier al een voorbeeld van.

In 2000 startte CM met haar eerste **totale heupprothese studie**⁷. Deze toonde aan dat de verschillen in zorg tussen ziekenhuizen zeer groot waren. Het ging onder andere over de overleving van de heupprothese op 10 jaar, het percentage bloedtransfusie van de geopereerde patiënten, de mediane verblijfsduur, ... Voor zover er voldoende gegevens beschikbaar waren, werden de resultaten per ziekenhuis en per chirurg vervolgens vertrouwelijk ter beschikking gesteld van de betrokkenen via een interactieve module op internet, dit met het oog op verbetering van de kwaliteit van zorg. In 2009 werd een update van deze studie uitgevoerd^{8,9,10}. De verschillen in de praktijken tussen ziekenhuizen bleven een grote uitdaging, maar op een aantal vlakken werd duidelijk vooruitgang geboekt: het percentage bloedtransfusies daalde drastisch, de verblijfsduur werd met ongeveer de helft verkort en de overleving van de prothese op tien jaar steeg. Ook nu werden de individuele resultaten vertrouwelijk ter beschikking gesteld. Maar deze

6 De campagne 'Foute informatie schaadt de gezondheid' werd uitgewerkt i.s.m. Marleen Finoulst en 'Gezondheid & Wetenschap' www.cm.be/gezondheidsinfo.

7 Diels J. (2000) Totale heupprothese. Variatie in medische praktijk en lange termijn resultaat. *CM-themadossier 2*.

keer werden ook verschillende ziekenhuizen bezocht om de individuele resultaten te bespreken en om de ziekenhuizen aan te moedigen een plan uit te werken om hun resultaten te verbeteren of te handhaven. In 2015 volgde de derde heupstudie¹¹ die aantoonde dat er ondanks lichte verbeteringen nog steeds een grote variabiliteit in zorg tussen ziekenhuizen blijft bestaan.

Na grondige reflectie werd besloten om de piste van de anonieme en eerder algemene publicatie daarom te verlaten en over te gaan tot de publicatie van de indicatoren per ziekenhuis, die bij naam genoemd worden¹². De drijfveer hiervoor is om door een 'public disclosure' (het publiek bekend maken van resultaten) een steentje bij te dragen aan de verbetering van de zorgkwaliteit en de veiligheid van patiënten. Als ziekenfonds hebben we een belangrijke rol te spelen in het informeren van onze leden. Zij hebben recht op gegevens waar ze terecht kunnen voor de best mogelijke kwaliteit wanneer ze bijvoorbeeld een operatie voor een totale heupprothese moeten ondergaan.

Ook met de **ziekenhuisbarometer**¹³ wijst CM op de verschillen tussen ziekenhuizen, zij het dan op financieel vlak. Het verschil in deze studie zijn de supplementen die aangerekend worden bij een ziekenhuisopname en die zo voor een aanzienlijk verschil zorgen in de hospitalisatiefactuur tussen de verschillende ziekenhuizen. Ook hier worden de namen van de ziekenhuizen niet geschuwd, zodat patiënten een geïnformeerde keuze kunnen maken.

Enkele jaren geleden deed CM baanbrekend werk op het domein van **transparantie over kwaliteitsindicatoren in ziekenhuizen bij zeldzame kankers**. In juni 2013 publiceerde ze een persbericht over hoeveel CM-leden in elk Vlaams ziekenhuis operatief behandeld waren voor slokdarmkanker in 2012¹⁴. KCE onderzoek had eerder aangetoond dat voor deze delicate operatie bij deze zeldzame kanker een minimum van 20 operaties per jaar de drempel is om kwaliteit van zorg te kunnen garanderen. Het KCE had niet vermeld welke ziekenhuizen deze minimumdrempel haalden, CM deed dit wel. Dit was een absolute primeur! Mensen kregen eindelijk op een transparante

en wetenschappelijk onderbouwde manier inzicht in welke ziekenhuizen hen de beste kwaliteit konden bieden voor een bepaald type van zorg.

De weg lag open voor verder onderzoek, op grotere schaal. In september 2014 publiceerde het IMA (InterMutualistisch Agentschap) een onderzoek over slokdarm- en pancreaskanker¹⁵. Het volume operaties, gelinkt aan slokdarmkanker en pancreaskanker, werd vergeleken tussen verschillende ziekenhuizen. Aangezien het om een IMA onderzoek ging, werden de resultaten bekomen op basis van alle ziekenfondsen samen en niet enkel op basis van CM gegevens. De onderzoeksresultaten toonden aan dat slechts drie ziekenhuizen minstens 20 operaties per jaar uitvoeren. Er werd een pleidooi gehouden voor een betere kwaliteit van zorg bij zeldzame vormen van kanker door het zorgaanbod beter te organiseren en niet langer in elk ziekenhuis elk type van gespecialiseerde zorg aan te bieden. De publicatie van de resultaten heeft zijn effect niet gemist: bepaalde ziekenhuizen hebben beslist om te stoppen met deze operaties gezien hun lage activiteit op dit domein. De kennis werd nog verder verfijnd met een IMA publicatie in mei 2015 over het aantal Whipple-operaties die jaarlijks in elk ziekenhuis uitgevoerd worden (in de periode van 2010 tot en met 2013)¹⁶. Het gaat om een risicovolle operatie die wordt uitgevoerd bij pancreaskanker en ervaring vereist.

Ondertussen had het KCE onderzoek verricht naar operaties bij longkankerchirurgie. De vaststelling was nogmaals dat ervaring en kwaliteit samenhangen. In april 2016 publiceerde het IMA het aantal operaties bij longkankerchirurgie per ziekenhuis (op basis van cijfers uit 2006 - 2014)¹⁷. Ook nu weer werd aan mensen op een transparante wijze inzicht en begeleiding gegeven in de keuze van het ziekenhuis bij longkankerchirurgie. Want zoals de titel van het persbericht duidelijk maakte: deze keuze is van levensbelang!

Het mag duidelijk zijn: de laatste jaren zijn grote sprongen vooruit gemaakt wat betreft transparantie over kwaliteit van zorg. Als ziekenfonds, als CM, hebben we hierin een baanbrekende en betekenisvolle rol gespeeld. De komende

- 8 Ackaert K., de Béthune X. & Mertens R. (2009) Totale heupprothesen in België: een vervolganalyse. Deel 1. Aantal heupprothesen en de kostprijs van een totale heupprothese. *CM-Info* 236, 24-32.
- 9 Ackaert K., de Béthune X. & Mertens R. (2009). Totale heupprothesen in België: een vervolganalyse. Deel 2. Variatie in types prothesen en overleving. *CM-Info* 238, 3-18.
- 10 De Béthune X., Boly J., Van Dooren J., Gillet P. & Ackaert K. (2011) Totale heupprothese in België : gedetailleerde analyse van de praktijken en resultaten inzake totale heupprothese: en wat daarna? *CM-Info* 245, 20-24.
- 11 Ackaert K., de Béthune X. (2015) *CM-studie totale heupprothese: 24 jaar analyses: Nick krijgt het op zijn heupen*. CM-info 261: 23-36.
- 12 de Béthune X., Ackaert K. (2015) *CM-studie totale heupprothese: 24 jaar analyses: de volgende stap in een transparante en evenwichtige samenwerking tussen zorgverleners en patiënten en tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen*. CM-info 262: 3-17.
- 13 van Sloten F., Wantier M. *CM ziekenhuisbarometer 2016*. CM-Info 267. Maart 2017.
- 14 <https://www.cm.be/actueel/onderzoeken/slokdarmkanker-aantal-ingrepen.jsp>
- 15 <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2014/nood-aan-concentratie-van-expertise-voor-zeldzame-en-complexe-aandoeningen.jsp>
- 16 <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2015/pancreaskanker.jsp>
- 17 <https://www.cm.be/ziekte-en-behandeling/kwaliteit-van-zorg/longkanker.jsp>

jaren zal op dit elan verder gegaan worden. We zullen als ziekenfonds onze rol blijven opnemen om, op basis van de gegevens waarover wij beschikken, inzicht te verschaffen in kwaliteit van zorg en aanbevelingen te formuleren over een meer efficiënte organisatie van zorg.

3. Handhaving en doelmatigheid

De uitdaging: mee verantwoordelijkheid nemen voor een geoptimaliseerd gebruik van de beschikbare en begrensde middelen in de gezondheidszorgverstrekking door:

- een versterkte opname van de rol als handhaver van de correcte uitvoering van de reglementering in de gezondheidszorgverzekering
- binnen een gecoördineerde handhavingstrategie, met moderne en responsabiliserende instrumenten
- en een transparante verantwoording naar de overheid

Het antwoord vanuit het pact: actieve medewerking aan een geïntegreerde en gecoördineerde meerjarenstrategie en aanpak inzake handhaving en doelmatigheid.

Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?

Het NIC (waaronder één vertegenwoordiger van CM) is vertegenwoordigd in de anti-fraudecommissie bij het RIZIV (CAFC) die op strategisch niveau het handhavingsbeleid en het daarbij horend dataverkeer tussen het RIZIV en de VI's wenst te optimaliseren, coördineren en af te stemmen. Men onderscheidt hier dikwijls structurele maatregelen, maatregelen in het kader van fraudebestrijding en maatregelen voor doelmatige zorg. In de nabije toekomst is er tevens een upgrading voorzien van de CAFC naar een "geïntegreerd platform". Een van de belangrijke taken op dit niveau is momenteel het opvolgen van het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016- 2017¹⁸.

In oktober 2015 werd op het niveau van het NIC en in het kader van de fraudebestrijding een **intermutualistische commissie 'data mining & controle'** opgericht waar CM een trekkende rol wenst te spelen. De (facturatie)gegevens die verzameld worden door de ziekenfondsen en het intermutualistisch agentschap (IMA – zij beheren een databank met de facturatiegegevens van alle mutualiteiten) kunnen een cruciale rol spelen in het opsporen van fraude en misbruik door zorgverleners en –gebruikers. In dit kader is het ook essentieel dat alle partners (individuele landsbonden, IMA, Nationaal Intermutualistisch College (NIC) en het RIZIV/Dienst voor Geneeskundige Evaluatie

en Controle (DGEC)) die een rol spelen in dit proces, op een efficiënte manier samenwerken. Het is in deze context dat het samenwerkingsprotocol tussen deze verschillende partners werd opgezet - het zogenaamde circuit fraude VI/IMA-NIC/RIZIV-DGEC - waar iedere speler ten volle zijn eigen rol kan opnemen. In dit circuit speelt de specifiek daartoe opgerichte en hiervoor vermelde commissie data mining en controle ter hoogte van het NIC, een centrale en coördinerende rol op operationeel niveau. Zij fungeert onder andere als aanspreekpunt voor het RIZIV betreffende concrete vragen rond fraude die kunnen worden geëxploreerd met data van het IMA, zij kan zelf het initiatief nemen om specifieke vragen aan het IMA voor te leggen en zij evalueert de resultaten die hieruit voortvloeien. Indien nodig wordt de nodige opvolging voorzien en worden de resultaten gedeeld met het RIZIV. Deze commissie heeft bovendien als taak om de interne controles binnen de individuele VI's op elkaar af te stemmen en om het uitwisselen van de resultaten van deze controles te bevorderen. Bovendien speelt zij ook een belangrijke rol in het verzamelen, beoordelen en opvolgen van fraudesignalen die worden aangeleverd door de VI's. De ziekenfondsen zullen in de toekomst trouwens ook meer inzetten op een systematische verzameling van dergelijke signalen via (een) meldpunt(en). Een belangrijk eerste initiatief met behulp van de facturatiegegevens bij het IMA - dat ook onderdeel uitmaakt van het deel fraudebestrijding van het Actieplan handhaving (Punt 5.10) – dat werd genomen door de Commissie data mining & controle, betreft de outliercontrole in de logopedie.

Een voorbeeld van een concrete structurele maatregel in het kader van fraudebestrijding is het feit dat in de toekomst **elk contact met een zorgverlener zal moeten verlopen via de elektronische identiteitskaart als voorwaarde voor de toepassing van de elektronische facturatie**. Hier hebben we als CM op aangedrongen. Met de derde betaler werden sommige prestaties aangerekend zonder dat er contact met de patiënt was geweest, wat neerkomt op fraude. Indien daarentegen bij elk contact de elektronisch identiteitskaart ingelezen moet worden, is er meer zekerheid dat er effectief een contact is geweest.

Wat de maatregelen voor doelmatige zorg betreft, zal men in de toekomst met gemengde teams IMA/VI-RIZIV werken om onder andere de specifieke items uit te diepen die in dit kader in het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016- 2017 staan beschreven.

Tot slot speelt ook **de adviserend geneesheer** een rol in het handhavingsbeleid en dit zal het geval blijven in de toekomst. Ze zijn zowel bevoegd voor controle op de arbeidsongeschiktheid als voor controle binnen gezondheidszorg (vb: goedkeuring terugbetaling bepaalde geneesmiddelen, orthodontie).

18 <http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/planhandhavingARaad18juli2016.pdf>

4. Adviserend geneesheren

De uitdaging: meewerken aan een gemoderniseerde en geprofessionaliseerde rol van de adviserend geneesheren, die toegespitst is op hun echte kerntaken.

Hoewel het pact niet handelt over de sector uitkeringen, kan voor de rol van de adviserend geneesheer het takenpakket moeilijk opgesplitst worden tussen gezondheidszorg en uitkeringen. In de sector van de uitkeringen zijn er veel evoluties. Het aantal arbeidsongeschikten (zowel primair als de invaliden) blijft toenemen. De rol van de adviserend geneesheer ligt niet enkel bij het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid, maar ook bij de begeleiding naar re-integratie van invaliden. Maar het aantal adviserend geneesheren daalt en het aanwerven van nieuwe collega's is niet altijd even gemakkelijk. Om een antwoord te kunnen bieden op al deze evoluties was het noodzakelijk om het takenpakket van de adviserend geneesheren (op vlak van gezondheidszorg en uitkeringen) te herevalueren en te zien hoe dit aangepast kan worden om een goed antwoord te bieden op de huidige tendensen.

Het antwoord vanuit het pact:

- De kerntaken van de adviserend geneesheren scherp stellen en moderniseren:
 - Vanuit het huidige takenpakket de kerntaken formuleren (= welke taken blijven behouden voor de adviserend geneesheren, omdat dit een meerwaarde voor de uitvoering zou zijn)
 - Duidelijk aflijnen wat de taken van de adviserend geneesheren zijn en welke voor de geneesheer-inspecteur (RIZIV)
 - Het formuleren van nieuwe kerntaken (gezien de huidige evoluties), zowel binnen de gezondheidszorg als binnen de sector uitkeringen
 - Per taak uit het takenpakket definiëren of deze taak persoonlijk door de adviserend geneesheer opgenomen moet worden of gedelegeerd kan worden
- Een fundamentele reflectie inzake een geactualiseerd statuut voor de adviserend geneesheer (met een bijzondere aandacht voor het herstellen van de aantrekkelijkheid van het beroep van de adviserend geneesheer)
- Governance van het korps van adviserend geneesheren (= de aansturing van en toezicht op de leden van het korps)

Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?

CM is al enkele jaren bezig met het herbekijken en herinvullen van de taak van de adviserend geneesheer. Verschillende projecten zijn opgestart om hieraan tegemoet te komen.

Het project 'medische meerwaarde' (2008) wou de adviserend geneesheer vooral inzetten voor die taken waar zijn medische kennis vereist is, zoals onder andere re-integratie in het

werkleven. Een aantal taken vereisen geen medische kennis. Zo zijn er een aantal toestemmingen die de adviserend geneesheer moet geven, waar enkel een leeftijdscriterium geldt (vb: toestemming terugbetaling orthodontie) en die dus gemakkelijk door iemand anders uitgevoerd kunnen worden. Een voorloper dus van wat nu in het ziekenfondspact beschreven staat.

CM was ook een voortrekker in de **multidisciplinaire samenwerking** voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Het proefproject in Gent in 2012 rond multidisciplinaire samenwerking werd later uitgerold naar alle CM ziekenfondsen. Voortaan staat de adviserend geneesheer niet meer alleen voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Paramedici worden ingeschakeld om een scherp beeld te krijgen van alle personen in het begin van hun arbeidsongeschiktheidsperiode. Zij screenen alle personen die net hun arbeidsongeschiktheid hebben aangegeven. Op basis van de antwoorden die de paramedici ontvangen op enkele vragen die per brief worden opgestuurd, wordt het risico op langdurige arbeidsongeschiktheid ingeschat. In die gevallen wordt de persoon onmiddellijk doorverwezen naar de adviserend geneesheer. De adviserend geneesheer en paramedici bepalen samen wie ze al dan niet moeten zien voor bijkomende informatie. Deze personen worden dan bij de paramedici uitgenodigd om meer informatie te krijgen en samen de brief te overlopen. De paramedici krijgt over het algemeen meer informatie van de persoon dan de adviserend geneesheer. De tussenkomst van de paramedici stopt indien enkel het medisch verhaal overblijft. Vanaf dan worden de personen enkel nog opgevolgd door de adviserend geneesheer.

Het voordeel van paramedici inschakelen is dat ze een andere invalshoek hebben dan de puur medische. De paramedicus focust op het functioneren in het dagelijks leven, op de omgevingsfactoren en geven raad op maat vanuit hun achtergrond. Momenteel zijn dit zowel verpleegkundigen en kinesitherapeuten, als ergotherapeuten, psychologen en sociaal verpleegkundigen.

Er zijn nu ook proefprojecten om paramedici in te schakelen in de fase van de werkhervatting. Daarvoor werken ze in CM Limburg nu met een 'return to work coach'. Op aangeven van de adviserend geneesheer wordt de persoon doorverwezen naar deze coach. Samen met de persoon in arbeidsongeschiktheid wordt bekeken welke stappen nodig zijn om weer aan het werk te gaan. Meestal gaat het om een gesprek met de werkgever om de overgang van arbeidsongeschiktheid naar werk weer mogelijk te maken.

Ook op het niveau van gezondheidsbegeleiding zullen de adviserend geneesheer en paramedici een rol kunnen spelen, in overleg met de zorgverleners. De patiënt helpen om tot een betere kennis van zijn eigen ziekte te komen, hem helpen om zijn behandeling nauwkeurig te volgen en hem helpen om de richtlijnen voor een gezonde levensstijl (voldoende beweging, gezond eten, ...) toe te passen, zijn hier voorbeelden van.

In de komende jaren zal dit een continue uitdaging blijven. De taken van de adviserend geneesheren zullen geëvalueerd en bijgestuurd worden. Dit zal ook een impact hebben op de werking van het ziekenfonds, waarin de adviserend geneesheer is ingebed, hoe langer hoe meer in multidisciplinaire teams.

5. Verplichte aanvullende verzekering

De uitdaging: Moderniseren van de verplichte aanvullende verzekering en uitzuiveren van het huidige aanbod.

Eén van de oorspronkelijke bedoelingen van de aanvullende verzekering was tegemoet te komen aan behoeften op het vlak van gezondheid en welzijn, die nog niet gedekt zijn door de verplichte ziekteverzekering. De aanvullende verzekering had zowel een portaalfunctie als een signaalfunctie. Een portaalfunctie omdat er zowel geëxperimenteerd kon worden met bepaalde tegemoetkomingen als latere lessen getrokken konden worden voor het moment dat deze opgenomen worden in de verplichte ziekteverzekering. Een signaalfunctie om bepaalde onvervulde noden in de kijker te zetten bij de overheid. Men stelt vast dat sommige ziekenfondsen voordelen aanbieden die weinig of geen aantoonbare bijdrage leveren tot de gezondheid. Soms worden deze voordelen gebruikt als concurrentieopbod tussen de verschillende ziekenfondsen. Het pact wil aan deze praktijk een einde maken.

Het antwoord vanuit het pact: de verplichte aanvullende verzekering als complementair aan, coherent met en voorportaal van de verplichte ziekteverzekering

- Het doel is niet om tot volledige uniformiteit tussen de ziekenfondsen te komen. De ziekenfondsen behouden de vrijheid en autonomie om eigen accenten te leggen. De aanvullende verzekering blijft dus zeker een middel voor profilering tussen de VI's.
- De aanvullende verzekering moet weer meer functie van voorportaal worden: innoverende gezondheidsgerichte tussenkomsten.
- Gezondheidsgerichte voordelen mogen niet in tegenspraak zijn met evidence based practice.
- De tussenkomsten gericht op maatschappelijke dienstverlening moeten ofwel gericht zijn op gezondheid ofwel gericht zijn op het verhogen van de draagkracht.
- De tussenkomsten uit de aanvullende verzekering mogen niet in conflict komen met de principes uit de verplichte ziekteverzekering.

Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?

Een intermutualistische werkgroep werkt sinds meerdere maanden aan een toekomstig voorstel van referentiekader en actieplan voor een nieuwe afbakening van de aanvullende verzekering rekening houdend met de principes in het pact.

Hierbij worden een inhoudelijk referentiekader en kwaliteitscriteria bepaald waaraan de voordelen en diensten die de ziekenfondsen als verrichting aanbieden, moeten voldoen.

De werkgroep onderscheidde twee soorten diensten:

- De tussenkomsten van de aanvullende verzekering gericht op gezondheidszorg.
- De tussenkomsten van de aanvullende verzekering gericht op sociale hulpverlening en welzijn en die rechtstreeks gekoppeld zijn aan de gezondheidsdeterminanten.

6. Goed bestuur en transparantie

De uitdaging: aanpassen van de organisatie en werking van de ziekenfondsen en de verantwoordings- en toezichtsmechanismen met het oog op transparantie en goed bestuur.

Het antwoord vanuit het pact:

- Verhogen van de bestuurskracht van de verzekeringsinstellingen.
- Versterken van de samenwerking tussen verzekeringsinstellingen.
- Versterken van de transparantie in het kader van de deelname aan het beheer en het overleg in de verplichte ziekteverzekering (transparantie over alle mandaten van alle actoren om belangenconflicten te vermijden).
- Versterken van de organisatorische transparantie voor de aanvullende verzekering
- Versterken van de financiële transparantie.
- Efficiëntieverhoging door vereenvoudiging en samenwerking op vlak van ICT en gegevensbeheer.

Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?

LCM heeft een deontologische code

De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM) stelde een deontologische code op met de normen inzake werkorganisatie en professionele gedragingen.

Hier streeft LCM volgende doelstellingen na:

Wij willen vermijden verantwoordelijk te zijn voor de beslissingen van de zorgverleners en medisch-sociale instellingen waarvan de prestaties door de verzekering geneeskundige verzorging worden terugbetaald terwijl wij enerzijds verantwoordelijk zijn voor de financiering van de verzekering geneeskundige verzorging en anderzijds belast zijn met de controle van de uitgaven ervan.

Bovendien willen wij vermijden dat als gevolg van een reeks specifieke situaties belangenconflicten ontstaan en ons

onafhankelijk oordeel in het gedrang komt. De deontologische code bevat een hoofdstuk over de scheiding van interne functies (Hoofdstuk I), een hoofdstuk over professionele transparantie (Hoofdstuk II) en een hoofdstuk over onverenigbaarheden inzake personeel (Hoofdstuk III). Deze drie reeksen richtlijnen en aanbevelingen zijn nodig om belangenconflicten te vermijden.

LCM heeft een Auditdepartement en een Auditcomité

De activiteit interne audit werd door het Instituut van interne auditoren (IIA) gedefinieerd als een onafhankelijke en objectieve activiteit waardoor het management verzekerd is dat de organisatie haar werking beheerst en die hieromtrent adviseert. Zo helpt deze toegevoegde waarde te creëren.

De functie interne audit helpt LCM deze doelstellingen te verwezenlijken door een systematische aanpak en methodiek te hanteren teneinde de efficiëntie van hun intern controlestelsel, risicobeheersing en governance te verbeteren.

De interne auditfunctie werd ingesteld door de Raad van bestuur. De verantwoordelijkheden met betrekking tot deze functie werden bepaald door de Raad van bestuur in het kader van zijn mandaat.

De Raad van bestuur delegeert deze supervisiefunctie aan het Auditcomité.

De directie Interne audit rapporteert functioneel aan het Auditcomité. Van elke interne auditopdracht wordt een schriftelijk verslag gemaakt ter attentie van de geauditeerden en de conclusies worden voorgesteld aan het Auditcomité overeenkomstig het rapporteringsproces van het departement Interne audit.

e-gezondheid

De verzekeringsinstellingen engageerden zich om het plan e-gezondheid dat tijdens de interministeriële conferentie Volksgezondheid werd goedgekeurd, te ondersteunen. Enerzijds zijn zij verantwoordelijk voor de verwezenlijking van talrijke digitaliseringsprojecten (toegang tot patiëntendossiers, afschaffing van "papier" documenten (facturen, attesten) en vervanging ervan door elektronische stromen). Anderzijds werken zij constructief mee aan andere actiepunten in dit plan.

De verzekeringsinstellingen waren pioniers toen zij al heel wat jaren geleden de eerste elektronische uitwisselingen (ziekenhuizen) tot stand brachten.

Inzake Mycarenet¹⁹ is al een zeer snelle stijging van het aantal uitwisselingen merkbaar: van 94 miljoen in 2014/Q1 naar 234 miljoen in 2016/Q1, dus 2,5 keer meer!

7. Een stabiel en responsabiliserend budgettair kader

Er wordt een transparant en stabiel budgettair kader overeengekomen tussen de ziekenfondsen en de regering, dat de ziekenfondsen in staat dient te stellen:

- hun opdrachten naar behoren te blijven vervullen;
- hun dienstverlening verder te optimaliseren;
- mee te werken aan de hervormingsinitiatieven en beleidsvoering binnen de gezondheidszorg;
- terwijl ze tegelijk bijdragen tot de sanering van de overheidsbegroting.

Voor de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering ontvangen de verzekeringsinstellingen administratiekosten. 90% hiervan wordt toegekend als een vast bedrag, 10% hiervan wordt toegekend als variabel deel (op basis van het invullen van bepaalde criteria).

Zowel de berekening van de administratiekosten, als de verdeling over de verschillende ziekenfondsen zal geëvalueerd en aangepast worden.

Het variabel gedeelte van de administratiekosten zal versterkt en verhoogd worden. Op dit moment maakt dit gedeelte 10% van de administratiekosten uit. Dit percentage wordt vanaf 2019 jaarlijks met 2,5% verhoogd over een periode van vier jaar tot 20%. Er zal ook een nieuw proces worden uitgewerkt waarin de processen gedefinieerd worden om de werking van de VI's te beoordelen en het variabel deel toe te kennen. Hiervoor zullen de doelstellingen en actieverbintenissen uit het pact vertaald worden naar criteria die gebruikt worden om de VI's te beoordelen voor het toekennen van het variabel gedeelte. Tegen eind 2019 zal dit nieuwe systeem geëvalueerd worden.

Ook het systeem van de financiële verantwoordelijkheid inzake de uitgaven geneeskundige verzorging zal geëvalueerd worden. Er zal worden onderzocht of er geëvolueerd kan worden van de individuele naar een collectieve responsabilisering, mede om risicoselectie en oneerlijke concurrentie uit te sluiten.

¹⁹ MyCareNet is een centraal dienstenplatform waarmee zorgverleners en verzorgingsinstellingen informatie kunnen uitwisselen met de ziekenfondsen op een betrouwbaar beveiligde manier.

8. Besluit

De absolute verdienste van het pact is dat ze de belangrijke rol en opdrachten van de ziekenfondsen bevestigt en versterkt, ook naar de toekomst toe. De rol van het ziekenfonds als informatieverlener en gezondheidscoach komt prominent naar voor. Ook de rol van medebeheerder op gebied van beleid en budget van de gezondheidszorg wordt benadrukt en versterkt. Het pact toont onomstotelijk aan dat de ziekenfondsen een belangrijke speler zijn op het vlak van de gezondheidszorg en dit op verschillende domeinen. Het biedt een antwoord op de vele uitdagingen naar de toekomst toe. De overheid engageert zich voor een stabiel budget voor de verwezenlijking van de opdrachten die het ziekenfonds worden toegekend.

Er is één belangrijke afwezigheid in het pact en dat is de sector arbeidsongeschiktheid. Deze sector vormt nochtans een wezenlijk onderdeel van de taken van het ziekenfonds en is onderhevig aan heel wat belangrijke evoluties. Het pact bevestigt de rol van het ziekenfonds in deze sector niet en het is dus afwachten wat de toekomst op dit vlak brengt.

Het pact biedt geen volstrekte garantie voor voldoende financiële middelen voor de ziekenfondsen voor de uitvoering van hun taken. Er is wel een engagement voor een stabiel budgettair kader, maar een clausule is opgenomen voor het geval de overheid niet in staat zou zijn dit budgettair kader te respecteren. Ook dit is belangrijk om verder opgevolgd te worden.

Het pact zit vol boeiende uitdagingen, maar hier staat een strikte timing tegenover. Maar liefst 66 actie-verbintenissen moeten tegen eind 2019 gerealiseerd worden. Met sommige zaken zijn we al (volop) bezig, andere zaken moeten eerst nog geëvalueerd en bestudeerd worden. Veel tijd is hier niet voor voorzien.

Er is geen volledig behoud van de autonomie van de ziekenfondsen. Op verschillende vlakken moet er meer ingezet worden op een samenwerking tussen de ziekenfondsen (op vlak van onderzoek, ICT, fraudebestrijding, ...) en op een uniforme werking. Langs de andere kant is ook opgenomen dat elk ziekenfonds zijn eigenheid mag behouden door individuele initiatieven. De uitdaging zal zijn om een balans te vinden tussen meer samenwerking en uniformiteit enerzijds en behoud van eigenheid anderzijds.

