

& GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

06 Ongelijk in gezondheid

32 De verschillende noden van personen in arbeidsongeschiktheid

56 De verborgen kost van bepaalde essentiële geneesmiddelen tijdens hospitalisatie

68 Familiale conflicten rondom het levenseinde: nood aan ondersteuning

Niet iedereen is gelijk

Niet iedereen is gelijk

Editio



29% oversterfte. Dit is het risico van mensen die in de armste wijken van België wonen. Dit cijfer doet ons duizelen. We zijn gewoon de levensverwachting of de levensverwachting in goede gezondheid te vergelijken. En deze twee indicatoren laten al grote verschillen zien tussen de rijkste en de armste mensen. In onze studie tonen we ook aan dat de mortaliteit (op elke leeftijd, om welke reden dan ook) 1,8 keer hoger is voor de armste groepen. Sommige mensen denken dat de strijd tegen gezondheidsongelijkheden een luxe is die men zich kan veroorloven wanneer de budgetten het toelaten, door enkele gerichte beleidsmaatregelen uit te werken. Vaak wordt aangenomen dat hoe rijker een land is, hoe anekdotischer de gezondheidsverschillen tussen de inwoners zijn. Maar, zoals onderzoek van Wilkinson en Marmot aantoonde (Marmot, 2010; Wilkinson, 2000), we zien zonder expliciet beleid om ongelijkheden te verminderen vaak het tegenovergestelde. De rijkdom van een land zegt niets over de verdeling ervan onder de inwoners, en nog minder over hun vermogen om hono-

rariumsupplementen of private verzekeringen te betalen om de tekortkomingen van het collectieve systeem te compenseren. Als gevolg daarvan zijn de verschillen in gezondheid groter en de gezondheidszorgbehoeften ongelijk verdeeld over de bevolking. Deze correlatie tussen rijkdom en grote gezondheidsverschillen is contra-intuïtief: de sociale zekerheid zou een effectief correctiemechanisme moeten zijn dat de ongelijkheden, inherent aan individuele rijkdom, uitwist.

Wij wilden deze verschillen objectiveren. Onze studie, *Ongelijk in gezondheid*, toont aan dat deze correctie verre van automatisch is voor kwetsbare groepen en dat een beleid dat het beginsel van proportioneel universalisme niet toepast¹, er niet echt in slaagt de curve van economische ongelijkheden om te buigen. Om deze gegevens te analyseren hebben wij de bevolking in tien groepen verdeeld naargelang het mediane inkomensniveau van de wijk waarin zij wonen, en hebben wij de verschillen in gezondheid en in gebruik van gezondheidszorg tussen de verschillende groepen geobserveerd. Om deze groepen te vergelijken gebruikten wij een gestandaardiseerde index die aangeeft welke groepen een proportioneel hoger zorggebruik of een proportioneel hoger risico op het ontwikkelen van een gezondheidsprobleem hebben dan de andere onderzochte groepen.

¹ Het beginsel van proportioneel universalisme beoogt universele interventies, maar met modaliteiten of een intensiteit die variëren volgens de behoefte ("universal solutions with effort proportional to need", (Marmot, 2010)). Met andere woorden, het veronderstelt dat universele gezondheidsresultaten moeten worden nagestreefd voor de gehele bevolking. Op basis van deze doelstelling construeert zij een corrigerend beleid om de vastgestelde gezondheidsongelijkheden te corrigeren. Dit beginsel mag niet worden verward met een beleid van gerichte acties. Hoewel zij elkaar in de praktijk kunnen overlappen (dit wil zeggen soortgelijke groepen betreffen) in de methode, gaan zij uit van een tegengestelde premisse: gericht beleid gaat uit van doelgroepen, terwijl proportioneel universalisme uitgaat van een doelstelling die alle groepen gemeen hebben om het te ontwikkelen specifieke beleid te bepalen.

Deze economische ongelijkheden in gezondheid komen tot uiting in alle gezondheidsdomeinen. Voor elke indicator constateren wij minder huisartsbezoeken voor de meest kwetsbare groepen en alarmerende gezondheidsresultaten: veel meer ziekenhuisopnames, psychiatrische ziekenhuisopnames, veel hogere ziektecijfers. Al deze indicatoren maken duidelijk dat de gezondheidstoestand van deze groepen snel en in aanzienlijke mate verslechtert, en met grote gevolgen voor hun gebruik van acute zorg. Ons artikel toont deze ongelijkheden duidelijk aan en schetst vervolgens de structurele oorzaken ervan. We besluiten met concrete voorstellen voor maatregelen om de gezondheidsverschillen in België te verminderen.

De noodzaak om de specifieke kenmerken van de groepen die een beroep doen op de ziekte- en invaliditeitsverzekering in detail te analyseren, geldt ook voor arbeidsongeschiktheid. Het aantal mensen in arbeidsongeschiktheid neemt alleen maar toe. Zoals we al meermaals hebben aangetoond, is het stigmatiseren van mensen in arbeidsongeschiktheid het volledig missen van de systemische reikwijdte van het probleem (Henry, Morissens, & Streel, 2022; Vancorenland, et al., 2021). Deze groep van meer dan 450.000 mensen die langer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn, is een complexe groep, en deze maatschappelijke kwestie is alleen betaalbaar door meer kennis over de verschillende situaties die tot arbeidsongeschiktheid leiden. In onze nieuwe studie,

De verschillende noden van personen in arbeidsongeschiktheid, hebben we de trajecten van mensen in arbeidsongeschiktheid geanalyseerd naar leeftijd, type werk, bedrijfsgrootte of arbeidssituatie. Deze analyse heeft ons een beter inzicht gegeven in de aard van de risico's en moeilijkheden waarmee elke groep wordt geconfronteerd en welke hefboomen kunnen worden geactiveerd om elk van hen te ondersteunen. Uit onze analyse blijkt dat er nog veel ruimte is voor verbetering bij het bieden van menselijke en op maat gesneden ondersteuning voor mensen tijdens, voor en na arbeidsongeschiktheid.

Er zijn ook verbeteringen nodig in de tenlasteneming van de ziekenhuiskosten van patiënten. De terugbetaling van essentiële geneesmiddelen in het ziekenhuis is ook een belangrijke factor voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. In onze studie, *De verborgen kost van bepaalde essentiële geneesmiddelen tijdens hospitalisatie*, worden de kosten van farmaceutische specialiteiten tijdens een klassieke hospitalisatie in een acuut ziekenhuis geanalyseerd. Uit deze studie blijkt dat veel medicatie die onontbeerlijk is voor de behandelingen die patiënten moeten volgen, niet wordt vergoed door de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Veel vitale of therapeutisch belangrijke geneesmiddelen, zoals anesthetica, ontsmettingsmiddelen en pijnstillers, worden daardoor rechtstreeks aan de patiënten aangerekend. Jaren geleden waren producten zoals ontsmettings-

middelen, cardiaca en ampullen voor het oplossen van geneesmiddelen niet beschikbaar als farmaceutische specialiteit. Deze producten zijn uitgesloten van het opnameforfait voor geneesmiddelen, ingevoerd in 2006, dat alleen geldt voor farmaceutische specialiteiten. In de loop der jaren zijn steeds meer geneesmiddelen ge-commercialiseerd en geregistreerd als farmaceutische specialiteit, maar de regelgeving is niet veranderd. Een aanpassing van de regelgeving is nodig om de factuur van de patiënt te verlichten. In onze studie stellen wij ook zeer hoge individuele kosten vast door de facturatie van geneesmiddelen die buiten de vergoedbare indicatie worden voorgeschreven. Deze kosten zijn voor patiënten moeilijk te voorzien en ze hebben geen enkele mogelijkheid om ze te matigen of te vermijden.

Ons laatste artikel ten slotte gaat over familiale conflicten aan het levenseinde. Het levenseinde is een bijzonder kwetsbare periode voor een persoon, maar ook voor diens omgeving. Deze laatste momenten onthullen soms onopgeloste spanningen rond de persoon aan het levenseinde. Een sereen heengaan is makkelijker wanneer het beheer van deze conflicten wordt begeleid en voorbereid. Onze studie, *Familiale conflicten rondom het levenseinde: nood aan ondersteuning*, uitgevoerd

met de Universiteit Gent, werpt een licht op de verhalen van families naar aanleiding van het levenseinde van een naaste. In deze kwalitatieve studie hebben we veel nabestaanden geïnterviewd die hun verhaal met ons deelden. Daaruit blijkt dat conflictbeheersing een cruciaal element is in de serene begeleiding van de persoon. Het levenseinde kristalliseert de communicatieproblemen van een familie en het is soms moeilijk om helemaal aan het einde van het leven tot een oplossing en verzoening te komen. Deze studie leert ons de waarde van het leren omgaan met het levenseinde op elke leeftijd en benadrukt de sterke invloed van niet-medische factoren op de kwaliteit van het levenseinde. Vanuit onze brede visie op gezondheid zijn wij ervan overtuigd dat deze getuigenissen de reflectie over de begeleiding van families aan het levenseinde zullen verrijken. Wij moedigen onze samenleving ook aan na te denken over hoe zij omgaat met conflicten op elk moment van het leven en over de gevolgen die een slechte conflictbeheersing kan hebben voor de gezondheid en de levenskwaliteit van mensen.

Élise Derroitte
Directie Studiedienst

Bibliografie

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

Marmot, M. (2010). *The Health Gap, The Challenge of an Unequal World*. Londen: Bloomsbury.

Vancorenland, S., et al. (2021). *Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid*. *CM-Informatie*, 284, 4-55.

Wilkinson, R. (2000). *Mind the Gap : An Evolutionary View of Health and Inequality*. London: Weidenfeld & Nicolson.



Ongelijk in gezondheid

Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden

Hervé Avalosse, Clara Noirhomme, Sophie Cès — Studiedienst

Met dank aan Svetlana Sholokhova en Gauthier Vandeleeene

Samenvatting

Met deze studie willen wij de omvang van de ongelijkheden op het vlak van gezondheid opnieuw evalueren en meten aan de hand van de CM-databanken. We vergelijken daarvoor twee soorten informatie: verschillende gezondheidsindicatoren samengesteld op basis van administratieve informatie en (routinematig verzamelde) gegevens over de consumptie van gezondheidszorg, en een proxy van het inkomensniveau, bepaald aan de hand van het mediaan fiscaal inkomen per belastingaangifte en per geografisch gebied waar onze leden wonen (de statistische sectoren die voortvloeien uit een geografische opdeling van het grondgebied die kleiner is dan de gemeente). We gebruiken daarbij een schaal van tien klassen van mediaan fiscaal inkomen om de verschillen in gezondheid waar te nemen.

De conclusies zijn ondubbelzinnig: bij mensen die in de meest kwetsbare geografische gebieden wonen, zien we een aanzienlijk slechtere gezondheidstoestand en een hoger risico op oversterfte. Vergeleken met degenen die in de rijkste wijken wonen, hebben degenen in de armste wijken 51% meer kans op diabetes en 84% meer kans om binnen een jaar te overlijden. Naast indicatoren voor de gezondheidstoestand meten wij ook de ongelijkheden in de preventieve gezondheidszorg en het gebruik van de gezondheidszorg (eerstelijns ambulante zorg, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg). In al deze domeinen meten wij het bestaan van een economische gradiënt. Deze blijkt ongunstig voor de bevolking in arme wijken en is des te meer uitgesproken naarmate de zorg zwaarder is.

Deze gezondheidskloof kan mogelijk voorkomen worden door een krachtig beleid ter bestrijding van economische ongelijkheden, en dit zou voor iedereen een uitdaging moeten zijn. Gezien vele factoren de gezondheid kunnen beïnvloeden, is het essentieel en noodzakelijk om gezamenlijk actie te ondernemen op andere domeinen zoals inkomen, werkgelegenheid, huisvesting, materiële levensomstandigheden, enz., ofwel een strategie vanuit "Gezondheid op alle beleidsdomeinen" ("*Health in All Policies*").

Op het gebied van gezondheidszorg benadrukken we het belang van de toepassing van het beginsel van proportioneel universalisme om voldoende toegang, afgestemd op de behoeften, te garanderen door universele maatregelen te nemen die van toepassing zijn op de hele bevolking, maar met de mogelijkheid om de intensiteit en de inhoud ervan aan te passen aan de behoeften van elk individu.

Sleutelwoorden: Sociale ongelijkheden, gezondheidstoestand, mortaliteit, morbiditeit, gezondheidszorg, rechtvaardigheid, armoede, kwantitatieve studie

1. Inleiding

Gezondheidsongelijkheden zijn onrechtvaardige en vermijdbare verschillen in gezondheid binnen de bevolking en tussen verschillende groepen in de samenleving¹. Zij “zijn het gevolg van ongelijkheden in de samenleving - de omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden” (Marmot, 2004, eigen vertaling). Deze sociale, economische en milieu-omstandigheden worden ook wel determinanten van gezondheid genoemd.

Volgens Aïach en Fassin is er sprake van sociale ongelijkheid als aan twee voorwaarden is voldaan (Aïach & Fassin, 2004):

1. Het moet gaan om een **maatschappelijk gewaardeerd “object”** zoals levensverwachting, goede gezondheid of effectieve en kwalitatief goede zorg.
2. Dit maatschappelijk gewaardeerde “object” (*in casu* gezondheid en gezondheidszorg) moet betrekking hebben op **sociale groepen die hiërarchisch** gepositioneerd zijn als dominant/gedomineerd. “In dit verband kunnen sociale klassen, sociaalprofessionele categorieën, groepen gedifferentieerd naar inkomen, rijkdom, opleiding, maar ook naar geslacht of afkomst worden vergeleken vanuit het oogpunt van sociale ongelijkheden in gezondheid” (Aïach & Fassin, 2004, p. 2225, eigen vertaling).

Hoe manifesteren deze sociale ongelijkheden in gezondheid zich? Wanneer we gezondheidsindicatoren vergelijken met een sociale schaal die deze verschillende hiërarchische sociale groepen weerspiegelt (in de literatuur zijn de meest gebruikte stratificatiecriteria inkomen, opleidingsniveau en sociaalprofessionele status), zien we dat gezondheids- en welzijnsindicatoren verslechteren naarmate we lager op de sociale schaal afdalen (Mackenbach, et al., 2008; Wilkinson & Pickett, 2010). Dit wordt een **sociale gradiënt** genoemd, dit wil zeggen een “geleidelijke of lineaire achteruitgang in gezondheid die gepaard gaat met een dalende sociale positie” (Marmot, 2004, eigen vertaling). Zoals Van Oyen et al. stellen: “sociale ongelijkheden in gezondheid (SOG’s) kunnen niet worden gereduceerd tot een tegenstelling tussen de armen en de anderen. Integendeel, **sociale ongelijkheden**

in gezondheid volgen een sociaal gestratificeerde verdeling binnen de bevolking, waarbij elke sociale categorie een hoger niveau van mortaliteit en morbiditeit heeft dan de volgende hogere klasse” (Van Oyen, et al., 2011, p. 6, eigen vertaling). Met andere woorden, er worden voortdurend gezondheidsverschillen waargenomen tussen elke klasse van de sociale schaal.

In België zijn de verschillende gezondheidsenquêtes, georganiseerd door Sciensano, een belangrijke bron van informatie, niet alleen over de gezondheid van de Belgen, maar ook over de ongelijkheden in gezondheid die in ons land kunnen worden vastgesteld². Het thema sociale ongelijkheid in gezondheid is ook geïntegreerd in de evaluatie van de performantie van ons gezondheidssysteem, uitgevoerd door het Federaal Expertisecentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Het KCE wijst in zijn rapport van 2019 op aanzienlijke sociaaleconomische gezondheidsverschillen en beschouwt deze als een zwak punt in ons gezondheidssysteem (Devos, et al., 2019).

De sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied krijgen ook de aandacht van de gefedereerde entiteiten. Zo neemt het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussels-Hoofdstad in zijn sociale barometer regelmatig een aantal indicatoren op van sociale ongelijkheden in gezondheid en toegang tot zorg. Deze barometer toont onder meer duidelijk aan dat gezondheidsverschillen waarneembaar zijn vanaf de geboorte: “Kinderen geboren in huishoudens zonder inkomen uit werk hebben drie keer meer kans om doodgeboren te worden en meer dan twee keer meer kans om te overlijden in het eerste levensjaar in vergelijking met kinderen geboren in huishoudens met twee inkomens” (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2022, p. 76).

CM heeft van haar kant al twee keer talrijke indicatoren opgesteld die de omvang van de gezondheidsongelijkheden in ons land aantonen (Avalosse, et al., 2009 en 2015). De hier toegepaste methode is uniek omdat deze gebaseerd is op de verwerking van gegevensbestanden die door ziekenfondsen worden beheerd in het kader van hun opdracht om de zorg te vergoeden binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Het gaat dus niet om de verwerking van zelfgerapporteerde informatie zoals bij enquêtes bij een steekproef van mensen, maar om de exploitatie van routinematig verzamelde administratie-

¹ What are healthcare inequalities?, www.england.nhs.uk, geraadpleegd op 3 oktober 2022.

² De verslagen zijn beschikbaar op: <https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquête-0>. De resultaten zijn ook toegankelijk via een interactieve tool <https://www.sciensano.be/nl/node/48306/hisia>.

ve en facturatiegegevens met betrekking tot gezondheidszorg. Een soortgelijke methode is in 2019 (op gegevens van 2016) toegepast door het Intermutualistisch Agentschap, waarvan de databanken alle sociaal verzekerden in België omvatten (Avalosse, et al., 2019). Of men nu de door de ziekenfondsen beheerde gegevensbestanden verwerkt of een steekproef van personen onderzoekt, de waargenomen resultaten zijn complementair en leiden tot dezelfde conclusies: zowel wat de gezondheidstoestand als het gebruik van zorg betreft, bestaan er in België gezondheidsongelijkheden die soms groot en altijd in het nadeel van de armen zijn. Deze ongelijkheden zijn aanzienlijk en leiden tot verschillen in gezondheid. Het is daarom van cruciaal belang ze goed te meten.

Met deze studie willen we de sociale ongelijkheden in gezondheid identificeren aan de hand van een meer verfijnde methodologie, gebaseerd op CM-gezondheidszorggegevens (2019), door ze te vergelijken met een gedetailleerde indicator van de geografische spreiding van de inkomens, een methode die wij in het tweede deel van dit artikel voorstellen. Zo kunnen we enerzijds onderzoeken of de sociale gradiënten die we in onze vorige studies hebben vastgesteld, nog steeds bestaan. Anderzijds willen wij meer inzicht krijgen in de situatie, met name voor de armste groepen, en de meest extreme situaties vergelijken. Hoe groot zijn de gezondheidsverschillen tussen de mensen in de wijken met de hoogste versus de laagste inkomens in België? In het derde deel van het artikel stellen wij de resultaten voor de indicatoren voor die verband houden met de gezondheidstoestand van onze leden, om aan te tonen dat de risico's op sterfte en ziekte niet dezelfde zijn voor mensen die in arme dan wel rijke wijken wonen. In het vierde deel presenteren wij een analyse van het gezondheidszorggebruik, afhankelijk van het inkomensniveau van de woonwijk, wat betreft het gebruik van preventie-initiatieven, contacten met eerstelijnszorgverleners, gebruik van ziekenhuisvoorzieningen en geestelijke gezondheidszorg. Aan de hand van deze indicatoren willen wij nagaan of de waargenomen gezondheidsongelijkheden aanleiding geven tot ongelijkheden in gezondheidszorgconsumptie, dit is of mensen die in arme wijken wonen meer beroep doen op zware zorg omdat ze een slechte gezondheid hebben en, omgekeerd, in hoeverre de onderconsumptie van bepaalde zorg een factor is die de gezondheidsongelijkheden vergroot. In de bespreking van de resultaten (vijfde deel) trekken wij algemene conclusies over sociale ongelijkheden in gezondheid en gebruik van gezondheidszorg en benadrukken wij aldus de noodzaak van maatregelen die het beginsel van proportioneel universalisme om toegang

tot zorg aangepast aan elkeens behoeften te garanderen en de strategie van "Gezondheid in alle beleidssectoren" (*Health in All Policies*) volgen.

Op het ogenblik van de publicatie van dit artikel is de situatie op vlak van armoede sterk beïnvloed door de economische recessie tijdens de gezondheidscrisis, gevolgd door een snelle inflatie die wordt gekenmerkt door een stijging van de energieprijzen, wat grote gevolgen kan hebben voor de levensstandaard en de gezondheid van de Belgen (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2022, p. 10). De gegevens die we in dit artikel voorstellen hebben betrekking op 2019, een jaar waarin noch het inkomen, noch de toegang tot zorg door de pandemie werden verstoord, maar zijn de resultaten nu al niet alarmerend?

2. Methode

Om de omvang van de sociale ongelijkheden in gezondheid te meten, moeten gezondheidsgerelateerde indicatoren worden gecombineerd met een schaal voor sociale stratificatie. De gezondheidsindicatoren worden samengesteld op basis van de administratieve en facturatiegegevens die de ziekenfondsen verwerken in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Wij construeren een schaal op basis van een economisch criterium: het inkomen. Aangezien de ziekenfondsen niet over volledige gegevens beschikken over het inkomen van hun leden, stellen wij het welvaartsniveau vast van hun leefomgeving, een methode die wij hieronder verder toelichten.

In onze eerdere studies bestond de gebruikte inkomenschaal uit vijf fiscale inkomensklassen (Avalosse, et al., 2009 en 2015). Voor deze studie hebben wij een schaal van tien klassen geconstrueerd, waardoor de mate van inkomensongelijkheid per wijk beter wordt weergegeven. Met deze schaal verkrijgen wij gelijkmatige gradiënten, met het voordeel van meer verfijnde resultaten, waardoor de relatieve verschillen tussen de extreme klassen (de armste versus de rijkste) beter kunnen worden begrepen. Daarnaast hebben wij ook twee subgroepen gecreëerd die de meest extreme situaties vertegenwoordigen, om te benadrukken dat zelfs de klasse met de armste mensen niet homogeen is en om te proberen de situaties van mensen in diepe armoede te meten.

2.1. Opbouw van een economische schaal

Om onze economische schaal op te bouwen, gebruiken wij belastingstatistieken op het niveau van statistische sectoren. Deze zijn het resultaat van een opdeling van het grondgebied van de gemeenten en zijn de kleinste officiële geografische eenheden in ons land, waardoor nauwkeurige analyses mogelijk zijn. Een statistische sector kan een wijk van een stad zijn, soms een paar straten. Het zijn er ongeveer 20.000, verspreid over de 581 Belgische gemeenten. STATBEL levert belastingstatistieken aan die zijn berekend op het niveau van deze statistische sectoren, waaronder ook het **mediaan fiscaal inkomen** per aangifte, dit is het bedrag van het netto belastbaar inkomen dat de waarnemingen verdeelt in twee even grote groepen, waarbij de aangiften oplopend zijn gerangschikt op basis van hun waarde. Voor deze studie geven wij de voorkeur aan het **mediaan** inkomen van de statistische sectoren als indicator van de rijkdom, omdat de mediaan van een reeks minder gevoelig is voor extreme waarden. In België bedraagt het mediaan inkomen per aangifte 25.475 euro per jaar voor het jaar 2019. Dit betekent dat 50% van de aangiften een netto belastbaar inkomen heeft van minder dan 25.475 euro, de andere 50% heeft een hoger bedrag (exclusief de nulaangiften).

Voor elke statistische sector hebben wij dus een indicatie van de “rijkdom” van degenen die er wonen, althans voor zover zij een belastingaangifte indienen. Aan de hand van het thuisadres van onze leden kunnen wij nagaan in welke statistische sector zij wonen. Aan elk lid kan dus een inkomensniveau worden toegekend: dat van de statistische sector waarin die woont. De referentieperiode voor de gebruikte belastinggegevens is het inkomstenjaar 2019, dus het belastingjaar 2020³. Wij synthetiseren deze informatie door een schaal van tien klassen van statistische sectoren te construeren, in volgorde van toenemende waarde van de mediane fiscale inkomens, om een rangorde van statistische sectoren te verkrijgen van de armste naar de rijkste.

De klassengrenzen zijn zodanig vastgesteld dat elke klasse ongeveer 10% van de CM-leden (in 2019) omvat (zie Tabel 1). Zo bevat de eerste klasse 10% van onze leden die in statistische sectoren wonen met het laagste mediaan netto belastbaar inkomen per aangifte: minder dan 21.236 euro per jaar. De wijken van de statistische sectoren van klasse 1 zijn dus die waar de armste bevolking is geconcentreerd. Klasse 10 omvat 10% van onze leden die wonen in statisti-

sche sectoren met een mediaan netto belastbaar inkomen per aangifte van meer dan 33.585 euro per jaar. Dit zijn de wijken waar de rijkste bevolking is geconcentreerd. Voor de tussenliggende klassen (2 tot en met 9) zijn de grenzen van elke klasse aangegeven in tabel 1.

Daarnaast construeren wij nog twee specifieke klassen om de “extreme” situaties weer te geven, namelijk de zeer armen en de zeer rijken (zie Tabel 1).

- De klasse “P5” groepeerde de 5% van onze leden die in de armste statistische sectoren wonen (het mediaan netto belastbaar inkomen per aangifte van deze sectoren is minder dan 19.491 euro voor het jaar 2019).
- De klasse “P95” omvat de 5% van onze leden die in de rijkste statistische sectoren wonen (het mediaan netto belastbaar inkomen per aangifte van deze sectoren ligt voor het jaar 2019 boven 35.656 euro).

2.2. Indicatoren van gezondheid en van gezondheidszorggebruik

Deze studie is gebaseerd op gegevens die zijn verzameld voor de leden van de Christelijke Mutualiteit. Hoewel deze gegevens niet per se diagnoses voor alle leden bevatten, kunnen wij aan de hand van de routinematig verzamelde administratieve en facturatiegegevens over de gezondheidszorg verschillende gebeurtenissen op vlak van gezondheid en zorggebruik uitlichten.

Deze gebeurtenissen zijn:

1. rechtstreeks **afgeleid** uit administratieve gegevens (bv. sterfgevallen en ziekenhuisopnames);
2. **geconstrueerd** op basis van codes voor gezondheidszorgprestaties die door de verplichte ziekteverzekering worden vergoed (bijvoorbeeld tandzorg ontvangen, een bepaalde categorie geneesmiddelen gebruikt, enz.).

De keuze van de in dit artikel bestudeerde gebeurtenissen is gebaseerd op een aantal pragmatische criteria zoals beschikbaarheid en robuustheid van de gegevens, in de wetenschap dat ook andere indicatoren zouden kunnen worden geanalyseerd.

- Wat de **indicatoren voor de gezondheidstoestand** betreft: morbiditeit kan worden benaderd via de consumptie van gezondheidszorg. Zo zijn sommige categorieën

³ De belastinggegevens van 2019 waren de meest recente gegevens die beschikbaar waren op het moment dat dit artikel werd geschreven.

Tabel 1: Definitie van de klassen van statistische sectoren voor het jaar 2019

Klassen van statistische sectoren	Grenzen van de klassen (mediaan netto belastbaar inkomen per aangifte, in euro, op jaarbasis)	Aantal CM-leden die in deze statistische sectoren wonen	Aandeel van het aantal CM-leden
Geen indeling	/	25.777	0,6%*
1	]0; 21.236]	456.415	10,0%
2	]21.236; 23.510]	455.812	9,9%
3	]23.510; 24.991]	455.340	9,9%
4	]24.991; 26.352]	455.780	9,9%
5	]26.352; 27.622]	456.471	10,0%
6	]27.622; 28.831]	454.243	9,9%
7	]28.831; 30.069]	457.616	10,0%
8	]30.069; 31.496]	453.388	9,9%
9	]31.496; 33.585]	456.182	10,0%
10	]33.585; ...	454.966	9,9%
TOTAAL =		4.581.990	100,0%

P5	]0; 19.491]	227.916	5,0%
P95	]35.656; ...	227.653	5,0%

* Slechts 0,6% van de leden kan niet in deze schaal worden ingedeeld. Daar zijn twee redenen voor: het adres kan niet worden herleid tot de statistische en/of het mediaan inkomen is niet berekend voor de statistische sector in kwestie (omdat er niet genoeg belastingaangiften zijn).

geneesmiddelen en sommige prestaties van de verplichte ziekteverzekering specifiek genoeg om specifieke aandoeningen op te sporen. In deze studie hebben wij ons beperkt tot enkele aandoeningen waarvoor proxy's zijn gedocumenteerd via de Atlas of de documentatie van de Permanente Steekproef van het Intermutualistisch Agentschap.

• Wat de **indicatoren voor het gebruik van de gezondheidszorg** betreft:

- Voor **preventie-initiatieven**, zijn de beschikbare gegevens in het kader van de verplichte ziekteverzekering beperkt, aangezien preventie en gezondheidsbevordering in de brede zin van het woord hoofdzakelijk onder de verantwoordelijkheid van de gefedereerde entiteiten vallen (Sholokhova, 2021). In deze studie zullen wij ons concentreren op twee indicatoren: de indicatoren in verband met borstkankerpreventie en tandzorg. Anticonceptie voor vrouwen valt ook onder deze categorie.
- Op het vlak van zorggebruik maken wij een onder-

scheid tussen **eerstelijnszorg** en **acute ziekenhuiszorg**. Voor de eerstelijnszorg tonen wij de contacten met de artsen, waarbij wij een onderscheid maken tussen de zorg betaald per prestatie en de zorg tegen een vast bedrag (wijkgezondheidscentra), die door heel verschillende groepen worden gebruikt, en het gebruik van tandzorg.

- Op het vlak van **geestelijke gezondheid** gebruiken wij het volledige scala van indicatoren waarover wij beschikken, van zorg die als meer preventief kan worden beschouwd tot meer acute zorg: vergoeding uit de aanvullende verzekering van CM voor de kosten van psychologische consulten, ten minste één consult bij een (neuro)psychiater, gebruik van medicatie zoals antidepressiva of antipsychotica, opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, verblijf in een initiatief voor beschut wonen (IBW) of in een psychiatrisch verzorgingshuis (PVT)⁴.

4 Een initiatief voor beschut wonen (IBW) is een woonvorm voor volwassenen die door psychiatrische problemen moeilijk zelfstandig kunnen wonen (voldoende gestabiliseerd zodat een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis niet nodig is). Zij krijgen passende ondersteuning en dagactiviteiten. In tegenstelling tot een psychiatrisch verzorgingshuis (PVT) is het personeel van het initiatief voor beschut wonen niet permanent aanwezig. Een multidisciplinair team van psychiaters, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, opvoeders en maatschappelijk werkers biedt ondersteuning aan de bewoners van een PVT. De ondersteuning is gericht op het behouden en stimuleren van de mogelijkheden van de bewoners en is intensiever dan in het IBW.

Tabel 2 toont de bestudeerde gebeurtenissen⁵ en het totaal aantal CM-leden waarop deze gebeurtenissen betrekking hebben (n). Wij specificeren ook het aantal personen in de referentiepopulatie (N) omdat sommige wijzigingen zijn ingevoerd (wanneer de gebeurtenis slechts een deel van de bevolking betreft, bijvoorbeeld anticonceptiemiddelen die

alleen voor jonge vrouwen worden vergoed). Wij berekenen ook telkens de verhouding tussen n en N om het risico te meten dat elke gebeurtenis zich in de betrokken populatie voordoet. Wij onderscheiden vijf categorieën: gezondheidsgerelateerde gebeurtenissen, preventieve maatregelen, eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg en geestelijke gezondheid.

Tabel 2: In de studie geanalyseerde gebeurtenissen

Categorie	Gebeurtenis	Aantal betrokken CM-leden (n)	Referentiepopulatie (index 100)	Aantal mensen in referentiepopulatie (N)	n/N
Gezondheids-toestand	Overlijden binnen het jaar	46.860	Alle CM-leden	4.581.990	1,0%
	Diabetes (ATC-code = A10 of specifieke prestaties van de verplichte ziekteverzekering)	287.418	Alle CM-leden, behalve vrouwen die in de loop van het jaar zijn bevallen (om zwangerschapsdiabetes te vermijden)	4.581.990	6,3%
	Cardiovasculaire aandoeningen (ATC-codes: C01-C02-C03-C07-C08-C09, 90 DDD en meer)	1.032.095	Alle CM-leden	4.581.990	22,5%
	Cardiale therapie (ATC-code: C01, 90 DDD en meer)	90.794	Alle CM-leden	4.581.990	2,0%
	Obstructieve luchtwegaandoeningen (ATC code: R03, 90 DDD en meer)	232.132	Alle CM-leden	4.581.990	5,1%
	Chronische obstructieve longaandoening (ATC-codes: R03A, R03BA, R03BB, R03DA04, 90 DDD en meer)	138.474	CM-leden ouder dan 50 jaar	2.009.740	6,9%
	Gerechtigde statuut chronische aandoening	583.955	Alle CM-leden	4.581.990	12,7%
	Primaire arbeidsongeschiktheid (ten minste 30 vergoede dagen)	100.485	Actieve CM-leden (arbeiders, bedienden, zelfstandigen) tussen 20 en 64 jaar, met uitzondering van statutaire ambtenaren en personen in invaliditeit	1.822.303	5,5%
	Invaliditeit	155.908	Actieve CM-leden (arbeiders, bedienden, zelfstandigen) tussen 20 en 64 jaar, met uitzondering van statutaire ambtenaren	1.972.020	7,9%

⁵ Wanneer geneesmiddelen worden gebruikt als proxy om de aanwezigheid van aandoeningen te detecteren, vermelden wij de ATC-code (*Anatomical Therapeutic Chemical*). De ATC-codes zijn ontleend aan de gecontroleerde classificatie van geneesmiddelen van de Wereldgezondheidsorganisatie. Voor sommige indicatoren vermelden wij ook de DDD (*Defined Daily Dose* – gedefinieerde dagelijkse dosis), dat wil zeggen de veronderstelde gemiddelde dagelijkse dosis van een geneesmiddel die wordt gebruikt voor de belangrijkste indicatie bij een volwassene.

Preventie-initiatieven	Gebruik van preventieve tandzorg	563.296	Alle CM-leden	4.581.990	43,1%
	Griepvaccin	563.296	CM-leden van 65 jaar en ouder die niet in een instelling verblijven	972.119	57,9%
	Borstkankerscreening (mammothest of diagnostische mammografie, 2018-2019)	397.160	CM-leden tussen 50 en 69 jaar	612.717	64,8%
	Gebruik van anticonceptiemiddelen (ATC codes: G02B, G03A)	68.305	Vrouwelijke CM-leden van 12 tot 20 jaar ⁶	202.980	33,7%
Eerstelijns-zorg	Ten minste één raadpleging bij een huisarts	3.543.902	Alle CM-leden behalve degenen die in een wijkgezondheidscentrum zijn ingeschreven	4.463.022	79,4%
	Ten minste één huisbezoek door een huisarts	668.082	Alle CM-leden	4.581.990	14,6%
	Ingeschreven zijn in een wijkgezondheidscentrum	118.968	Alle CM-leden	4.581.990	2,6%
	Ten minste één raadpleging bij een medisch specialist (met uitzondering van een (neuro)psychiater)	2.884.998	Alle CM-leden	4.581.990	63,0%
	Geen tandzorg gedurende drie opeenvolgende jaren (van 2017 tot 2019)	1.212.606	Alle CM-leden	4.581.990	26,5%
Ziekenhuis-zorg	Opgenomen zijn in een algemeen ziekenhuis (met uitzondering van de afdelingen G, A, K, T en S)	456.600	Alle CM-leden	4.581.990	10,0%
	Opgenomen zijn op een pediatrische of neonatale afdeling	45.864	CM-leden van 15 jaar en jonger	746.284	6,1%
	Naar de spoedgevallendienst van het ziekenhuis gaan	736.592	Alle CM-leden	4.581.990	16,1%
Geestelijke gezondheid	Gebruik van antidepressiva (ATC code: N06A, 90 DDD en meer)	377.337	Alle CM-leden	4.581.990	8,2%
	Gebruik van antipsychotica (ATC code: N05A, 30 DDD en hoger)	95.546	Alle CM-leden	4.581.990	2,1%
	Ten minste één raadpleging bij een (neuro)psychiater	148.701	Alle CM-leden	4.581.990	3,2%
	Een tegemoetkoming ontvangen hebben uit de aanvullende verzekering in kosten van psychologische consulten	89.944	Alle CM-leden	4.581.990	2,0%
	Opgenomen zijn in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis	28.134	Alle CM-leden	4.581.990	0,6%
	Wonen in een initiatief voor beschut wonen (IBW)	2.356	Alle CM-leden	4.581.990	0,05%
	Wonen in een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)	1.792	Alle CM-leden	4.581.990	0,04%

6 Vanaf 2020 wordt de regeling uitgebreid tot vrouwen onder de 25 jaar.

2.3. Standaardisatie

Met onze fiscale-inkomensschaal van tien klassen kunnen we zien in hoeverre deze gebeurtenissen op het vlak van gezondheid een sociale gradiënt volgen. Daartoe berekenen wij een gestandaardiseerde index voor elke genoemde gebeurtenis voor elke klasse van statistische sector. Voor een gebeurtenis als “overlijden binnen het jaar

2019” berekenen wij bijvoorbeeld de gestandaardiseerde sterfte-index voor de hierboven beschreven klassen. De gestandaardiseerde index wordt verkregen door indirecte standaardisatie om rekening te houden met het ‘profiel’, de bijzondere structuur van de populatie binnen elke klasse. De parameters voor de standaardisatie⁷ zijn leeftijd, geslacht en het gewest (Wallonië, Vlaanderen, Brussel) waar zich de statistische sector van de woonplaats bevindt.

Indirecte standaardisatiemethode

In deze kader presenteren wij de indirecte standardisatiemethode aan de hand van een theoretisch voorbeeld. De gebeurtenis in kwestie is het feit dat iemand in de loop van het jaar overlijdt. De vraag is dan: in hoeverre verschilt het sterfterisico in elke klasse van de statistische sectoren die onze schaal vormen? Hierbij zullen we om redenen van vereenvoudiging aannemen dat de standaardisatie gebaseerd is op één enkel criterium: de leeftijd.

- De **eerste stap** bestaat in de berekening van het sterftecijfer in de referentiepopulatie volgens de geselecteerde leeftijdsgroepen. In dit geval zijn het al onze leden. Het sterftecijfer (T_i) is de verhouding tussen het aantal sterfgevallen en het aantal leden in elke leeftijdsgroep.
- Vervolgens wordt in de **tweede stap** het aantal verwachte sterfgevallen in elke statistische sectorklasse (A_i) berekend. Voor klasse 1 bijvoorbeeld, die de bevolking in de armste wijken bevat, wordt deze bevolking in dezelfde leeftijdsgroepen (N_i) verdeeld en worden de sterftecijfers van de referentiepopulatie op hen toegepast, per overeenkomstige leeftijdsgroep ($A_i = T_i \times N_i$). Onder verwacht aantal sterfgevallen verstaan we dan het aantal sterfgevallen dat verwacht kon worden indien de sterfte in de populatie van klasse 1 dezelfde was geweest als in de referentiepopulatie.
- Ten slotte wordt in de **derde stap** het aantal waargenomen sterfgevallen in de populatie die tot klasse 1 behoort ($O = \text{som van } O_i$) vergeleken met het aantal verwachte sterfgevallen ($A = \text{som van } A_i$). We hebben dan de waarde van de gestandaardiseerde index voor klasse 1: **gestandaardiseerde index = $(O / A) \times 100$** .
 - Is de waarde van de index groter dan 100, dan betekent dit dat het aantal waargenomen sterfgevallen (O) groter is dan het aantal verwachte sterfgevallen (A). In het geval van ons theoretisch voorbeeld zou dit erop wijzen dat het sterfterisico in de populatie van klasse 1 hoger is dan in de referentiepopulatie, aangezien de leeftijdsfactor is geneutraliseerd. Zo wijst een index van 130 voor klasse 1 op een 30% verhoogd risico voor de populatie van deze klasse in vergelijking met de referentiepopulatie.
 - Indien de waarde van de index gelijk is aan 100, betekent dit dat het aantal waargenomen sterfgevallen gelijk is aan het aantal verwachte sterfgevallen. Dit betekent dat het sterfterisico in de betrokken klasse gelijk is aan dat van de referentiepopulatie.
 - Indien de waarde van de index lager is dan 100, betekent dit dat het aantal waargenomen sterfgevallen lager is dan het verwachte aantal sterfgevallen. Dit wijst erop dat het sterfterisico in de klasse lager is dan in de referentiepopulatie.

⁷ Dankzij deze standaardisatieprocedure worden de effecten geneutraliseerd van variaties in de leeftijds- en geslachtsstructuur van de populaties van de ene klasse tot de andere, alsmede eventuele regionale variaties. Indien de index bijvoorbeeld een overmatige sterfte van 30% in klasse 1 aangeeft in vergelijking met de referentiepopulatie, kan deze overmatige sterfte niet worden toegeschreven aan het feit dat de bevolking in klasse 1 ouder is, of meer mannen telt, of dat er in deze klasse meer statistische sectoren uit een bepaalde regio.

Sommige resultaten zijn grafisch weergegeven in de figuren 1 tot en met 8. Merk op dat de schaal van de gestandaardiseerde index per figuur verschilt (verticale as), zodat de gradiënt afhankelijk van de grafiek meer of minder uitgesproken kan zijn. Voor zover zij zichtbaar zijn, geven wij ook het betrouwbaarheidsinterval (op 95%) rond de waarde van de gestandaardiseerde index, waardoor zichtbaar wordt in hoeverre de waarde van de index significant verschilt van de ene klasse tot de andere, dit is wanneer de intervallen elkaar niet overlappen.

2.4. Voordelen en beperkingen van de gebruikte methode

Het **grote voordeel** van deze methode om ongelijkheden te meten is dat zij **systematisch** is: zij dekt alle CM-leden, alle administratieve en facturatiegegevens van de gezondheidszorg kunnen worden gebruikt om verschillende gezondheidsgebeurtenissen te bekijken. Bovendien worden deze gegevens geregistreerd en gecontroleerd in een beheerssysteem. We hebben dus te maken met objectieve en niet met zelfgerapporteerde gegevens, waardoor veel vertekeningen worden vermeden. Deze benaderingswijze van de omvang van de ongelijkheden kan elk jaar worden herhaald. Zo kunnen initiatieven en maatregelen om ongelijkheden te verminderen beter worden gemonitord en geëvalueerd en kunnen doelstellingen worden geformuleerd. Ten slotte kunnen met een schaal van tien klassen de gezondheidsongelijkheden op een robuuste en meer verfijnde manier worden gemeten dan door eenvoudigweg onderscheid te maken tussen degenen die van een verhoogde tegemoetkoming genieten en andere sociaal verzekeren. Het statuut van begunstigde van een verhoogde tegemoetkoming (VT) wordt klassiek gebruikt door ziekenfondsen als een proxy voor bevolkingsgroepen met een laag inkomen, maar de analyse blijft dan beperkt tot een binaire variabele: ofwel heeft men het statuut ofwel niet.

Het **nadeel** is dat wij niet beschikken over een schaal die gebaseerd is op de individuele (of gezins)inkomens van onze leden, maar **een benadering** via de “fiscale waarde” van de statistische sectoren waarin zij wonen. Binnen eenzelfde statistische sector kunnen er grote verschillen zijn in rijkdom tussen de gezinnen. Dit maakt de resultaten echter niet ongeldig, want de enige mogelijke vertekening is de onderschatting van gezondheidsverschillen als gevolg van een mogelijk resterende heterogeniteit binnen elke groep.

Bovendien hebben ook de belastinggegevens beperkingen. Aangezien belastingaangiften betrekking kunnen

hebben op een of meer personen (binnen een gezin geldt de algemene regel dat elke persoon een individuele aangifte moet indienen, met uitzondering van gehuwden en wettelijk samenwonenden), kan aan de hand van deze cijfers alleen het netto belastbaar inkomen per aangifte op het niveau van een wijk, op jaarbasis, worden beoordeeld, en **niet op individueel niveau**, per persoon of per gezin. Voorts omvatten deze inkomens belastbare beroepsinkomens, vervangingsinkomens, pensioenen, dividenden, kadastraal inkomen en alimentatie, maar **niet de niet-belastbare inkomsten** zoals kinderbijslag en leefloon (STATBEL, 2022). Bovendien neemt STATBEL mensen met een netto belastbaar nulinkomen niet mee in de berekening van de medianen, waardoor het mediane inkomen dus wordt overschat in vergelijking met de werkelijkheid, vooral in arme gebieden waar mensen zonder inkomen talrijker zijn. Dit kan verklaren waarom de inkomensgrens van klasse 1 (namelijk 21.236 euro, zie Tabel 1) hoog lijkt, terwijl de armoedegrens in 2019 14.765 euro netto per jaar bedraagt voor een alleenstaande, of 31.007 euro netto per jaar voor een gezin bestaande uit twee volwassenen en twee kinderen (STATBEL, 2022).

Andere beperkingen zijn inherent aan de databanken van de ziekenfondsen: **wat niet door de verplichte verzekering voor geneeskundige zorg wordt vergoed, wordt niet geregistreerd** (bijvoorbeeld bepaalde niet-vergoede geneesmiddelen zoals slaappillen, pijnstillers en angstremmers). Deze indicatoren zouden ook interessant zijn om te bestuderen in het kader van het onderzoek naar sociale ongelijkheden in gezondheid. Ten slotte zijn met de zesde staatshervorming een aantal gezondheidszorgprestaties overgeheveld naar de gefedereerde entiteiten en worden zij niet langer geregistreerd bij de verplichte ziekteverzekering (bijvoorbeeld griepvaccins in woonzorgcentra in Vlaanderen). Het is dus niet mogelijk om met ziekenfondsgegevens alle gebeurtenissen op vlak van de consumptie van gezondheidszorg te meten.

Tot slot maakt onze methode om de ongelijkheden te meten gebruik van een **criterium van economische aard**: het netto belastbaar inkomen van de statistische sectoren waar onze leden wonen. We herinneren eraan dat gezondheidsongelijkheden kunnen worden onderzocht aan de hand van andere criteria, zoals opleidingsniveau, sociaal-professionele categorie, herkomst, enz. Aangezien het hoofddoel van deze studie erin bestaat de effecten van de toepassing van onze inkomensschaal op de gezondheidstoestand en het gebruik van gezondheidszorg te observeren, beperken wij ons tot deze indicator.

3. Ongelikheden in gezondheidstoestand

3.1. Sterfte

Om de sterftecijfers te bestuderen, hebben we het feit van overlijden in het jaar 2019 gemeten. Het ruwe sterftecijfer (dit wil zeggen de verhouding tussen het aantal sterfgevallen en het totaal aantal CM-leden) bedraagt ongeveer 1%. Uit figuur 1 blijkt dat dit risico ongelijk verdeeld is over onze economische schaal. Er is duidelijk een gradiënt zichtbaar: van links naar rechts in de grafiek neemt het relatieve overlijdensrisico ten opzichte van het totaal aantal CM-leden gestaag af naarmate men van de ene klasse naar de andere gaat.

Laten we de klassen 1 en 10 van naderbij bekijken:

- De personen in klasse 1, met daarin de CM-leden die in de armste wijken wonen, vertonen een sterfterisico dat

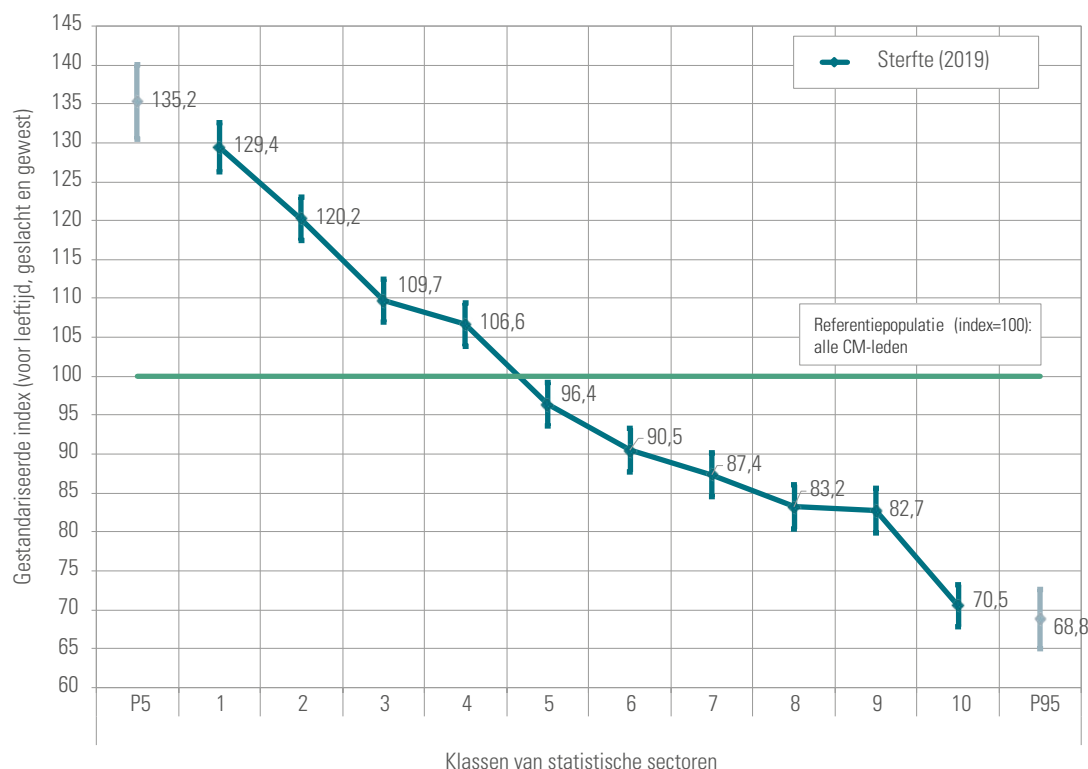
29% hoger ligt ten opzichte van het geheel van de leden.

