

# Gezondheidsprofiel van onze ouderen

Katte Ackaert, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest – Studiedienst

## Samenvatting

We horen het telkens weer: “België vergrijsst”. Maar wat betekent dat? Het betekent dat het aantal en het aandeel ouderen in de bevolking toeneemt. Demografische projecties geven aan dat het aantal 80-plussers tegen 2050 verdubbeld zal zijn. Ouder worden is op zich geen slecht nieuws: het vooruitzicht van een lang en bevredigend leven is eerder positief. Maar we zullen niet allemaal de kans krijgen om in goede gezondheid oud te worden: veel ouderen zullen te maken krijgen met (acute of chronische) gezondheidsproblemen en verlies van zelfredzaamheid. En samen met het aantal ouderen zal ook het gebruik van gezondheidsdiensten en ondersteunende diensten toenemen. We staan dus voor een grote maatschappelijke uitdaging.

Hoe kunnen we ons hierop voorbereiden? Ten eerste door het gezondheidsprofiel van onze ouderen op te stellen. Wat is hun gezondheidstoestand? Wat is hun sociale situatie? Op welke zorg doen ze een beroep? CM heeft al veel studies gepubliceerd over ouderenzorg. Maar dit waren vaak maar deelstudies. Met deze studie willen we systematisch te werk gaan. Voor het eerst maken we een globale analyse van het profiel van de CM-senioren, dus onze leden van 65 jaar en ouder, in de periode 2016 tot 2022. Hierna volgen enkele algemene resultaten.

## Gezondheidsindicatoren

- Hart- en vaatziekten zijn het meest voorkomende gezondheidsprobleem (62% van de 65-plussers). Daarna volgen trombose (41%), diabetes (18%) en psychische aandoeningen (13%). Ongeveer een vijfde van onze ouderen lijdt aan geen enkele van de in deze studie onderzochte aandoeningen.
- Het percentage mensen dat palliatieve zorg krijgt, is vrij laag: 1,5% van de 65-plussers, 4% van de 80-plussers.
- Elk jaar overlijdt ongeveer 4% van de 65-plussers en 12% van de 85-plussers.


### Indicatoren van sociale kwetsbaarheid

- Het aandeel begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming (VT) daalt van 29% in 2016 naar 25% in 2022. Wel is in 2022 nog bijna 45% van de 80-plussers VT-er.
- Het aandeel mensen met het statuut chronische aandoening neemt toe van 31% in 2016 naar 37% in 2022.
- Bijna een op de drie 65-plussers woont alleen (eenpersoonshuishouden). In Brussel is dat bijna de helft.

### Indicatoren van zorggebruik

- De voorkeur gaat duidelijk uit naar de huisarts: meer dan negen op de tien ouderen doen er minstens één keer per jaar een beroep op. Ambulante contacten met specialisten zijn ook zeer frequent: in 2022 deed 78% van de 65-plussers hier minstens één keer een beroep op. Ongeveer 21% van onze ouderen maakt gebruik van thuisverpleging. Het gebruik van ambulante afgeleverde geneesmiddelen is aanzienlijk: 86% van de 65-plussers gebruikt minstens 180 DDD per jaar.
- Een op de vijf 65-plussers werd in 2022 opgenomen in het ziekenhuis of deed een beroep op de dienst spoedgevallen. Eén op de vier maakte minstens één keer gebruik van daghospitalisatie.
- De dagverzorgingscentra worden weinig gebruikt: in 2022 0,5% van de 65-plussers en 1,1% van de 85-plussers. Het gebruik van centra voor kortverblijf ligt iets hoger: 1,3% van de 65-plussers maakte er in 2022 minstens één keer gebruik van (4,3% van de 85-plussers). De ouderen die in woonzorgcentra verblijven, zijn talrijker: in 2022 7,3% van de 65-plussers en 28% van de 85-plussers.

Achter deze algemene trends gaat ook een aantal variaties schuil. Natuurlijk zijn er de verwachte leeftijdseffecten. Opvallender zijn echter de effecten gerelateerd aan het VT-statuuut. Ouderen met het VT-statuuut hebben systematisch slechtere gezondheidsindicatoren.



Het percentage waargenomen overlijdens bijvoorbeeld, is bij de VT-ers 2,4 keer hoger dan bij de andere ouderen. De prevalentie van chronische aandoeningen is eveneens hoger bij ouderen met het VT-statuu. Tot slot doen deze personen vaker een beroep op de huisarts (maar minder vaak op specialisten), op thuisverpleging en op de spoeddienst van ziekenhuizen, zijn ze vaker ingeschreven bij een wijkgezondheidscentrum, worden ze vaker opgenomen in een ziekenhuis en verblijven ze vaker in een woonzorgcentrum. Er zijn ook veel regionale verschillen. Zo is het aandeel Brusselaars en Luikenaars dat een huisarts consulteert kleiner, maar wordt dat gecompenseerd door het feit dat zij vaker ingeschreven zijn bij een wijkgezondheidscentrum. Ouderen in Brussel gaan vaker naar de dienst spoedgevallen van een ziekenhuis dan anderen. Ouderen in Limburg en Henegouwen maken vaker gebruik van thuisverpleging.

Het profiel van de ouderen is dus gediversifieerd. Hiermee rekening houden, evenals met de lokale situatie (zowel in sociaal opzicht als op vlak van het zorgaanbod) is een grote uitdaging voor alle beleidsmakers (zowel federaal als regionaal) en terreinactoren. In het licht van dit profiel zien we nu al een aantal pistes voor actie voor de toekomst: blijven investeren in de eerstelijnszorg, aandacht schenken aan de levenskwaliteit van onze ouderen en aan de meest kwetsbaren en de mantelzorgers ondersteunen.

Sleutelwoorden: Ouderenzorg, vergrijzing, kwetsbaarheid, gezondheidstoestand, zorggebruik, kwantitatieve studie



## Inleiding: De uitdaging van de vergrijzing

Net als in veel andere landen zal de bevolking ook in België de komende jaren blijven vergrijzen. Dat betekent dat het aandeel en het aantal ouderen onder de bevolking zal blijven toenemen. Volgens de demografische projecties van het Federaal Planbureau en Statbel, zal het aandeel 65-plussers als volgt evolueren: 19,6% in 2022, 22,2% in 2030, 24,4% in 2040 en 25,1% in 2050. En binnen deze groep ouderen zal het aantal 80-plussers aanzienlijk toenemen. In 2022 waren dat er 643.700 (5,6% van de totale bevolking) en in 2050 zal dit naar verwachting het dubbele zijn (1.272.500 80-plussers, dit is 10,1% van de totale bevolking) (Bureau fédéral du Plan & Statbel, 2023).

Deze vergrijzing van de bevolking hangt samen met een dubbel fenomeen: enerzijds een laag vruchtbaarheidscijfer, dat op lange termijn laag zal blijven (van ongeveer 1,6 kinderen per vrouw in 2022 naar 1,7 kinderen per vrouw in 2050), en anderzijds een stijging van de levensverwachting<sup>1</sup>. In 2022 bedraagt de levensverwachting bij de geboorte 79,8 jaar voor mannen en 84,2 jaar voor vrouwen. Tegen 2050 zou deze levensverwachting oplopen tot 85,4 jaar voor mannen en 87,9 jaar voor vrouwen. Ook voor de ouderen neemt de levensverwachting toe. Voor een man en vrouw van 65 jaar bedraagt de levensverwachting in 2022 respectievelijk 18,4 jaar en 21,4 jaar. Dit zou evolueren naar respectievelijk 19,7 jaar en 22,4 jaar in 2030, 21,0 jaar en 23,4 jaar in 2040 en 22,3 jaar en 24,3 jaar in 2050.

Dit zijn algemene trends voor het geheel van de Belgische bevolking. Maar de vergrijzing is niet homogeen en zal dat niet worden. Ze wordt gekenmerkt door verschillen.

- De vergrijzing verschilt van gewest tot gewest. Wat de geboortes betreft, ligt het Waalse vruchtbaarheidscijfer in 2022 iets hoger dan het Vlaamse. Toch is het vruchtbaarheidscijfer de afgelopen jaren in alle gewesten gedaald. Bovendien “wijst een analyse per gewest op een dubbel fenomeen: een convergentie sinds 2004 tussen de Waalse en Vlaamse vruchtbaarheidscijfers, en een Brussels vruchtbaarheidscijfer dat sinds 2021 lager ligt dan dat in de andere gewesten, terwijl het er historisch gezien ruim boven lag” (IWEPS, 2023, eigen vertaling). De regionale verschillen zijn meer uit-

gesproken als we kijken naar de levensverwachting bij de geboorte: die is hoger in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel. Ook het aandeel van de bevolking van 80 jaar en ouder is groter in Vlaanderen (6,1% in 2022) dan in Wallonië (5,1% in 2022) en Brussel (3,8% in 2022). De demografische projecties voor de toekomst geven aan dat deze trend structureel is: Vlaanderen vergrijst sneller dan de andere twee regio's van het land (en zal dat blijven doen).

- De veroudering is niet voor alle sociale groepen identiek. Onderzoekers van de UCLouvain merken op: “Tussen 1992-1996 en 2011-2015 is de levensverwachting op 65-jarige leeftijd voor alle sociale groepen gestegen, zowel bij mannen als bij vrouwen, maar niet in hetzelfde tempo: hoger voor de meer bevoorrechten, langzamer voor de minder bevoorrechten. [...] Dezelfde conclusies gelden voor de levensverwachting op 80-jarige leeftijd naargelang de sociale groep” (Eggerickx, Sanderson, Vandeschrick, & Donadille, 2021, p. 113, eigen vertaling).

We kunnen de algemene toename van de levensverwachting toejuichen, maar moeten ons ook vragen stellen over de ‘kwaliteit’ van de veroudering: worden we in goede gezondheid ouder? Volgens Eurostat kan een vrouw van 65 jaar in 2021 verwachten nog 11,3 jaar in goede gezondheid te leven<sup>2</sup> (Eurostat, 2023). Haar totale levensverwachting is 21,4 jaar (Bureau fédéral du Plan & Statbel, 2023). Dat betekent dat een vrouw van 65 jaar gemiddeld 10,2 jaar in slechte gezondheid zal leven. Voor mannen van 65 jaar bedraagt die morbiditeitsperiode 7 jaar. Een andere interessante indicatie van de gezondheid van de oudere bevolking wordt gegeven door de Belgische gezondheidsenquête die regelmatig door Sciensano wordt georganiseerd. In 2018 zei ongeveer 40% van de personen in de leeftijdscategorie 65-74 jaar te lijden aan ten minste één ziekte of chronische aandoening. Bij de 75-plussers loopt dat percentage op tot 44% (Van der Heyden & Charafeddine, 2019).

De vergrijzing van de bevolking zal dus niet neutraal zijn voor de gezondheidszorg. Niet iedereen zal in goede gezondheid oud worden en veel mensen zullen te maken krijgen met gezondheidsproblemen en een verlies van zelfredzaamheid. En met het stijgende aantal ouderen zal het zorggebruik (en het gebruik van andere ondersteunende diensten zoals thuishulp) alleen maar toenemen.

1 De levensverwachting bij geboorte is het aantal jaren dat een persoon gemiddeld kan verwachten te leven, gebaseerd op de huidige mortaliteit.

2 Een goede gezondheid wordt gedefinieerd door de afwezigheid van activiteitsbeperkingen / de afwezigheid van handicaps.

Er is een breed scala aan zorg- en ondersteuningsdiensten beschikbaar om ouderen met gezondheidsproblemen te helpen. Ten eerste is er een uitgebreide medische en paramedische zorg, zowel ambulante als in het ziekenhuis (huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, klassieke ziekenhuisopnames, dagopnames, enz.). Daarnaast zijn er veel diensten voor thuiszorg, zoals gezinshulp, huishoudhulp, vervoersdiensten, maaltijden aan huis, enz. Naast de acute ziekenhuiszorg zijn er ook semi-residentiële voorzieningen (verschillende vormen van dag- en nacht-zorg, herstelverblijven en revalidatiecentra, centra voor kortverblijf) en residentiële centra voor langdurige zorg (woonzorgcentra al dan niet met bijkomende erkenning<sup>3</sup>).

Dat diverse en complexe aanbod brengt een aantal uitdagingen met zich mee. Hoe kunnen we de coördinatie en continuïteit van al deze vormen van zorg en ondersteuning garanderen? Hoe kunnen we inspelen op de vaak geuite wens van ouderen om in hun vertrouwde omgeving te blijven (*'ageing in place'*) (Koning Boudewijnstichting, 2023a)? In het kader van het thuiszorgbeleid zijn er veel voorzieningen om die optie realistisch te maken, nog los van de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers. Het is trouwens een prioriteit die bepleit wordt in heel wat beleidsvoering. De voormalige minister van Volksgezondheid van de Vlaamse regering, Wouter Beke, verklaarde in zijn beleidsnota: "Mensen willen zo lang mogelijk thuis wonen. We zetten daarom verder in op het zo lang mogelijk thuis of in de buurt kunnen blijven wonen met aangepaste zorg, infrastructuur en technologische innovaties" (Beke, 2019, p. 50). "We zetten sterk in op buurtwerking en op vermaatschappelijking van de zorg" (Beke, 2019, p. 52). Hetzelfde geldt voor Wallonië: "De regering zal er een prioriteit van maken om mensen met verlies van autonomie thuis te houden als ze dat wensen" (Wallonie, 2019, p. 92, eigen vertaling).