Een andere verdienste is het paal en perk stellen aan het concurrentie-opbod binnen de aanvullende verzekering. Het pact verduidelijkt dat tegemoetkomingen vanuit deze verzekering gericht moeten zijn op gezondheid en welzijn. Het mag geen strijdtooneel (meer) zijn van concurrerend opbod.

CM Gezondheidsfonds

CM biedt als gezondheidsfonds ondersteuning om goede voornemens beter vol te houden via een online coach

Stijn De Cock (Compas)

Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Veerle Van Holle (departement R&D)

Samenvatting

Eind november 2016 ondervroeg CM 3.573 Nederlandstalige leden over hun goede voornemens voor het nieuwe jaar. De grote meerderheid maakt goede voornemens voor 2017, vooral op het vlak van gezondheid. Maar de bevraging leert dat het niet gemakkelijk is om goede voornemens ook te realiseren. Zo slaagde in 2016, ondanks goede voornemens, 61% er niet in om beter of meer te slapen, lukte het voor 58% van de respondenten niet om te stoppen met roken en lukte het voor 53% niet om te vermageren. De voornaamste redenen hiervoor zijn dat men goed begonnen was, maar het niet kon volhouden (31%), dat men er niet voldoende tijd voor kon vrijmaken (31%), dat men een moeilijke periode kende in zijn leven (31%) en dat men het moeilijk vond om op te brengen (30%).

Respondenten geven aan dat ze vooral nood hebben aan iemand die hen steunt en mee op weg helpt (40%), iemand anders waarmee ze de goede voornemens kunnen uitvoeren (34%), en meer tijd (38%). Omdat CM als gezondheidsfonds haar leden in 2017 nog beter wil ondersteunen op weg naar een gezonde levensstijl, lanceerde het in januari de online gezondheidscoach Victor.

Sleutelwoorden: goede voornemens, gezondheid, gezondheidsfonds, gezondheidscoach Victor

1. Methode en doelstelling

Eind november 2016 voerde CM een online bevraging uit rond goede voornemens. Hierbij werden 43.403 Nederlandstalige CM-leden tussen 18 en 85 jaar via mail¹ uitgenodigd om de online vragenlijst in te vullen. Ze vormden een representatieve vertegenwoordiging van de Vlaamse bevolking volgens leeftijd, geslacht en woonplaats. De bevraging werd ingevuld door 3.573 respondenten. Deze steekproef werd herwogen op geslacht, leeftijd en provincie, zodat ze een representatieve weerspiegeling vormt van de Vlaamse bevolking.

De doelstellingen van dit onderzoek waren na te gaan:

- welke goede voornemens CM-leden hadden in 2016;
- in welke mate ze deze konden realiseren;
- welke goede voornemens leden hadden voor 2017;
- wat hen kan helpen om deze voornemens te realiseren.

¹ De vragenlijst werd enkel uitgestuurd naar personen die de opting-in hebben aangekruist, en die dus per mail hiervoor gecontacteerd mogen worden.

2. Resultaten

2.1. Goede voornemens in 2016

Uit de bevraging bleek dat een ruime meerderheid van de CM-leden eind 2015 goede voornemens had gemaakt voor 2016. Slechts 23% van de respondenten geeft aan dat dit niet het geval was. Werken aan de fysieke gezondheid (bv. meer bewegen, gezonder eten, stoppen met roken...) bleek het meest populaire goed voornemen te zijn: 51% geeft aan dit als goed voornemen voor 2016 te hebben gehad. 27% wilde werken aan de mentale gezondheid (bv. balans werk-privé, me-time...). Daarnaast wilde 24% meer aandacht hebben voor relaties en wilde 15% de financiële situatie verbeteren.

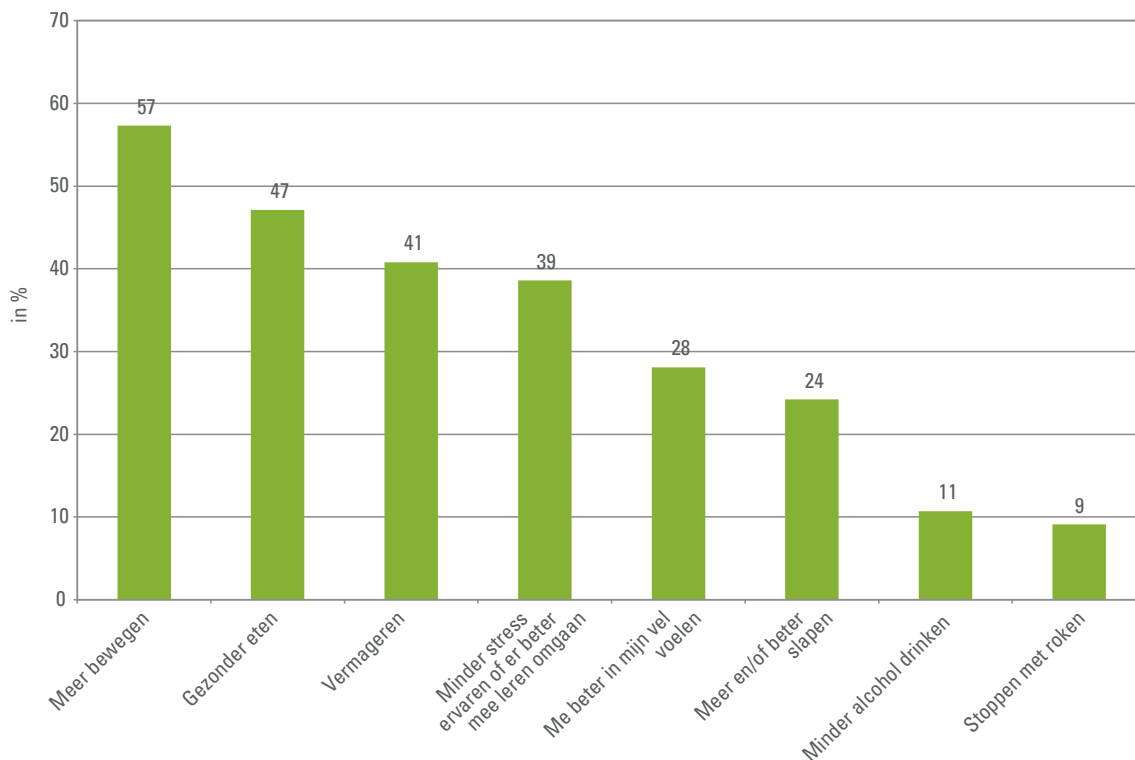
Zo gaf in totaal 61% van de respondenten aan dat ze in 2016 wilden werken aan hun mentale en/of fysieke gezondheid. Figuur 1 toont dat meer bewegen veruit het populairste gezondheidsvoornemen (57%) is, gevolgd door gezonder eten (47%), vermageren (41%), minder stress ervaren of er beter mee leren omgaan (39%), me beter in mijn vel voelen (28%), meer en/of beter slapen (24%), minder alcohol drinken (11%) en stoppen met roken (9%).

2.2. Slaagde men in zijn goede voornemens in 2016?

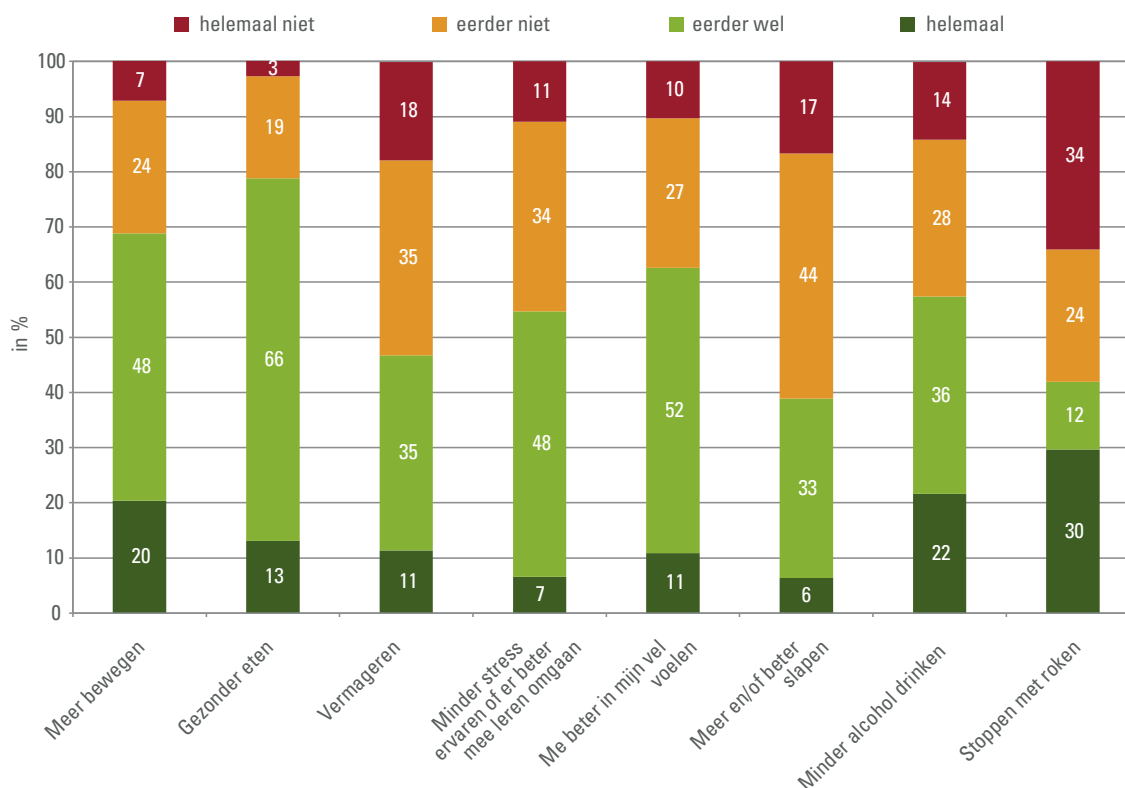
De cijfers tonen duidelijk aan dat de CM-leden in 2016 graag aan hun gezondheid wilden werken. Toch blijkt uit de bevraging dat het niet zo gemakkelijk is om de vooropgestelde doelen te realiseren. Zo slaagde 61% er niet in om beter of meer te slapen, lukte het voor 58% van de respondenten niet om te stoppen met roken en lukte het voor 53% niet om te vermageren (Figuur 2). De voornaamste argumenten die hiervoor worden aangegeven zijn dat men goed begonnen was, maar het niet kon volhouden (31%), dat men er niet voldoende tijd voor kon vrijmaken (31%), dat men een moeilijke periode kende in zijn leven (31%) en dat men het moeilijk vond om het op te brengen (30%).

De voornemens die het gemakkelijkst te realiseren waren in 2016 zijn gezonder eten (gelukt voor 79% van de respondenten) en meer bewegen (gelukt voor 68% van de respondenten).

Figuur 1: Wat waren je goede voornemens in 2016 op het vlak van gezondheid?



Figuur 2: In welke mate heb je deze goede voornemens op vlak van gezondheid gerealiseerd in 2016?



2.3. Goede voornemens in 2017

In de bevraging werd ook gepeild naar de goede voornemens voor 2017. Een grote meerderheid van de CM-leden maakte goede voornemens voor 2017, slechts 14% gaf aan dat dit niet het geval was. De populairste voornemens voor 2017 zijn dezelfde als deze voor 2016: werken aan de fysieke gezondheid (56%), werken aan de mentale gezondheid (33%), meer aandacht hebben voor relaties (32%) en de financiële situatie verbeteren (19%).

66% van alle respondenten wil in 2017 werken aan de mentale en/of fysieke gezondheid. Dit percentage ligt hoger dan in 2016, toen 61% aan de gezondheid wou werken. Figuur 3 illustreert dat meer bewegen het meest gekozen voornemen is (60%), gevolgd door gezonder eten (45%), vermageren (43%), minder stress ervaren of er beter mee leren omgaan (41%).

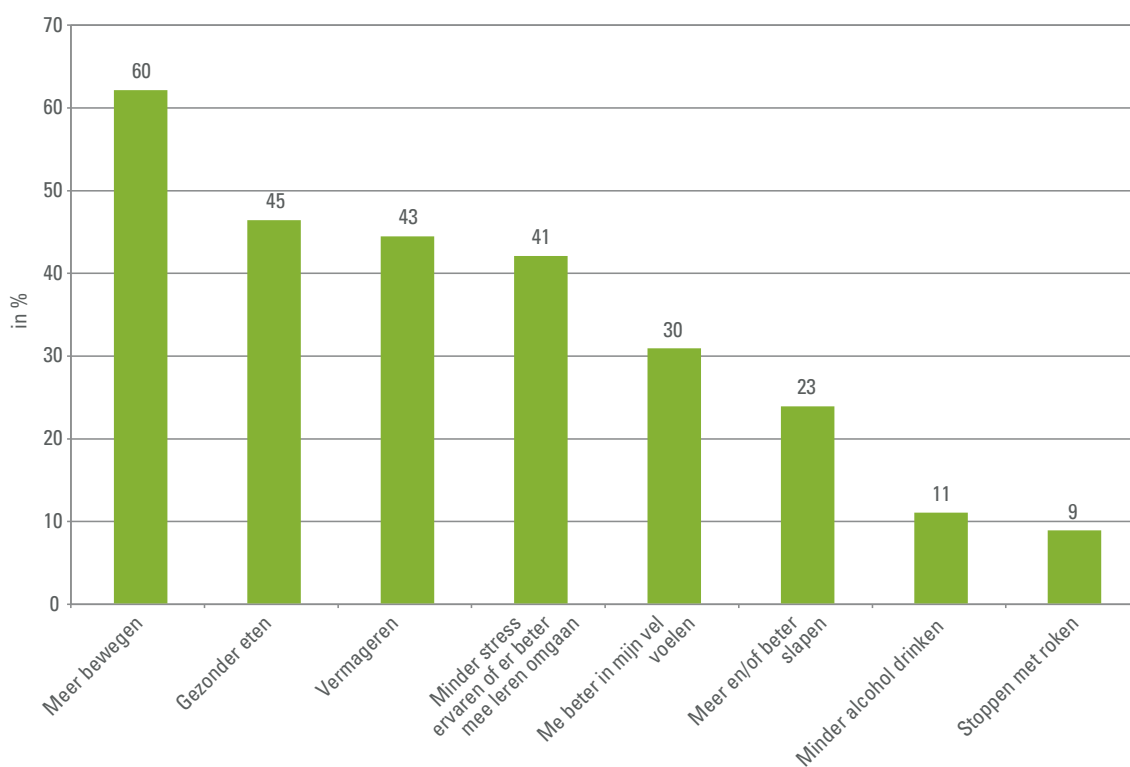
Als gezondheidsfonds (zie verder) is het voor CM interessant om te weten welke ondersteuning CM-leden nodig hebben om deze goede voornemens te realiseren. Zij geven aan nood te hebben aan iemand die hen steunt en mee op weg helpt (40%), meer tijd (38%), iemand anders waarmee zij de goede voornemens samen kunnen uitvoeren (34%), duidelijke informatie (20%), professionele coaching (19%) en meer financiële middelen (17%).

3. Lancering gezondheidscoach Victor

Om CM-leden in 2017 te ondersteunen om hun goede voornemens waarte maken, werd in januari de Nederlandstalige online gezondheidscoach Victor gelanceerd. Deze app geeft aan gebruikers coaching op maat, in het gezondheidsdomein van hun keuze. Zo geeft Victor aan gebruikers dagelijks eenvoudige tips, uitdagingen en duidelijke informatie. Gebruikers kunnen bij de coaching kiezen uit acht gezondheidsdomeinen: gewicht controleren, evenwichtig eten, voldoende bewegen, stoppen met roken, je goed in je vel voelen, omgaan met stress, slapen en minder alcohol drinken.

CM-leden kunnen zich gratis registreren via www.cm.be/victor. Wie wil kan er ook een online gezondheidsvragenlijst invullen, die via feedback op maat aangeeft hoe gezond men leeft en wat nog beter kan. Op die manier maakt CM zich als gezondheidsfonds waar door de leden te coachen, te begeleiden en te informeren rond 'gezond leven' op fysiek en mentaal vlak.

Figuur 3: Wat zijn je goede voornemens voor 2017 op het vlak van gezondheid?



4. CM als gezondheidsfonds

De laatste tijd worden de woorden 'gezondheidsfonds' en 'CM' steeds vaker samen genoemd. Helemaal onlogisch is dit niet. CM wil immers al langer niet enkel voor 'zieken' het verschil maken, maar ook anderen ondersteunen en actief begeleiden naar een kwaliteitsvol en gezond leven. Vandaar de evolutie van 'ziekenfonds' naar 'gezondheidsfonds'.

Deze evolutie kwam er niet zomaar en is niet enkel een initiatief van CM. In de wet van 6 augustus 1990 (ziekenfondsen en de landsbonden) wordt onder andere al beschreven dat ziekenfondsen de taak hebben zich in te zetten om het *'fysiek, psychisch en sociaal welzijn van hun leden te bevorderen in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit'*. Bovendien tekenden alle ziekenfondsen in november 2016 een Toekomstpact met minister De Block². Moderniseringsas 1 van dit Pact stelt dat de ziekenfondsen van de toekomst, de gezondheidsfondsen, instaan voor *'begeleiding van, coaching van en informatieverlening aan de leden'*. Ook de voorbije jaren

evolueerde CM reeds meer en meer naar een gezondheidsfonds. Toch is er marge om dit in de toekomst nog meer te realiseren, en alle burgers (leden, niet-leden, medewerkers) op weg te zetten naar een betere gezondheid.

Deze betere 'gezondheid' mag heel ruim worden genomen, zelfs ruimer dan de gangbare definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), die spreekt van een fysieke, psychologische en sociale component³. Het Nederlandse Institute for Positive Health (IPH), geleid door Machteld Huber, benadert gezondheid als *'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'*. Huber en collega's gaan dus uit van gezondheid in de brede zin, op alle levensgebieden, vanuit het perspectief van het individu zelf. Die gezondheid werd omschreven als 'positieve gezondheid' en wordt onderverdeeld in zes dimensies:

- lichaamsfuncties (de 'fysieke' component);
- mentaal welbevinden (de 'psychologische' component);
- de spiritueel-existensiële dimensie (zingeving);
- kwaliteit van leven;

² Vancorenland S. 2017. Ziekenfondspact bevestigt en verstrekt de rol van de ziekenfondsen. CM-Info 268

³ Definitie gezondheid volgens de WGO: *gezondheid een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken*

- sociaal-maatschappelijk participeren (de 'sociale' component);
- en dagelijks functioneren.

Als we ons laten inspireren door het werk van Huber rond positieve gezondheid, zouden we ook binnen CM steeds moeten kunnen uitgaan van een brede kijk op gezondheid, met aandacht voor het individu. Gezondheid is immers geen vaste 'toestand', maar eerder een dynamisch evenwicht dat continu verandert doorheen de tijd. Wanneer de zes dimensies van positieve gezondheid elkaar in evenwicht houden, kan iemand als gezond worden beschouwd. Net dat moeten we binnen CM proberen nastreven voor onze leden, door hen als gids bij te staan naar een evenwichtige positieve gezondheid.

Maar er is meer. Een constant veranderende gezondheids-toestand betekent ook dat mensen die zichzelf al als 'gezonder' ervaren, nog steeds kunnen verder evolueren. De kracht van positieve gezondheid bestaat er immers in dat gezondheid een constant streven, een proces is. Gezondheid is een werkwoord en door coaching, begeleiding van en informatieverlening aan onze leden, kunnen wij een deel van de missie van 'gezondheidsfonds CM' mee waarmaken. Omdat leden in de toekomst bovendien meer mee aan het stuur van hun gezondheid zullen staan, is het van belang ook hun eigen ervaringen te bevragen en hen zo veel mogelijk op maat te begeleiden.

5. Conclusie

Aan de start van het nieuwe jaar maken we met zijn allen goede voornemens: 'Ik ga meer bewegen', 'Ik ga echt proberen om gezonder te eten' of 'Ik wil eindelijk kunnen stoppen met roken'. Twee op drie Vlamingen uit de online enquête die CM eind november 2016 uitvoerde maakte goede voornemens voor 2017. In de eerste plaats willen veel mensen aan hun gezondheid werken. Hoewel de motivatie vaak aanwezig is, slaagt men er niet altijd in om de goede voornemens te realiseren. Uit het onderzoek bleek dat ook in 2016 een meerderheid aan zijn of haar gezondheid wilde werken. Maar eind 2016 gaven de respondenten aan dat ze hier niet altijd in geslaagd zijn. Meer bewegen en gezonder eten lijken het best realiseerbaar. Maar in de voornemens tot beter of meer te slapen, te vermageren of te stoppen met roken slaagde de helft of meer van de respondenten niet.

In januari 2017 lanceerde CM de Nederlandstalige online gezondheidscoach Victor. Deze helpt leden via dagelijkse uitdagingen en duidelijke informatie op weg naar gezond gedrag op acht gezondheidsdomeinen. Men kan zelf kiezen op welk domein men wil werken, eventueel geholpen door een online vragenlijst die men kan invullen en die aangeeft op welke domeinen men al goed scoort en op welke andere domeinen nog gewerkt kan worden.

Als gezondheidsfonds wil CM zijn leden bijstaan in hun weg naar gezond gedrag, en dit door informatie te geven, tips aan te reiken en te coachen op de verschillende gezondheidsdomeinen. Zo komt CM tegemoet aan de eerste as van het Toekomstpact De Block, dat de ziekenfondsen in november 2016 ondertekenden en waarin ze onderschrijven dat ze zullen evolueren naar 'gezondheidsfondsen'.

Geestelijke gezondheid

Ouder worden maakt minder gelukkig

Giulia Camilotti en Rebekka Verniest (Departement R&D)
Jan Vandenbergen (Medische Directie)

Samenvatting

Het is een stereotiep beeld dat oudere volwassenen, na een druk leven met een soms lastige combinatie van werk en gezin, kunnen genieten van een rustige oude dag. We gaan er vaak van uit dat oudere volwassenen het gelukkigst zijn en sommige onderzoeken lijken dit te bevestigen. Een CM-onderzoek rond het gebruik van antidepressiva leert dat dit beeld op zijn minst genuanceerd moet worden. Het idee van de gelukkige oude dag gaat voor heel wat oudere volwassenen niet op. Immers, een tachtiger gebruikt bijna drie keer zo vaak antidepressiva als een dertiger. Bij vrouwen boven de tachtig loopt het gebruik van antidepressiva zelfs op tot ruim één op de vijf.

Maar eigenlijk hoeft de verminderde geestelijke gezondheid van veel oudere volwassenen ons misschien niet zo sterk te verwonderen. Afscheid nemen van het beroepsleven, afnemende fysieke mogelijkheden door het ouder worden, meer kans op chronische aandoeningen en vaak multimorbiditeit, het wegvallen van partner en vrienden, ... Het zijn allemaal ingrijpende veranderingen, verlieservaringen die hen kwetsbaar maken, die het risico op sociaal isolement vergroten en dus het risico op psychische problemen waaronder depressie versterken.

Als gezondheidsfonds neemt CM deze cijfers ter harte en wil het meewerken aan oplossingen. We dragen mee bij tot preventie, informatie en warme sociale contacten. Ook de eigen bewegingen nemen hier een actieve rol in op.

Sleutelwoorden: geestelijke gezondheid, oudere volwassenen, antidepressiva, gezondheidsfonds

1. Gebruik van antidepressiva bij oudere volwassenen

1.1. Methodologie

Om een overzicht van de geestelijke gezondheidstoestand van oudere volwassenen in België te krijgen, analyseerde CM het verbruik van antidepressiva per leeftijdsgroep.

Wij gebruikten de facturatiegegevens¹ voor antidepressiva van de CM-leden in 2014. Bepaalde categorieën antidepressiva werden uitgesloten omdat ze niet enkel bij depressie worden voorgeschreven, meer bepaald de antidepressiva die als pijnstiller of slaapmiddel gebruikt kunnen worden². Aangezien een ziekenfonds geen informatie heeft over aandoeningen van leden, kon voor deze geneesmiddelen immers de eigenlijke reden van gebruik niet achterhaald worden.

¹ Onze gegevens hebben betrekking op de hoeveelheid voorgeschreven en gekochte geneesmiddelen die wij als indicator voor de consumptie gebruiken.

² De ATC- klassen (anatomisch, therapeutisch en chemisch) N06AA09, N06AX05 et N06AX21 werden uitgesloten.

Wij namen enkel de leden op die nog in leven zijn en die in 2014 minstens één dosis antidepressiva³ gebruikten afkomstig van zowel een ziekenhuisofficina als een klassieke apotheek. De gegevens werden geëxtrapoléerd naar de volledige Belgische bevolking⁴.

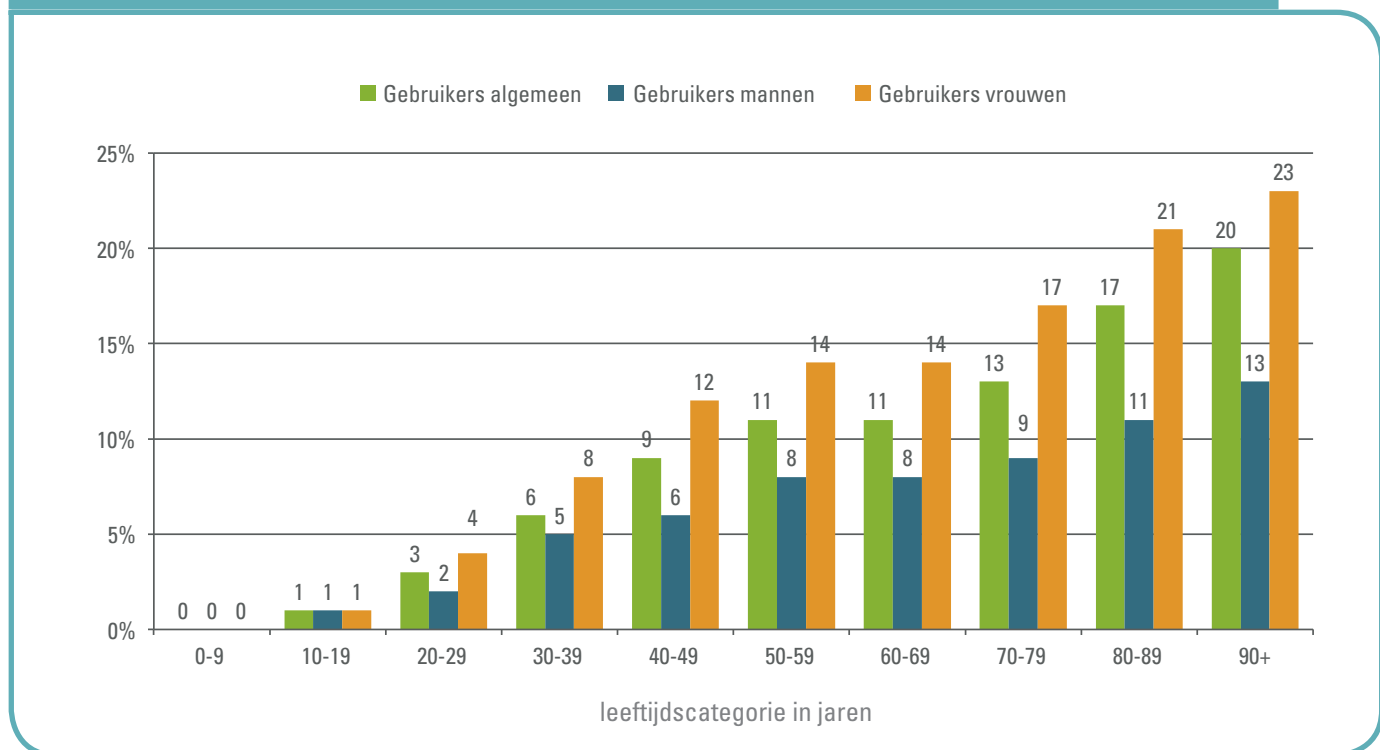
1.2. Gebruik van antidepressiva per leeftijdscategorie

We stellen vast dat bij stijgende leeftijd het aandeel gebruikers van antidepressiva toeneemt (Figuur 1). 17% van alle tachtigjarigen in ons land nemen antidepressiva tegenover 6% van de dertigers. Een tachtigjarige neemt dus drie keer meer antidepressiva dan een dertiger. Het toenemend gebruik naar leeftijd doet zich voor zowel bij mannen als bij vrouwen.

In lijn met wat in de medische literatuur wordt vastgesteld, gebruiken vrouwen dubbel zoveel antidepressiva als mannen. 21% van de vrouwen tussen 80 en 90 jaar namen antidepressiva tegenover 11% mannen in dezelfde leeftijdsgroep. Met de vergrijzing van de bevolking zal het aantal gebruikers van antidepressiva enkel maar toenemen, evenals het volume gebruikte geneesmiddelen.

Het vastgestelde toenemende gebruik van antidepressiva bij het ouder worden, zien we trouwens ook in de Belgische gezondheidsenquête van 2013⁵. In de leeftijdsgroepen 25-34 jaar en 35-44 jaar geeft respectievelijk 3,3% en 6,9% aan antidepressiva gebruikt te hebben in de twee weken voorafgaand aan de bevraging. Bij de leeftijdsgroep 65-74 jaar en bij de 75-plussers is dit respectievelijk 10,1% en 12,6%.

Figuur 1: % gebruikers van antidepressiva volgens leeftijd en geslacht (extrapolatie naar Belgische bevolking op basis van CM-gegevens 2014)



We zien wel dat het aandeel gebruikers in de hoogste leeftijdscategorieën in de CM-studie hoger ligt. Het is niet onmiddellijk duidelijk wat hiervoor de verklaring is. Mogelijks is er een invloed van:

- verschillen in steekproefopstelling: de CM-studie heeft betrekking op alle leden terwijl in de gezondheidsenquête

bepaalde groepen niet bevroegd zijn, waaronder mensen die in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven.