- Anderzijds vertonen de personen in klasse 10, met daarin de CM-leden die in de rijkste wijken wonen, een sterfterisico dat 30% lager ligt ten opzichte van het geheel van de leden.

Als we het relatieve verschil tussen deze twee klassen meten, zien we dat het risico om binnen het jaar te overlijden met **84%** ($= [129,4/70,5]-1$) toeneemt voor de populatie die in arme wijken woont in vergelijking met de populatie die in de rijkste wijken woont. Wie in een arme wijk woont, heeft dus **1,8 keer meer kans** om te overlijden dan wie in de rijkste wijken woont (alle oorzaken samen).

Deze relatieve kloof wordt nog groter wanneer we de 'extreme' situaties vergelijken, dit wil zeggen de relatieve kloof tussen klasse P5 en klasse P95. Wij stellen inderdaad vast dat het risico om in de loop van het jaar te overlijden in de armste extreme klasse (P5) met **97%** ($= [135,2/68,8]-1$) toeneemt in vergelijking met de rijkste extreme klasse (P95), dit is een risico dat tweemaal zo hoog is (alle oorzaken samen).

Figuur 1: Overlijden in de loop van 2019 per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)



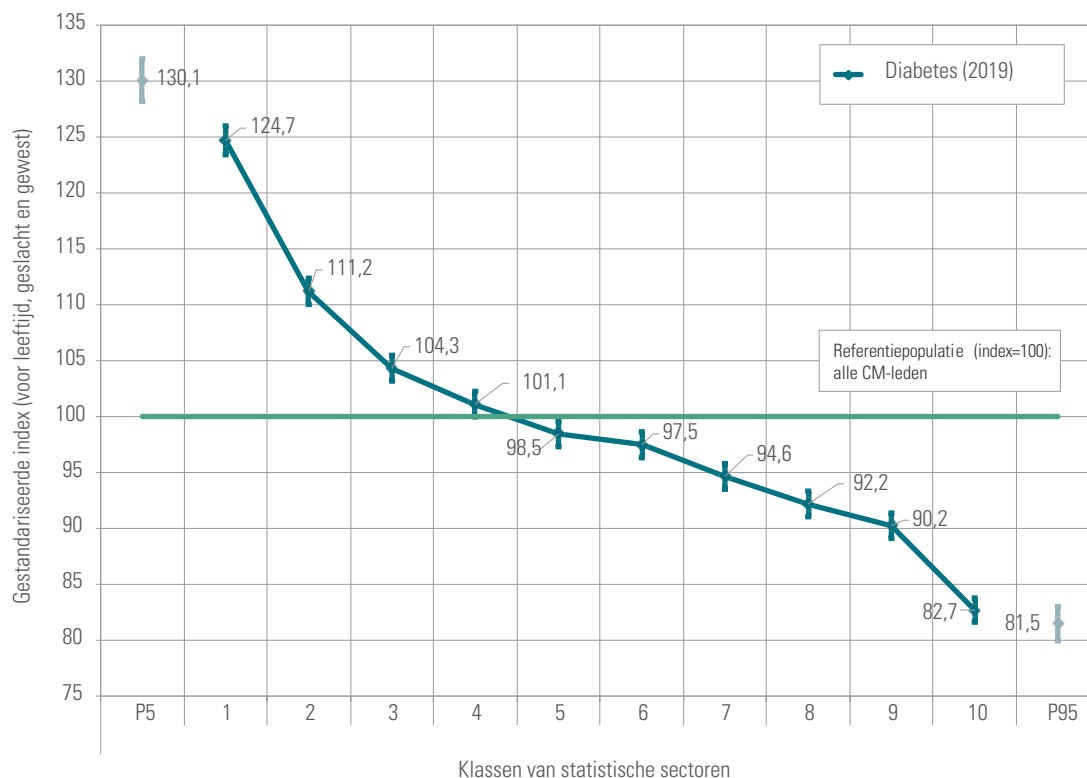
3.2. Morbiditeit

3.2.1. Aandoeningen

Aangezien diabetes een gemakkelijk te identificeren aandoening is, bekijken we dit als voorbeeld. In 2019 zien we dat ongeveer **6,3%** van de CM-leden antidiabetica gebruikte of specifieke voordelen ontving in verband met deze chronische ziekte (zoals het zorgtraject voor diabetes). Zoals blijkt uit figuur 2 is het risico om aan diabetes te lijden groter in de armste klassen (1, 2, 3) en niet lineair. Zo bedraagt het relatieve risico voor klasse 1 ten opzichte van klasse 3 20% en voor klasse 8 ten opzichte van klasse 10 11%, wat betekent dat het risico exponentieel is wanneer men van wijken met een gemiddeld inkomensniveau naar de armste wijken gaat. Als we de klassen 1 en 10 vergelijken, zien we dat het risico met **51%** ($= [124,7/82,7] - 1$) toeneemt voor de bevolking die in arme wijken woont (klasse 1) in vergelijking met de bevolking die in rijke wijken woont (klasse 10). Ditzelfde relatieve verschil is nog groter wanneer we de armste extreme klasse (P5) vergelijken met de rijkste extreme klasse (P95): **60%** ($= [130,1/81,5] - 1$).

Dankzij onze gegevens kunnen wij ook patiënten met andere aandoeningen identificeren, waarvoor de relatieve verschillen tussen de bevolking in arme en rijke wijken weliswaar minder uitgesproken zijn, zoals het geval is voor hart- en vaatziekten (zie Tabel 3), maar wel bestaan. Ze zijn al hoger voor obstructieve luchtwegaandoeningen in het algemeen, vooral voor chronisch obstructief longlijden in het bijzonder. Al deze resultaten wijzen in dezelfde richting: mensen die in arme wijken wonen, hebben een hoger risico om deze ziekten te ontwikkelen, wat een slechtere algemene gezondheidstoestand weerspiegelt. Dit wordt ook bevestigd door de gradiënt die is berekend voor het hebben van het statuut 'chronische aandoening'. Dit statuut duidt niet op specifieke aandoeningen, maar veeleer op weerkerende hoge ziektekosten, wat ook duidt op een slechtere gezondheidstoestand.

Figuur 2: Diabetes per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)



Tabel 3: Diverse aandoeningen en statuut 'chronische aandoening' per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)

Gebeurtenis	Gestandaardiseerde index voor				Verhouding	
	Klasse 1 (a)	Klasse 10 (b)	Klasse P5 (c)	Klasse P95 (d)	(a)/(b)	(c)/(d)
Cardiovasculaire aandoeningen	101,2	93,9	101,2	92,8	1,08	1,09
Cardiale therapie	103,4	85,9	104,5	84,9	1,20	1,23
Obstructieve luchtweegaandoeningen	110,5	87,6	108,6	84,3	1,26	1,29
Chronisch obstructief longlijden	120,4	82,8	121,8	78,7	1,45	1,55
Toekenning statuut chronische aandoening	120,1	82,4	121,9	80,5	1,46	1,51

3.2.2. Arbeidsongeschiktheid

In het kader van de arbeidsongeschiktheid kunnen verschillende gebeurtenissen worden bestudeerd. Arbeidsongeschiktheid is een indicator van morbiditeit, want om als arbeidsongeschikt te worden erkend, moet een werknemer alle beroepsactiviteiten als gevolg van ziekte of ongeval hebben gestaakt en ten minste 66% van diens verdiencapaciteit hebben verloren. Voor zelfstandigen moet de beroepsactiviteit volledig zijn beëindigd.

We hebben gekeken naar twee gebeurtenissen die verband houden met arbeidsongeschiktheid in 2019: ten minste 30 dagen vergoed zijn voor primaire arbeidsongeschiktheid, en invaliditeit⁸. Voor beide gebeurtenissen stellen we aanzienlijke gradiënten vast. Voor primaire arbeidsongeschiktheid hebben werknemers in arme wijken (klasse 1) **59%** meer risico om (ten minste gedurende 30 dagen) vergoed te worden dan werknemers in de rijkste wijken (klasse 10). De gradiënt is nog meer uitgesproken bij invaliditeit: het risico om in invaliditeit te geraken is **2,5 keer hoger** in klasse 1 dan in klasse 10, dit is een extra risico van **150%**. De vergelijking tussen de extreme klassen P5 en P95 is nog opvallender: voor primaire arbeidsongeschiktheid bereikt het relatieve verschil bijna **70%** in het nadeel van de armsten en voor invaliditeit is dat **180%**.

4. Ongelijkheden in consumptie van gezondheidszorg

4.1. Preventieve voorzieningen

Bij de onderzochte preventie-initiatieven is de richting van de gradiënten omgekeerd, wat erop wijst dat het gebruik van deze initiatieven minder vaak voorkomt bij arme bevolkingsgroepen en toeneemt naarmate men zich hoger op de economische schaal bevindt. In deze studie analyseerden we de preventieve tandzorg, die in 2019 door **39,2%** van onze leden werd gebruikt. Dit percentage gebruikers lijkt misschien hoog, maar helaas is er bij het gebruik van dit soort zorg een sterke ongunstige gradiënt ten opzichte van de economisch minder bedeelde bevolkingsgroepen. Zoals te zien is in figuur 3, maken mensen in arme wijken (klasse 1) **33%** ($= [77,7/115,8] - 1$) minder vaak gebruik van deze zorg dan mensen in rijke wijken (klasse 10). Ditzelfde relatieve verschil is nog iets groter als we klasse P5 vergelijken met klasse P95: **37%** ($= [74,5/117,9] - 1$).

⁸ Het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid wordt primaire arbeidsongeschiktheid genoemd. Wanneer de ongeschiktheid langer dan een jaar duurt, wordt het statuut gewijzigd in invaliditeit.

Ook moet worden opgemerkt dat de indexwaarde voor klasse 1 aanzienlijk lager is dan voor klasse 3. Hier is het relatieve verschil 17%, wat betekent dat mensen in de armste wijken van klasse 1 17% minder kans hebben om gebruik te maken van preventieve tandzorg dan mensen in klasse 3. Deze relatieve kloof is minder uitgesproken tussen de klassen 8 en 10: mensen die in wijken van klasse 8 wonen, maken slechts 7% minder kans om gebruik te maken van preventieve tandzorg dan degenen die in de rijkste wijken van klasse 10 wonen.

Wat het gebruik van het griepvaccin betreft, is het relatieve verschil tussen de klassen 1 en 10 eerder beperkt: ongeveer 7%, in het nadeel van de mensen in klasse 1, vergeleken met de mensen in klasse 10 (het relatieve verschil tussen de extreme klassen P5 en P95 is 9%). Anderzijds is de gradiënt voor borstkankerscreening meer uitgesproken: het verschil tussen de klassen 1 en 10 is 20% in het nadeel van vrouwen die in de armste wijken wonen ten opzichte van vrouwen die in de meest bevoorrechte wijken wonen, en zelfs 25% tussen de twee uiterste klassen P5 en P95.

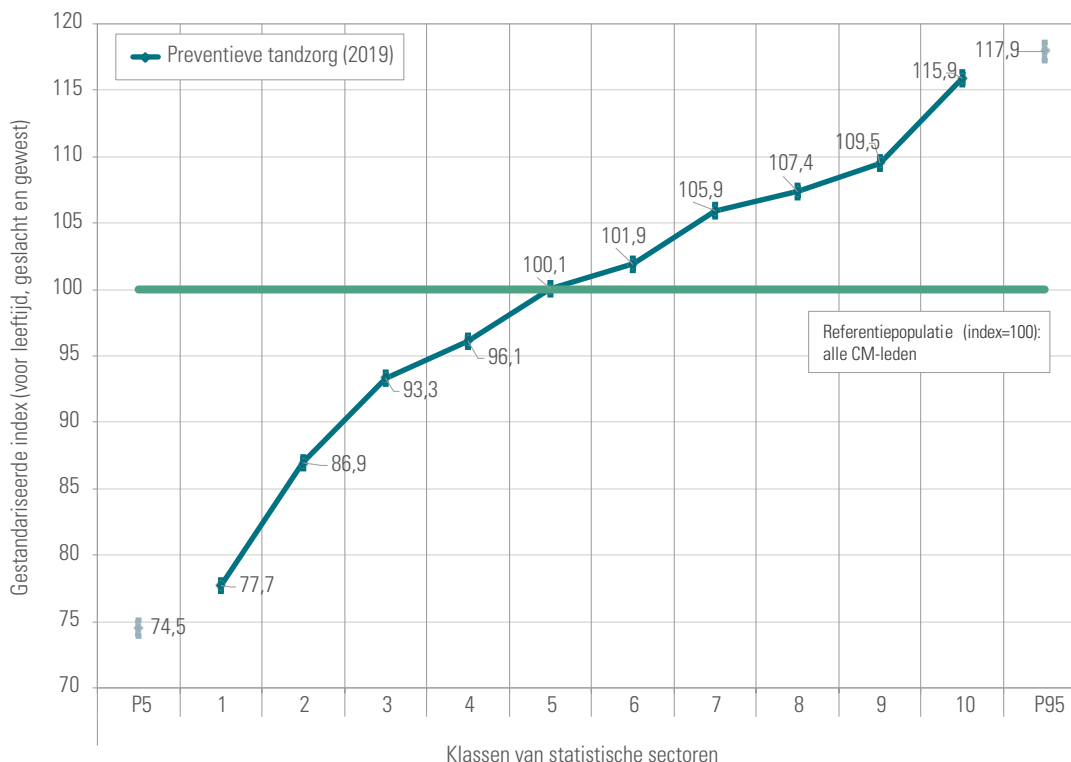
Wij hebben ook gekeken naar het gebruik van vrouwelijke anticonceptiemiddelen (voornamelijk hormonale). Ook hier zien we een belangrijke gradiënt. Jonge vrouwen in arme wijken (klasse 1) gebruiken inderdaad 29% minder vaak vergoede anticonceptiemiddelen dan vrouwen in rijke wijken (klasse 10). Dit verschil stijgt tot 34% bij het vergelijken van de extreme klassen P5 en P95.

4.2. Contacten met eerstelijnszorg

4.2.1. Artsen

In 2019 had bijna 79% van onze leden (die niet ingeschreven zijn bij een wijkgezondheidscentrum) minstens één raadpleging bij een huisarts. Zoals in figuur 4 te zien is, loopt de gradiënt bijna helemaal horizontaal, wat erop wijst dat er geen groot verschil is naar gelang van het inkomensniveau van de wijken wat dit soort contacten met huisartsen betreft. Het verschil tussen klasse 1 en klasse 10 is zeer klein (5%).

Figuur 3: Beroep op preventieve tandzorg per klasse van statistische sectoren
(Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)



Dit geldt echter niet voor degenen die ten minste één huisbezoek van hun huisarts hebben gehad. Dit type contact komt veel minder vaak voor: **14,6%** van onze leden had in 2019 een dergelijk huisbezoek. Wij stellen vast dat de bevolking van klasse 1 meer gebruik maakt van dit type contact: de bewoners van arme wijken hebben **50%** (= $[116,8/77,7]-1$) meer kans op een bezoek van de huisarts dan de bewoners van rijke wijken (klasse 10) (zie Figuur 4). Dit verschil loopt op tot **55%** (= $[113,5/73,2]-1$) wanneer we klasse P5 vergelijken met klasse P95.

Een andere manier om gebruik te maken van de algemene geneeskunde, zonder kosten te moeten voorschieten, is inschrijving in een 'wijkgezondheidscentrum' (gefinancierd op basis van een vaste prijs). Het belangrijkste doel van de 'wijkgezondheidscentra' is te zorgen voor een globale, continue en geïntegreerde eerstelijnszorg, die maximaal toegankelijk is (Fédération des Maisons Médicales, 2013). Wij stellen vast dat de bewoners van de armste wijken (klasse 1) vaker ingeschreven zijn bij een 'wijkgezondheidscentrum': het relatieve verschil met klasse 10 is

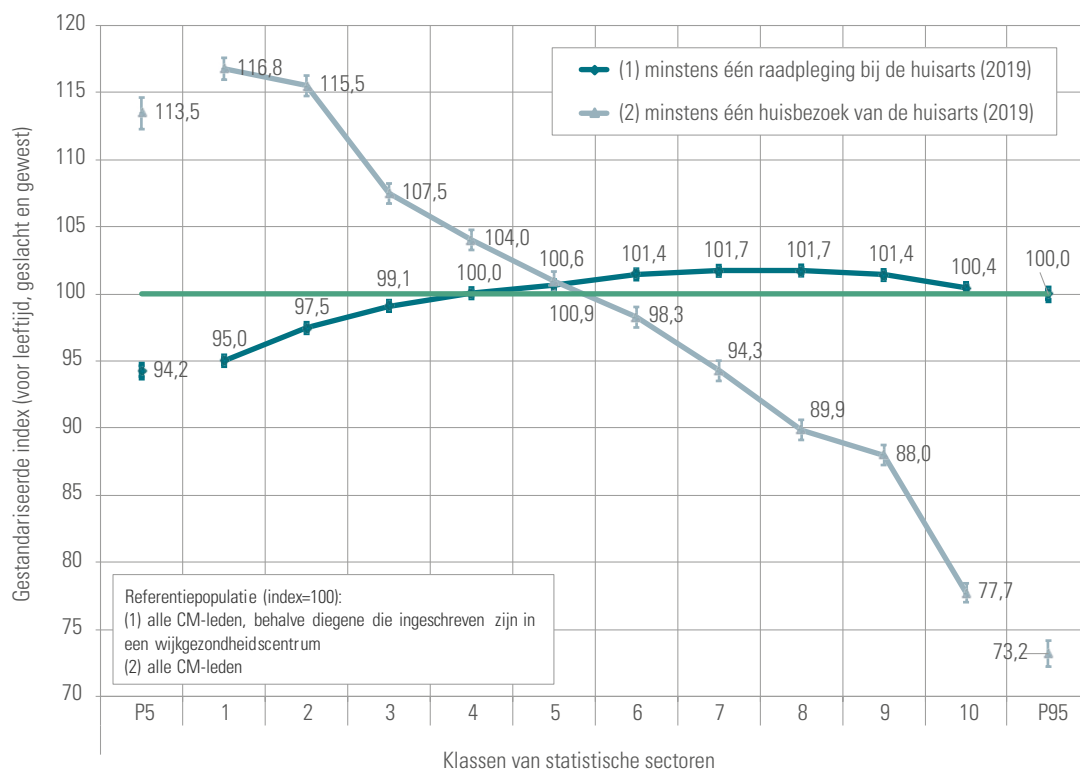
enorm en ligt in de orde van **500%**. Tussen de klassen P5 en P95 bedraagt het relatieve verschil zelfs **576%**.

Wat de ambulante contacten met specialisten betreft, is er wel een gradiënt, maar deze is klein: het verschil tussen de klassen 1 en 10 bedraagt ongeveer **8%**, terwijl het relatieve verschil tussen de klassen P5 en P95 bijna **10%** bedraagt.

4.2.2. Tandzorg

Hierboven (in punt 4.1) hebben we al gezien dat in minder kansarme wijken minder vaak gebruik wordt gemaakt van preventieve tandzorg. Een andere manier om ongelijkheden in het gebruik van de mond- en tandzorg te benaderen, is te kijken naar wie gedurende drie opeenvolgende jaren geen tandzorg heeft gekregen (van welk type dan ook). In 2019 verkeert bijna **26%** van onze leden in deze situatie, wat een aanzienlijk deel is.

Figuur 4: Beroep op huisartsgeneeskunde per klasse van statistische sectoren
(Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)



Volgt dit niet-gebruik van tandzorg een sociale gradiënt? Het resultaat is duidelijk (zie Figuur 5): mensen die in de armste wijken wonen (klasse 1) hebben **70%** ($= [127,6/75,0] - 1$) meer risico om gedurende drie opeenvolgende jaren geen contact met een tandarts te hebben gehad, vergeleken met degenen die in de rijkste wijken wonen (klasse 10). Het risico neemt nog feller toe wanneer klasse P5 wordt vergeleken met klasse P95: **82%** ($= [130,8/71,8] - 1$).

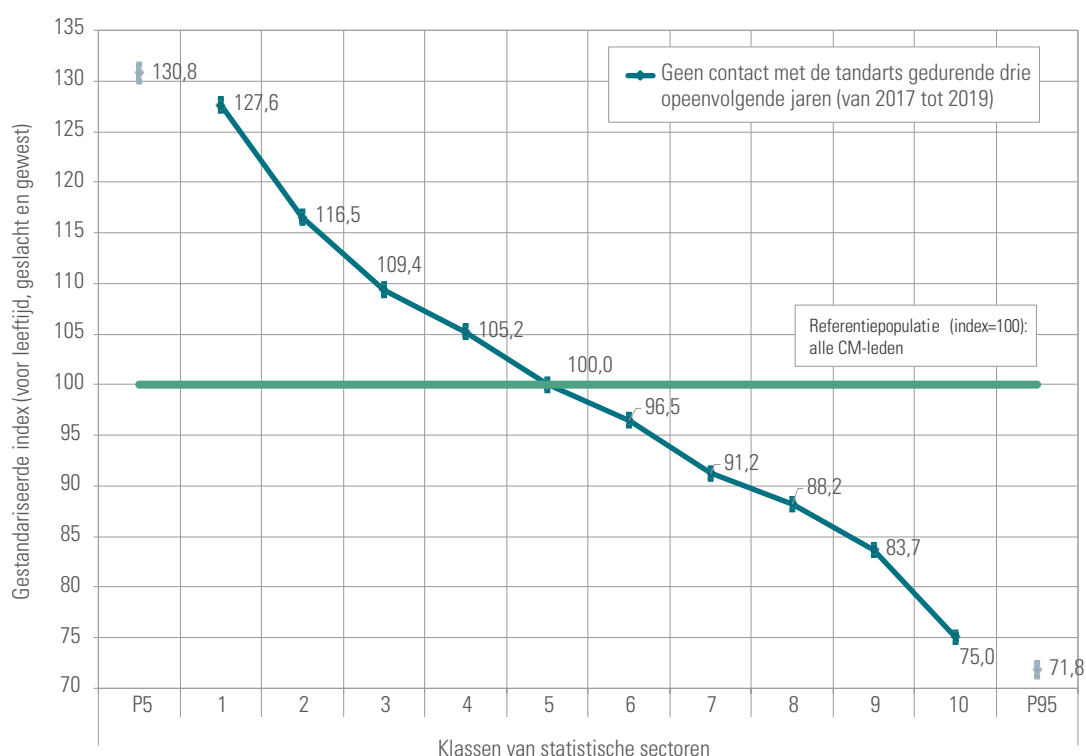
4.3. Ziekenhuiszorg

De opnames in algemene ziekenhuizen die wij in aanmerking hebben genomen, waren voornamelijk deze die plaatsvonden in de acute ziekenhuisdiensten⁹. In 2019 werd bijna **10%** van onze leden minstens één keer opgenomen in het ziekenhuis. In het algemeen neemt het risico

van ten minste één dergelijke opname toe naarmate men lager op onze schaal komt (zie Figuur 6). Mensen die in arme wijken wonen (klasse 1) hebben **23%** ($= [109,3/89,2] - 1$) meer risico om in een algemeen ziekenhuis te worden opgenomen, vergeleken met de populatie die in rijke wijken woont (klasse 10). Dit extra risico is iets groter als men klasse P5 vergelijkt met klasse P95: **26%** ($= [110,9/88,1] - 1$). Deze trend wordt bevestigd wanneer we specifiek kijken naar opnames van kinderen (van 15 jaar en jonger) in een pediatrische dienst of op neonatale zorg, met bijna hetzelfde relatieve verschil (20%-21%) voor personen die behoren tot de klassen 1 en P5 als we spreken van ziekenhuisopnames, vergeleken met die in de klassen 10 en P95.

Een manier om toegang te krijgen tot zorg is gebruik te maken van de spoedafdeling van het ziekenhuis. In 2019 heeft bijna **16%** van de CM-leden ten minste eenmaal gebruik

Figuur 5: Geen beroep op tandzorg over een periode van drie jaar, per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)



⁹ Verblijf op geriatrie afdelingen, (neuro)psychiatrische afdelingen, gespecialiseerde afdelingen voor behandeling en functionele revalidatie zijn buiten beschouwing gelaten.

gemaakt van de spoedafdeling van een ziekenhuis. Naarmate we lager op de economische schaal komen, zien we dat vaker wordt gebruik gemaakt van de spoeddienst. Zoals blijkt uit figuur 6, hebben mensen die in arme wijken wonen (klasse 1) bijna **39%** ($= [120,4/86,6]-1$) meer risico om op de spoed terecht te komen in vergelijking met de bevolking die in rijke wijken woont (klasse 10). Dit relatieve verschil is iets groter wanneer we klasse P5 vergelijken met klasse P95: **44%** ($= [122,4/85,3]-1$).

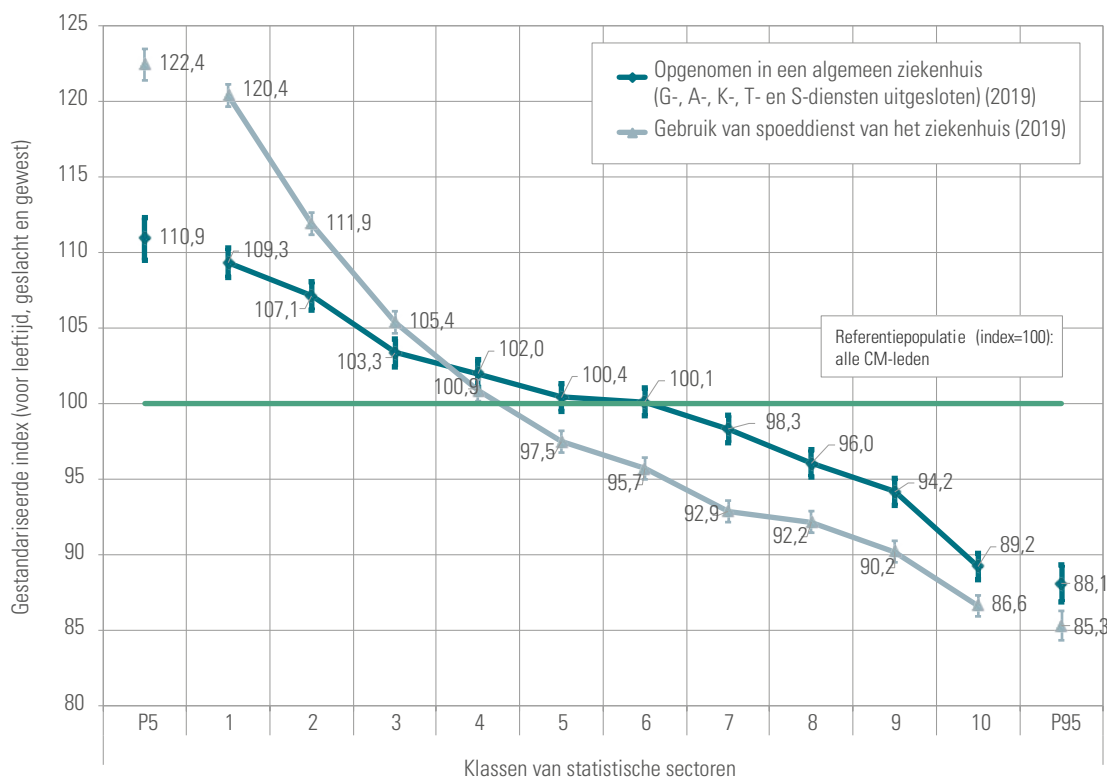
We merken ook dat het risico om een beroep te doen op de spoedafdeling groter is voor de klassen 1 tot en met 4 dan voor de andere klassen. Het relatieve verschil tussen klasse 1 en klasse 4 bedraagt inderdaad 19%. Anderzijds is de gradiënt tussen klasse 4 en klasse 10 veel minder uitgesproken, namelijk ongeveer 17%, hoewel wij hier 7 klassen vergelijken. Dit betekent dat onder een bepaalde inkomensgrens de situatie zeer snel verslechtert en er een veel groter beroep wordt gedaan op spoedeisende hulp.

4.4. Geestelijke gezondheid

In 2019 gebruikte **8%** van de CM-leden antidepressiva en **2%** antipsychotica, deed **3%** een beroep op een (neuro-) psychiater, maakte **2%** gebruik van een tegemoetkoming door de aanvullende verzekering in de kosten van psychologische raadplegingen, werd **minder dan 1%** opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis en verbleef **minder dan 0,1%** in IBW en PVT.

Er is een duidelijke gradiënt voor drie soorten zorg die als 'zwaar' kunnen worden beschouwd: namelijk ziekenhuisopnames en verblijf in IBW en PVT (zie Figuur 7). Zo is het risico van psychiatrische ziekenhuisopname **2,8 keer hoger** voor personen die in arme wijken wonen (dit wil zeggen een relatief verschil van **183%** ($= [174,1/61,5]-1$) wanneer we klasse 1 vergelijken met klasse 10). Het risico om in een IBW of PVT te verblijven is extreem hoog voor personen die in een arme wijk wonen (klasse 1), met **14,7 keer meer risico** dan voor personen uit een rijke wijk (klas-

Figuur 6: Beroep op ziekenhuiszorg per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)



se 10) om in een IBW te verblijven (relatief verschil: **1366%** (= $[285,8/19,5]-1$)) en **31 keer meer risico** om in een PVT te verblijven (relatief verschil: **3013%** (= $[498,1/16]-1$)). Bovendien zijn deze gradiënten, zoals te zien is, niet lineair, met voor personen die in de armste wijken wonen (klasse 1) een veel hoger risico om in PVT te verblijven dan voor de groep direct daarboven (klasse 2). Voor de andere twee indicatoren is er ook een veel hoger risico voor de populaties van klasse 1 dan voor die van klasse 3.

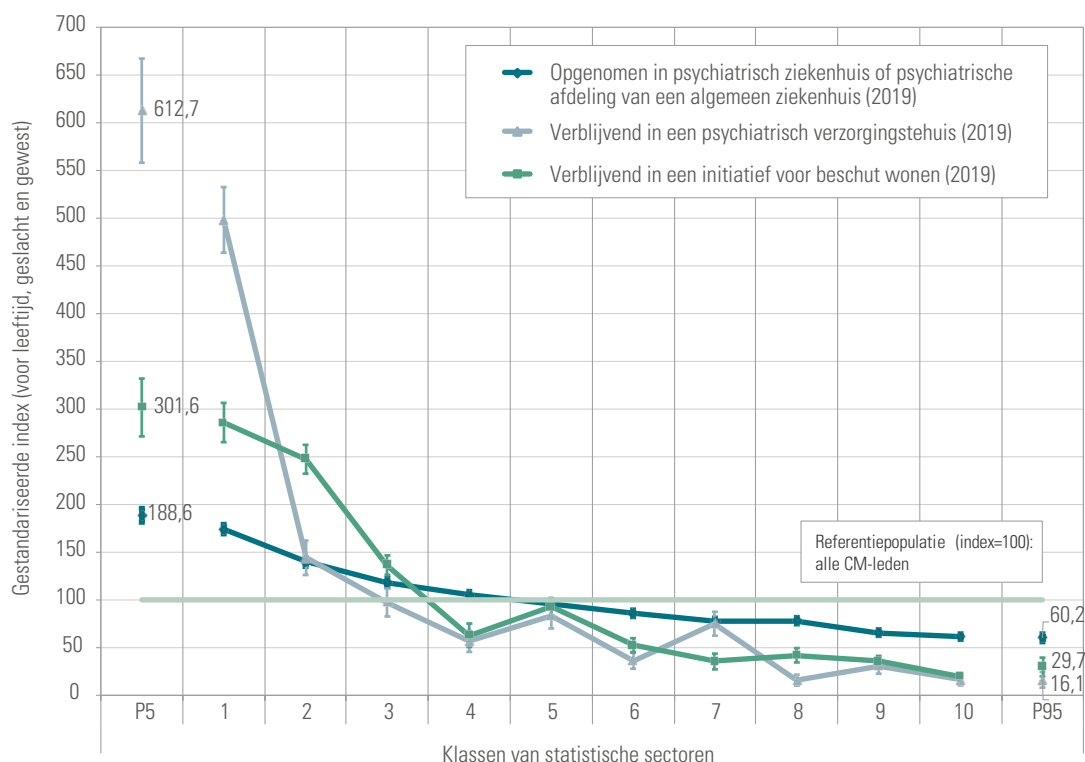
In vergelijking met de bewoners van de rijkste wijken van klasse P95 hebben de bewoners van de armste wijken van klasse P5:

- **3,1 keer meer risico** om opgenomen te worden in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis (relatief verschil: **213%** (= $[188,6/60,2]-1$));
- **10,1 keer meer risico** om in een IBW te verblijven (relatief verschil: **915%** (= $[301,6/29,7]-1$));
- **38 keer meer risico** om in een PVT te verblijven (relatief verschil: **3706%** (= $[612,7/16,1]-1$)).

Vergeleken met de ziekenhuiszorg die wij als zwaar bestempelen, kunnen psychologische raadplegingen meer als eerstelijnszorg worden beschouwd. Tot voor de hervorming van de psychologische eerstelijnszorg - die vanaf 2020 werd ingevoerd en die wij dus nog niet kunnen evalueren - werden de raadplegingen bij een psycholoog niet vergoed door de verplichte ziekteverzekering, maar alleen door de aanvullende verzekering van CM. De psychiatrische zorg is daarom voor economisch kwetsbare bevolkingsgroepen de meest financieel toegankelijke ambulante zorg (Noirhomme, 2022).

Zoals in figuur 8 te zien is, staat de gradiënt voor psychologische raadplegingen lijnrecht tegenover die voor raadplegingen bij een psychiater: hoe rijker mensen zijn, hoe meer ze de mogelijkheid hebben om naar een psycholoog te gaan, hoe armer ze zijn, hoe meer ze een psychiater raadplegen. We moeten voorzichtig zijn met de omvang van onze cijfers: het risico in termen van raadplegingen is niet vergelijkbaar met dat van de IBW of PVT. De trend is hier minder uitgesproken, maar niettemin constant: mensen die in arme wijken wonen hebben **30%** meer kans om een psy-

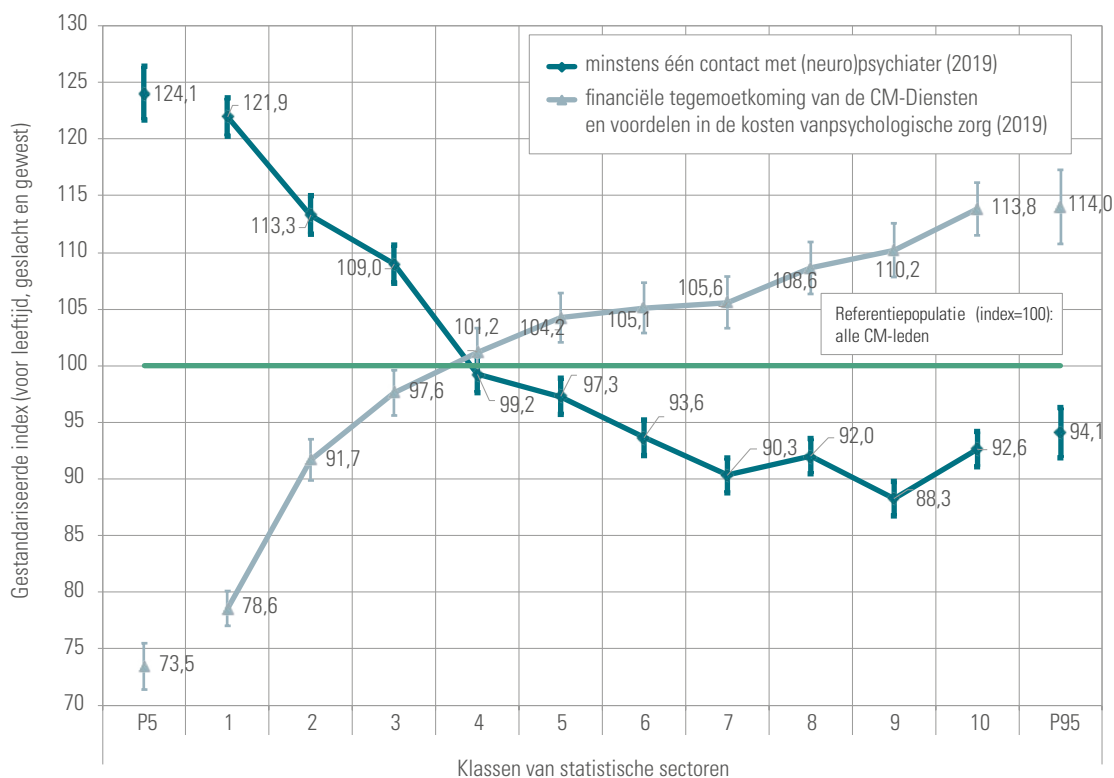
Figuur 7: Psychiatrische ziekenhuisopnames, verblijf in psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)



chiater te raadplegen ($= [121,9/95,6] - 1$) en **40%** minder kans om een psycholoog te raadplegen (gebaseerd op het relatieve verschil tussen klasse 1 en klasse 10) ($= [113,8/78,6] - 1$). We wijzen er ook op dat het wonen in een arme wijk een aanzienlijke invloed heeft op het gebruik van gezondheidszorg, wat kan worden vastgesteld door het verloop van de gradiënten tussen de klassen 1 en 4 en de klassen 4 en 10 te onderzoeken. Wij stellen namelijk vast dat het relatieve risico voor contacten met de psychiater 23% hoger is voor klasse 1 dan voor klasse 4, terwijl het slechts 7% hoger is tussen klasse 4 en klasse 10. Voor de contacten met de psycholoog bedraagt het verschil tussen klasse 1 en klasse 4 29%, terwijl het verschil tussen klasse 4 en klasse 10 12% bedraagt. Dit kan dus betekenen dat wanneer een bepaald inkomensniveau wordt bereikt, dit is klasse 4, de levensomstandigheden 'voldoende' worden om een goed niveau van zorg/gezondheid te waarborgen, maar dat dit onder dit niveau niet het geval is.

Voor het gebruik van antidepressiva zien we een relatief verschil van ongeveer **26%** als we klasse 1 vergelijken met klasse 10 en van **28%** als we de twee uiterste klassen P5 en P95 vergelijken: hoe armer de wijk waarin men woont, hoe meer men gebruik maakt van antidepressiva. Wat de antipsychotica betreft, is het verschil aanzienlijk: mensen in arme wijken (klasse 1) gebruiken 2,6 keer vaker deze klasse van geneesmiddelen dan mensen in rijke wijken (klasse 10), dat betekent een relatief verschil van **160%**. Evenzo bedraagt het relatieve verschil tussen de extreme klassen P5 en P95 **186%**.

Figuur 8: Raadplegingen bij een psychiater en tegemoetkoming door de aanvullende verzekering in de kosten van psychologische raadplegingen per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)



5. Bespreking

Opnieuw leveren onze resultaten degelijk bewijs en een meting van sociale ongelijkheden in gezondheid en verschillen in het gebruik van gezondheidszorg. Sommige sociale gradiënten kunnen meer uitgesproken lijken dan andere, maar in het algemeen zijn de kenmerken van de ongelijkheden als volgt: naarmate men lager op de economische schaal komt, **a)** verslechtert de gezondheidstoestand stelselmatig, **b)** wordt meer gebruik gemaakt van zware zorg en **c)** wordt minder gebruik gemaakt van bepaalde preventieve zorg.

(a) De gezondheidstoestand gaat achteruit:

- Voor mensen die in arme wijken wonen, vertaalt dit zich in een hoger risico op overlijden, arbeidsongeschiktheid en (chronische) gezondheidsproblemen (inclusief geestelijke gezondheid) in vergelijking met mensen die in rijke wijken wonen.
- Een van de opvallende resultaten van de studie is dat de verslechtering van de gezondheidstoestand (onder andere sterfte of diabetes) een continue gradiënt volgt volgens het inkomensniveau van de wijken: de gezondheidstoestand verslechtert voortdurend naarmate het inkomen van de wijk afneemt (ten opzichte van de gezondheidstoestand van de totale bevolking). Deze trend wordt ook waargenomen in rijkere wijken, het sterfterisico neemt af naarmate het wijkinkomen toeneemt. Dit resultaat wordt ook geïllustreerd door de verschillen in levensverwachting bij de geboorte: in 2020 bestaat er in België voor mannen een verschil van 9 jaar en voor vrouwen een verschil van 6 jaar tussen de sociaaleconomisch kwetsbare en de meest bevoorrechte kwartielen. (Bourguignon, Damians, Doignon, & Eggerickx, 2021).

(b) De meest gebruikte zware zorg:

- De sociale gradiënt is ook duidelijk voor zware zorg, waarvan het gebruik geleidelijk toeneemt naarmate het inkomensniveau daalt. Mensen die in de armste wijken wonen, lopen het grootste risico om in het ziekenhuis te worden opgenomen (ook de kinderen), om gebruik te maken van spoedeisende hulp en om te worden opgenomen of te verblijven in psychiatrische zorgvoorzieningen, wat allemaal als zware zorg kan worden beschouwd. Dit resultaat strookt ook met de omvang van de geconstateerde gezondheidsongelijkheden: hoe meer de personen sociaaleconomisch kwetsbaar zijn, hoe groter de kans dat zij worden geconfronteerd met ernstige gezondheidsproblemen die zware zorg vereisen.

- Op het vlak van de ambulante zorg zien we maar een lichte gradiënt wat de contacten met artsen betreft, afgezien van de mogelijkheid om een huisarts aan huis te laten komen (de waarschijnlijkheid neemt toe naarmate het inkomen daalt). De sociale gradiënt is zeer uitgesproken voor tandzorg, waarbij het risico om gedurende drie opeenvolgende jaren geen tandzorg te ontvangen geleidelijk afneemt met het inkomen. Het relatieve verschil in gebruik is aanzienlijk tussen de meer dan wel minder bevoorrechte wijken. Evenzo maken arme mensen minder gebruik van psychologische raadplegingen, die financieel niet erg toegankelijk zijn, en meer gebruik van psychiatrische raadplegingen.

(c) Preventie is minder effectief:

In het geval van borstkankerscreening voor vrouwen en preventieve tandzorg neemt het gebruik af met het inkomensniveau. Deze resultaten komen overeen met die van de KCE-studie, waaruit blijkt dat borstkankerscreening en preventieve tandzorg minder vaak worden uitgevoerd bij kwetsbare personen, zoals mensen met een armoederisico, in een situatie van materiële ontbering, met een laag opleidingsniveau of met een laag inkomen (Bouckaert, et al., 2020). Net als bij de ongelijkheden op het vlak van gezondheid, wordt een sociale gradiënt waargenomen met een progressieve toename van het gebruik van preventieve tandzorg naarmate het inkomensniveau van de wijk stijgt.

Het dalen op de sociale schaal betekent allereerst dat men geconfronteerd wordt met slechtere levens-, sociale, economische en milieumomstandigheden die grote gevolgen hebben voor de gezondheid. Inderdaad, "sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied zijn in wezen het resultaat, het eindproduct van andere **structurele** sociale ongelijkheden die een land op een bepaald moment in zijn geschiedenis van economische ontwikkeling kenmerken" (Aiach & Fassin, 2004, p. 2225, eigen vertaling). Deze gezondheidsongelijkheden worden nog verergerd door de vele moeilijkheden die in België nog steeds bestaan om toegang te krijgen tot zorg. (Cès & Baeten, 2020). De actieterreinen zijn dus talrijk: inkomen, werkgelegenheid en arbeidsomstandigheden, huisvesting, onderwijs, omgeving (materieel, sociaal en cultureel), gezondheidszorg, enz. Sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied blijven een belangrijke maatschappelijke uitdaging die op een alomvattende en holistische wijze moet worden aangepakt, met als risico een versnipperd en ongecoördineerd overheidsbeleid dat niet op alle sociale determinanten ingrijpt. Voor het verminderen van sociale ongelijkheden,

die “de **onrechtvaardige en vermijdbare** oorzaken zijn van gezondheidsproblemen bij de bevolking” (Van Oyen, et al., 2011, p. 8, eigen vertaling), is daarom de mobilisatie vereist van alle overheidsniveaus en alle sociale partners. De “**Health in All Policies**”-strategie van de Wereldgezondheidsorganisatie¹⁰ wijst ons de weg.

Epigenetisch onderzoek toont aan dat gezondheid geen gegeven is bij de geboorte, maar gedurende het hele leven wordt opgebouwd afhankelijk van de ruimere omgeving, met inbegrip van de sociale omgeving. Het is aangetoond dat stressvolle levensomstandigheden biologische gevolgen hebben die de gezondheid verslechteren. Uit recent onderzoek blijkt dat bepaalde trauma's, zoals seksueel misbruik in de kindertijd of een laag inkomen, tot op moleculair niveau inwerken door de genexpressie te veranderen. De impact van psychologisch stressvolle gebeurtenissen, vooral tijdens de kindertijd, heeft negatieve gevolgen voor de gezondheid op volwassen leeftijd, los van andere mogelijke oorzaken (sociaaleconomisch niveau, opleiding, gedrag, enz.). Bovendien kunnen deze genetische veranderingen ook worden doorgegeven aan volgende generaties (Lang, et al., 2016).

Deze bevindingen nodigen ons uit om het begrip causaliteit in een dynamische benadering te herbekijken in relatie tot de biografie van het individu. Mensen die tijdens hun leven geconfronteerd worden met stressvolle omgevingen hebben meer kans op gezondheidsproblemen dan anderen. Hieruit blijkt hoe belangrijk het is om iets te doen aan de levensomstandigheden van mensen gezien de directe gevolgen daarvan voor hun gezondheid (bijvoorbeeld woonomstandigheden of milieuvervuiling) of indirect via chronische stress in verband met sociale problemen, vooral wanneer het inkomen ontoereikend is om in de basisbehoeften te voorzien. Dit betekent ook dat een gezondheidsbeleid dat zich beperkt tot ingrijpen op individueel gedrag, dat gemakkelijker waarneembaar is dan de levensomstandigheden, de belangrijkste oorzaken van de ongelijkheden op vlak van gezondheid, namelijk de ongunstige omstandigheden waarmee een groot deel van de bevolking gedurende zijn hele leven wordt geconfronteerd, zou verdoezelen.

Om de gezondheidsongelijkheden te verminderen, moet het beginsel van proportioneel universalisme de basis vormen voor alle maatregelen in het domein van de gezondheidszorg, zoals aanbevolen door Marmot: “Om de steilheid van de sociale gradiënt in gezondheid te verminderen, moeten **maatregelen universeel zijn, maar van een omvang en intensiteit die evenredig zijn aan het niveau van de achterstand**. Voor kwetsbare personen op economisch en sociaal vlak zijn waarschijnlijk intensievere maatregelen nodig, maar als we ons alleen op de meest kwetsbaren richten, wordt de gezondheidsgradiënt niet kleiner en wordt slechts een klein deel van het probleem aangepakt” (Marmot, 2010, p. 10, eigen vertaling).