Het zorgaanbod zal in de nabije toekomst waarschijnlijk ingrijpend evolueren. In de afgelopen jaren zijn heel wat innovatieve projecten opgezet. Zo zijn er sinds 2018 twaalf projecten voor geïntegreerde zorg ontwikkeld. Het doel is om nieuwe modellen van zorg te testen "waarbij de gezondheidsdiensten zodanig georganiseerd worden dat de patiënt-e zorgcontinuïteit ervaart in de gehele zorgverlening" (Integreo, 2023). Deze projecten zijn vooral gericht op mensen met een chronische aandoening. Daarnaast zijn er negentien projecten voor alternatieve vormen van zorg voor kwetsbare ouderen (RIZIV, 2023a). De ervaring die in al deze projecten wordt opgedaan, zal bijdragen aan

de ontwikkeling van een toekomstig Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg (RIZIV, 2023b).

De vergrijzing van de bevolking plaatst de samenleving voor grote uitdagingen wat betreft de toekomstige ontwikkeling van het aanbod en de organisatie van zorg en van hulp- en ondersteuningsdiensten. Daarom is het belangrijk dat we het profiel van de ouderen kennen. Wat is hun socio-demografisch profiel? Wat is hun gezondheidstoestand? Hoe gebruiken ze de zorg? Welke evoluties zien we? Zijn er verschillen volgens bepaalde parameters? CM heeft al veel onderzoeken gepubliceerd over de gezondheid van en de gezondheidszorg voor ouderen. Maar ze waren vaak fragmentarisch, gericht op de ene of andere zorgsector (zoals woonzorgcentra, geneesmiddelen) (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020; Noirhomme & Lambert, 2020). In deze studie willen we meer systematisch te werk gaan. Op basis van de beschikbare gegevens hebben we een verkennende en beschrijvende analyse gemaakt van het profiel (socio-demografisch en gezondheidstoestand) van en het zorggebruik door 65-plussers (eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, residentiële zorg), en van hun evolutie in de periode van 2016 tot 2022. Eerst wordt de gebruikte methodologie beschreven. Vervolgens worden de belangrijkste resultaten van de analyse voorgesteld en besproken. Op basis hiervan formuleren we een aantal conclusies en aanbevelingen.

## 1. Methodologie: Hoe kunnen CM-gegevens inzicht geven in het profiel van ouderen?

### 1.1. Selectie van de studiepopulatie

Voor deze studie zijn in 2023 zowel de facturatiegegevens van de verplichte ziekteverzekering, die het gebruik van het gezondheidssysteem weergeven, als de profielgegevens geanalyseerd van alle CM-leden die in de periode 2016-2022 in de loop van een kalenderjaar 65 jaar of ouder zijn. De personen zijn niet noodzakelijk tijdens de volledige periode of tijdens een volledig kalenderjaar aanwezig in onze databank. Leden kunnen uit de databank verdwijnen omwille van een uitgaande mutatie of wegens hun over-

<sup>3</sup> Een woonzorgcentrum zonder bijkomende erkenning komt overeen met het vroegere rustoord voor bejaarden. Een woonzorgcentrum met bijkomende erkenning komt overeen met het vroegere rust- en verzorgingstehuis.

lijden. Daartegenover staat dat nieuwe leden toegevoegd kunnen worden in de loop van een jaar. We beschikken over een steekproef van 1.005.266 65-plussers in 2016 en 1.096.495 65-plussers in 2022.

## 1.2. Operationalisering van de variabelen

### 1.2.1. Gezondheidsprofiel

#### Chronische aandoeningen

De gegevens waarover de ziekenfondsen beschikken bevatten geen diagnostische informatie. Maar door gebruik te maken van facturatiegegevens van ambulant afgeleverde geneesmiddelen (facturatiecircuit Farmanet) of van bepaalde specifieke prestaties, kan men bepaalde aandoeningen detecteren. Voor deze studie hebben we 22 aandoeningen geselecteerd (zie Tabel 1). De meeste daarvan zijn gedetecteerd met de methode die wordt gebruikt in de 'Echantillon Permanent Steekproef' (in het document 'EPS-flags'), een database van het Intermutualistisch Agentschap (IMA, 2019).

Voor de met een asterisk gemarkeerde aandoeningen zijn we als volgt te werk gegaan:

- De cardiovasculaire aandoeningen werden onderverdeeld in twee categorieën, met detectie op basis van de volgende klassen geneesmiddelen: antihypertensiva<sup>4</sup> (ATC-klassen<sup>5</sup>: C02, C03, C07, C08 en C09), cardiaca (C01) (MLOZ, 2013).
- De detectie van diabetes volgt de methode die gebruikt wordt in de IMA-Atlas van het Intermutualistisch Agentschap. Mensen worden geacht diabetes te hebben wanneer ze antidiabetica (A10) gebruiken of als ten minste een van de specifieke prestatiecodes voor diabetespatiënten (bijvoorbeeld diabeteszorgtraject) geattesteerd is.
- Mensen die aan een zeldzame aandoening lijden worden geïdentificeerd op basis van de lijst van mensen die een akkoord hebben gekregen van de adviserend arts voor de terugbetaling van een weesgeneesmiddel<sup>6</sup>.
- De detectie van kanker combineert verschillende criteria: minstens één van de specifieke prestaties voor

kankerpatiënten hebben ontvangen (multidisciplinaire oncologische raadpleging, radiotherapie, oncologische daghospitalisatie), of een beroep hebben gedaan op de geneesmiddelen gebruikt in het kader van chemotherapie (L01).

- Mensen die lijden aan depressie, psychose en angststoornissen worden gedetecteerd via psychoanaleptica (N06A, N06C) en psycholeptica (N05A, N05B).
- Voor de detectie van nierinsufficiëntie hebben we zowel rekening gehouden met de geneesmiddelen vermeld in het document 'EPS-flags' als met de prestatiescodes voor dialyse.

Tabel 1: Lijst van geselecteerde aandoeningen

1	Cardiovasculaire aandoeningen - hypertensie* °
2	Cardiovasculaire aandoeningen - cardiaca* °
3	Trombose – Antitrombotica °
4	Chronisch obstructief longlijden (COPD) °
5	Astma °
6	Mucoviscidose °
7	Diabetes*
8	Exocriene aandoeningen van de pancreas °
9	Psoriasis °
10	Reumatoïde artritis, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, artritis psoriatica °
11	Depressie, psychose, angststoornissen* °
12	Ziekte van Parkinson °
13	Epilepsie plus neuropathische pijn °
14	HIV °
15	Chronische hepatitis B en C °
16	Multiple sclerose °
17	Organtransplantatie °
18	Ziekte van Alzheimer °
19	Nierinsufficiëntie* °
20	Schildklierandoeningen °
21	Zeldzame aandoeningen*
22	Kanker *

° Voor geneesmiddelen, rekening houdend met minimum 90 DDD op jaarbasis.

4 Deze geneesmiddelen kunnen preventief worden gebruikt bij hart- en vaatziekten.

5 Het ATC-classificatiesysteem (Anatomisch Therapeutisch Chemisch) is de internationale classificatie van geneesmiddelen die door de Wereldgezondheidsorganisatie is opgesteld.

6 Zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/geneesmiddel-terugbetalen/weesgeneesmiddelen>.

## Palliatieve zorg

Het gebruik van palliatieve zorg is gebaseerd op specifieke facturatiegegevens: forfait thuisverpleging voor palliatieve patiënten, forfait voor palliatieve patiënten in dagverzorgingscentra, bezoeken van een huisarts aan een palliatieve patiënt-e, kinesiotherapie sessies voor palliatieve patiënten thuis, forfait voor palliatieve patiënten (een tegemoetkoming van 756 euro in 2023, eenmalig hernieuwbaar), prestaties door multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging. Ook inbegrepen zijn mensen die in het ziekenhuis verbleven op een afdeling gespecialiseerd in chronische aandoeningen die palliatieve zorg vereisen (dienst 64). Deze facturatiegegevens dekken waarschijnlijk niet alle bestaande palliatieve situaties.

## Kwetsbaarheid

De kwetsbaarheid wordt gemeten aan de hand van drie indicatoren.

- Recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (VT) - Met dit sociaal statuut krijgt men hogere terugbetalingen van de verplichte ziekteverzekering. Het wordt toegekend aan huishoudens met een laag inkomen (onder een bepaald inkomensplafond). Dit is een indicator van economische kwetsbaarheid.
- Recht hebben op het statuut van persoon met een chronische aandoening<sup>7</sup> - Dit statuut wordt toegekend aan personen met hoge gezondheidszorguitgaven (minimaal 365 euro<sup>8</sup> per kwartaal gedurende acht opeenvolgende kwartalen), die recht hebben op het forfait voor chronisch zieken<sup>9</sup> of aan een zeldzame ziekte of weesziekte lijden. Dankzij dit statuut wordt het grensbedrag van het remgeld in het kader van de maximumfactuur<sup>10</sup> verlaagd. Dit statuut wijst meestal op een slechte gezondheidstoestand (zoals blijkt uit de hoge en terugkerende kosten voor gezondheidszorg).
- Eenpersoonshuishouden - Op basis van de gezinsamenstelling worden de eenpersoonshuishoudens geïdentificeerd. Het begrip huishouden is dat van de maximumfactuur. Het komt overeen met het de facto huishouden, dus alle personen die volgens het Rijksregister op 1 januari van het betreffende jaar op hetzelfde adres wonen.

## 1.2.2. Indicatoren zorggebruik

### Eerstelijnszorg

Voor de eerstelijnszorg is in deze studie vooreerst gekeken naar prestaties door huisartsen en specialisten. Daarbij is enkel rekening gehouden met prestatiecodes die wijzen op een contact met een arts, meer bepaald raadplegingen, bezoeken en adviezen. De contacten met een huisarts kunnen ook verlopen via een wijkgezondheidscentrum (medisch huis). Voor deze wijkgezondheidscentra hebben we in onze databank geen informatie over de activiteit, over het volume van contacten. We weten enkel of een CM-lid ingeschreven is in een wijkgezondheidscentrum of niet. Naast contacten met een arts, beschikken we ook over prestaties thuisverpleging. Hierbij is nagegaan of voor een lid uit de studiepopulatie in de loop van een kalenderjaar minstens één gefactureerde prestatie thuisverpleging was.

### Residentiële en semi-residentiële ouderenzorg

Voor de zorgvormen woonzorgcentrum (WZC), centrum voor kortverblijf (CVK) en dagverzorgingscentrum (DVC) is nagegaan voor welk aandeel CM-leden van 65 jaar of ouder in de loop van een kalenderjaar minstens een verblijfsdag in deze voorzieningen is gefactureerd. De berekening van het aantal gebruikers gebeurde per type voorziening.

### Ziekenhuiszorg

Voor alle personen van 65 jaar en ouder uit ons databestand hebben we gekeken wie in de loop van een jaar (1 januari - 31 december) opgenomen geweest is in het ziekenhuis. Zowel klassieke opnames als opnames in het dagziekenhuis werden meegenomen. Een klassieke opname houdt in dat er minstens één overnachting in het ziekenhuis is. Een klassieke opname werd meegenomen in de dataset van een gegeven kalenderjaar indien de opnamedatum in het betreffende jaar lag, ongeacht het kalenderjaar van de ontslagdatum.

Naast de klassieke opnames en opnames in het dagziekenhuis, zijn ook de contacten met de spoedafdeling van een ziekenhuis onder de loep genomen. Voor elke 65-plusser die zich op spoed aanmeldde, werd slechts één contact per dag geregistreerd om geen vertekend beeld te krijgen door personen die bijvoorbeeld twee maal op dezelfde dag op spoed terecht kwamen.

7 Voor het jaar 2022 hebben de geanalyseerde gegevens betrekking op de situatie in juni. Ten tijde van het uitvoeren van de studie waren alleen deze gegevens beschikbaar.

8 Bedrag voor 2023.

9 Zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/chronische-ziekten/forfait-voor-chronisch-ziekten>.

10 Zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/de-maximumfactuur-maf>.



### Ambulant afgeleverde geneesmiddelen

Voor alle 65-plussers in de studiepopulatie hebben we gekeken of ze gebruik hebben gemaakt van terugbetaalbare geneesmiddelen ambulant afgeleverd door publieke officina. We hebben ook een schatting gemaakt van het globaal volume geneesmiddelen, berekend als het aantal DDD per persoon en per jaar. "DDD is het acroniem voor de Engelse term *defined daily dose*, letterlijk de gedefinieerde dagelijkse dosis. Deze dosis wordt gedefinieerd als de veronderstelde gemiddelde onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel dat voor diens hoofdindicatie bij volwassenen wordt gebruikt. [...] De DDD wordt bepaald door een bureau van deskundigen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voor elke werkzame stof die is opgenomen in de internationale ATC-classificatie van werkzame bestanddelen" (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, pp. 457-458, eigen vertaling).