- verschillen in onderzoeksmethode: de CM-studie analyseert de voorgeschreven en afgeleverde geneesmiddelen terwijl het in de gezondheidsenquête gaat om zelfrapportering van geneesmiddelengebruik door de bevroegden. Er heerst immers nog steeds een groot taboe rond psychische problemen.

³ DDD, defined daily doses.

⁴ De extrapolatie naar de Belgische bevolking gebeurde op basis van het marktaandeel van CM.

⁵ Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014
https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/WB_NL_2013.pdf

- verschillen in onderzochte periode: de CM-studie werkt met gegevens van een volledig kalenderjaar terwijl in de gezondheidsenquête gevraagd wordt naar het gebruik in de 2 weken voorafgaand aan de bevraging.

Er moet verder onderzocht worden wat de impact is van deze factoren op de onderzoeksresultaten en of ze een valabele verklaring bieden voor de vaststelling dat de verschillen enkel voor de hoogste leeftijdscategorieën zo groot zijn.

2. De geestelijke gezondheid van oudere volwassenen

2.1. Een gelukkige oude dag? Niet voor iedereen!

De studies waarin het verband tussen leeftijd en geestelijke gezondheid onderzocht wordt, brengen tegenstrijdige resultaten aan het licht.

Eenzijds lijken sommige onderzoeken te bevestigen dat heel wat mensen op oudere leeftijd gelukkiger zijn (levenstevredenheid). Het geluksgevoel zou een U-curve volgen met een dieptepunt rond de middelbare leeftijd (45-54 jaar) om vervolgens opnieuw te stijgen⁶. Ondanks afnemende fysieke mogelijkheden, blijken oudere volwassenen in deze onderzoeken doorgaans minder stress en angst te ervaren en gelukkiger, zelfs het gelukkigst te zijn. Dit fenomeen is ook benoemd als de paradox van welzijn bij het ouder worden. De onderzoekers staan ook stil bij de mogelijke verklaringen voor dit fenomeen. De afnemende lichamelijke mogelijkheden zouden gecompenseerd worden door een toename van mentale kracht, focus en besluitvaardigheid. Wie ouder wordt, wordt ook emotioneel stabiel en door eerdere ervaringen met tegenslagen, weet men hier beter mee om te gaan, hoe deze stress te hanteren. Oudere volwassenen leven meer in het moment, richten zich meer op positieve dingen en stellen meer prioriteiten.

Al moeten de resultaten moeten met de nodige kritische blik bekeken worden aangezien de resultaten mogelijks gebiased zijn door specificiteiten in de selectie van de onderzochte of

bevroegde doelgroep, vb. naar leeftijd (exclusie vierde leeftijd) of wat precies geëvalueerd wordt.

Bij andere studies, die toegespitst werden op het verband tussen leeftijd en depressie, verschillen de conclusies echter. Enkele jaren geleden toonde een Britse studie dat depressieve symptomen alsmat toenemen met de leeftijd⁷. De studie toont dat oudere volwassenen met een chronische aandoening meer depressieve symptomen⁸ vertonen en dat bij mannen deze tendens nog meer uitgesproken was dan bij vrouwen.

Ook andere studies geven een minder rooskleurig beeld van de geestelijke gezondheid van oudere volwassenen.

De Belgische gezondheidsenquête 2013 leert dat heel wat oudere volwassenen kampen met depressieve symptomen (Figuur 2). Voor de totale bevolking vanaf 15 jaar gaat het om 14,8%. Het hoogste percentage vinden we echter bij de 75-plussers: 18,8%. Bij vrouwelijke 75-plussers is dit aandeel nog hoger.

Ook al wordt de mate van geestelijke gezondheid in de studies niet altijd op dezelfde manier gemeten, het is duidelijk dat het beeld van de 'gelukkige oudere' genuanceerd moet worden.

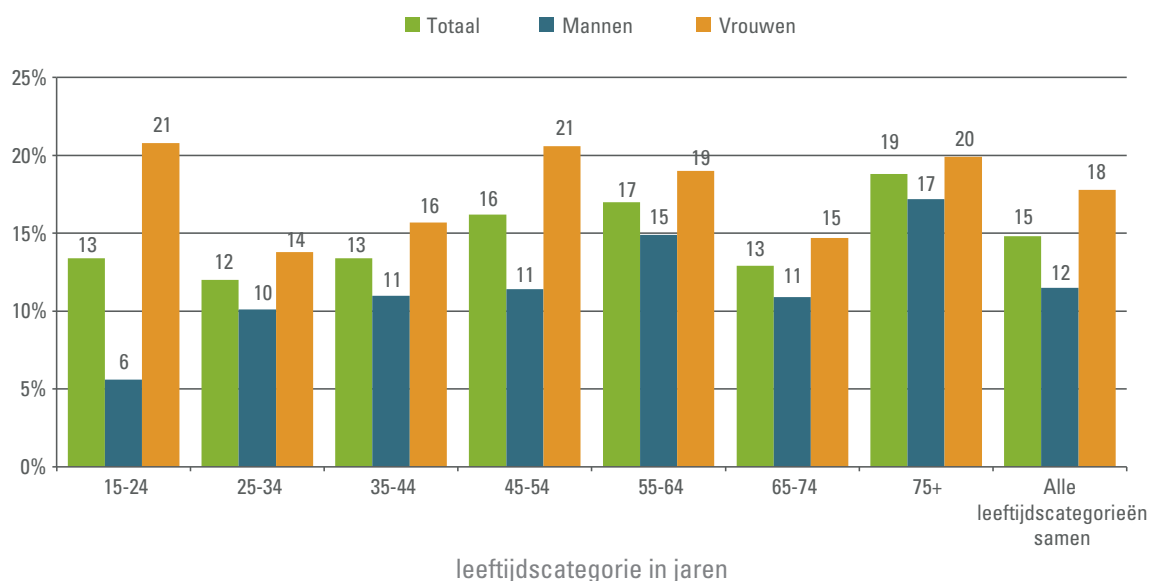
Ook cijfers voor Nederland bevestigen dit beeld⁹. 18,7% van de Nederlandse 75-plussers wordt beschouwd als psychisch ongezond, terwijl dit bij de 45-55-jarigen 14,7% is en bij de 18-25 jarigen 11,9%. Een andere Nederlandse studie leert dat bij oudere volwassenen (55-85 jaar) de eenmaandsprevalentie van depressie in engere zin ('major depression' – volgens strenge diagnostische criteria) slechts 2% bedraagt, terwijl dit voor de overige depressieve stoornissen veel met 12,9% veel hoger lag ('minor depression' – mildere depressieve stoornissen)¹⁰. Andere bronnen spreken zelfs over 15 tot 20% met een lichte vorm.

2.2. Psychisch onwelbevinden bij oudere volwassenen verklaard

Eigenlijk hoeft de verminderde psychische gezondheid bij oudere volwassenen ons misschien niet te verwonderen. Zij worden immers over een langere periode geconfronteerd met verschillende, vaak ingrijpende verlieservaringen¹¹.

- 6 Steptoe et al (2015) Psychological well-being, health and ageing, *Lancet* 385(9968): 640–648 en <http://www.volkskrant.nl/boeken/hoe-ouder-hoe-gelukkiger~a3846000/> Het gaat om een onderzoek naar de psychische gezondheid van mensen waarbij gekeken wordt naar tevredenheid met het leven en de mate waarin mensen last hebben van stress, angst en depressie
- 7 Chui, H., Gerstorf, D., Hoppmann, C. A., & Luszcz, M. A. (2015, October 26). Trajectories of Depressive Symptoms in Old Age: Integrating Age-, Pathology-, and Mortality-Related Changes. *Psychology and Aging*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pag0000054>
- 8 Op basis van CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale), een zelfbeoordelingsvragenlijst van 20 items die depressieve symptomen bij bevolkingsgroepen vast kan stellen en daarmee bijvoorbeeld risicogroepen kan traceren
- 9 http://www.kcco.nl/doc/kennisbank/geestelijke_ongezondheid_Ned_2011.pdf
- 10 Beekman A.T.F. e.a. Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: een onderzoek naar de prevalentie en Risicofactoren. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 39 (1997)
- 11 https://www.radboudumc.nl/Informatiefolders/4837-Depressie_bij_ouderen-i.pdf en <http://mens-en-gezondheid.infoyo.nl/ziekten/15276-depressie-bij-ouderemensen.html>

Figuur 2: % van de Belgische bevolking met symptomen van depressie naar leeftijd en geslacht (gezondheidsenquête 2013)



Zo betekent met pensioen gaan afscheid nemen van het professionele leven, van een sociale status. Tegelijk vallen heel wat werkgerelateerde sociale contacten weg. Voor sommigen is deze overgang niet evident. Zij hebben het moeilijk hun leven opnieuw een zinvolle invulling te geven, om een nieuwe rol in de samenleving op te nemen.

Met het ouder worden, steken allerlei fysieke kwalen de kop op en krijgt men te kampen met een of meerdere chronische aandoeningen. Dit gaat doorgaans gepaard met allerhande beperkingen en een toenemende afhankelijkheid van anderen, zelfs voor alledaagse dingen. Voor sommigen leidt het uiteindelijk op een gegeven moment tot een noodgedwongen verhuis naar een woonzorgcentrum en dus een afscheid van de vertrouwde omgeving, inclusief de sociale contacten.

Ten slotte worden oudere volwassenen, nog meer dan anderen geconfronteerd met het wegvallen van mensen uit hun dichte omgeving: partner, vrienden, kennissen. Hun sociaal netwerk verengt steeds verder. Zeker bij thuiswonende oudere volwassenen, is het risico op vereenzaming groot.

Het afscheid van het professionele leven, wegvallen van de partner en een verminderde fysieke gezondheid hebben soms ook een ingrijpende impact op de inkomenssituatie van oudere volwassenen. Een combinatie van risicofactoren stuwt het risico op het krijgen van een depressie bovendien beduidend omhoog¹². Deze verlieservaringen dragen bij tot een verhoogd risico op verminderd psychisch welzijn en tot het ontstaan van depressies. Heel wat oudere volwassenen hebben het immers moeilijk om met deze ingrijpende veranderingen om te gaan. Door het wegvallen van sociale contacten, kampt men ook met eenzaamheid en isolement. De eerder vermelde Britse studie wijst eveneens op de impact van leeftijdsgebonden kwetsbaarheden als fysieke aftakeling, chronische aandoeningen en het naderen van de dood op het voorkomen van depressieve symptomen door het moeilijker kunnen hanteren van coping strategieën. De Nederlandse studies vernoemen onder meer een slechtere lichamelijke gezondheid, het alleenstaand zijn, een beperkter sociaal netwerk en eenzaamheid expliciet als risicofactoren voor depressie en als samenhangend met psychische klachten in het algemeen.

Verder blijkt uit studies ook dat depressieve symptomen bij oudere volwassenen vaak minder snel onderkend worden¹³. Dit

¹² Smit F. e.a., *Depressiepreventie*. Trimbosinstituut, Utrecht, november 2013

¹³ <http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/depressie/depressie-ouderen-folder-fpg.pdf>

heeft onder meer te maken met het feit dat depressie zich bij oudere volwassenen soms op een andere manier manifesteert. Anders dan bij jongeren, uit een depressie zich bij oudere volwassenen vaker in gelatenheid, lusteloosheid en lichamelijke klachten als hoofdpijn en vergeetachtigheid. Zowel oudere volwassenen als hun omgeving beschouwen deze symptomen als eigen aan het ouder worden. Verder voelen oudere volwassenen zich doorgaans beter in aanwezigheid van hun naaste omgeving zodat depressieve symptomen langer verborgen blijven. Daarnaast onderscheiden depressieve symptomen zich soms weinig van een zich ontwikkelende dementie. Ten slotte zijn oudere volwassenen soms, nog minder dan andere leeftijdsgroepen, weinig geneigd om over hun gevoelens te praten en te klagen. Dit alles bemoeilijkt vroegdetectie en een snelle interventie.

3. Welke rol voor CM?

Oudere personen lopen dus potentieel meer risico om geestelijke gezondheidsproblemen te krijgen. De analyse van CM toont dat het voorschrijven van antidepressiva toeneemt met de leeftijd en dat zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de verslechtering van hun geestelijke gezondheidstoestand. Wij kunnen ons echter afvragen of er alternatieven voor de medicalisering bestaan en meer bepaald of preventie de consumptie van antidepressiva niet zou kunnen verminderen

Als gezondheidsfonds pleit CM ervoor om gezondheid niet enkel als een fysiek gegeven te beschouwen. Bij de oudere volwassene is er ook een verband met het gevoel van eenzaamheid als gevolg van het zelfredzaamheidsverlies en een inkrimping van het sociaal netwerk. Onze samenleving werkt te weinig aan sociale cohesie waarin rekening wordt gehouden met onze oudere volwassenen. Ze gaat hen eerder isoleren waardoor zij nog meer aangewezen zijn op zichzelf.

Eenzaamheid kan echter niet behandeld worden met pillen. Wanneer er geen specifieke pathologie is, is de beste remedie te tijd hebben voor de oudere personen, aanwezig zijn, hen aandacht en menselijke warmte geven eerder dan antidepressiva voor te schrijven. Dit zou zwaardere problemen

kunnen helpen te voorkomen. Uitgaand van de risicofactoren voor het ontwikkelen van een depressie, kunnen sociale contacten, sociale steun, het beschikken over een ondersteunend netwerk beschermende factoren zijn. Bewegingen zoals Enéo en Altéo (langs Franstalige kant), Okra en Samana (langs Nederlandstalige kant) of het initiatief van Infor Santé (de Franstalige dienst voor gezondheids promotie van CM), namelijk www.jepenseaussiamoi.be, hebben dit goed begrepen en werken hier volop aan. Maar ook de inzet van vrijwilligers voor oppas aan huis of vervoer, bieden mogelijkheden tot waardevolle ontmoetingen voor oudere volwassenen. Aan Franstalige kant startte recent het initiatief "Qui aide qui", een online platform waarbij mensen hulp kunnen aanbieden en/of vragen. Dergelijke initiatieven versterken de onderlinge solidariteit en cohesie. Het biedt ook een gelegenheid aan mensen om na het pensioen maatschappelijk geëngageerd te blijven.

Verder zal CM ook beleidsmatig blijven ijveren voor meer middelen voor geestelijke gezondheidszorg met het oog op meer preventie, vroeg-detectie, deskundigheidsbevordering, verantwoord en evidence based geneesmiddelengebruik en toegankelijke geestelijke gezondheidszorg op de eerste lijn.

4. Besluit

In tegenstelling tot de opvatting van velen, is de psychische gezondheid van heel wat oudere volwassenen niet goed. Dit heeft onder meer te maken met de impact van een aantal ingrijpende gebeurtenissen en de kwalen waarmee men op hoge leeftijd frequent geconfronteerd wordt. Het psychisch onwelbevinden blijkt onder meer uit de vaststelling dat oudere CM-leden meer antidepressiva gebruiken dan jongere leden. Deze bevinding is niet zonder belang in een vergrijzende samenleving. Als gezondheidsfonds wil CM deze onderzoeksresultaten aangrijpen om samen met anderen te blijven ijveren voor initiatieven die bijdragen tot meer mentale veerkracht bij oudere volwassenen en tot meer toegankelijke zorg. Dit betekent nog meer investeren in preventie, vroegdetectie en toegankelijke en kwalitatieve behandelingen. Met de eigen bewegingen neemt CM hier trouwens een zeer actieve rol op.

Vakantie en gezondheid: Op reis gaan om het dagelijks welzijn te verbeteren

Caroline d'Andrimont, Isabelle Bauthier, Anya Diekmann, onderzoekers in het Laboratoire Interdisciplinaire Tourisme, Territoires et Sociétés, ULB

Marlène Melon, Olivier Luminet, onderzoekers in de psychologische wetenschappen (IPSY/UCL)

Samenvatting

Enéo, de Franstalige sociale beweging voor senioren, ondersteunt al twee jaar een onderzoeksproject gefinancierd door het Waals Gewest en gezamenlijk uitgevoerd door de Université Libre de Bruxelles (ULB) en de Université catholique de Louvain (UCL). Het BEST-project ('Bien-être, emploi, santé et tourisme' - welzijn, werk, gezondheid en toerisme) valt onder de huidige trend om het toerisme van senioren te begrijpen en bevorderen. Het doel is tweevoudig: in eerste instantie psychologisch, vermits het onderzoek ernaar streeft te begrijpen in welke mate het toerisme de gezondheid en het welzijn van senioren beïnvloedt; maar ook economisch, omdat de analyse zich concentreert op de effecten die vakanties kunnen hebben op de gezondheid, maar ook op de plaatselijke economische structuur.

In die optiek is tussen september en december 2015 een enquête gehouden bij de Franstalige en Duitstalige leden van de Christelijke Mutualiteit. Daaruit blijkt dat de activiteiten van senioren (tussen 60 en 85 jaar) op vakantie sterk afwijken van de gevestigde ideeën. Denken we bijvoorbeeld maar aan de georganiseerde busreizen, die vaak als typisch worden gezien voor deze leeftijdsgroep, maar dat blijkt in werkelijkheid verre van voor alle senioren zo te zijn.

Het blijkt ook dat de frequentie van reizen, de tevredenheid over een reis, de perceptie van gezondheidsvoordelen en sociale contacten tijdens vakanties een positieve impact hebben op het welzijn van senioren.

In dit artikel stellen we eerst de enquête en de sociodemografische kenmerken van de respondenten voor. Vervolgens analyseren we verschillende stereotypes over reizen voor senioren aan de hand van de resultaten. Ten slotte beschrijven we de kenmerken van een 'deugddoende' reis en welke soorten activiteiten positieve effecten hebben op het welzijn van senioren.

Sleutelwoorden: senioren, vakantie, welzijn, gezondheid, activiteiten

1. Inleiding

Volgens Morgan et al. (2015), zullen er in 2030 meer dan een miljard mensen ouder zijn dan 65 jaar, gezien de huidige

veroudering van de wereldbevolking. In dat kader voorspelt de Wereldtoerismeorganisatie (WTO) dat er tegen 2050 2 miljard reizen per jaar zullen worden ondernomen door senioren. Senioren vormen dus een interessante doelgroep voor bedrijven uit de toeristische sector.

Verskillende onderzoeken over dit thema wijzen bovendien op het feit dat senioren van de nieuwere generatie goed in vorm zijn en graag nieuwe activiteiten willen beginnen na hun pensioen (Nimrod en Rotem, 2010, onder andere). Maar terwijl er veel onderzoeken zijn om na te gaan wat senioren motiveert om te reizen, zijn er veel minder die over de psychologische of fysieke impact van een reis gaan als men terug thuis is. Precies dat wordt onderzocht door het BEST-project.

Het onderzoek, dat wordt gesubsidieerd door het Waals Gewest en ondersteund door Enéo en het Neutraal Ziekenfonds, loopt over een periode van drie jaar. Het eerste jaar werd besteed aan een literatuurstudie over dit onderwerp en aan de vergelijking van de verschillende vakantieprogramma's voor senioren in Europa. Ook werden in dit eerste jaar de vragen van de enquête uitgewerkt, die in het begin van het tweede onderzoeksjaar (van oktober tot december 2015) werd uitgevoerd.

In het afgelopen jaar werden de resultaten van de enquête, rijk aan informatie, bestudeerd en omgezet naar praktisch gebruik. Hier geven we u een samenvatting van de resultaten. Die resultaten zullen in het laatste jaar dienen om aanbevelingen en concrete pistes uit te werken om reizen bij senioren te bevorderen.

2. De enquête

2.1. Methodologie en opbouw van de vragenlijst

a. De vragen

De enquête diende om gegevens te verzamelen over:

- de vakantiegewoontes van senioren (duur, periode)
- de activiteiten van senioren op vakantie
- de uitgaven (bedrag en posten)
- de verbanden tussen gezondheidsproblemen, levenskwaliteit en de vakantietypes
- verbanden tussen toerisme en welzijn

Op basis daarvan werd de vragenlijst in verschillende delen opgesteld.

Het eerste deel diende om de gewoontes van reizigers te achterhalen en de redenen om niet op vakantie te vertrekken. De vragen werden onder andere uitgewerkt op basis van voorgaande enquêtes en wetenschappelijke literatuur.

De twee volgende gedeeltes gingen over de meest recente vakantie van de respondenten (organisatie, activiteiten, indrukken). Het doel was om de verkregen informatie (over de organisaties, activiteiten en het gevoel) te koppelen aan de levenskwaliteit en algemene gezondheid van de respondenten. Als de laatste vakantie in België plaatsvond, werd ook gevraagd hoeveel men ongeveer had uitgegeven.

Het vierde gedeelte diende om de gezondheidstoestand van de respondenten te schetsen. Dit was voornamelijk gebaseerd op de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid in 2013. Vervolgens kwamen vragen aan bod over de levenskwaliteit van respondenten (inclusief over het regelmatig sporten, hoe oud men zich voelt en het sociaal leven).

Ten slotte werd de enquête afgesloten met een socio-economisch luik (over de leeftijd, inkomsten, het socio-professionele statuut, de gezinssituatie).

De vragenlijst was anoniem en in twee talen beschikbaar (Frans en Duits).

b. De verspreidingsmethode

Onze enquête werd via e-mail verzonden tussen 1 oktober en 15 december 2015. Er werden meer dan 32.000 e-mails¹ verzonden (per 3.000, één keer per week) naar de Frans- en Duitstalige leden van de Christelijke Mutualiteit, op basis van bepaalde criteria (leeftijd tussen 60 en 85 jaar, met uitsluiting van leden in een aantal specifieke situaties²). De enquête moest ook in papieren versie worden verspreid. Er werd een advertentie geplaatst in de krant En Marche. Deze advertentie stelde aan de leden voor om de enquête op papier aan te vragen, die hen gratis werd toegestuurd, en ze dan terug te sturen naar een plaatselijk kantoor van hun ziekenfonds. Helaas was deze methode niet zo succesvol als verwacht. Nauwelijks een vijftiental papieren enquêtes werd teruggestuurd. De resultaten van die enquêtes op papier werden dus niet meegerekend, gezien de zwakke representativiteit. De analyse concentreerde zich op de antwoorden die we online hebben ontvingen (5.617, waarvan 4.144 bruikbaar). Als we de verkeerd geadresseerde e-mails en e-mails die nooit werden geopend niet meerekenen, is dat een zeer bevredigende responsgraad van 26,4%.

- ¹ De gecontacteerde personen zijn opgenomen in de voorraad beschikbare e-mailadressen, die worden doorgestuurd binnen het kader van "diensten en voordelen" (met opt-in).
- ² Bijvoorbeeld: personen die in 2015 palliatieve zorgen hebben gekregen of ten minste 30 dagen in het ziekenhuis hebben gelegen of personen die in een woonzorgcentrum verblijven, in een psychiatrische instelling enz.

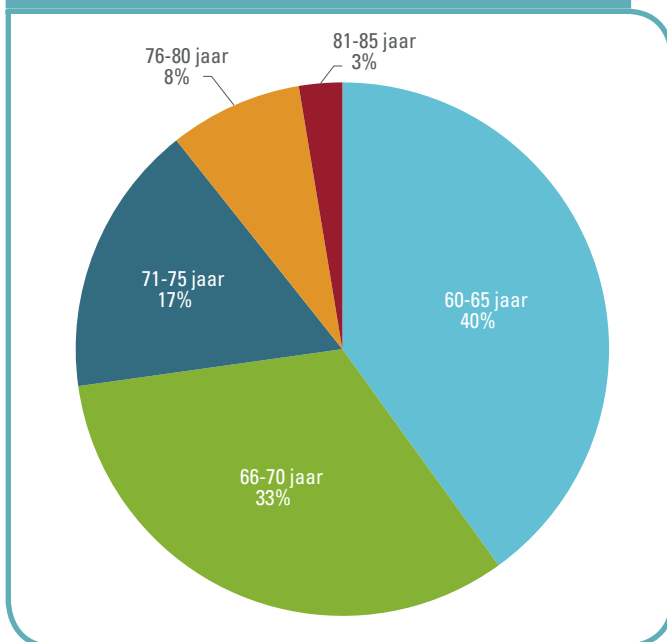
c. Presentatie van de steekproef

Tabel 1 vat enkele algemene kenmerken samen van de steekproef die de enquête opleverde. Ze bestaat voor 60,5% uit mannen en voor 39,5% uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 68,2 jaar.

Tabel 1: Algemeen profiel van de deelnemers

Gemiddelde leeftijd	68 jaar
Geslacht	60% mannen, 40% vrouwen
Huishouden	64% leeft samen met zijn/haar partner
Beroepsstatuut	85% is met pensioen
Onderwijsniveau	13 jaar school (vanaf het eerste leerjaar)

Figuur 1: Verdeling van de deelnemers per leeftijdsklasse



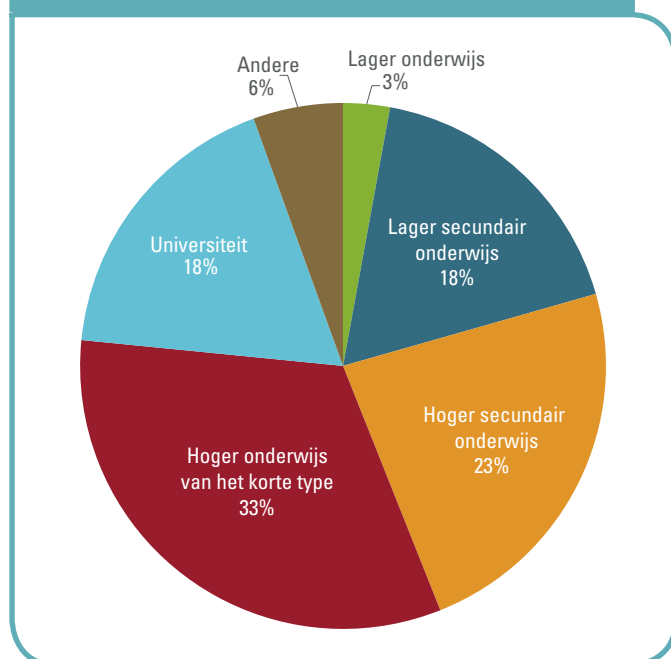
Zoals duidelijk te zien is in Figuur 1, is de representativiteit zeer ongelijk over de verschillende leeftijdsklassen. Bijna 40% van de deelnemers is tussen 60 en 65 jaar oud, terwijl minder dan 5% ouder is dan 80 jaar. De proporties van onze steekproef verschillen van deze van de Belgische bevolking: personen van 60-65 jaar vertegenwoordigen bijna 38% van onze steekproef, terwijl dit in de Belgische bevolking 32% is. Het grootste verschil is echter de groep van 66-70 jaar, die 23% procent van de

Belgische bevolking vertegenwoordigt, maar 32% in onze steekproef. Omgekeerd zijn de twee laatste klassen (76-80 en 81-85 jaar) ondervertegenwoordigd in onze steekproef ten opzichte van de realiteit. (bron: EUROSTAT)

67% van onze steekproef geeft aan als koppel samen te wonen. Dan komen de personen die alleen wonen (24,9%) en mensen die 'bij familie' wonen (8%). Die laatste groep omvat verschillende mogelijke samenstellingen: personen die samenwonen met hun kinderen of ouders, maar ook met broers en zussen, kleinkinderen. Die groep bestaat dus uit personen die mogelijk niet in staat zijn om op vakantie te vertrekken omdat ze zich met een naaste moeten bezighouden. Het laatste procent bestaat uit personen die in een gemeenschap wonen³ (0,2%) en personen die niet antwoordden (0,6%)

In onze steekproef heeft 53% een diploma hoger onderwijs, van het korte (34%) of lange type (19%) (Figuur 2). 23% van de personen beëindigde het hoger secundair onderwijs tegenover 18% het lager secundair onderwijs en 3% enkel het lager onderwijs⁴. Het is helaas moeilijk om vergelijkingen te maken met de Belgische bevolking: in de statistieken is het onderwijsniveau van 65-plussers niet opgenomen. Als we die cijfers daarentegen vergelijken met de cijfers van de Enéo-enquête over senioren en hun pensioen⁵, krijgen we bijna dezelfde cijfers (Balises nr. 47).

Figuur 2: Studieniveau van de deelnemers



³ Het gaat om personen die in collectieve woonvormen.

⁴ De categorie 'anderen' bestaat uit mensen die niet reageerden en andere dingen vermeldden over hun studies, zoals bijvoorbeeld avondschool.

⁵ Het gaat om een studie van Enéo uit 2014 over senioren en over hoe ze zich over hun pensioen voelden. We hebben er verschillende keren naar verwezen bij wijze van vergelijking.

Niet verrassend werkt de meerderheid van de respondenten niet meer: 85% van de deelnemers aan de enquête is gepensioneerd.

Wat betreft de netto maandelijkse inkomens van de huishoudens, heeft 2% van de respondenten minder dan 1.000 euro per maand (wat overeenkomt met de armoedegrens voor een alleenstaande -STATBEL), 23% tussen 1.000 en 1.600 euro (1.600 euro is de armoedegrens voor een koppel van twee volwassenen), 26% tussen 1.600 en 2.200 euro per maand, 25,7% tussen 2.200 en 3.000 euro en 21% meer dan 3.000 euro. Ter vergelijking hebben personen ouder dan 60 jaar een gemiddeld jaarlijks inkomen van 20.974 euro, hetzij ongeveer 1.750 euro per maand (EUROSTAT 2014)⁶ (Figuur 3).