Om de toegang tot de zorg te verbeteren, moet grondig worden nagedacht over de wijze waarop het zorgaanbod wordt georganiseerd volgens de behoeften van de bevolking. Het beginsel van **proportioneel universalisme** moet als leidraad dienen voor hervormingen ter verbetering van de toegang tot zorg op de vier gebieden: gevoeligheid voor zorgbehoeften, beschikbaarheid van gezondheidsdiensten, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid (Cès, 2021). Net als bij sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied kan worden gesteld dat de belemmeringen voor de toegang tot zorg toenemen naarmate de sociale kwetsbaarheid toeneemt. Wat de verbetering van de **gevoeligheid** voor zorgbehoeften betreft, tonen onze resultaten aan de hand van diverse indicatoren (oversterfte, diabetes, cardiovasculaire problemen) aan dat wij niet gelijk zijn qua risico's/zorgbehoeften en dat het dus van essentieel belang is met deze verschillen in behoeften rekening te houden om een vermindering van de gezondheidsongelijkheden te bewerkstelligen, te beginnen met de vroegtijdige opsporing van gezondheidsproblemen. Hoe kunnen bijvoorbeeld, gezien de zeer ongelijke verdeling van het risico op diabetes over de bevolking, gedifferentieerde maatregelen worden genomen om de groepen met een hoger risico meer/intensiever te screenen? Gezien het belang van sociale risico's voor de gezondheid is het van essentieel belang dat de praktijk en het klinisch onderzoek in het diagnostisch proces ter discussie worden gesteld. De toegenomen zorgbehoeften van personen in kwetsbare situaties moeten vroeg genoeg worden opgespoord. Dit zou kunnen worden geïntegreerd in de opleiding van zorgverleners om sociale gezondheidsrisico's beter te identificeren en zo een adequatere screening en follow-up te bevorderen. Er moet re-

10 De Wereldgezondheidsorganisatie definieert deze strategie als “een benadering van het overheidsbeleid in alle sectoren waarbij systematisch rekening wordt gehouden met de gevolgen van beslissingen voor de gezondheid, synergieën worden gezocht en nadelige gevolgen voor de gezondheid worden vermeden, teneinde de gezondheid van de bevolking en de gelijkheid op gezondheidsgebied te verbeteren”. Zij vergroot de verantwoordelijkheid van beleidsmakers voor de gezondheidseffecten op alle niveaus van de beleidsvorming. Zij richt zich op de gevolgen van overheidsbeleid voor gezondheidssystemen, gezondheidsdeterminanten en welzijn” (WHO, 2014, p. 2, eigen vertaling).

kening worden gehouden met sociale risico's om de zorg aan te passen aan het profiel van de patiënt. Aan de kant van de patiënten moet bij de bewustmaking van de noodzaak van preventieve zorg in de bevolking ook beter rekening worden gehouden met de verschillen in risico van de verschillende groepen, om structureel ondergebruik, dat des te schadelijker is voor de groepen met het grootste risico, tegen te gaan. Mensen in kansarmoede ondervinden meerdere moeilijkheden om in hun basisbehoeften (voedsel, onderdak, verwarming, enz.) te voorzien en zijn dus minder beschikbaar om in hun preventieve zorgbehoeften te voorzien. Door de zorg gratis (of goedkoop) te maken, verdwijnt het probleem van de toegankelijkheid niet: zoals in het geval van de screening op borstkanker, waar het gratis gemeenschapsprogramma vrouwen in economisch kwetsbare situaties niet in staat stelt evenveel gebruik te maken van screening als andere sectoren van de bevolking. De inspanningen die worden of moeten worden geleverd om de geletterdheid te verbeteren, moeten ook uitdrukkelijk betrekking hebben op het vermogen om iemands behoefte aan zorg te identificeren. Het niveau van gezondheidsgeletterdheid¹¹ is echter lager naarmate men zich lager op de sociale schaal bevindt (Avalosse, et al., 2017, p.39).

Het bestaan van gezondheidsongelijkheden betekent ook dat de zorgbehoeften van de bevolking ongelijk over het grondgebied zijn verdeeld. Daarom moet het zorgaanbod beter geografisch worden verdeeld volgens de zorgbehoeften van de plaatselijke bevolking om ervoor te zorgen dat de gezondheidszorgdiensten **beschikbaar zijn** voor iedereen, zonder discriminatie. Het zorgaanbod moet zodanig worden gedimensioneerd dat de beschikbaarheid van adequate diensten overeenkomstig de behoeften van de plaatselijke bevolking gewaarborgd is (bijvoorbeeld de uitbouw van het aanbod van wijkgezondheidscentra, spoeddiensten, aanpassing van de ziekenhuiscapaciteit in een geografisch gebied aan het sociaaleconomisch profiel van de plaatselijke bevolking, in kansarme buurten, enz.) om overbezetting van diensten, wachtlijsten of overbelasting van gezondheidswerkers te voorkomen. Uit onze resultaten blijkt vooral hoe essentieel het is om de beschikbaarheid van diensten te garanderen om een gedifferentieerde *follow-up* in het ziekenhuis te garanderen, om rekening te houden met sociale gezondheidsrisicofactoren. Meer standaardisering van de zorg, waarbij geen

rekening wordt gehouden met sociale situaties, dreigt de gezondheidsongelijkheden verder te vergroten. Ten slotte moet er ook voor worden gezorgd dat de zorg beschikbaar is in functie van de behoeften, zodat een dualiteit wordt vermeden tussen kwetsbare groepen en andere groepen, die niet strookt met de realiteit van de behoeften van de bevolking.

Wat de **betalbaarheid** betreft, moet ervoor worden gezorgd dat er geen dichotomisch beleid wordt gevoerd, met maatregelen die alleen gericht zijn op de financieel meest kwetsbare groepen, maar wel een progressief beleid, dat geleidelijk rekening houdt met de variabiliteit van de financiële draagkracht en de zorgbehoeften binnen de bevolking. De zwaarst getroffen moeten voldoende worden beschermd tegen het financiële risico van de gezondheidszorg, zodat zij geen financiële lasten dragen of noodzakelijke gezondheidszorg uitstellen. Hoewel recente maatregelen ter verbetering van de financiële toegang (bijvoorbeeld de opheffing van het verbod op het toepassen van de derdebetalersregeling bij ambulante zorg, het niet-indexeren van de inkomensplafonds voor de maximumfactuur, de afwezigheid van remgeld in de ambulante zorg voor personen jonger dan 25 jaar met het statuut van rechthebbende op verhoogde tegemoetkoming) zijn belangrijke vorderingen, moeten de inspanningen de komende jaren worden voortgezet, gezien de omvang van de bedragen die ten laste blijven van de patiënten (onder meer voor ziekenhuisopname, voor geneesmiddelen, of zelfs voor tariefoverschrijdingen die in bepaalde disciplines met een lage conventioneringsgraad moeilijk te vermijden zijn). Zo wordt de onderbenutting van preventieve tandzorg waarschijnlijk gedeeltelijk verklaard door het feit dat mensen bang zijn de curatieve tandzorg niet te kunnen betalen en dat tandartsen ook weinig geconventioneerd zijn (De Wolf, et al., 2020). Een betere samenhang van de financiële toegangsvoorwaarden zou een betere leesbaarheid van de organisatie van de gezondheidszorg en dus een betere toegang mogelijk maken. Door de huidige economische crisis bestaat het risico dat een groter deel van de bevolking niet in zijn behoeften van gezondheidszorg kan voorzien omdat het de gezondheidszorg niet kan betalen, en dat de ziekste mensen nog meer worden getroffen.

Ten slotte blijkt uit deze resultaten ook hoe belangrijk het is dat zorg wordt verleend die voor iedereen aanvaardbaar

11 Dit concept wordt gedefinieerd als «de kennis, motivatie en vaardigheden van personen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te evalueren en te gebruiken om in het dagelijks leven oordelen te vellen en beslissingen te nemen over gezondheid, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, teneinde de levenskwaliteit te handhaven of te verbeteren» (Sørensen, et al., 2012, eigen vertaling).

is, dit wil zeggen dat er een kwaliteitsniveau moet zijn dat door mensen als minimum wordt geaccepteerd om zorg te zoeken. Mensen in kwetsbare sociaaleconomische situaties moeten kunnen rekenen op een voldoende luisterend oor en begrip bij de zorgverleners, zodat zij de zorg en de wijze waarop deze wordt verstrekt, kunnen aanpassen aan hun persoonlijke situatie. Door hun ervaring met kansarme groepen ontwikkelen wijkgezondheidscentra hun eigen deskundigheid op basis van hun kennis van en inzicht in de moeilijkheden die zij dagelijks ondervinden (Cès & Baeten, 2020). Dit betekent dat gezondheidswerkers voldoende bewust moeten worden gemaakt van en getraind moeten zijn in sociale moeilijkheden om hun praktijk te kunnen aanpassen, of het nu gaat om communicatie, therapeutische keuzes of *follow-up*. Dit betekent eerst en vooral het bestrijden van stigmatisering, die meer in het algemeen wordt erkend als een fundamentele oorzaak van gezondheidsverschillen (Hatzenbuehler, et al., 2013). In de gezondheidszorg bijvoorbeeld, hebben vooroordelen en bepaalde overtuigingen of stereotypen over obesitas een invloed op de houding van gezondheidswerkers, die contraproductief kan werken (Taluuma, et al., 2022). Om uitstel of afstel van zorg te bestrijden, moet naast de kwestie van de aanvaardbaarheid van de zorg, ook het vermogen om voor de ander te zorgen zonder het anders-zijn te beoordelen, in al zijn verschillen, worden erkend als een centraal bestanddeel van de therapeutische effectiviteit. De ontwikkeling van empathie, “het vermogen om de ervaringen van anderen te begrijpen en dat begrip over te brengen, is essentieel voor de therapeutische effectiviteit” (Taluuma, et al., 2022, eigen vertaling).

Zo wordt in het regeerakkoord van de huidige federale regering expliciet een ambitieuze doelstelling geformuleerd om de gezondheidsongelijkheden te verminderen: “tegen 2030 de gezondheidskloof tussen mensen met de hoogste en de laagste gezonde levensverwachting met minstens 25% verkleinen, het aantal vermijdbare sterfgevallen met 15% terugdringen en terugkeren naar de Europese ‘top 10’ wat betreft het aantal gezonde levensjaren, en tegelijk een hoge toegankelijkheid en een goede dekking garanderen” (Regeerakkoord, 2020, p. 14). Een dergelijke verbintenis moet echter worden omgezet in concrete maatregelen om de ongelijkheden te verminderen. Onze studie biedt in het bijzonder een gelegenheid om *SMART*-doelstellingen op het gebied van de aanpak van gezondheidsongelijkheden te overwegen teneinde het gezondheids- en gezondheidszorgbeleid te sturen en te coördineren (Cès, 2022), zoals:

- Het verschil in risico op overlijden (ongeacht de oorzaak) tussen de bevolking in de armste wijken (het eerste inkomensdeciël) en de totale bevolking binnen tien jaar met 20% verminderen (een verschil van bijna 29% in 2019).
- Het verschil in diabetesrisico tussen de bevolking in de armste wijken (het eerste inkomensdeciël) en de totale bevolking binnen tien jaar met 20% verminderen (25% verschil in 2019).

Onze indicatoren zijn samengesteld op basis van gegevens die betrekking hebben op CM-leden, dit wil zeggen op basis van gegevens van 4,5 miljoen leden, en leveren robuuste resultaten op. Het is ook belangrijk te benadrukken dat onze resultaten aantonen hoe essentieel het is om over representatieve gegevens op sociaaleconomisch niveau te beschikken om de omvang van de gezondheidsproblemen bij de bevolking in kaart te brengen. Een ondervertegenwoordiging van mensen in kansarmoede leidt *de facto* tot een onderschatting van de prevalentie van gezondheidsproblemen op bevolkingsniveau.

6. Conclusie

In dit artikel hebben we de ongelijkheden in gezondheid en zorggebruik willen meten. Meer bepaald hebben wij de economische ongelijkheden gemeten door de wijken waarin onze leden wonen in te delen volgens het niveau van het fiscaal inkomen. Onze resultaten zijn ondubbelzinnig: we zijn niet gelijk als het gaat om dood en (slechte) gezondheid, we maken niet op dezelfde manier gebruik van gezondheidszorg. En dit gaat steevast ten koste van arme bevolkingsgroepen: hoe kwetsbaarder de wijk, hoe slechter de gezondheidstoestand en hoe hoger het risico om binnen een jaar te sterven (ongeacht de oorzaak). De nieuwe methodologie die in deze studie wordt gebruikt, waarbij tien klassen van statistische sectoren worden onderscheiden, maakt het ook mogelijk om het bestaan van al dan niet lineaire ongelijkheden aan te tonen op het vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg. De soms zeer uitgesproken verschillen voor de situaties van extreme armoede tonen aan dat – onder een bepaalde inkomensdrempel - de gezondheidsrisico's veel groter zijn in vergelijking met de rest van de bevolking. Dit toont aan dat een bepaald minimuminkomen essentieel is om “voldoende” levensomstandigheden te verzekeren die een goede gezondheid garanderen.

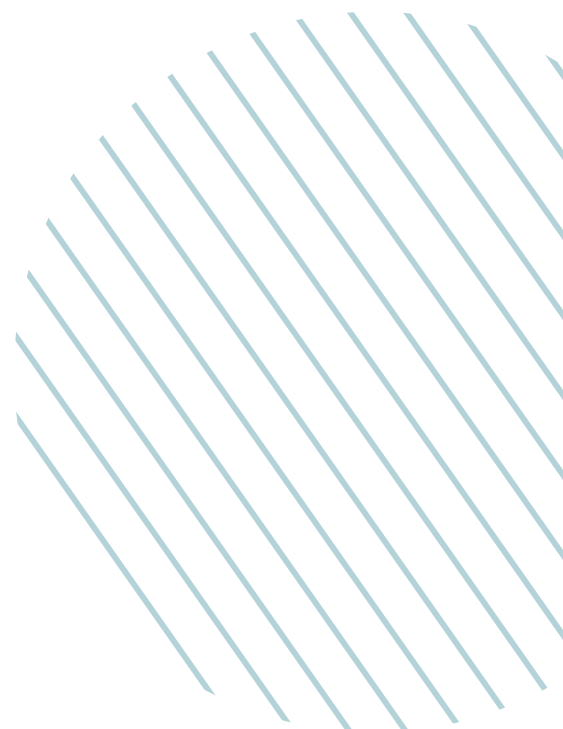
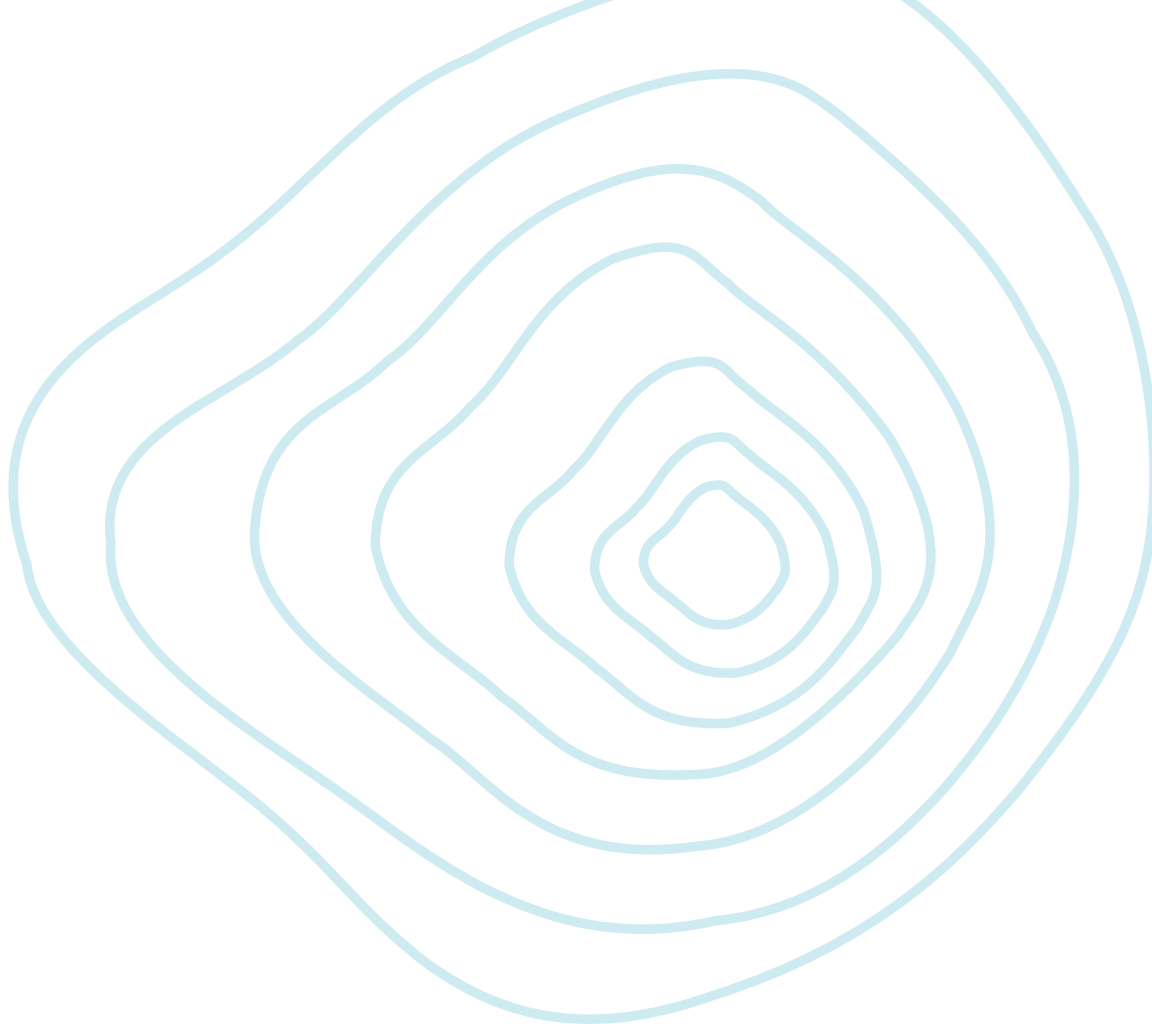
Deze ongelijkheden op vlak van gezondheid zijn niet onvermijdelijk: ze zijn helemaal niet 'natuurlijk', maar eerder 'veroorzaakt' aangezien ze het resultaat zijn van alle andere ongelijkheden waarmee onze samenleving wordt geconfronteerd. Ze verminderen zou ieders doel moeten zijn. Om dat te bereiken, moeten we ingrijpen op alle gezondheidsdeterminanten en niet alleen op het gezondheidssysteem. Want "de sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied zijn hoofdzakelijk te wijten aan factoren die losstaan van het gezondheidssysteem, dit wil zeggen aan de levensomstandigheden en de levensstijl van de mensen. Ze zijn dus grotendeels het resultaat van maatschappelijke keuzes op het gebied van werkgelegenheid en huisvesting, onderwijs en belastingen" (Aïach & Fassin, 2004, p. 2226, eigen vertaling).

Gezien de afwezigheid van een krachtige en gecoördineerde beleidsreactie, moet het risico van de huidige economische crisis voor de volksgezondheid worden benadrukt, om te voorkomen dat de economische ongelijkheid toeneemt. Ten slotte dwingt de grote ecologische crisis waarmee wij allen worden geconfronteerd ons ertoe onze prioriteiten te herzien. Wat willen we als samenleving? Moeten we economische groei doelstellingen blijven nastreven? Of moeten we ons in plaats daarvan niet eerder richten op gezondheids- en welzijnsdoelen? (Laurent, 2020).

Bibliografie

- Aïach, P., & Fassin, D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La revue du praticien*, 54, 2221-2227.
- Avalosse, H., Gillis, O., Cornelis, K., & Mertens, R. (2009). Gezondheidsongelijkheid in België: de harde cijfers. Vaststellingen op basis van de gegevens van de ziekenfondsen. *Belgisch Tijdschrift voor sociale zekerheid*, 1, 145-170.
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Ongelijkheid in gezondheid*. Brussel: Intermutualistisch Agentschap.
- Avalosse, H., Vancorenland, S., & Verniest, R. (2015). De gezondheidsongelijkheid bij CM leden: stilstaan is achteruitgaan. *CM-Informatie*, 262, 26-39.
- Avalosse, H., Verniest, R., Vancorenland, S., De Cock, S., Gérard, F., Cornerotte, S., & Van den Broucke, S. (2017). Gezondheidsvaardigheden en informatiebronnen. *CM-Informatie*, 267, 33-47.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Health Services Research (HSR). KCE Reports 334B. D/2020/10.273/30. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Bourguignon, M., Damiens, J., Doignon, Y., Eggerickx, T., Fontaine, S., Lusyne, P., et al. (2021). *Variations spatiales et sociodémographiques de mortalité de 2020-2021 en Belgique. L'effet de la pandémie Covid-19*, Document de travail 27. Louvain-la-Neuve: Centre de recherche en démographie.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels: European Social Observatory.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S. (2022). Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 18-37.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., & Meeus, P. (2019). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 313A. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- De Wolf, F., Willaert, D., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., & Rygaert, X. (2020). *Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering*. Brussel: Intermutualistisch Agentschap.
- Fédération des Maisons Médicales. (2013). *La charte des Maisons médicales*. Bruxelles.
- Hatzenbuehler, M., Phelan, J., & Link, B. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821.
- Lang, T., Kelly-Irving, M., Lamy, S., Lepage, B., & Delpierre, C. (2016). Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? *Revue Santé publique*, 2(28), 169-179.

- Laurent, E. (2020). *Et si la santé guidait le monde ? L'espérance de vie vaut mieux que la croissance*. Paris: LLL (Les Liens qui libèrent).
- Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A.-J., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481.
- Marmot, M. (2004). *Status Syndrome*. London: Bloomsbury.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Executive Summary.
- Noirhomme, C. (2022). Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België? Analyse van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 3, 28-51.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2022). *Welzijnsbarometer 2021*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- Regeerakkoord. (30-09-2020). *Voor een welvarend, solidair en duurzaam België*.
- Sholokhova, S. (2021). Visie, structuur en financiering van de preventie en gezondheidsbevordering in België. *CM-Informatie*, 283, 42-57.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project Europe. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80).
- STATBEL. (2022). *Fiscale inkomens*. Geraadpleegd op 29-09-2022, op <https://statbel.fgov.be>: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>
- Taluuma, B., Brown, A., Batterham, RL, & Kalea AZ. (2022). Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obesity review*, 23(10), e13494.
- Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V., & Charafeddine, R. (2011). *Sociale ongelijkheden in gezondheid in België*. Gent: Academia Press.
- WHO. (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 Juni 2013.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin.



De verschillende noden van personen in arbeidsongeschiktheid

Hoe globale preventie aangevuld kan worden met een aanpak op maat

Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse — Studiedienst

Met dank aan H       Henry en Clara Noirhomme

Samenvatting

Het onderzoek "Traject arbeidsongeschiktheid", dat we gerealiseerd hebben in 2019, gaf inzicht in de noden van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid (Vancorenland, et al., 2021). De onderzoeksresultaten werden besproken voor de totale groep van personen in arbeidsongeschiktheid. Deze groep is echter heel divers aangezien ze personen omvat met verschillende aandoeningen, van verschillende leeftijden, die verschillende types van werk deden (hoofdarbeid of handenarbeid), werkzaam waren in bedrijven met verschillende bedrijfsgroottes, een andere functie hadden (al dan niet leidinggevend) en met een verschillende gezinssituatie. Om na te gaan of de noden van deze diverse groep verschillend zijn, werden extra analyses uitgevoerd op zes kenmerken: aandoening, leeftijd, type werk, bedrijfsgrootte, functie en gezinssituatie.

De resultaten van onze nieuwe analyses tonen aan dat de noden en ervaringen effectief verschillend zijn naargelang het bestudeerde kenmerk. De grootste verschillen werden gevonden volgens aandoening, leeftijd en type werk.

- Het aandeel respondenten dat oordeelt dat het **werk een rol speelt in** de arbeidsongeschiktheid verschilt volgens aandoening (het grootst bij burn-out en het laagst bij letsels) en de functie (hoger bij leidinggevend). Er zijn grote verschillen wat betreft de reden waarom het werk een rol speelt in de arbeidsongeschiktheid voor de zes kenmerken.
- De **nood aan aanpassingen** verschilt enkel volgens aandoening en is het hoogst bij een burn-out. Het soort aanpassing dat men wenst, verschilt volgens de zes kenmerken.
- En ook **wat** respondenten **geholpen heeft tijdens hun werkhervatting of wat deze net bemoeilijkt heeft**, verschilt tussen alle bestudeerde kenmerken.

De eerste algemene resultaten uit het onderzoek "Traject arbeidsongeschiktheid" gaven inzicht in hoe de globale aanpak van preventie van arbeidsongeschiktheid vorm moest krijgen. De extra analyses in dit artikel geven bijkomende informatie over hoe die preventie meer op maat verfijnd kan worden. Aangezien de noden van de diverse groep personen in arbeidsongeschiktheid verschillend zijn, is er ook nood aan verschillende concrete antwoorden. Een globale aanpak van preventie kan zo aangevuld worden met een aanpak op maat, rekening houdend met de verschillende noden die er leven.

Sleutelwoorden: Arbeidsongeschiktheid, noden, aandoening, leeftijd, handenarbeid, hoofdarbeid, bedrijfsgrootte, leidinggevende, gezinssituatie, preventie

1. Inleiding

Het onderzoek “Traject arbeidsongeschiktheid” bracht de noden in kaart van personen voor, tijdens en na een periode van arbeidsongeschiktheid (Vancorenland, et al., 2021). De resultaten waren in lijn met onderzoek dat aantoonde dat risicofactoren voor arbeidsongeschiktheid op het werk niet enkel de fysieke en mentale belasting zijn, maar ook sociale steun en baan zekerheid (Egmont, et al., 2019; Health and Safety Executive, 2021). Dit onderzoek leverde heel wat interessante informatie op die resulteerde in een aantal aanbevelingen gericht op preventie. Het gaat om aanbevelingen rond preventie gedurende het hele proces van arbeidsongeschiktheid en dit voor de verschillende betrokkenen. Wat kunnen we doen om arbeidsongeschiktheid te voorkomen? Wat kunnen we doen om de periode van arbeidsongeschiktheid zo goed mogelijk door te komen? Wat kunnen we doen om na de arbeidsongeschiktheid de werkhervatting zo vlot mogelijk te laten verlopen om herval te voorkomen?

De onderzoeksresultaten werden in een eerste artikel globaal besproken, voor de hele groep van personen in arbeidsongeschiktheid (Vancorenland, et al., 2021). De groep van personen in arbeidsongeschiktheid is echter heel divers. Zo kan de aanleiding voor de arbeidsongeschiktheid verschillend zijn: wegens een burn-out, een psychische aandoening of een ziekte van het bewegingsstelsel. Ook wat betreft leeftijd, soort werk, grootte van de organisatie, leidinggevende functie en gezinssituatie zijn er verschillen.

Het valt te verwachten dat de noden van deze heel diverse groep niet voor iedereen dezelfde zijn. Daarom worden in dit tweede artikel extra analyses beschreven die meer in detail weergeven wat de verschillen in noden zijn binnen deze diverse groep. Op deze manier kan een globale aanpak van preventie (via wetgeving en preventiebeleid in bedrijven) aangevuld worden met een aanpak op maat (op basis van de verschillende noden).

2. Hypotheses en de kenmerken die getest werden

Eén van de redenen waarom de groep van personen in arbeidsongeschiktheid zo heterogeen is, zijn de verschillende aandoeningen die de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid zijn. In het onderzoek “Traject arbeidsongeschiktheid” lag bij de meerderheid van de respondenten één van de volgende aandoeningen aan de basis:

- ziekte van het bewegingsstelsel of bindweefsel¹ (bijvoorbeeld rug- en nekpijn, rugaandoeningen, reuma, artrose, enz.) (32% van de respondenten, het aantal respondenten (N) is gelijk aan 1.380);
- psychische aandoeningen (bijvoorbeeld depressie, angststoornissen, enz.) (24%, N=1.045);
- burn-out (22%, N=959);
- verstuikingen, letsels of breuken (18%, N=795).

Cijfers van het RIZIV tonen aan dat het aantal invaliden (=personen die langer dan één jaar arbeidsongeschikt zijn) met een depressie of een burn-out fors gestegen is tussen 2016 en 2022 (respectievelijk met 41,5% en 32,5%) (RIZIV, 2022), wat het belang onderlijnt om meer inzicht te krijgen in de specifieke noden bij deze groepen. Analyses uit het eerste artikel brachten aan het licht dat het aandeel respondenten dat het werk verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid en de redenen hiervoor, verschilden volgens de aandoening (Vancorenland, et al., 2021, p. 18-19). Deze vaststelling deed ons besluiten om ook voor andere thema's een vergelijking tussen aandoeningen uit te werken.

De groep van personen in arbeidsongeschiktheid bestaat uit verschillende **leeftijdsgroepen**. Arbeidsongeschikt worden treft immers elke leeftijd: van jonge tot oudere werknemers (al stijgt de kans op arbeidsongeschiktheid met de leeftijd). De leeftijdsverdeling van de respondenten uit het onderzoek was als volgt:

- tussen 18 en 34 jaar² (28% N=1.206);
- tussen 35 en 44 jaar (23%, N=1.011);
- tussen 45 en 54 jaar (27%, N=1.191);
- tussen 55 en 65 jaar (22%, N=943).

1 Voor het leesgemak wordt 'ziekte van het bewegingsstelsel en bindweefsel' verder in dit artikel afgekort tot 'ziekte van het bewegingsstelsel'. 'Breuken, verstuikingen en letsels' wordt afgekort tot 'letsels'.

2 Verder in het artikel wordt naar de groep '18-34-jarigen' verwezen als 'min 35-jarigen' en wordt verwezen naar de groep '55-65 jaar' als de '55-plussers'.

Analyses uit het eerste artikel toonden aan dat de redenen waarom het werk verantwoordelijk was voor de arbeidsongeschiktheid verschillen volgens leeftijd (Vancorenland, et al., 2021, pp. 17-18). Dit was de reden om ook voor andere thema's te onderzoeken of er verschillen volgens leeftijd zijn.

Een andere verscheidenheid is het **type van job** dat men uitvoerde voor de arbeidsongeschiktheid. Sommige personen voerden hoofdzakelijk handenarbeid uit, anderen voerden hoofdzakelijk hoofdarbeid uit en nog anderen voerden zowel hoofdarbeid als handenarbeid uit. Analyses uit het eerste artikel brachten aan het licht dat de redenen waarom het werk verantwoordelijk was voor de arbeidsongeschiktheid verschillen volgens het type werk dat men deed (Vancorenland, et al., 2021, p. 19-20). Dit was de aanleiding om analyses volgens type werk uit te voeren. Om een vergelijking tussen hoofdarbeid en handenarbeid te maken, werden voor de analyse enkel de volgende twee groepen van respondenten vergeleken:

- men voerde hoofdzakelijk hoofdarbeid uit (36%, N=1.439);
- men voerde hoofdzakelijk handenarbeid uit (50%, N=1.956).

Voor de arbeidsongeschiktheid waren de respondenten werkzaam in bedrijven met verschillende **bedrijfsgrootte**.

- in kleine bedrijven (< 50 werknemers) (28%, N=1.111);
- in middelgrote bedrijven (50-500 werknemers) (35%, N=1.373);
- in grote bedrijven (> 500 werknemers) (30%, N=1.176).

In het debat rond aanpassingen aan het werk na arbeidsongeschiktheid wordt soms aangegeven dat het voor kleine bedrijven niet altijd eenvoudig is om aanpassingen aan het werk te doen. Daarom werden extra analyses uitgevoerd rond het kenmerk bedrijfsgrootte.

Ook het feit of men voor de arbeidsongeschiktheid al dan niet een leidinggevende **functie** had, maakt de groep verschillend. Onder de respondenten was de verdeling als volgt:

- een leidinggevende functie (16%, N=634);
- geen leidinggevende functie (81%, N=3.186).

Analyses uit het eerste artikel toonden aan dat zowel het aandeel respondenten dat het werk verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid als de redenen hiervoor verschillen voor respondenten die al dan niet een leidinggevende functie hadden (Vancorenland, et al., 2021, p. 24). De soort functie werd bijgevolg ook opgenomen in de extra analyses.

Tot slot is de groep van personen in arbeidsongeschiktheid divers omdat de **gezinssituatie** verschillend is. De verdeling volgens gezinssituatie onder de respondenten was de volgende:

- alleenstaande (18%, N=794);
- een alleenstaande ouder (8,5%, N=371);
- met partner (27%, N=1.189);
- met partner en kinderen (37%, N=1.608).

Arbeidsongeschikt worden heeft onder andere financiële gevolgen aangezien men een uitkering krijgt in plaats van een loon. Deze gevolgen dragen, is niet hetzelfde als men nog een partner heeft dan wel als men alleenstaande of zelfs een alleenstaande ouder is. De gezinssituatie werd het laatste bestudeerde kenmerk.

Extra analyses binnen elk van de hierboven vermelde kenmerken werden uitgevoerd om de volgende hypothesen te testen: "Indien de aandoening, de leeftijd, het type van werk, de bedrijfsgrootte, de functie of de gezinssituatie anders is, verschillen ook de ervaringen en de noden rond de periode van arbeidsongeschiktheid". De resultaten die in punt 4 voorgesteld worden, geven weer wat de verschillende ervaringen en noden zijn van respondenten binnen elk kenmerk.

3. Methodologie

3.1. De steekproef

De steekproef die gebruikt werd voor de extra analyses in dit tweede artikel is dezelfde als de steekproef uit het onderzoek van het eerste artikel (Vancorenland, et al., 2021). De doelgroep bestond uit CM-leden tussen 18 en 65 jaar oud, die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen³ en die maximaal drie jaar arbeidsongeschikt waren.

3 Een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor ten minste één dag in de periode tussen 1 januari 2018 en 31 mei 2019.

4.350 respondenten hebben deelgenomen aan het onderzoek. De resultaten werden herwogen op geslacht, leeftijd en taalregime zodat ze een representatief beeld vormen van onze CM-leden in arbeidsongeschiktheid (die maximum drie jaar arbeidsongeschikt zijn).

De verdeling volgens sociodemografische gegevens is als volgt. Er is een kleine meerderheid van vrouwen (53%). Er is een ongeveer gelijke verdeling tussen min 35-jarigen (28%), 35-44-jarigen (23%), 45-54-jarigen (27%) en 55-plussers (23%). 77% is Nederlandstalig en 23% is Franstalig. De verschillende opleidingsniveaus zijn aanwezig: 24% is laag opgeleid (geen diploma secundair onderwijs), 39% is gemiddeld opgeleid (diploma secundair onderwijs) en 36% is hoog opgeleid (diploma hoger onderwijs). Qua duurtijd van de arbeidsongeschiktheid, is er een mooie verdeling⁴: 29% maximum vijf maanden, 15% tussen zes maanden en één jaar en 31% meer dan één jaar. Wat de gezinssituatie betreft is 18% alleenstaand, 9% een alleenstaande ouder, 27% samen met een partner en 37% samen met een partner en kinderen.

3.2. De statistische analyse

Al onze analyseresultaten zijn aandelen. Aangezien deze zijn berekend op basis van een beperkt aantal respondenten (uit onze steekproef), moeten deze aandelen worden beschouwd als schattingen, die een zekere onnauwkeurigheid vertonen (in feite zullen wij nooit het «echte» aandeel hebben dat zou worden verkregen indien alle personen in arbeidsongeschiktheid onze online-vragenlijst hadden beantwoord). Daarom berekenen we een 95%-betrouwbaarheidsinterval. Er bestaan verschillende methoden⁵. Hier passen wij de WILSON-score-methode met continuïteitscorrectie (Wilson, 1927; Yates, 1934) toe voor 95%-betrouwbaarheidsintervallen.

Het 95%-betrouwbaarheidsinterval geeft ons de onder- en bovengrens rond een aandeel. De interpretatie van het interval is dat er 95% kans is dat de waarde van het aandeel tussen de onder- en bovengrens ligt. Wanneer we twee aandelen vergelijken, hoe kunnen we dan zeggen dat ze significant verschillen? Als de betrouwbaarheidsintervallen elkaar (gedeeltelijk) overlappen, kan niet worden ge-

zegd dat de twee aandelen verschillend zijn. Als de betrouwbaarheidsintervallen elkaar daarentegen niet overlappen, kunnen we zeggen dat de aandelen significant verschillen. Merk op dat zelfs met 95%-betrouwbaarheidsintervallen geen volledige zekerheid wordt bereikt, aangezien er nog steeds een risico van 5% bestaat dat men zich vergist.

Zo toont figuur 1 voor vier aandoeningen de redenen die worden gegeven wanneer het werk de oorzaak is van de arbeidsongeschiktheid. Laten we eens kijken naar de reden «te veel werkdruk». Bijna 73% van de mensen met een burn-out geeft deze reden. Voor degenen die lijden aan een psychische aandoening is datzelfde percentage 62%. Is het verschil significant? Ja, want de betrouwbaarheidsintervallen rond deze aandelen overlappen elkaar niet. Voor letsels en ziekten van het bewegingsstelsel daarentegen, overlappen de betrouwbaarheidsintervallen elkaar gedeeltelijk. Hier kan dus niet worden gezegd dat er een significant verschil is.

Als er verder in het artikel gesproken wordt over verschillen tussen groepen dan gaat het steeds om statistisch significante verschillen. Als er vermeld wordt dat er geen verschil is tussen groepen, betekent dit dat de verschillen tussen beide groepen niet statistisch significant zijn.

3.3. De beperkingen van de analyse

Aan de hand van de hierboven beschreven analyses zijn we in staat om significante verschillen tussen groepen vast te stellen. We kunnen dan concluderen dat er een verband is tussen een bepaald kenmerk en een welbepaald thema uit het onderzoek. Uit deze analyses kunnen we echter geen oorzakelijk verband concluderen.

De analyses zijn apart per kenmerk uitgevoerd, waarbij geen rekening werd gehouden met het eventuele interactie-effect tussen de kenmerken. Er werd niet gecontroleerd voor het effect dat andere kenmerken kunnen hebben op de uitgevoerde analyses binnen één bepaald kenmerk. We kunnen bijgevolg niet uitsluiten dat andere kenmerken de gevonden relaties binnen een bepaald kenmerk verklaren of beïnvloeden.

4 Het was echter niet altijd mogelijk om de duurtijd van de arbeidsongeschiktheid te berekenen (voor 26% was dit onbekend of niet berekenbaar). Ter herinnering: in de steekproef werden personen uitgesloten die langer dan drie jaar arbeidsongeschikt waren.

5 Voor een beknopte presentatie en formules, zie <https://joseph.lamarange.net/?Intervalle-de-confiance-bilateral#nb14>.

4. Resultaten: specifieke noden volgens de verschillende kenmerken

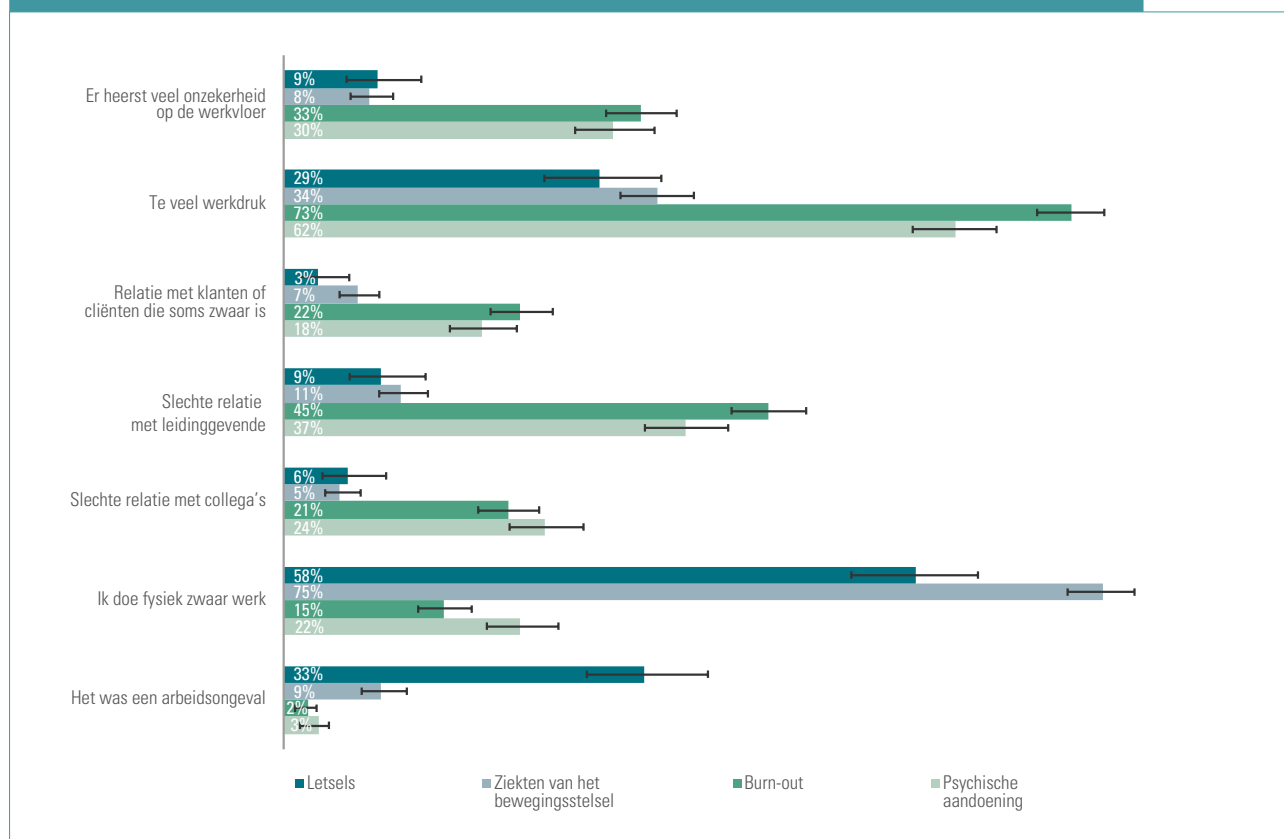
4.1. Aandoeningen

4.1.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

Het aandeel respondenten dat de werksituatie (deels) verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid is sterk gelinkt aan de aandoening. Bij een burn-out oordeelt de overgrote meerderheid (90%) dat het werk hiervoor verantwoordelijk is. Zowel bij een psychische aandoening (69%) als bij een ziekte van het bewegingsstelsel (64%) wijst de meerderheid de werksituatie als verantwoordelijke aan, maar significant minder dan bij een burn-out. Bij een letsel (40%) vindt nog minder dan de helft het werk verantwoordelijk, wat significant lager is dan bij de andere drie aandoeningen.

Figuur 1 toont aan dat de redenen waarom het werk hier (deels) verantwoordelijk voor was ook significant verschillen tussen de vier aandoeningen⁶. Een hoge werkdruk wordt significant vaker genoemd bij respondenten met een psychische aandoening of een burn-out in vergelijking met respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel. Ook de relationele problemen (slechte relatie met de leidinggevende, de collega's en de zware relatie met klanten) en de onzekerheid op de werkvloer werden vaker vermeld als reden waarom het werk verantwoordelijk was voor de arbeidsongeschiktheid bij personen met een psychische aandoening of een burn-out. Het fysiek zwaar werk en arbeidsongevallen daarentegen, zijn vaker een reden bij respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel. De samenhang tussen de hoge werkdruk en relationele problemen (slechte relatie met collega's, de leidinggevende en zware relaties met klanten) enerzijds en burn-out anderzijds werd ook gevonden in onderzoek rond burn-out (Eurofound, 2018).

Figuur 1: Redenen waarom het werk verantwoordelijk is voor de arbeidsongeschiktheid - volgens aandoening



6 Alle figuren in onze resultaten zijn gebaseerd op gegevens uit de CM-enquête.

4.1.2. De relatie met en de steun van collega's en leidinggevende

Tijdens de arbeidsongeschiktheid (AO) namen respondenten met een psychische aandoening (25%) of een burn-out (24%) minder vaak contact op met hun leidinggevende in vergelijking met respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel (31%) of een letsel (37%). Personen met een psychische aandoening (14%) of een burn-out (17%) gaven ook vaker aan absoluut geen contact te willen met hun collega's of leidinggevende (slechts 2% à 3% voor de andere twee aandoeningen). Omgekeerd nemen leidinggevend even vaak contact op met de persoon in arbeidsongeschiktheid, ongeacht de aandoening waaraan deze persoon lijdt.

Respondenten met een psychische aandoening of een burn-out gaven aan dat ze een minder goede band hadden⁷ met hun collega's en leidinggevende voor de arbeidsongeschiktheid (in vergelijking met respondenten met een ziek-

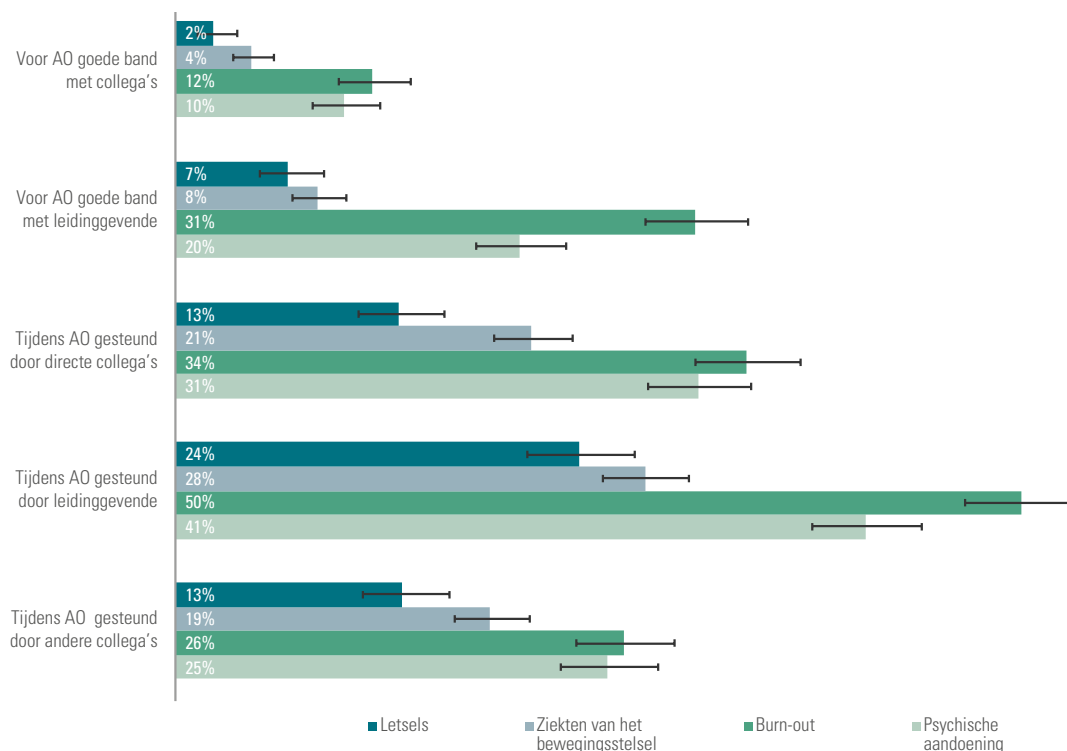
te van het bewegingsstelsel of een letsel) (zie Figuur 2). Ze voelden zich ook minder gesteund⁸ door hun collega's (directe collega's en collega's van een andere dienst) en hun leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid (in vergelijking met de andere twee aandoeningen). De resultaten tonen ook aan dat personen met een burn-out nog slechter scoren dan personen met een psychische aandoening wat de relatie met de leidinggevende en de steun van de leidinggevende betreft. Dit terwijl er geen significante verschillen zijn tussen beide aandoeningen voor de relatie met en steun van collega's.

4.1.3. De werkhervatting

Aandeel dat het werk hervat heeft

Aan de respondenten werd gevraagd of ze het werk hervat hadden of dat ze gedurende een bepaalde periode het werk hervat hadden. Het gaat dus om alle respondenten die een ervaring met werkhervatting hebben. Het aandeel respondenten dat het werk hervat heeft, ligt significant ho-

Figuur 2: Percentage (eerder of helemaal) niet akkoord met stelling rond relaties en ondersteuning op werk – volgens aandoening



7 Indien vermeld wordt dat ze een minder goede band hadden, dan verwijst dit naar het feit dat er vaker een (helemaal of eerder) niet akkoord score wordt gegeven op de stelling "Voor mijn arbeidsongeschiktheid had ik een goede band met ...".