Voor de personen die ambulant afgeleverde terugbetaalbare geneesmiddelen hebben gebruikt, hebben we op basis van hun jaarlijks DDD-volume de volgende twee indicatoren geconstrueerd:

- 1) Percentage personen dat minder dan 180 DDD per jaar heeft gebruikt van ambulant in de apotheek afgeleverde geneesmiddelen;
- 2) Percentage personen dat 180 DDD of meer per jaar heeft gebruikt van ambulant in de apotheek afgeleverde geneesmiddelen.

### 1.3. Beperkingen van de studie

Een eerste beperking is dat voor dit onderzoek enkel de gegevens van CM-leden zijn geanalyseerd. Hoewel CM een marktaandeel heeft van 40,1% van de totale bevolking en ruim 46,3% van de 65-plussers (RIZIV, gegevens 2022<sup>11</sup>), stemt het CM-ledenprofiel niet noodzakelijk overeen met dat van andere ziekenfondsen en kunnen de resultaten niet zomaar veralgemeend worden voor de Belgische bevolking van 65 jaar en ouder. Zo is binnen de CM-ledenpopulatie het aandeel 65-plussers iets groter dan binnen de Belgische bevolking en is dit aandeel binnen de CM-ledenpopulatie de voorbije jaren sterker toegenomen dan in de Belgische bevolking (9% tegenover 7%, eigen berekening op basis van gegevens Statbel). Bovendien moet er ook

rekening mee worden gehouden dat de CM-ledenpopulatie ongelijk verdeeld is over het land. Volgens gegevens van het RIZIV<sup>12</sup> woonde op 31 december 2022 76,0% van de CM-leden van 65 jaar en ouder in het Vlaams Gewest, 20,3% in het Waals Gewest en 2,5% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest<sup>13</sup>. Gezien het beperkte marktaandeel van CM in Brussel (17,5%), moeten de resultaten voor deze regio met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Vervolgens zijn er enkele beperkingen inherent aan het feit dat de ziekenfondsgegevens in de eerste plaats administratieve gegevens zijn die verzameld worden in het kader van ledenbeheer en facturatie van gezondheidszorg.

- Voor sommige kenmerken zoals kwetsbaarheid of gezondheidstoestand bevatten de gegevens geen directe indicatoren zoals inkomens- of vermogensgegevens van de leden, het opleidingsniveau of klinische of diagnostische gegevens. Voor deze kenmerken gebruiken we proxyvariabelen die relevante informatie geven over de indicator die we willen schetsen. Niettemin bestaat het risico dat hiermee niet alle leden met een bepaalde aandoening of die kwetsbaar of chronisch ziek zijn als dusdanig in onze databestanden geïdentificeerd worden.
- Verder bevatten de databestanden van de ziekenfondsen enkel gegevens over het zorggebruik van hun leden voor zover deze zorg wordt terugbetaald in het kader van de federale verplichte ziekteverzekering. Daarnaast beschikken ze ook over informatie over een deel van de zorg die sinds de zesde staatshervorming vergoed wordt in het kader van de regionale systemen van sociale bescherming (bijvoorbeeld opname in een woonzorgcentrum), met uitzondering van de Duitstalige Gemeenschap. De ziekenfondsen hebben dus geen informatie over niet-terugbetaalde zorg zoals D-geneesmiddelen of over diverse vormen van zorg en ondersteuning die door de regionale overheden worden georganiseerd en waarop ouderen een beroep kunnen doen (bijvoorbeeld poetshulp, gezinszorg, vervoersdiensten, andere vormen van collectieve opvang zoals CADO (Collectieve Autonome DagOpvang) in Vlaanderen en *Centres de jour* in Wallonië, enz.). Het beeld dat geschetst wordt over het zorggebruik is bijgevolg partieel.

11 Bron: RIZIV, Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/nl/analytics/Portal/navigate.do?PortalPage=PortalPage%2Bomi%3A%2F%2FFoundation%2Freposname%3DFoundation%2FSPortalPage%3Bid%3DA5ZP84SJ.BN000002>.

12 Ibidem.

13 Ongeveer 1,2% van onze leden van 65 jaar en ouder leeft in het buitenland.

- Specifiek voor wat betreft de gegevens over de geneesmiddelen, wijzen we er bijkomend op dat het steeds gaat over terugbetaalde geneesmiddelen die op naam van een lid worden afgeleverd en waarbij we ervan uitgaan dat deze door het betreffende lid gebruikt worden. Uit onze gegevens kan evenwel niet worden afgeleid of het lid deze geneesmiddelen ook effectief ingenomen heeft, voor welke precieze indicatie dit was en met welke dosering. Voor dit onderzoek is ook enkel rekening gehouden met geneesmiddelen die ambulant zijn afgeleverd in publieke officina.

Rekening houdend met de COVID-19-pandemie, moeten de gegevens voor de jaren 2020 en 2021 met de nodige voorzichtigheid worden gelezen. Het is niet uit te sluiten dat de sanitaire crisis een impact had op het gebruik van bepaalde zorg. Bovendien kan het zijn dat als gevolg van de oversterfte, vooral in de oudste leeftijdscategorieën, het profiel van de CM-ledenpopulatie ook in de jaren na de coronaperiode afwijkt van dat van de jaren ervoor, onder meer op vlak van leeftijd en gezondheidsprofiel.

Ten slotte willen we er ook op wijzen dat bij de bespreking van de resultaten enkele verschillen volgens bepaalde parameters vermeld worden, bijvoorbeeld volgens leeftijd, geslacht, regio, enz. Het gaat hier om een loutere beschrijving van vaststellingen, zonder uitspraken te willen doen over causaliteit.

## 2. Resultaten: Het profiel van de 65-plussers van CM

In dit deel stellen we de resultaten voor van de analyses over het profiel van de CM-leden van 65 jaar en ouder en hun zorggebruik, waarbij een selectie is gemaakt van enkele vormen van zorg. Voor deze zorg is vervolgens per jaar gekeken naar het aandeel ouderen dat er een beroep op heeft gedaan, zonder verdere opsplitsingen binnen dit type van zorg. Zo is bijvoorbeeld nagegaan of een oudere contact had met een huisarts of een specialist, verzorgd is door een thuisverpleegkundige, opgenomen is in het ziekenhuis, enz., maar is daarbij geen verder onderscheid gemaakt, bijvoorbeeld naar type specialist, type contact (consultatie, huisbezoek, enz.), ziekenhuisdienst, enz. Er zijn evenmin analyses gedaan om verschillen in volume van zorggebruik in kaart te brengen. In deze eerste verkennende analyses is verder ook niet gekeken naar het al

dan niet gelijktijdig gebruik van bepaalde vormen van zorg, noch naar het zorgtraject van een oudere in de loop van een jaar of over de jaren heen. Ten slotte ligt in deze studie de focus op het gebruik van zorg en is niet gekeken naar de kosten van deze zorg voor de gebruiker of voor de systemen van sociale bescherming.

### 2.1. Socio-demografisch profiel

Tussen 2016 en 2022 is het aandeel CM-leden van 65 jaar of ouder binnen de totale ledenpopulatie toegenomen van 22,1% tot 24,2%. Dit wijst op een zekere vergrijzing van de ledenpopulatie. Deze toename zien we zowel bij de mannen als bij de vrouwen. Bij de vrouwen is er een toename van 24,1% in 2016 naar 26,1% in 2022, bij de mannen van 19,9% naar 22,1%. Als we meer in detail kijken, zien we binnen de globale studiebevolking vooral een stijgende trend in het aandeel CM-leden van 85 jaar en ouder: van 16,5% in 2019 tot 17,3% in 2022. Het aandeel 65-74-jarigen bleef in dezelfde periode stabiel en het aandeel 75-84-jarigen kende zelfs een licht dalende trend van 34,3% naar 33,2%. Dit wijst op een vergrijzing binnen de vergrijzing. In 2022 bedraagt de mediane leeftijd in de groep CM-leden van 65 jaar en ouder 75 jaar en de gemiddelde leeftijd 76 jaar. Een kwart is tussen de 65 en 69 jaar, een even groot aandeel is 82 jaar of ouder. In de groep met recht op de verhoogde tegemoetkoming bedraagt de mediane leeftijd 79 jaar, in de groep zonder dit statuut 74 jaar.

De groep CM-leden van 65 jaar en ouder bestond in 2016 voor 44,0% uit mannen en voor 56,0% uit vrouwen. In de daarop volgende jaren nam het aandeel mannen geleidelijk toe tot 44,7%. Een meer gedetailleerde analyse volgens leeftijdscategorie en volgens geslacht wijst uit dat binnen de studiebevolking het aandeel vrouwelijke CM-leden van 85 jaar en ouder stabiel blijft rond 11%, terwijl er een lineaire toename is van het aandeel mannelijke CM-leden in die leeftijdscategorie, van 5,5% in 2016 over 6,0% in 2019 tot 6,2% in 2022. Verder neemt het aandeel vrouwelijke CM-leden tussen 75 en 84 jaar in dezelfde periode af van 19,4% in 2016 tot 18,3% in 2022, terwijl het aandeel mannelijke CM-leden in die leeftijdscategorie stabiel blijft rond 14,5%. Dit kan te maken hebben met het feit dat de kloof in de levensverwachting tussen mannen en vrouwen de voorbije jaren is afgenomen (Statbel, 2023b).

De analyse van de evolutie van de samenstelling van de CM-ledenpopulatie volgens gewest toont dat in Brussel het aandeel 65-plussers in 2016 16,6% bedraagt en dat dit aandeel tot 2022 vrij stabiel is gebleven.

In de andere regio's zien we een licht stijgende trend. In Vlaanderen is er een toename van 22,4% in 2016 tot 24,6% in 2022 en in Wallonië van 21,8% tot 24,0%. Daarnaast stelden we ook vast dat in 2022 sommige provincies sterker vergrijsd zijn dan andere. In Vlaanderen is dit het geval voor de provincies Limburg en West-Vlaanderen waar het aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder minstens 26% bedraagt, terwijl dit in Oost-Vlaanderen 23,1% is. In Wallonië vallen de provincies Henegouwen en Luxemburg op met een aandeel van respectievelijk 24,6% en 25,3%, tegenover bijvoorbeeld 23,3% in Namen.

## 2.2. Gezondheidsprofiel

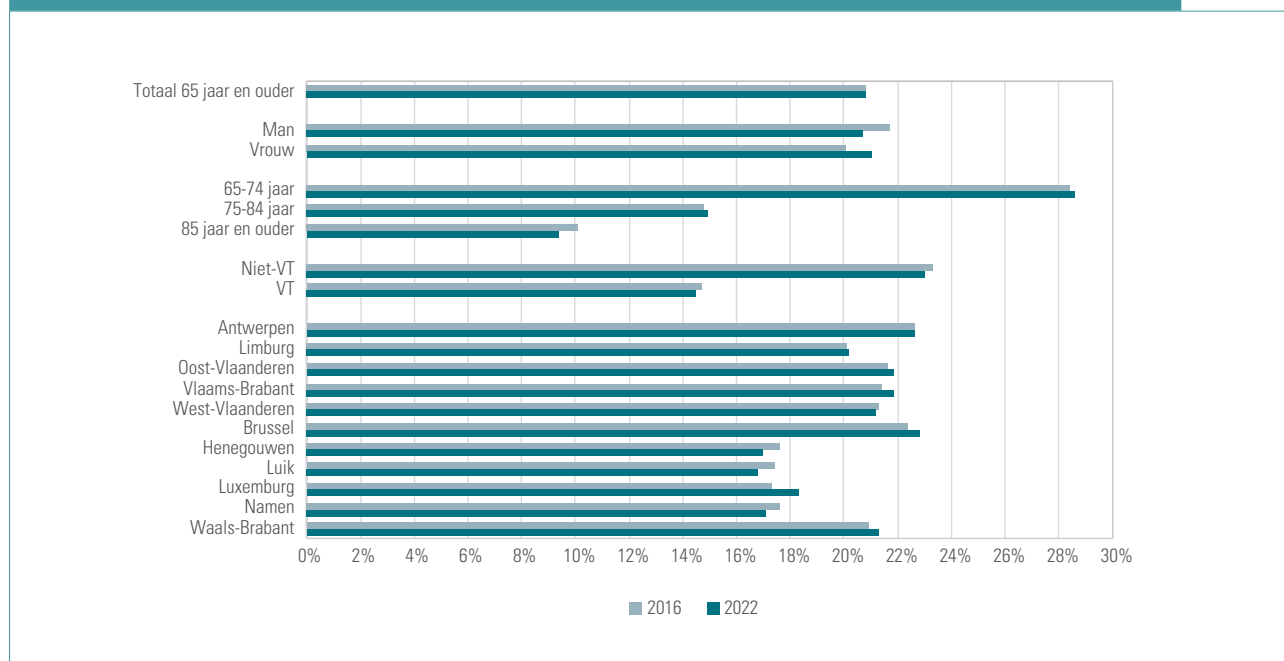
### 2.2.1. Chronische aandoeningen

Voor de lijst van 22 aandoeningen in tabel 1 is het gemiddeld aantal aandoeningen per persoon 1,7 (mediaan = 2, P75 = 3). Dit gemiddelde is iets lager voor degenen zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming (gemiddelde = 1,6, mediaan = 1, P75 = 2), terwijl het hoger is bij wie hier wel recht op heeft (gemiddelde = 2,0 mediaan = 2, P75 = 3). Er is ook een leeftijdseffect: het gemiddeld aantal aandoeningen bedraagt 1,4 voor mensen van 65-74 jaar (mediaan = 1, P75 = 2), 1,9 voor mensen van 75-84 jaar (mediaan = 2, P75 = 3) en 2,1 voor 85-plussers (mediaan = 2, P75 = 3). Er is echter geen verschil tussen mannen en vrouwen.