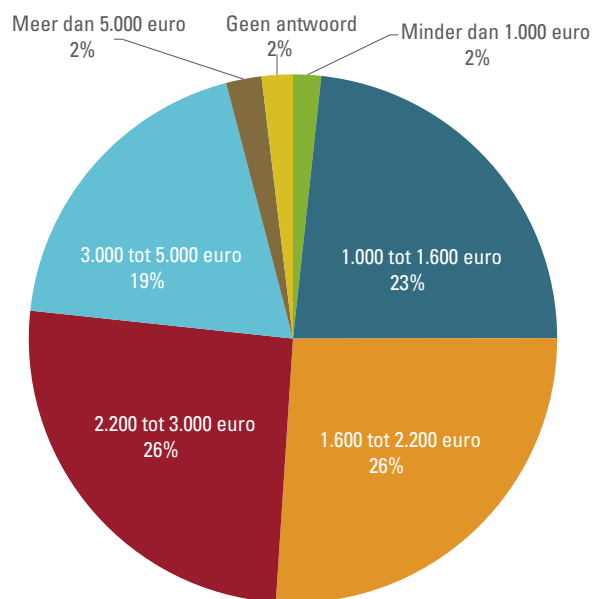
De steekproef bestaat voor 30% uit personen uit de provincie Luik. Samen met de mensen uit Henegouwen (27,1%) is dat meer dan de helft van de steekproef. Dan volgen de provincies Namen (16,3%), Waals-Brabant (10,1%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (9,6%) (zie Figuur 4). In vergelijking met de werkelijke verspreiding van de bevolking, vertonen alle provincies een aanzienlijk verschil in representativiteit, met uitzondering van de provincie Henegouwen. Zo is het Brussels Hoofdstedelijk Gewest sterk ondervertegenwoordigd en kan het omgekeerde worden gezegd van de provincie Namen.

De kenmerken van de respondenten (eerder jong, meerderheid van hoogopgeleide mannen) wekken de indruk dat het feit dat de enquête online werd gevoerd een invloed heeft gehad op de samenstelling van de steekproef. Maar in vergelijking met de eerder vermelde enquête van Enéo over pensioenen, waarbij 40% van de enquêtes via de computer en 60% op papier werd gehouden, blijkt dat de proporties zeer vergelijkbaar zijn, met uitzondering van de vertegenwoordiging van vrouwen (40% voor onze enquête tegenover 56,6% voor Enéo).

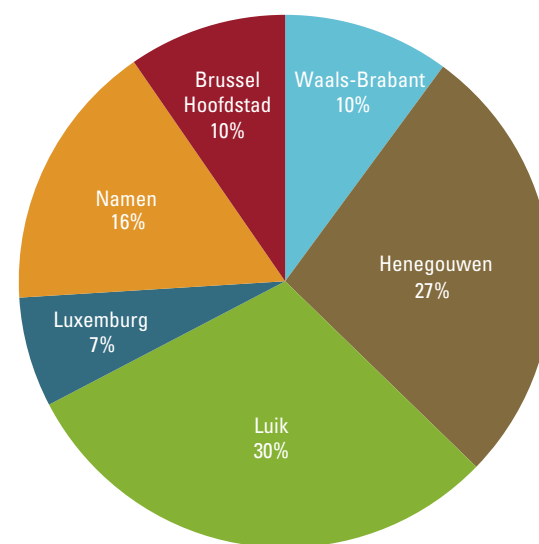
Ten slotte stellen we vast dat een groot deel van de respondenten (35,4%) de laatste 12 maanden niet op reis is gegaan. 24,3% van de respondenten is één keer op reis geweest, 19,9% twee keer en 10,8% drie keer. Sommige personen (9,6%) zijn meer dan drie keer op reis gegaan.

Als we de steekproef analyseren is het effect van de leeftijd duidelijk zichtbaar, niet alleen in het al dan niet op vakantie gaan, maar ook in het aantal reizen per jaar. Zoals immers te zien is in Figuur 5, neemt het aantal vakantiegangers en het aantal reizen af naarmate de leeftijd stijgt: zo gaat 69% van de leeftijdsgroep 60-65 jaar wel eens op vakantie, maar voor personen van 81-85 jaar is dat niet meer dan 42%. Het aantal reizen per jaar neemt ook af: 11% van de groep van 60-65 jaar gaat meer dan 3 keer per jaar op reis, terwijl dat voor de groep van 81-85 jaar niet meer is dan 3%.

Figuur 3: Verspreiding van de inkomens van de huishoudens van de steekproef

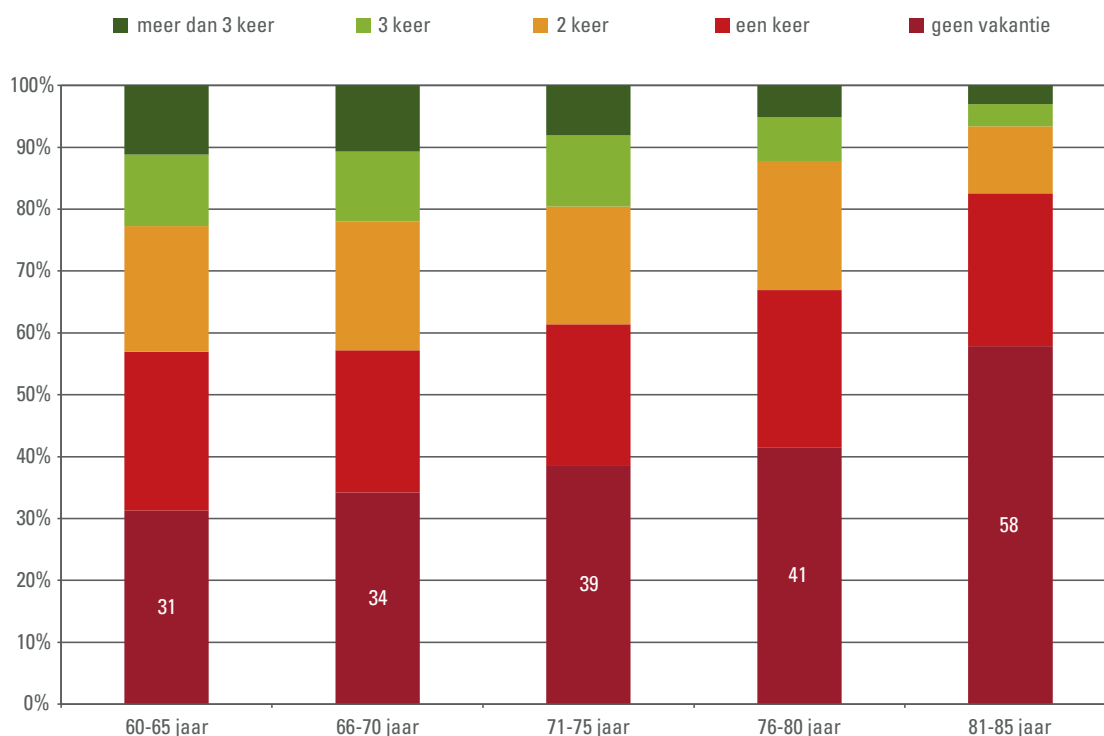


Figuur 4: Provincies van woonplaats



⁶ Omdat we naar de inkomensschijf hebben gevraagd en niet het exacte bedrag kunnen we het gemiddelde inkomen van de bevroegde personen niet berekenen.

Figuur 5: Aantal reizen per jaar volgens de leeftijdsklasse



3. Ongegronde clichés

Voor de analyse van de resultaten hebben we besloten om ons te baseren op vier hardnekkige clichés in verband met senioren: ze kiezen voor georganiseerde reizen met de bus buiten het hoogseizoen en naar dichtbijgelegen plaatsen.

3.1. Senioren en georganiseerde reizen

We zijn geneigd om te denken dat senioren, meer dan andere leeftijdsgroepen, eerder voorstander zijn van georganiseerde groepsreizen⁷, omwille van het comfort en de veiligheid, en om zichzelf niet te moeten bekommeren over de organisatie (Leroux 2010, Caradec et al. 2007). Daarbij komt nog een sociaal aspect dat wil dat senioren van dit soort reizen genieten omwille van de sfeer. In onze enquête gaf 20% van de respondenten aan ooit in groep te hebben gereisd. Dat cijfer moet op basis van de preciseringen echter worden genuanceerd. Immers, op de vraag met welk soort organisatie ze hebben gereisd, antwoordde bijna 50% met een reisagentschap. Er was dus verwarring tussen de termen georganiseerde reis en georganiseerde groepsreis. Andere groepen die instaan voor georganiseerde reizen (en die ons in dit geval meer interesseren)

zijn privé-initiatieven (17%), verenigingen (vzw's) en ziekenfondsen/vakbonden voor 10% elk.

Een van de mogelijke verklaringen voor dit verschil tussen cliché en realiteit ligt misschien in de verandering van generaties. Zoals Caradec al aangaf in zijn werk: de generatie van baby-boomers die nu de pensioenleeftijd heeft bereikt, is veel individualistischer dan de vorige generatie. Bovendien is deze generatie in tegenstelling tot de vorige gewend om op reis te gaan, het vliegtuig te nemen,... Deze mensen hebben dus minder hulp nodig om hun reizen voor te bereiden. Een generatie-effect dat weinig gunstig lijkt te zijn voor de toekomst van georganiseerde reizen.

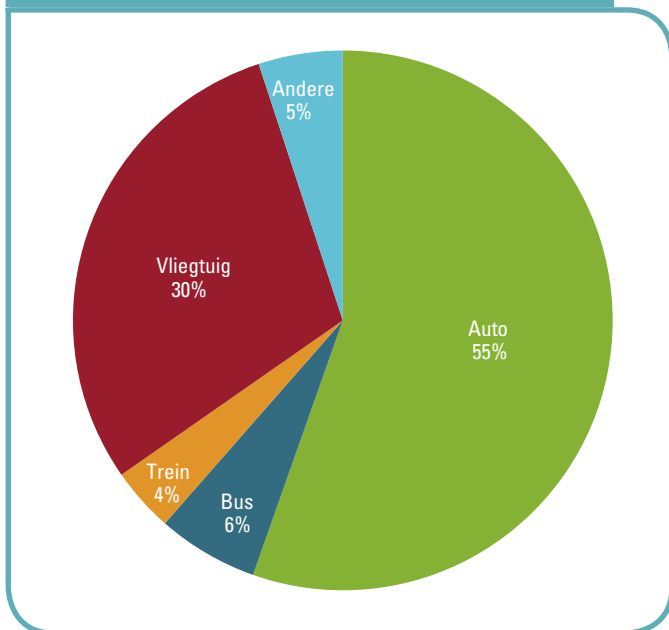
De auteur geeft echter aan dat georganiseerde reizen voor een deel van de 'nieuw gepensioneerden' ondanks dat generatie-effect een vraag zal blijven bestaan, en er is een kans dat er een nieuwe vraag ontstaat met de verlenging van de levensduur en de wens om langer te reizen ondanks bepaalde zware handicaps (Caradec et al., 2007).

⁷ Met deze term bedoelen we volledig georganiseerde reizen, waarbij dus naast het vervoer en het verblijf ook de activiteiten geregeld zijn.

3.2. Senioren reizen per bus

Een van de logische gevolgen als men een georganiseerde reis boekt, is de bus als vervoersmiddel. Toch gebruikte 55% van de personen die op vakantie zijn gegaan de auto en 30% het vliegtuig. In de categorie 'andere' vinden we combinaties van vervoersmiddelen (trein + auto) terug, maar ook reizen met de boot en motorhomes. Zoals te zien in Figuur 6, is de reisbus een van de minst verkozen vervoersmiddelen van onze respondenten.

Figuur 6: Gebruikte vervoersmiddelen



3.3. Senioren reizen in het laagseizoen

De deelnemers werden gevraagd om de periode en de duur van hun recentste vakantie aan te geven. 74% van de deelnemers geeft aan dat hun recentste reis in het hoogseizoen was (van juni tot september). Als we de informatie over de vakantieperiodes en reisgezellen kruisen, stellen we vast dat personen die met kinderen of kleinkinderen reizen grotendeels tijdens de schoolvakantie op reis zijn gegaan. Daarentegen is bijna 40% van de personen die met hun partner op reis zijn gegaan, in september of juni vertrokken.

De recentste vakantie van bijna 50% van de respondenten die in de laatste twaalf maanden op reis zijn gegaan, duurde tussen 1 en 7 nachten (13,9% maximaal 4 nachten). 14% van de respondenten heeft een vakantie tussen 13 en 16 nachten achter de rug. De grote meerderheid van personen die op reis vertrekken doet dat met hun partner, 20% gaat ook met vrienden op reis. 54% van de personen is met twee op reis gegaan, 11% met vier, 6,7% met drie. Daarentegen reisde maar 7,4% van de personen alleen.

Een veel groter percentage van de mensen die alleen hebben gereisd, ging naar verdere bestemmingen (die personen zijn

Tabel 2: Datum recentste vakantie

Datum laatste vakantie	Percentage
Juni-juli-augustus-september	73,9%
Mei-april-maart-februari	17,6%
Januari-december-november-oktober	6,0%
Niet geantwoord	2,5%

daarom niet alleenwonenden), terwijl personen die met hun kinderen of kleinkinderen reisden, bij voorkeur de Belgische kust bezochten. Frankrijk blijft zoals eerder vastgesteld, de voorkeursbestemming voor de meeste respondenten.

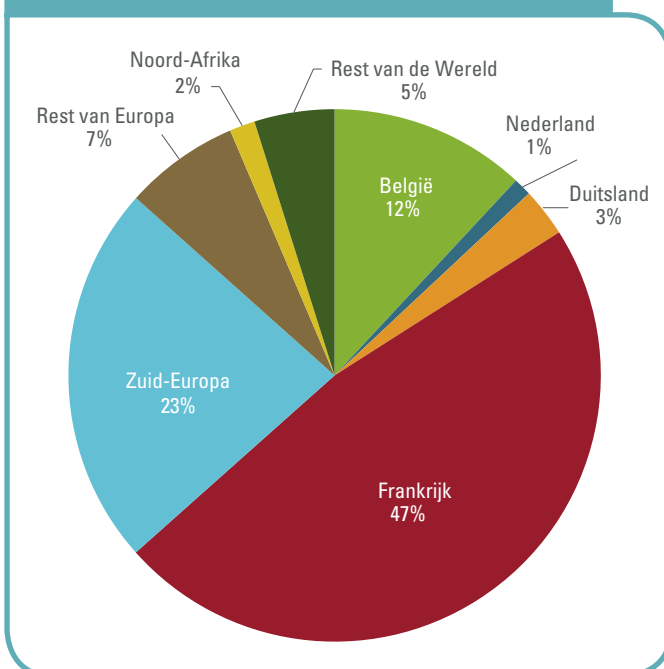
3.4. Senioren verkiezen dichtbijgelegen bestemmingen

De bestemmingen van de meest recente vakanties van de respondenten, werden als volgt ingedeeld:

- België
- Frankrijk, Duitsland en Nederland (die een aparte categorie vormen omdat het buurlanden van België zijn)
- Zuid-Europa, waarbij alle Europese landen van het Middellandse Zeegebied horen (Spanje, Portugal, Griekenland, Malta, Kroatië, Montenegro)
- De rest van Europa
- De Noord-Afrikaanse landen: Marokko, Tunesië en Egypte.
- De rest van de wereld

De meest verkozen bestemming is Frankrijk met 47%. Daarna volgen Zuid-Europa (23%) en België (12%) (Figuur 7).

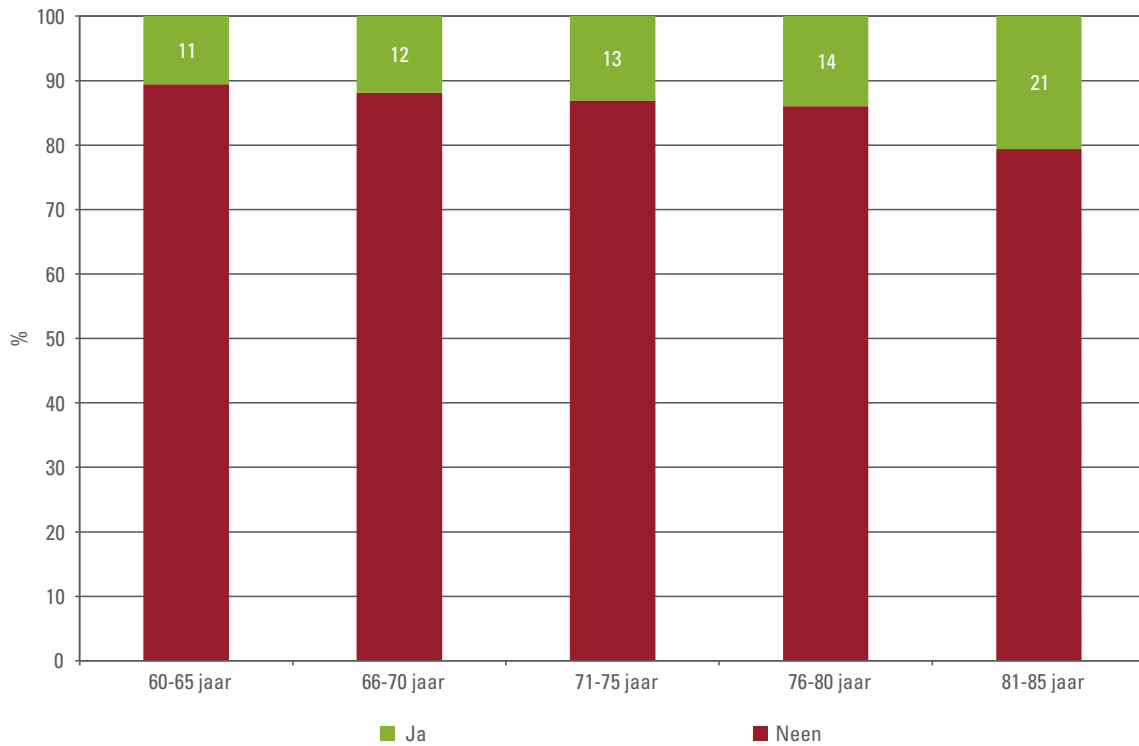
Figuur 7: Bestemming laatste vakantie



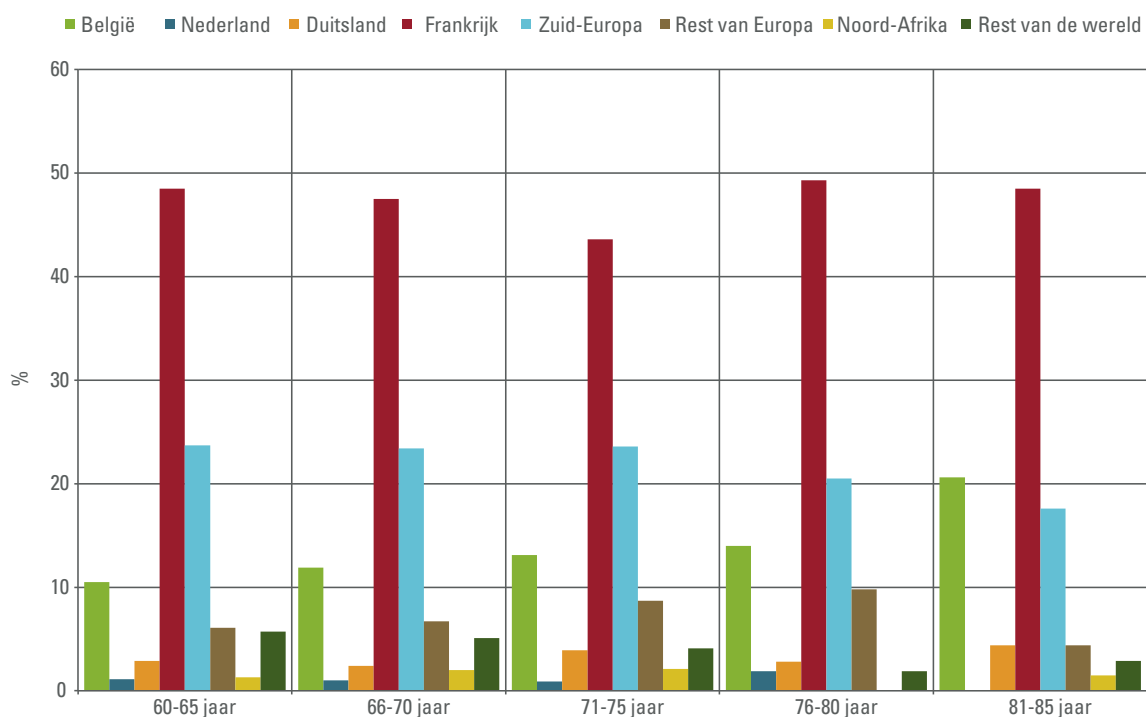
Hoe hoger de leeftijd, hoe hoger de proportie van vakanties in België (Figuur 8). Die cijfers blijven echter relatief zwak ten opzichte van de gevestigde ideeën (10% voor 60-65 jaar tot 20% voor 80-85 jaar). Men moet echter voorzichtig zijn met het interpreteren van die gegevens: de vraag gaat alleen om de

meest recente vakantie. Zo kunnen we bevestigen dat ten minste 80% van de 80-plussers die op reis zijn gegaan, buiten onze landsgrenzen is gereisd. Voor de andere bestemmingen blijven de cijfers stabiel, ongeacht de leeftijdsgroep.

Figuur 8: Vakanties in België volgens leeftijd



Figuur 9: Vakantieoorden volgens leeftijd



4. Wat zijn de heilzame gevolgen van vakanties?

Hierna volgen de bevindingen na het koppelen van de kenmerken van senioren (reizigers of niet⁸) en hun gezondheidstoestand. We proberen een antwoord te vinden op de volgende vragen:

- Hebben reizen een effect op het welzijn?
- Wat zijn de kenmerken van een welzijnsbevorderende reis?
- Welke types activiteiten hebben de grootste invloed op het welzijn?
- Verschillen de resultaten in functie van de leeftijd?

Alleen resultaten die statistisch significant zijn worden voorgesteld⁹.

van de niet-reizigers aan een chronische aandoening te lijden, terwijl dat maar 46,1% is bij mensen die wel op reis gaan. In dezelfde zin meldt 59,3% van de niet-reizigers dat ze moeilijkheden hebben met dagdagelijkse activiteiten, terwijl die proportie bij reizigers maar 40,8% is. Ten slotte stelt 53,7% van de niet-reizigers geheugenverlies in het dagelijks leven vast, tegenover 46,6% bij de senioren die wel reizen.

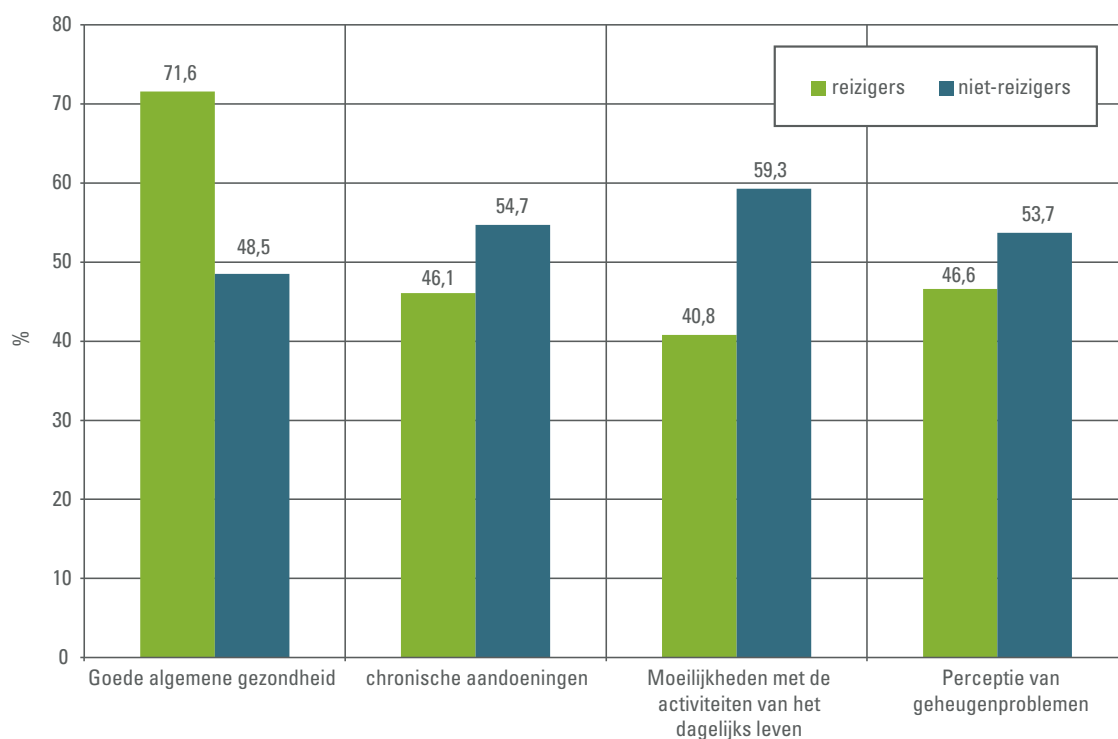
Het is een interessante vaststelling dat het verschil tussen de twee groepen meer tot uiting komt in de manier waarop ze hun gezondheid in het algemeen beoordelen (verschil van 23,1%) en in hun vermogen om dagdagelijkse activiteiten uit te voeren (verschil van 19,5%). Dat verschil is minder groot voor de andere gezondheidsaspecten: 8,6% verschil wat betreft de aanwezigheid van chronische aandoeningen en 7,1% betreffende de perceptie van geheugenverlies.

4.1. Verschillen tussen reizigers en niet-reizigers

Uit figuur 10 blijkt dat 'reizigers' betere gezondheidsscores hebben dan de anderen. Zo zegt 71,6% van de reizigers zich in 'goede', zelfs in 'zeer goede' gezondheid te bevinden, terwijl slechts 48,5% van de niet-reizigers hetzelfde zegt. Wat betreft specifiekere aspecten van lichamelijke gezondheid, zegt 54,7%

Er kan ook een onderscheid worden gemaakt tussen de twee groepen op het vlak van de beoordeling van hun geestelijke gezondheid (Figuur 11). De indicatoren hebben betrekking op de levenskwaliteit, het geluksgevoel, het voelen van positieve emoties (geamuseerd, aangenaam verrast, blij ...), negatieve emoties (kwaad, wantrouwen, afkeer, droefheid,...) en het gevoel van eenzaamheid.

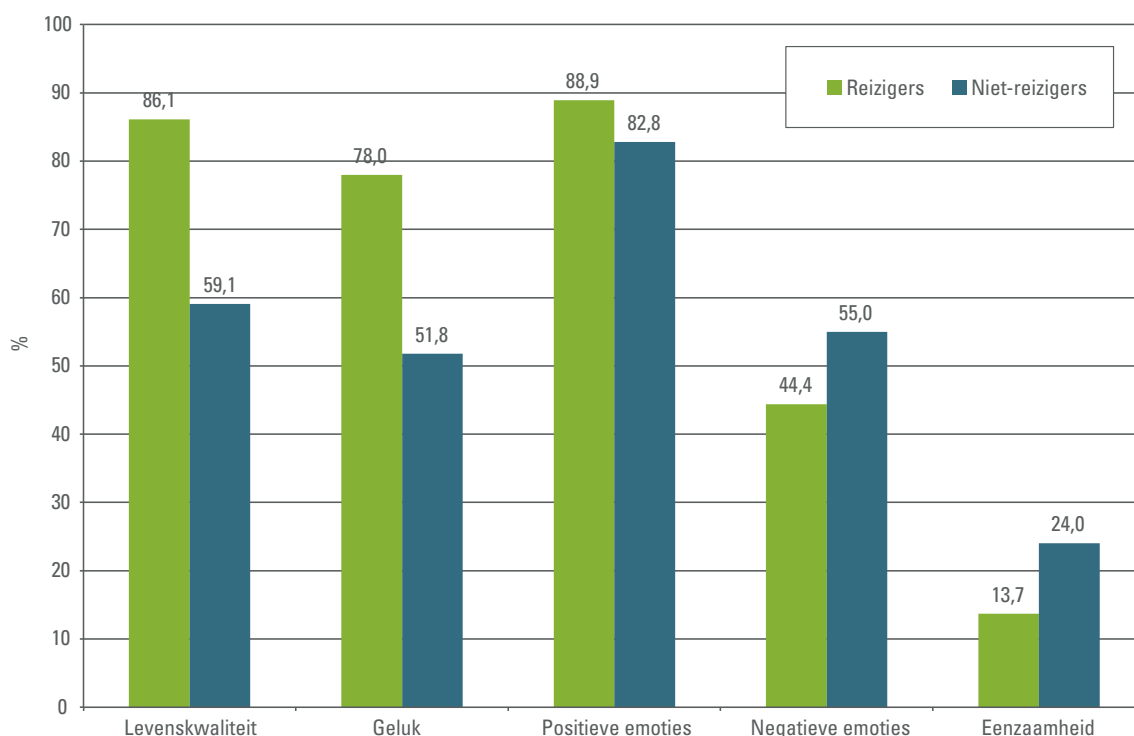
Figuur 10: Voorstelling van de lichamelijke gezondheidstoestand van de groep senioren die reizen en de groep senioren die niet reizen.



⁸ Vanuit socio-economisch perspectief zijn de respondenten die het afgelopen jaar voor de enquête niet hebben gereisd oudere senioren, die minder lang hebben gestudeerd en een lager inkomen hebben dan de 'reizigers'.

⁹ Voor de gemakkelijke leesbaarheid hebben we ook de statistische indexen niet voorgesteld in dit artikel.