8 Indien vermeld wordt dat men zich minder gesteund voelde, dan verwijst dit naar het feit dat er vaker een (helemaal of eerder) niet akkoord score wordt gegeven op de stelling "Tijdens mijn arbeidsongeschiktheid voelde ik me gesteund door ...".

ger bij personen met een letsel (68%) in vergelijking met de andere drie aandoeningen (58% voor burn-out, 53% voor psychische aandoening en 48% voor ziekte bewegingsstelsel).

Ook de reden(en) waarom men het werk hervatte, verschilt tussen de aandoeningen.

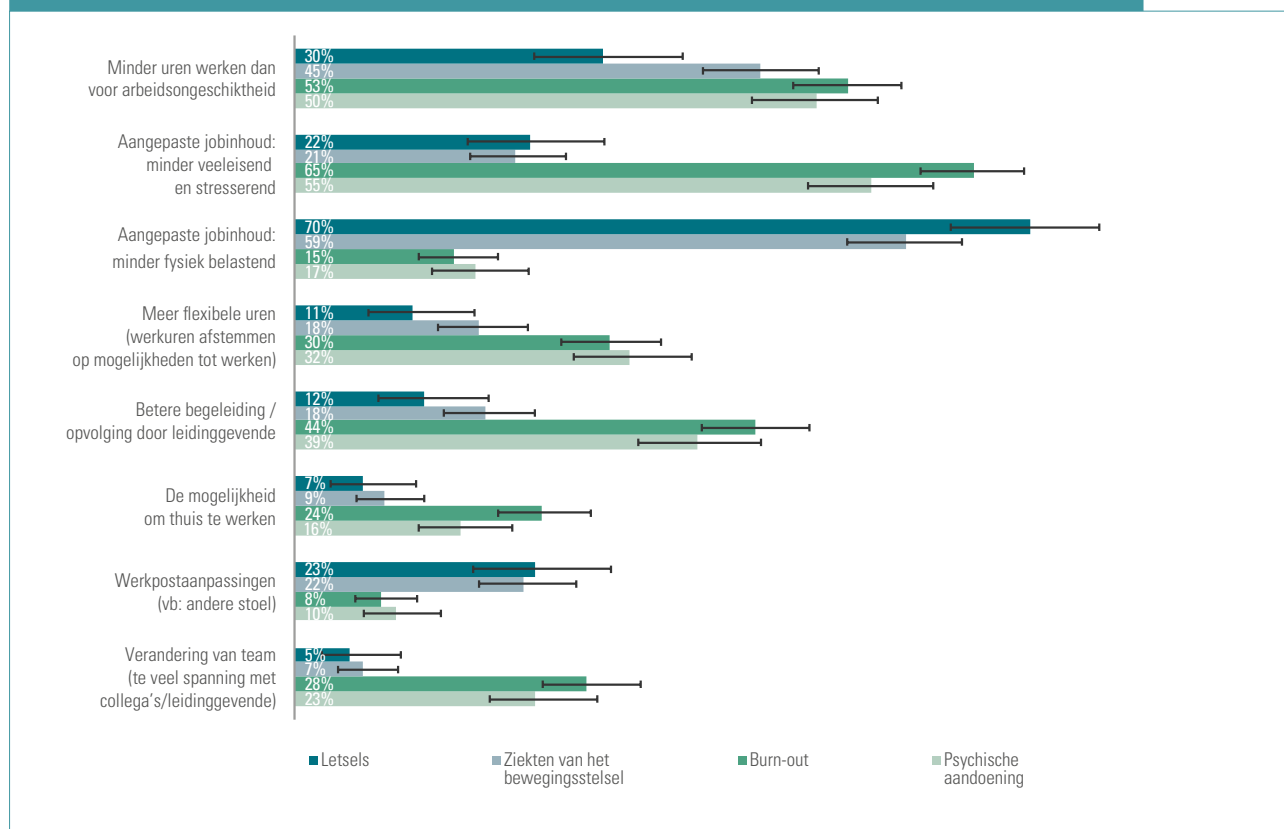
- Personen met een letsel geven vaker als reden zich volledig (of voldoende) hersteld voelen in vergelijking met de drie andere aandoeningen.
- Personen met een psychische aandoening of een burn-out vermelden vaker (in vergelijking met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel) een nuttige invulling aan hun dagen te willen geven, zich weer nuttig te willen maken voor de maatschappij en zich gedwongen te voelen door de sociale druk.

De nood aan aanpassingen

De meerderheid van de personen met een burn-out heeft nood aan aanpassingen (69%). Dit is significant hoger dan bij personen met een psychische aandoening (57%) of een ziekte van het bewegingsstelsel (54%). De nood aan aanpassingen ligt het laagst bij personen met een letsel (34%).

Ook het soort aanpassing waar men nood aan heeft, verschilt volgens aandoening (zie Figuur 3). Bij alle aandoeningen staat een aangepaste jobinhoud op de eerste plaats van gewenste aanpassingen. Om welke soort aanpassing het gaat, verschilt tussen de aandoeningen. Bij respondenten met een burn-out of een psychische aandoening gaat het om een minder stresserende en veeleisende jobinhoud, terwijl bij respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel het gaat om een fysiek minder zware jobinhoud. Vervolgens staat bij alle aandoeningen minder uren werken dan voor de arbeidsongeschiktheid op de tweede plaats. Voor personen met een letsel ligt dit wel significant lager in vergelijking met de andere drie aandoeningen. Wat betreft de relationele aanpassingen (betere begeleiding door de leidinggevende en verandering van team), deze worden significant vaker gevraagd door respondenten met een burn-out of een psychische aandoening in vergelijking met deze met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel. De werkpostaanpassingen tot slot worden significant vaker genoemd door respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel vergeleken met personen met een burn-out of een psychische aandoening.

Figuur 3: De gewenste aanpassingen - volgens aandoening



We zien in deze resultaten ook dat personen na een burn-out of een psychische aandoening nood hebben aan meerdere aanpassingen (de verscheidenheid is groter) dan personen met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel (waar de verscheidenheid kleiner is).

Er is (gelukkig) geen verschil tussen aandoeningen in de mate waarin men de nodige aanpassingen krijgt. Waar er wel een verschil is, is wat men doet als men de nodige aanpassingen niet krijgt. Respondenten met een psychische aandoening (19%) of een burn-out (21%) veranderen vaker van werkgever doordat ze de gevraagde aanpassingen niet krijgen in vergelijking met respondenten met een letsel (6%). Respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel (12%) veranderen minder vaak dan respondenten met een burn-out, maar er is geen significant verschil met respondenten met een psychische aandoening of een letsel.

Helpende en belemmerende factoren bij werkhervatting

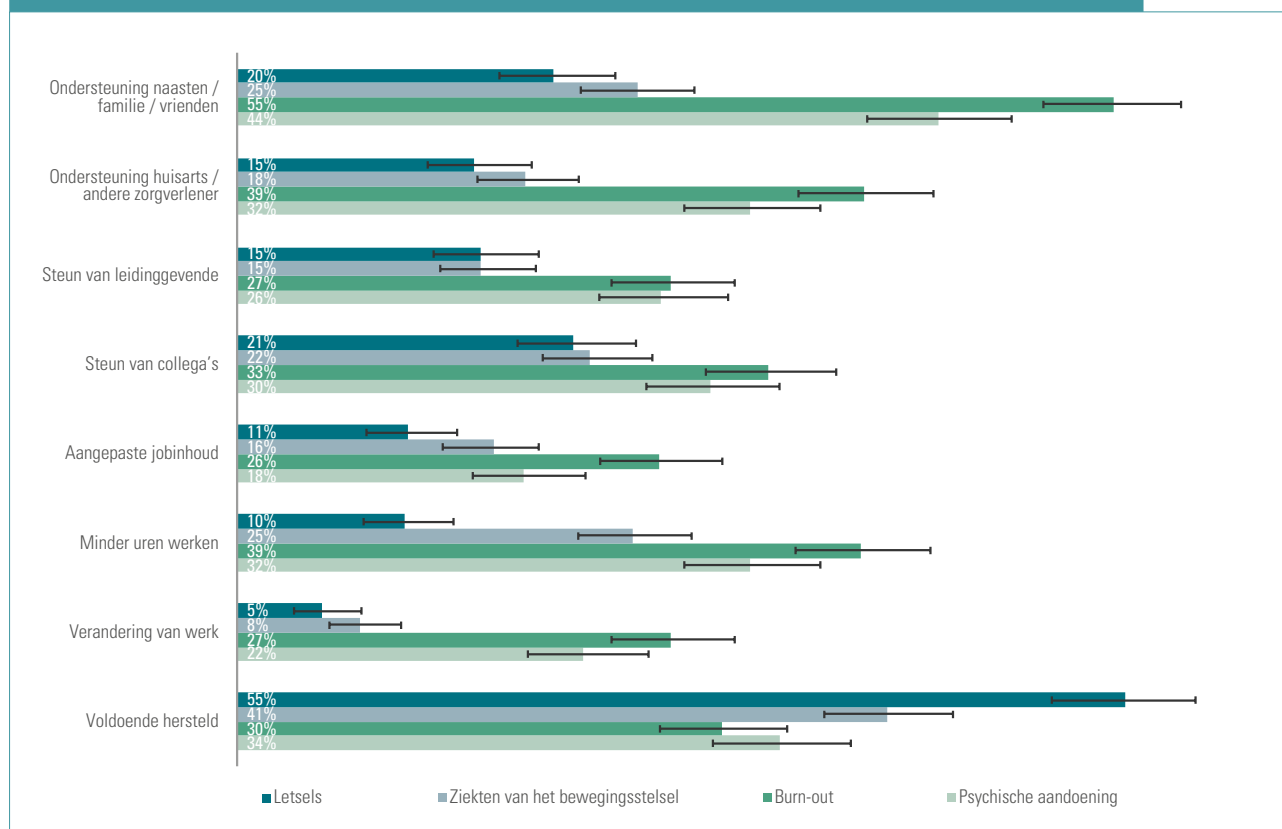
Aan de respondenten die het werk hervat hadden, werd gevraagd welke factoren hen hierbij geholpen of belemmerd hadden.

Figuur 4 toont aan dat de factoren die geholpen hebben tijdens de werkhervatting verschillen volgens de soort

aandoening. Volledig (of voldoende) hersteld zijn, wordt significant vaker genoemd bij personen met een letsel in vergelijking met de andere drie aandoeningen. De ondersteuning door de naaste omgeving wordt significant vaker genoemd bij respondenten met een burn-out in vergelijking met respondenten met een psychische aandoening en deze ligt dan weer hoger dan bij personen met een letsel of ziekte van het bewegingsstelsel. Respondenten met een burn-out of een psychische aandoening vermelden significant vaker de ondersteuning door een huisarts of een andere zorgverlener, de steun van de leidinggevende en verandering van werk zodat men helemaal opnieuw kon beginnen. Tot slot vermelden respondenten met een burn-out vaker een aangepaste jobinhoud als helpende factor in vergelijking met de andere drie aandoeningen. Respondenten met een letsel vermelden het minst vaak minder uren werken in vergelijking met de andere drie aandoeningen.

Op de vraag naar de belemmerende factoren geven personen met een letsel vaker aan dat niets hun werkhervatting bemoeilijkt heeft (zie Figuur 5). Dit ligt significant hoger in vergelijking met personen met een ziekte van het bewegingsstelsel. Personen met een psychische aandoening of een burn-out geven significant minder vaak aan dat niets

Figuur 4: Helpende factoren bij werkhervatting – volgens aandoening



hun werkhervatting bemoeilijkt heeft (in vergelijking met de andere twee aandoeningen).

Bij de respondenten waar er wel één (of meerdere) belemmerende factor(en) was, zijn er ook verschillen tussen de aandoeningen. Respondenten met een letsel geven minder vaak aan dat ze niet voldoende hersteld waren / te vroeg herbegonnen waren in vergelijking met de andere drie aandoeningen. Personen met een burn-out geven vaker aan dat gebrek aan steun van de leidinggevende hun werkhervatting bemoeilijkt heeft (in vergelijking met de andere drie aandoeningen). Tot slot werden respondenten met een burn-out of een psychische aandoening vaker belemmerd door een gebrek aan steun van collega's in vergelijking met personen met een letsel of een ziekte van het bewegingsstelsel. En respondenten met een letsel werden minder vaak belemmerd doordat ze te veel uren moesten werken volgens wat ze nog aankonden in vergelijking met de andere aandoeningen.

De resultaten die we vinden bij de respondenten met een burn-out komen overeen met de resultaten uit een onderzoek dat werd uitgevoerd bij patiënten met een burn-out waarin onder andere de risicofactoren voor herval na werkhervatting in kaart werden gebracht: "Volgens onze

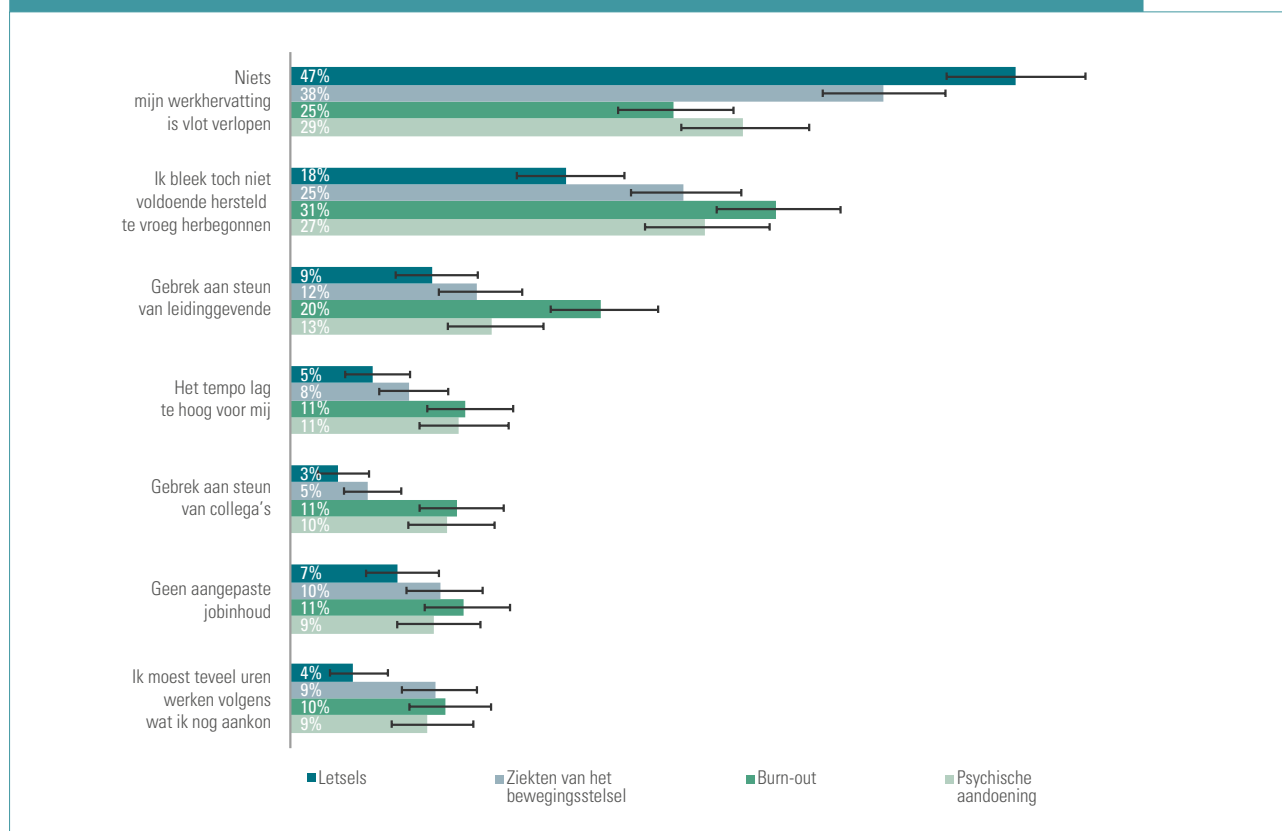
resultaten houden deze terugvallen rechtstreeks verband met de intensiteit van de symptomatologie op het moment van de diagnose, maar ook met de voorwaarden voor terugkeer naar het werk. Een terugkeer naar het werk met intense restverschijnselen, of zelfs tegen het advies van de arts in, verhoogt immers het risico op een terugval. De kenmerken van de werkomgeving op het moment van terugkeer spelen ook een belangrijke rol. Verandering van werkgever vermindert de kans op terugval. Hetzelfde geldt voor degenen die naar hun werkgever terugkeren en door collega's en het management positief worden onthaald" (Massart et al. 2021, p. 88, eigen vertaling).

4.2. Leef tijd

4.2.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

Het aandeel respondenten dat het werk (deels) verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid is gelijk voor alle leeftijdsgroepen. Figuur 6 illustreert dat de redenen waarom het werk (deels) verantwoordelijk wordt geacht, wel samenhangen met de leeftijd. De fysieke zwaarte

Figuur 5: Belemmerende factoren bij werkhervatting – volgens aandoening



van het werk wordt vaker genoemd bij respondenten die ouder zijn dan 45 jaar in vergelijking met respondenten jonger dan 45 jaar. Hoe jonger de respondent is, hoe vaker de slechte relatie met collega's of leidinggevende of de zware relatie met klanten genoemd worden. Ook de onzekerheid op de werkvloer wordt vaker genoemd naarmate de respondent jonger is.

4.2.2. De relatie en de steun van collega's en de leidinggevende

Wat betreft het contact met collega's en de leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid, waren er geen noemenswaardige verschillen volgens leeftijd. De respondenten werden even vaak gecontacteerd door hun collega's en leidinggevende en omgekeerd, ongeacht de leeftijd.

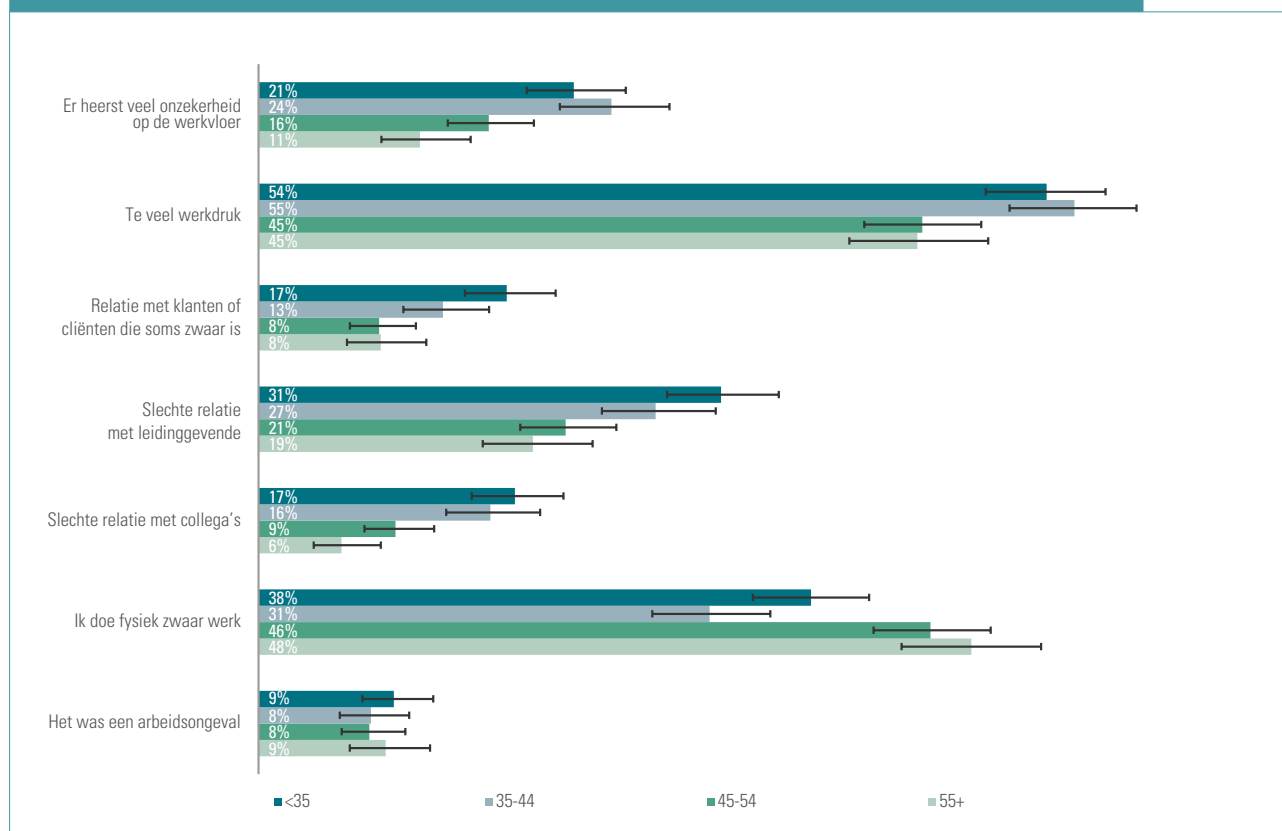
Ook de relatie met de collega's en leidinggevende hangt niet samen met de leeftijd. Zowel de beoordeling van de band voor de arbeidsongeschiktheid als de ervaren steun tijdens de arbeidsongeschiktheid zijn dezelfde voor alle leeftijdsgroepen.

4.2.3. De werkherhvatting

Aandeel dat het werk hervat heeft

Het aandeel personen dat het werk hervat heeft, ligt hoger naarmate men jonger is (van 63% bij min 35-jarigen naar 53% bij 55-plussers). De belangrijkste reden om het werk te hervatten is voor alle leeftijden gelijk: volledig hersteld zijn. Jongere werknemers echter willen vaker hervatten om nuttig bezig te zijn. Zowel voor zichzelf door een nuttige invulling aan hun dagen te geven (39% bij min 35-jarigen tegenover 24% bij 55-plussers) als om zich nuttig te maken voor de maatschappij (26% bij min 35-jarigen tegenover 14% bij 55-plussers). Ze hebben ook vaker nood aan sociale contacten (29% bij min 35-jarigen tegenover 21% bij 55-plussers). Voor deze drie redenen ligt er een breuklijn op 45 jaar: de verschillen zijn significant verschillend voor de leeftijdsgroepen onder de 45 jaar in vergelijking met de groepen boven de 45 jaar. Maar jongere werknemers hervatten het werk ook vaker omwille van sociale druk (9% bij min 35-jarigen tegenover 2% bij 55-plussers) of omdat de financiële situatie met een ziekte-uitkering te moeilijk werd (30% bij min 35-jarigen tegenover 16% bij 55-plussers). Voor deze twee redenen dalen de percentages geleidelijk aan van jong naar oud.

Figuur 6: Redenen waarom werk verantwoordelijk is voor de arbeidsongeschiktheid - volgens leeftijd



De nood aan aanpassingen

35-44-jarigen (52%) en 45-54-jarigen (54%) hebben meer nood aan aanpassingen wanneer ze weer aan het werk gaan na een periode van arbeidsongeschiktheid in vergelijking met 55-plussers (43%). Er is geen samenhang met leeftijd wat betreft het al dan niet krijgen van aanpassingen. Waar er echter wel een samenhang met leeftijd is, is wat men doet als men geen aanpassingen krijgt. Personen onder de 45 jaar veranderen in dat geval vaker van werkgever. Dit was het geval voor 17% van de min 35-jarigen en 20% van de 35-44-jarigen tegenover 8% van de 45-54-jarigen en 6% van de 55-plussers.

Welke aanpassingen wenst men bij een werkhervatting na een periode van arbeidsongeschiktheid? Er zijn slechts twee gewenste aanpassingen waar er een samenhang met leeftijd is en deze bevinden zich in de relationele sfeer. Hoe jonger men is, hoe vaker men wenst te veranderen van team (door te veel spanningen met collega's en leidinggevende) (18% bij min 35-jarigen tegenover 6% bij 55-plussers) en hoe vaker men een betere begeleiding en opvolging wenst door de leidinggevende (31% bij min 35-jarigen tegenover 12% bij 55-plussers).

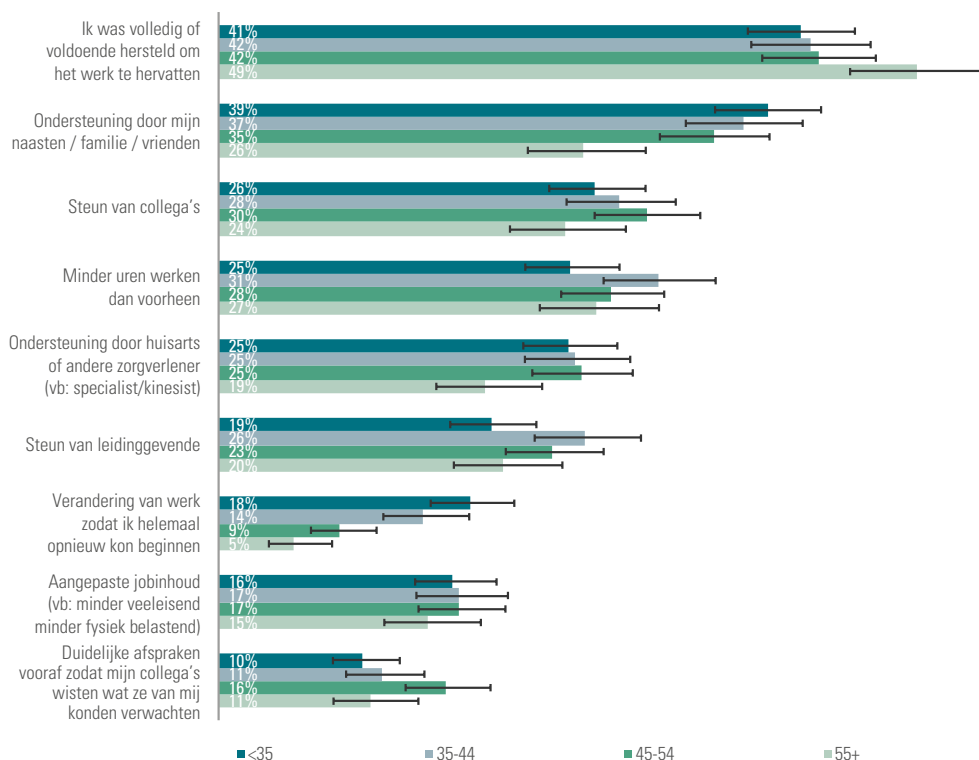
Helpende en belemmerende factoren bij werkhervatting

De respondenten die het werk hervat hebben, werden gevraagd welke factoren hen hierbij geholpen of belemmerd hadden.

Er zijn twee helpende factoren waar er een samenhang met de leeftijd is (zie Figuur 7). 'Verandering van werk zodat ik opnieuw kan beginnen' wordt vaker genoemd bij respondenten onder de 45 jaar in vergelijking met respondenten boven de 45 jaar. Ondersteuning van naasten, vrienden en familie wordt minder vaak als helpende factor genoemd bij 55-plussers in vergelijking met de jongere leeftijdsgroepen.

Hoe ouder de respondent is, hoe vaker die antwoordt dat niets de werkhervatting bemoeilijkt heeft (van 31% bij min 35-jarigen naar 50% bij 55-plussers). Op de factoren die de werkhervatting bemoeilijkt hebben, is er slechts één waar er een samenhang met leeftijd is: te veel uren werken volgens wat men nog aankon. Van de min 35-jarigen geeft 10% dit aan als belemmering en dit daalt tot 5% bij de 55-plussers. Hierbij is het belangrijk om te stellen dat 55-plussers voor hun arbeidsongeschiktheid al minder vaak voltijds aan het werk waren en meer halftijds en deeltijds in vergelijking met hun jongere collega's.

Figuur 7: Helpende factoren bij werkhervatting - volgens leeftijd



4.3. Type werk: handenarbeid versus hoofdarbeid

4.3.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

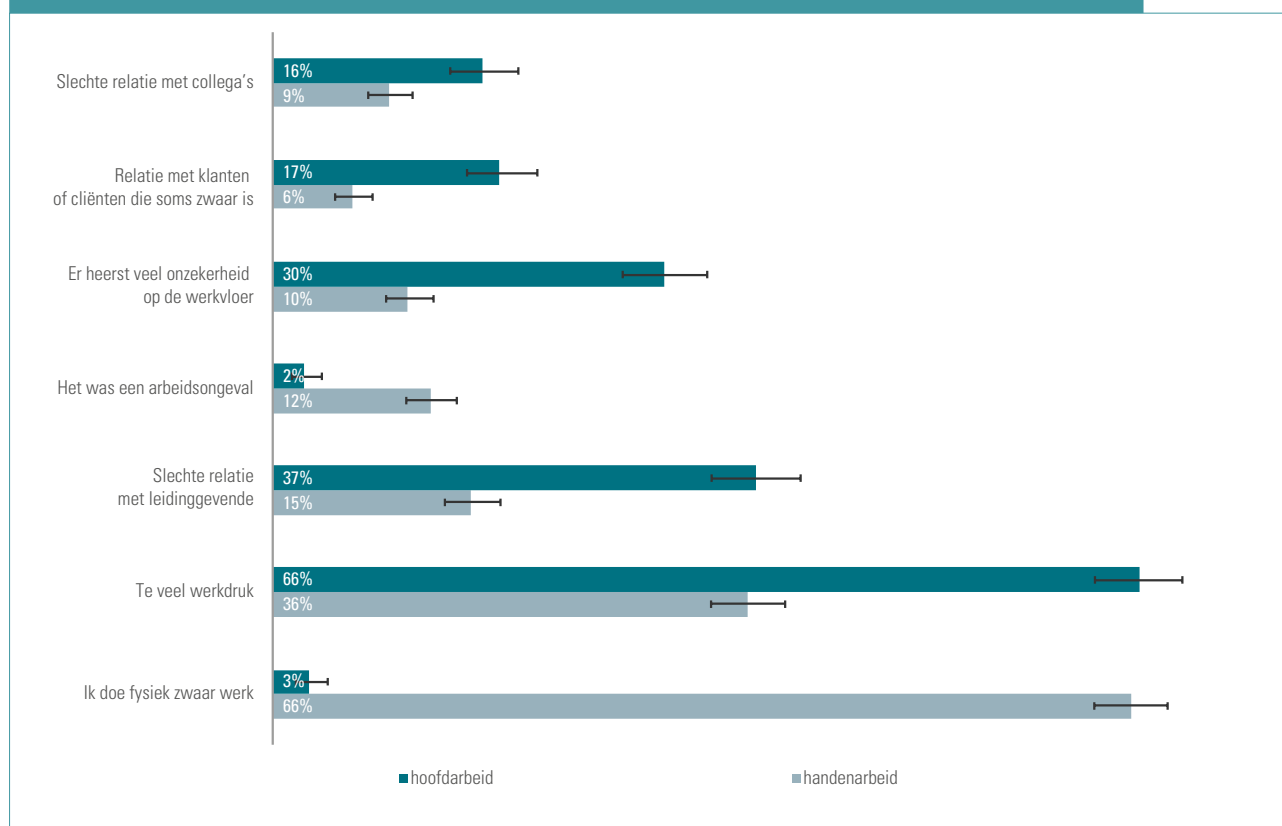
Het aandeel respondenten dat hun werk (deels) verantwoordelijk acht voor hun arbeidsongeschiktheid verschilt niet significant tussen personen die handenarbeid uitvoerden (59%) en deze die hoofdarbeid uitvoerden (56%). De redenen waarom de werksituatie (deels) de oorzaak is van arbeidsongeschiktheid verschillen echter wel significant naar gelang het soort werk (zie Figuur 8). Het fysiek zware werk en arbeidsongevallen worden vaker genoemd door respondenten die handenarbeid uitvoerden. Te veel werkdruk is voor beide types van job een belangrijke reden, maar wordt significant vaker vermeld door respondenten met hoofdarbeid. Ook de relationele factoren (de relatie met de leidinggevende, de collega's en klanten) en de onzekerheid op de werkvloer worden vaker vermeld door respondenten met hoofdarbeid.

4.3.2. De relatie en steun van collega's en leidinggevende

Tijdens de arbeidsongeschiktheid hadden respondenten die hoofdarbeid uitvoerden meer contact met collega's in vergelijking met diegenen die handenarbeid uitvoerden. Het gaat zowel om de collega's die vaker contact opnamen met de respondent (63% tegenover 47%) als om respondenten zelf die vaker contact opnamen met hun collega's (29% tegenover 20%). Personen die hoofdarbeid uitvoerden, gaven vaker aan dat hun leidinggevende contact met hen opnam tijdens de arbeidsongeschiktheid (42%) in vergelijking met respondenten met handenarbeid (26%). Omgekeerd geldt dit echter niet: personen met hoofdarbeid namen even vaak contact op met hun leidinggevende als personen met handenarbeid.

Personen die hoofdarbeid uitvoerden, beoordeelden hun relatie met collega's positiever⁹ (80%) dan personen met handenarbeid (68%). Wat de relatie met de leidinggevende voor de arbeidsongeschiktheid betreft, werd deze negatie-

Figuur 8: Redenen werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid - volgens type werk



⁹ Indien vermeld wordt dat de band positiever beoordeeld wordt, dan verwijst dit naar het feit dat er vaker een (helemaal of eerder) akkoord score wordt gegeven op de stelling "Voor mijn arbeidsongeschiktheid had ik een goede band met ...".

ver¹⁰ beoordeeld door personen die hoofdarbeid uitvoerden (20%) in vergelijking met personen die handenarbeid uitvoerden (10%).

Respondenten die hoofdarbeid uitvoerden, voelden zich tijdens hun arbeidsongeschiktheid beter gesteund door collega's (zowel binnen als buiten de dienst) en de leidinggevende in vergelijking met respondenten die handenarbeid uitvoerden. Dus ook al gaven personen die hoofdarbeid uitvoerden aan dat ze voor de arbeidsongeschiktheid een minder goede band hadden met hun leidinggevende, tijdens de arbeidsongeschiktheid voelen ze zich wel meer gesteund door deze leidinggevende (43%) in vergelijking met respondenten met handenarbeid (38%).

4.3.3. De werkhervatting

Aandeel dat werk hervat heeft

Personen met hoofdarbeid hebben significant vaker het werk hervat (67%) in vergelijking met personen die handenarbeid uitvoerden (55%). Ook wat betreft de redenen

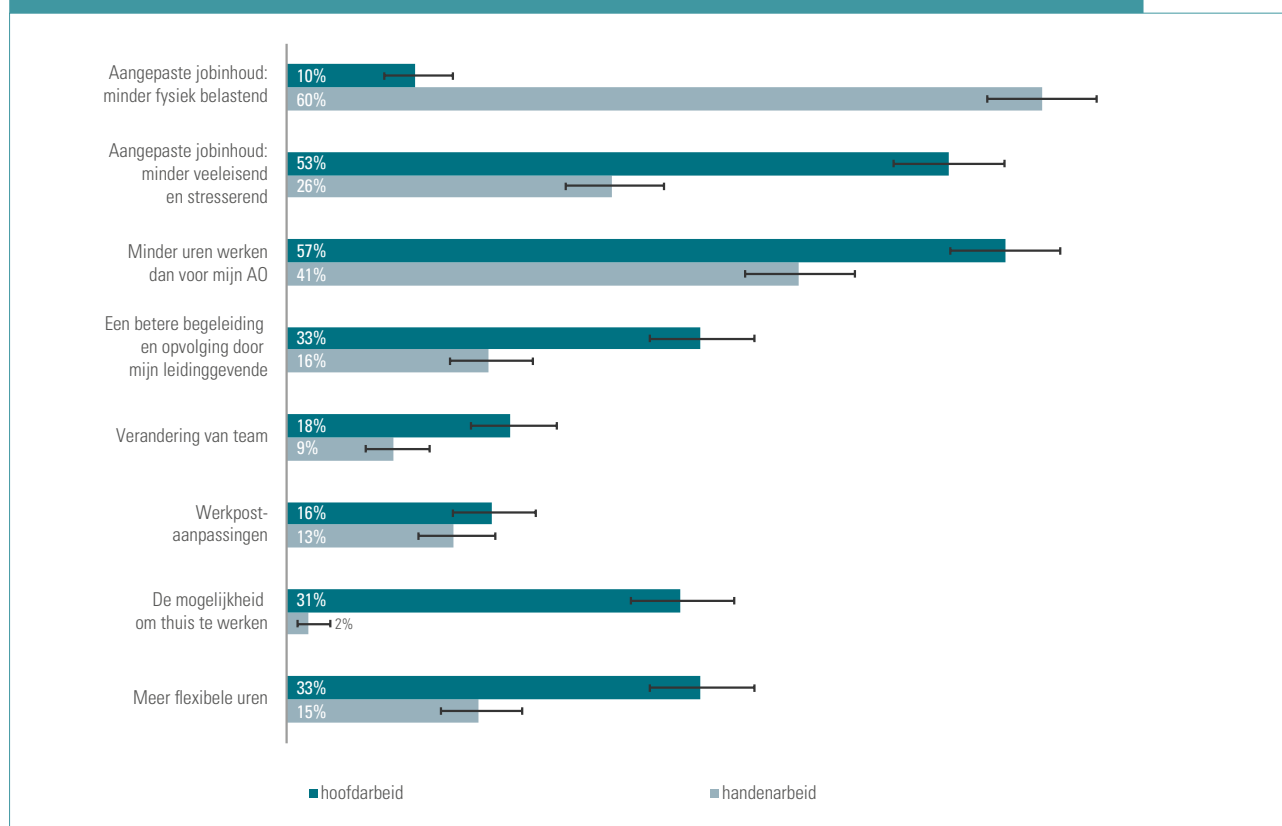
om het werk te hervatten, zijn er verschillen tussen beide groepen. Personen die hoofdarbeid uitvoerden, hervatten significant vaker het werk om de volgende redenen: nood aan sociale contacten (28% bij hoofdarbeid tegenover 21% bij handenarbeid), weer een nuttige invulling geven aan mijn dagen (37% tegenover 26%), zich weer nuttig maken voor de maatschappij (23% tegenover 16%) en omwille van de sociale druk (8% tegenover 3%).

De nood aan aanpassingen

De nood aan aanpassingen is niet significant verschillend voor personen die hoofdarbeid (53%) en handenarbeid (47%) uitvoerden. En ook het aandeel personen dat aanpassingen gekregen heeft, verschilt niet significant tussen hoofdarbeid en handenarbeid.

De soort aanpassing die men nodig heeft, verschilt wel volgens type werk dat men uitvoerde (zie Figuur 9). Welk type job men ook uitvoerde, men heeft in beide gevallen nood aan minder uren werken en een aangepaste jobinhoud. Hoe die jobinhoud juist aangepast moet worden, verschilt

Figuur 9: De gewenste aanpassingen - volgens type werk



10 Indien vermeld wordt dat de band negatiever beoordeeld wordt, dan verwijst dit naar het feit dat er vaker een (helemaal of eerder) niet akkoord score wordt gegeven op de stelling "Voor mijn arbeidsongeschiktheid had ik een goede band met ...".

wel volgens het type job dat men uitvoerde. Indien men hoofdarbeid uitvoerde, gaat het om een minder veeleisende en stresserende jobinhoud. Indien men handenarbeid uitvoerde, gaat het om een minder fysiek belastende jobinhoud. Respondenten die voorheen hoofdarbeid uitvoerden, vermeldden significant vaker de nood aan een betere begeleiding en opvolging door de leidinggevenden, de mogelijkheid om thuis te werken en meer flexibele uren.

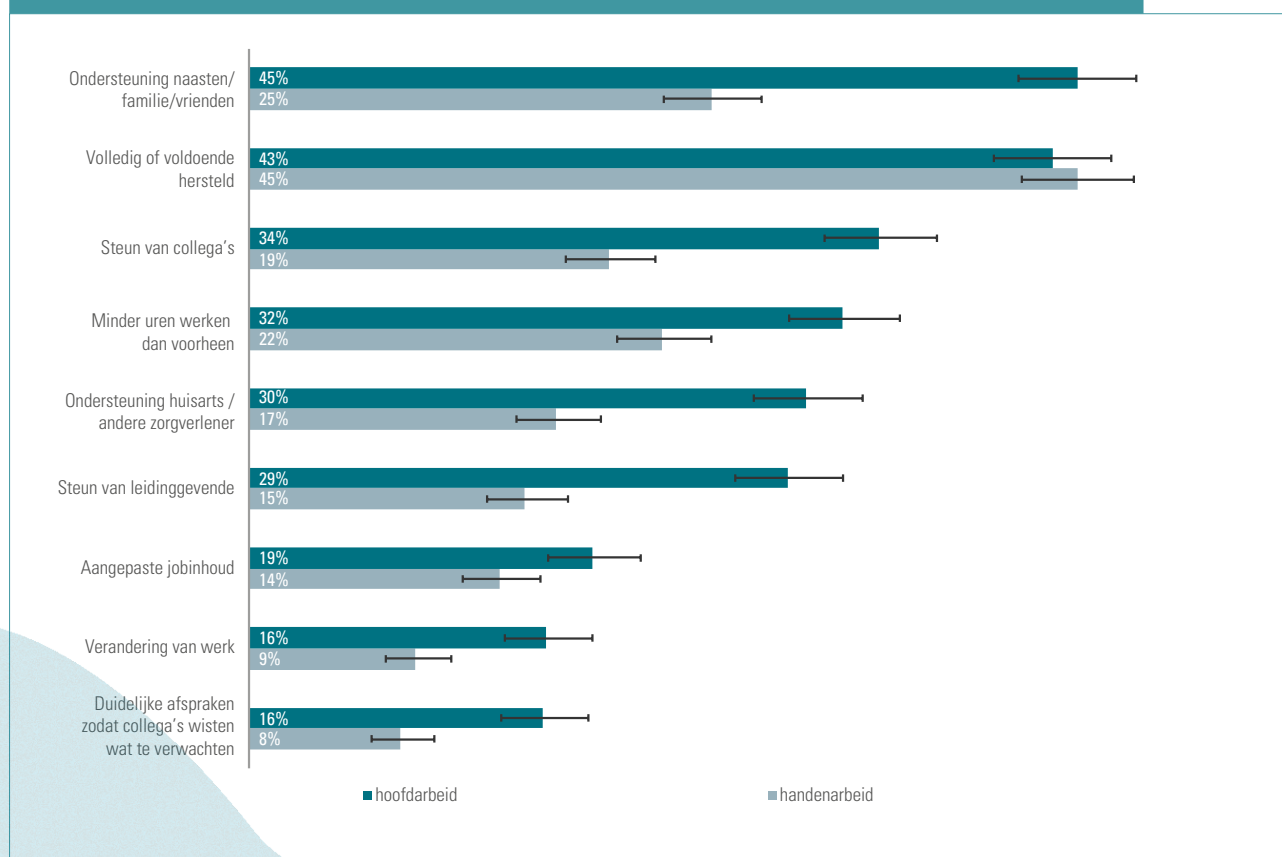
Helpende en belemmerende factoren bij werkhervatting

De respondenten die het werk hervat hebben, werden gevraagd welke factoren hen hierbij geholpen of belemmerd hadden. De factoren die de werkhervatting geholpen hebben, verschillen tussen respondenten die voorheen hoofdarbeid of handenarbeid uitvoerden (zie Figuur 10). De helpende factoren die te maken hebben met sociale ondersteuning worden vaker vermeld door respondenten die hoofdarbeid uitvoerden in vergelijking met handenar-

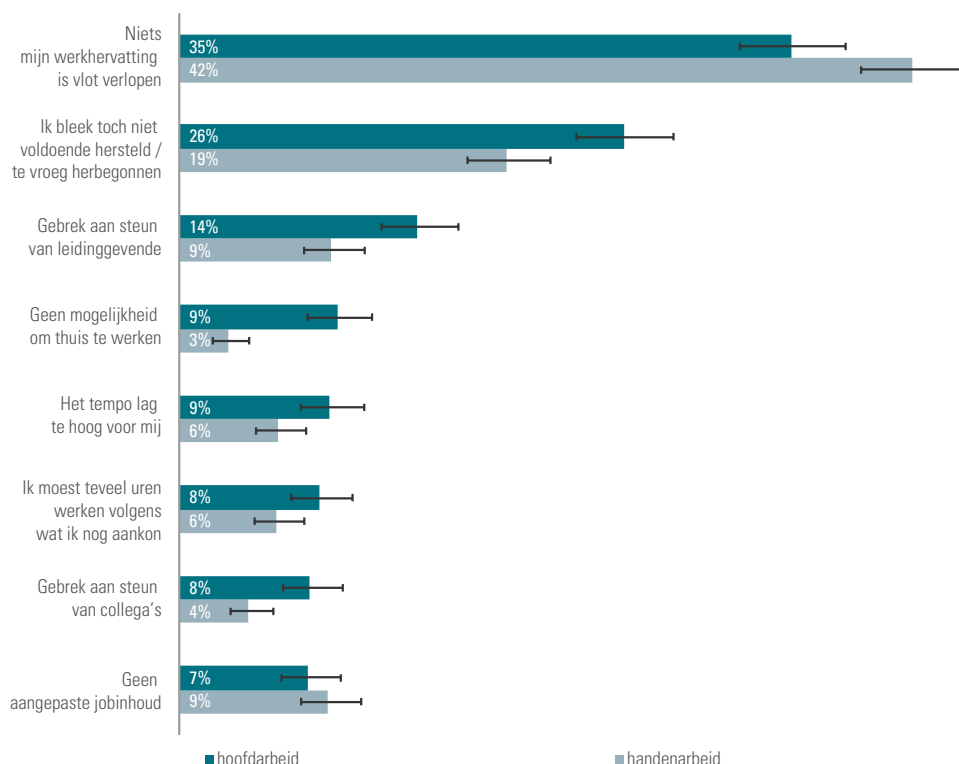
beid. Het gaat hier dan zowel om de ondersteuning door de naaste omgeving, door de huisarts of een andere zorgverlener, als om steun van collega's en de leidinggevende. Respondenten met hoofdarbeid vermelden ook vaker de volgende helpende factoren: minder uren werken dan voorheen, duidelijke afspraken vooraf zodat de collega's wisten wat ze konden verwachten en verandering van werk zodat men helemaal opnieuw kon beginnen.

Significant meer respondenten die handenarbeid uitvoerden gaven aan dat niets hun werkhervatting bemoeilijkte in vergelijking met respondenten met hoofdarbeid (zie Figuur 11). Respondenten die hoofdarbeid uitvoerden, geven significant vaker de volgende factoren aan die hun werkhervatting bemoeilijkten: onvoldoende hersteld / te vroeg herbegonnen, geen mogelijkheid om thuis te werken, gebrek aan steun van de leidinggevende en gebrek aan steun van collega's.

Figuur 10: Helpende factoren bij werkhervatting – volgens type werk



Figuur 11: Belemmerende factoren bij werkherhvatting – volgens type werk



4.4. Bedrijfsgrootte

Ter herinnering: kleine bedrijven hebben minder dan 50 werknemers, middelgrote bedrijven hebben tussen 50 en 500 werknemers en grote bedrijven hebben meer dan 500 werknemers.

4.4.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

Het aandeel respondenten dat het werk verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid verschilt niet volgens bedrijfsgrootte. Voor de redenen waarom het werk hiervoor verantwoordelijk is, zijn er wel enkele significante verschillen volgens bedrijfsgrootte. Een te hoge werkdruk wordt vaker vermeld in middelgrote (52%) of grote bedrijven (54%) in vergelijking met kleine bedrijven (43%). Fysiek zwaar werk wordt vaker genoemd door respondenten in kleine (44%) of middelgrote bedrijven (43%) in vergelijking met respondenten in grote bedrijven (33%).

4.4.2. De relatie en steun van collega's en leidinggevende

In grote bedrijven (40%) nam de leidinggevende vaker contact op met de respondent tijdens hun periode van arbeidsongeschiktheid in vergelijking met respondenten uit middelgrote (32,5%) of kleine bedrijven (31%). In grote bedrijven nemen de collega's eveneens (58%) vaker contact op met de respondent, maar dit is enkel significant verschillend in vergelijking met kleine bedrijven (52,5%). Daarentegen is het aandeel personen dat (enkel) contact had met de personeelsdienst groter bij respondenten uit middelgrote (25%) of grote bedrijven (25%) in vergelijking met respondenten uit kleine bedrijven (16%).

De band met collega's voor de arbeidsongeschiktheid werd beter beoordeeld door respondenten in grote bedrijven (80%) in vergelijking met respondenten in kleine bedrijven (74%). De beoordeling van de band met de leidinggevende verschilt niet volgens bedrijfsgrootte.

De mate waarin men zich ondersteund voelde tijdens de arbeidsongeschiktheid door directe collega's (binnen de dienst) en de leidinggevende verschilt niet volgens bedrijfsgrootte. Men voelt zich wel meer gesteund door andere collega's (collega's buiten de dienst) in middelgrote (44%) of grote bedrijven (42%) in vergelijking met respondenten uit kleine bedrijven (36%).