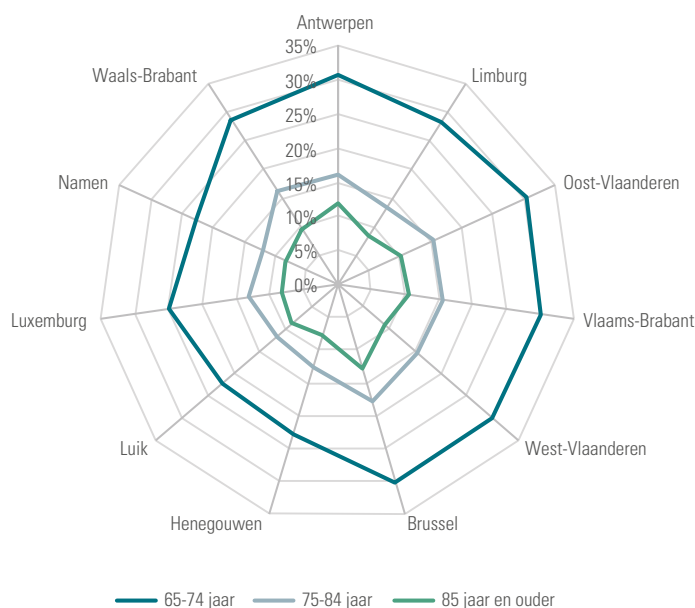
Een alternatieve voorstellingswijze is het berekenen van het percentage mensen dat aan geen enkele van de 22 aandoeningen van de lijst lijdt (zie Figuren 1 en 2).

- In 2022 bedraagt dat percentage 20,8% bij de 65-plussers (79,2% van hen heeft dus ten minste één aandoening uit de lijst).
- Het is hoger bij niet-VT-ers (23,0%). Het feit dat het aandeel vastgesteld bij VT-ers lager is (14,5%), lijkt erop te duiden dat deze mensen vaker ziek zijn (85,5% van de VT-ers heeft ten minste één aandoening uit de lijst).
- Er is ook een leeftijdseffect: het aandeel is hoger onder 65-74-jarigen (28,6%) en daalt zeer sterk voor de leeftijdsgroepen 75-84 jaar (14,9%) en 85 jaar en ouder (9,9%).
- Er zijn weinig verschillen tussen mannen en vrouwen.
- Er zijn wel regionale verschillen: het percentage leden zonder een van de aandoeningen uit de lijst is in het algemeen lager in de provincies Luik (16,8%), Henegouwen (17,0%), Namen (17,1%), Luxemburg (18,3%) en Limburg (20,2%). Dit geldt ook voor alle leeftijdsgroepen.
- Merk bovendien op dat in Brussel en de provincie Antwerpen het percentage leden van 85 jaar en ouder zonder een van de aandoeningen uit de lijst, hoger is dan het landelijk percentage in dezelfde leeftijdscategorie.
- Al deze percentages zijn zeer stabiel in de tijd.

**Figuur 1: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder zonder aandoening uit de lijst van 22 aandoeningen, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuu t en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 2: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder zonder aandoening uit de lijst van 22 aandoeningen, volgens leeftijd en provincie, in 2022 (Bron: CM)**



Wat zijn de meest voorkomende aandoeningen (zie Tabel 2)?

- In 2022 zijn hart- en vaatziekten het meest voorkomende gezondheidsprobleem bij de 65-plussers. Bijna 62,0% van hen gebruikt antihypertensiva. En als we daar de mensen aan toevoegen die geneesmiddelen uit de klasse C01 (cardiaca) gebruiken, dan stijgt het percentage naar 68,4%.
- Tromboseproblemen zijn eveneens wijdverspreid: iets meer dan 41,2% van de 65-plussers gebruikt antistollingsmiddelen.
- Dan zijn er in volgorde van frequentie nog volgende aandoeningen: diabetes, psychische aandoeningen (zoals depressie, psychose, angststoornissen), COPD, schildklierziekten en kanker.

Welke factoren beïnvloeden de frequentie van de aandoeningen?

- De frequentie is altijd hoger voor de begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming, behalve voor kanker. Dit lijkt te wijzen op een slechtere gezondheid bij de personen met recht op dit sociaal statuut.

- Voor bepaalde aandoeningen is de vastgestelde frequentie hoger bij vrouwen: voor psychische aandoeningen (depressie, psychose, angststoornissen) en schildklierziekten. Omgekeerd lijden mannen vaker aan trombose, diabetes, COPD en kanker.
- Er is ook een leeftijds effect voor bepaalde ziekten. De frequentie van hart- en vaatziekten, trombose en psychische gezondheidsproblemen (depressie, psychose, angststoornissen) neemt toe met de leeftijd.

Verschilt de frequentie in de loop van de tijd?

- Over het geheel genomen, voor alle 65-plussers samen, zijn de frequenties tussen 2016 en 2022 relatief stabiel.
- De frequentie van diabetes (16,4% in 2016, 18,0% in 2022) en COPD (8,6% in 2016, 9,8% in 2022) stijgt echter.
- Anderzijds daalt het aantal mensen dat voor cardiovasculaire aandoeningen wordt behandeld met geneesmiddelen uit de klasse C01 (cardiaca): van 9,3% in 2016 naar 6,4% in 2022.

Tabel 2: Frequentie van de meest voorkomende aandoeningen bij CM-leden van 65 jaar en ouder, volgens VT-status, geslacht en leeftijd, in 2022 (Bron: CM)

Aandoening	Alle personen van 65 jaar en ouder	VT		Geslacht		Leeftijdsgroepen		
		Zonder	Met	Mannen	Vrouwen	65-74	75-84	85 en ouder
1 Cardiovasculaire aandoeningen - antihypertensiva	62,0%	59,8%	68,5%	62,2%	61,9%	52,7%	68,9%	75,6%
3 Trombose - Antitrombotica	41,2%	38,7%	48,4%	47,3%	36,2%	29,5%	49,0%	59,5%
7 Diabetes	18,0%	16,6%	22,0%	20,7%	15,8%	16,5%	20,4%	17,6%
11 Depressie, psychose, angststoornissen	13,2%	11,5%	18,2%	8,9%	16,6%	11,6%	13,6%	17,0%
4 COPD	9,8%	8,8%	12,5%	11,0%	8,8%	9,2%	10,3%	10,3%
20 Schilddklieraandoeningen	9,2%	8,9%	10,3%	4,0%	13,4%	8,9%	9,7%	9,2%
2 Cardiovasculaire aandoeningen - cardiaca	6,4%	5,8%	8,4%	6,9%	6,0%	3,6%	7,9%	11,8%
22 Kanker	4,4%	4,4%	4,3%	5,5%	3,5%	3,9%	5,3%	4,0%

### 2.2.2. Palliatieve zorg

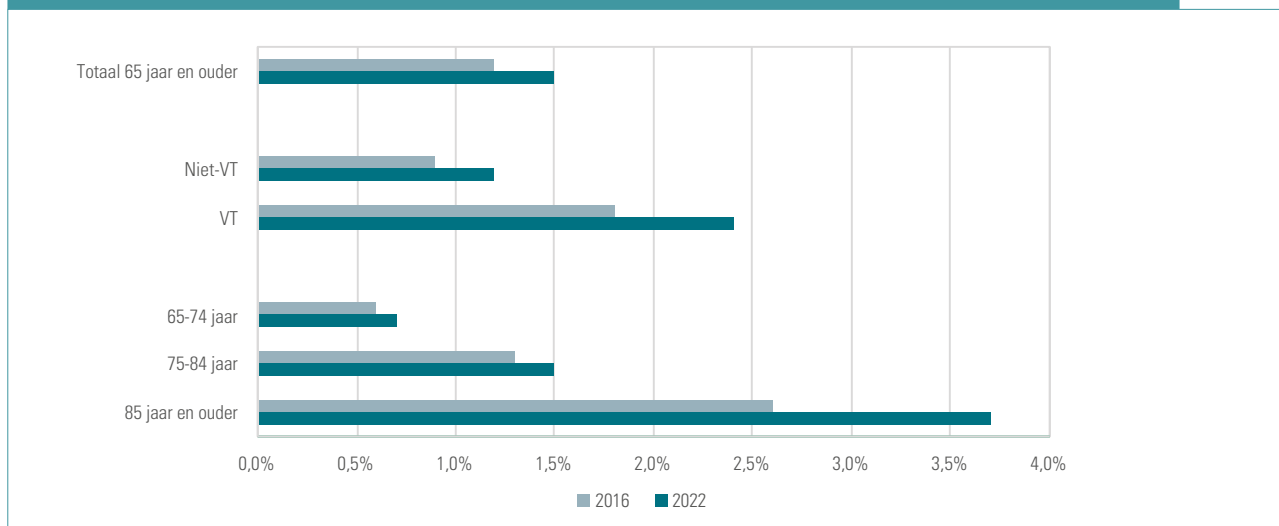
Het aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder dat een beroep doet op palliatieve zorg blijft algemeen relatief beperkt. Er is wel een licht stijgende trend van 1,1% in 2016 naar 1,5% in 2022 (zie Figuur 3).

We stellen enkele verschillen vast volgens bepaalde parameters.

- Het aandeel is in de volledige bestudeerde periode iets hoger bij mannen dan bij vrouwen (in 2022 1,6% tegenover 1,3%).

- Er is een duidelijk leeftijdseffect. Daar waar in de groep 65-74 jaar het aandeel gebruikers in 2022 amper 0,7% bedraagt, is dit in de groep van 85 jaar en ouder 3,7%. De globale toename van het aandeel gebruikers is ook bijna volledig toe te schrijven aan deze oudste leeftijdscategorie (zie Figuur 3), wat verklaard kan worden door de slechtere gezondheidstoestand naarmate men ouder wordt.
- Naar gewest stellen we vast dat het aandeel gebruikers van palliatieve zorg in Brussel iets lager ligt dan in de andere regio's (in 2022 1,2% in Brussel tegenover 1,5% in Vlaanderen en 1,4% in Wallonië).

Figuur 3: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder dat beroep doet op palliatieve zorg, volgens VT-status en leeftijd, in 2016 en 2022 (Bron: CM)



- Verder is er ook een opvallend verschil in het gebruik van palliatieve zorg volgens sociaal statuut waarbij het aandeel gebruikers bij CM-leden van 65 jaar en ouder met recht op de verhoogde tegemoetkoming dubbel zo hoog is als bij deze zonder recht op dit statuut.

### 2.2.3. Overlijdens

Over het geheel genomen bedraagt het percentage overlijdens in de loop van een jaar in onze studiepopulatie ongeveer 3,7%. Dat percentage bereikt echter een piek in 2020: in dat jaar is het percentage sterfgevallen hoger (4,3%) als gevolg van de coronapandemie.

Het percentage overlijdens varieert volgens verschillende factoren.

- Zoals verwacht neemt het percentage toe met de leeftijd: ongeveer 1,2% bij de mensen van 65-74 jaar, 3,2% tot 3,4% bij de mensen van 75-84 jaar en 11,5% tot 12% bij de 85-plussers. Vooral in deze laatste leeftijdsgroep is de impact van de coronapandemie merkbaar: het percentage overlijdens ligt 17% hoger dan het gemiddelde van de voorgaande jaren.
- Het percentage overlijdens is iets lager bij vrouwen dan bij mannen. Dit weerspiegelt het feit dat de levensverwachting op 65 jaar hoger is voor vrouwen dan voor mannen.
- Het aandeel overlijdens is lager in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel.
- Opvallender is het verschil in aandeel overlijdens naargelang de personen wel of niet recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (zie Figuur 4).

Bij de niet-VT-ers ligt het aandeel overlijdens tussen 2,6% en 2,8% (uitgezonderd 2020). Bij de VT-ers ligt dit aandeel echter tussen 6,3% en 6,6% (uitgezonderd 2020). Dit is meer dan het dubbele van dat van niet-VT-ers.