Figuur 11: Voorstelling van de geestelijke gezondheidstoestand van de groep senioren die reizen en de groep senioren die niet reizen. (in % voor iedere groep)



86,1% van de reizigers zegt een 'goede' en zelfs 'zeer goede' levenskwaliteit te hebben, tegenover slechts 59,1% van de niet-reizigers (verschil van 27%). De levenskwaliteit is volgens Dolnicar et al. (2012) "de subjectieve beoordeling van een individu van de mate waarin hij of zij aan zijn of haar behoeften, doelstellingen en grootste wensen voldoet". Een persoon die reist, ontwikkelt zichzelf meer en dat draagt bij tot de levenskwaliteit. Bepaalde psychologische behoeften worden immers bevredigd door ontspanning en vrije tijd. 40% van de respondenten van het onderzoek van Dolnicar et al. rekent spontaan reizen bij de factoren die bijdragen tot hun levenskwaliteit en 90% antwoordt positief op rechtstreekse vragen over de rol van vakanties in het verbeteren van het welzijn.

Analoog aan die gegevens, zegt 78% van de reizigers gelukkig te zijn, terwijl dat maar 51,8% is bij niet-reizigers (verschil van 26,2%). Senioren die de laatste twaalf maanden niet hebben gereisd, gaven vaker aan een gevoel van eenzaamheid te ervaren (24%) dan zij die wel hebben gereisd (13,7%). Ten slotte stellen we op emotioneel niveau vast dat het verschil vooral in negatieve emoties te merken is (NE). Meer specifiek geven de senioren die in het afgelopen jaar ten minste één keer op reis zijn gegaan minder (44,4%) aan dat ze negatieve gevoelens

ervaren dan de senioren die niet hebben gereisd (55%). Het verschil tussen de twee groepen is minder groot voor positieve emoties (PE) (6,1% tegenover 10,6% voor NE). Bovendien stellen we vast dat de 2 groepen relatief hoge scores hebben voor vragen in verband met het welzijn. Dat laatste resultaat komt overeen met het fenomeen van 'positiviteitsbias' dat vaak in de literatuur wordt aangehaald. Dat fenomeen stelt dat "mensen bij het ouder worden positieve emoties verkiezen en hun negatieve emoties vermijden of verminderen" (Guillaume, Eustache & Desgranges, 2009, p.247). Dat concept stelt dat de meerderheid van de senioren, informatie met positieve waarde zoekt, selecteert en prioritair behandelt. Er is ook een geheugenbias vast te stellen, dat wil zeggen een neiging om eerder goede momenten te onthouden dan slechte (VIEILLARS, 2015).

De antwoorden maakten het ook duidelijk dat de bevroegde personen zich er in het algemeen bewust van zijn dat de vakantie hun algemene (76,6%), lichamelijke (73,7%) en vooral ook geestelijke gezondheid (82,8%) heeft verbeterd.

4.2. Frequentie van reizen, welzijn en eenzaamheid

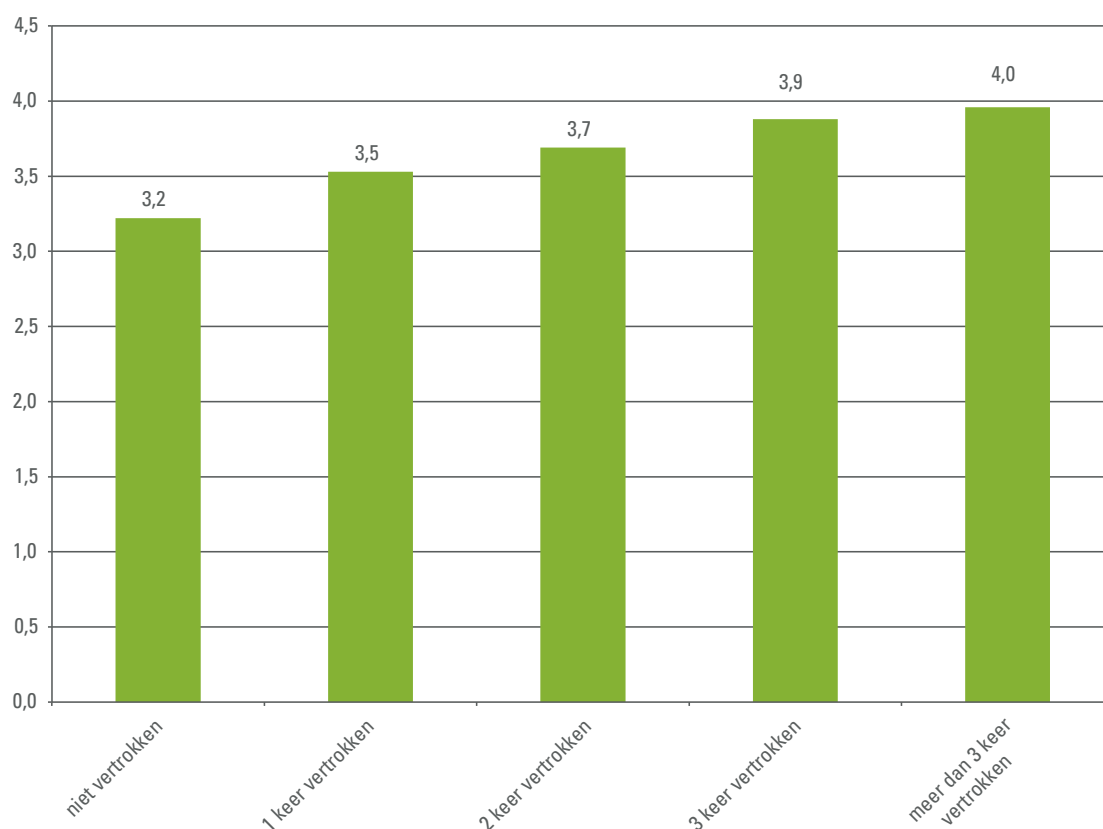
Een deel van onze enquête stond volledig in het kader van welzijn. Er werd een welzijnsscore gecreëerd op basis van de antwoorden en de resultaten werden gekruist met het aantal reizen per jaar (Figuur 12). Er is een verband tussen het mentaal welzijn en het aantal reizen per jaar en het mentaal welzijn verbetert naarmate het aantal reizen hoger ligt.

Welzijn is een subjectief gevoel, uniek voor ieder persoon. Seligman (2001) beschrijft het aan de hand van de volgende dimensies: positieve emoties, engagement, sociale relaties, de zin van het leven en het gevoel van verwezenlijking. Ryff (1989) beschrijft het subjectieve welzijn als een optimaal functioneren waarbij men zichzelf aanvaardt, positieve sociale relaties onderhoudt, zelfstandig is, een goede controle over de omgeving, de levensdoelen en de persoonlijke ontwikkeling. Ten slotte is de meest populaire, meest gevalideerde en volledige definitie die van Diener (2000), die het subjectieve welzijn beschrijft als een geheel van emotionele en evaluatieve dimensies. Zijn definitie bestaat uit drie belangrijke dimensies: tevredenheid over het leven, een positief gevoelsleven (vreugde, fierheid,

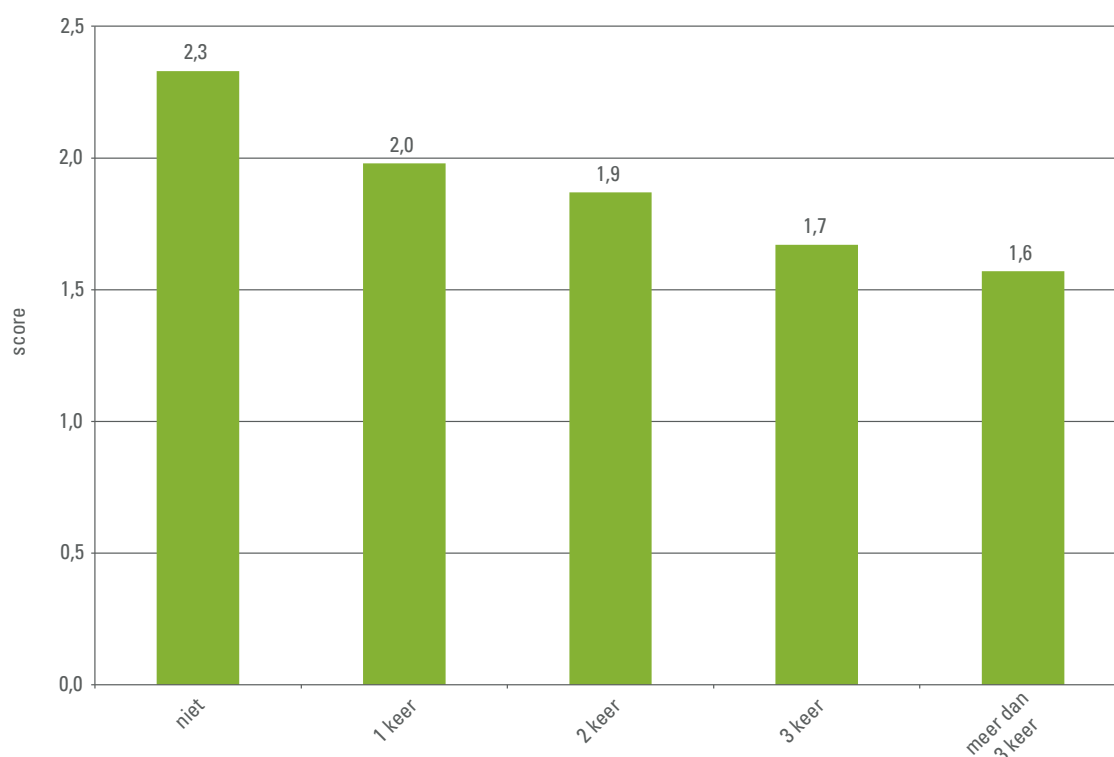
plezier ...) en de afwezigheid van een negatief gevoelsleven (angst, depressie ...).

Enkele onderzoeken hebben de voordelen van reizen op de gezondheid van senioren aangetoond. De analyse van Lee en Tideswell (2005) toonde het belang van vakanties voor het welzijn van senioren aan: *“leisure has a positive influence on the lives of elderly people and, in particular, their satisfaction with life”*. Diezelfde auteurs verzekeren dat de ontspanning die men ondervindt op vakanties een impact heeft op de lichamelijke en mentale gezondheid van senioren. Het onderzoek van McCabe in 2010 geeft een indeling van de zes belangrijkste voordelen van vakanties voor de bevroegde personen. In aflopende volgorde van belangrijkheid, zorgen vakanties voor: de kans om tijd door te brengen met familie, om uit de routine te stappen, de kans om mooie herinneringen op te bouwen, de kans om nieuwe plaatsen en activiteiten te ontdekken; de mogelijkheid om de toekomst beter tegemoet te zien en een bijdrage aan de sociale en educatieve ontwikkeling (McCabe, 2010).

Figuur 12: score mentaal welzijn van senioren op basis van het aantal keer dat ze in de loop van de twaalf afgelopen maanden voor de enquête op reis zijn vertrokken.



Figuur 13: Eenzaamheidsscore van senioren op basis van het aantal keer dat ze in de loop van de twaalf afgelopen maanden voor de enquête op reis zijn vertrokken.



Bovendien waren we ook geïnteresseerd in de evolutie van het eenzaamheidsgevoel in functie van de frequentie van reizen door senioren. Volgens Morgan et al. (2015) is eenzaamheid thuis immers een van de grootste problemen bij ouderdom. Zoals te zien op Figuur 13 hebben de personen die het meest lijden aan eenzaamheid in het algemeen niet gereisd tijdens de twaalf laatste maanden voor de enquête. Hoe meer de senioren hebben gereisd, hoe minder ze een gevoel van eenzaamheid hadden. Veel oudere personen willen niet op reis vertrekken juist omdat ze zich eenzaam voelen. Toch spelen georganiseerde reizen een belangrijke rol bij personen die zich dagelijks eenzaam voelen: het vergroot immers de sociale interacties en het gevoel van steun te ervaren. In het kader van het onderzoek van Morgan et al. (2015), gaven de deelnemers aan dat ze gewoonlijk niet op vakantie gaan omdat ze alleen zijn maar dat ze door wel eens een groepsreis mee te maken nieuwe banden hebben kunnen scheppen (op korte of lange termijn) en dat ze zich goed voelden met mensen om zich heen.

Samengevat tonen al die resultaten op welke punten het profiel van senioren die wel of niet reizen verschillen op sociocultureel en economisch vlak (leeftijd, opleidingsniveau, inkomen) en op het vlak van gezondheid. Toch moeten deze resultaten ook voorzichtig worden beschouwd omdat de hogere scores voor gezondheid in de groep van reizigers niet alleen het resultaat kunnen zijn van de gunstige gezondheidseffecten van reizen. Het is immers goed mogelijk dat de mensen uit die groep uit zichzelf al gezonder zijn en gemakkelijker op reis kunnen vertrekken dan de anderen. Niet-reizigers hebben wellicht

meer gezondheidsproblemen (bijv. moeilijke verplaatsingen, incontinentie, pijn) waardoor ze niet op reis kunnen gaan.

In die context denken we dat de verbanden tussen vakantie en gezondheid in twee richtingen werken. Met andere woorden stellen we dat een goede gezondheid het enerzijds gemakkelijker maakt om op reis te gaan en anderzijds dat reizen ook positieve effecten hebben op de gezondheid. Andere onderzoeken die Enéo heeft begeleid en in samenwerking met de onderzoekers psychologie van de UCL worden gevoerd, hebben het doel om deze hypothese te bevestigen of ontkrachten.

4.3. Vakanties, activiteiten en welzijn

Hoewel de studies die toerisme en psychologie linken bij senioren nog maar in hun kinderschoenen staan, zijn er de laatste jaren verschillende wetenschappelijke studies geweest die een aantal voordelen van vakanties op de gezondheid en het welzijn van senioren die reizen aantoonde. Sociale relaties, een andere omgeving, stressvermindering, ontdekking, contact met de natuur, nieuwe ervaringen en herinneringen ... (bijv. Akn & Janke, 2011; Kim, Woo, & Uysal, 2015; McCabe & Johnson, 2013; Moal-Ulvoas & Taylor, 2014; Morgan, Pritchard, & Sedgley, 2015; Toepoel, 2013) zijn evenzeer factoren waarmee senioren hun welzijn kunnen verbeteren en hun eenzaamheidsgevoel kunnen verminderen. Laten we nu bekijken wat de kenmerken van een geslaagde reis zijn bij senioren.

Met de volgende elementen kunnen de twee volgende vragen worden beantwoord: 1) Wat zijn de kenmerken van een “deugd-doende” reis? 2) Welke types vakantieactiviteiten hebben de grootste invloed op het welzijn? Die twee vragen zullen worden besproken in samenhang met de verschillende leeftijdsgroepen van senioren (d.w.z. 60-64 jaar, 64-69 jaar, 70-74 jaar, 75-79 jaar en ouder dan 80 jaar).

De statistische analyses werden uitgevoerd door bepaalde kenmerken van de deelnemende senioren ‘te controleren’. Met andere woorden werd de impact van vakanties op het welzijn van de senioren berekend, waarbij de impact van andere variabelen die een invloed hebben op het welzijn van individuen werden geneutraliseerd (bijv. socio-economische gegevens zoals het geslacht, inkomen, aantal jaren gestudeerd, de gezondheidstoestand en de mate waarin men dagelijks actief is).

[a. Wat zijn de kenmerken van een “deugd-doende” reis?](#)

Van alle dimensies waarmee rekening wordt gehouden, heeft de frequentie van reizen het meeste invloed op het welzijn, dicht gevolgd door de tevredenheid en de perceptie van de gezondheidsvoordelen. De duur van een reis heeft daarentegen weinig invloed op het welzijn. Dus **is het beter om verschillende keren per jaar op reis te gaan dan één keer lang op vakantie te gaan**. Het conceptuele model van Newman, Tay, en Diener (2013) toont aan dat de frequentie van de vrijetijdsbesteding een belangrijke dimensie is in de relatie tussen vrijetijd en het welzijn van individuen. Andere auteurs (Lawton, Moss, Winter, & Hoffman, 2002) toonden een verband tussen de reisfrequentie en het feit dat men een plan heeft (de voorbereiding), wat een aangenaam gevoel geeft.

De tevredenheid over de vakantie draagt ook bij tot het welzijn van oudere reizigers tijdens het verouderingsproces (vooral tussen 60 en 75 jaar). Heel wat onderzoeken (bijv. Neal, Uysal en Sirgy, 2007; Wei en Milman, 2002) op dat vlak hebben aangetoond dat de algemene tevredenheid over het leven na een reis wordt bepaald door de tevredenheid die men heeft over die reis. Dat gegeven wordt ondersteund door de ‘Bottom-up spillover theory’ (Neal, Sirgy en Uysal, 1999) die stelt dat de tevredenheid over ons leven wordt beïnvloed door hoe tevreden we zijn over verschillende domeinen van ons leven, zoals werk, gezondheid, familie en vrijetijdsbesteding. Andere studies bevestigden de verhouding tussen de tevredenheid over een reis en de algemene levenstevredenheid (bijv. Kim, Woo, & Uysal, 2015; Neal et al., 2007; Wei & Milman, 2002).

Hoe meer senioren zich bewust zijn van de voordelen van vakantie op hun gezondheid, hoe hoger hun welzijn zal zijn na de vakantie. Als we de verschillende leeftijdsgroepen van elkaar onderscheiden, stellen we vast dat het pas na het pensioen (rond 65 jaar) is dat de manier waarop senioren de voordelen van vakantie op hun gezondheid beschouwen zal bijdragen tot hun welzijn. Een van de verklaringen daarvoor is dat senioren meer aandacht besteden aan wat ‘goed’ is voor hun gezondheid als ze op pensioen zijn. In die zin toonde Eibich

(2015) aan dat het pensioen een positieve invloed heeft op de gezondheid omdat mensen zich ‘gezonder’ gedragen (bijv. meer activiteiten allerhande, zoals reizen).

[b. Welke soorten vakantieactiviteiten hebben de grootste impact op het welzijn?](#)

Uit de analyses van de enquête weten we dat, van de verschillende vakantie-activiteiten **sociale activiteiten** (bijv. groepsactiviteiten zoals spelletjes of uitstapjes) **de grootste invloed hebben op het welzijn**. Als we ons op de verschillende leeftijdsgroepen focussen, stellen we vast dat dit type activiteiten bijzonder gunstig is voor het welzijn van reizigers van 75 tot 80 jaar oud. Een van de verklaringen zou zijn dat senioren zich op deze leeftijd vaker eenzaam voelen omwille van het verlies van naasten en gezondheidsproblemen die het moeilijk maken zich te verplaatsen. Daardoor worden sociale activiteiten bijzonder belangrijk op die leeftijd. Een Canadees onderzoek (Gilmour, 2012) bij bijna 16.000 deelnemers ouder dan 65 jaar toonde aan dat hoe meer senioren deelnemen aan sociale activiteiten, hoe minder eenzaam ze zich voelen en hoe groter hun welzijn is (zie ook Litwin & Shiovitz-Ezra, 2010).

Intellectuele activiteiten op vakantie (bijv. lezen, een nieuwe stad verkennen, kaarten ...) **hebben een positieve invloed op het welzijn van senioren**. We kunnen veronderstellen dat men zich in de periode na het pensioen, vermits er op intellectueel vlak minder wordt gevraagd van mensen (omdat mensen die voordien hebben gewerkt, nu geen professionele activiteit in de strikte zin van het woord meer uitvoeren), meer op die manier kan bezighouden in het kader van vrijetijdsbesteding.

In het algemeen lijken **rust en ontspanning** (bijv. ontspannen op een ligstoel/fauteuil, een massage, een siësta ...) **geen type activiteit te zijn die bijdraagt tot het gevoel van welzijn van oudere reizigers**. Echter lijken de groep van 70-75 jaar en de 80-plussers er meer van te genieten dan de jongere leeftijdsgroepen, hoewel de statistische waarde ervan zwak is. Doordat er op die leeftijd meer lichamelijke gezondheidsproblemen en functionele beperkingen ontstaan, kan het zijn dat die activiteiten meer bijdragen tot het welzijn (omdat er minder lichaamsbeweging voor nodig is). De Belgische gezondheidsenquête (WIV, 2013) toonde aan dat het aantal personen dat aan functiebeperkingen lijdt door een chronische aandoening vooral vanaf 70-75 jaar stijgt.

Ten slotte is het interessant, maar zeer zeker ook verrassend dat fysieke activiteiten negatief zijn voor het welzijn van personen ouder dan 70 jaar. Laten we echter voorzichtig omgaan met dit resultaat, omdat het statistisch maar weinig van belang is. Er zijn twee mogelijke verklaringen voor. Ten eerste is het mogelijk dat, ondanks het feit dat de vragenlijst voorbeelden van lichamelijke activiteiten vermeldde, de senioren specifieke voorstellingen hebben over die term (bijv. Grossman & Stewart, 2003). Het is immers waarschijnlijk dat men negatieve gedachten koppelt aan lichamelijke activiteiten (bijv. schrik om te vallen, breuken, ademnood, pijn). Die nega-

tieve visie op dat type activiteiten kan nog worden versterkt door gezondheidsproblemen. Ten tweede is het mogelijk dat lichamelijke activiteiten op vakantie niet mogelijk zijn voor de oudste respondenten. Het opduiken van gezondheidsproblemen vermindert immers het gevoel van 'self-efficacy' bij senioren en leidt het ertoe dat men dit type activiteiten minder uitvoert (Lees, Clark, Nigg, & Newman, 2005).

Vakanties hebben dus een positieve impact op het welzijn van senioren. Over verschillende leeftijdsgroepen zien we dat de invloed relatief stabiel blijft tijdens de veroudering, ondanks een aanzienlijke verhoging van deze impact na het pensioen.

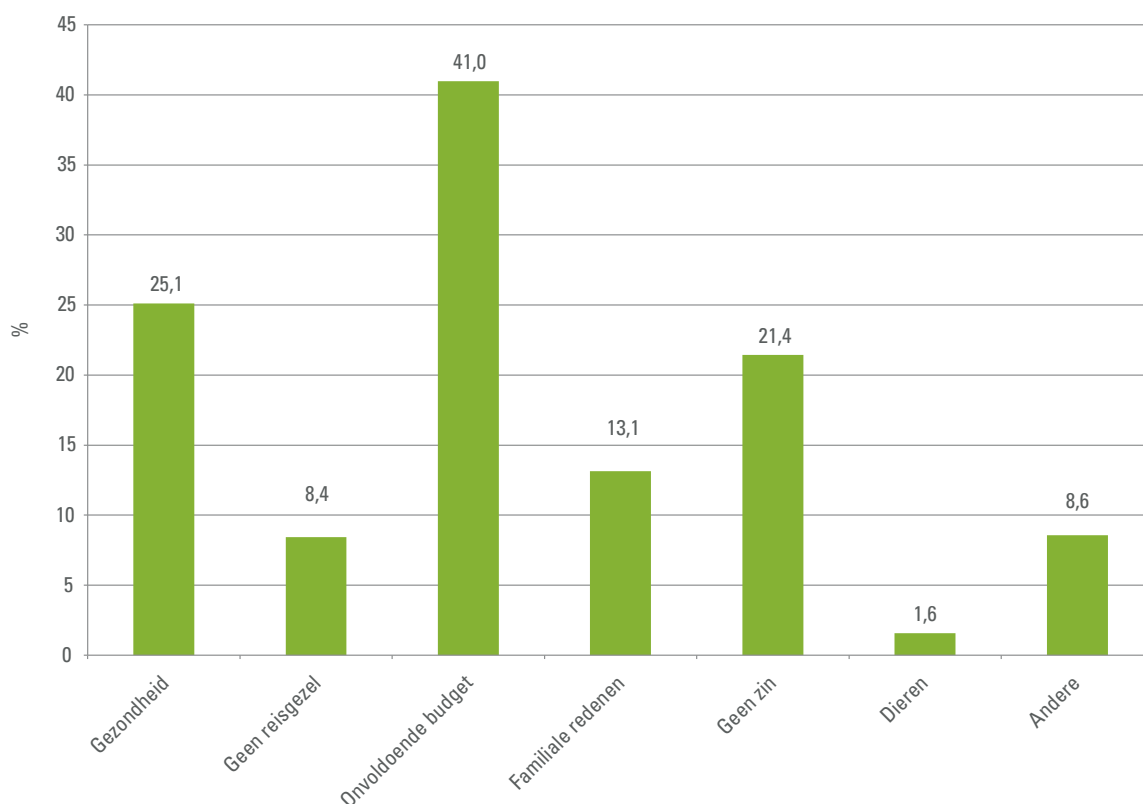
Na afloop van deze analyse kunnen we bepaalde wezenlijke elementen opsommen van een "deugddoende" reis: de frequentie, tevredenheid, perceptie van gezondheidsvoordelen en sociale activiteiten. Het is echter belangrijk om in het achterhoofd te houden dat senioren onderling van elkaar verschillen (leeftijd, gezondheidstoestand, inkomen ...) en dat iedere persoon op zijn eigen manier omgaat met veroudering op basis van zijn of haar eigen capaciteiten, interesses en middelen. De activiteiten waarvoor men kiest op vakantie hangen dus af van die criteria.

Het selectie-, optimalisatie- en compensatiemodel (Baltes & Baltes, 1990; Baltes & Cartensen, 1999) beschrijft waarom en hoe

oudere personen zich bezig houden met vervullende activiteiten en een hoge mate van welzijn ondanks de uitdagingen van het ouder worden. Dit model stelt dat senioren zich aanpassen aan het verouderen door activiteiten te *selecteren*, door hun capaciteiten en middelen voor die activiteiten te *optimaliseren* en door verliezen te *compenseren* door nieuwe middelen, nieuwe doelen of andere, meer aangepaste activiteiten te zoeken. Daarom zagen we bijvoorbeeld dat rustactiviteiten op vakantie meer impact hebben op het welzijn van oudere senioren dan op dat van jongere.

Conclusie: dankzij deze analyses konden we de positieve correlatie tussen vakantie en het welzijn van senioren aantonen. De frequentie, tevredenheid en de perceptie van gezondheidsvoordelen lijken relatief gelijkaardige gunstige effecten te hebben over alle leeftijdsgroepen van senioren heen. Overigens: hoewel sociale activiteiten het meest interessant lijken voor het welzijn van de senioren die aan deze enquête hebben deelgenomen, verschilt het effect van de verschillende activiteiten in functie van de groepen. Er is dus niet één enkele soort, maar verschillende soorten vakantie waar senioren voor kiezen op basis van hun eigen specifieke eigenschappen, behoeften en persoonlijke interesses.

Figuur 14: Redenen om niet te reizen



5. Redenen om niet op reis te gaan

Doorheen dit artikel hebben we het gehad over senioren die op reis gaan en de manier waarop ze dat doen. We hebben ook de vele voordelen van reizen besproken. Nu gaan we het hebben over mensen die niet op reis gaan. Zij maken 35,4% uit van onze steekproef, wat betekent dat een respondent op drie de laatste twaalf maanden niet op vakantie is geweest. Wie zijn ze en waarom reizen ze niet? Met deze vragen sluiten we ons artikel af.

De relatie tussen leeftijd en aantal reizen werd aan het begin van het artikel al voorgesteld. Om verder te gaan vroegen we in de vragenlijst aan de personen die niet op reis gaan wat daar de redenen voor zijn. Een eerste reden is een gebrek aan budget, voor 40% van de personen. Dan volgen gezondheidsproblemen (25%), gebrek aan goesting (20%) en familiale redenen (13%) (Figuur 14).

Het verband tussen het inkomen van een huishouden en het al dan niet op reis gaan is duidelijk: hoe hoger het inkomen, hoe meer men reist. Bij de laagste inkomens heeft 60% geen reis gemaakt, tegenover minder dan 20% voor de hoogste inkomens (Figuur 15).

In samenhang met het inkomen hebben we het aantal reizen gekruist met het beroep voor het pensioen (Figuur 16).

Niet verrassend zijn het mensen die vroeger kaderleden, onderwijzers, bedienden, uitvoerders van vrije beroepen of zelfstandigen waren die het meest op reis gaan (met cijfers tussen 80 en 60%).

Bovendien reizen voormalige kaderleden en leerkrachten veel meer dan anderen. Dan volgen voormalige zelfstandigen, bedienden en dan arbeiders, nog voor mensen die niet werkten (huisman/-vrouw, werkzoekenden of werkonbekwame personen). (Figuur 17).

Bij de personen die aangaven niet op reis te zijn geweest om gezondheidsredenen is meer toelichting gevraagd. De meest aangehaalde reden is moeilijkheden om te wandelen. Andere belangrijke redenen zijn een zieke partner of regelmatige medische controles (Figuur 18).