4.4.3. De werkhervatting

Aandeel dat werk hervat heeft

Respondenten die werkzaam zijn in een klein bedrijf (58%) hebben minder vaak het werk hervat in vergelijking met werknemers uit een groot bedrijf (65%). De redenen waarom men het werk hervat heeft, verschillen niet volgens bedrijfsgrootte.

De nood aan aanpassingen

De nood aan aanpassingen na de arbeidsongeschiktheid en of men deze gewenste aanpassingen krijgt, verschillen niet volgens bedrijfsgrootte. Zelfs de soort aanpassing waar men nood aan heeft, verschilt amper volgens bedrijfsgrootte. Er is slechts één aanpassing met een significant verschil: de mogelijkheid om thuis te werken wordt vaker vermeld bij respondenten uit grote bedrijven (21%) in vergelijking met respondenten uit middelgrote bedrijven (12%).

Helpende en belemmerende factoren bij werkhervatting

Wat de helpende factoren bij een werkhervatting betreft, zijn er enkele verschillen volgens bedrijfsgrootte. Sommige helpende factoren in verband met sociale ondersteuning worden vaker vermeld door respondenten in grote bedrijven in vergelijking met kleine bedrijven. Het gaat om ondersteuning door naasten, familie, vrienden (39% in grote tegenover 31% in kleine bedrijven), ondersteuning door huisarts of andere zorgverlener (27% tegenover 19%) en ondersteuning door bedrijfsarts (12% tegenover 3%). Tot slot wordt 'duidelijke afspraken vooraf zodat mijn collega's wisten wat ze van mij konden verwachten' vaker vermeld bij respondenten werkzaam in een groot bedrijf (15,5%) in vergelijking met respondenten werkzaam in een middelgroot bedrijf (10%).

Er is geen verschil in bedrijfsgrootte voor de factoren die de werkhervatting bemoeilijkt hebben.

4.5. Functie: al dan niet leidinggevende functie

4.5.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

Leidinggevenden (63%) geven vaker aan dat het werk verantwoordelijk was voor hun arbeidsongeschiktheid in vergelijking met niet-leidinggevenden (56%). Ook de redenen waarom het werk hiervoor verantwoordelijk was, verschillen significant tussen beide groepen. Niet-leidinggevenden (44%) vermelden vaker het fysiek zware werk als reden in vergelijking met leidinggevenden (26%). Leidinggevenden vermelden vaker de volgende redenen: slechte relatie met leidinggevende (31% tegenover 24%), te veel werkdruk (61% tegenover 48%) en onzekerheid op de werkvloer (24% tegenover 17%).

4.5.2. De relatie en steun van collega's en leidinggevende

Leidinggevenden (60%) gaven vaker aan dat collega's contact met hen namen tijdens de arbeidsongeschiktheid in vergelijking met niet-leidinggevenden (53%). Leidinggevenden (10%) gaven ook vaker aan geen contact te willen met collega's of leidinggevenden in vergelijking met niet-leidinggevenden (6%).

Leidinggevenden beoordeelden hun relatie met collega's positiever (79%) dan niet-leidinggevenden (71%). Leidinggevenden (18%) beoordelen de relatie met hun leidinggevende voor de arbeidsongeschiktheid negatiever in vergelijking met niet-leidinggevenden (13%).

De mate waarin men zich gesteund voelde tijdens de arbeidsongeschiktheid door de directe collega's binnen de dienst en de leidinggevende verschilt niet tussen beide groepen. Maar wat de steun door collega's buiten de dienst betreft, was er wel een verschil: leidinggevenden (48%) voelden zich beter ondersteund door andere collega's (buiten de dienst) in vergelijking met niet-leidinggevenden (38%).

4.5.3. De werkhervatting

Aandeel dat werk hervat heeft

Het aandeel personen dat het werk hervat heeft en de redenen hiervoor verschillen niet tussen beide groepen.

De nood aan aanpassingen

De nood aan aanpassingen verschilt niet significant tussen leidinggevende en niet-leidinggevende en ook niet de mate waarin men de gewenste aanpassingen krijgt. Wat wel verschilt, is wat men doet als men de gewenste aanpassingen niet krijgt. Leidinggevers (20%) zullen in dat geval vaker van werkgever veranderen dan niet-leidinggevers (11%). Ook het soort aanpassing dat men wenst verschilt. Leidinggevers hebben meer nood aan meer flexibele uren (49% tegenover 38%), de mogelijkheid om thuis te werken (23% tegenover 14%) en een aangepaste jobinhoud die minder veeleisend en stresserend is (49% tegenover 38%). Niet-leidinggevers hebben meer nood aan een aangepaste jobinhoud die minder fysiek belastend is (40% tegenover 22%).

Helpende en belemmerende factoren bij werkhervatting

Wat betreft de helpende factoren zijn er slechts twee factoren met een verschil tussen beiden groepen. Leidinggevers waren vaker geholpen door een verandering van werk zodat men helemaal opnieuw kon beginnen (17% tegenover 11%) en de mogelijkheid om thuis te werken (11% tegenover 5%).

Voor de factoren die de werkhervatting bemoeilijkt hebben, is er geen enkel verschil tussen beide groepen.

4.6. Gezinssituatie

4.6.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

Het aandeel respondenten dat het werk verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid verschilt niet volgens gezinssituatie. De redenen waarom het werk hiervoor verantwoordelijk is, verschilt wel volgens gezinssamenstelling. Alleenstaanden vermelden vaker de slechte relatie met collega's (18%) en de relatie met klanten die soms zwaar is (19%) in vergelijking met respondenten met een partner (beiden 10%) of respondenten met een partner en kinderen (respectievelijk 11% en 9%). Respondenten met partner vermelden vaker het fysiek zwaar werk (46%) als reden in vergelijking met alleenstaanden, alleenstaande ouders (beiden 34%) of respondenten met partner en kinderen (39%).

4.6.2. De relatie met en steun van collega's en leidinggevende

Collega's namen vaker contact op met respondenten met partner (56%) of respondenten met partner en kind (55%) in vergelijking met alleenstaanden (48%). Alleenstaande ouders (50%) zitten hier tussenin zonder significant te verschillen van de andere groepen. Alleenstaanden (8%) gaven vaker aan absoluut geen contact te willen met hun collega's of leidinggevende in vergelijking met respondenten met partner (4%).

De band met collega's wordt beter beoordeeld door respondenten met een partner (75%) of respondenten met partner en kinderen (74%) in vergelijking met alleenstaanden (67%) of alleenstaande ouders (66%). De band met de leidinggevende voor de arbeidsongeschiktheid verschilt niet volgens gezinssituatie.

De respondenten met een partner (52%) of met een partner en kinderen (50%) voelen zich tijdens hun arbeidsongeschiktheid ook beter gesteund door hun directe collega's in vergelijking met alleenstaanden (44%) of alleenstaande ouders (37,5%). Voor de ondersteuning door de leidinggevende en de andere collega's is er geen verschil volgens gezinssituatie. De enige uitzondering is dat respondenten met partner (43%) zich beter ondersteund voelen door hun leidinggevende dan alleenstaanden met kinderen (33%).

4.6.3. De werkhervatting

Aandeel dat werk hervat heeft

Er is geen verschil in werkhervatting volgens de gezinssituatie. Waar wel een verschil op zit, is de reden waarom men het werk wou hervatten. Alleenstaande ouders (38%) gaven vaker aan dat hun financiële situatie met een ziekte-uitkering te moeilijk werd in vergelijking met alleenstaanden (25%), respondenten met partner (21%) of respondenten met partner en kinderen (24%). Alleenstaande ouders (39%) gaven minder vaak als reden volledig (of voldoende) hersteld zijn in vergelijking met respondenten met partner (52%). En alleenstaande ouders (24%) gaven ook minder als reden 'om weer een nuttige invulling te geven aan hun dagen' in vergelijking met alleenstaanden (36%).

De nood aan aanpassingen

De nood aan aanpassingen en of men deze gewenste aanpassingen krijgt, verschillen niet volgens gezinssituatie. Er is slechts één gewenste aanpassing met een significant verschil volgens gezinssituatie. Alleenstaande ouders

(24%) wensen vaker de mogelijkheid om thuis te werken in vergelijking met respondenten met een partner (11%).

Helpende en belemmerende factoren bij werkhervatting

De helpende factoren verschillen amper volgens gezinssituatie. Enkel de ondersteuning door naasten, familie, vrienden wordt vaker vermeld door respondenten met partner en kinderen (39%) in vergelijking met alleenstaanden (30%).

Ook voor de factoren die de werkhervatting bemoeilijkt hebben, is er amper een verschil volgens gezinssituatie. Respondenten met partner en kinderen (40%) gaven vaker aan dat niets hun werkhervatting bemoeilijkt heeft in vergelijking met alleenstaande ouders (30%).

5. Samenvatting van de belangrijkste resultaten

5.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

Het aandeel respondenten dat **het werk verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid** verschilt in grote mate volgens de aandoening. Dit ligt het hoogst bij een burn-out, gevolgd door een psychische aandoening of een ziekte van het bewegingsstelsel en ligt het laagst bij een letsel. Er werd eveneens een verschil vastgesteld volgens functie: leidinggevenden gaven vaker aan dat ze het werk verantwoordelijk achtten dan niet-leidinggevenden.

De **redenen waarom het werk hier verantwoordelijk voor wordt geacht**, verschillen volgens alle bestudeerde kenmerken.

- Een hoge werkdruk wordt significant vaker vermeld bij een psychische aandoening, een burn-out, bij hoofdarbeid, door leidinggevenden, in middelgrote of grote bedrijven.
- Het fysiek zwaar werk is vooral een oorzaak bij respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel, een letsel, bij oudere respondenten, bij handenarbeid, bij niet-leidinggevenden, in kleine of middelgrote bedrijven.
- De relationele problemen (slechte relatie met collega's en leidinggevende en moeilijke relatie met klanten) is vaker een aanleiding bij een psychische aandoening, een burn-out, jongere respondenten of bij hoofdarbeid. Leidinggevenden vermelden vaker de slechte relatie met hun eigen leidinggevende.

- De onzekerheid op de werkvloer wordt vaker als reden gegeven bij een psychische aandoening, een burn-out, jongere respondenten, bij hoofdarbeid of leidinggevenden.

5.2. De relatie met en steun van collega's en leidinggevende

De **evaluatie van de band met collega's voor de arbeidsongeschiktheid** verschilt volgens de aandoening, het type werk, de bedrijfsgrootte, de functie en de gezinssituatie. De **band met de leidinggevende** verschilt enkel volgens aandoening, type werk en functie.

- Respondenten met een psychische aandoening of een burn-out gaven aan dat ze een minder goede band hadden met hun collega's en leidinggevende voor de arbeidsongeschiktheid. De minder goede band met de leidinggevende voor de arbeidsongeschiktheid is nog groter bij personen met een burn-out dan bij personen met een psychische aandoening.
- Personen die hoofdarbeid uitvoerden, beoordeelden hun band met collega's beter en hun band met de leidinggevende minder goed in vergelijking met personen die handenarbeid uitvoerden.
- Leidinggevenden hadden voor de arbeidsongeschiktheid een betere band met hun collega's maar een minder goede band met hun leidinggevende in vergelijking met personen die geen leidinggevende functie hadden.
- Personen in grote bedrijven beoordeelden hun band met collega's positiever dan personen uit kleine bedrijven.
- De band met collega's wordt beter beoordeeld door personen met een partner (zowel met als zonder kinderen) in vergelijking met alleenstaanden of alleenstaande ouders.

De **evaluatie van de steun van collega's en/of leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid** verschilt volgens de aandoening, het type werk, de gezinssituatie, de bedrijfsgrootte en de functie.

- Respondenten met een psychische aandoening of een burn-out voelen zich minder gesteund door collega's en leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid (in vergelijking met de andere twee aandoeningen). De minder ervaren steun door de leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid is nog groter bij personen met een burn-out dan bij personen met een psychische aandoening.
- Respondenten die hoofdarbeid uitvoerden, voelden zich tijdens hun arbeidsongeschiktheid beter gesteund door collega's en de leidinggevende in vergelijking met respon-

denten die handenarbeid uitvoerden. Dus ook al gaven personen die hoofdarbeid uitvoerden aan dat ze voor de arbeidsongeschiktheid een minder goede band hadden met hun leidinggevende, tijdens de arbeidsongeschiktheid voelen ze zich wel meer gesteund door hun leidinggevende in vergelijking met respondenten met handenarbeid.

- De respondenten met een partner (zowel met als zonder kinderen) voelden zich tijdens hun arbeidsongeschiktheid beter gesteund door hun directe collega's in vergelijking met alleenstaanden of alleenstaande ouders.
- In middelgrote of grote bedrijven voelde men zich meer gesteund door andere collega's buiten de dienst in vergelijking met kleine bedrijven.
- Leidinggevendenden voelden zich beter ondersteund door andere collega's (buiten de dienst) in vergelijking met niet-leidinggevendenden.

De **contacten met collega's en leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid** verschillen volgens aandoening, type werk, bedrijfsgrootte, functie en gezinssituatie.

- Personen met een burn-out of een psychische aandoening namen minder vaak contact op met hun leidinggevende en gaven ook vaker aan absoluut geen contact te willen met hun collega's of leidinggevende.
- Respondenten die hoofdarbeid uitvoerden, hadden meer contact met collega's in vergelijking met diegenen die handenarbeid uitvoerden.
- In grote bedrijven nam de leidinggevende vaker contact op met de respondent in vergelijking met respondenten uit middelgrote of kleine bedrijven. In grote bedrijven nemen de collega's eveneens vaker contact op met de respondent, maar dit is enkel significant verschillend in vergelijking met kleine bedrijven.
- Leidinggevendenden geven vaker aan dat collega's contact met hen namen tijdens de arbeidsongeschiktheid in vergelijking met niet-leidinggevendenden. Leidinggevendenden gaven ook wel vaker aan geen contact te willen met collega's of leidinggevendenden in vergelijking met niet-leidinggevendenden.
- Collega's namen vaker contact op met respondenten met partner (zowel met als zonder kinderen) in vergelijking met alleenstaanden.

5.3. De werkhervatting

De **redenen waarom men het werk wou hervatten**, verschillen volgens aandoening, leeftijd, type werk en gezinssituatie.

- De belangrijkste reden om het werk te hervatten, voldoende of volledig hersteld zijn, verschilt enkel volgens aandoening. Personen met een letsel gaven dit vaker als reden in vergelijking met de andere drie aandoeningen.
- Personen met een burn-out, een psychische aandoening, jongere werknemers of personen die hoofdarbeid uitvoerden, vermeldde vaker een nuttige invulling aan hun dagen te willen geven en zich weer nuttig te willen maken voor de maatschappij.
- Nood aan sociale contacten werd vaker als reden gegeven door jongere werknemers of personen die hoofdarbeid uitvoerden.
- Personen met een psychische aandoening, een burn-out, jongere werknemers of personen die hoofdarbeid uitvoerden, gaven vaker als reden voor hun werkhervatting dat ze zich gedwongen voelden door de sociale druk.
- Alleenstaande ouders of jongere werknemers gaven vaker aan dat de financiële situatie met een ziekte-uitkering te moeilijk werd.

De **nood aan aanpassingen** aan het werk na de arbeidsongeschiktheid verschilt enkel volgens de aandoening. Deze nood is het hoogst bij respondenten na een burn-out, ligt significant lager bij respondenten na een psychische aandoening of een ziekte van het bewegingsstelsel en is het laagst na een letsel.

Er zijn geen verschillen wat betreft het krijgen van de gewenste aanpassingen. Wat men doet als men de gewenste aanpassingen niet krijgt, verschilt wel volgens aandoening, leeftijd en functie. Personen met een burn-out, een psychische aandoening, jongere werknemers of leidinggevendenden veranderen in dat geval vaker van werkgever.

Alle bestudeerde kenmerken zijn gerelateerd aan **welke aanpassing** men nodig heeft.

- Respondenten met een burn-out, een psychische aandoening, die hoofdarbeid uitvoerden of een leidinggevende functie hadden, willen hun jobinhoud vooral minder veeleisend en stresserend.
- Respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel, een letsel, die handenarbeid uitvoerden of die geen leidinggevende functie hadden, willen vooral fysiek minder zwaar werk.

- De relationele aanpassingen (betere begeleiding door de leidinggevende en verandering van team) worden significant vaker gevraagd door respondenten met een burn-out, een psychische aandoening of jongere werknemers.
- De mogelijkheid om thuis te werken wordt vaker gevraagd door personen die hoofdarbeid uitvoerden, in grote bedrijven werken of een leidinggevende functie hebben.

De **factoren die de werkhervatting hielpen** verschillen volgens de aandoening, de leeftijd, het type werk, de bedrijfsgrootte en de functie.

- Respondenten met een burn-out, een psychische aandoening, jongere respondenten, die voorheen hoofdarbeid verrichtten of in grote bedrijven werkten, waren vaker geholpen door de ondersteuning van naasten, familie en vrienden.
- Respondenten met een burn-out, een psychische aandoening, jongere respondenten, die voorheen hoofdarbeid verrichtten of leidinggevend, waren vaker geholpen door verandering van werk zodat men helemaal opnieuw kon beginnen.
- Respondenten met een letsel waren vaker geholpen door volledig (of voldoende) hersteld te zijn.
- De andere ondersteunende factoren (door de huisarts of andere zorgverlener, de leidinggevende en de collega's) werden vaker genoemd door respondenten met een burn-out, een psychische aandoening of hoofdarbeid.
- Respondenten die in grote bedrijven werken, vermelden vaker enkele ondersteunende factoren, zoals de ondersteuning door de huisarts of andere zorgverlener en de bedrijfsarts.
- Minder uren werken dan voorheen heeft vaker personen met een burn-out of hoofdarbeid geholpen.
- En tot slot werd een aangepaste jobinhoud vaker gemeld door respondenten met een burn-out als een helpende factor voor de werkhervatting.

De werkhervatting is vlotter verlopen bij respondenten met een letsel, een ziekte van het bewegingsstelsel of die voorheen handenarbeid uitvoerden. De **factoren die de werkhervatting bemoeilijkten**, verschillen volgens de aandoening, de leeftijd en het type werk.

- Respondenten met een burn-out of hoofdarbeid gaven vaker aan dat ze belemmerd waren door gebrek aan steun van de leidinggevende.
- Gebrek aan steun van collega's werd vaker vermeld door respondenten met een burn-out, een psychische aandoening of hoofdarbeid.

- Personen met een letsel of handenarbeid werden minder vaak belemmerd door onvoldoende hersteld te zijn.
- Jongere respondenten gaven vaker aan dat ze te veel uren moesten werken volgens wat ze nog aankonden.

6. Aanbevelingen

De resultaten uit het eerste artikel resulteerden in een aantal aanbevelingen over **een globale aanpak van preventie**. Zo werd aan de werkgevers de aanbeveling geformuleerd "om het welzijnsbeleid te versterken en om in overleg met hun Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk een alomvattend preventie- en reïntegratiebeleid te ontwikkelen. Dit welzijn moet in brede zin worden opgevat: het gaat niet alleen om de geestelijke gezondheid, maar ook om de lichamelijke gezondheid van de werknemers" (Vancorenland, et al., 2021, p. 46-47). Véronique Crutzen, (psycholoog en adviseur-generaal van de FOD Werkgelegenheid), formuleert het belang om van preventie een prioriteit te maken als volgt: «Of het nu gaat om geestelijke of lichamelijke gezondheid, ... Als men brand wil vermijden, begint men met niet te veel brandbare stoffen op te slaan, branddeuren en brandblussers te installeren en evacuatieoefeningen te houden in een gebouw. Voor psychosociale risico's is de aanpak hetzelfde: je moet optreden voordat mensen ziek worden. (Van Lil, 2022, eigen vertaling). Eveneens werd de volgende aanbeveling geformuleerd: "Het lijkt ons essentieel dat de regering en de beleidsmakers de werkgevers meer stimulansen geven om hun werknemers te re-integreren, door het aanbieden van echt aangepast werk" (Vancorenland, et al., 2021, p. 53).

De analyses uit het huidige artikel brengen aan het licht dat de noden binnen de diverse groep van personen in arbeidsongeschiktheid verschillen volgens de aandoening, de leeftijd, het type werk, de bedrijfsgrootte, de functie en de gezinssituatie. Naast de nood aan een globale aanpak van preventie, die ingebed moet worden in regelgeving en in de bedrijfscultuur, geeft dit artikel aanwijzingen voor **preventie op maat**. Beiden moeten samen bestaan. Eerst moet een algemeen kader rond preventie bestaan. De concrete invulling ervan kan geïnspireerd worden op de resultaten uit onze extra analyses. Hoe meer ingespeeld wordt op de individuele noden, hoe groter de kans dat de globale maatregelen rond preventie kans op slagen hebben. Een globale aanpak van preventie wordt zo verfijnd met een aanpak op maat, rekening houdend met de individuele noden.

6.1. Voorkomen van arbeidsongeschiktheid

Op globaal niveau is het belangrijk dat er meer werk wordt gemaakt van een alomvattend preventiebeleid in bedrijven om arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Hoe deze preventieve maatregelen er dan juist moeten uitzien, zal in de concrete uitvoering op maat moeten gebeuren. De analyses uit dit artikel toonden aan dat niet voor iedereen dezelfde risicofactoren gelden.

De aanbeveling op maat is: hou rekening met de specifieke situatie van de persoon, zoals onder andere het type werk (hoofdarbeid versus handenarbeid), de leeftijd en de functie, om arbeidsongeschiktheid te voorkomen.

Preventie van arbeidsongeschiktheid gebeurt door in te grijpen op die factoren die als reden werden gegeven waarom het werk een rol speelde in de arbeidsongeschiktheid (de risicofactoren). Verschillende types van job brengen ook andere risicofactoren met zich mee. Bij personen die handenarbeid uitvoeren, is dit de fysieke zwaarte van de job. Preventieve maatregelen kunnen vooral ingrijpen om te vermijden dat de fysieke componenten van de job leiden tot een arbeidsongeschiktheid. Personen die daarentegen hoofdarbeid uitvoeren, hebben andere risicofactoren zoals de hoge werkdruk, de slechte relatie met de leidinggevende en de onzekerheid op de werkvloer. Bij hen zal er meer aandacht moeten gaan naar de relationele componenten in de job als ook naar de werkdruk en de eventuele onzekerheid die er heerst op de werkvloer. Het is evengoed belangrijk te realiseren dat risicofactoren kunnen verschillen volgens leeftijd. Oudere werknemers zijn eerder gevoelig aan de fysieke componenten van de job en jongere werknemers zijn dan weer gevoeliger aan de relationele componenten van de job en de onzekerheid op de werkvloer. Specifieke aandacht dient ook te gaan naar personen met een leidinggevende functie. Bij hen ligt het risico bij de slechte relatie met hun eigen leidinggevende, te veel werkdruk en onzekerheid op de werkvloer.

Een onderzoek toonde aan dat preventie van burn-out een beter en meer langdurig effect heeft als men niet enkel persoonsgerichte interventies uitvoert (bijvoorbeeld: verhogen van persoonlijke *coping skills*) maar een combinatie van persoonsgerichte en organisatorische interventies (bijvoorbeeld: taakherstructurering, evaluatie van het werk en supervisie met het doel de werkeisen te verlagen en de mate van controle of de participatie in beslissingen te doen stijgen) (Awa, et al., 2010). Dit onderzoek illustreert dat preventie van burn-out niet louter een individuele aangelegenheid is, maar dat er ook op bedrijfsniveau en organisatorisch ge-

werkt moet worden om effect te hebben. Preventie van burn-out zal niet werken als men de verantwoordelijkheid bij het individu legt en men op bedrijfsniveau geen veranderingen doorvoert.

Deze bevindingen werden bevestigd in ander onderzoek: "Naast maatregelen op individueel niveau kan worden overwogen aspecten van de bedrijfscultuur en de werkmethoden van de organisatie te veranderen om burn-out effectiever te voorkomen. Veranderingen in werkdruk of werkmethoden lijken stressoren en factoren die tot burn-out kunnen leiden te verminderen. Er zijn aanwijzingen dat organisatorische maatregelen een langduriger effect hebben dan individuele benaderingen. Dit overzicht van aanwijzingen ondersteunt de bredere literatuur die stelt dat organisatorische interventies op de werkplek effectiever kunnen zijn dan individuele interventies alleen. Dit zou een combinatie kunnen inhouden van proactieve preventieve benaderingen gericht op de organisatorische omgeving en secundaire managementbenaderingen gericht op individuen. Het combineren van benaderingen op individueel en organisatorisch niveau omvat een systeemverandering waarbij een participatieve omgeving wordt ingevoerd, open communicatie, steun van managers en collega's, een cultuur van leren en succesvolle deelname van werknemers aan de planning en uitvoering van programma's worden bevorderd» (Public Health England, 2016, p. 5, eigen vertaling).

6.2. Contact tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid

Op globaal niveau is het een aandachtspunt voor de werkgever om niet altijd te snel contact op te nemen met de persoon in arbeidsongeschiktheid. Beter is om eerst in te schatten wat de noden van de persoon zelf zijn op dit vlak. De globale resultaten uit het onderzoek "Traject arbeidsongeschiktheid" gaven aan dat het voor sommige personen helpend was geweest om contact met het werk te houden, maar dat anderen (gedurende een tijd) liever wat afstand hielden van het werk.

De aanbeveling op maat is: hou bij contact tijdens de arbeidsongeschiktheid rekening met de specifieke situatie van de persoon zoals de aandoening en de functie.

De extra analyses in dit artikel tonen aan dat het vooral personen in een burn-out, met een psychische aandoening of een leidinggevende functie zijn die liever geen contact hebben met het werk (zowel met collega's als de leidinggevende). In deze drie groepen is het dus zeker belangrijk om

eerst te polsen of de persoon in arbeidsongeschiktheid wel contact wil met het werk en indien dit niet het geval is, om dat zeker te respecteren.

6.3. De werkhervatting

Op globaal niveau is het belangrijk dat op bedrijfsniveau meer aandacht gaat naar aanpassingen aan het werk na een periode van arbeidsongeschiktheid. We herinneren hier aan de resultaten uit het eerste artikel waaruit bleek dat een aanzienlijk deel van de respondenten die aanpassingen wensten, deze niet kregen. Globaal wil dit dus zeggen dat voor iedereen die na een periode van arbeidsongeschiktheid terug aan het werk gaat, nagegaan wordt of er nood is aan aanpassingen en om in het bedrijf ervoor te zorgen dat deze aanpassingen gerealiseerd kunnen worden. Een aanpak op maat vertrekt vanuit de vastgestelde resultaten in dit artikel. Deze tonen aan dat de nood aan aanpassingen niet bij iedereen hetzelfde is.

De aanbeveling op maat is: hou bij de werkhervatting rekening met de specifieke situatie van de persoon zoals onder andere de aandoening, type job en leeftijd.

Personen die weer aan het werk gaan na een periode van arbeidsongeschiktheid wegens een burn-out zullen meer nood hebben aan aanpassingen. Bovendien is het belangrijk te beseffen dat niet iedereen nood heeft aan dezelfde aanpassingen. Iemand die arbeidsongeschikt was wegens een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel zal eerder een aangepaste job willen die fysiek minder zwaar is. Een persoon die het werk hervat na een burn-out zal eerder nood hebben aan een minder veeleisende en stresserende job en/of aan meer begeleiding en ondersteuning door de leidinggevende. Ook personen die voor hun arbeidsongeschiktheid hoofdarbeid of een leidinggevende functie uitvoerden, zullen eerder een aangepaste jobinhoud willen die minder veeleisend en stresserend is, terwijl mensen die handenarbeid uitvoerden eerder een fysiek minder zware job wensen. En jongere personen zullen na hun arbeidsongeschiktheid meer nood hebben aan de relationele aanpassingen zoals een betere begeleiding door de leidinggevende of verandering van team.

Het is eveneens belangrijk om een zicht te hebben op de factoren die hielpen of net een belemmering vormden tijdens de werkhervatting. Inzicht in deze factoren leert namelijk wat gedaan kan worden om de werkhervatting zo vlot als mogelijk te laten verlopen. De extra analyses hebben aangetoond dat de helpende en belemmerende factoren bij een werker-

vatting verschillend zijn. De ondersteuning door leidinggevende en collega's zijn factoren die personen met een psychische aandoening, een burn-out of die voorheen hoofdarbeid uitvoerden, hielpen tijdens hun werkhervatting. Hierop inzetten, en in het bijzonder bij deze drie groepen, is dus een belangrijke manier om aan preventie te doen van herval in arbeidsongeschiktheid. Een belemmerende factor bij werkhervatting is te vroeg het werk hervat hebben / onvoldoende hersteld zijn. Dit werd vaker vermeld bij personen met een psychische aandoening, een burn-out of die voordien hoofdarbeid uitvoerden. Het is heel belangrijk om de persoon in arbeidsongeschiktheid de tijd te geven om voldoende of volledig te herstellen, zonder druk te leggen om weer naar het werk te komen. Zeker bij deze drie groepen moet hier extra aandacht naar gaan.

Deze aanbevelingen in de periode van de werkhervatting liggen in lijn met onderzoek bij respondenten met een burn-out, maar waarvan de conclusies breder opengetrokken kunnen worden naar andere aandoeningen: «In het algemeen wordt de terugkeer naar het werk na een burn-out beschouwd als een eindpunt, dat wil zeggen het einde van de ziekte-toestand. Een duurzame terugkeer naar het werk vereist echter dat de noodzakelijke voorwaarden voor een veilige terugkeer naar het werk worden geschapen, op het juiste moment, om uiteindelijk terug te keren naar het niveau van efficiëntie en tevredenheid dat vóór de onderbreking bestond. Deze terugkeer naar het werk is een dynamisch proces dat zich in de tijd voltrekt, wordt voorbereid vanaf de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid en doorgaat tot ver na de terugkeer naar het werk. Het is niet noodzakelijk een terugkeer naar de vorige situatie: het proces kan een verandering van de werkomgeving, het statuut, de arbeidsomstandigheden of de functie inhouden» (Massart, et al. 2021, p. 89, eigen vertaling).

7. Conclusie

De resultaten van de extra analyses die in dit artikel beschreven werden, hebben aangetoond dat de groep van personen in arbeidsongeschiktheid divers is. De vraag die aan de basis van deze extra analyses lag, was de volgende: 'Verschillen de ervaringen en noden van personen als ze verschillen volgens aandoening, leeftijd, type werk, bedrijfsgrootte, functie en gezinssituatie?'. Deze vraag kan positief beantwoord worden op basis van de resultaten die in dit artikel voorgesteld werden. Ja, indien er verschillen zijn volgens aandoening, leeftijd, type werk, bedrijfsgrootte, functie en gezinssituatie, dan verschillen ook de noden

en ervaringen van personen rond de periode van arbeidsongeschiktheid. De resultaten uit de extra analyses tonen duidelijk aan dat onder andere de redenen waarom het werk een rol speelt in de arbeidsongeschiktheid, de relatie met collega's en leidinggevende voor en tijdens de arbeidsongeschiktheid en de noden tijdens de werkhervatting verschillend zijn. De analyses brachten aan het licht dat vooral het soort aandoening, de leeftijd en het type werk (hoofdarbeid versus handenarbeid) grote verschillen in noden en ervaringen met zich meebrengen.

Deze extra analyses zijn belangrijk en vormen een meerwaarde voor de kennis binnen het domein van de arbeidsongeschiktheid. Het is dankzij de getuigenissen van 4.350 respondenten, die hun ervaringen met ons wilden delen in een online-enquête, dat we tot dit inzicht zijn gekomen. Dit

is geen informatie die we uit onze databestanden kunnen halen. De conclusies uit deze extra analyses stellen ons in staat om meer verfijnd te weten te komen wat gedaan kan worden om arbeidsongeschiktheid te voorkomen, om mensen zo goed mogelijk doorheen hun arbeidsongeschiktheid te helpen en om hen zo goed mogelijk te helpen bij een werkhervatting zodat herval voorkomen kan worden. Door een luisterend oor te bieden aan personen in arbeidsongeschiktheid kunnen we lessen trekken om beter in te spelen op hun noden. Het voordeel van deze extra analyses is dat duidelijk gemaakt werd dat deze noden niet voor iedereen dezelfde zijn. We formuleerden in dit artikel eveneens enkele aanbevelingen om beter tegemoet te kunnen komen aan de verschillende noden die er leven in de diverse groep van personen in arbeidsongeschiktheid.

Bibliografie

- Awa, W., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-190.
- Egmond, V., Vroome, D., & Hooftman, W. (2019). Mindere kwaliteit van arbeid kan leiden tot latere arbeidsongeschiktheid. *Economisch Statistische Berichten*, 4772 (104), 165-167.
- Eurofound (2018). Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Health and Safety Executive. (2021). *Work-related stress, anxiety or depression statistics in Great Britain*, 2021.
- Massart, A.-C., Mesters, P., & Bugli, C. (2021). Le traitement et la trajectoire professionnelle des patients ayant souffert d'épuisement professionnel. Développement de recommandations politiques. Réseau Pluridisciplinaire de Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail, ASBL.
- Public Health England. (2016). *Interventions to prevent burnout in high risk individuals: evidence review*. London: Public Health England.
- RIZIV. (2022). *Langdurige arbeidsongeschiktheid: Hoeveel langdurige burn-outs en depressies? Hoeveel kost dat aan uitkeringen?* Geconsulteerd op 20/09/2022, op: <https://www.inami.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/Paginas/langdurige-arbeidsongeschiktheid-burnout-depressie.aspx>
- Van Lil, P. (2022). Sécurité et bien-être au travail : la prévention est essentielle. *Planet futur*. Consulté le 20/09/2022, sur : <https://fr.planet-future.be/securite/securite-et-bien-etre-au-travail-la-prevention-est-essentielle/>
- Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., & Lambert L. (2021). Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid. *CM-Informatie*, 284, 4-55.
- Wilson, E. B. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association*, 22(158), 209-212.
- Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*, 1(2), 217-235.

De verborgen kost van bepaalde essentiële geneesmiddelen tijdens hospitalisatie

Analyse van geneesmiddelen gebruikt bij hospitalisatie en niet terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering

Caroline Lebbe – Directie Politiek en Beleid
Rose-Marie Ntahonganyira – Studiedienst

Samenvatting

Uit de IMA ziekenhuisbarometer blijkt dat patiënten, tijdens een hospitalisatie, aanzienlijke supplementen betalen voor apotheekkosten (De Wolf, Di Zinno, Dolphens, Landtmeters, & Lona, 2021). In dit onderzoek analyseren we welke farmaceutische specialiteiten tijdens een klassieke hospitalisatie ten laste vallen van de patiënt omdat er geen tussenkomst is van de verplichte ziekteverzekering. We stellen vast dat de patiënt bij klassieke hospitalisatie betaalt voor geneesmiddelen die onontbeerlijk zijn voor de zorg in het ziekenhuis zoals anesthetica, ontsmettingsmiddelen, oplosmiddelen voor geneesmiddelen, elektrolyten die aan infusen moeten worden toegevoegd, intraveneuze medicatie die vooral postoperatief of op intensieve zorgen wordt toegediend. CM pleit voor een herziening van de financiering van de geneesmiddelen bij hospitalisatie zodat geneesmiddelen die onontbeerlijk zijn voor de zorg tijdens de opname, niet meer ten laste zijn van de patiënt.

Sleutelwoorden: Niet-terugbetaalde geneesmiddelen, supplementen, hospitalisatie, ziekenhuis, facturatie geneesmiddelen, remgeld, ZIV-uitgaven, analyse

1. Inleiding

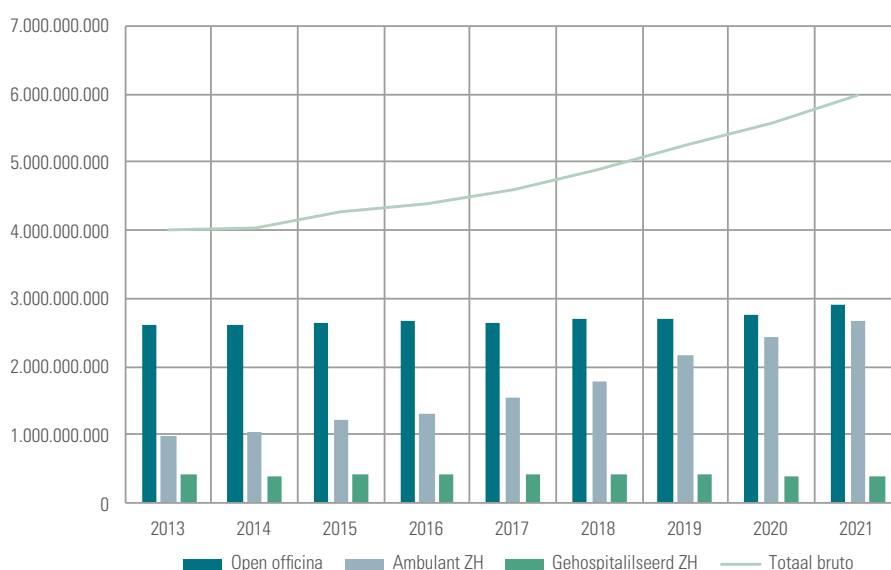
Een recente studie toonde aan dat een aanzienlijk deel van de kosten bij ziekenhuisopname afkomstig zijn van de apotheek (De Wolf, Di Zinno, Dolphens, Landtmeters, & Lona, 2021). De opzet van de voorliggende studie is te onderzoeken welk type geneesmiddelen bij hospitalisatie volledig ten laste van de patiënt vallen. Alvorens hierop in te gaan, wensen we de bredere context van de kosten voor de farmaceutische specialiteiten te kaderen en toe te lichten.

De bruto-uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (ZIV) voor farmaceutische specialiteiten¹ (verder in dit artikel benoemd als “geneesmiddelen”) zijn weergegeven in figuur 1. Terwijl de uitgaven voor de terugbetaalde geneesmiddelen afgeleverd door de apotheker werkzaam in de openbare officina de laatste jaren ongeveer stabiel blijven, zien we dat de uitgaven voor de terugbetaalde geneesmiddelen die afgeleverd worden door de ziekenhuisapotheker toenemen. In 2013 vertegenwoordigden de bruto-uitgaven voor afleveringen vanuit de ziekenhuisapotheken ongeveer een derde van de totale uitgaven. In 2021 bedroeg dit aandeel meer dan 50%.

De facturatie van geneesmiddelen afgeleverd door de ziekenhuisapotheker is complex. De regels verschillen afhankelijk van het statuut van de patiënt voor wie ze afgeleverd worden, namelijk ambulante patiënten (patiënten die niet overnachten) of gehospitaliseerde patiënten (patiënten die minstens 1 nacht overnachten/klassieke opnames). In de ziekenhuizen blijven de uitgaven van de ziekteverzekering voor geneesmiddelengebruik bij patiënten die gehospitaliseerd zijn ongeveer stabiel. De uitgaven voor de geneesmiddelen afgeleverd aan de ambulante patiënten nemen toe.

Geneesmiddelen die afgeleverd worden aan ambulante patiënten, worden per eenheid en per verbruikt of afgeleverd geneesmiddel aan de ziekteverzekering gefactureerd. De prijs is gelijk aan de officiële af-fabrieksprijs (incl. 6% btw), verhoogd met een marge van 21,746% (maar geplafonneerd op 7,11 euro) (FOD Economie, 2022; FOD Economie, K.M.O., middenstand en energie, 2014). Voor vergoede moleculen waarvoor generieken of biosimilaire geneesmiddelen op de markt beschikbaar zijn, is het facturatiepercentage teruggebracht op 85% van de vergoedingsbasis.

Figuur 1: Evolutie van de bruto ZIV uitgaven in euro voor de sector farmaceutische specialiteiten (Bron: RIZIV)



¹ Farmaceutische specialiteiten zijn geneesmiddelen geproduceerd door de farmaceutische industrie. Ze omvatten merkproducten, kopieën en generische geneesmiddelen, waardoor ze steeds onder een specifieke benaming en verpakking in de handel worden gebracht.

Het remgeld ten laste van de patiënt is afhankelijk van de vergoedingscategorie. De totale massa is gelinkt aan het totaal verbruik. We verwijzen naar een vorige studie over deze sector voor wat betreft een analyse van de ZIV-uitgaven en remgelden (Lebbe & Ntahonganyira, 2021). We stelden vast dat het aandeel van de remgelden voor terugbetaalde geneesmiddelen voor deze sector in 2019 ongeveer 1,9% bedroeg van de uitgaven (ZIV + persoonlijke bijdragen).

De facturatieregels voor geneesmiddelen aan gehospitaliseerde patiënten zijn complexer (zie Tabel 1). De prijsstructuur is ook anders. Algemeen gesproken is de prijs gelijk aan de af-fabrieksprijs (incl. 6% btw). Bij dergelijke afleveringen mag de ziekenhuisapotheker geen marge aanrekenen. De werkingskosten van de apotheek voor de farmaceutische zorg aan de gehospitaliseerde patiënt worden gefinancierd via het budget financiële middelen van het ziekenhuis (BFM) (deel B5). Net als bij facturatie aan ambulante patiënten, geldt ook hier dat voor vergoede moleculen waarvoor generieken of biosimilaire geneesmiddelen op de markt beschikbaar zijn, het facturatiepercentage teruggebracht werd tot slechts 85% van de vergoedingsbasis.

In 2006 werd het opnameforfait voor geneesmiddelen ingevoerd (RIZIV, 2006). Er werd afgestapt van de facturatie per stuk en overgegaan tot een forfaitaire vergoeding per opname. Dit betekent dat de ziekenhuizen een forfaitair bedrag per opname krijgen, onafhankelijk van het geneesmiddelenverbruik. De hoogte van dit bedrag is verschillend van ziekenhuis tot ziekenhuis en wordt bepaald door de *case-mix* van het betrokken ziekenhuis (er wordt rekening gehouden met de pathologie en karakteristieken van de patiënten behandeld in het betrokken ziekenhuis). Het uitgangspunt is dat per definitie alle farmaceutische specialiteiten vervat zijn in dit forfait, al zijn wettelijk een aantal uitzonderingen bepaald. De algemene uitsluitingscriteria betreffen bestanddelen die van groot belang zijn voor de

medische praktijk of indien de kostprijs ervan de toediening zou kunnen afremmen in geval van forfaitarisering. Daarnaast zijn er specifieke criteria die bepaalde producten van rechtswege uitsluiten zoals bijvoorbeeld weesgeneesmiddelen of cytostatica. Het forfait moet 75% van de kosten van de geforfaitariseerde geneesmiddelen dekken. De resterende 25% wordt per aflevering door de ziekteverzekering gefinancierd. In de uitgaven van de ziekteverzekering voor geneesmiddelen aan gehospitaliseerde patiënten nam het aandeel voor de geforfaitariseerde geneesmiddelen af van 48% in 2010 naar 34% in 2020 (MORSE, 2021). De uitgaven voor de geneesmiddelen die niet in het forfait vervat zitten en die per verbruikte eenheid mogen worden gefactureerd, nemen toe.

Het remgeld voor terugbetaalde geneesmiddelen bij een hospitalisatie is forfaitair, namelijk 0,62 euro per ligdag. Dit is onafhankelijk van het geneesmiddelenverbruik en biedt belangrijke tariefzekerheid. Uit de IMA ziekenhuisbarometer bleek echter dat patiënten naast de remgelden nog aanzienlijke bedragen betalen voor apotheekkosten, waardoor de tariefzekerheid voor geneesmiddelen te relativiseren lijkt (De Wolf, Di Zinno, Dolphens, Landtmeters, & Lona, 2021). Wij vonden het daarom interessant om na te gaan voor **welke geneesmiddelen**, afgeleverd in het ziekenhuis, er geen tussenkomst is van de verplichte ziekteverzekering en hoeveel hiervoor betaald wordt. Wij beperken ons in deze analyse tot de context van de **klassieke hospitalisatie**.

2. Doelstelling en methodologie

Het doel van deze studie is om een beeld te krijgen van enerzijds de **aard** van en anderzijds de **kosten** voor de niet-terugbetaalde geneesmiddelen aangerekend aan ge-

Tabel 1: Overzicht facturatieregels voor geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten

Type geneesmiddelen	Kost voor ZIV	Kost voor patiënt
Geneesmiddelen gedekt door opnameforfait	25% van de vergoedingsbasis plus opnameforfait (afhankelijk van case-mix van het ziekenhuis)	0,62 euro per ligdag
Geneesmiddelen buiten opnameforfait	Vergoeding afhankelijk van de vergoedingscategorie (A tot Fb)	
Geneesmiddelen vergoedingscategorie D (= niet vergoedbare)	0% van de vergoedingsbasis	100% van de vergoedingsbasis

hospitaliseerde CM-leden (patiënt met minstens 1 overnachting) en formuleren aanbevelingen indien aangewezen.

Hiervoor analyseerden we in augustus 2022 de facturatiegegevens van de ziekenhuizen voor de periode 2018-2021. We selecteerden de twee pseudocodes via de welke niet-vergoedbare farmaceutische specialiteiten worden gefactureerd. Het gaat hierbij over niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde rechtshabenden in acute ziekenhuizen, nl. 756626 en 757245. Pseudocode 756626 wordt gebruikt voor geneesmiddelen categorie D, waar pseudocode 757245 vergoedbare geneesmiddelen betreft die echter buiten vergoede indicatie worden gebruikt met informatie aan de adviserend arts.

We hielden enkel rekening met gegevens waar minstens 0,01 euro supplement per opname en per CNK-code² aan de CM-leden werd aangerekend voor de betrokken pseudocodes.

We beperken ons dus tot de **acute ziekenhuizen** (= verblijven binnen forfaitarisering) en de codes die voorzien zijn voor de facturatie van niet vergoedbare **geneesmiddelen**. Dit zouden allemaal producten moeten zijn die de toets van markttoelating via het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en/of het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) hebben doorstaan. De gefactureerde producten werden geïdentificeerd op basis van de doorgegeven product CNK-code.

2.1. Limieten van de studie

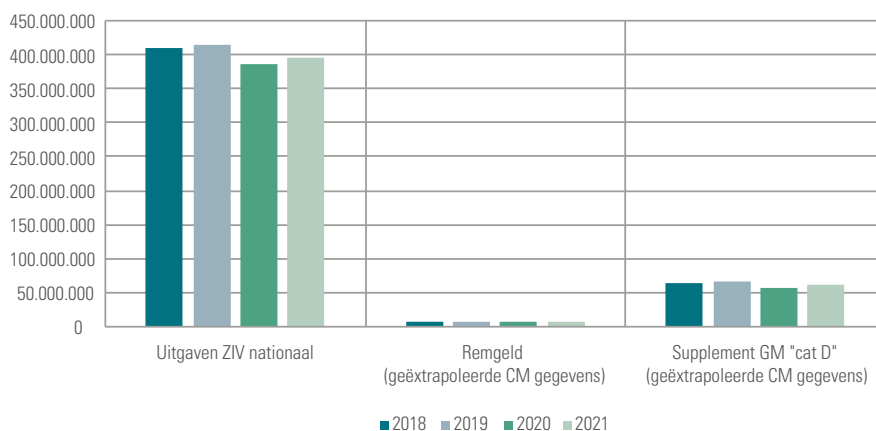
Een eerste limiet van de studie is dat onze data de totale kost voor de patiënt onderschat. Parafarmaceutische producten (960-codes) zijn niet opgenomen in deze studie. De kost voor de patiënt voor producten afgeleverd door de apotheek ligt dus in veel gevallen nog hoger dan hieronder aangegeven. Denk bijvoorbeeld aan kosten voor afgeleverde (implanteerbare) medische hulpmiddelen, verzorgingsproducten en voedingssupplementen. En ander aandachtspunt is dat niet alle geneesmiddelen een product CNK-code hebben. Hierdoor is hun identificatie en classificatie in de correcte ATC-klasse niet mogelijk. Tenslotte geven we nog mee dat dat de totale bedragen voor 2021 nog lichtjes kunnen evolueren. Dit omdat onze extractie gebeurde in augustus 2022, wetende dat de ziekenhuizen tot uiterlijk twee jaar na prestatiedatum nog mogen factureren.