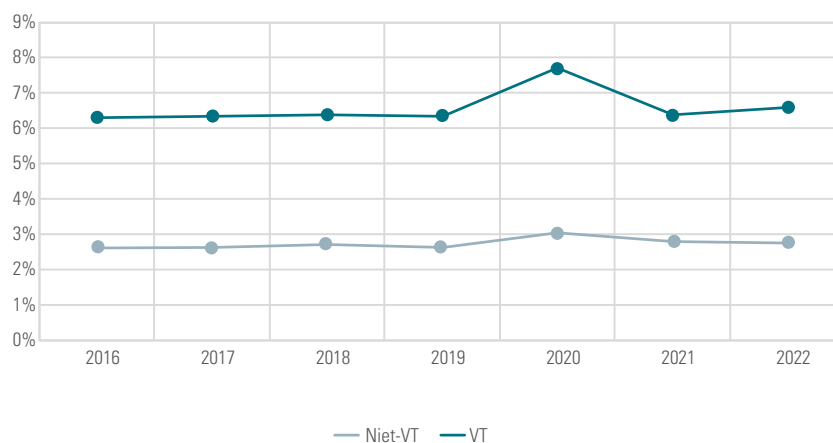
### 2.2.4. Kwetsbaarheid

#### Verhoogde tegemoetkoming

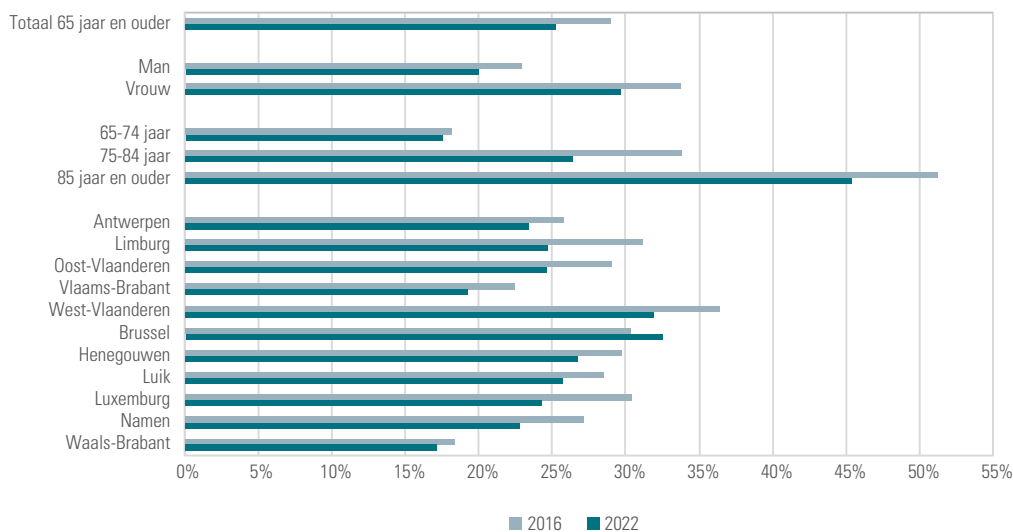
Laten we eerst kijken naar het percentage leden van 65 jaar en ouder met recht op de verhoogde tegemoetkoming (zie Figuur 5).

- Over de volledige periode 2016-2022 daalt dat percentage van 29,0% naar 25,3%. Zoals een ander CM-onderzoek aantoonde, 'verjongt' het VT-statuut: 'jongere' mensen lopen steeds meer risico om VT-er te zijn, terwijl dat risico voor oudere mensen juist afneemt (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023).
- Vrouwen zijn vaker VT-er (2022: 29,7%) dan mannen (2022: 19,9%).
- Bij de 65-plussers is er eveneens een leeftijdeffect: in 2022 is 45,4% van de 85-plussers VT-er, terwijl dat percentage lager is bij de 75-84-jarigen (26,4%) en de 65-74-jarigen (17,5%).
- Er zijn ook geografische verschillen. Voor alle provincies daalt het percentage VT-ers tussen 2016 en 2022, maar niet in Brussel, waar er een toename is van 30,5% naar 32,5%. Voor 2022 zijn de laagste percentages vastgesteld in Waals-Brabant (17,1%) en Vlaams-Brabant (19,2%). De hoogste percentages zijn te vinden in Brussel (32,5%) en West-Vlaanderen (31,9%).

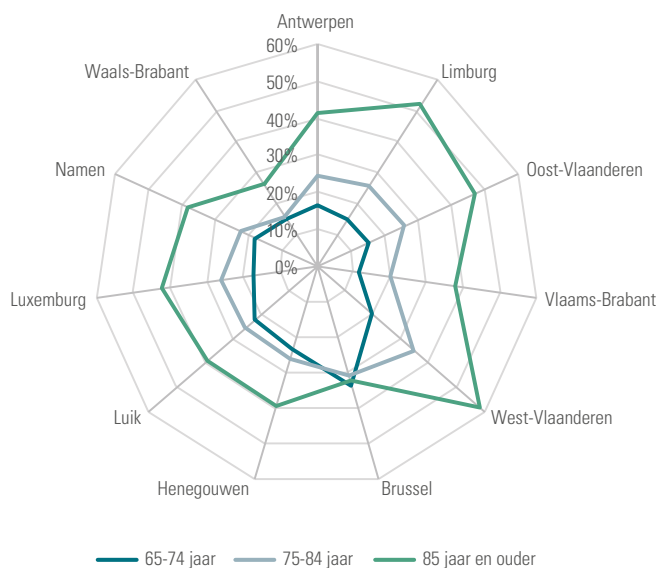
**Figuur 4: Percentage overlijdens van CM-leden van 65 en ouder volgens VT-statuut tussen 2016 en 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 5: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met recht op de verhoogde tegemoetkoming, volgens geslacht, leeftijd en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 6: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met recht op de verhoogde tegemoetkoming, volgens leeftijd en provincie, in 2022 (Bron: CM)**



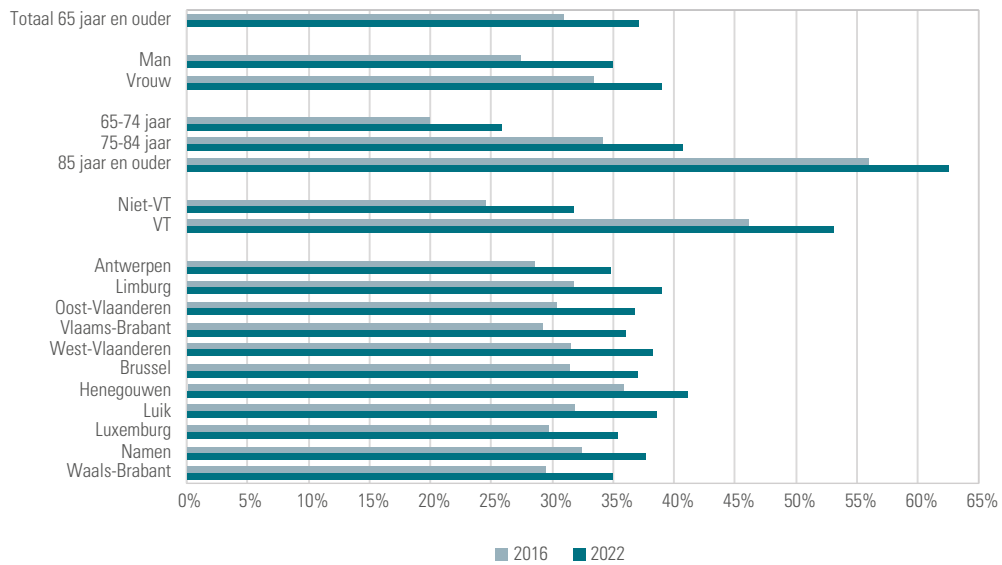
Als we de drie leeftijdsgroepen en de provincie waar de leden wonen combineren (zie Figuur 6), zien we dat West-Vlaanderen en Brussel atypische profielen hebben. In West-Vlaanderen is het percentage VT-ers hoger in alle leeftijdsgroepen (vergeleken met de nationale gemiddelden berekend per leeftijdsgroep). In Brussel daarentegen zien we een lager percentage bij de 85-plussers (in vergelijking met het nationale gemiddelde voor deze leeftijdsgroep).

#### Statuut chronische aandoening

Het aandeel 65-plussers met het statuut van persoon met een chronische aandoening neemt globaal genomen toe: van 30,8% in 2016 naar 37,1% in 2022 (zie Figuur 7). Een meer gedetailleerde analyse van de vastgestelde percentages toont volgende trends.

- Vrouwen hebben vaker het statuut chronische aandoening dan mannen (39,0% versus 34,9%).

**Figuur 7: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met het statuut van persoon met een chronische aandoening, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**

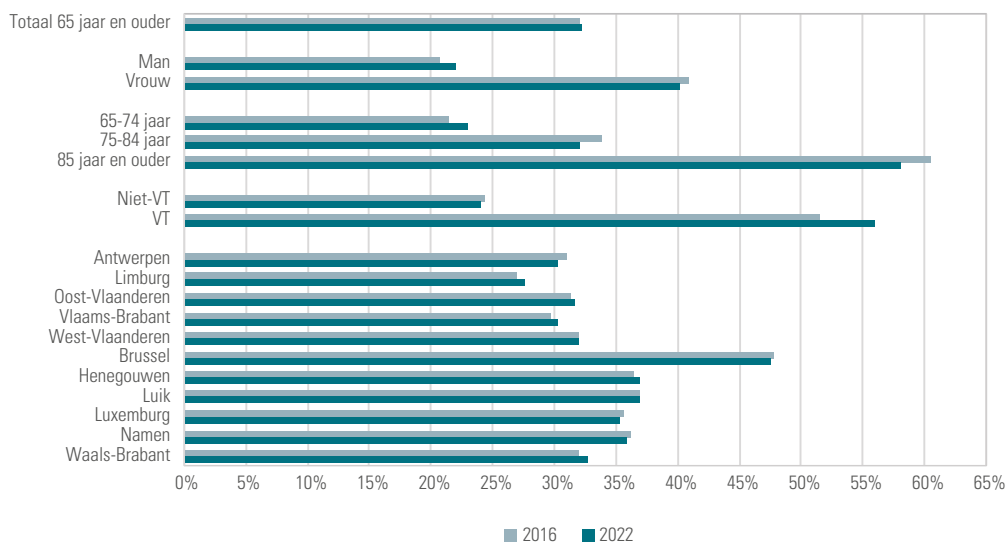


- Meer VT-ers hebben het statuut chronische aandoening dan niet-VT-ers (53,1% versus 31,7%).
- De meerderheid van de 85-plussers heeft het statuut chronische aandoening (62,5%). De percentages voor leden in de leeftijdsgroepen 75-84 en 65-74 zijn lager, respectievelijk 40,7% en 25,9%.
- Naar provincie is het percentage mensen met het statuut chronische aandoening hoger in Henegouwen (41,1%) en Limburg (38,9%) en lager in Waals-Brabant (35,0%) en Luxemburg (35,3%). Dit geldt voor alle drie de leeftijdsgroepen.

#### Eenpersoonshuishouden

Over het geheel genomen is het percentage 65-plussers dat alleen woont (dus een eenpersoonshuishouden vormt) ongeveer 32%. Dat percentage is zeer stabiel tussen 2016 en 2022 (zie Figuur 8). Ter vergelijking: op 1 januari 2023 telde België bijna 1,84 miljoen eenpersoonshuishoudens (Statbel, 2023a). Als we dit aantal relateren aan dat van de Belgische bevolking (11,58 miljoen), bedraagt het aandeel alleenstaanden ongeveer 16%. De kans dat iemand van 65 jaar of ouder alleen woont is dus tweemaal groter in vergelijking met de algemene bevolking.

**Figuur 8: Percentage alleenwonende CM-leden van 65 jaar en ouder, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**





Laten we de percentages in 2022 voor onze leden van 65 jaar en ouder nader bekijken (zie Figuur 8).

- Er is een leeftijdseffect: het percentage alleenstaanden is veel hoger bij de 85-plussers (58,1%) dan bij de 75-84-jarigen (32,0%) en de 65-74-jarigen (23,0%).
- Het percentage alleenwonende vrouwen is hoger (40,2%) dan dat van de mannen (22,0%).
- Er zijn veel meer alleenstaanden onder de VT-ers (55,9%) dan onder de niet-VT-ers (24,0%).
- Er zijn ook geografische verschillen: het aandeel 65-plussers dat alleen woont, is aanzienlijk hoger in Brussel (47,6%) dan in om het even welke andere provincie. De provincies waar dit aandeel hoger is dan het landelijk gemiddelde zijn Henegouwen (36,9%), Luik (36,3%), Namen (35,8%) en Luxemburg (35,2%). De provincies waar het aandeel alleenwonenden lager is dan het landelijke gemiddelde zijn Limburg (27,5%), Antwerpen (30,4%) en Vlaams-Brabant (30,2%). Als we de drie leeftijdsgroepen combineren met de provincies (zie Figuur 9), zien we dat de percentages in Brussel voor alle drie de leeftijdsgroepen hoger zijn dan elders. In de provincie Limburg zijn de percentages voor de drie leeftijdsgroepen lager dan elders.