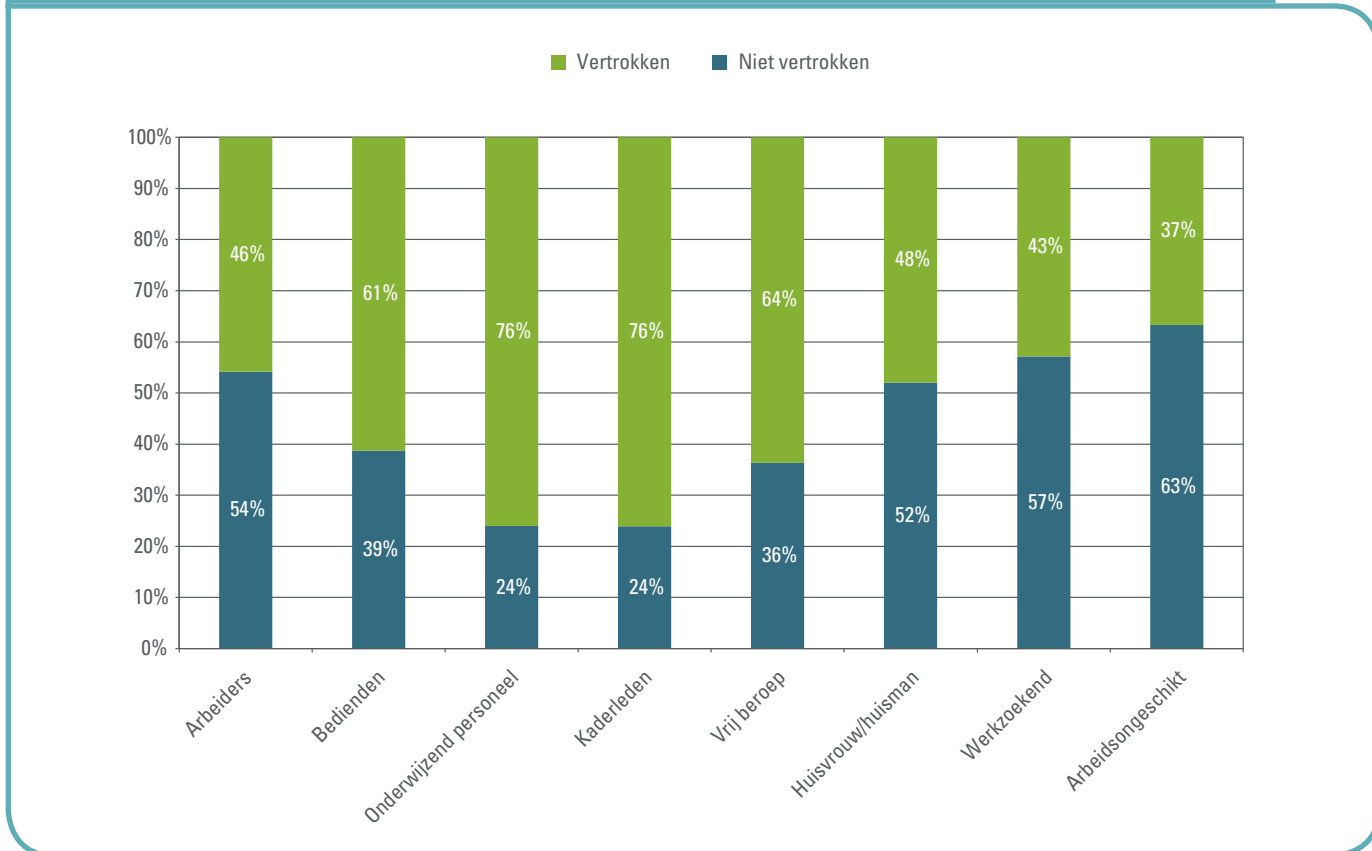
Als we bijvoorbeeld het item 'moeilijkheden om te wandelen' beschouwen, heeft 21% van de personen die zeggen zich moeilijk te kunnen verplaatsen ook 'regelmatige medische controles', een 'zieke partner' (16%) of een 'speciaal dieet' (8%) aangegeven.

De redenen om niet op reis te gaan hebben echter niet hetzelfde gewicht in de verschillende leeftijdsgroepen, al zijn gezondheid en budget altijd de belangrijkste redenen om niet te reizen (altijd meer dan 50%). Zo zien we dat gezondheid maar voor 17% van de mensen van 60-65 jaar een reden is om niet op reis

Figuur 15: Aantal reizen volgens maandelijks netto-inkomen van het huishouden



Figuur 16: Aantal reizen volgens het beroep voor het pensioen



te gaan, voor 25% bij mensen van 66-75 jaar en 40% vanaf 76 jaar. Omgekeerd is het budget de reden om niet op reis te gaan voor meer dan 50% van de leeftijdsgroep 60-65, terwijl dat bij mensen van 81-85 jaar slechts 30% is. Met de leeftijd krijgt gezondheid steeds meer en meer gewicht in dergelijke beslissingen. Familiale redenen hebben daarentegen een eerder constant gewicht over alle leeftijdscategorieën heen.

Op basis van de provincie waarin men woont, ten slotte, verschilt het aandeel van iedere reden om niet te reizen maar weinig. We kunnen echter opmerken dat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Waals-Brabant zeer dicht bij elkaar aanleunen op het vlak van gedrag: voor beide streken reist meer dan 40% van de personen niet om budgettaire redenen en slechts 13% omdat ze niet willen. Daarentegen heeft in de andere provincies ten minste 20% van alle personen geen zin om op reis te gaan. Het budget is veruit de belangrijkste reden om niet op reis te gaan.

6. Conclusies

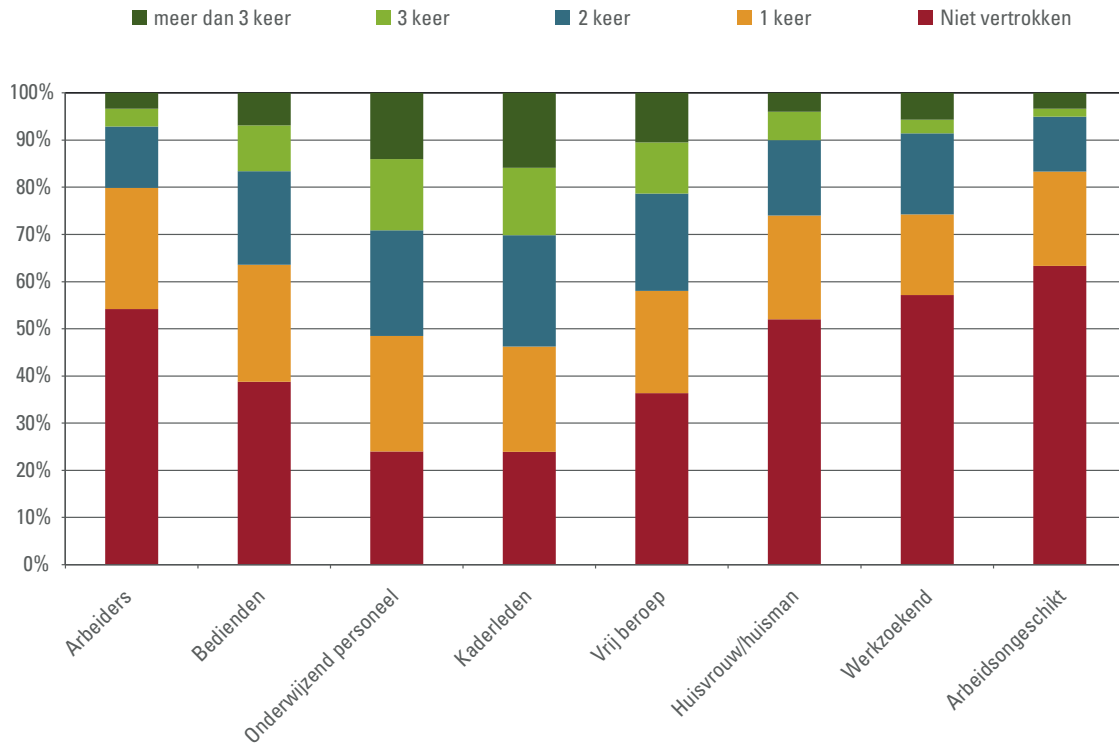
Om af te sluiten kunnen we bevestigen dat:

- Het aantal reizen afneemt met de leeftijd en dat er vanaf 80 jaar een echte breuk is.

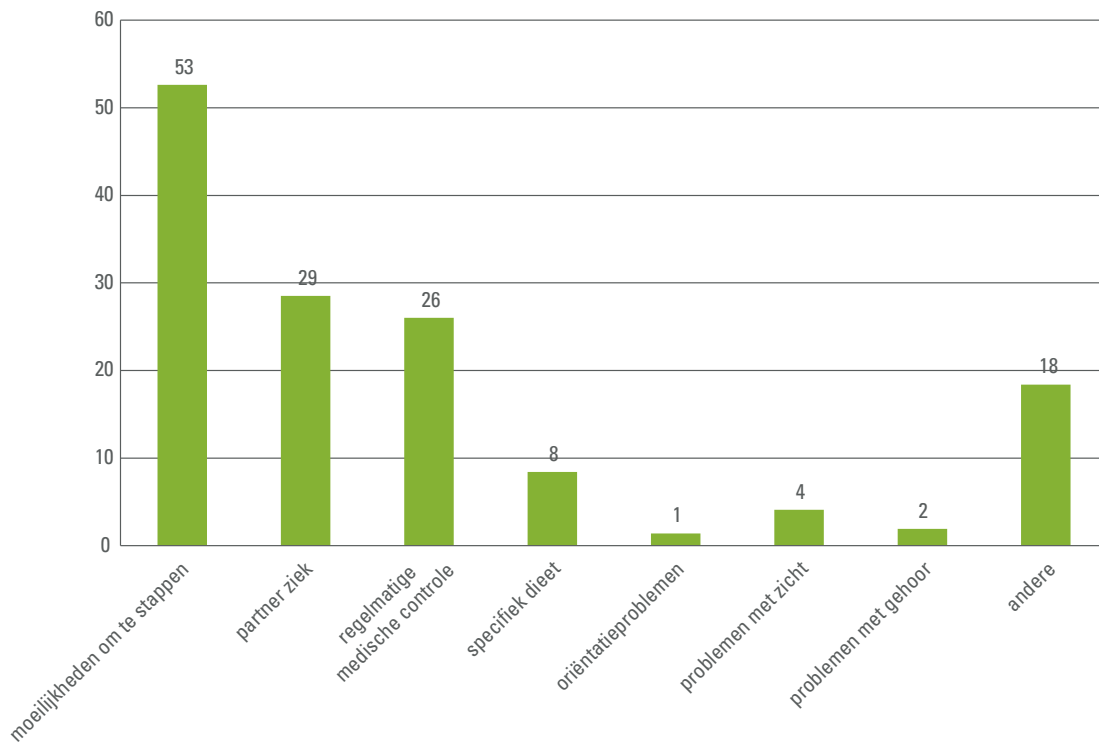
- Hoe ouder, hoe minder reizen per jaar, met hier ook een breuk vanaf 80 jaar.
- Onder de redenen om niet op reis te gaan zijn het budget en de gezondheid voor een groot deel de belangrijkste redenen, met echter een ander gewicht voor verschillende leeftijdsgroepen: gezondheid wordt naarmate men ouder wordt een steeds belangrijkere reden, voor het budget geldt het omgekeerde.
- Vanuit het perspectief van budget, komen we weer uit op de klassieke situatie wanneer we de inkomens van huishoudens en de voormalige beroepen analyseren: lage inkomens en beroepen met 'laag loon' gaan minder snel op reis.
- Een persoon op drie heeft het afgelopen jaar niet gereisd en dat vooral omwille van een gebrek aan geld.
- Wat betreft de gezondheid zijn moeilijkheden om te wandelen de belangrijkste redenen.

Bovendien kunnen we bevestigen dat er niet één, maar verschillende groepen van senioren zijn die dus verschillende dingen willen voor hun vrijetijdsbesteding. Daarnaast zijn sociale ongelijkheden nog altijd sterk aanwezig na het pensioen. We zijn dus nog zeer ver verwijderd van het idyllische scenario van bepaalde bedrijven uit de toerismesector waarin alle senioren potentiële toeristen zijn met veel geld. Onze enquête komt echter ook niet overeen met de visie die de psychologische literatuur uitdraagt: senioren hebben weliswaar gezondheidsproblemen die een beperking vormen, maar het aantal reizen door senioren blijft wel hoog.

Figuur 17: Aantal reizen volgens het beroep voor het pensioen



Figuur 18: Redenen om niet op reis te gaan: Gezondheid (details)¹⁰



¹⁰ Er konden meerdere antwoorden gegeven worden. Dit verklaart waarom het totaal meer dan 100% is.

Het onderzoek toonde ook aan dat reizen daadwerkelijk goed is voor senioren. Alles moet dus in het werk worden gesteld om reizen voor meer senioren toegankelijk te maken, zowel financieel als praktisch. De communicatiekanalen moeten ongetwijfeld ook worden bijgewerkt om ze af te stemmen op de behoeften van deze doelgroep. Het derde onderzoeksjaar staat dus in het kader van een reflectie over de meest geschikte producten voor senioren.

Bibliografie

- Ahn Y.-J. & Janke M. C. 2011. Motivations and benefits of the travel experiences of older adults. *Educational Gerontology*. **37**: 653–673.
- Alava S. & Moktar N. 2012. Les seniors dans le cyberspace. *Recherches & éducations*.
- Baltes P. B. & Baltes M. M. 1990. *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes M. M. & Carstensen L. L. 1999. Social-psychological theories and their applications to aging: From individual to collective. In V. L. Bengtson, J.-E. Ruth & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 209–226). New York: Springer.
- Boksberger P. E. & Laesser. 2009. Segmentation of the senior travel market by the means of travel motivations. *Journal of Vacation Marketing*. **15**: 311–322.
- Caradec V., Petite S. & Vannienwenhove T. 2007. *Quand les retraités partent en vacances*. Presses universitaires du Septentrion, 254 pages.
- Diener E. 2000. Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for national index. *American Psychologist*. **55**(1): 34–43.
- Dolnicar S., Laesser C. & Matus K. 2009. Online versus paper: format effects in tourism surveys. *Journal of travel research*. **47** (3): 295–316.
- Dolnicar S., Yanamandram V. K. 2012. The contribution of vacations to quality of life. *Annals of Tourism Research*. **39** : 59–83.
- Enéo. 2014. Comment les aînés vivent-ils leur retraite ? *Balises*. **47**.
- Gilmour H. 2012. *Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada*. Rapports sur la santé. **23**(4). Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012004/article/11720-fra.htm>, 10 september 2016.
- Grossman M.D. & Stewart A.L. 2003. “You aren’t going to get better by just sitting around”: physical activity perceptions, motivations, and barriers in adults 75 years of age or older. *Am. J. Geriatr. Cardiol*. **12** (1): 33–37.
- Guillaume C., Eustache F. & Desgranges B. 2009. Positivity effect: an intriguing phenomenon in aging. *Revue de Neuropsychologie*. **1**(3): 247–253.
- Kim H., Woo E. & Uysal M. 2015. Tourism experience and quality of life among elderly tourists. *Tourism Management*. **46**: 465–476.
- Lawton M. P., Moss M.S., Winter L. & Hoffman C. 2002. Motivation in later life: Personal projects and well-being. *Psychology and Aging*. **17**(4): 539–547.
- Leroux Erick 2010. Comportement des seniors et tourisme: l’effet modérateur de la variable santé. *Gérontologie et société*. **135**: 153–166.
- Lees F.D., Clark P.G., Nigg C.R. & Newman P. 2005. Barriers to exercise behavior among older adults: A focus-group study. *Journal of Aging and Physical Activity*. **13**: 23–33.
- Lee S. H. & Tideswell C. 2005. Understanding attitudes towards leisure travel and the constraints faced by senior Koreans. *Journal of Vacations Marketing*. **11**(3): 249–263.
- Litwin H. & Shiovitz-Ezra S. 2010. Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans. *The Gerontologist*. **51**(3): 379–388.
- McCabe S. & Johnson S. 2013. The happiness factor in tourism: subjective well-being and social tourism. *Annals of tourism Research*. **41**: 42–65.
- Moal–Ulvoas G., & Taylor V. A. 2014. The spiritual benefits of travel for senior tourists. *Journal of Consumer Behaviour*. **13**(6): 453–462.
- Morgan N., Pritchard A. & Sedgley D. 2015. Social tourism and well-being in later life. *Annals of Tourism Research*. **52**: 1–15
- Neal J. D., Sirgy M. J. & Uysal, M. 1999. The Role of Satisfaction with Leisure Travel/Tourism Services and Experience in Satisfaction with Leisure Life and Overall Life. *Journal of Business Research*. **44** (3): 153–63.
- Neal J. D., Uysal M. & Sirgy M. J. 2007. The Effect of Tourism Services on Travelers Quality of Life. *Journal of Travel Research*. **46**(2):154–63.
- Newma D.B., Tay L. & Diener E.L. 2013. Leisure and Subjective Well-Being: A Model of Psychological Mechanisms as Mediating Factors. *J Happiness Stud*.

Ryff C. D. 1989. Happiness is everything, or is It? exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. **57**: 1069-1108.

Scientific Institute of Public Health. 2013. Health Interview Survey. Retrieved from <https://his.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>

Seligman M. E. P. 1991. *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*. New York, NY: Pocket Books.

STATBEL: <http://statbel.fgov.be/>

Toepoel V. 2013. Ageing, leisure, and social connectedness: how could leisure help reduce social isolation of older people? *Social Indicators Research*. **113(1)**: 355–372.

Vieillar S., Harm J. & Bigand E. 2015. Expressive suppression and enhancement during music-elicited emotions in younger and older adults. *Frontiers in aging neuroscience*. **7(11)**. doi: 10.3389/fnagi.2015.00011.

Wei S. & Milman A. 2002. The impact of participation in activities while on vacation on seniors' psychological well-being: a path model application. *Journal of Hospitality & Tourism Research*. **26**: 175-185.

Actie patiëntenrechten 2017

Het gesprek over de kostprijs aangaan bij een zorgverlener is niet onze gewoonte.

Sigrid Vancorenland & Hervé Avalosse, Departement Onderzoek & Ontwikkeling
Karen Mullie, Juridisch departement
Stijn de Cock, Compas
Patrick Verhaegen, Altéo

Samenvatting

CM draagt de rechten van de patiënt hoog in het vaandel. Elk jaar zetten CM, Samana en Altéo één recht in de kijker op 18 april, de Europese dag van de patiëntenrechten. Dit jaar is dat het recht om vooraf alle informatie te krijgen over de behandeling, waaronder de financiële gevolgen.

De actie patiëntenrechten vestigt in 2017 de aandacht op financiële transparantie. Belangrijke boodschap hierbij is dat een patiënt recht heeft op voorafgaandelijke informatie over de kostprijs van een behandeling. De zorgverlener moet hierover spontaan informeren, maar een patiënt mag ook zelf het gesprek over de kostprijs aangaan met de zorgverlener. Dit maakt immers ook deel uit van de zorgrelatie. Om hierover op een laagdrempelige wijze te sensibiliseren, ontwikkelden CM, Samana en Altéo een stappenplan en een animatiefilmpje.

In aanloop naar deze patiëntendag werd een online enquête gehouden bij 5.530 respondenten om na te gaan of het financieel aspect aan bod komt in de relatie tussen patiënt en zorgverlener.

Hoeveel men zal moeten betalen bij de huisarts is (heel) goed gekend. De huisarts informeert de helft van de respondenten over de kostprijs. De respondenten zelf gaan minder het gesprek aan: slechts 38% van hen doet dit.

Bij andere zorgverleners zijn de resultaten uiteenlopend. Bij bepaalde zorgverleners is de kostprijs goed gekend, bij andere zorgverleners is dit beduidend minder. De kostprijs is op voorhand het best gekend bij de osteopaat, de kinesist, de logopedist en de psychiater. Het is ook bij deze zorgverleners dat het gesprek over de kostprijs wordt aangegaan. Bij sommige andere zorgverleners lijkt spreken over de kostprijs helemaal geen gewoonte te zijn. Spreken over de kostprijs en op voorhand weten hoeveel men zal moeten betalen, lijken samen te hangen. De uitzondering hierop is de tandarts: al wordt daar wel vaak over de kostprijs gesproken, toch weten respondenten op voorhand niet goed hoeveel ze zullen moeten betalen.

Respondenten spreken niet over de kostprijs omdat dit niet het eerste is waar ze aan denken als ze op consultatie gaan. Ze vertrouwen er ook op dat het ziekenfonds voldoende zal tussenkomen.

Sleutelwoorden: patiëntenrechten, gesprek met de zorgverlener, kostprijs, conventiestatuut

1. Achtergrond

In ons land zijn de rechten van de patiënt wettelijk vastgelegd¹. Ze omvatten acht items en zijn van toepassing voor zorgverleners:

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

Daarnaast heb je ook steeds recht op ondersteuning door een vertrouwenspersoon. Jij oefent je rechten zelf uit maar kan je hierbij laten bijstaan door een persoon die je zelf kiest tijdens een consultatie, de inzage van je patiëntendossier, het neerleggen van een klacht...

Als je zelf niet meer in staat bent om je wil te uiten en je rechten zelf te doen gelden, kan je een vertegenwoordiger aanduiden, die in jouw plaats beslist als je dat zelf niet meer kan (bijv. je bent dement, minderjarig, in coma, ...).

CM draagt de rechten van de patiënt hoog in het vaandel. Daarom zetten CM, Samana en Altéo elk jaar één recht in de kijker. Dit gebeurt op 18 april, de Europese dag van de patiëntenrechten. Dit jaar is dat het recht van elke patiënt om vooraf alle informatie te krijgen over de behandeling, waaronder de financiële gevolgen. De informatie over de kostprijs maakt een belangrijk en dikwijls onderschat onderdeel uit van de voorafgaandelijke informatie die nodig is om op een geïnformeerde wijze je toestemming te kunnen geven.

De keuze voor dit recht als onderwerp van de actie patiëntenrechten is niet toevallig. Het jaarverslag² van de federale ombudsdienst rechten van de patiënt, toont aan dat er nog heel wat onduidelijkheid en vragen zijn bij de toepassing van het recht om vrij toe te stemmen in een behandeling, en in het bijzonder over de voorafgaandelijke informatie over de financiële gevolgen. In 2013 en 2014 tekende de federale ombudsdienst 32 klachten op voor dit recht, in 2015 waren dit er 43.

De plicht van zorgverleners om hun patiënten te informeren over de kostprijs is niet nieuw. Naast de wet patiëntenrechten, die dateert van 2002, voorziet ook het wetboek economisch recht in deze verplichting, alsook in de plicht om aan elke patiënt, die erom verzoekt, gratis een bewijsstuk af te leveren.

In 2015 heeft de wet rond de ziekteverzekering enkele nieuwe bepalingen ingevoerd die meer financiële transparantie voor de patiënt beogen. Vanaf 1 juli 2015 zijn de zorgverleners verplicht om een betalingsbewijs uit te reiken aan de patiënt. Dit betalingsbewijs moet het bedrag vermelden dat de patiënt effectief cash of met bankkaart betaald heeft.

Deze bepalingen zijn er gekomen naar aanleiding van een Europese richtlijn³ die omgezet moest worden in Belgisch recht en die bepaalt dat de patiënt van de zorgverlener recht heeft op een duidelijke factuur en op duidelijke informatie over de kostprijs van de verstrekkingen.

De actie patiëntenrechten vestigt in 2017 de aandacht op financiële transparantie. Belangrijke boodschap hierbij is dat een patiënt recht heeft op voorafgaandelijke informatie over de kostprijs van een behandeling. De zorgverlener moet de patiënt hierover spontaan informeren maar een patiënt mag ook zelf het gesprek over de kostprijs aangaan met de zorgverlener. Dit maakt immers ook deel uit van de zorgrelatie. Om hierover op een laagdrempelige wijze te sensibiliseren, ontwikkelden CM, Samana en Altéo speciaal voor de actie patiëntenrechten een stappenplan en een animatiefilmpje.

1 Wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002, BS. 26/09/2002

2 Federale ombudsdienst rechten van de patiënt, Jaarverslag 2015, p. 23-24
http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/jaarverslag_2015_-_29_april_0.pdf

3 Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de patiëntenrechten in grensoverschrijdende gezondheidszorg (J.O. L 88 van 4.4.2011, pp. 45-65)

Het stappenplan (Afbeelding 1) geeft in 10 eenvoudige stappen weer hoe je tot een geslaagde consultatie bij je zorgverlener kan komen. Dit begint bij thuis je symptomen en vragen op te schrijven, om vervolgens bij je zorgverlener te vertellen waarom je komt en na de uitleg van je zorgverlener na te gaan of je je zorgverlener goed begrepen hebt. In het stappenplan wordt duidelijk aangegeven dat je als patiënt ook over het kostenplaatje het gesprek mag aangaan met je zorgverlener. Het stappenplan werd op een erg toegankelijke manier uitgewerkt, met korte teksten waarbij iedere stap ook met een tekening wordt geïllustreerd. Met dit stappenplan willen CM en Samana/Altéo werken aan de gezondheidsvaardigheden van hun leden, en hen een concrete tool in handen geven om tot een geslaagde doktersconsultatie te komen.

Het animatiefilmpje (Afbeelding 2) toont op originele wijze dat je als patiënt niet moet blijven zitten met vragen over de kostprijs van je behandeling. Het filmpje werd vanaf 18 april gebruikt voor een online campagne op Facebook. Wie het filmpje uitkeek en doorklikte, kwam vervolgens terecht op een CM-webpagina waar men meer informatie vond over de kostprijs van een behandeling of hospitalisatie (bv. conventionering, ...). Ook via andere kanalen (bv. kantoren) werd het filmpje verspreid.

De regionale ziekenfondsen en de afdelingen van Samana en Alteo werken nauw samen en nemen het campagnethema en de verschillende dragers over. Zij hielden hieromtrent rond 18 april een aantal sensibiliseringsacties naar de leden en het grote publiek. Dit bood beroepskrachten en vrijwilligers de kans om goed samen te werken.

Afbeelding 1: Stappenplan

EEN GESLAAGDE DOKTERSCONSULTATIE IN TIEN STAPPEN

Ga je naar je huisarts of een andere zorgverlener (bv. specialist, tandarts, kinesist,...)? Hou deze tien stappen in je achterhoofd. Ze helpen je op weg naar een geslaagde consultatie.

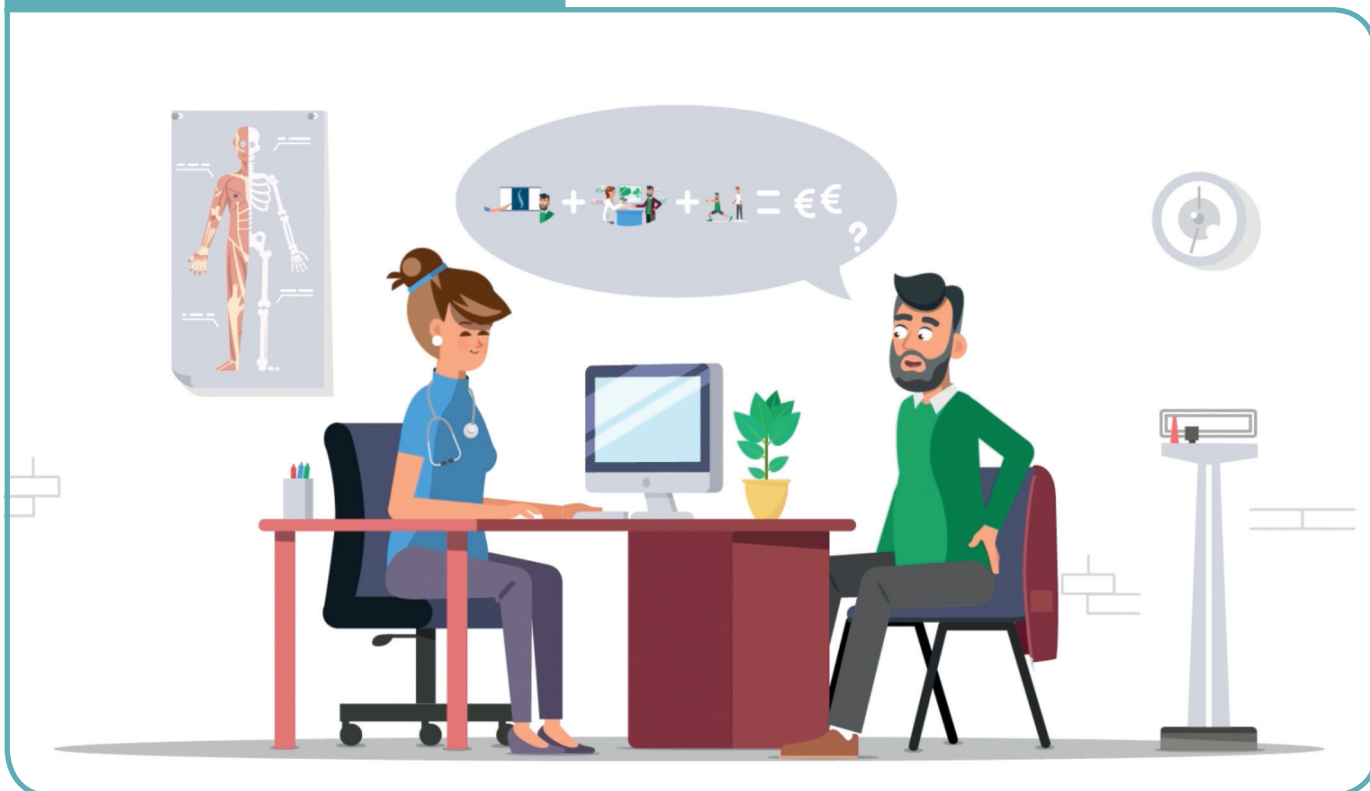


samana
samen met



CM. Hoe gaat het met u?

Afbeelding 2: fragment uit animatiefilmpje



2. Methode en doelstelling onderzoek

In de aanloop naar de dag van de patiëntenrechten wensten CM, Samana en Altéo te onderzoeken of het financieel aspect aan bod komt in het gesprek met de zorgverlener.

Meer concreet zijn de onderzoeksvragen:

- Gaat de zorgverlener het gesprek aan met zijn patiënt over de kostprijs van een consultatie, een onderzoek of een behandeling?
- Gaat de patiënt zelf het gesprek aan met de zorgverlener over de kostprijs van een consultatie, een onderzoek of een behandeling?
- Zijn hierin verschillen tussen zorgverleners (huisarts, tandarts, specialist, kinesist, logopedist)?
- Wat zijn de redenen voor de patiënt om het gesprek niet aan te gaan?

In februari 2017 werd een online enquête uitgevoerd waarbij aan 58.399 CM-leden een uitnodigingsmail voor deelname werd gestuurd. Er werd eveneens een oproep tot deelname gepubliceerd in En Marche, cm.be, Visie en in newsletter MC. Ook het netwerk van Altéo werd aangesproken en de enquête werd gelanceerd via het panel van Samana. Dit leverde in het totaal een respons op van 5.530 respondenten. Na herweging vormen ze een representatieve vertegenwoordiging van de Belgische bevolking volgens geslacht, leeftijd en provincie.