3. Resultaten

3.1. Verdeling kosten geneesmiddelen in acute ziekenhuizen

Als eerste geven we een situering van de verdeling van de kosten voor alle (vergoedbare en niet-vergoedbare) gebruikte geneesmiddelen in acute ziekenhuizen, waarbij we de kosten ten laste van de patiënt vergelijken met deze ten

Figuur 2: Verdeling van de kosten in euro voor alle gebruikte farmaceutische specialiteiten in acute ziekenhuizen (Bron: Gegevens RIZIV en geëxtrapoleerde CM-gegevens, 2018-2021)



² CNK-code of het nationaal codenummer heeft tot doel een éénduidige identificatie te geven aan alle verpakkingsvormen van producten die in apotheken verstrekt worden. Dit maakt het mogelijk gegevens op geïnformateerde wijze uit te wisselen (Algemene Pharmaceutische Bond, 2022).

laste van de nationale ziekteverzekering (zie Figuur 2). **Hoewel het remgeld bij terugbetaalde geneesmiddelen beperkt is, stellen we vast dat de bijkomende kost voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen aanzienlijk hoger is.** In 2018, 2019, 2020 en 2021 vertegenwoordigde de massa remgelden voor gehospitaliseerde patiënten tussen ca. 1,95% en 1,76% van de totale uitgaven (ZIV + remgelden) voor terugbetaalde geneesmiddelen (zie Figuur 2). Als we de totale bedragen voor supplementen voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen toevoegen aan de remgelden, stellen we vast dat het aandeel dat de patiënt bij hospitalisatie betaalt voor geneesmiddelen oploopt tot ongeveer 15% (ca. 75 miljoen in 2019).

3.2. Facturatie van supplementen

De hieronder vermelde bedragen betreffen de facturatie aan CM-leden (ongeveer 42% van Belgische bevolking) en werden niet geëxtrapoleerd naar nationale uitgaven. Voor de gedetailleerde analyse focussen we op 2021, het laatst volledige jaar waarover we beschikken. In 2021 moesten de gehospitaliseerde CM-leden samen ongeveer 25,8 miljoen euro zelf betalen voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Wel dient vermeld te worden dat de uitgaven voor 2020 en 2021 lager liggen dan die van de jaren daarvoor. Dit schrijven we toe aan de maatregelen die werden genomen in het kader van de COVID-19-pandemie en die een impact hebben gehad op de ziekenhuisactiviteit. We verwachten dat deze uitgaven opnieuw zullen stijgen vanaf 2022, omdat de beperkende coronamaatregelen dan niet meer van kracht waren.

Als we de verdeling van deze supplementen per patiënt en per opname voor 2021 bekijken, was de gemiddelde kost per patiënt en per opname 42 euro. Bij de helft van de opnames is het bedrag kleiner dan of gelijk aan 21 euro en voor 5% van de betrokken opnames was het bedrag hoger dan 136 euro (met een maximum van 81.943 euro) (zie Tabel 2).

In 2021 is 8% van het bedrag dat ten laste van de CM-leden wordt gelegd (of 1.990.018 euro) betaald door 0,2% (824) van de patiënten. Het gaat hierbij om bedragen hoger dan 1.000 euro per opname enkel voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen.

3.3. Verdeling volgens therapeutische klasse

De identificatie van de aangerekende geneesmiddelen gebeurde op basis van de CNK-code die met facturatie moet worden meegegeven en in onze databanken wordt geregistreerd. Dit laat ons toe om de kosten te groeperen per therapeutische klasse (ATC02). In 2021 werden 495.829 CM-leden gehospitaliseerd. In datzelfde jaar werd in totaal 25.847.259 euro aangerekend (24.910.555 euro via code 756626 en 936.704 euro via code 757245) aan 449.366 gehospitaliseerde CM-leden. Dit betekent dat 91% van de in 2021 gehospitaliseerde CM-leden geconfronteerd werd met een kost voor niet-terugbetaalde farmaceutische specialiteiten.

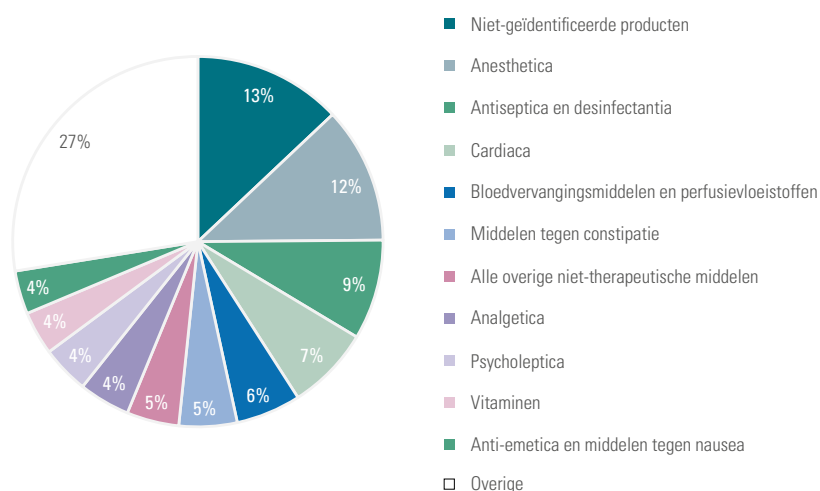
Als we meer in detail gaan kijken, zien we bij de verdeling van de kosten over de therapeutische groepen (ATC02) in 2021, dat 12% is voor **anesthetica** (medicatie om te verdoven, zowel lokaal als algemeen) en 9% voor **antiseptica en desinfectantia** (middelen om te ontsmetten). De **cardiaca** (middelen die inwerken op het cardiovasculair systeem) vertegenwoordigden 7% van het totale bedrag. Voor **bloedvervangingsmiddelen en perfusievloeistoffen** is het aandeel 6%. 13% van de kosten kunnen we niet identificeren omdat er geen CNK-code teruggevonden werd in de facturatiebestanden. Deze vijf belangrijkste kostenposten vertegenwoordigen **47%** van de totaliteit (zie Figuur 3 en Figuur 4).

Tabel 2: Verdeling van de aangerekende supplementen, per patiënt en per opname, in euro, 2019-2021 (Bron: CM-gegevens)

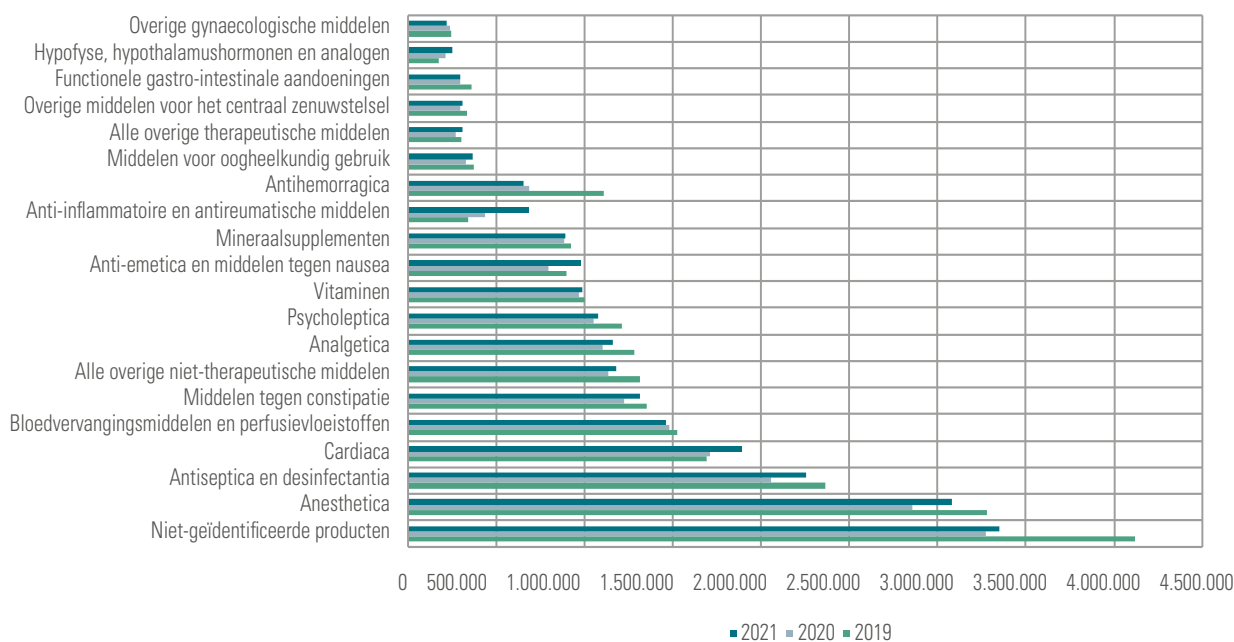
Jaar	Totaal-aantal opnames	Max.	P95	P90	P75	Gemiddeld	Mediaan	P25	Min.
2019	678.901	155.873,49	130,24	82,51	41,67	41,67	18,92	6,57	0,02
2020	573.705	50.898,40	138,97	87,14	43,38	42,46	19,85	6,89	0,01
2021	616.003	81.942,94	136,25	86,13	43,79	41,96	20,54	7,17	0,01

P: Percentiel

Figuur 3: Verdeling van de kosten over de therapeutische groepen (ATC02) in 2021
(Bron: CM-gegevens)



Figuur 4: Evolutie van de verdeling van de kosten voor niet-vergoede geneesmiddelen per therapeutische klasse van 2019 tot 2021 (top 20 in functie van supplementen in 2021) (Bron: CM-gegevens)



In de groep van geneesmiddelen die **niet geïdentificeerd** konden worden (omdat er geen vermelding is van een product CNK-code), vinden we volgende algemene codenummers:

- 7799976: Niet-vergoedbare aflevering (geen farmaceutische specialiteiten) uit het buitenland zonder CNK (D-geneesmiddelen);
- 7799992: Niet-vergoedbaar geneesmiddel uit het buitenland zonder CNK (D-geneesmiddelen);

- 7799984: Niet-vergoedbaar Belgisch geneesmiddel zonder CNK (D-geneesmiddelen).

Deze producten worden voornamelijk via de pseudocode 756626 gefactureerd (zie Tabel 3). Meer dan de helft (65%) van de uitgaven voor deze niet geïdentificeerde producten zou toegeschreven kunnen worden aan geneesmiddelen/producten die uit het buitenland ingevoerd werden. Op basis van de beschikbare data is het onmogelijk om de concrete producten, de reden en de noodzaak van de import uit

het buitenland te evalueren. Verdere identificatie vereist een individuele analyse van de facturen. Volgens de huidige regelgeving kan medicatie die bijvoorbeeld omwille van (tijdelijke) onbeschikbaarheid in België door de (ziekenhuis)apotheker moet worden ingevoerd, ten laste van de patiënt worden gelegd (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, 2013).

In de groep van de **anesthetica** (ATC N01) gaat het voornamelijk om middelen voor lokale verdoving zoals levobupivacaïne en ropivacaïne of lidocaïne, maar we vinden ook sevofluraan terug dat gebruikt wordt voor algemene verdoving. Dit betekende een totale kost van 3.078.092 euro voor 26.1017 CM-leden.

Onder de **antiseptica en desinfectantia** (ATC D08) (in totaal 2.257.871 euro) vallen vooral povidon-jood, chloorhexidine (combinatie) en waterstofperoxide ten laste van de patiënt. Dat zijn middelen die gebruikt worden om wonden, slijmvliezen of intacte huid te ontsmetten voor of na een ingreep of bij de verzorging. Deze producten werden aan 263.509 CM-leden aangerekend.

Bij de **cardiaca** (ATC C01) (onder andere fenylefrine, efedrine, norepinefrine, epinefrine, isoprenaline) vinden we geneesmiddelen terug die intraveneus toegediend worden, voornamelijk bij (acute) lage bloeddruk, bijvoorbeeld tijdens anesthesie of ingeval van shock. Ook middelen die ingezet worden bij hartritmestoornissen zoals isoprenaline komen

terug. Voor de cardiaca werd in totaal 1.890.025 euro aangerekend aan de 120.179 CM-leden.

Een andere aanzienlijke kost (1.464.177 euro) voor 71.655 patiënten zijn de **bloedvervangingsmiddelen en perfusievloeistoffen** (ATC B05). Het gaat meer bepaald om de aanrekening van natrium- en kaliumelektrolyten en glucose die aan de infusen in de ziekenhuizen worden toegevoegd.

Buiten deze top 5, verdienen een aantal andere therapeutische groepen verdere toelichting omdat ze volgens ons essentieel lijken voor de zorg in het ziekenhuis. Onder de **overige niet-therapeutische middelen** (ATC V07) blijken in grote mate ampullen (Miniplasco®) met vloeistoffen voor het oplossen of verdunnen van medicatie te vallen (1.180.247 euro). Voor pijnstillers (**analgetica** ATC N02) betaalden CM-leden (299.161) in 2021 samen 1.157.160 euro tijdens hun hospitalisatie en 979.228 euro voor **anti-emetica en middelen tegen nausea** (ATC A04). Het gaat hier vooral om ondansetron 4 mg ampullen ter preventie van misselijkheid en braken na een operatie. In de klasse van **anti-inflammatoire middelen** (ATC M01) met een totale kost voor de CM-leden van 684.350 euro, blijkt in 2021 de kost grotendeels te wijten aan intraveneus ibuprofen. Voor bloedstelpende middelen (**antihemorragica** ATC B02) betaalden 48.746 leden in totaal 652.941 euro (48.746 leden). Bij nadere analyse van deze klasse bleek bovendien dat daaronder ook producten gefactureerd worden zoals geoxideerde cellulose en gelatine spons. Dit zijn geen farmaceutische

Tabel 3: Analyse en verdeling van facturatie van geneesmiddelen zonder product CNK-code (Bron: CM-gegevens)

Jaar	Pseudocode	CNK fictief	Aantal CM-leden	Supplementen (in euro)
2019	756626	7799976	17.349	406.882
		7799984	79.601	1.711.081
		7799992	146.758	1.973.502
	757245	7799984	1.228	24.462
		7799992	1	7
2020	756626	7799976	16.376	376.914
		7799984	56.141	1.207.642
		7799992	126.697	1.687.311
	757245	7799984	4	56
		7799992	84	2.027
2021	756626	7799976	17.847	451.554
		7799984	56.917	1.143.630
		7799992	135.102	1.703.374
	757245	7799984	1.833	41.623
		7799992	131	9.679

specialiteiten, maar niet-vergoede medische hulpmiddelen die eigenlijk vervat zitten in de financiering van het ziekenhuis via het budget financiële middelen (zoals bepaald in wet ziekenhuizen van FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu op 10 juli 2008, Art. 102).

keuze voor een invasieve toedieningsweg houdt een extra risico in en wordt enkel toegepast indien dit noodzakelijk is voor een goede zorg van de patiënt. Deze injecteerbare geneesmiddelen worden verondersteld een essentieel onderdeel te zijn van de therapeutische behandeling.

3.4. Verdeling kosten op basis van de toedieningsweg

In 2021 werd 13,3 miljoen euro (59%) ten laste gelegd van de patiënt voor **injecteerbare** geneesmiddelen (niet-geïdentificeerde geneesmiddelen werden uitgesloten). De

3.5. Verdeling kost per farmaceutische specialiteit

De top 20 van de niet-vergoede farmaceutische specialiteiten (per CNK-code) die in 2021 globaal het meest kosten aan de gehospitaliseerde patiënten, is terug te vinden in

Tabel 4: Top 20 aangerekende specialiteiten aan gehospitaliseerde patiënten in 2021 (Bron: CM-gegevens)

ATC5	Geneesmiddel	Benaming	Toedieningswijze	CNK	Aantal CM-leden	Supplementen 2021, in euro
C01CA06	Fenylefrine	Phenylephrine Aguettant®	Injectie	3412152	41.913	599.112
N02BE01	Paracetamol	Dafalgan® Forte	Tabletten	1799121	225.096	585.732
D08AG02	Povidon-jood	Iso-betadine® hydroalc. 125 ml	Dermatologisch	1690809	85.640	561.469
C01CA26	Efedrine	Ephedrine HCl® Aguettant®	Injectie	2922896	67.459	544.862
A04AA01	Ondansetron	Ondansetron Fresenius Kabi®	Injectie	2438646	41.310	530.169
A06AD65	Macrogol, combinatiepreparaten	Movicol®	Orale vloeistof	3459740	78.213	523.090
M01AE01	Ibuprofen	Ibuprofen®	Injectie	3913019	48.114	497.564
V07AB	Oplos- en verdunningsmiddelen, inclusief irrigatievloeistoffen	Miniplasco NaCl 0,9% 10 ml	Injectie	819094	161.962	440.186
D08AG02	Povidon-jood	Iso-betadine® dermicum 125 ml	Dermatologisch	1112598	64.490	406.030
B05XA01	Kaliumchloride	Miniplasco®	Injectie	823666	32.997	366.262
N01BB02	Lidocaine	Miniplasco®	Injectie	1205749	120.622	352.825
B05XA31	Elektrolyten met andere middelen	Addaven®	Injectie	3310851	9.287	291.577
C01CA03	Norepinefrine	Noradrenaline Aguettant®	Injectie	2795615	16.456	291.540
A11BA	Multivitaminen	Cernevit®	Injectie	284463	3.789	291.338
N01BB09	Ropivacaine	Ropivacaine Fresenius Kabi®	Injectie	2788826	7.848	286.209
A11EB	Vitamine b complex met vitamine c	Soluvit®	Injectie	497578	8.821	276.278
V07AB	Oplos- en verdunningsmiddelen, inclusief irrigatievloeistoffen	Miniplasco NaCl 0,9% 20 ml	Injectie	819102	112.285	275.162
N05AD08	Droperidol	Dehydrobenzperidol®	Injectie	2989044	35.721	268.404
V03AB14	Protamine	Protamine Leo Pharma®	Injectie	2755106	9.519	261.102
A04AA01	Ondansetron	Ondansetron EG®	Injectie	2360139	17.349	223.005
						7.871.915
						Totaal pseudocode 756626 (CNK 7799976,7799984,7799992 exclusief)
						21.611.997

tabel 4. Ze werden allemaal gefactureerd via de pseudocode 756626. De kosten voor slechts 20 specialiteiten vertegenwoordigen **36%** van de totaliteit van de kost voor niet-vergoede identificeerbare farmaceutische specialiteiten via deze pseudocode (excl. CNK 7799976, 7799984 en 7799992) in 2021.

Het gaat vooral om Phenylefrine Aguetant[®] injectie (599.112 euro), Dafalgan[®] 1g als pijnstiller (585.732 euro), Iso-betadine[®] als ontsmettingsmiddel (967.499 euro) en Miniplasco[®] ampullen met NaCl 0,9% voor verdunning (715.348 euro), met kaliumchloride (366.262 euro) voor toevoeging aan infusen of met lidocaïne voor onder andere toediening van intramusculaire injectie (352.825 euro). Verder ook drie specialiteiten die postoperatief vaak als anti-emeticum worden gebruikt (Ondansetron Fresenius[®], Ondansetron EG[®], en Dehydrobenzperidol[®]) samen goed voor 1.021.578 euro, of vitaminen/sporenelementen die standaard aan parenterale voedingen worden toegevoegd (Addaven[®], Cernevit[®] en Soluvit[®] met een kost van ongeveer 859.173 euro). Opvallend is nog de aanwezigheid van Protamine[®] in deze top 20, een geneesmiddel dat als antidotum wordt gebruikt bij bloedingen door (laag molecuulair gewicht) heparine.

3.6. Verdeling kosten farmaceutische specialiteiten die buiten vergoedingsmodaliteiten worden gebruikt

Vervolgens onderzochten we de kosten voor niet-geforfaitariseerde farmaceutische specialiteiten die gebruikt worden buiten de criteria hoofdstuk IV met melding van indicatie aan de adviserend arts (pseudocode 757245).

Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen die enkel vergoed worden indien voldaan is aan specifieke modaliteiten (cfr. hoofdstuk IV volgens Koninklijk besluit van 1 februari 2018 (FOD Sociale zekerheid, 2018)) en in het ziekenhuis worden gebruikt, vereisen geen voorafgaande machtiging door de adviserend arts. Al zijn *a posteriori* controles steeds mogelijk. Indien dergelijke geneesmiddelen buiten de vergoede modaliteiten worden gebruikt, zijn ze ten laste van het ziekenhuis, tenzij de patiënten duidelijk geïnformeerd werden over de kosten die hen kunnen aangerekend worden en er bij facturatie een motivering aan de adviserend arts werd medegedeeld over de indicatie waarvoor het geneesmiddel voorgeschreven werd (RIZIV, 2016). In dergelijke situaties moeten de geneesmiddelen gefactureerd worden onder de pseudocode 757425. Indien er geen motivering

wordt medegedeeld aan de adviserend arts valt het geneesmiddel 100% ten laste van het ziekenhuis en moet het worden aangegeven onder de pseudocode 757260. In 2021 werd aan 8.361 CM-leden minstens 1 geneesmiddel onder de pseudocode 757245 aangerekend voor een totaalbedrag van 936.704 euro.

De top 10 duurste CNK-codes onder deze pseudocode (uitgaven van 533.224 euro aan in totaal 2.092 CM-leden in 2021) bevat voornamelijk farmaceutische specialiteiten die gebruikt worden bij bloedingen/bloedstollingsproblemen en immunoglobulinen (zie Tabel 5). Tachosil[®] en Tisseel[®] zijn producten, een soort van 'sponsjes', die gebruikt worden om bloedingen tijdens ingrepen te stelpen, die als farmaceutische specialiteiten op de markt werden gebracht. Hun kostprijs is hoog en de tegemoetkoming werd beperkt tot die ingrepen waarvoor klinische evidentie is. Daarnaast zijn er ook producten op de markt met dezelfde indicatie maar als medisch hulpmiddel. Het wettelijk statuut van de producten (medisch hulpmiddel of farmaceutische specialiteit) bepaalt de facturatieregels.

Farmaceutische specialiteiten (zoals Tachosil[®] en Tisseel[®]) mogen ten laste van de patiënt worden gelegd indien ze niet vergoed zijn, daar waar medische hulpmiddelen ten laste van het ziekenhuis vallen indien er geen tegemoetkoming voor voorzien is (Art. 102 van het Koninklijk besluit van 10 Juli 2008 houdende coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen). De vraag stelt zich dus of dit verschil in regelgeving voor producten met een verschillend statuut maar met dezelfde therapeutische doelstelling, leidt tot correcte incentivering van de ziekenhuizen die rationeel wensen om te gaan met de beschikbare middelen.

Privigen[®] en Octagam[®] zijn intraveneuze immunoglobulinen. Ze worden bereid uit humaan plasma en hun beschikbaarheid is grotendeels afhankelijk van plasmadonoren. In 2019 dreigde al een tekort aan deze geneesmiddelen. Om deze tekorten zo goed mogelijk op te vangen, formuleerde het FAGG aanbevelingen aan artsen en ziekenhuisapothekers op basis van het advies van een *taks force* van experts (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, 2019). Er werd gevraagd om intraveneuze immunoglobulines rationeel voor te schrijven en enkel binnen de vergoede indicaties te gebruiken. De COVID-19-pandemie heeft dit tekort alleen maar verscherpt door de verminderde plasmacollectie. Hoewel Privigen[®] en Octagam[®] slechts aan 13 CM-leden werd aangerekend, vertegenwoordigden ze toch een aanzienlijk bedrag, namelijk 125.032 euro.

Tabel 5: Top 10 geneesmiddelen aan gehospitaliseerde patiënten in functie van de kosten die in 2021 ten laste van de patiënt worden gelegd via code 757425 (Bron: CM-gegevens)

ATC5	Geneesmiddel	Benaming	Toedieningswijze	CNK	Aantal CM-leden	Supplementen 2021, in euro	%
B02BC30	Combinatiepreparaten	Tachosil® 9,5 cm x 4,8 cm	Dermatologisch	779686	493	131.276	15%
B02BC30	Combinatiepreparaten	Tisseel® 4ml	Injectie	7705239	547	102.796	12%
B02BC30	Combinatiepreparaten	Tisseel® 2ml	Injectie	7705221	668	76.095	9%
J06BA02	Immunoglobuline, normaal, humaan, voor intravasculair gebruik	Privigen® 200 ml	Injectie	757880	7	61.340	7%
J06BA02	Immunoglobuline, normaal, humaan, voor intravasculair gebruik	Privigen® 100 ml	Injectie	757898	11	37.552	4%
M03AX01	Botulinus toxine	Botox®	Injectie	748319	129	29.230	3%
J06BA02	Immunoglobuline, normaal, humaan, voor intravasculair gebruik	Octagam®	Injectie	798181	3	26.139	3%
L04AC07	Tocilizumab	Roactemra®	Injectie	794859	21	24.451	3%
B02BC30	Combinatiepreparaten	Tachosil® 4,8 cm x 4,8 cm	Dermatologisch	779678	188	23.305	3%
J02AA01	Amfotericine b	Abelcet®	Injectie	764670	25	21.041	2%
						533.224	60%
	Totaal pseudocode 757425 (cnk 7799976,7799984,7799992 exclusief)					885.402	100%

De specialiteit die aan de meeste patiënten buiten de vergoedingsmodaliteiten wordt gebruikt, is acetylcysteïne (Lysomucil®) ampulle (zie Tabel 6). Maar ook in deze top 10 komen Tisseel® en Tachosil® terug. Vermeldenswaardig is nog dat een deel van de specialiteiten die via pseudo-code

757425 werden aangerekend, geen product (CNK-code) meekregen, maar de code 7799984 (niet-vergoedbaar geneesmiddel afkomstig uit België, zonder CNK (geneesmiddel D)) (41.623 euro).

Tabel 6: Top 10 geneesmiddelen aan gehospitaliseerde patiënten in functie van aantal leden die in 2021 ten laste van de patiënt worden gelegd via code 757425 (Bron: CM-gegevens)

ATC5	Geneesmiddel	Benaming	Toedieningswijze	CNK	Aantal CM-leden	Supplementen 2021, in euro
R05CB01	Acetylcysteïne	Lysomucil®	Inhalatie / nasaal	711143	2.396	11.093
J07AJ52	Pertussis, gezuiverd antigeen, met toxoiden	Boostrix®	Injectie	791590	937	15.878
B02BC30	Combinatiepreparaten	Tisseel® 2 ml	Injectie	7705221	668	76.095
B02BC30	Combinatiepreparaten	Tisseel® 4 ml	Injectie	7705239	547	102.796
B02BC30	Combinatiepreparaten	Tachosil® 9,5 cm x 4,8 cm	Dermatologisch	779686	493	131.276
B02BC30	Combinatiepreparaten	Tachosil® 3,0 cm x 2,5 cm	Dermatologisch	779660	331	14.591
B02BC30	Combinatiepreparaten	Tachosil® 4,8 cm x 4,8 cm	Dermatologisch	779678	188	23.305
J05AB01	Aciclovir	Aciclovir - generieken	Tabletten	760017	134	968
M03AX01	Botulinus toxine	Botox®	Injectie	748319	129	29.230
V03AB35	Sugammadex	Bridion®	injectie	797498	129	12.278

4. Conclusie en beleidsadviezen

Allereerst wensen wij te benadrukken dat de twee pseudocodes die onderzocht werden (namelijk 756626 en 757245) slechts een deel zijn van de apotheekkosten die bij hospitalisatie ten laste vallen van de patiënten. Wij hebben ons op deze twee codes toegespitst omdat wij ervan uitgaan dat dit **geneesmiddelen** betreft die procedures van markttoelating via FAGG en/of EMA hebben doorstaan. Daarnaast kunnen via andere codes nog parafarmaceutische producten en medische hulpmiddelen gefactureerd worden. De hier geanalyseerde kosten zijn dus slechts een onderdeel en dus een onderschatting van de totale apotheekkosten voor de patiënt zoals berekend in de IMA-ziekenhuisbarometer.

Op basis van de bevindingen van bovenstaande gegevens willen we een aantal beleidsadviezen meegeven. **We stellen vast dat veel geneesmiddelen die levensnoodzakelijk/therapeutisch belangrijk zijn voor de goede zorg van de patiënt in het ziekenhuis, niet vergoed worden en zo volledig ten laste van de patiënten vallen.** Denk aan geneesmiddelen die worden gebruikt voor anesthesie, ontsmetting, pijnstilling, bloedstelping, enz. Is het maatschappelijk aanvaardbaar dat dergelijke medicamenteuze therapie vandaag niet gedekt is door de verplichte ziekteverzekering? Meer dan de helft van de kosten blijkt bovendien voor injecteerbare geneesmiddelen (59%). **Wij pleiten daarom voor een evaluatie van de geneesmiddelenterugbetaling bij ziekenhuisopname en vragen dat geneesmiddelen die essentieel zijn voor de zorg in het ziekenhuis, opgenomen worden in de vergoedbaarheid om zo de tariefzekerheid voor patiënten te verbeteren.**

Wij vertrekken van het fundamentele principe dat de verpleegdagprijs de kosten dekt voor verblijf- en verzorgingskosten zoals beschreven in artikel 100 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 10 juli 2008. De wet op de ziekenhuizen sluit per definitie de farmaceutische specialiteiten wel uit de verpleegdagprijs uit, maar niet de courante geneesmiddelen die historisch opgenomen werden in deel B2 van het budget financiële middelen (BFM) (zie Art 13 van Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en Leefmilieu, 2002)). Jaren geleden waren producten zoals bijvoorbeeld ontsmettingsmiddelen, cardiaca en ampullen om geneesmiddelen op te lossen niet beschikbaar als farmaceutische

specialiteit. In de loop der jaren zijn steeds meer geneesmiddelen gecommercialiseerd en geregistreerd als farmaceutische specialiteit. De regelgeving volgde deze ontwikkeling niet, met als gevolg dat veel producten nu ten laste van de patiënt vallen. Een bijsturing van de regelgeving dringt zich dan ook op. Concreet is er een **duidelijke definitie nodig van de courante geneesmiddelen die historisch vervat zitten in het BFM**. Daarnaast pleiten wij ervoor dat **geneesmiddelen die essentieel zijn in het kader van de zorg** in de ziekenhuiscontext en die niet onder de definitie van courant geneesmiddel vallen, **opgenomen worden in de vergoedbaarheid via het geneesmiddelenforfait**. In een latere fase kan dit mee opgenomen worden in het pathologieforfait dat de minister voorziet in het kader van de nieuwe ziekenhuisfinanciering. In beide gevallen krijgt de patiënt bij opname in het ziekenhuis een grotere tariefzekerheid voor wat betreft de geneesmiddelenkost en wordt rationeel gebruik van geneesmiddelen in de ziekenhuizen gestimuleerd.

De hoge individuele kosten worden vooral veroorzaakt door geneesmiddelen die buiten de vergoedbare indicatie worden gebruikt. De omzendbrief 16/10 aan de ziekenhuizen bepaalt wel dat dergelijke geneesmiddelen onder voorwaarden aan de patiënt mogen aangerekend worden. De voorafgaande informatie aan de patiënt over de mogelijke kosten is één van deze voorwaarden. Toch blijft een dergelijke beslissing moeilijk voor de meeste patiënten. Wij pleiten enerzijds voor het verder incentiviseren van rationeel geneesmiddelengebruik in dergelijke situaties. Anderzijds blijft een periodische evaluatie van het gebruik op het terrein belangrijk, met het oog op een eventuele uitbreiding van de vergoedbaarheid naar medisch onderbouwde indicaties. Dit om hoge kosten voor de toekomstige patiënten te beperken.

Tenslotte blijft (tijdelijke) **onbeschikbaarheid** van (vergoedbare) geneesmiddelen een groot probleem in België. In dergelijke omstandigheden gebeurt het dat geneesmiddelen uit het buitenland moeten worden ingevoerd door de (ziekenhuis)apothekers en deze wettelijk ten laste mogen gelegd worden van de patiënten. Wij dringen hier aan op een oplossing en bescherming van de patiënten. Het lijkt ons ethisch niet te verantwoorden dat de factuur van de patiënt voor een bepaalde behandeling afhankelijk is van het feit of een geneesmiddel op het moment van de opname al dan niet beschikbaar is in België. Moeten de verantwoordelijkheid en financiële last niet teruggekoppeld worden naar de betrokken bedrijven die onderworpen zijn aan een aantal leververplichtingen zoals vastgelegd in art.

72bis van de ZIV-wet van 14 juli 1994³? Een afzonderlijke duidelijke facturatie van dergelijke specialiteiten zou helpen bij het in kaart brengen van de omvang van het probleem, ten minste al in de ziekenhuissector, en bij het zoeken naar mogelijke oplossingen.

Wij vragen aan de minister om bij het herzien van de ziekenhuisfinanciering rekening te houden met deze vaststellingen om zo bij hospitalisatie voor de patiënten de tariefzekerheid te verhogen en de kost voor geneesmiddelen te drukken. Bovendien zullen de voorgestelde maatregelen het rationeel gebruik van geneesmiddelen in het ziekenhuis verder stimuleren.

Bibliografie

Algemene Pharmaceutische Bond. (2022). *Nationaal codenummer en barcode*. Beschikbaar op: <https://www.apb.be/SiteCollectionDocuments/ALL PARTNERS ACCESS DOC/CODES-CNK-DOC/BROCHURE-CNK-NL.pdf>

Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. (2016). Pseudocode. Beschikbaar op: <https://www.absym-bvas.be/fr/autres-professions-de-sante/pseudocodes-20180429230007>.

Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. (2019). *Beperkte beschikbaarheid van intraveneuze immunoglobulines: aanbevelingen ter attentie van de ziekenhuisapothekers en de artsen-specialisten*. Mei 2019. Beschikbaar op: <https://www.bcfi.be/nl/search/gow/Beperkte%20beschikbaarheid%20van%20intraveneuze%20immunoglobulines>

Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. (2013). Voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen die in België niet beschikbaar zijn. *Folia Pharmacotherapeutica*, 40, 64-66.

De Wolf, F., Di Zinno, T., Dolphens, M., Landtmeters, B., & Lona, M. (2021). *Inventaris van aan patiënten aangerekende ziekenhuiskosten: Gegevens 2019*. Brussel: Intermutualistisch Agentschap.

FOD Economie, K.M.O., middenstand en energie. (2014). *Ministerieel besluit tot aanwijzing van de met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties als bedoeld in boek V van het Wetboek van economisch recht en tot vaststelling van de maximumprijzen en maximummarges van de geneesmiddelen en de met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties*.

FOD Economie, K.M.O., middenstand en energie. (2022). *Originele terugbetaalbare geneesmiddelen voor menselijk gebruik*. Beschikbaar op: <https://economie.fgov.be/nl/themas/verkoop/prijsbeleid/gereguleerde-prijzen/geneesmiddelen-voor-menselijk/originele-geneesmiddelen/originele-terugbetaalbare>

FOD Sociale zekerheid. (2018). *Koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten*.

FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. (2008). *Koninklijk besluit van 10 Juli 2008 houdende coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen*.

Lebbe, C., & Ntahonganyira, R. (2021). Evolutie van de uitgaven voor terugbetaalde geneesmiddelen afgeleverd in ziekenhuisapotheken aan ambulante patiënten. *CM-Informatie*, 4-20.

MORSE (Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses). (2021). *Rapport 2021. Gegevens 2020*. Beschikbaar op: <https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/morse-rapport.aspx>

RIZIV. (2016). *Omzendbrief aan de ziekenhuizen OMZ. ZH 2016/10. Toepassing van hoofdstuk IV (en IVbis) in ziekenhuismilieu voor de vergoeding van farmaceutische specialiteiten (aangepaste formulering punt 2)*.

RIZIV. *Forfaitarisering van de farmaceutische specialiteiten in het ziekenhuis*. Beschikbaar op: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/forfaitarisering/paginas/default.aspx>

Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en Leefmilieu. (2002). *Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen*.

3 <https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/reglementering/Paginas/wet19940714.aspx>.

Familiale conflicten rondom het levenseinde: nood aan ondersteuning

Een kwalitatieve studie bij personen met een concrete ervaring

Michèle Morel en Rebekka Verniest — Studiedienst

Met welgemeende dank aan de studiedeelnemers voor hun waardevolle getuigenis

Samenvatting

CM ijvert voor de hoogst mogelijke levenskwaliteit voor iedereen, ook in de laatste fase van het leven. Levenskwaliteit rondom het levenseinde gaat verder dan fysieke pijnbestrijding en comfortzorg. Ook psychologische, sociale en spiritueel-existentiële aspecten zijn ermee verbonden. Zo kan een familiaal conflict in de laatste levensfase van een persoon een zware impact hebben op zowel die persoon zelf als diens naasten, waardoor de gezondheid – breed geïnterpreteerd – en de levenskwaliteit van alle betrokkenen kunnen worden aangetast.

CM onderzocht in samenwerking met Universiteit Gent en vzw ConnFinity hoe familiale conflicten rondom het levenseinde tot stand komen, hoe ze verlopen, welke impact ze hebben en hoe ze worden beleefd en aangepakt door de betrokkenen. De studie omvatte zowel een kwalitatief onderdeel (interviews met zorgverleners en burgers met ervaring met een familiaal conflict) als een kwantitatief onderdeel (enquête bij CM-leden). In dit artikel bespreken we de resultaten van de analyse van de interviews met burgers die ervaring hebben met een familiaal conflict rondom het levenseinde van een naaste (kwalitatief onderdeel).

Uit de analyse van de getuigenissen komt duidelijk naar voren dat conflicten rondom het levenseinde een diepe indruk nalaten op de betrokkenen, zelfs als het overlijden van een naaste al een tijd achter hen ligt. Daarnaast blijkt ook dat de verwachtingen die mensen ten aanzien van zorgverleners hebben wat betreft hun rol en optreden in geval van een familiaal conflict, in schril contrast staan met hun ervaringen op dit vlak. Er blijkt een grote niet-ingeloste behoefte aan ondersteuning bij vele families. Op basis van de vaststellingen formuleren we een aantal aanbevelingen gericht op het aanpakken van familiale conflicten bij levenseinde enerzijds, en op het voorkomen van dergelijke conflicten anderzijds.

Sleutelwoorden: Conflict, levenseinde, levenskwaliteit, palliatieve zorg, communicatie, zorgvolmacht, euthanasie, bemiddeling, kwalitatieve studie

1. Inleiding

De laatste levensfase van een persoon gaat vaak gepaard met heel wat fysieke en emotionele belasting, zowel voor de persoon aan het levenseinde als voor diens naasten. Men moet omgaan met een verslechterende gezondheid en een nakend afscheid. Naasten staan daarnaast vaak in voor een deel van de zorg en in vele gevallen moeten belangrijke beslissingen genomen worden, onder meer over de zorg en behandeling. Hoewel deze periode rond het levenseinde familieleden dicht bij elkaar kan brengen en zij voor elkaar een steun kunnen zijn, kan het om diverse redenen ook leiden tot familiale conflicten (Lichtenthal & Kissane, 2008; Benson, Parker, Demiris, & Washington, 2019). De moeilijke omstandigheden kunnen het beeld veranderen dat familieleden van elkaar hebben, onder meer omdat ze elkaar in een andere rol, in een andere situatie zien. Bovendien kunnen mensen in veeleisende omstandigheden veranderen (Strawbridge & Wallhagen, 1991). Ten slotte ervaart elkeen binnen een familiesysteem het levenseinde, de levenseindezorg voor en het verlies van een naaste op een heel eigen manier (Kramer, Boelk, & Auer, 2006). Een centrale vaststelling bij conflicten is dan ook dat het gaat om een botsing in perceptie van wat juist, gerechtvaardigd of terecht is. Elke betrokkene gaat ervan uit het bij het rechte eind te hebben, waarbij het niet evident is om zich te verplaatsen in het standpunt van de ander. Deze overtuiging vloeit voort uit het aftoetsen van de ervaringen in het conflict aan de eigen waarden, normen en principes.

Familiale conflicten rondom het levenseinde zijn niet zeldzaam, ook niet in families die voordien vrij harmonieus functioneerden. Eerder onderzoek toonde aan dat familiale conflicten rondom het levenseinde voorkomen in 4,9% tot 57% van de onderzochte gevallen (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020; Hamano, et al., 2018). De grote verschillen zijn wellicht toe te schrijven aan de verschillen in het onderzoeksopzet onder meer wat betreft de gehanteerde definitie van conflict, de specifieke zorgsetting waarin het onderzoek is gevoerd en de focus op patiënten met een specifieke aandoening.

De aanleidingen voor familiale conflicten rond het levenseinde zijn divers. Het kan gaan om zorggerelateerde zaken zoals de beslissing over het al dan niet verderzetten van een behandeling en de verdeling van de zorgtaken. Daarnaast worden spanningen en conflicten ook veroorzaakt door zaken die te maken hebben met de uitvaart, met de periode na het overlijden, waaronder de manier waarop wordt omgegaan met het verlies, en met financiële en ma-

teriële zaken zoals het testament en de verdeling of verkoop van de bezittingen (Rosenkamp, 2012).

Uit de literatuur blijkt bovendien dat heel wat andere factoren bijdragen tot het ontstaan en het verloop van een familiaal conflict. Zo is er de familiecontext: de manier waarop een familie gestructureerd is, de aard van de relaties tussen familieleden en het al dan niet bestaan van historische spanningen en conflicten. Onderzoek toonde aan dat een vooraf bestaand familiaal conflict sterk gecorreleerd was met familiale conflicten bij het levenseinde (Kramer & Boelk, 2015). Het al dan niet duidelijk zijn van de wensen van de palliatieve patiënt wat betreft de zorg, de behandeling en het afscheid, speelt evenzeer een rol. Er is ook de impact van specifieke omstandigheden in de periode van levenseinde, zoals het plots opduiken van familieleden die lang niet van zich hadden laten horen en de ernst van de zorgnoden. Nog andere bepalende factoren zijn de mate waarin de notie 'dood' bespreekbaar is binnen een familie, het feit dat een familielid volledige controle wil hebben over de zorgsituatie en de manier waarop binnen een familie gecommuniceerd wordt. Ten slotte kunnen bijkomende problemen zoals een moeilijke financiële situatie of het voorkomen van acute of chronische psychische problemen of middelenmisbruik in een gezin, eveneens een negatieve invloed hebben op de familiale sereniteit (Hamano, et al., 2018; Lichtenthal & Kissane, 2008; Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh, & Yonker, 2009; Kramer & Boelk, 2015).

In relaties tussen mensen komen conflicten wel vaker voor. Ze hoeven niet per definitie negatief te zijn. In sommige gevallen kan een conflict zelfs een noodzakelijke stap zijn voor positieve verandering, voor groei en verdieping van een relatie (Strawbridge & Wallhagen, 1991). Zo ook aan het levenseinde, waar een conflict een opportuniteit kan betekenen voor verzoening voor het afscheid zich aandient (Lichtenthal & Kissane, 2008). Het niet vermijden van het conflict kan dus helende en verbindende effecten hebben. Een conflict kan echter pas als een opportuniteit werken als de betrokkenen op een goede manier omgaan met het conflict, met andere woorden, als er minstens op een positieve en geweldloze manier met elkaar wordt gecommuniceerd. Uit de literatuur bleek al dat het ontbreken van een goede communicatie tussen betrokkenen bijdraagt tot het ontstaan van familiale conflicten en het verloop ervan.

Onopgeloste of onaangepakte familiale conflicten kunnen zware gevolgen hebben voor de persoon die afscheid moet nemen van het leven en voor de nabestaanden. Palliatieve patiënten verwijzen in eerder onderzoek naar ge-

voelens van angst, eenzaamheid en verlatenheid (Kramer & Boelk, 2015). Bovendien is er voor de patiënt het risico dat niet aan alle fysieke noden tegemoetgekomen wordt of dat de verleende zorg niet overeenstemt met de individuele behoeften. In sommige gevallen valt het contact met bepaalde familieleden helemaal weg (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020). Mantelzorgers ervaren door het conflict vaak een slechtere mentale gezondheid met meer stress en angstgevoelens, schuldgevoelens, gevoelens van woede, depressie en verdriet (Hamano, et al., 2018). Bovendien kan het leiden tot een meer complex en langdurig rouwproces (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020). Naast deze emotionele gevolgen zijn er ook sociale gevolgen voor naasten, zoals verslechterde of verbroken onderlinge banden (Rosenkamp, 2012). Niet afgehandelde zaken worden niet uitgepraat. De betrokkenen bereiken geen rust noch berusting en kunnen niet op een serene manier afscheid nemen in dankbaarheid tegenover elkaar (Lichtenthal & Kissane, 2008). Ten slotte kunnen familiale conflicten aan het levenseinde ook negatieve gevolgen hebben voor zorgverleners, die meer stress ervaren en aangeven dat het een belemmering kan vormen om aan de noden van de patiënt en de familie tegemoet te komen en kwaliteitsvolle levenseindezorg te verlenen (Kramer & Boelk, 2015).

Positief geformuleerd kan het aanpakken van ruzies of het doorbreken van spanningen ertoe bijdragen dat de zieke persoon op een rustige(re), vredevolle(re) wijze kan sterven, naasten op een serene(re) manier kunnen rouwen en zorgverleners hun opdracht beter kunnen uitvoeren. Het gaat er in essentie om dat het volledige netwerk rond de persoon in de laatste levensfase opnieuw tot verbinding komt, voor het afscheid zich aandient. Het gaat er ook om dat de gezondheid en de levenskwaliteit van alle betrokkenen niet nog meer worden aangetast.

2. Onderzoeksvragen en methodologie

2.1. Onderzoeksvragen

Ondanks de vaststelling dat familiale conflicten aan het levenseinde frequent voorkomen en dat ze een grote impact hebben op alle betrokkenen, is de onderzoeksliteratuur hierover vrij beperkt, zeker wanneer het over de Belgische context gaat. Om meer te weten te komen over deze conflicten, startte CM in 2020 met een exploratieve studie in samenwerking met Universiteit Gent en vzw ConnFinity¹, die bemiddeling aanbiedt bij conflicten in de laatste levensfase. We zijn ervan overtuigd dat meer inzicht in deze materie kan leiden tot betere ondersteuning bij het aanpakken van de conflicten, wat uiteindelijk kan bijdragen tot minder stress, meer rust en verbeterde zorg- en levenskwaliteit voor de zieke persoon, alsook tot een verhoogde levenskwaliteit voor naasten en verbeterde werkkwaliteit voor zorgverleners.

Onze onderzoeksvraag was driedelig. Enerzijds wilden we meer te weten komen over de **kenmerken** van familiale conflicten rondom het levenseinde. Daaronder vallen de bronnen van conflict, de uiting en het verloop ervan en de mate van voorkomen. Daarnaast wilden we beter begrijpen hoe patiënten en naasten dergelijke conflicten **belev**en en wat de **impact** ervan is op de betrokkenen. Tot slot waren we geïnteresseerd in de manier waarop familieleden en zorgverleners deze conflicten **aanpakken** en wat hun on vervulde noden zijn op dit vlak.

Er bestaat geen consensusdefinitie over wat een conflict is. Voor deze studie hanteerden wij als werkdefinitie de omschrijving van bemiddelaar Diana Evers (expert in familiebemiddeling): “een conflict is een situatie waarin mensen met elkaar verward zijn door verschillen, tegenstellingen, tegenstrijdigheden, die ze onderling tussen hen ervaren over een gemeenschappelijke kwestie” (Evers, 2016, p. 49). Deze brede definitie omhelst zowel openlijke conflicten als sluimerende, onuitgesproken spanningen. Voor onze studie kwamen zowel nieuwe conflicten in aanmerking (die ontstonden in de laatste levensfase van een familielid) als aanslepende conflicten uit het verleden.

¹ De vzw ConnFinity wil bemiddeling bevorderen bij conflicten in de laatste levensfase en bij het levenseinde, en maakt op die manier mogelijk dat mensen zich (opnieuw) met elkaar verbinden voor het afscheid. Voor meer informatie, zie www.connfinity.be.

2.2. Methodologie

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, hanteerden we de *mixed methods* methodologie, wat inhoudt dat elementen van kwalitatief en kwantitatief onderzoek worden gecombineerd. Het kwalitatieve luik bestond uit semigestructureerde diepte-interviews met burgers (uitgevoerd door CM) en met zorgverleners (uitgevoerd door UGent). De interviewgids voor de gesprekken met burgers was het resultaat van literatuuronderzoek en overleg tussen UGent, vzw ConnFinity en CM. In een eerste deel is aan de respondenten gevraagd om meer informatie te geven over het conflict waarbij ze betrokken waren. Wat was de aanleiding? Wie was er bij het conflict betrokken? Welke andere factoren droegen bij tot het ontstaan of het verloop ervan? Daarna is gevraagd wat de impact van het conflict was, zowel voor de persoon aan het levenseinde als voor de respondent zelf. Ten slotte is bij de respondenten gepeild naar hoe ze met het conflict zijn omgegaan. Zochten ze professionele hulp? Zo ja, bij wie? En wat vonden ze van deze hulp? Kwam de hulpverlening tegemoet aan hun noden? Waarom wel of waarom niet? Wat hadden ze anders verwacht?