## 2.3. Gezondheidszorggebruik

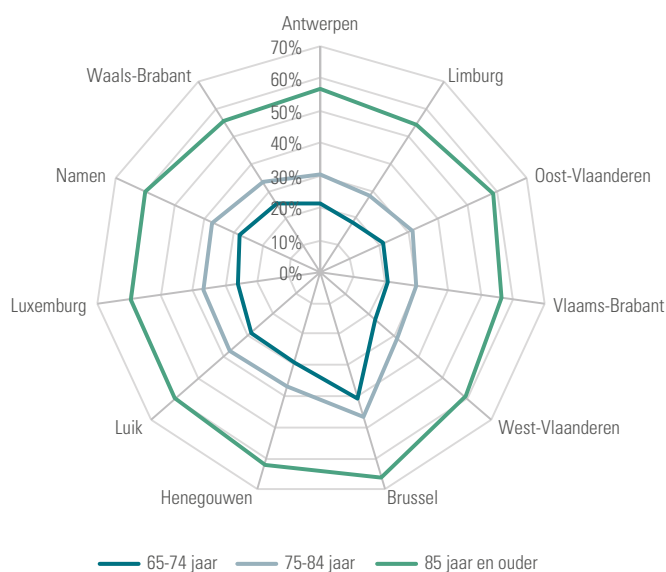
### 2.3.1. Eerstelijnszorg

#### Huisarts

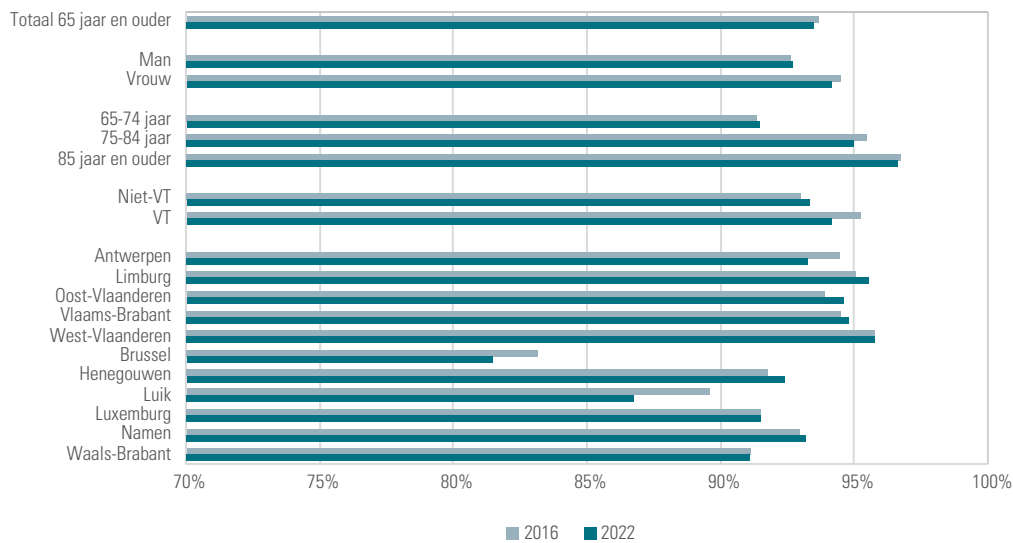
93,7% van de 65-plussers had in 2016 minstens één contact (raadpleging, bezoek of advies) met een huisarts. Over de jaren heen is dit aandeel stabiel gebleven met 93,5% in 2022. Er zijn wel verschillen tussen groepen mensen. We zien bijvoorbeeld dat dit aandeel lager is bij mannen tussen 65 en 74 jaar, met het VT-statuuut en woonachtig in het Brussels Gewest. Voor de jaren 2016 tot 2022 had minder dan 70% (variatie 67,1% - 69,8%) van hen op jaarbasis minstens één contact met een huisarts. Daar tegenover staat dat in Vlaanderen in diezelfde periode zowel de mannen als de vrouwen van 85 jaar en ouder, met VT-statuuut, bijna allemaal (>98%) minstens één contact hadden met een huisarts.

- Er zijn verschillen tussen de regio's. In 2022 had 81,5% van de Brusselse CM-leden van 65 jaar en ouder, 90,7% van de Waalse en 94,7% van de Vlaamse, minstens één contact met een huisarts. Er zijn ook verschillen op provinciaal niveau (zie Figuur 10): in Luik had 86,8% in 2022 minstens één contact met een huisarts, in Limburg en West-Vlaanderen was dit respectievelijk 95,5% en 95,8%.

**Figuur 9: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder dat alleen woont, volgens leeftijd en provincie, in 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 10: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één contact met een huisarts, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**

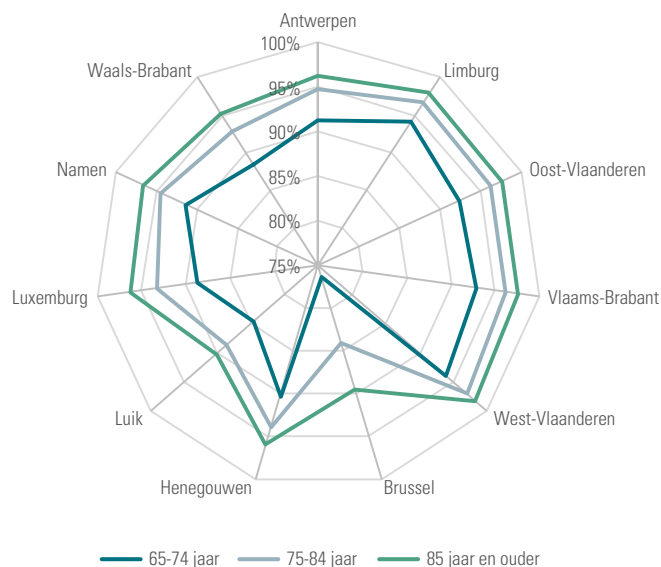


- Ook de leeftijd speelt een rol: 91,4% van de 65-74-jarigen had in 2022 minstens één contact met een huisarts, tegenover 95,0% en 96,6% voor respectievelijk de 75-84-jarigen en de 85-plussers.
- Er is een klein verschil volgens geslacht: 94,2% van de vrouwelijke CM-leden had in 2022 minstens één contact met een huisarts, voor de mannelijke CM-leden was dit 92,7%. In Brussel was dit verschil iets groter: 83,9% ten opzichte van 78,4%.

- Er was geen verschil volgens VT-statuut.

Wanneer we de drie leeftijdscategorieën combineren met de provincies, zien we vooral voor Brussel en de provincie Luik een afwijkend resultaat in het percentage CM-leden dat in 2022 een huisarts contacteert (zie Figuur 11).

**Figuur 11: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één contact met een huisarts, volgens provincie en leeftijd, in 2022 (Bron: CM)**



### Ambulante specialist

Naast contact met de huisarts, hebben ouderen ook contact (raadpleging, bezoek of advies) met specialisten. De top vijf van specialisten die het meest bezocht worden door ouderen zijn de oftalmologen, de cardiologen, de orthopedisten, de dermatologen en de artsen inwendige geneeskunde. Deze top vijf van specialisten vertegenwoordigt 53,7% van alle ambulante contacten met specialisten in 2022.

Met uitzondering van het jaar 2020, omwille van de coronapandemie, is het aantal CM-leden met minstens één ambulant contact met een specialist in de loop van een kalenderjaar tussen 2016 en 2022 licht gestegen van 75,9% tot 77,9%. Deze minimale stijging verbergt echter grote verschillen tussen groepen mensen in die periode. In 2017 had slechts 54,6% van de vrouwen van 85 jaar of ouder, met VT-statuut en woonachtig in Oost-Vlaanderen, minstens één ambulant contact met een specialist. In 2022 daarentegen had 86,6% van de mannelijke CM-leden van 75-84 jaar, zonder VT-statuut, wonend in Waals-Brabant, minstens één ambulant contact met een specialist.

- In 2022 zijn er bijna geen verschillen tussen de regio's: 76,7% van de Brusselse CM-leden had minstens één ambulant contact met een specialist (zie Figuur 12). Voor Vlaanderen bedraagt dit percentage 77,7% en voor Wallonië 78,8%. Tussen provincies binnen eenzelfde regio

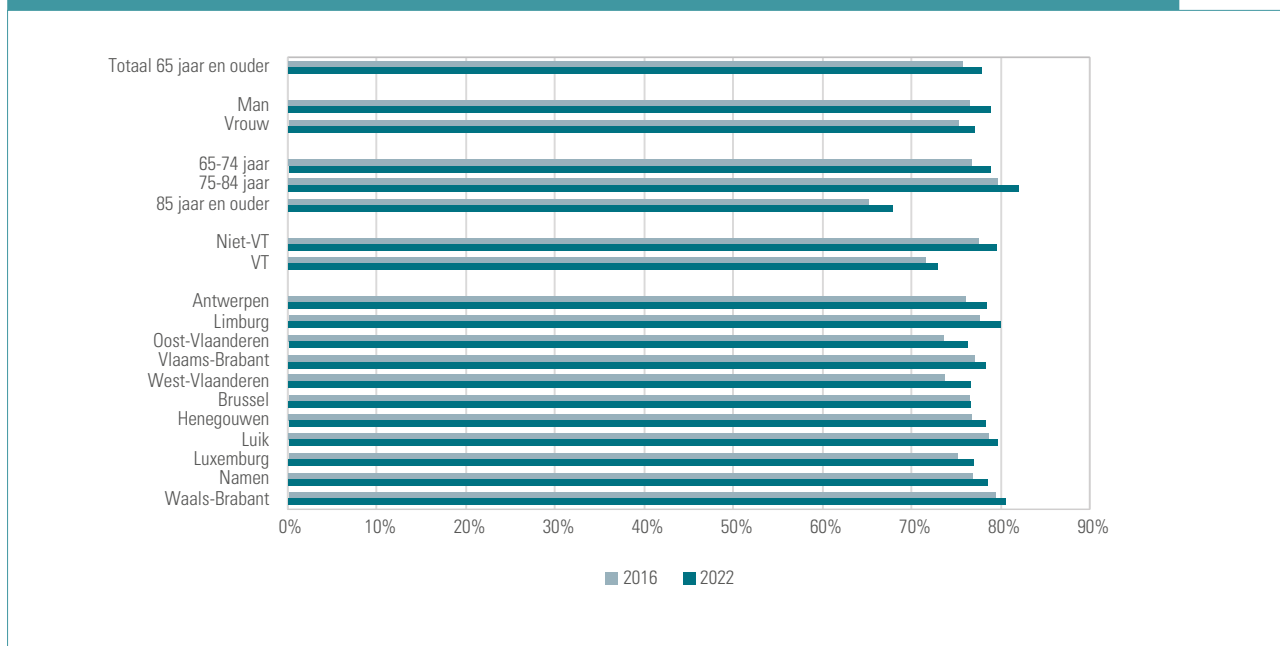
zijn er wel verschillen. Zo had 76,3% van de Oost-Vlaamse CM-leden een ambulant contact met een specialist, tegenover 80,0% in Limburg.

- Ook het statuut van de oudere speelt een rol: 79,6% van de personen zonder het VT-statuut had minstens één contact, tegenover 72,9% van de personen met dit statuut.
- Ook de leeftijd van de patiënt-e is belangrijk: 78,7% van de CM-leden tussen de 65 en de 74 jaar en 82,0% van diegenen tussen 75 en 84 jaar, had een contact met een specialist. Eenmaal boven de 85 jaar daalt dit aandeel tot 67,9%.
- Er zijn amper verschillen tussen mannen en vrouwen.

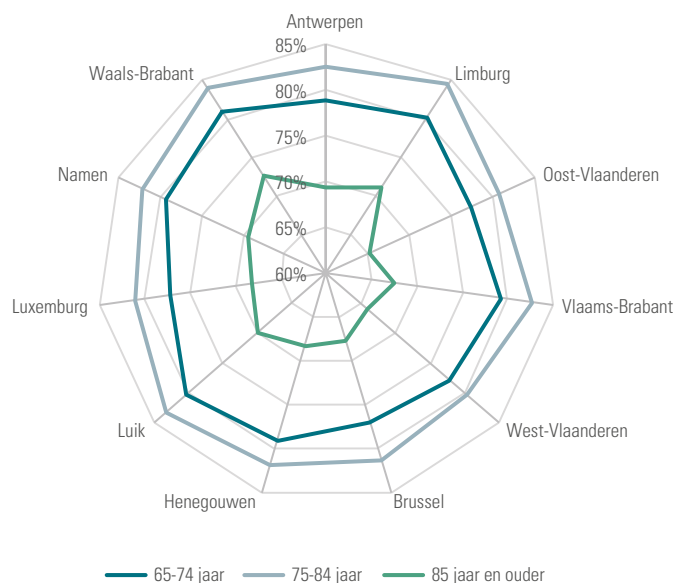
Een combinatie van de provincies met de drie leeftijdscategorieën leert dat vooral CM-leden van 85 jaar en ouder in West- en Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant minder een specialist frequenteren (zie Figuur 13).