3. De resultaten

3.1. De relatie met de huisarts

97% van de respondenten heeft minstens één contact met de huisarts gehad in het afgelopen jaar. De kostprijs van een consultatie bij de huisarts is (heel) goed gekend. Figuur 1 toont aan dat de meerderheid (84%) op voorhand (vaak tot meestal) een idee heeft over hoeveel een consultatie bij de huisarts zal kosten. Ondanks het feit dat de kostprijs goed gekend is, wordt er hierover toch nog gesproken. De huisarts geeft in de helft van de gevallen (52%) informatie over de kostprijs. De patiënt zelf gaat minder het gesprek aan: 38% van de respondenten doet dit (soms + vaak + meestal).

Bij de respondenten die het financieel moeilijk hebben, stelt de huisarts in 47% van de gevallen de toepassing van de sociaal betalende derde voor.

Er speelt zowel een leeftijds- als een opleidingseffect. Oudere en lager geschoolde respondenten zijn beter op de hoogte van de kostprijs, worden vaker door hun huisarts geïnformeerd over de kostprijs en gaan hierover vaker zelf het gesprek aan. Uiteraard is de kostprijs beter gekend naarmate men meer contacten met de huisarts heeft.

Waarom spreken respondenten niet met de huisarts over de kostprijs (Figuur 2)? Vooral omdat de kostprijs niet het eerste is waar men aan denkt als men naar de huisarts gaat (49%). Ook omdat men wel weet hoeveel men zal moeten betalen (35%). En een deel (26%) vertrouwt er op dat het ziekenfonds voldoende zal tussenkomen.

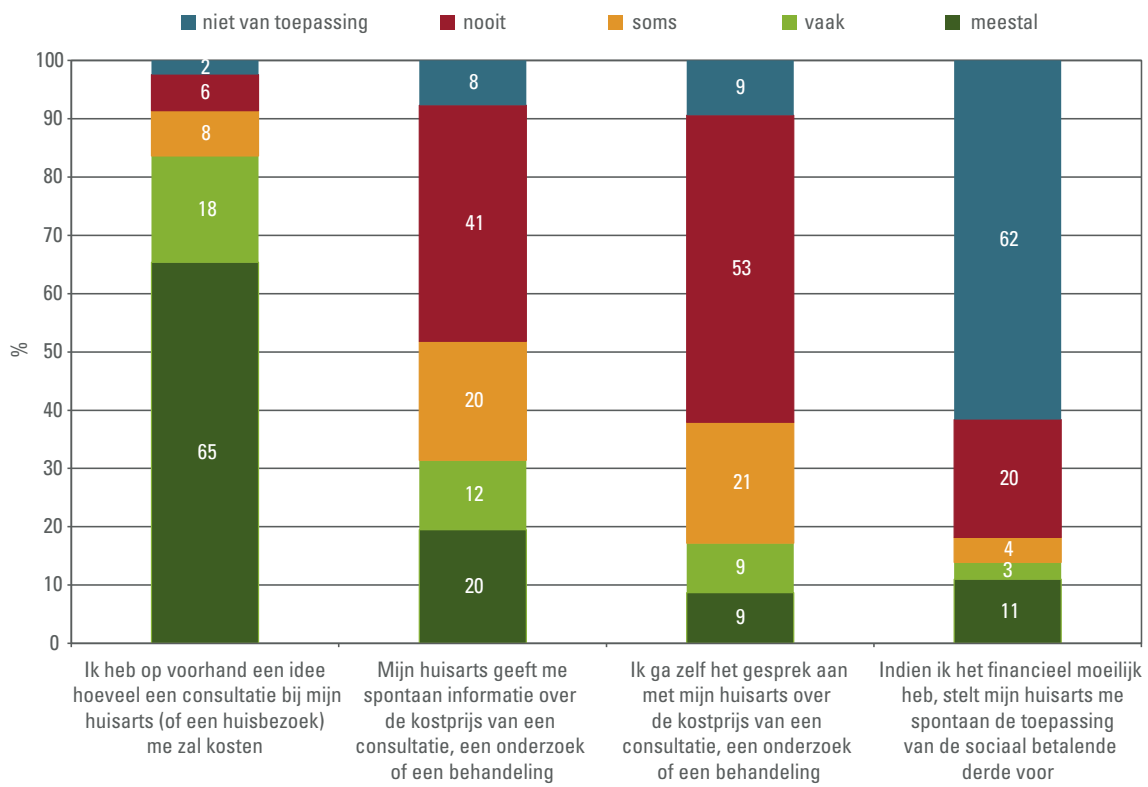
Maar deze redenen verschillen volgens leeftijd. Bij de jongere respondenten primeert duidelijk het feit dat de kostprijs niet het eerste is waar men aan denkt. Oudere respondenten spreken vooral niet over de kostprijs omdat ze die al kennen. Tot slot en niet oninteressant: het aandeel respondenten dat wel over de kostprijs wil spreken, maar niet durft, ligt beduidend hoger bij jongere respondenten (14% bij 18-25 jarigen) in vergelijking met oudere respondenten (4% bij 76 plussers).

Waarover spreken respondenten die wel het gesprek met hun huisarts over de prijs aangaan? In de eerste plaats om te weten te komen hoeveel een consultatie bij een andere zorgverlener hen zal kosten (58%) en pas op de tweede plaats hoeveel een consultatie bij de huisarts zelf zal kosten (40%) (Figuur 3). Maar ook dit verschilt volgens leeftijd. Jongere respondenten bespreken even vaak de kostprijs bij de huisarts (45%) als die bij een ander zorgverlener (50%). Het zijn vooral de oudere respondenten die hoofdzakelijk de prijs bij een andere zorgverlener bespreken (66%). Niet te verwonderen, want zij hebben een veel beter zicht op de kostprijs bij de huisarts in vergelijking met jongere respondenten.

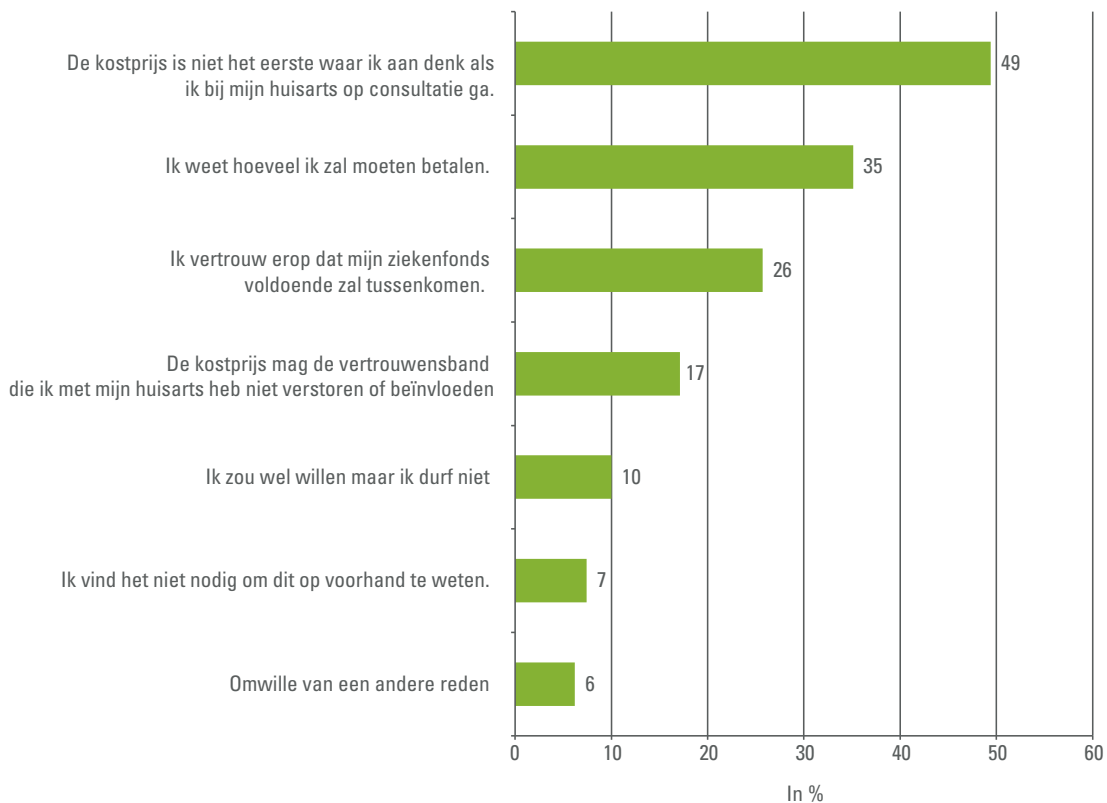
Slechts 15% van de respondenten had voor de enquête nog nooit over het conventiestatuut⁴ gehoord (Figuur 4). Dit is een eerste belangrijke stap: de grote meerderheid heeft ondertussen over het conventiestatuut gehoord. Maar het lijkt erop dat 'weten wat het is' bij een belangrijk deel van de respondenten niet wordt omgezet in effectief opzoeken wat het conventiestatuut van de eigen huisarts is. Van alle respondenten die al ooit van het conventiestatuut gehoord hadden, kent 55% eveneens het statuut van zijn eigen huisarts. Bijna de helft van de respondenten die weten wat het statuut is, hebben dus met andere woorden de moeite niet gedaan om na te gaan wat het statuut bij hun huisarts is.

⁴ De akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen leggen de officiële tarieven van de honoraria vast die de basis vormen voor de terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering. Elke individuele zorgverlener kan geheel of gedeeltelijk of niet tot het akkoord toetreden. Er bestaan dus drie conventiestatuten: geconventioneerd (toepassing van de officiële tarieven, gedeeltelijk geconventioneerd (gedeeltelijke toepassing van de officiële tarieven) en niet geconventioneerd (vrije bepaling van de honoraria).

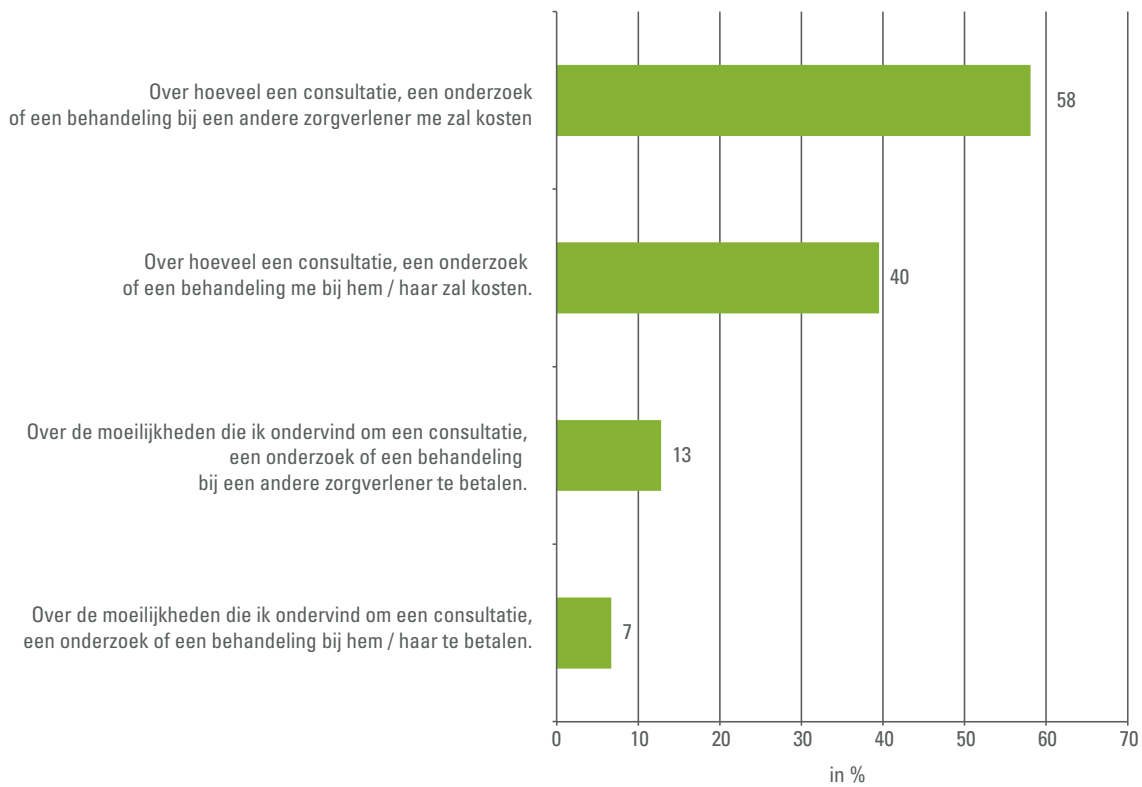
Figuur 1: Contacten met de huisarts



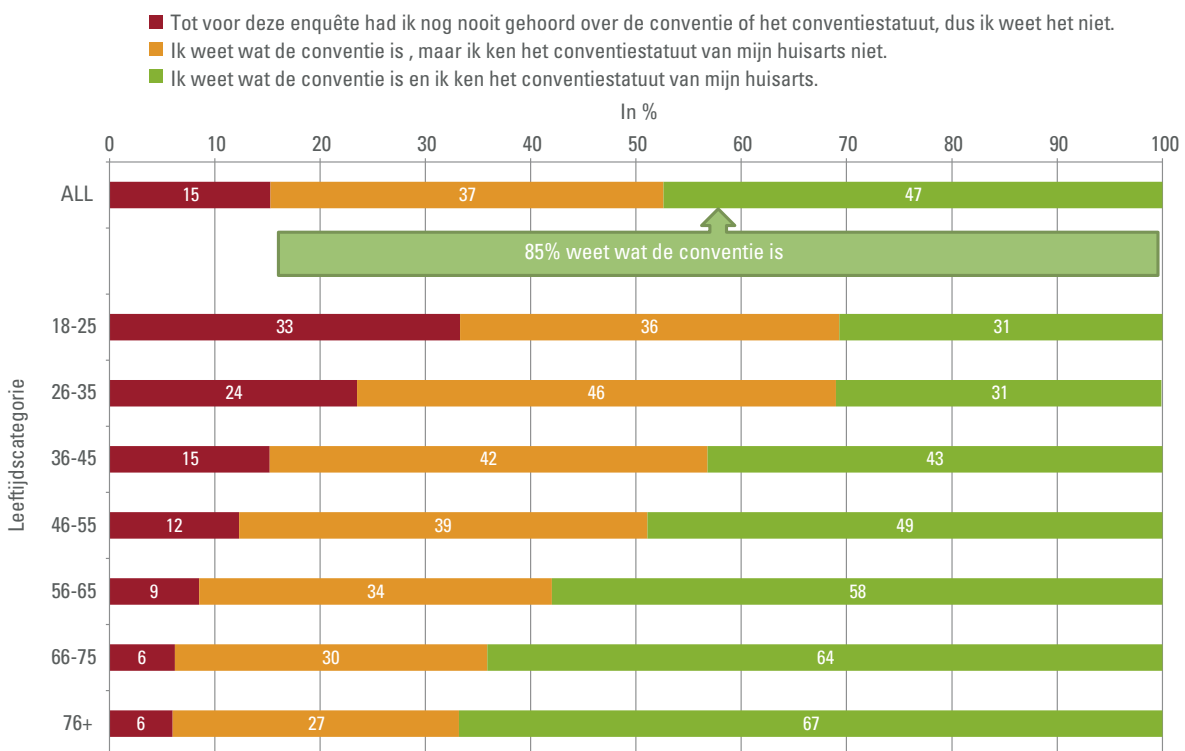
Figuur 2: Redenen om het gesprek met de huisarts over de kostprijs niet aan te gaan



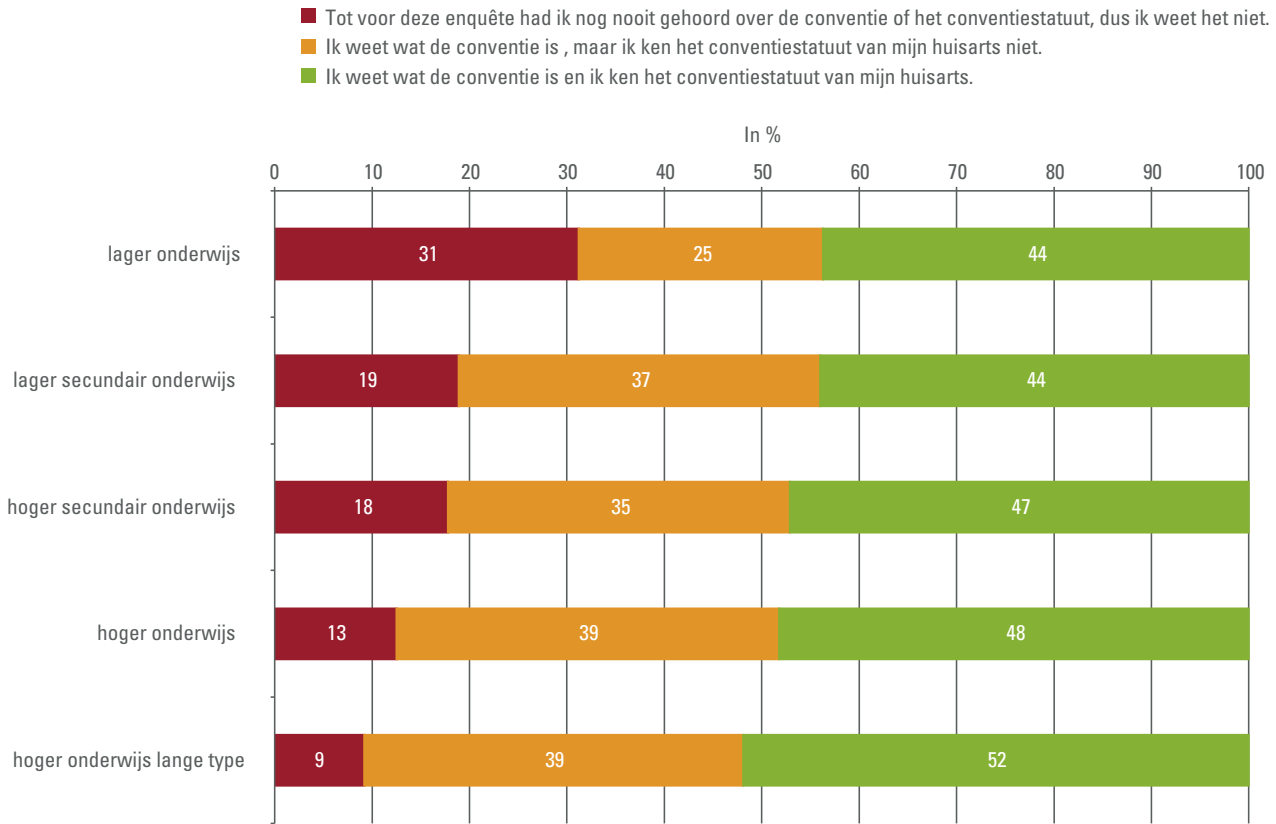
Figuur 3: Over welk aspect van de kostprijs spreekt men met de huisarts?



Figuur 4: Kennis conventiestatuut bij de huisarts: in totaal en volgens leeftijd



Figuur 5: Kennis conventiestatuut bij de huisarts – volgens opleidingsniveau



Figuur 4 illustreert dat jongere respondenten minder vertrouwd zijn met het conventiestatuut (33% van de 18-25 jarigen weet niet wat het conventiestatuut is tegenover slechts 6% van de 76 plussers). Van alle respondenten die weten wat het conventiestatuut is, is het aandeel dat het statuut van zijn huisarts kent hoger bij een stijgende leeftijd (46% bij 18-25 jarigen en 71% bij 76 plussers).

Ook het opleidingsniveau speelt een rol (Figuur 5). Hoe hoger opgeleid, hoe beter vertrouwd men is met het conventiestatuut (91% van de hoogst geschoolden heeft hier al ooit over gehoord tegenover 69% van de laagst geschoolden). Eens men het conventiestatuut kent, is er geen groot verschil meer tussen opleidingsniveaus wat betreft het statuut van zijn eigen huisarts kennen.

3.2. De relatie met andere zorgverleners

80% van de respondenten had in het afgelopen jaar contact met een andere zorgverlener. Figuur 6 toont dat het vooral gaat om de tandarts (62%), gevolgd door de kinesist (26%) en de oogarts (26%). Bij vrouwen staat de gynaecoloog op de tweede plaats (45%).

In wat volgt worden de resultaten weergegeven van de respondenten die effectief een contact hadden met de desbetreffende zorgverlener.

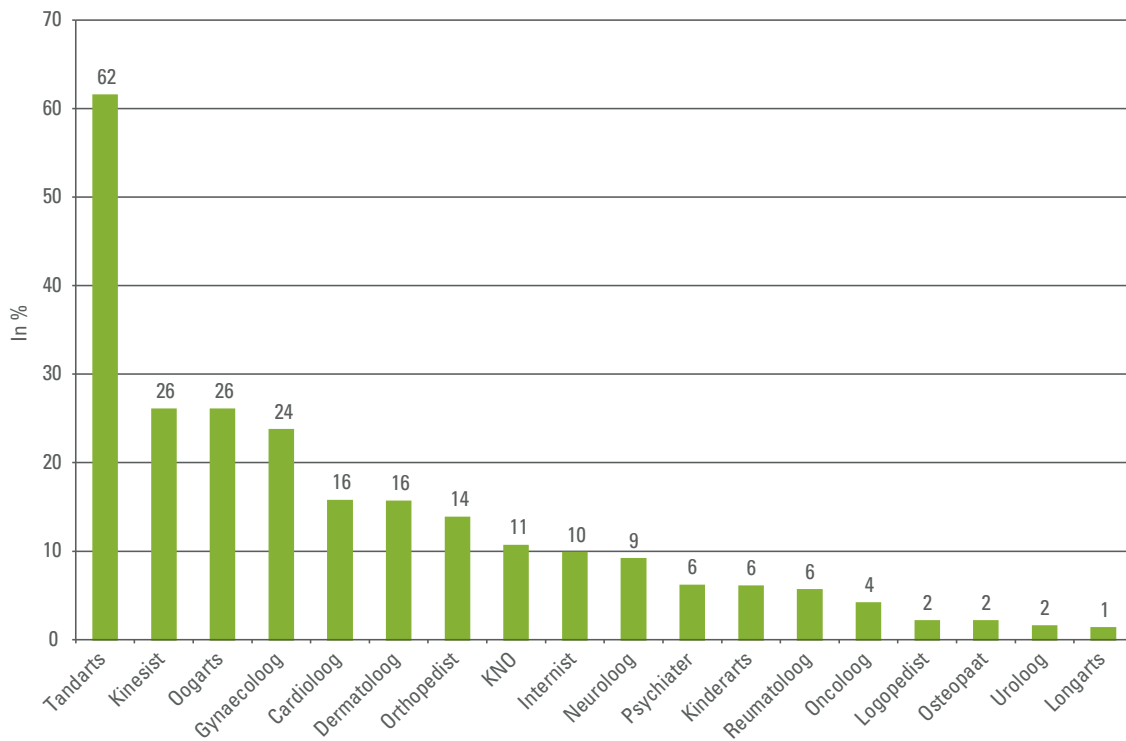
De kostprijs bij andere zorgverleners is niet altijd even goed gekend. Figuur 7 maakt het grote verschil tussen zorgverleners duidelijk. De kostprijs van de osteopaat is het best gekend: 87% weet (meestal of vaak) op voorhand hoeveel een consultatie zal kosten. Dit is vergelijkbaar met de kennis van de kostprijs bij de huisarts (84%). De kostprijs is het minst gekend bij de internist waar slechts 32% (meestal of vaak) op voorhand een idee van de kostprijs heeft.

De kostprijs is het best gekend bij de volgende zorgverleners:

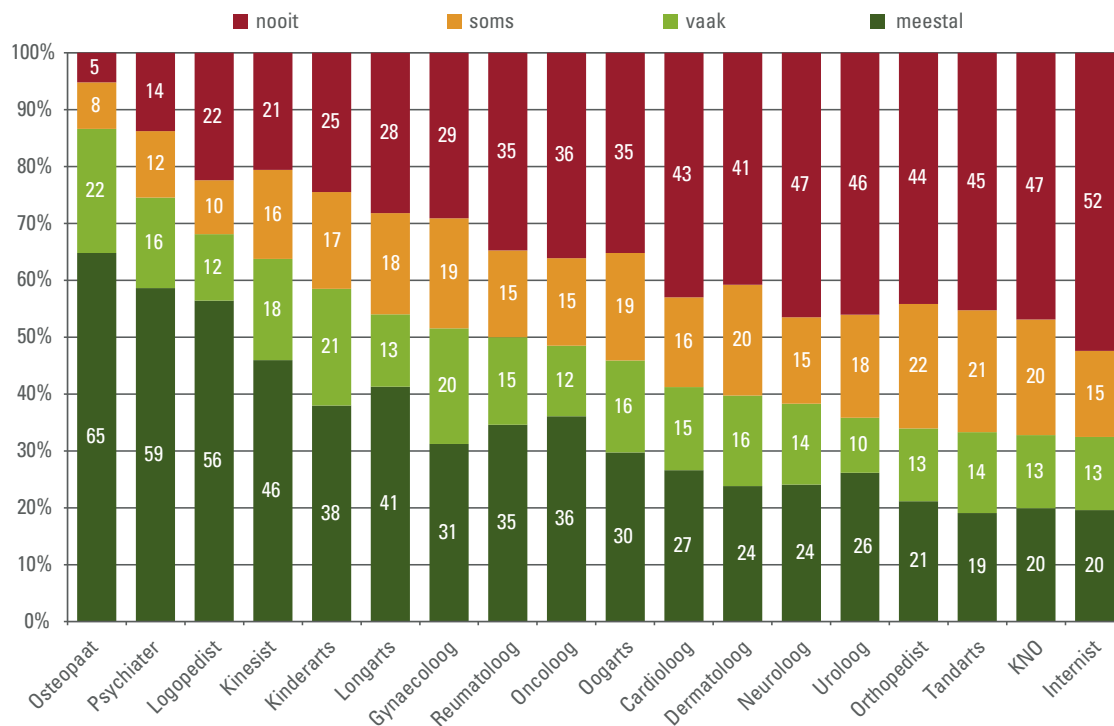
- De osteopaat (87%)
- De psychiater (75%)
- De logopedist (68%)
- De kinesist (64%)

Het is dus zeker niet bij de zorgverleners waar het grootste aandeel van de respondenten naartoe gaat dat de prijs het best gekend is. Bij de tandarts kent slechts 33% de prijs op voorhand, bij de oogarts 46% en bij de gynaecoloog 52%.

Figuur 6: % respondenten dat in het afgelopen jaar een contact heeft gehad met een ...



Figuur 7: % respondenten dat op voorhand weet hoeveel men zal moeten betalen bij een zorgverlener



Er is eveneens een heel groot verschil tussen zorgverleners wat betreft het bespreken van de kostprijs met de patiënt (Figuur 8). Er zijn een aantal zorgverleners waarbij informatie geven over de kostprijs niet echt een gewoonte lijkt te zijn. Zo geeft bijvoorbeeld 66% van de respondenten aan dat hun oncoloog geen informatie over de kostprijs heeft gegeven. Een groot verschil met de osteopaat waar slechts 12% van de respondenten geen informatie kreeg.

Als er al informatie over de kostprijs wordt gegeven, is dit meestal bij de betaling. De uitzondering hierop is de logopedist waarbij 61% van de respondenten aangeeft informatie te hebben gekregen voor de start van de consultatie, het onderzoek of de behandeling. Ook bij de osteopaat (40%), de kinesist (32%) en de psychiater (27%) ligt het aandeel dat de informatie voor de start van de behandeling geeft wat hoger. Bij de tandarts krijgt slechts 18% van de respondenten informatie voor de start van de behandeling, maar wordt wel de helft geïnformeerd bij de betaling. Het gaat dan bijvoorbeeld over hoeveel de mutualiteit zal terugbetalen van het betaalde bedrag.

De volgende zorgverleners geven het vaakst informatie over de kostprijs:

- De osteopaat: 88%
- De logopedist: 80%
- De tandarts: 72%
- De kinesist: 72%
- De psychiater: 65%

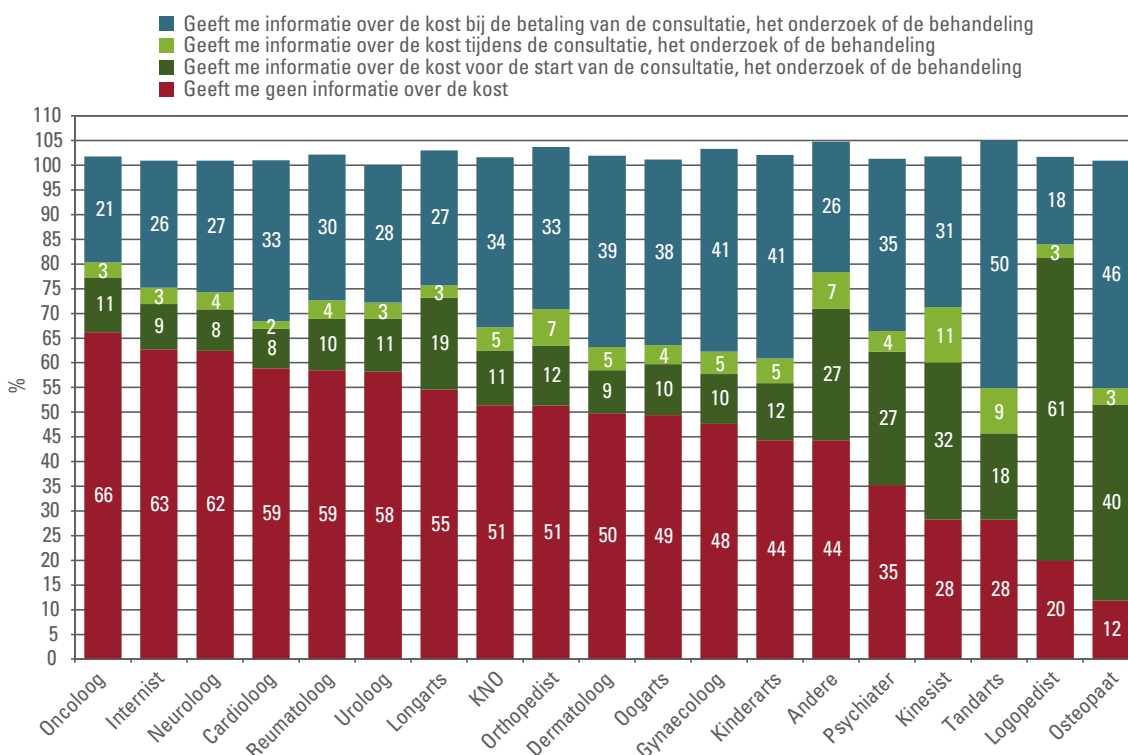
Meerdere antwoorden waren mogelijk waardoor de som van de % boven de 100% kan uitkomen.