In de interviews met zorgverleners is gevraagd wat hun ervaringen zijn met familiale conflicten rondom het levenseinde van personen aan wie zij zorg verleenden. Dit kwalitatief luik van het onderzoek liet toe om vanuit twee invalshoeken, deze van burgers en deze van zorgverleners, meer in detail inzicht te krijgen in de kenmerken van familiale conflicten, in de impact op de betrokkenen, in de manier waarop ermee is omgegaan en in de wederzijdse verwachtingen op dit vlak.

Het aanvullende kwantitatieve luik, de enquête bij een steekproef van CM-leden, maakte het mogelijk om meer algemene informatie in te zamelen over de prevalentie van familiale conflicten aan het levenseinde, over de aanleidingen voor en de kenmerken van deze conflicten, over de impact ervan en over de manier waarop ermee wordt omgegaan.

In dit artikel beperken we ons tot de bespreking van de methodologische aspecten en de voornaamste resultaten van de semigestructureerde interviews met burgers (kwalitatief luik). De focus ligt hierbij op de resultaten die te maken hebben met zorg en behandeling, en de ervaringen met en verwachtingen ten aanzien van zorgverleners. De resultaten van de ledenbevraging zullen voorgesteld en besproken worden in een latere editie van *Gezondheid & Samenleving*.

CM verspreidde de oproep tot deelname aan de diepte-interviews met burgers via het ledenblad van Beweging.net, Visie. Deze oproep leidde tot 42 reacties. Na het toepassen van de in- en exclusiecriteria werden 34 personen weerhouden. Uiteindelijk werden tussen december 2020 en april 2021 27 personen geïnterviewd. Omwille van de coronamaatregelen verliepen de interviews via videobel-len of telefonisch. De interviews duurden meestal tussen de 60 en 90 minuten, waarbij de respondenten een grote openheid vertoonden om hun verhaal te delen.

De grote meerderheid van de respondenten was vrouw (20 op 27) en kind van de persoon in de laatste levensfase (21 op 27). De jongste respondent was 43 jaar, de oudste 84, met een gemiddelde leeftijd van 64 jaar. De conflictueuze relatie bestond voornamelijk tussen broer(s) en zus(-sen), in tweede instantie tussen ouder en kind(eren) of schoonouders en schoondochter of -zoon.

2.3. Limieten van de studie

Deze studie kent enkele limieten. Een eerste limiet betreft de veralgemening van de resultaten. Op basis van de getuigenissen van de geïnterviewde burgers kunnen geen uitspraken worden gedaan over wat *in het algemeen* de aanleidingen zijn voor familiale conflicten aan het levenseinde, wat de beïnvloedende factoren zijn in het ontstaan en verloop ervan, wat de impact ervan is op de betrokkenen en welke initiatieven zij nemen om met dit conflict om te gaan. Een tweede limiet heeft te maken met de rekrutering van deelnemers aan het onderzoek. De oproep voor deelname was specifiek gericht naar personen die ervaring hebben met een familiaal conflict aan het levenseinde. Het risico bestaat dat vooral personen in specifieke situaties hierop hebben gereageerd, zoals deze waarbij het conflict (nog) niet opgelost is geraakt of voor wie deze conflicten zeer ingrijpende gevolgen hadden. Ten derde zijn de getuigenissen gebaseerd op de eigen, zeer persoonlijke ervaringen en gevoelens van burgers die hun verhaal over een familiaal conflict aan het levenseinde van een naaste vertellen vanuit hun (subjectieve) standpunt en beleving.

Ondanks deze limieten bevatten de getuigenissen waardevolle informatie die ons inzicht in dit onderwerp versterken. Om een vollediger beeld te krijgen van mogelijke aanleidingen, beïnvloedende factoren en impact van familiale conflicten aan het levenseinde, is een aanvullende literatuurstudie gedaan. Deze aspecten zijn vervolgens ook bevraagd in de kwantitatieve studie. Deze kwantitatieve

studie bij een representatieve steekproef van CM-leden zal ook een indicatie geven over de frequentie waarmee deze conflicten in onze samenleving voorkomen.

3. Bespreking van de resultaten

3.1. Kenmerken van familiale conflicten aan het levenseinde

3.1.1. Bronnen van conflict

Op basis van de analyse van de interviews stelden we vast dat er twee grote bronnen zijn van familiaal conflict bij levenseinde: zorg enerzijds en financiële zaken, waaronder erfeniskwesties, anderzijds. Wat de zorg betreft, waren er drie subcategorieën te onderscheiden: conflicten over een euthanasiewens, conflicten rond de verdeling van de zorgtaken tussen familieleden en conflicten over zorgkeuzes (behandelopties, opname versus thuiszorg, enz.). In een groot aantal gevallen ging het om een combinatie van financiële en zorgkwesties.

Een opvallende, vaak terugkomende problematiek was die van de zorgvolmacht, waarbij iemand aan een andere persoon een volmacht geeft om bepaalde handelingen te stellen of beslissingen te nemen in diens plaats (betreffende het vermogen van en/of zorg voor de persoon) wanneer die dit zelf niet meer kan². Uit heel wat interviews bleek dat de respondent er niet van op de hoogte was gebracht dat een zorgvolmacht werd afgesloten en dat men dit pas tijdens de periode van levenseindezorg te weten kwam. Bovendien werd deze zorgvolmacht volgens verschillende respondenten misbruikt door de volmachthouder. De respondenten vonden het problematisch wanneer de volmachthouder zich als enige contactpersoon voor zorgverleners opwierp, weigerde informatie over de ziekte-evolutie te delen met andere familieleden en/of zonder overleg besliste over zaken zoals bezoekrecht, medische behandelingen en andere zorgaspecten. De volmachthouder beriep zich in deze gevallen vaak op het juridisch kader. Dit kader laat het zorgpersoneel niet toe om andere familieleden te betrekken. Sommige respondenten konden echter niet begrijpen dat zorgverleners, naar hun aanvoelen, toegaven aan de (juridisch onderbouwde) druk van

bepaalde familieleden om andere familieleden volledig buiten te sluiten.

“Als je dan van het ziekenhuispersoneel te horen krijgt, ik mag aan jou geen uitleg geven want mevrouw heeft een zorgvolmacht, dat botste met mij langs alle kanten.”

“(…) Zorgpersoneel staat zodanig onder druk om juridisch toch maar alles correct te doen en het menselijke verdwijnt volledig.”

3.1.2. Uitingen van conflict

De conflicten kregen uiting op zeer verschillende manieren. Familieleden vermeden elkaar, bijvoorbeeld in het kader van een bezoek aan de naaste thuis of in het woonzorgcentrum, en ze spraken kwaad over elkaar tegen anderen, zoals zorgverleners. In vele gevallen was er sprake van permanente spanningen, wederzijdse verwijten en uitbarstingen, haatcommunicatie en dreigende taal. Daarbij werd vaak verwezen naar het verleden. Constructieve communicatie was vaak onbestaand.

Maar vaak ging het veel verder dan dat. Niet zelden werd een familielid niet geïnformeerd over de ziekte-evolutie van het zieke familielid, of zelfs bewust buitengesloten wat betreft de zorg en de zorgkeuzes voor het zieke familielid of andere beslissingen rond levenseinde en overlijden. In sommige gevallen maakte een familielid het onmogelijk voor een ander familielid om contact te hebben met het zieke familielid. Het ging soms zelfs zo ver dat een familielid de kans niet kreeg om afscheid te nemen van een terminaal ziek familielid, niet aanwezig mocht zijn bij het overlijden of hierover niet rechtstreeks geïnformeerd werd.

“Ze [nieuwe partner van vader] heeft altijd gezegd dat ik daar niks in te beslissen had, om haar te citeren: het enige wat je nog mag is je papa zijn hand vasthouden.”

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

“Ze [moeder van respondent] is overleden, wij wisten van niks. Ik krijg plots een telefoon 's anderendaags van mijn schoonbroer [...]. Hij zegt me, mijn zoon zit hier te wenen, hij zegt: meme is dood.”

2 www.cm.be/wat-te-doen/thuiszorg/juridisch/zorgvolmacht.

3.1.3. Vaak terugkerende elementen in de interviews

Tijdens de analyse konden we vaststellen dat drie elementen in bijna alle interviews voorkwamen. Een eerste gaat erover dat er meestal reeds voor het ontstaan van het conflict bij levenseinde sprake was van problemen en spanningen in de familie. Ook in de literatuur wordt, zoals eerder vermeld, een voorafgaandelijk familiaal conflict geïdentificeerd als een factor die bijdraagt tot familiale conflicten aan het levenseinde (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020). Vaak waren er elementen in de jeugd van de respondent die de band tussen familieleden beschadigden. Met andere woorden, het conflict bij levenseinde was vaak een dieptepunt dat reeds bestaande spanningen versterkte: het conflict 'baadde' als het ware in het verleden. De ervaringen in het verleden hadden te maken met heel diverse aspecten, zoals een ervaren gebrek aan liefde, erkenning/waardering en gehoor; ervaren verschillen in de behandeling van kinderen door de ouders; jaloezie tussen broers/zussen; ouders die niet of moeilijk over emoties konden spreken; gebrek aan ruimte om te spreken; gebrek aan openheid/transparantie binnen de familie; de aanwezigheid van een dominant, autoritair en/of dictatoriaal familielid (vaak moeder- of vaderfiguur); een patriarchale opvoedingsstijl; en een of meerdere familieleden met complexe persoonlijkheidskenmerken, een psychische aandoening en/of kwetsbaarheid (zoals depressieve gevoelens, autismespectrumstoornis, narcistische kenmerken of manipulatief karakter) of verslavingsproblematiek.

"Het verhaal gaat eigenlijk al van bij de geboorte van mijn man."

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

Een tweede quasi-constante die we vaststelden, was dat er aan de basis van het conflict meestal een (door de respondent ervaren) gebrek aan transparante, positieve communicatie of dialoog lag tussen familieleden over levenseinde(zorg). Levenseinde bevindt zich in vele gevallen nog in de taboesfeer, waardoor het dus niet of niet gemakkelijk bespreekbaar was. Daardoor was er bijvoorbeeld in vele situaties weinig of geen duidelijkheid over de wensen van de zieke persoon wat betreft levenseindezorg. Dit was meestal niet vooraf vastgelegd en er was doorgaans ook weinig of geen ruimte om dit openlijk te bespreken, noch met de persoon aan het levenseinde, noch tussen de ander-

re betrokkenen onderling. Bijgevolg vertrok elkeen vanuit de eigen opvatting over wat hij of zij het beste achtte, zonder dit met de anderen te bespreken, zonder naar elkaar te luisteren. En afhankelijk van de onderlinge verhoudingen tussen de betrokkenen, woog de opvatting van de ene of de andere meer door in de uiteindelijke beslissingen. Respondenten wensten echter dat beide kanten op gelijke voet, constructief, met respect en met begrip voor de visie of keuzes van de ander, met en naar elkaar zouden kunnen spreken en luisteren.

"Maar dus over wat ze nog wilde terwijl ze leefde en hoe het zou stoppen, daarover had ze met de arts nog niet echt gepraat en schoof ze voor zich uit. Als ik dat zo zei, toen ik toch wel dacht dat wordt hier wel dringend, ik zie dat, dan zei ze, 'dat is nog tijd genoeg'."

Een derde en laatste terugkerend element in de interviews was de aanwezigheid van een diep verlangen bij zowat alle respondenten naar harmonie, verzoening, open communicatie en gezamenlijk overleg rond de zorg voor het zieke familielid. Dit kwam zelfs naar boven in interviews waar de respondent schijnbaar volledig en definitief gebroken had met (een deel van) de familie. Dit heeft wellicht te maken met de specificiteit van familierelaties die gekenmerkt worden door een existentiële band. Hieraan is de opvatting gekoppeld dat men nooit volledig en definitief met familie kan breken en dat ieder kind (iedere mens) uiteindelijk behoefte heeft aan verzoening/contact met diens wortels. Dit is een cruciaal verschil met andere verbanden waar mensen toe behoren en waar ze, in geval van spanningen of conflicten, uit kunnen stappen (Witloks, 2019).

Met andere woorden: men wil wel verzoening, maar men slaagt er niet in, ook al vermeldde een deel van de respondenten dat de wil om rond de tafel te gaan zitten om de zaken uit te spreken en te bespreken niet bij alle betrokkenen aanwezig was of althans leek te zijn. Het ontbreekt bij vele families aan de geschikte tools en vaardigheden om onenigheden of verschillende visies te bespreken of uit te praten en tot een akkoord, compromis of minimaal een sereen gesprek over gevoelens en behoeften te komen. Dit contrast tussen enerzijds het onvermogen om met onenigheden en conflicten om te gaan en anderzijds het verlangen naar verbinding, doet ons besluiten dat mensen mogelijk baat hebben bij kwalitatieve ondersteuning bij het aanpakken van familiale conflicten. Het contrast waarvan sprake doet denken aan het bekende kunstwerk 'LOVE' van de Oekraïense beeldhouwer Alexander Milov. Het beeldhouwwerk stelt twee volwassenen voor die van elkaar vervreemd lijken te zijn, maar binnenin elke figuur is

er de liefde van het innerlijke kind, die wordt weergegeven door twee kinderfiguren die naar elkaar reiken. Het geeft op een sprekende manier de wens weer van het innerlijke kind in elk van ons om te verbinden met de ander.

3.2. Impact en beleving van conflict

"(...) het gevoel dat hij [vader] niet correct gestorven is."

De impact en de gevolgen van het conflict voor de respondent zijn aanzienlijk. Sommige respondenten hadden schrik voor niet-aangepaste zorg voor het zieke familielid en voor ongelukken, alsook voor represailles ten aanzien van het zieke familielid vanwege een ander familielid. Nogal wat respondenten kampten met schuldgevoelens ten opzichte van het overleden of zieke familielid en/of werden geconfronteerd met een bemoeilijkte rouw, onder andere door het gebrek aan (sereen) afscheid. Daarnaast werd melding gemaakt van verbroken familierelaties, ernstige slaapproblemen en een verstoord dagelijks leven, evenals van heel wat negatieve gevoelens zoals pijn en verdriet, onmacht, gemis, kwaadheid, onbegrip, frustratie, ontgoocheling, angst en wroeging. Ook voelden sommigen zich niet (voldoende) gehoord of begrepen door zorgverleners. In een aantal gevallen werd de impact nog versterkt door andere omstandigheden los van de zorg voor de naaste aan het levenseinde, zoals de zorg voor andere familieleden, eigen gezondheidsproblemen of moeilijkheden op het werk. Het was duidelijk dat voor veel respondenten de negatieve ervaring een diepe indruk had nagelaten en dat dit nog steeds woog op hun dagelijks functioneren. Het is een ervaring die ze niet gemakkelijk kunnen loslaten of vergeten.

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

Er waren opvallende verschillen in hoe de respondenten hun eigen rol in het conflict zagen. In een aantal gevallen legden ze de oorzaak (volledig) in het gedrag van andere betrokkenen of in gebeurtenissen uit het verleden. Al slaagden sommigen er wel in om die gebeurtenissen uit het verleden voor een stuk te zien als 'verzachtende omstandigheid'. Maar er waren ook respondenten die de schuld voor het conflict of de spanningen (voor een deel) bij zichzelf legden. Zo zegden sommigen dat ze misschien wel op een foute manier of onvoldoende gecommuniceerd hadden, dat ze wellicht zelf ook fouten hadden gemaakt of dat het samenhangt met hun karakter.

"Ik zal ook niet de juiste ingangspoort gevonden hebben om het hen te vragen, maar het lukte ons niet om een gesprek daarover aan te gaan, van, nemen jullie een deel zorg op zich en daar ben ik dan fout in geweest, ik heb het dan maar op mij genomen, zonder overleg te plegen op den duur hé."

"Ik heb nu pas het gesprek gehad langs de telefoon met de oudste broer met de vraag waarom hij nog zo weinig bij moeder kwam en hij niet terug telefoneerde. Pas dan heeft hij verteld dat er op zijn 16-17 jaar iets gebeurd is, dat zijn moeder hem iets heeft aangedaan dat hij niet kan vergeten. Dat heeft mij wel geholpen om de afstand te begrijpen."

Ook het zieke familielid ervaarde volgens de respondenten vaak negatieve emoties ten gevolge van het conflict. Zo hoorden we in onze getuigenissen dat het palliatieve familielid "ervan heeft afgezien", "eraan is kapot gegaan" of "gestorven is van verdriet". Of het zieke familielid zou verlangd hebben naar harmonie binnen de familie en/of gewenst hebben dat er externe hulp zou worden bijgehaald. Met andere woorden, het zieke familielid ervaarde in vele gevallen geen sereen levenseinde. Soms werd hierover door respondenten openlijk gesproken met het palliatieve familielid, maar in andere gevallen was dit niet zo en gaven de respondenten aan dat hun naaste het verdriet in stilte leek te dragen en weinig uitte over de impact van het conflict.

"Hij heeft ook niet verteld dat hij daaronder leed. Voor hem moesten ze niet op bezoek komen. Maar wat er in hem leefde, zal altijd wel een beetje een raadsel blijven. Het was een man van zijn generatie, dat zijn héél sterke mensen, fysiek en mentaal en die hebben hun eigen manier om dingen te verwerken."

We stelden vast dat de meeste pijn bij de respondenten niet zozeer veroorzaakt werd door de ziekte en het verlies van een dierbare, dan wel door de manier waarop het zieke familielid die laatste levensfase heeft moeten beleven (in een conflictueuze sfeer) en door de sterk beschadigde familieband.

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

3.3. Aanpak van conflict en verwachtingen ten aanzien van professionals

De respondenten gingen op verschillende manieren met de conflicten om. Sommigen gaven aan dat ze het conflict probeerden los te laten, te laten slijten of rusten, een plaats te geven, verder te gaan met de goede herinneringen of de focus elders te leggen. Iemand vertelde vrede te hebben gevonden door zichzelf te ontdoen van schuldgevoelens omdat ze alles had gedaan wat ze kon. Niettemin bleek uit de interviews vaak dat wat gebeurd was, bleef knagen.

Vele anderen hadden nood om hun hart te luchten over het conflict en deden dat bij naasten (bepaalde familieleden, vrienden, collega's, burens, enz.) of zorgverleners (huisarts, psycholoog, maatschappelijk werker, verpleegkundigen, enz.). Sommige respondenten verwerkten hun emoties op een creatieve manier en schreven het allemaal van zich af in de vorm van proza, poëzie of dagboek. Een klein aantal respondenten deed aan persoonlijke ontwikkeling, onder andere via diverse vormen van therapie, waarbij ze dieper inzicht verwierven in de oorzaken van de gebeurtenissen, wat hen toeliet om de zaken beter te plaatsen, empathisch te zijn, de reacties en houdingen van familieleden beter te begrijpen ondanks de pijn die ze voelden. In deze specifieke gevallen was er meer hoop op een oplossing of kon tot een vergelijk gekomen worden, en was er een toekomstperspectief voor een betere familieband.

Hoewel gesprekken met zorgverleners over het conflict voor een deel van de respondenten wel deugd deden (therapeutisch effect), ervaaarden velen dat de vermelding van het conflict bij professionals (naast zorgverleners ook advocaten, notarissen, bankdirecteurs, enz.) tot weinig respons leidde. De professionals hadden volgens vele respondenten een te enge medische, administratieve of zakelijke focus. Sommige respondenten vermeldden ook dat professionals, naar hun aanvoelen, soms te gemakkelijk met het principe van beroepsgeheim schermde.

“Dat die zorgverleners het dan waarschijnlijk ook niet voldoende ervaren hebben, of dat wij toch niet duidelijk of niet sterk genoeg onze vragen hebben kunnen laten gelden, dat er daar ook partij gekozen is. Ik weet het niet. Het had anders gekund.”

“Bepaalde huisartsen zijn bezig met hun medische kant. Maar als je dan over een ander probleem begint, er zijn er die daar geen rekening mee houden.”

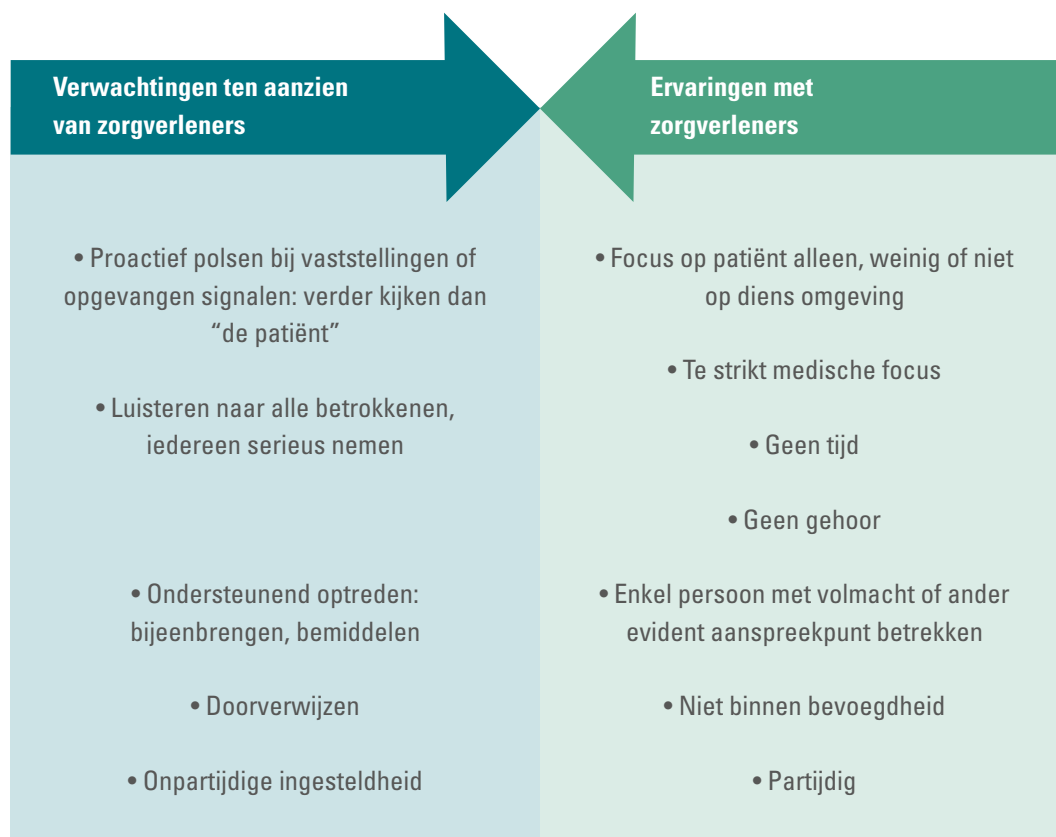
De verwachtingen die vele respondenten hadden ten aanzien van zorgverleners (in het bijzonder de huisarts en palliatieve zorgverleners) met betrekking tot het familiaal conflict, stonden in schril contrast met hun ervaringen (zie Figuur 1). Terwijl men verwacht dat zorgverleners proactief polsen naar familiale conflicten wanneer ze bepaalde signalen opvangen, en dus dat ze verder kijken dan naar de patiënt alleen, focuste de zorgverlener weinig of niet op de omgeving van de patiënt. Terwijl men verwacht van zorgverleners dat ze luisteren naar en praten met alle betrokkenen en iedereen serieus nemen, had de zorgverlener vaak geen tijd en geen gehoor voor dergelijke zaken. Enkel de persoon met een zorgvolmacht of een ander evident aanspreekpunt, bijvoorbeeld een familielid met een paramedische scholing of iemand die dichtbij woonde, kon rekenen op diens aandacht. Sommige respondenten voelden zich zelfs volledig buitengesloten door (palliatieve) zorgverleners. Terwijl nogal wat respondenten van zorgverleners verwachten dat ze sturend of faciliterend optreden bij een familiaal conflict (bijvoorbeeld alle betrokkenen bijeenbrengen, bemiddelen), was de zorgverlener volgens de respondenten in de meeste gevallen van mening dat dit niet tot diens rol of bevoegdheid behoort. En terwijl respondenten een onpartijdige ingesteldheid verwachten bij zorgverleners, was de zorgverlener volgens de respondent in een aantal gevallen in zekere mate partijdig, of had die enkel oor voor de vragen en visie van slechts een of enkele familieleden. Wel gaven de respondenten aan dat de focus van de zorgverleners op het belang van de patiënt lag.

Een groot aantal respondenten had met andere woorden een behoefte aan ondersteuning vanwege zorgverleners, terwijl deze behoefte zelden werd ingelost. Een aantal respondenten wist niet goed waar aan te kloppen voor hulp.

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

Vele respondenten gaven aan ondersteuning te wensen vanwege een onpartijdige derde die anderzijds wel kennis heeft van de context van het zieke familielid en diens patiëntendossier. Bovendien moet het gaan om iemand die van alle partijen het vertrouwen kan genieten. Enkele respondenten wezen er ook op dat in specifieke situaties bijzondere vaardigheden belangrijk zijn om tot een effectieve bemiddeling te kunnen komen. Het gaat dan onder meer om ervaring met of kennis over psychische kwetsbaarheid bij een van de betrokken partijen.

Figuur 1: Verwachtingen van de respondenten ten aanzien van zorgverleners versus hun ervaringen



Bemiddeling door externe, professionele bemiddelaars bleek voor velen ongekend. Sommigen vonden het jammer dat ze niet eerder van deze piste op de hoogte waren, anderen waren ervan overtuigd dat een externe bemiddelaar weinig zin zou hebben omdat volgens hen niet alle betrokken familieleden zouden openstaan voor hulp vanwege externen (niet-zorgverleners).

"Een conflict bemiddelen, ik denk dat je dan altijd toch met twee moet zijn die dat willen, of met vier of zo."

4. Aanbevelingen

Heel wat families zijn verwickeld in een familiaal conflict rondom het levenseinde van een naaste. Uit de interviews bleek dat deze conflicten een zware impact kunnen hebben, zowel op de persoon aan het levenseinde en diens naasten als op de zorgverlening en de zorgverleners. Het

is dan ook belangrijk dat aandacht voor familiale conflicten rondom het levenseinde beschouwd wordt als een vorm van palliatieve zorg (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarondo, 2020). Palliatieve zorg heeft vier pijlers: fysieke, psychologische, sociale en spirituele/existentiële zorg. Er wordt voorbij de ziekte gekeken, naar de mens in zijn totaliteit en met zorgnoden op verschillende vlakken. Het ondersteunen van mensen in de laatste levensfase bij het aanpakken of verzachten van conflicten met of tussen naasten valt in onze visie dan ook onder de niet-medische pijlers van palliatieve zorg.

Levenskwaliteit is een kernwaarde voor CM, doorheen het hele leven en dus ook in de laatste levensfase. Levenskwaliteit gaat verder dan de ziekte genezen of onder controle krijgen, de pijn of andere symptomen bestrijden, gepaste hulpmiddelen inzetten en de beste behandelingen aanbieden. Het gaat er ook over dat de patiënt ondersteund wordt bij het zo aangenaam mogelijk maken van zijn leven ondanks de beperkingen. Daarbij zijn de zorg- en levensdoelen van de patiënt centrale referentiepunten. Onnodig

te zeggen dat de levenskwaliteit rondom het levenseinde – niet te verwarren met stervenskwaliteit, wat verwijst naar de omstandigheden van overlijden – voor de zieke persoon en zijn naasten hoger ligt wanneer er warme verbinding bestaat tussen familieleden dan in geval van familiale spanningen. Onze aandacht voor levenskwaliteit gaat ook samen met de brede visie op gezondheid die CM aanhangt: gezondheid is zoveel meer dan louter fysiek welbevinden. Gezondheid aan het levenseinde kunnen we omschrijven als het vermogen om met de fysieke, sociale en emotionele uitdagingen van dat levenseinde om te gaan. Vanuit dit perspectief kunnen ook palliatieve patiënten een hoge mate van welbevinden ervaren.

4.1. Conflicten aanpakken

Waar familiale conflicten rondom het levenseinde niet kunnen worden voorkomen, is het van belang ze zo goed mogelijk en op een serene wijze aan te pakken. Omdat ze vaak voorkomen, is het belangrijk voor zorgverleners om proactief alert te zijn voor familiale conflicten of spanningen rondom het levenseinde, zo mogelijk voor de palliatieve fase (bijvoorbeeld naar aanleiding van een zware diagnose of het opstarten van multidisciplinaire zorg in een complexe zorgsituatie) (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020). Zo kunnen zorgverleners bijvoorbeeld tijdens een familiegesprek proberen zicht te krijgen op communicatiepatronen, overtuigingen van familieleden, hun rol in het familiesysteem, enz. Indien er op die manier signalen naar voren komen die duiden op een bestaand conflict, kan de zorgverlener nagaan hoe die best tussenkamt om te vermijden dat de situatie escaleert en impact heeft op de levenseindezorg of op het welzijn van de patiënt en diens omgeving (Lichtenthal & Kissane, 2008). Op die manier is er nog voldoende tijd om het conflict aan te pakken, de best mogelijke zorgverlening te garanderen en sereniteit te bekomen voor het afscheid zich aandient.

We zijn ervan overtuigd dat het sterker inzetten op opleidingen ‘bemiddelingsgericht werken in de zorgverlening’ voor zorgprofessionals bijzonder waardevol zou zijn voor families die met het levenseinde van een familielid worden geconfronteerd. We spreken hier bewust van bemiddelingsgericht werken en niet van ‘bemiddeling’ omdat het niet haalbaar is – en misschien ook niet noodzakelijk – dat zorgverleners zich tot volwaardige bemiddelaars ontwikkelen. Van zorgverleners kunnen we immers niet verwachten dat ze (vaak complexe) familiale conflicten, niet zelden met wortels in het verleden, op dezelfde wijze aanpakken als therapeuten of bemiddelaars dat doen. Het is ook niet de bedoeling

dat zij de eigenlijke conflicten altijd helpen oplossen. Zorgverleners zijn gericht op het verlenen van goede (gepaste) zorg. Het zou al een hele stap voorwaarts betekenen als zorgverleners, in het bijzonder zij die frequent betrokken zijn bij palliatieve situaties zoals de huisartsen, palliatief artsen, palliatief verpleegkundigen en sommige andere eerstelijnsactoren, de basisvaardigheden bezitten om op een gepaste manier met familiale conflicten om te gaan en de betrokkenen te ondersteunen. Een van de kernbegrippen hier is ongetwijfeld ‘meerzijdige partijdigheid’, waarbij een zorgverlener oog heeft voor alle kanten van de waarheid en erkenning geeft aan alle betrokkenen in een relationeel conflict (Deltour, 2005). Dit is in het bijzonder relevant waar het familiaal conflict een negatieve impact heeft of kan hebben op de zorgverlening voor het zieke familielid. In dat geval heeft de zorgverlener zonder enige twijfel een rol te spelen in het aanpakken van het conflict, namelijk in functie van goede zorg. Een zorgverlener kan de betrokkenen ook stimuleren om met elkaar in overleg te gaan.

Daarnaast is het noodzakelijk dat het klassieke bemiddelingsaanbod vanwege professionele bemiddelaars (verbonden aan sociale diensten of privé-initiatieven) sterker wordt bekendgemaakt, aangezien het bestaan ervan bij het ruime publiek niet gekend is. Sommige bemiddelaars zijn gespecialiseerd in conflictsituaties rondom het levenseinde. Gezien hun specifieke expertise, zullen zij in een deel van de situaties zeker een meerwaarde kunnen betekenen. In een conflict ervaart elke betrokkene de gebeurtenissen op zijn eigen manier, beoordeelt die alles vanuit de eigen perceptie van de feiten en vanuit de eigen visie en overtuigingen. Bemiddeling kan dan een rol spelen in het op gang brengen van de communicatie tussen de betrokkenen en in het samenbrengen van overtuigingen en visies.

4.2. Conflicten voorkomen

In heel wat situaties zal een familiaal conflict rondom het levenseinde moeilijk te voorkomen zijn, in het bijzonder wanneer er binnen een familie al langer conflictueuze relaties bestaan. Maar in een aantal gevallen kunnen specifieke inspanningen er wel voor zorgen dat spanningen en conflicten minder kans krijgen om te ontstaan.

Een deel van de familiale conflicten rondom het levenseinde, namelijk deze die hun oorsprong vinden in zorgkeuzes voor het zieke familielid (bijvoorbeeld wat betreft behandelingsopties of zorgsetting – thuiszorg, woonzorgcentrum of ziekenhuis), kunnen zonder twijfel vermeden worden dankzij vroegtijdige zorgplanning. Vroegtijdige zorgplanning is

een proces van continu overleg tussen patiënt en zorgverleners dat gericht is op het uitklaren van iemands waarden en wensen ten aanzien van diens (toekomstige) palliatieve zorg of zorg aan het levenseinde (Morel & Mullié, 2021)³. Wanneer de zorgvoorkeuren van een ziek familielid duidelijk zijn voor andere familieleden, is de kans op familiaal conflict een heel stuk kleiner (Wilson, Anafi, Roh, & Errasti-Ibarrondo, 2020; Lichtenthal & Kissane, 2008). Vroegtijdige zorgplanning krijgt de laatste jaren dan ook terecht meer aandacht, zowel op beleidsniveau als in de praktijk van de zorgverlening, maar herhaalde sensibiliseringscampagnes gericht op zowel burgers als zorgprofessionals blijven nodig. Het is hierbij wel belangrijk dat vroegtijdige zorgplanning niet gezien wordt als een eenmalige actie (bijvoorbeeld bij opname in een woonzorgcentrum of bij opstart van thuiszorg), maar een meer structureel onderdeel wordt van een zorgverleningsproces en er dus op geregelde tijdstippen opnieuw overlegd wordt zodat er op elk moment duidelijkheid en zekerheid is over gedeelde zorgdoelen en -wensen (Lichtenthal & Kissane, 2008).

Zorgprofessionals kunnen (net zoals advocaten, notarissen, enz.) een rol spelen in het voorkomen van familiale conflicten rondom het levenseinde. Dat kunnen ze doen door hun patiënten (cliënten) die met een zware diagnose worden geconfronteerd of zich in een palliatieve situatie bevinden, aan te moedigen om zo vroeg mogelijk openlijk het gesprek aan te gaan met naasten over zorgaspecten, financiële zaken en andere elementen gelinkt aan het levenseinde, en hen waar nodig tools aan te reiken om dit gesprek aan te gaan of hen door te verwijzen naar andere instanties die hen daarbij kunnen helpen en begeleiden.

Daarnaast pleiten we ervoor dat zorgverleners de volmachthouder (in geval van een zorgvolmacht) of de aangeduide of wettelijke vertegenwoordiger voor de patiëntenrechten aanmoedigen om andere familieleden te betrekken bij keuzes en beslissingen ten aanzien van het zieke familielid (bijvoorbeeld betreffende behandelingsopties, zorgsetting, enz.), informatie te delen en samen te overleggen.

5. Conclusie

Deze verkennende studie leidde tot enkele interessante vaststellingen en inzichten over de kenmerken van familiale conflicten rondom het levenseinde, de impact ervan

op de betrokkenen en op de wijze waarop mensen ermee omgaan. Zo wordt de vaststelling uit de literatuur, dat familiale conflicten aan het levenseinde een grote impact kunnen hebben op de betrokkenen en hun gezondheid en de levenskwaliteit ernstig onder druk kunnen zetten, in deze studie bevestigd. Ook de aanleidingen voor conflicten en de beïnvloedende factoren in deze studie zijn in lijn met wat gevonden is in de literatuur. Aanvullend geeft onze studie een eerste zicht op de hulp waarop betrokkenen een beroep doen om met het conflict om te gaan en de verwachtingen die ze hierover hebben ten aanzien van zorgverleners. De studie geeft ook een eerste indicatie over de rol die professionele bemiddelaars op dit moment al spelen.

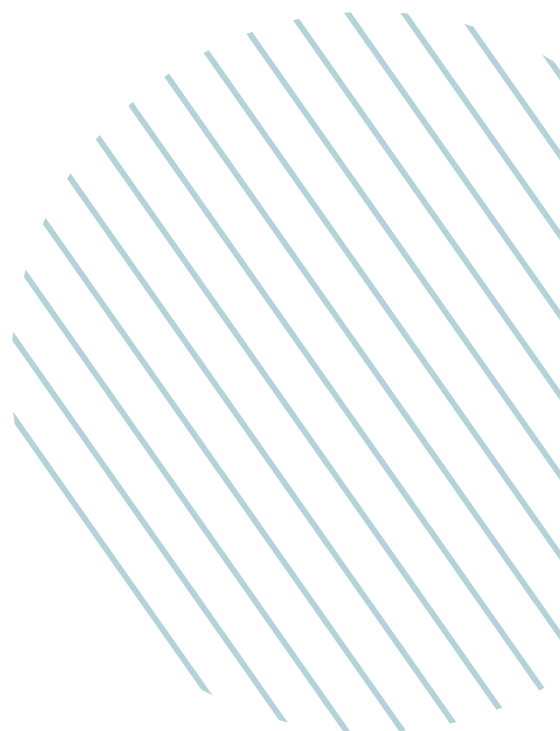
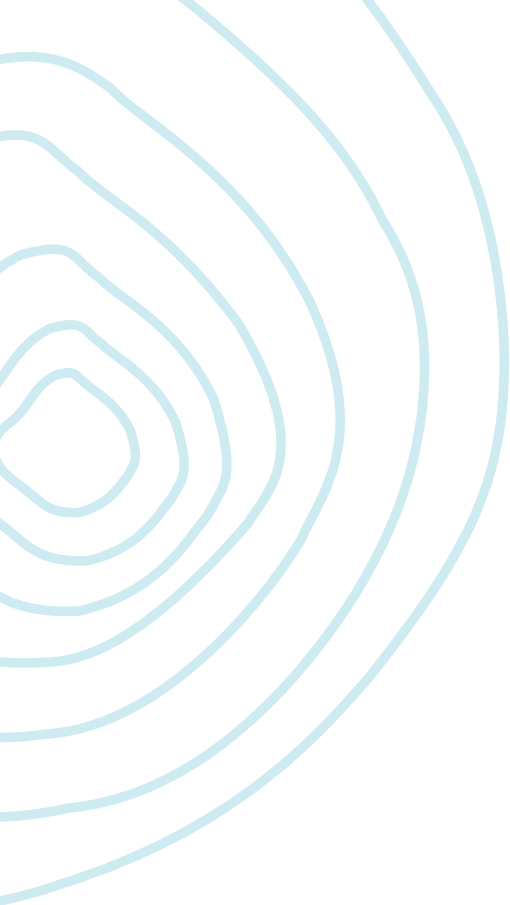
In het kader van deze studie werden voornamelijk respondenten geïnterviewd die betrokken waren bij persisterende familiale conflicten die niet op een serene wijze konden worden aangepakt. Grootschaliger kwalitatief onderzoek is nodig om de problematiek van familiale conflicten rondom het levenseinde nog beter te begrijpen, bijvoorbeeld door ook meerdere gevallen te bestuderen waarbij het conflict binnen de familie wel op een succesvolle wijze werd aangepakt, al dan niet met ondersteuning van buitenaf, waardoor het afscheid kon plaatsvinden in een rustigere, meer harmonieuze context. Ook de mogelijke factoren die wel of juist niet bijdragen tot het ontstaan van een familiaal conflict of die stimulerend of net belemmerend zijn voor een positieve afloop, moeten verder onderzocht worden. Het kan dan onder meer gaan om verschillen naargelang de setting waarin een palliatieve patiënt verzorgd wordt, de impact van nieuwe samenlevingsvormen, enz.

De problematiek van familiale conflicten rondom het levenseinde gaat in essentie over het onvermogen van mensen om verbinding te vinden met elkaar, over het gebrek aan tools om constructief en empathisch met elkaar te communiceren. De nood aan betere communicatievaardigheden is niet alleen groot nabij het levenseinde maar evenzeer in elke andere fase van het leven, zowel in de privé als de professionele setting. Daarom pleiten we er graag voor om (sterker) in te zetten op het aanleren van communicatieve vaardigheden, met speciale aandacht voor het concept van 'geweldloze communicatie' (Rosenberg, 2015), in het lager en secundair onderwijs alsook binnen de werkcontext. Want "geweldloze communicatie verbindt zielen met elkaar, waardoor genezing kan ontstaan. Het is het ontbrekende element in wat we doen" (Chopra, 2015, eigen vertaling).

3 Zie www.cm.be/ziekte-en-behandeling/vroegtijdige-zorgplanning.

Bibliografie

- Benson, J. J., Parker, O. D., Demiris, G., & Washington, K. (2019). Accounts of family conflict in home hospice care: the central role of autonomy for informal caregiver resilience. *Journal of family nursing*, 25(2), 190-218.
- Chopra, D. (2015). Editorial review of the book of M. Rosenberg (2015) *Nonviolent Communication: A Language of Life: Life-Changing Tools for Healthy Relationships*.
- Deltour, B. (2005). Veelzijdige Partijdigheid. Kernbegrip in de contextuele hulpverlening. *Denkbeeld*, 17(5), 58-60.
- Evers, D. (2016). *Bemiddeling. Meer dan een hype*. Leuven: Acco.
- Hamano, J., Morita, T., Mori, M., Igarashi, N., Shima, Y., & Miyashita, M. (2018). Prevalence and predictors of conflict in the families of patients with advanced cancer: a nationwide survey of bereaved family members. *Psychooncology*, 27(1), 302-308.
- Kramer, B. J., & Boelk, A. Z. (2015). Correlates and predictors of conflict at the end of life among families enrolled in hospice. *Journal of pain and symptom management*, 50(2), 155-162.
- Kramer, B. J., Boelk, A. Z., & Auer, C. (2006). Family conflict at the end of life: Lessons learned in a model program for vulnerable older adults. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 791-801.
- Kramer, B. J., Kavanaugh, M., Trentham-Dietz, A., Walsh, M., & Yonker, J. A. (2009). Predictors of family conflict at the end of life: the experiences of spouses and adult children of persons with lung cancer. *The Gerontologist*, 50(2), 215-225.
- Lichtenthal, W. G., & Kissane, D. W. (2008). The management of family conflict in palliative care. *Progress in palliative care*, 16(1), 39-45.
- Morel, M. & Mullié, K. (2021). CM-actie patiëntenrechten: vroegtijdige zorgplanning. *CM-Informatie* 286, 75-79.
- Mpinga, E., Chastonay, P., & Rapin, C. (2006). Conflits et fin de vie dans le contexte des soins palliatifs: une revue systématique de littérature. *Recherche en soins infirmières*, 86(3), 68-95.
- Rosenberg, M. (2015). *Nonviolent communication*. Puddle Dancer Press.
- Rosenkamp, N. (2012). *Rouw en ruzie*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Strawbridge, W. J., & Wallhagen, M. I. (1991). Impact of family conflict on adult child caregivers. *The Gerontologist*, 31(6), 770-777.
- Wilson, D., Anafi, F., Roh, S., & Errasti-Ibarrondo, B. (2020). A Scoping Research Literature Review to Identify Contemporary Evidence on the Incidence, Causes, and Impacts of End-of-Life Intra-Family Conflict. *Health Communication*, 36(13), 1616-1622.
- Witloks, L. (2019). Familiesysteem in conflict. https://www.linkedin.com/pulse/familiesysteem-conflict-lieneke-witloks/?trk=articles_directory&originalSubdomain=nl.



Beter samenleven met de dood

Bespreking van het advies van de Nederlandse Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Michèle Morel – Studiedienst

Samenvatting

Onze maatschappij is vervreemd van de dood. De medicalisering, secularisering en individualisering hebben ertoe geleid dat sterven en rouwen minder zichtbaar zijn geworden in de samenleving en houvast biedende rituelen rondom het levenseinde in onbruik zijn geraakt.

De Nederlandse Raad voor Volksgezondheid en Samenleving boog zich over de vraag hoe we beter kunnen samenleven met de dood en ging op zoek naar inspirerende voorbeelden die aantonen dat we heel wat mogelijkheden hebben om onze relatie met de dood te verbeteren. De Raad onderzocht drie vraagstukken: 1) Hoe kunnen we ons beter *uitdrukken* over sterven en rouwen?, 2) Hoe kunnen we het sterven en rouwen beter *doen*? en 3) Hoe kunnen we sterven en rouwen beter *regelen*?

De manieren waarop mensen sterven en rouwen en dus ook de behoeften van elkeen in dat kader verschillen sterk, zowel tussen als binnen culturen. Het advies benadrukt dan ook dat ruimte voor variatie een vereiste is voor goed samenleven met de dood. De zoektocht naar nieuwe, eigentijdse vormen van ondersteuning voor stervenden en rouwenden is een opdracht voor iedereen: beleidsmakers, zorginstellingen, werkgevers, onderzoekers, uitvaartorganisaties en de samenleving als geheel.

Het advies van de Raad is een waardevol document dat past binnen de beweging in Nederland, en sinds enige tijd ook in België, richting meer openheid en minder taboe rond afscheid, dood en rouw.

Sleutelwoorden: Inspiratieadvies, dood, rouw, afscheid, taboe, maakbaarheid, cultuur, samenleving, voor u gelezen

1. Inleiding

Van de oude Romeinse cultuur tot de Verlichting bestond er de 'kunst van het sterven' (*ars moriendi*), een traditie die doorheen generaties een gids vormde naar een goede dood (Leget, 2007). Net omdat mensen vaak geconfronteerd werden met de dood, was het een relatief normaal onderdeel van het leven. Rond het einde van de 20^{ste} eeuw zijn mensen in westerse culturen zich anders gaan verhouden tot de dood: de dood mocht er niet zijn, had een slechte connotatie. Emoties rond de dood werden meer ontkend en verstopt. In de periode van de Eerste Wereldoorlog en de Spaanse griep, vonden rouwenden geen tijd of emotionele ruimte voor rituelen en afscheid omwille van hun focus op overleven. De overlevenden van de Tweede Wereldoorlog, die hun ouders nauwelijks openlijk hadden zien rouwen, stopten hun verdriet nog dieper weg en hanteerden nog minder rouwrituelen (Ariès, 1975; Samuel, 2018; Johnson & Mueller, 2002).

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de huidige generatie mensen niet goed weet hoe om te gaan met sterven en rouw: we hebben het niet geleerd van onze ouders (Keirse, 2017). De dood is in onze huidige samenleving geen evident onderwerp. Erover praten is een taboe, hoewel steeds meer initiatieven ontstaan die mensen aanmoedigen om hun kwetsbaarheid te tonen en openlijk het gesprek aan te gaan over levenseinde, afscheid en rouw. Door onze focus op technologische vooruitgang en levensverlenging lijkt het leven haast maakbaar en daarmee duwen we de dood weg uit de samenleving. In de media neemt de dood de vorm aan van abstracte medische statistieken (denk aan de dagelijkse aantallen coronadoden in 2020). En eerder dan de dood als een normaal onderdeel van het leven te beschouwen, geven de media er meestal een extreme invulling aan: de dood als probleem (denk aan de focus op genezing koste wat kost) of de dood als oplossing (denk aan de discussie rond euthanasie en voltooid leven) (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021). Een groot deel van de mensen weet niet hoe om te gaan met of hoe te reageren op een overlijden in de naaste omgeving. De medicalisering, secularisering en individualisering hebben ertoe geleid dat de dood zich voornamelijk afspeelt binnen ziekenhuismuren – terwijl de meeste mensen thuis willen sterven – en dat er steeds minder vaste rituelen zijn rondom het levenseinde die mensen een kader of houvast bieden. De maatschappij is met andere woorden vervreemd van de dood.

De Nederlandse Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) boog zich over de vraag hoe we beter kunnen samenleven met de dood. In een 'inspiratieadvies', onderwerp van dit artikel, verzamelde de Raad allerlei inspirerende voorbeelden van manieren van samenleven met de dood (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021). Ze ziet dit niet zozeer als een opdracht voor beleidsmakers, maar eerder als een taak voor de samenleving als geheel. Geen concrete beleidsaanbevelingen dus, maar een overzicht van bestaande initiatieven die we kunnen beschouwen als *good practices* in de omgang met de dood. Want zowel in België als in Nederland zien we de laatste jaren een beweging richting meer openheid, eigentijdse, nieuwe gebruiken en alternatieve rituelen afgestemd op de persoonlijkheid of de persoonlijke wensen van een individu.