Hoe ouder een persoon, hoe hoger de kans dat deze overlijdt in de loop van een kalenderjaar. Daarom gingen we voor 2022 na of het beperkter aandeel 85-plussers met een ambulant contact met een specialist mogelijk te verklaren is door het grotere aantal overlijdens in deze leeftijdscategorie. Dit blijkt het geval. Van de 85-plussers, in leven op 31 december 2022, had 73,1% een contact met een specialist. Binnen de totale groep van CM-leden van 85 jaar en ouder in 2022 is dit 67,9%.

Figuur 12: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één contact met een specialist, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)



**Figuur 13: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één contact met een specialist, volgens provincie en leeftijd, in 2022 (Bron: CM)**

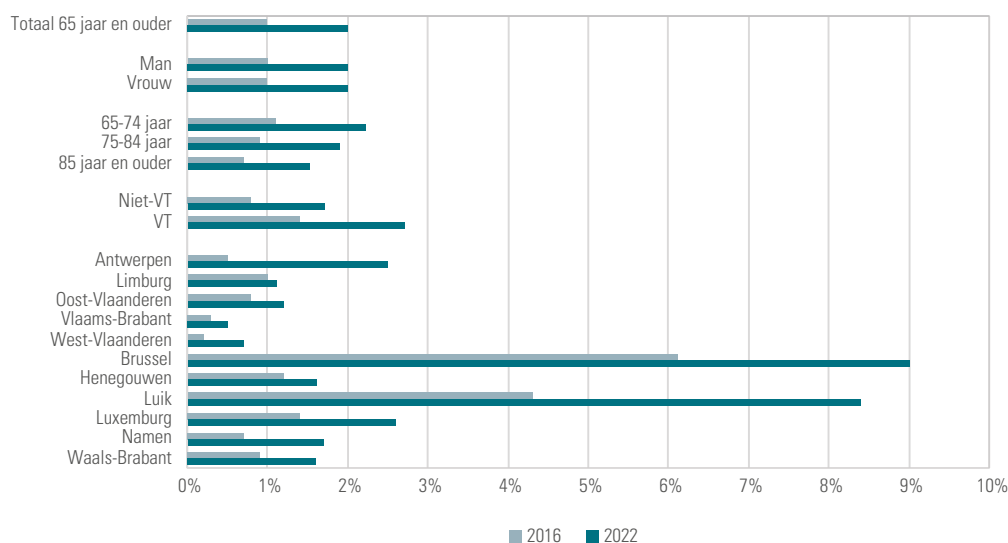


Op provinciaal vlak is er een kleine verschuiving zichtbaar: West- en Oost-Vlaanderen blijven de provincies met het kleinste percentage personen met een contact met een specialist. Deze provincies worden niet meer gevolgd door Vlaams-Brabant, maar door de provincie Luxemburg indien enkel de 85-plussers die eind 2022 nog in leven zijn, worden geïncludeerd.

#### Wijkgezondheidscentrum

Het aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum blijft eerder beperkt, al is er op zes jaar tijd wel een verdubbeling (van 1,0% in 2016 tot 2,0% in 2022 - zie Figuur 14). Achter die lage percentages schuilen wel grote verschillen volgens regio. In 2022 is slechts 1,3% van de Vlaamse CM-leden ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum, 3,7% van de Waalse CM-leden en 9,0% van de CM-leden woonachtig in Brussel.

**Figuur 14: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



Op provinciaal vlak zijn de wijkgezondheidscentra het sterkst uitgebouwd in Luik (8,4%) en Brussel (9,0%). Bij alle andere provincies is maximum 2,6% van de CM-leden ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum.

### Thuisverpleging

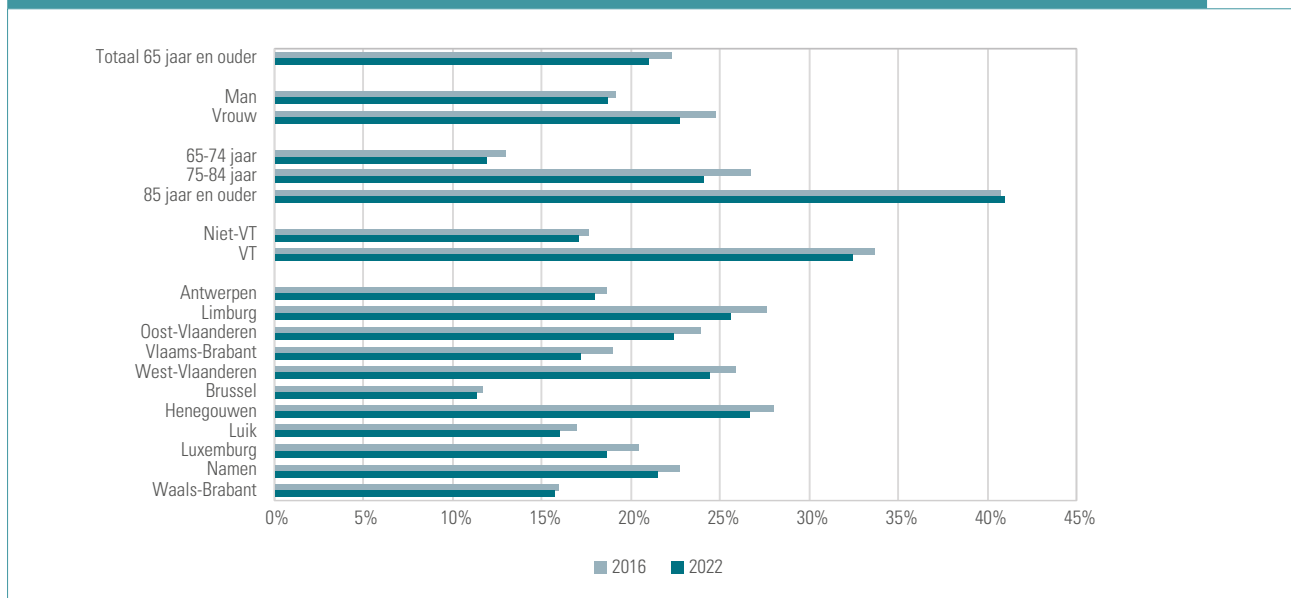
Tussen 2016 en 2022 zien we bij CM-leden een licht dalende trend in het gebruik van thuisverpleging: van 22,3% in 2016 naar 21,0% in 2022.

- We zien grote regionale verschillen en dit gedurende de ganse bestudeerde periode. 20,6% en 21,4% van de Waalse en Vlaamse CM-leden kreeg in 2022 thuisverpleging. In Brussel bedroeg dit aandeel met 11,4% de helft. Ook in Waals-Brabant heeft slechts een klein aandeel van 15,8% van de inwoners thuisverpleging gekregen. Limburg en

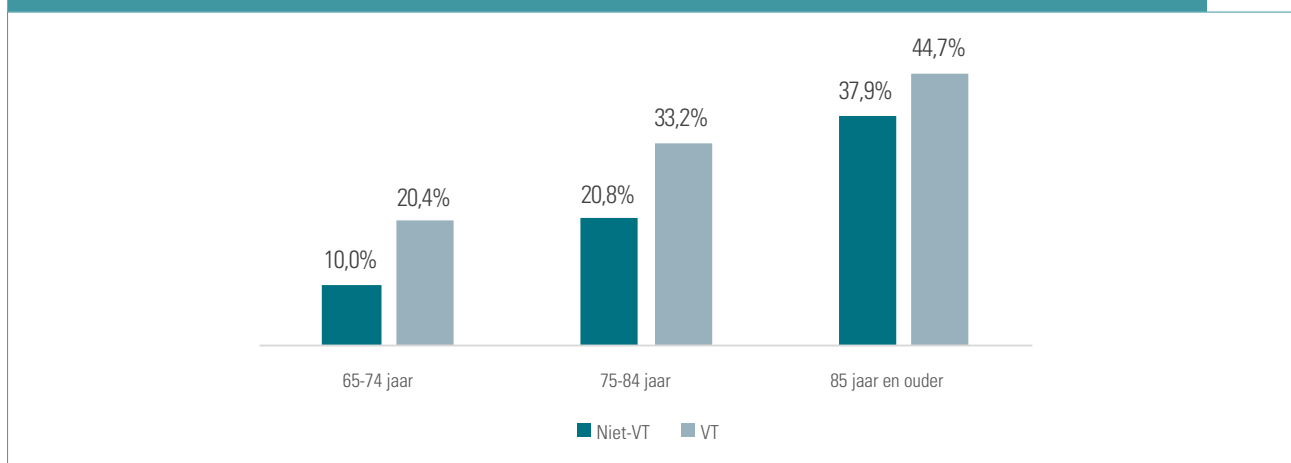
Henegouwen spannen de kroon met 25,6% en 26,5% (zie Figuur 15).

- Leeftijd en geslacht spelen ook een rol bij het gebruik van thuisverpleging: 18,7% van de mannen deed er in 2022 een beroep op, tegenover 22,8% van de vrouwen.
- De jongste leeftijdscategorie in onze studie (65-74 jaar) deed het minst vaak een beroep op thuisverpleging (11,8%), gevolgd door de groep 75-84-jarigen met 24,1%. Bij de CM-leden van 85 jaar en ouder, kreeg meer dan vier op de tien (= 41,0%) thuisverpleging.
- Ten slotte speelt ook het VT-statuut een belangrijke rol. Bijna dubbel zoveel personen met het VT-statuut (= 32,4%) maakten in 2022 gebruik van thuisverpleging in vergelijking met personen zonder het VT-statuut (= 17,1%). Dit verschil neemt wel af volgens de leeftijdscategorie (zie Figuur 16).

**Figuur 15: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één prestatie thuisverpleging, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 16: Percentage CM-leden van 65-jar en ouder met minstens één prestatie thuisverpleging, volgens leeftijd en VT-statuut, in 2022 (Bron: CM)**



### 2.3.2. Ambulant afgeleverde geneesmiddelen

Aangezien de vastgestelde percentages stabiel zijn in de tijd, tonen we voor de ambulant afgeleverde geneesmiddelen de resultaten voor het jaar 2022. De overgrote meerderheid van de 65-plussers gebruikt een of ander ambulant afgeleverd geneesmiddel. Het niet-gebruik is zelfs marginaal: nauwelijks 4,4% van de 65-plussers. Dat percentage is iets hoger in de leeftijdsgroep 65-74 jaar (6,3%), bij mannen (5,0%), bij diegenen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (4,6%), in Brussel (7,2%), Limburg (5,5%), Waals-Brabant (5,3%) en de provincie Antwerpen (5,0%).

Wat het geschatte volume DDD betreft, gebruikte 85,8% van de 65-plussers minstens 180 DDD gedurende het jaar (zie Figuur 17). Dit percentage is hoger in de leeftijdsgroepen 75-84 jaar (90,3%) en 85 jaar en ouder (92,8%), bij de begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming (89,8%), bij vrouwen (86,5%) en in de provincies Henegouwen (87,9%), Luik (87,3%), Namen (87,2%) en Limburg (87,4%). In Brussel daarentegen ligt dit percentage lager (81,5%), net als bij de mensen zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming (84,5%).