De respondenten zelf gaan vrij weinig het gesprek aan met hun zorgverlener over de kostprijs. Al is er ook hier een groot verschil tussen zorgverleners (Figuur 9). Zo geeft 52% van de respondenten aan dat ze zelf het gesprek aangaan met hun logopedist, waar dit bij de oncoloog amper 16% is.

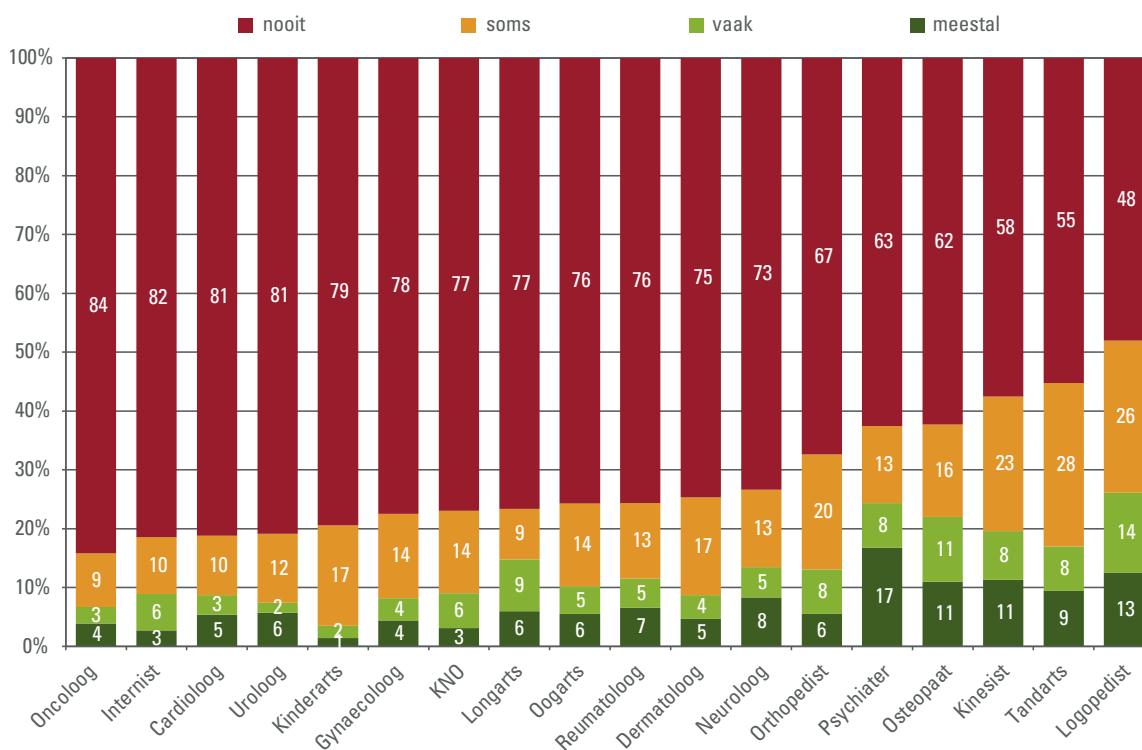
Bij deze zorgverleners gaan de respondenten zelf het vaakst het gesprek aan:

- De logopedist (in 52% van de gevallen wordt soms, vaak of meestal het gesprek aangegaan)
- De tandarts (in 45% van de gevallen)
- De kinesist (in 42% van de gevallen)
- De osteopaat (in 38% van de gevallen)
- De psychiater (in 37% van de gevallen)

Figuur 8: Informatie krijgen over de kostprijs van de zorgverlener



Figuur 9: % respondenten dat zelf het gesprek over de kostprijs aangaat met zijn zorgverlener



Waarom spreken respondenten niet met hun zorgverlener over de kostprijs (Figuur 10)? Net als bij de huisarts, is ook bij andere zorgverleners de kostprijs niet het eerste waar men aan denkt als men op consultatie gaat (54%). En ook hier speelt het vertrouwen dat het ziekenfonds voldoende zal tussenkomen een rol (34%). Het grote verschil bij andere zorgverleners in vergelijking met de huisarts is dat de reden dat men weet hoeveel men zal moeten betalen, veel minder van toepassing is.

De overgrote meerderheid van de respondenten weet goed dat net zoals voor hun huisarts ook voor hun andere zorgverleners, zowel de paramedici als de artsen-specialisten, een systeem van tariefovereenkomsten bestaat (Figuur 11). Volgens het type zorgverlener, had 4 tot 15% van de respondenten nog niet horen spreken van conventionering voor de zorgverleners. Een grote uitzondering: de logopedisten. Hier hoorde 25% van de respondenten nooit spreken van de overeenkomst.

Het aantal respondenten dat zegt dat zij het conventioneringsstatuut van hun zorgverlener kennen, varieert zeer sterk per type zorgverlener.

Het conventiestatuut is het best gekend bij (Figuur 11):

- De kinesist (41%)
- De tandarts (40%)
- De uroloog (38%)
- De psychiater (38%)
- De gynaecoloog (38%)

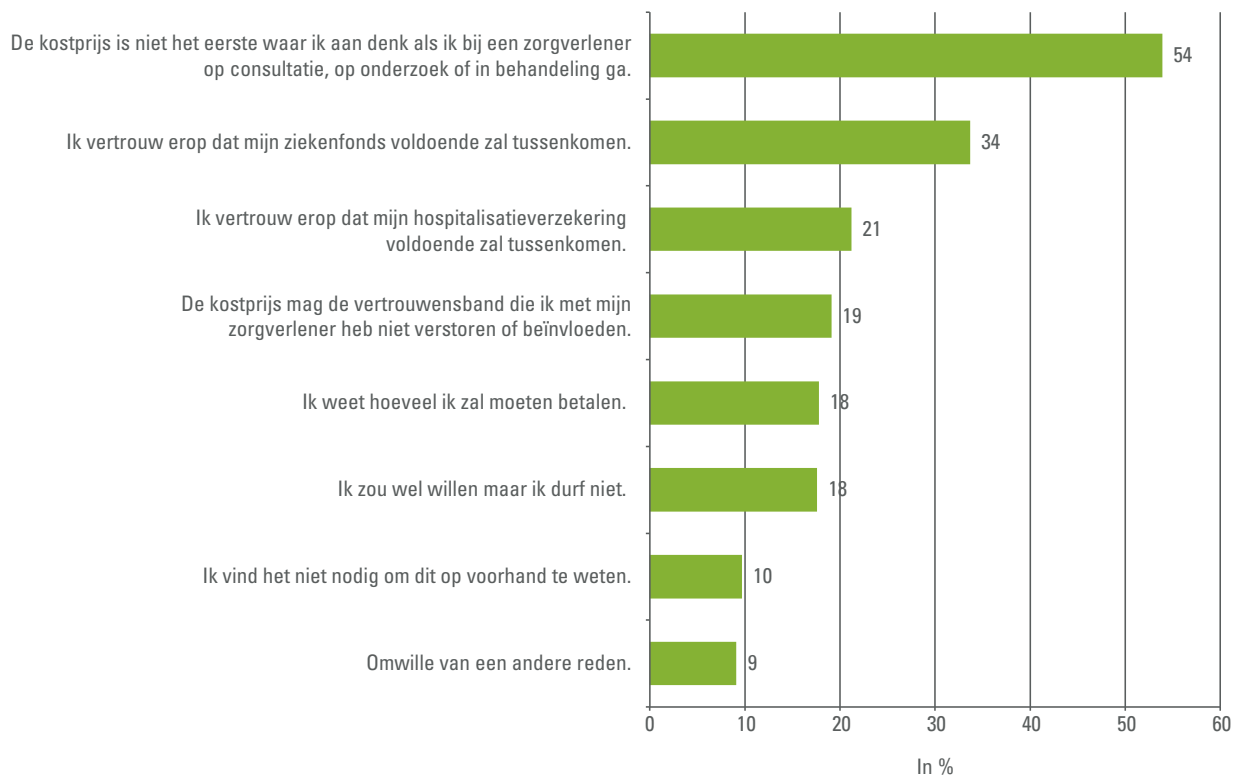
3.3. Het betalingsoverzicht

De overgrote meerderheid (95%) gaat ermee akkoord⁵ dat het ziekenfonds een volledig overzicht zou moeten ontvangen, met vermelding van welke prestaties zijn uitgevoerd tegen welke prijs. Op dit moment krijgt de patiënt dergelijk overzicht, maar is er geen verplichting dat de zorgverlener dit overzicht ook aan de ziekenfondsen doorgeeft.

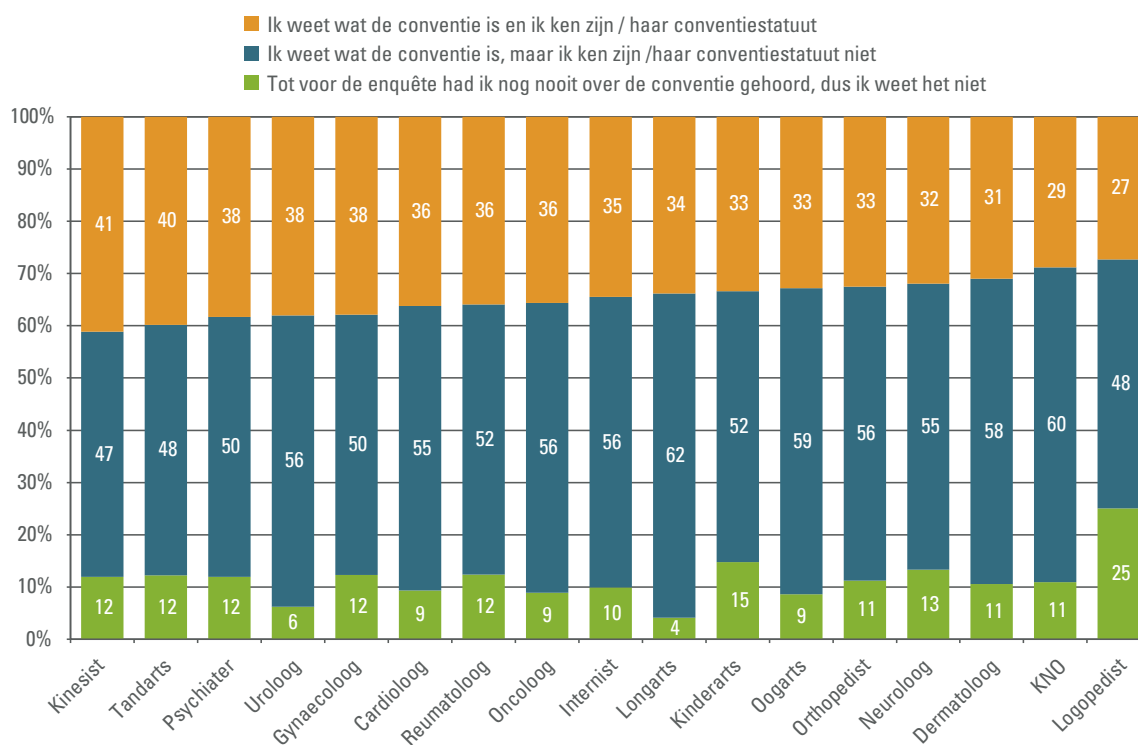
Het aandeel respondenten dat akkoord gaat, stijgt slechts heel lichtjes bij een hogere leeftijd. Maar hoe ouder de respondent is, hoe meer overtuigd akkoord hij gaat. Zo is 48% van de groep 18 tot 25 jaar helemaal akkoord, tegenover 71% bij de 76 plussers.

⁵ Dit resultaat bevestigt ruimschoots dat van de enquête die in 2015 werd gehouden bij de leden naar aanleiding van het congres 'Samen vernieuwen'. Avalosse H, Peters B, Vancorenland S, Verniest R. 2016. CM-Congres 'Samen innoveren'. Congresenquête: pistes naar de toekomst. CM-Informatie 263: 7-14.

Figuur 10: Redenen om het gesprek met de zorgverlener over de kostprijs niet aan te gaan



Figuur 11: Kennis conventiestatuut bij de zorgverlener



De laagst opgeleiden mogen dan iets meer akkoord gaan dan hoger opgeleiden (96% tegenover 90%). Ook hier is het vooral de mate van akkoord waar er sterke verschillen te vinden zijn. Hoe lager opgeleid men is, hoe sterker akkoord men gaat. Van de laagst opgeleiden is 77% helemaal akkoord terwijl dit bij de hoogst opgeleiden 54% is.

4. Conclusie

Op 18 april 2017 ging de actie patiëntenrechten 2017 van start. De boodschap is dat men het gesprek over de kostprijs met je zorgverlener mag aangaan, als je hier nood aan hebt. Er werd een stappenplan en een animatiefilmpje uitgewerkt om hierover te sensibiliseren. In aanloop naar deze patiëntendag werd een online enquête gehouden bij 5.530 respondenten om na te gaan of het financieel aspect aan bod komt in de relatie tussen patiënt en zorgverlener.

Hoeveel men zal moeten betalen bij de huisarts is goed gekend. Dat is ook één van de belangrijkste redenen waarom men het gesprek met de huisarts over de kostprijs niet vaak aangaat. De hoofdreden is dat de kostprijs niet het eerste is waar men aan denkt als men bij de huisarts op consultatie gaat. En dat is heel begrijpelijk. Dat is niet de eerste reden van de consultatie. De hoofdreden is immers een gezondheidsprobleem dat veront-rustend en verwarrend is en pijn geeft. Toch geeft de huisarts nog bij de helft van de respondenten informatie over de kostprijs.

Bij sommige andere zorgverleners wordt dit gesprek wel vaak aangegaan. De osteopaat, de psychiater, de tandarts, de logopedist en de kinesist informeren hun patiënten over de kostprijs. En meer: de patiënten gaan bij deze zorgverleners zelf het gesprek aan. Het gesprek aangaan over de kostprijs hangt samen met een betere kennis van deze kostprijs. De uitzondering hierop is de tandarts, waar wel vaak gesproken wordt over de kostprijs, maar deze toch niet goed op voorhand gekend is.

Bij andere zorgverleners is spreken over de kostprijs geen gewoonte, integendeel. De kostprijs is niet het eerste waar men aan denkt als men bij deze zorgverleners op consultatie gaat. Daarnaast vertrouwt men erop dat het ziekenfonds voldoende zal tussenkomen in de betaalde prijs. Het is dus des te belangrijker om de patiënten op termijn te kunnen geruststellen over de tarieven via de overeenkomsten met de zorgverleners.

Misschien zijn de zorgverleners waar het gesprek wel aangegaan wordt net die zorgverleners waar de kostprijs nogal hoog kan oplopen. Een consultatie bij de osteopaat wordt in de verplichte ziekteverzekering niet terugbetaald. Bij de logopedist zijn er voorwaarden voor terugbetaling in de verplichte ziekteverzekering. Indien men deze niet vervult, kan men in aanmerking komen voor terugbetaling uit de aanvullende verzekering (diensten en voordelen), maar deze terugbetaling ligt beduidend lager. Bij de tandarts zijn er eveneens een aantal prestaties die niet terugbetaald worden of slechts indien men voldoet aan bepaalde criteria (vb: leeftijd). De kosten hiervan kunnen soms heel hoog oplopen, denken we maar aan een implantaat. Al zijn consultaties bij de kinesist en psychiater wel terugbetaald, het gaat vaak om meerdere sessies zodat de uiteindelijke factuur van de remgelden toch nog kan oplopen. Ook bij de logopedist en de osteopaat gaat het meestal om langdurige behandelingen.

CM-Info: In het kort

CM-Informatie vernieuwt. Vanaf dit nummer verschijnt een volledig nieuwe rubriek. Voortaan bieden wij u een samenvatting van meerdere studies over thema's die CM ter harte gaan en die ons aanspreken. Met welke bedoeling? U zin geven om hierover meer te weten!

1. Mantelzorgers bij oudere personen die nog thuis wonen in België: een essentiële en complexe rol

Meer informatie: <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2016/20161025ND>

Eind 2016 publiceerde de Koning Boudewijnstichting, in samenwerking met de UCL, een studie over de fundamentele rol van mantelzorgers bij thuiswonende ouderen. De studie is toegespitst op het analyseren van ervaringen van verschillende types "duo's" van helpers en personen die hulp krijgen (variabele graad van afhankelijkheid, al dan niet samenwonend). De bedoeling is zoveel mogelijk verschillende situaties te dekken en zo tot een statistisch representatieve steekproef te komen. Uit deze studie blijkt dat mantelzorgers die met een hulpbehoevende persoon samenwonen, veel meer tijd besteden aan de ondersteuning van deze persoon. Dit moet worden gekoppeld aan de vaak veel zwaardere afhankelijkheidsgraad wanneer de mantelzorger inwoont. Als de geholpen persoon cognitieve stoornissen heeft, heeft dit bovendien een grote invloed op de tijd die aan het helpen van de persoon wordt besteed.

Anderzijds blijkt dat mantelzorgers die niet met de oudere persoon samenwonen, hun hulp meer toespitsen op de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL) zoals boodschappen, onderhoud van de woning terwijl de inwonende mantelzorgers meer tijd besteden aan de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) zoals toilet of verplaatsingen (mobilisering). In de studie wordt ook een economische raming van de hulp gemaakt, 621 tot 1.189 euro per maand volgens de situatie. De studie wijst er ook op dat een zorgbehoevende oudere ondersteunen risico's inhoudt voor zowel de persoon die geholpen wordt als voor de persoon die helpt. Meer bepaald, mensen die in een gemeente met een laag belastingsinkomen per aangifte wonen (met dus een grotere waarschijnlijkheid dat zij zelf een lager inkomen hebben), hebben het psychologisch zwaarder en diegenen van hen die hulp krijgen, krijgen in deze gemeenten minder diensten aangeboden.

De studie doet ook bepaalde aanbevelingen:

- De informatie over de beschikbare hulp beter toegankelijk maken;
- Zorgen voor een betere detectie van de behoefte aan hulp en zorg;
- Specifieke ondersteuning voorstellen aan personen die iemand met cognitieve stoornissen helpt;
- Zorgen voor een betere ondersteuning van de tandem 'helper – geholpene' wanneer de helper nog beroepsactief is;
- Meer aandacht voor de respijtzorg.

2. Toekomstige scenario's voor de ontwikkeling en prijszetting van geneesmiddelen.

België is één van de Europese landen met de hoogste uitgaven voor geneesmiddelen. Wij besteden hieraan jaarlijks immers meer dan 20% van het budget van de verplichte ziekteverzekering. In een besparingscontext stelt dit ons voor een moeilijk dilemma: moeten wij nieuwe, dure geneesmiddelen blijven terugbetalen in de verplichte ziekteverzekering en hiervoor gaan putten uit financiering die voor andere noden bestemd is? Het Federaal Kenniscentrum (KCE) en het Zorginstituut Nederland (ZIN) bogen zich hierover en werkten samen verschillende mogelijke scenario's uit om een uitweg te vinden uit de impasse van de steeds duurdere prijzen voor nieuwe geneesmiddelen. Doelstelling: creatief zijn om sommige vastgeroeste karakteristieken van ons systeem af te bouwen. Vier belangrijke ontsparingen van ons systeem werden geanalyseerd en in vraag gesteld. Op basis hiervan konden verschillende scenario's geformuleerd worden.

1. De baten van onderzoek teruggeven aan de burgers

De meeste grote biomedische onderzoeken en ontdekkingen worden uitgevoerd door universiteiten of instituten die met overheidsgeld en dus door de belastingbetaler gefinancierd zijn. De resultaten van dat onderzoek worden echter geprivatiseerd. De belastingbetaler betaalt dus twee keer, eerst door het onderzoek te financieren en vervolgens door onbetaalbare prijzen te betalen (rechtstreeks of onrechtstreeks als deze door de verplichte ziekteverzekering gedekt zijn) wanneer deze nieuwe geneesmiddelen op de markt gebracht worden.

2. Intellectueel eigendom voor gezondheidsproducten heruitvinden

Het huidige systeem steunt op het systeem van brevetten en heeft twee belangrijke tekortkomingen: het zet de deur open voor monopolistische praktijken en stimuleert het zoeken naar marginale vooruitgang ten koste van echte innovatie en

preventie (bijvoorbeeld 'me too' geneesmiddelen die geen enkele therapeutische meerwaarde bieden tegenover andere reeds bestaande moleculen maar die duurder verkocht kunnen worden omdat ze nieuw zijn).

3. Rekening houden met de reële behoeften inzake volksgezondheid

De farmaceutische industrie ontwikkelt vaak nieuwe producten naar gelang van economische en strategische belangen zonder rekening te houden met de reële behoeften op het vlak van de volksgezondheid en zij krijgen hiervoor bovendien subsidies van de overheid. In zekere mate verspilt het huidige innovatieproces dus de beschikbare financiële middelen.

4. Herziening van de criteria voor toestemming om op de markt te brengen

Om toestemming te verlenen om een nieuw geneesmiddel op de markt te brengen, stelt de overheid zich nu tevreden met een efficiëntiebewijs te leveren dat dit nieuwe geneesmiddel efficiënter is dan een placebo, wat geen bewijs vormt dat het nieuw geneesmiddel efficiënter zou zijn dan een ander, reeds bestaand geneesmiddel. Dit moedigt nogmaals innovatie zonder therapeutische meerwaarde aan.

Om deze impasse te doorbreken worden dus vier scenario's voorgesteld:

- Privaat-publieke samenwerkingsverbanden opzetten die gericht zijn op de noden inzake volksgezondheid
- Geneesmiddelen ontwikkelen binnen een parallel systeem zonder winstoogmerk
- De terugkoop van brevetten door de overheid
- Geneesmiddelen als openbaar goed van A tot Z

Meer informatie: <http://kce.fgov.be/nl/press-release/toekomstscenario%E2%80%99s-voor-betaalbare-geneesmiddelen-belgi%C3%AB-en-nederland-verzamelen-inter#.WRliCpKLTIU>

3. World Happiness Report

Het eerste "World Happiness Report" werd gepubliceerd in 2012 in het kader van een top van de Verenigde Naties over geluk en welzijn. Sindsdien is geluk een maatstaf geworden die steeds meer wordt gebruikt om de ontwikkelingsgraad van een land te meten. In 2016 engageerde de OESO zich om het begrip groei te herdefiniëren opdat de regeringen het welzijn van de bevolking als centrale bekommerning zouden vooropstellen.

Maar hoe geluk meten? In dit rapport verklaren 6 grote parameters (verklarende variabelen) het gemiddeld geluks-

niveau van een land (afhankelijke variabele): *het BBP per inwoner* (in termen van koopkrachtpariteit), *de levensverwachting in goede gezondheid*, *het niveau van sociale ondersteuning* (gemeten met de vraag: "Als u een probleem heeft, heeft u dan familie of vrienden op wie u kan rekenen wat er ook gebeurt?"), *vrijheid inzake levenskeuzen* (gemeten met de vraag: "bent u tevreden of ontevreden over de vrijheid die u heeft om van uw leven te maken wat u ervan wil maken?"), *het corruptieniveau zoals dat ervaren worden* (binnen de regering of ondernemingen) *en de vrijgevigheidsgraad* (gemeten met de vraag 'deed u onlangs een gift aan vereniging?'). Daarbij komt wat de onderzoekers 'dystopie' noemen (wat personen belet om in een ideale samenleving te leven) en die gemeten wordt met de verhouding tussen *de positieve emotionele ervaringen* (hoeveel keer per dag voelde u positieve emoties: vreugde, lachen, zorgeloosheid...) en *de negatieve emotionele ervaringen* (hetzelfde maar met negatieve emoties: droefheid, stress, ongerustheid, ...).

In het rapport wordt een rangschikking gemaakt van 155 landen voor deze verschillende parameters. België komt op de 17^{de} plaats in de rangschikking terwijl Noorwegen, Denemarken, IJsland, Zwitserland en Finland in de top 5 staan. Ten opzichte van de landen die België in de rangschikking voorafgaan, lijkt België iets minder te scoren voor vrijgevigheid, sociale ondersteuning en keuzevrijheid en de perceptie van corruptie ligt er iets hoger. De resultaten zijn goed inzake BBP per inwoner en levensverwachting in goede gezondheid.

Meer informatie: <http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2017/03/HR17-Ch2.pdf>

4. Uitstel van een bezoek aan de huisarts: beschrijving van de sociale verschillen in 31 Europese landen.

Gelijke toegang tot eerstelijnszorg is een van de hoofd-doelstellingen van alle Europese gezondheidszorgsystemen. De ongelijke toegang tot zorg lijkt constant te blijven of nog toe te nemen voor sommige pathologieën of bepaalde sociale groepen. Men is het immers erover eens dat goede eerstelijnszorg de prestaties van het volledig gezondheidszorgsysteem kunnen verbeteren, de gezondheid van de bevolking kunnen verbeteren en de sociale ongelijkheid kunnen terugdringen. Gelijke toegang lijkt nog niet voor iedereen een realiteit te zijn.

In deze studie bestudeerden de onderzoekers het mogelijke verband tussen uitstel van een bezoek aan de huisarts (de hoofdspeler in de eerstelijnszorg) en verschillende sociaal-economische karakteristieken van deze patiënten: het inkomens- en studieniveau, de herkomst (hier geboren of migrant van eerste of tweede generatie) en het geslacht. De enquête werd uitgevoerd in 31 Europese landen waaronder België. Voor deze enquête vulden de patiënten in 31 landen de

vragenlijst in het kabinet van hun huisarts in, steeds in het bijzijn van iemand van het onderzoeksteam. In totaal beantwoordden 7.183 huisartsen en 61.931 patiënten deze enquête in heel Europa.

Hieruit blijkt dat 15,6% van de respondenten in alle landen zeggen dat zij het afgelopen jaar één bezoek aan de huisarts uitstelden. Dat percentage ligt in België iets hoger (16%). De landen waar de patiënten het vaakst een bezoek uitstellen, zijn Hongarije (25,2%), Macedonië (24,8%), Litouwen (23,1%), Estland (22%), Polen (20,7%), Roemenië (20,3%) en Ierland (19,4%). Deze resultaten zijn niet verbazingwekkend. In deze landen wordt het gezondheidszorgstelsel immers grotendeels privaat gefinancierd (de patiënt en de privé-verzekeringen betalen rechtstreeks).

Inzake het verband tussen uitstellen van een bezoek en de sociaal-economische kenmerken van de respondenten, blijkt op Europees niveau dat patiënten vaker hun bezoek bij de huisarts uitstellen wanneer zij een laag inkomen hebben dan wanneer zij een middelmatig of hoog inkomen hebben. Deze vaststelling geldt ook voor België.

Op Europees niveau stellen wij ook vast dat mensen met een lagere scholingsgraad meer geneigd zijn een bezoek uit te stellen. De resultaten zijn echter niet in alle landen gelijk. In sommige landen zoals Ierland, Luxemburg of Noorwegen is de vaststelling zelfs omgekeerd.

Inzake het verband tussen het uitstel en de herkomst van de respondent is de vaststelling globaal: vooral personen afkomstig van de eerste generatie migranten (maar ook de tweede generatie) stellen hun bezoek aan de huisarts vaker uit. Deze vaststelling geldt ook voor België. Naast financiële hindernissen worden hier ook culturele en geografische hindernissen aangegeven.

Uiteindelijk stellen wij op Europees niveau vast dat vrouwen vaker een bezoek uitstellen. In België lijkt het verschil tussen mannen en vrouwen hiervoor echter niet significant.

Meer informatie: *Postponing a General Practitioner Visit: Describing Social Differences in Thirty-One European Countries.*

Jens Detollenaere, Amelie Van Pottelberge, Lise Hanssens, Lieven Pauwels, Tessa van Loenen, and Sara Willems



Inhoudstafel

Editoriaal 2

Gezondheidsbeleid 3

Ziekenfondspact bevestigt en versterkt de rol van de ziekenfondsen

CM Gezondheidsfonds 12

CM biedt als gezondheidsfonds ondersteuning om goede voornemens beter vol te houden via een online coach

Geestelijke gezondheid 17

Ouder worden maakt minder gelukkig

Welzijn en gezondheid 22

Vakantie en gezondheid:

Op reis gaan om het dagelijks welzijn te verbeteren

Actie patiëntenrechten 2017 40

Het gesprek over de kostprijs aangaan bij een zorgverlener is niet onze gewoonte.

CM-Info: In het kort 52

CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op: <http://www.cm.be/> CM-Informatie.

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

Colofon

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