De Raad onderzocht drie vraagstukken:

1. Hoe kunnen we ons beter uitdrukken over sterven en rouwen? Nu vermijden we vaak het gesprek en voelen we veel machteloosheid, zowel in de zorg als in de samenleving.
2. Hoe kunnen we het sterven en rouwen beter doen? Hoe kunnen we meer ruimte maken voor de grote variatie aan gebruiken, rituelen en manieren van rouwen en sterven?
3. Hoe kunnen we sterven en rouwen beter regelen? Hoe kunnen we ruimte voor flexibiliteit creëren in structuur en regelgeving waar die nu knelt?

Deze vraagstukken werden gedestilleerd uit de literatuur, uit de ervaringen van mensen die naar voren zijn gebracht in twee online bijeenkomsten en uit interviews met mensen die ervaring hebben inzake de dood van naasten. Complementair met dit advies werd een driedelige podcastserie ontwikkeld, "Stervelingen", waarin mensen die op een indringende manier met de dood te maken hebben gehad, hun verhaal vertellen.

Vanuit ons streven naar een zo hoog mogelijke levenskwaliteit voor iedereen, wil CM bijdragen aan het neerhalen van het taboe rond de dood en aan een samenleving waar mensen elkaar steunen in het omgaan met verlies. We moedigen beleidsmakers, zorginstellingen, onderzoekers, werkgevers, uitvaart- en andere relevante organisaties alsook alle burgers aan om stil te staan bij het thema en sterker in te zetten op initiatieven gericht op een betere relatie met de dood. Hieronder richten we onze blik op het inspiratieadvies van de Raad.

2. Hoe kunnen we ons beter uitdrukken over sterven en rouwen?

Mensen zijn verschillend, ook als het aankomt op het omgaan met afscheid en verlies. Sommigen hebben een grote behoefte om hun gevoelens en ervaringen te uiten, anderen willen er net niet over spreken. We hebben nood aan taal en andere uitdrukkingsmogelijkheden om emoties rondom sterven en rouwen naar buiten te brengen en daarbij moet aandacht geschonken worden aan de grote variatie in behoeften. Zo verkiest de een het geschreven woord (proza, poëzie, dagboek, enz.) en de ander een tekening of muziekcompositie. Recent ontwikkelde in Nederland iemand een rouwwoordenboek met zelf bedachte woorden voor ervaringen met de dood, vanuit de behoefte om zich adequater te kunnen uitdrukken en zich zo meer verbonden te voelen met haar omgeving (Winkel, 2021). Ook in België ontstaan er steeds meer initiatieven om palliatieve patiënten en rouwenden te ondersteunen in het uiten van hun gevoelens, vanuit de overtuiging dat praten over het afscheid een fundamenteel verschil maakt voor alle betrokkenen (Ingels, 2020, p. 15). Zo is er bijvoorbeeld het initiatief van Amfora vzw, dat ernstig zieke mensen de mogelijkheid biedt om een eindelevensgesprek te voeren¹.

Woorden vanuit de omgeving van de patiënt of rouwende kunnen troosten maar evengoed leed verergeren. De bekende begrippen 'sterkte', 'veel kracht' worden vaak goedbedoeld gebruikt, maar vele patiënten en rouwenden hebben net behoefte aan zachtheid en rust. De strijdretoriek, in het bijzonder gehanteerd naar kankerpatiënten toe, is nog fel aanwezig in onze samenleving maar wordt steeds meer bekritiseerd (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021, p. 38). 'Niet opgeven', 'kanker overwinnen', 'de strijd verloren'... het klinkt alsof kankerpatiënten een eerlijke strijd *kunnen* leveren, alsof ze *moeten* strijden, en dat mensen die eraan sterven verloren of opgegeven hebben. Deze retoriek past volledig binnen het hierboven beschreven gegeven dat we de dood beschouwen als iets om tegen te strijden, iets dat koste wat kost voorkomen moet worden. Maar misschien wil een kankerpatiënt helemaal niet strijden en kiest die liever *niet* voor die extra behandeling met chemotherapie maar wel voor een kwaliteitsvolle tijd met diens dierbaren?

Voor sommigen is taal ontoereikend om zich te uiten of getroost te worden. Zij kunnen een voorkeur hebben voor een hand op de schouder, een warme blik, een zachte massage of een kunstvorm om uiting te geven aan het onzegbare (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021, p. 39).

3. Hoe kunnen we het sterven en rouwen beter doen?

Net zoals er variatie bestaat in de manier waarop mensen zich uitdrukken over sterven en rouwen, bestaat er geen universele manier van (goed) sterven en rouwen. Zowel tussen culturen als binnen eenzelfde cultuur bestaan er vele verschillen. Met andere woorden, er is niet één goede dood. In het Westen worden nochtans soms lijstjes gehanteerd met elementen voor een 'goede dood' (bijvoorbeeld: men voert openlijke gesprekken, ruzies zijn bijgelegd, het overlijden vindt thuis plaats, enz.). In de praktijk zien we dat een goede dood door elkeen anders wordt ingevuld en het vasthouden aan lijstjes kan tot schuldgevoel en wroeging leiden. Vandaar het belang om per individu of gezin af te tasten en te bespreken wat belangrijk voor iemand is.

Om goed of beter te sterven en rouwen is kennis over de dood van belang. Hoe verloopt een stervensproces, wat kan je als naaste tijdens de laatste levensdagen doen om verbinding te maken met de stervende, hoe evolueert een rouwproces, enz.? Door vertrouwd te zijn met iets, kan de angst of het ongemak verminderen. De Raad vermeldt in haar advies een aantal Nederlandse initiatieven die bijdragen tot kennisverspreiding over de dood (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021, pp. 45, 54).

Door ervaringen met sterven en rouwen te delen, kunnen mensen geïnspireerd worden en hun eigen stervens- en rouwproces vormgeven op een manier die bij hen past. Zo is er het voorbeeld van kinderen die helpen de doodskist van hun naaste te bouwen en versieren. Of de Uitvaartbus, die in 2022 werd ontwikkeld en waarin familie en naasten rondom de doodskist zitten om samen de laatste rit af te leggen naar de begraafplaats (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021, pp. 53-54).

¹ www.amfora.be.

CM pleit ervoor dat het levenseinde niet als een medische gebeurtenis met sociale aspecten wordt beschouwd maar wel als een sociale gebeurtenis met medische aspecten. Laten we daarom het levenseinde teruggeven aan de mensen. De huidige tendensen naar 'vermaatschappelijking van palliatieve zorg' en 'zorgzame samenlevingen' (*compassionate communities*) passen volledig in dat plaatje. Ziekte, sterven en verlies behoren niet alleen tot het domein van opgeleide zorgverleners, maar ook en vooral tot de sfeer van het dagelijks leven, de buurt, de school en de werkplek. De laatste jaren ontstonden ook in België initiatieven die het levenseinde en het rouwen terug naar de samenleving willen brengen, bijvoorbeeld Reveil vzw, die de Vlaamse rouwcultuur de 21^{ste} eeuw wil inloodsen².

4. Hoe kunnen we sterven en rouwen beter regelen?

Omdat de behoeften van mensen rondom het levenseinde zo verschillen, en de behoeften van eenzelfde stervende of rouwende in de tijd ook kunnen veranderen, zijn flexibiliteit en persoonlijke afstemming in het kader van hun ondersteuning van groot belang. Gedetailleerde regelgeving en protocollen in bedrijven, scholen, zorginstellingen, enz. laten vaak weinig ruimte voor die nodige flexibiliteit. Denk bijvoorbeeld aan een leerling die veel moeite moet doen om een herkansing te krijgen voor een toets die ze niet kon maken omdat haar broer overleden was. Of een palliatieve collega die liefst zo lang mogelijk blijft werken maar daartoe niet de mogelijkheid krijgt van de werkgever, of een woonzorgcentrum dat protesteert wanneer de familie het overleden familielid nog enkele dagen mee naar huis wenst te nemen. Het zijn voorbeelden van inflexibele structuren, eerder dan van een gebrek aan menselijke empathie. Dergelijk rigide beleid en regels kunnen mensen het gevoel geven dat ze slechts beperkte ruimte hebben om de dood en rouw in eigen handen te nemen en worden dus best zoveel mogelijk vermeden (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021, p. 55).

Toch zijn er mogelijkheden om mensen gepast te ondersteunen ondanks die beperkingen: een leidinggevende kan een groot verschil maken voor een rouwende werknemer door kleine interventies zoals een aangepast bureau, een

tijdelijk aangepast takenpakket, de toestemming om vroeger te vertrekken als het niet meer gaat, enz. (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021, p. 56). Wanneer werkgevers (te) sterk focussen op de regelgevende verplichtingen, riskeren ze de menselijke, relationele dimensie uit het oog te verliezen (Bastiaan-Trinthamer, 2017). Rouwverlof kan beschouwd worden als een mooie ondersteuning, anderzijds legt het mogelijk een druk op de rouwende om na dat verlof weer volwaardig te moeten presenteren. We hebben nood aan maatwerk, flexibele kaders, weg van de dichotomie 'alles of niets' (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021, p. 57).

Ook op school is er ruimte om creatief aan de slag te gaan ondanks bestaande regelgeving, tenminste als de school hiervan een oprechte prioriteit wil maken. Men kan er bijvoorbeeld voor kiezen om ook nog jaren na het overlijden van een ouder van een leerling, toetsen die vallen op de sterfdag van de ouder, te verzetten. Op die manier voelt het kind zich gesteund en kan eenzaamheid plaats maken voor verbinding.

5. Conclusie

Het advies van de RVS is een waardevol document met inspirerende voorbeelden die aantonen dat onze relatie met de dood anders en beter kan. In Nederland is de beweging richting meer openheid en minder taboe rond de dood al een hele tijd bezig, maar ook in België zien we steeds meer warme, menselijke, verbindende initiatieven ontstaan rond afscheid en rouw. Het advies benadrukt dat ruimte voor variatie in de manieren waarop we ons *uitdrukken* over sterven en rouw, in de manieren waarop we sterven en rouw *doen* en in de manieren waarop we sterven en rouw *regelen*, een vereiste is voor goed samenleven met de dood. Want de behoeften verschillen sterk, zowel tussen als binnen culturen.

De Raad nodigt de samenleving uit om de dood als onderdeel van het leven en van de samenleving te normaliseren. Want hoe hard we ook ons best doen om de dood te negeren, ze zal onder ons blijven. Tijd dus om haar te omarmen en warmere manieren te zoeken om ermee om te gaan. Beter samenleven met de dood impliceert meer ruimte

2 www.reveil.org.

voor sterfelijkheid en vergankelijkheid, zowel binnen de professionele zorg – waar therapeutische hardnekkigheid nog geen verleden tijd is – als binnen de samenleving als geheel (school, gezin, werk, verenigingsleven, enz.). Dus waarom organiseren we bij ons in België niet jaarlijks een nationale doodsbeurs waar men kennis kan opdoen over sterven en rouwen, waar lespakketten voor scholen wor-

den gepromoot en waar bijzondere initiatieven rond afscheid en rouwzorg in de kijker worden gezet. Waar men workshops kan volgen over het voeren van een eindelevensgesprek, over het zelf bouwen van een doodskest of urne en over 'zorgzame werkgevers'. Waar we elkaar ontmoeten in de gedeelde overtuiging dat de samenleving er beter van wordt als we de dood niet langer doodzwijgen.

Bibliografie

- Ariès, P. (1975). *Western attitudes toward death: from the Middle Ages to the present (Vol. 3)*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bastiaan-Trinthamer, S. (2017). *Kanker! Ik heb er mijn buik vol van! Het indringende verhaal van een jonge moeder*. Utrecht: De Graaff.
- Ingels, H. (2020). *Afscheid dat verbindt*. Tielt: Lannoo.
- Johnson, N., & Mueller, J. (2002). Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish influenza pandemic". *Bulletin of the history of medicine*, 76(1), 105-115.
- Keirse, M. (2017). *Helpen bij verlies en verdriet: een gids voor het gezin en de hulpverlener*. Tielt: Lannoo.
- Leget, C. (2007). Retrieving the ars moriendi tradition. *Medicine, health care and philosophy*, 3(10), 313-319.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2021). *Stervelingen: Beter samenleven met de dood*. Den Haag: RVS.
- Samuel, J. (2018). *Grief works: Stories of life, death, and surviving*. New York: Simon & Schuster.
- Winkel, B. (2021). *Rouwwoordenboek. Verlieskunst*.



Prevalentie van parentale burn-out

Resultaten uit een internationale studie in 42 landen samengevat

Hervé Avalosse — Studiedienst

Samenvatting

Ouder zijn is geen gemakkelijke opdracht. Druk en stress zijn het dagelijkse lot van veel ouders, die vooral 'goede' ouders willen zijn, soms tot het punt van uitputting. De term 'parentale burn-out' wordt gebruikt om aan te geven dat dit syndroom betrekking heeft op de gezins sfeer en specifiek de rol van de ouder. Dit moet niet verward worden met een depressie of een professionele burn-out.

Isabelle Roskam en Moïra Mikolajczak, psychologen en onderzoekers aan de UCLouvain, hebben onlangs een internationale studie gecoördineerd, waarbij gegevens werden verzameld van bijna 17.400 ouders uit 42 landen verspreid over de vijf continenten. Deze studie liet toe om de prevalentie van parentale burn-out te meten en te vergelijken in landen die in economisch en cultureel opzicht sterk van elkaar verschillen.

De prevalentie van parentale burn-out varieert enorm tussen deze 42 landen: gaande van bijna 0% in bepaalde landen tot bijna 8%. **Het slechte nieuws is dat België tot de landen met de hoogste prevalentie behoort.** Een ander opmerkelijk resultaat is het belang van culturele factoren. Deze studie toont inderdaad ook aan dat de prevalentie van parentale burn-out gecorreleerd is met individualisme. Het is dan ook geen toeval dat de prevalentie hoger is in Europese en Noord-Amerikaanse landen.

Sleutelwoorden: Parentale burn-out, prevalentie, individualisme, voor u gelezen

1. Inleiding

Kinderen krijgen is een bron van vreugde, geluk en voldoening. Maar het is ook een bron van stress omdat de eisen van het ouderschap zo hoog zijn in een maatschappij als de onze. Soms bereikt deze stress zo'n niveau dat ouders uitgeput geraken. Dit staat bekend als 'parentale burn-out'. Dit syndroom heeft verschillende facetten: fysieke en emotionele uitputting, emotionele afstand tot het (de) kind(eren), gebrek aan of verlies van voldoening in de rol van ouder, contrast met de vroegere situatie (de ouder herkent zichzelf niet meer, men is niet meer de vader of moeder die men vroeger was). Dit uitputtingssyndroom is niet zonder gevaar, zowel voor de gezondheid van de ouders als voor die van de kinderen: het kan ertoe leiden dat ouders hun kind(eren) verwaarlozen of, erger, tot geweld overgaan.

Parentale burn-out bij ouders mag niet verward worden met een professionele burn-out. Dit laatste manifesteert zich in de professionele context, in relatie tot het werk. Parentale burn-out is heel specifiek voor de gezinssfeer, in relatie tot de rol als ouder. Het feit dat parentale burn-out deel uitmaakt van deze specifieke context maakt het anders dan een depressie, die in verband kan worden gebracht met verschillende levenscontexten (gezin, werk, enz.).

Isabelle Roskam en Moïra Mikolajczak, psychologen en onderzoekers aan de UCLouvain, hebben onlangs een grote internationale studie gecoördineerd. Het doel van deze stu-

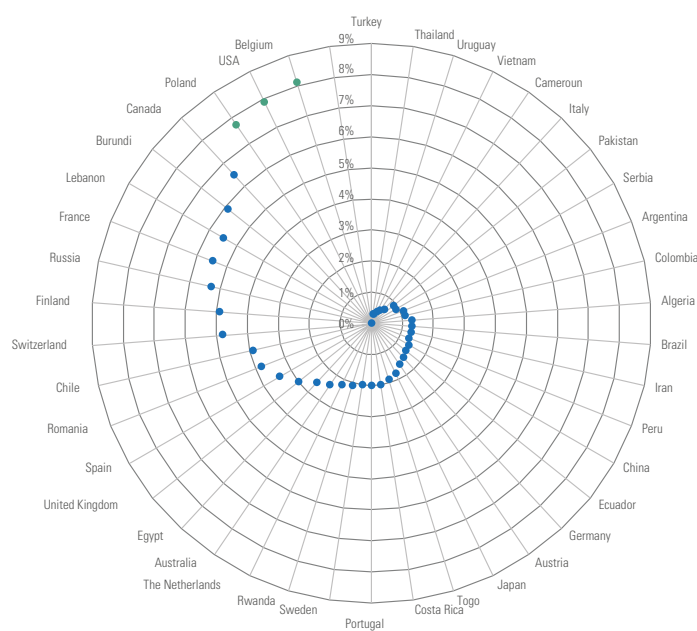
die is het meten en vergelijken van de prevalentie van parentale burn-out in 42 landen. CM heeft meegewerkt aan het Belgische gedeelte van deze studie. CM vroeg haar leden om deel te nemen aan de online vragenlijsten die door UCLouvain zijn ontwikkeld. Hierna volgen enkele resultaten van deze studie.

2. Prevalentie van parentale burn-out

Tot nu toe werd de prevalentie van parentale burn-out ingeschat in Westerse landen. Deze internationale studie is dan ook uniek omdat zij gegevens verzamelt uit 42 landen (met een totaal van 17.409 ouders), verspreid over de vijf continenten. Al deze landen hebben (zeer) verschillende economische niveaus en culturen. Hoewel de methoden voor de verspreiding van de vragenlijsten en de verzameling van de gegevens van land tot land kunnen verschillen (bijvoorbeeld online-vragenlijst versus papieren vragenlijst), zijn de meetinstrumenten vrij identiek, waardoor de resultaten kunnen worden vergeleken. We merken ook op dat de gegevensverzameling plaatsvond in een vrij korte periode: van januari 2018 tot november 2019 (dus vóór de COVID-19-pandemie).

Zoals blijkt uit figuur 1 varieert de prevalentie enorm van land tot land. En er is slecht nieuws voor België: het staat in

Figuur 1: Prevalentie van parentale burn-out (Bron: Roskam, et al., 2021)



de top drie van landen met de hoogste prevalentie (ongeveer 8%, dit zijn de drie groene stippen in Figuur 1). Onze buurlanden doen het beter dan ons: Frankrijk heeft een prevalentie van iets meer dan 5%, Nederland zit net boven de 2%, terwijl Duitsland op 1,5% zit. Een andere bevinding is dat de hoogste prevalenties vaak in westerse landen worden aangetroffen.

3. Hebben culturele waarden een invloed?

Bovenstaande resultaten suggereren dat ouders in westerse landen een groter risico lopen op een parentale burn-out. Maar kan dit in verband worden gebracht met culturele factoren? In de studie werd deze vraag dieper onderzocht. Dankzij het model van culturele waarden, ontwikkeld door Geert Hofstede, een Nederlands psycholoog en antropoloog, beschikken wij over een evaluatie¹ voor elk land op zes dimensies: 1) Machtsafstand (Power Distance), 2) Individualisme vs. Collectivisme, 3) Mannelijkheid vs. Vrouwelijkheid, 4) Vermijden van onzekerheid (*Uncertainty Avoidance*), 5) Lange-termijn- vs. Korte-termijnoriëntatie, 6) Terughoudendheid (*Indulgence*).

Wat opvalt bij de statistische analyses is dat de dimensie 'Individualisme' significant geassocieerd is met de prevalentie van parentale burn-out. Let wel, individualisme betekent niet dat je een politiek standpunt inneemt. Het gaat eerder over het feit of men zich in groepen geïntegreerd voelt. In die zin is een individualistische samenleving een samenleving waarin mensen hun persoonlijke doelen en eigen beslissingen van groot belang zijn ('ik'). Een collectivistische samenleving daarentegen is een samenleving waarin individuen zich geïntegreerd voelen in groepen en waarbij dit gemeenschapsleven, deze integratie in een dicht sociaal weefsel, van groot belang is in hun ogen ('wij').

Bibliografie

Roskam, I., Aguiar, J., Akgun, E., Arikan & Mikolajczak, M. (2021). Parental Burnout Around the Globe: a 42-Country Study. *Affective Science*, 2, 58-79.

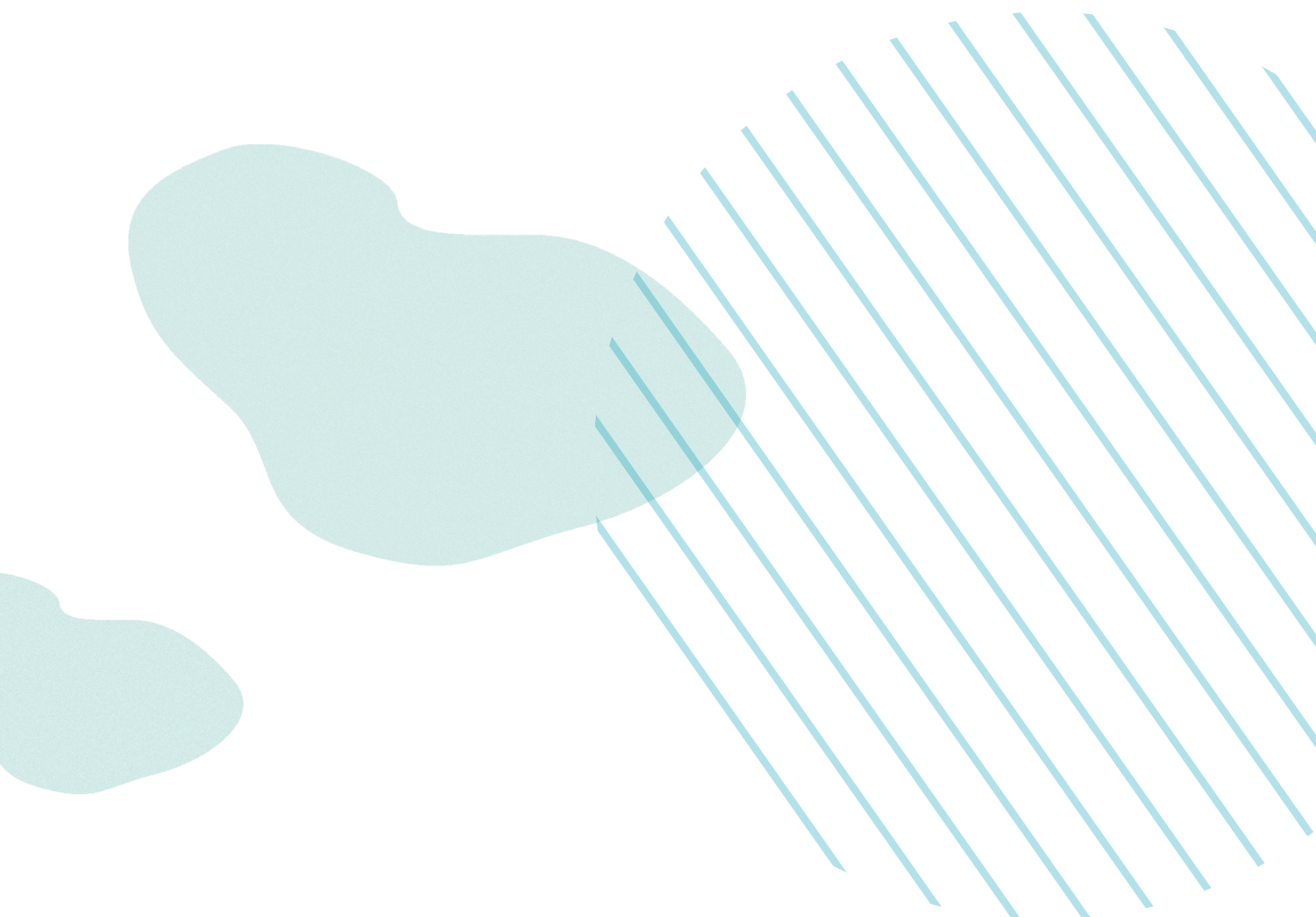
Culturele waarden spelen dus zeker een invloed: hoe individualistischer een samenleving is, zoals in Europa en Noord-Amerika het geval is, hoe groter de kans dat ouders een parentale burn-out krijgen. Het is waar dat in onze samenlevingen het welzijn van kinderen een prioriteit is, waardoor de verwachtingen tegenover ouders hoog zijn. En in een individualistische samenleving, waarin van iedereen wordt verwacht dat men met zijn eigen problemen kan omgaan, voelen ouders zich soms helemaal alleen om met deze druk om te gaan.

4. Conclusie

Met een prevalentie van ongeveer 8% blijken ouders in ons land extra blootgesteld te zijn aan het risico op een parentale burn-out. Maar hoe kunnen we ouders helpen? Vanuit een preventief oogpunt kunnen we de bevolking informeren en sensibiliseren (dit is wat CM onder meer doet via haar publicaties en de activiteiten georganiseerd in het kader van preventie en gezondheidsbevordering). Er zijn daarnaast ook mogelijkheden voor interventie en psychologische ondersteuning. In de verplichte ziekteverzekering zijn er mogelijkheden voor terugbetaling van eerstelijns psychologische zorg. Dit is een eerste stap om de toegankelijkheid van dit soort zorg te bevorderen. Men hoopt dat de verplichte ziekteverzekering haar interventies op dit vlak zal blijven verbeteren en uitbreiden. We herinneren er ook aan dat in aanvulling op de verplichte ziekteverzekering CM via haar aanvullende verzekering voorziet in de terugbetaling van sessies bij de psycholoog.

Maar dat is niet alles. Moeten we niet denken aan een meer globale, maatschappelijke actie? Want de resultaten van deze studie tonen ook aan dat individualisme, als culturele waarde, niet zonder invloed is op de prevalentie van parentale burn-out. Daarom kan het bevorderen van waarden als wederzijdse hulp en solidariteit, en het opbouwen en versterken van sociale banden, ook helpen om een parentale burn-out te voorkomen.

¹ Elke culturele dimensie wordt door Hofstede beoordeeld op een schaal van 0 tot 100. De scores van elk land, verkregen voor deze zes dimensies, zijn beschikbaar via: <https://www.hofstede-insights.com/>, waarmee landen met elkaar kunnen worden vergeleken. Voor meer informatie over dit model van culturele waarden, zie: <https://geerthofstede.com/culture-geert-hofstede-gert-jan-hofstede/6d-model-of-national-culture/>.



Zorg voor mensen met een chronische aandoening

Performantierapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)

Sigrid Vancorenland — Studiedienst

Samenvatting

Met het performantierapport chronisch zieken wil het KCE de zorg aan chronisch zieken evalueren op basis van enkele vooraf geselecteerde indicatoren, om zo de zorg voor deze groep te verbeteren. Een eerste vaststelling is dat er in België geen officiële definitie bestaat van chronisch zieken. Hierdoor is het moeilijk om een zicht te krijgen op het aantal chronisch zieken, aangezien ze niet eenvoudig te detecteren zijn in de databestanden. Een eerste aanbeveling uit het rapport is dan ook een werkgroep op te starten die als doel heeft een officiële definitie van chronisch zieken uit te werken. Maar welke definitie men ook hanteert, de resultaten tonen aan dat het aantal chronisch zieken stijgt in België en hun levenskwaliteit minder goed is in vergelijking met deze van de rest van de bevolking.

De kwaliteit van de zorg aan chronisch zieken vertoont zowel sterke als zwakke punten. Sommige indicatoren scoren goed, zoals onder andere de kwaliteit van de relatie met de arts en de vermijdbare ziekenhuisopnames voor astma. Andere indicatoren scoren slecht zoals onder andere de vermijdbare ziekenhuisopnames voor chronische obstructieve longziekte, het aandeel diabetici dat gepaste opvolging krijgt en het aandeel diabetici zonder insuline dat in een diabeteszorgmodel is opgenomen.

De inspanningen die reeds geleverd zijn om voor chronisch zieken de financiële toegankelijkheid tot zorg te verbeteren, moeten zeker nog verdergezet worden. Deze groep moet vaker zorg uitstellen om financiële redenen en kan ook in de financiële problemen komen door eigen bijdragen voor gezondheidszorg.

Ook op vlak van preventie is zeker nog verbetering mogelijk en nodig. Bijvoorbeeld: de indicatoren 'screening voor borstkanker' en 'preventieve controle bij de tandarts' scoren slecht.

Dit rapport levert waardevolle informatie over de prestatie van het gezondheidszorgsysteem voor mensen die leven met een chronische ziekte. Het is nu aan de beleidsmakers om met de aanbevelingen aan de slag te gaan, zodat de zorg voor deze belangrijke doelgroep verder verbeterd kan worden.

Sleutelwoorden: KCE-rapport, chronisch zieken, prestatie gezondheidssysteem, financiële toegankelijkheid, preventie, zorgkwaliteit, voor u gelezen

1. Inleiding

Om de drie à vier jaar publiceert het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een performantierapport waarbij het Belgische gezondheidssysteem wordt beoordeeld op basis van meetbare indicatoren. Het rapport benadrukt zowel de sterke als zwakke punten in de verschillende bestudeerde gebieden om richting te geven aan de te ondernemen acties en zo het gezondheidsbeleid te sturen. Naast deze globale analyse van ons systeem, worden ook enkele tussentijdse rapporten gepubliceerd waar de aandacht gericht wordt op bepaalde kwetsbare groepen. In het tussentijds rapport dat in dit artikel besproken wordt, ligt de nadruk op de zorg voor mensen met een chronische ziekte.

De **doelstellingen** van dit performantierapport zijn de actoren in de gezondheidszorg en de beleidsmakers informeren over de performantie van het gezondheidssysteem voor chronische patiënten en dit opvolgen doorheen de tijd.

De **methode** bestond uit de beoordeling van een aantal vooraf geselecteerde indicatoren. Het uitgangspunt voor deze selectie was de meest relevante indicatoren vinden om de performantie van het gezondheidssysteem voor chronisch zieken te evalueren. Een eerste lijst werd opgesteld door het onderzoeksteam op basis van literatuuronderzoek. Vervolgens maakten ze een voorselectie op basis van een aantal inclusiecriteria. Chronisch zieken moesten identificeerbaar zijn in de gegevens en de indicatoren moesten voldoen aan de criteria van validiteit, betrouwbaarheid, relevantie, interpreteerbaarheid en uitvoerbaarheid. Deze voorselectie werd voorgelegd aan een panel van experts die op hun beurt de indicatoren scoorden op basis van vijf criteria: validiteit, betrouwbaarheid, relevantie/belang, interpreteerbaarheid en bruikbaarheid. Na overleg met de experts werden 27 indicatoren weerhouden voor het rapport. De beoordeling van deze indicatoren gebeurde op basis van bestaande gegevensbronnen, die in de toekomst bij voorkeur in een vergelijkbaar formaat worden verzameld, zoals onder andere de gezondheidsenquête, IMA-gegevens, EU-SILC gegevens, enz.

2. De resultaten

2.1. Het aantal chronisch zieken stijgt

Er bestaat een grote verscheidenheid aan definities en criteria voor het begrip 'chronische ziekte / aandoening'. Op dit moment bestaat in België geen 'officiële' alomvattende definitie van chronische ziekte. Het KCE-rapport geeft aan dat het daardoor moeilijk is om een nauwkeurig beeld te krijgen van het aantal chronisch zieken in België, want het is onmogelijk om ze optimaal te identificeren in de bestaande databanken. Welke definitie men ook hanteert, het aantal chronisch zieken stijgt en hun levenskwaliteit is slechter dan bij de rest van de bevolking. Zo steeg het aandeel Belgen dat recht heeft op het RIZIV-statuuut chronische aandoening van 8,7% in 2013 tot 12,1% in 2020. Dit statuut wordt toegekend indien men hoge ziektekosten heeft of het zorgforfait ontvangt, of bij zeldzame ziekte die gepaard gaan met hoge ziektekosten. Het aandeel Belgen met een zelf gerapporteerde chronische ziekte of aandoening nam toe van 25,1% in 2001 tot 29,3% in 2018.

2.2. De zorgkwaliteit vertoont zowel sterke als zwakke punten

2.2.1. Doeltreffendheid van de zorg

Indien chronisch zieke patiënten naar behoren gecontroleerd worden, zouden ze geen complicaties mogen ontwikkelen waarvoor ziekenhuisopname nodig is. De doeltreffendheid van de eerstelijnszorg voor chronisch zieken werd dan ook beoordeeld via drie indicatoren van vermijdbare ziekenhuisopnames voor drie chronische aandoeningen (astma, complicaties van diabetes en chronische obstructieve longziekte (COPD)). De succesvolle behandeling van longtuberculose werd als bijkomende indicator gekozen om de doeltreffendheid te beoordelen. Dit omdat longtuberculose bij volledige therapietrouw geneesbaar is.

De scoring toont aan dat er zowel sterke als zwakke punten zijn op gebied van de doeltreffendheid. De indicator vermijdbare ziekenhuisopnames voor astma scoort goed want deze liggen lager dan het Europees gemiddelde en ze dalen over de tijd heen. Bij vermijdbare ziekenhuisopnames voor diabetes is de score middelmatig, al verbetert deze over de tijd heen. Bij vermijdbare ziekenhuisopnames voor COPD is de score slecht, omdat deze hoger zijn dan het Europees gemiddelde en stijgen over de tijd heen. De succesvolle behandeling van tuberculose scoort middel-

matig aangezien dit hoger ligt dan het vastgestelde Europese gemiddelde, maar wel lager dan het Europese streefdoel hiervoor. Dit resultaat blijft stabiel over de jaren heen.

2.2.2. Gepastheid van de zorg

De twee indicatoren voor de gepastheid van zorg betreffen de gepaste opvolging van volwassen diabetespatiënten (op basis van vijf geselecteerde testen voor opvolging). Zowel de groep onder behandeling met insuline als de groep die andere glucoseverlagende geneesmiddelen dan insuline krijgt (zonder insuline) werden opgenomen.

Deze twee indicatoren illustreren dat de gepastheid van de opvolging niet optimaal is bij volwassen diabetespatiënten. Bij patiënten onder insuline (vanaf 18 jaar) kreeg slechts 43,2% de gepaste opvolging. Bij patiënten zonder insuline (vanaf 50 jaar) kreeg slechts 15,9% gepaste opvolging. Ongepaste zorg heeft gevolgen op verschillende dimensies, zoals veiligheid, continuïteit, doeltreffendheid en efficiëntie. In België is de aanpak van ongepaste zorg om de performantie van het gezondheidssysteem te verbeteren dan ook een belangrijke uitdaging.

2.2.3. Zorgcontinuïteit

Er werden vijf indicatoren opgenomen om de zorgcontinuïteit te beoordelen:

- Het aandeel personen met een Globaal Medisch Dossier (GMD) bij de huisarts;
- Het percentage met een referentieapotheker;
- Contact met de huisarts binnen zeven dagen na ziekenhuisontslag bij patiënten ouder dan 65 jaar;
- Aandeel volwassen diabetici onder insuline (18+) met conventie/paspoort/zorgtraject;
- Aandeel volwassen diabetici (50+) dat andere glucoseverlagende geneesmiddelen dan insuline krijgt met conventie/paspoort/zorgtraject.

Voor de indicatoren 'GMD bij de huisarts' en 'opvolgingscontact huisarts na ziekenhuisopname' werden zowel de resultaten van chronisch zieken als niet-chronisch zieken bestudeerd.

De indicatoren voor de continuïteit van de zorg laten tegenstrijdige resultaten zien.

- De coördinatie van de zorg haalt goede resultaten in de eerstelijnszorg voor diabetici onder insuline (gemeten via de registraties in een diabeteszorgmodel) (91%), maar de resultaten zijn teleurstellend bij de diabetespatiënten die geen insuline gebruiken (26,2%). Het KCE-rapport stelt dat de inspanningen moeten worden voortgezet om het aantal geregistreerde patiënten in deze zorgmodellen te vergroten, zeker voor de diabetespatiënten zonder insulinebehandeling.
- In slechts iets meer dan de helft (53,2%) van de ziekenhuisopnames van oudere patiënten was er een opvolgingscontact bij een huisarts binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis, al was het percentage hoger bij chronische patiënten (58,1% in 2019). Het opvolgingspercentage is, voor beide groepen, in de loop van de tijd echter geleidelijk gedaald en evolueert dus niet in de gewenste richting.
- De andere indicator met betrekking tot het GMD is goed en blijft de laatste jaren stabiel, met iets betere resultaten bij patiënten met het statuut chronische aandoening (88,3%) dan bij degenen zonder dit statuut (77,3%).
- Drie op de tien chronische patiënten hadden in 2019 een referentieapotheker. Er wordt dus nog niet veel gebruik gemaakt van deze dienst. Anderzijds is deze dienst nog maar relatief recent gelanceerd (de analyse heeft betrekking op de eerste twee jaar na lancering).

2.2.4. Patiëntgerichtheid van de zorg

Voor patiëntgerichtheid van zorg werden drie indicatoren opgenomen:

- arts spendeert genoeg tijd aan patiënt tijdens consultatie (contact met huisarts/specialist);
- arts geeft de gelegenheid om vragen te stellen of zorgen te uiten (contact met huisarts/specialist);
- arts betreft patiënt bij beslissingen over zorg en/of behandelingen (contact met huisarts/specialist).

Voor deze drie indicatoren werden zowel de resultaten van chronisch zieken als niet-chronisch zieken bestudeerd.

De resultaten voor deze drie indicatoren tonen aan dat de patiëntgerichtheid van de zorg heel goed is in België. Zowel chronisch zieken als niet-chronisch zieken gaven aan tevreden te zijn over hun contacten met het gezondheidssysteem. Men vindt dat er voldoende tijd aan hen besteed wordt, dat men gelegenheid krijgt om vragen te stellen en dat men betrokken wordt bij beslissingen over zorg.

2.3. De financiële toegankelijkheid moet verder verbeterd worden

In het KCE-rapport werden vier indicatoren geselecteerd om de financiële toegankelijkheid en de billijkheid in de financiering van de gezondheidszorg te meten:

- Aandeel eigen betalingen¹ in de totale uitgaven voor gezondheidszorg;
- Uitgestelde medische zorg om financiële redenen;
- Verarmende en verder verarmende eigen betalingen;
- Catastrofale eigen betalingen.

Voor alle indicatoren werden zowel de resultaten van chronisch zieken als niet chronisch zieken bestudeerd.

De laatste twee indicatoren geven een indicatie van hoe zwaar de eigen betalingen voor gezondheidszorg (remgeld en supplementen) doorwegen in het huishouden. Hiervoor wordt de financiële draagkracht van het huishouden bepaald. Dit gebeurt door de totale financiële middelen van het huishouden te nemen minus een bedrag voor basisbehoeften, aangepast aan de samenstelling van het huishouden. Een huishouden wordt als arm beschouwd als de financiële middelen onvoldoende zijn om in de basisbehoeften te voorzien. In een arm huishouden worden eigen betalingen voor gezondheidszorg beschouwd als verder verarmend. Eigen betalingen voor gezondheidszorg worden als verarmend bestempeld als het huishouden niet arm is, maar als de totale financiële middelen onvoldoende zijn om zowel de basisbehoeften als de eigen bijdragen voor gezondheidszorg te betalen. Eigen betalingen voor gezondheidszorg zijn catastrofaal als ze meer dan 40% bedragen van de financiële draagkracht van het gezin. Samengevat tonen deze drie indicatoren dus telkens aan dat eigen bijdragen voor gezondheidszorg het huishouden in financiële moeilijkheden brengen.

De resultaten illustreren dat het aandeel eigen betalingen in de totale gezondheidsuitgaven lager was voor huishoudens met een chronisch zieke. Zo hebben huishoudens waarin een gezinslid aangeeft aan een chronische aandoening te lijden een lager aandeel eigen betalingen (15,1% in 2016) in vergelijking met huishoudens zonder

chronisch zieke (19,7% in 2016). Bij huishoudens met een gezinslid dat het statuut chronische aandoening heeft, was het aandeel eigen betalingen in 2016 12,7%, tegenover 19,4% bij huishoudens zonder iemand met dit statuut. Het KCE-rapport geeft aan dat het onduidelijk is of dit lagere aandeel aantoont dat de beschermingsmechanismen (zoals de maximumfactuur of de verhoogde tegemoetkoming) goed functioneren, dan wel of dit een teken is van uitstel of afstel van zorg om financiële redenen. Het vermoeden is dat beide effecten een rol spelen. Er wordt effectief vastgesteld dat de groepen chronisch zieken vaker beroep kunnen doen op de maximumfactuur en de verhoogde tegemoetkoming.

Maar het KCE-rapport toont ook aan dat chronisch zieke patiënten vaker medische zorg moeten uitstellen omwille van financiële redenen. Het percentage uitgestelde zorg bedroeg in 2016 5,2% bij patiënten met een zelf gerapporteerde chronische aandoening (tegenover 1,2% bij personen zonder zelf gerapporteerde chronische aandoening) en 3,9% bij de patiënten die recht hebben op het RIZIV-statuuut chronische aandoening (tegenover 2% bij personen zonder dit statuut). Huishoudens met een chronische zieke hadden ook vaker financiële moeilijkheden door eigen uitgaven voor gezondheidszorg. Dit blijkt uit de incidentie van catastrofale eigen betalingen die in 2016 gemiddeld 2,0% was voor de totale groep, maar 3,3% bedroeg in huishoudens met een rechthebbende op het statuut chronische aandoening en 2,9% in huishoudens waar iemand een chronische aandoening rapporteerde. En het aandeel verarmende en verder verarmende uitgaven bedroeg 1,7% bij patiënten met een zelf gerapporteerde aandoening tegenover 1,1% bij personen zonder zelf gerapporteerde aandoening.

Op basis van deze resultaten concludeert het KCE-rapport dat er ruimte is om de financiële toegankelijkheid van zorg voor chronische patiënten te verbeteren.

¹ Voor de berekening van de eigen betalingen waren de KCE-onderzoekers aangewezen op wat is geregistreerd in de IMA-gegevens. Dit betekent dat eigen betalingen voor diensten en producten buiten de verplichte ziekteverzekering niet werden opgenomen, en supplementen voor ambulante zorg slechts in beperkte mate. Ook terugbetalingen van de vrijwillige ziekteverzekering werden niet in rekening gebracht.

2.4. Op vlak van preventieve zorg is nog verbetering mogelijk

Het KCE-rapport bevat zowel indicatoren voor primaire preventie (doel: het optreden van een ziekte te verminderen of te elimineren) als voor secundaire preventie (doel: het optreden van een ziekte in een vroeg stadium op te sporen om zo vroeg mogelijk met de behandeling te beginnen en zo de gevolgen te beperken).

De volgende drie indicatoren voor preventieve zorg werden opgenomen:

- de vaccinatiegraad tegen griep bij ouderen (primaire preventie);
- borstkankerscreening (secundaire preventie);
- preventieve tandheelkundige zorg, in de vorm van regelmatig contact met de tandarts (secundaire preventie).

Voor alle indicatoren werden zowel de resultaten van chronisch zieken als niet chronisch zieken bestudeerd.

De vaccinatiegraad tegen griep voor personen van 65+ is stabiel en bedroeg in 2019 55,1% voor de totale groep. Hiermee scoort België iets beter dan het Europees gemiddelde (53,7%), maar duidelijk lager dan de Europese doelstelling van 75%. Er zijn nog inspanningen nodig om dichterbij die doelstelling te komen. De vaccinatiegraad bij personen met het statuut chronische aandoening ligt met 72,3% echter hoger. De primaire preventie (beperkt gemeten met enkel de vaccinatiegraad tegen griep) scoort goed voor de groep van chronisch zieken.

De borstkankerscreening daarentegen ligt voor de totale groep van vrouwen tussen 50 en 69 jaar (59,7%) veel te laag, zowel in vergelijking met het Europees gemiddelde (73,5%) als in vergelijking met de Europese streefdoel (75%). Op deze indicatoren scoren chronisch zieken (58,8%) en niet chronisch zieken (59,9%) even slecht. Hier is nog zeker verbetering nodig.

Regelmatig contact met een tandarts komt over het algemeen vaker voor bij mensen met een chronische ziekte, maar neemt evenredig af met de leeftijd. Het KCE-rapport stelt dat het absoluut noodzakelijk is dat de tandheelkundige zorg bij ouderen (met of zonder chronische ziekte) wordt versterkt.

3. Aanbevelingen

De eerste aanbeveling van het KCE-rapport is een werkgroep op te richten die **een officiële Belgische definitie** uitwerkt van **'mensen met chronische aandoeningen'**. Op basis van deze definitie kan de werkgroep dan een aanpak ontwikkelen om mensen met chronische aandoeningen beter te kunnen identificeren in de bestaande nationale databanken. Dit zou dan onder andere moeten toelaten om een betere evaluatie van de prestatie van het gezondheidssysteem voor hen te maken. Deze werkgroep zou ook als doel hebben om te onderzoeken of deze definitie kan worden gebruikt om de beleidsmaatregelen voor mensen met een chronische aandoening te harmoniseren.

In een tweede aanbeveling vraagt het KCE aan de beleidsmakers om door te gaan met **het aanpakken van de problemen die door de waarschuwingssignalen in dit rapport werden benadrukt**. Eén van de doelstellingen van het performantierapport is om de beleidsmakers te informeren over aspecten van het gezondheidssysteem die aandacht vereisen. De betrokken instellingen en organen worden dan ook geadviseerd om bij het opstellen van hun beleidsagenda rekening te houden met deze waarschuwingssignalen. **In het bijzonder om de belangrijke inspanningen die reeds zijn geleverd om de financiële toegankelijkheid voor mensen met chronische aandoeningen te verbeteren, te blijven verderzetten.**

In een derde aanbeveling vraagt het KCE mensen met een chronische aandoening **proactief te informeren over hun statuut en over hun rechten**. Deze aanbeveling is gericht aan de ziekenfondsen, zorgverleners, sociale diensten en belanghebbenden die betrokken zijn bij multidisciplinaire gezondheidsinitiatieven zoals de Integreoprojecten² en de lokale multidisciplinaire netwerken.

In de laatste aanbeveling vraagt het KCE aan de gezondheidsadministraties de **integratie van de gezondheidsinformatiesystemen verder te verbeteren**. Zowel de kwaliteit van de gegevens als hun tijdige beschikbaarheid zijn essentieel voor de relevantie van de indicatoren. Hun volledigheid is ook belangrijk, met name door te voorzien in de systematische verzameling van nieuwe gegevens over ereloonsupplementen en niet-terugbetaalde medische kosten.

2 Momenteel worden in 12 pilootprojecten (verspreid over heel België) initiatieven getest die geïntegreerde zorg in eerste instantie voor chronische patiënten invoeren, vooraleer dit tot de hele bevolking uit te breiden. Voor meer informatie: <https://www.integreo.be/nl>.

Het KCE-rapport geeft inzicht in de sterke en zwakke punten van het gezondheidssysteem voor mensen met een chronische aandoening en formuleert aanbevelingen om de zorg te verbeteren. Het is nu aan de beleidsmakers om met de aanbevelingen aan de slag te gaan, zodat de zorg voor deze belangrijke doelgroep verder kan verbeterd worden.

Bibliografie

Maertens de Noordhout, C., Devos, C., Adriaenssens, J., Bouckaert, N., Ricour, C., & Gerkens, S. (2022). *Evaluatie van de prestatie van het gezondheidssysteem: zorg voor mensen met een chronische aandoening. Health Services Research (HSR). KCE Reports 352A. D/2022/10.273/15*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

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

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

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

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

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

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

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

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

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten - Studiedienst

Mieke Hofman

Haachtsesteenweg 579

1031 Schaarbeek

Of per mail: GezondheidEnSamenleving@cm.be

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

Inhoud

Editoriaal: Niet iedereen is gelijk 02

Studie: Ongelijk in gezondheid 06

Studie: De verschillende noden van personen in arbeidsongeschiktheid 32

Analyse: De verborgen kost van bepaalde essentiële geneesmiddelen tijdens hospitalisatie 56

Studie: Familiale conflicten rondom het levenseinde: nood aan ondersteuning 68

Voor u gelezen: Beter samenleven met de dood 82

Voor u gelezen: Prevalentie van parentale burn-out 88

Voor u gelezen: Zorg voor mensen met een chronische aandoening (KCE) 92

Colofon

Verantwoordelijke uitgever

Hoofredactie

Eindredactie

Redactiecomité

Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel

Élise Derroitte

Astrid Luypaert, Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Astrid Luypaert,

Ann Morissens, Clara Noirhomme, Svetlana Sholokhova,

Rebekka Verniest

Gevaert Graphics

Lay-out

Druk

Albe De Coker

Retouradres

CM-MC Studiedienst, Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579,
PB 40, 1031 Brussel

Copyright

De studies van Gezondheid & Samenleving worden
gepubliceerd onder de Licentie
Creative Commons "by/nc/nd"