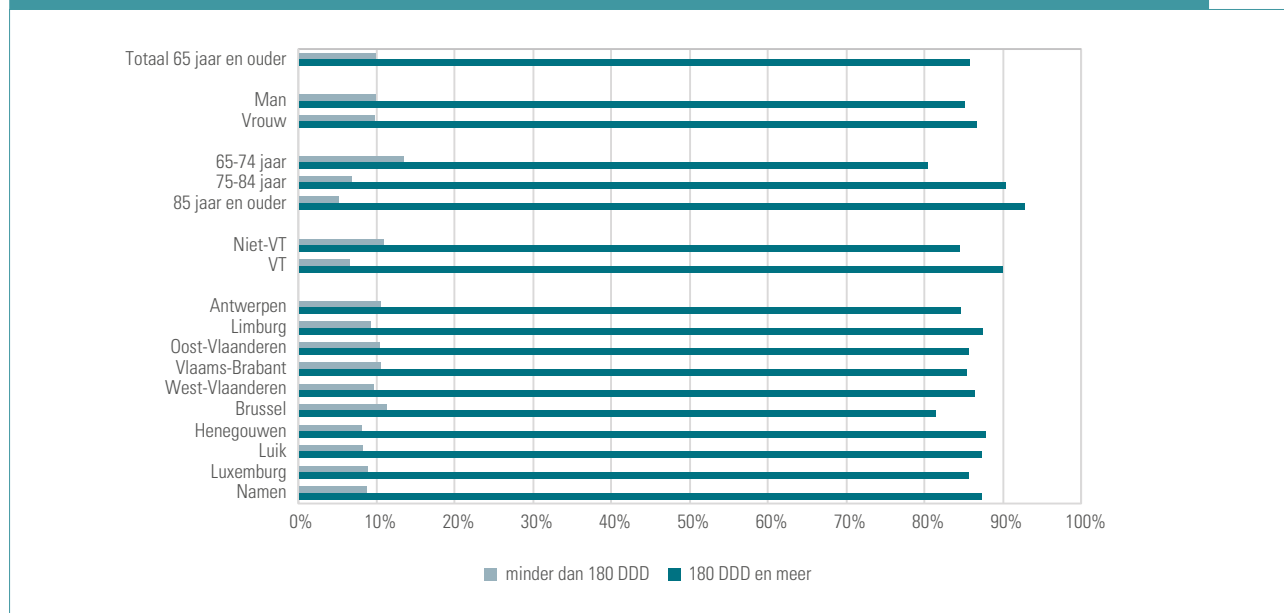
### 2.3.3. Ziekenhuiszorg

#### Contact met de spoedafdeling van een ziekenhuis

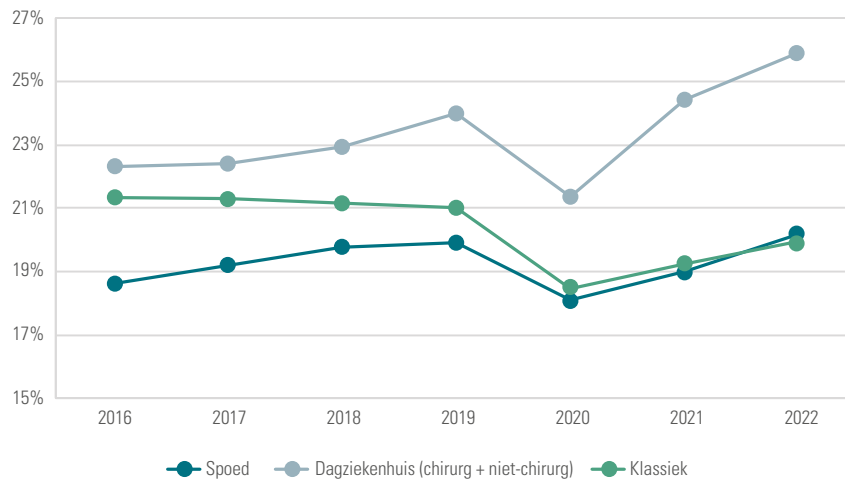
Sinds 2016 (met uitzondering van 2020 en 2021, omwille van de coronapandemie) is er binnen de studiepopulatie een licht stijgende trend in het percentage dat gebruik maakt van de spoedafdeling van een ziekenhuis. In 2016 bezocht 18,6% van de CM-leden van 65 jaar en ouder minstens één maal de spoedafdeling, in 2022 was dit 20,2% (zie Figuur 18).

- Het percentage aanmeldingen op spoed is afhankelijk van de woonplaats van de CM-leden: in 2022 zien we het kleinste percentage in de Vlaamse provincies met een variatie tussen 18,7% en 20,2% (totaal Vlaanderen = 19,6%), gevolgd door vier Waalse provincies met een variatie van 20,3% tot 22,5% (totaal Wallonië = 22,0%) en 23,5% in Brussel. Het hoogste percentage contacten met een spoeddienst zien we echter in de provincie Henegouwen met 24,1%.
- Er is ook een belangrijk verschil volgens sociaal statuut. In vergelijking met CM-leden zonder het VT-statuut, komt een hoger percentage van de CM-leden met VT-statuut op spoed terecht (18,1% tegenover 26,4%).

**Figuur 17: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder dat ambulant afgeleverde geneesmiddelen gebruikt, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 18: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één contact met spoed, dagziekenhuis (chirurgische + niet-chirurgisch) of klassieke opname, 2016-2022 (Bron: CM)**



- De belangrijkste parameter is echter de leeftijd: 14,8% van de 65 tot 74-jarigen kwam in 2022 op een spoeddienst terecht. Voor de leeftijdscategorie 75 tot 84 jaar is dit percentage al 21,7%, terwijl 85-plussers bijna één kans op drie hadden (32,6%) om op spoed terecht te komen.

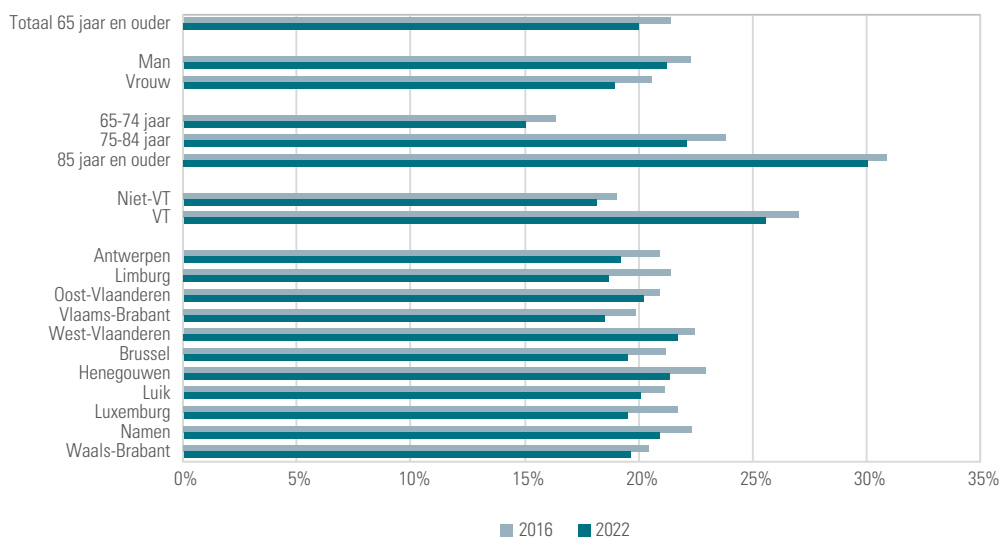
#### Klassieke opname

Tussen 2016 en 2022 is het percentage CM-leden van 65 jaar en ouder dat ten minste één nacht in het ziekenhuis opgenomen was, elk jaar licht gedaald. In 2020 en 2021 (omwille van de coronapandemie) is er een grotere daling

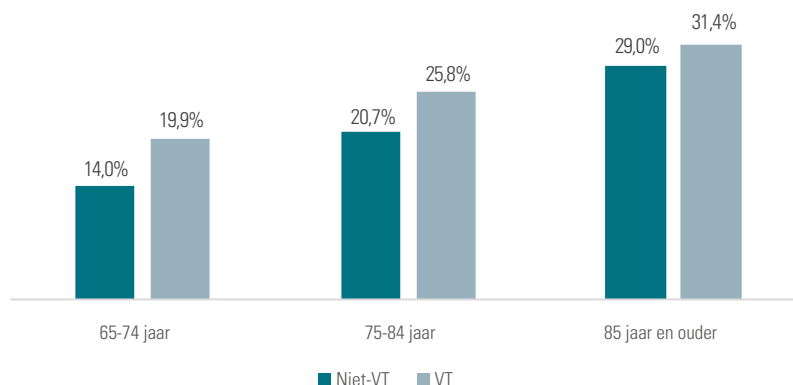
zichtbaar. Het jaar 2022 volgt opnieuw de trend die zichtbaar was vóór de coronapandemie (zie Figuur 18). In 2016 werd 21,3% van de CM-leden in het ziekenhuis opgenomen, in 2022 was dit 20,0%.

- Er zijn in 2022 quasi geen verschillen tussen de regio's, noch tussen de provincies (zie Figuur 19).
- Mannen worden iets meer opgenomen dan vrouwen: 21,2% tegenover 19,0% in 2022.
- De parameters met de grootste verschillen zijn het VT-statuut en de leeftijdscategorie (zie Figuur 20).

**Figuur 19: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één klassieke opname, volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en provincie, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



**Figuur 20: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één klassieke opname, volgens leeftijd en VT-statuut, in 2022 (Bron: CM)**



18,1% van de CM-leden zonder de verhoogde tegemoetkoming is in 2022 opgenomen in het ziekenhuis, bij personen met de verhoogde tegemoetkoming is dit 25,5%.

- Het percentage CM-leden met minstens één opname stijgt volgens leeftijd: 15,0% bij 65 tot 74-jarigen, 22,1% bij 75 tot 84-jarigen en 30,1% bij personen van 85 en ouder.

#### Dagziekenhuis (chirurgisch en niet-chirurgisch)

Met uitzondering van 2020 (coronapandemie), is er tussen 2016 en 2022 jaar na jaar een kleine toename in het percentage personen met een opname in het dagziekenhuis (zie Figuur 18). Deze toename is volledig op het conto van het niet-chirurgisch dagziekenhuis te schrijven. Mogelijks verklaart de stijgende trend van het dagziekenhuis de dalende trend in het aantal klassieke ziekenhuisopnames.

#### 2.3.4. Residentiële en semi-residentiële ouderenzorg<sup>14</sup>

##### Verblijf in een centrum voor dagverzorging (CDV)

In de loop van 2022 maakte 0,5% van de CM-leden van 65 jaar en ouder minstens één dag gebruik van een CDV. Dit aandeel is sinds 2016 zo goed als ongewijzigd. Er zijn geen verschillen vastgesteld volgens geslacht, maar wel volgens gewest en volgens sociaal statuut. Zo doet in Vlaan-

deren 0,5% van de 65-plussers in 2022 beroep op een CDV terwijl dit in Wallonië en Brussel respectievelijk 0,2% en 0,1% is. Verder bedraagt het aandeel onder de 65-plussers met VT-statuut 0,8%, terwijl dit in de groep zonder dit statuut 0,3% is. Dit resultaat is sterk beïnvloed door de cijfers in Vlaanderen waar het aandeel respectievelijk 1% en 0,4% bedraagt. In de overige gewesten is er weinig of geen verschil tussen de twee groepen.

De grootste verschillen stellen we vast volgens leeftijd. Daar waar in de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar het aandeel gebruikers amper 0,1% is, bedraagt dit bij de CM-leden van 85 jaar en ouder 1,1%. Deze toename volgens leeftijd is volledig toe te schrijven aan de gebruikscijfers in Vlaanderen. In Wallonië en Brussel zien we de sterke toename volgens leeftijd veel minder.

##### Verblijf in een centrum voor kortverblijf (CVK)

Van de CM-leden van 65 jaar en ouder verblijft in 2022 1,3% minstens een dag in een erkend centrum voor kortverblijf (CVK)<sup>15</sup>. Dit aandeel is sinds 2016 vrijwel ongewijzigd gebleven, behoudens de twee coronajaren 2020 en 2021 waar het aandeel iets lager lag. Er is geen verschil volgens geslacht.

<sup>14</sup> We herinneren eraan dat deze cijfers enkel betrekking hebben op ouderenzorg die sinds de zesde staatshervorming vergoed wordt in het kader van de regionale systemen van sociale bescherming (WZC, CVK en DVC). Daarnaast kunnen ouderen gebruik maken van andere opvangstructuren zoals Collectieve Autonome Dagopvang (CADO) in Vlaanderen en 'Centres de jours' (dagcentra) in Wallonië en Brussel, voorzieningen erkend in het kader van het beleid voor personen met een handicap of andere vormen van respijtzorg (bijvoorbeeld oppasdienst aan huis, zorghotels) of permanente opvang van ouderen (bijvoorbeeld private opvanginitiatieven). In onze analyse is ook niet gekeken naar het verblijf in een herstelverblijf, in een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) of initiatief voor beschermt wonen (IBW).

<sup>15</sup> De gegevens over kortverblijf betreffen opnames in woonzorgcentra die ook een specifieke erkenning als Centrum voor Kortverblijf hebben en de geleverde zorg met specifieke pseudocodes factureren. Het kan evenwel gebeuren dat ouderen tijdelijk in een woonzorgcentrum verblijven zonder specifieke erkenning als CVK. In dat geval is dit verblijf in ons onderzoek beschouwd als een verblijf in een WZC.



Net als bij de CDV, zijn er wel verschillen vastgesteld volgens gewest en volgens sociaal statuut. Naar gewest stellen we het grootste aandeel vast voor Vlaanderen (1,3%), gevolgd door Wallonië (1,1%) en Brussel (0,3%). Wat betreft het sociaal statuut: onder de 65-plussers met recht op de verhoogde tegemoetkoming maakt 2,3% in 2022 gebruik van een CVK, in de groep zonder VT is dit 0,9%. Dit verschil stellen we vast zowel in Vlaanderen (2,6% tegenover 0,9%) als in Wallonië (1,6% tegenover 0,9%). In Brussel zien we het omgekeerde: 0,2% van de VT-ers tegenover 0,4% van de niet-VT-ers<sup>16</sup>.

Ook hier zien we vooral een leeftijdseffect. In de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar bedraagt het aandeel gebruikers in 2022 amper 0,2% terwijl dit bij de CM-leden van 85 jaar en ouder 4,3% is. Deze vaststelling geldt voor alle gewesten.

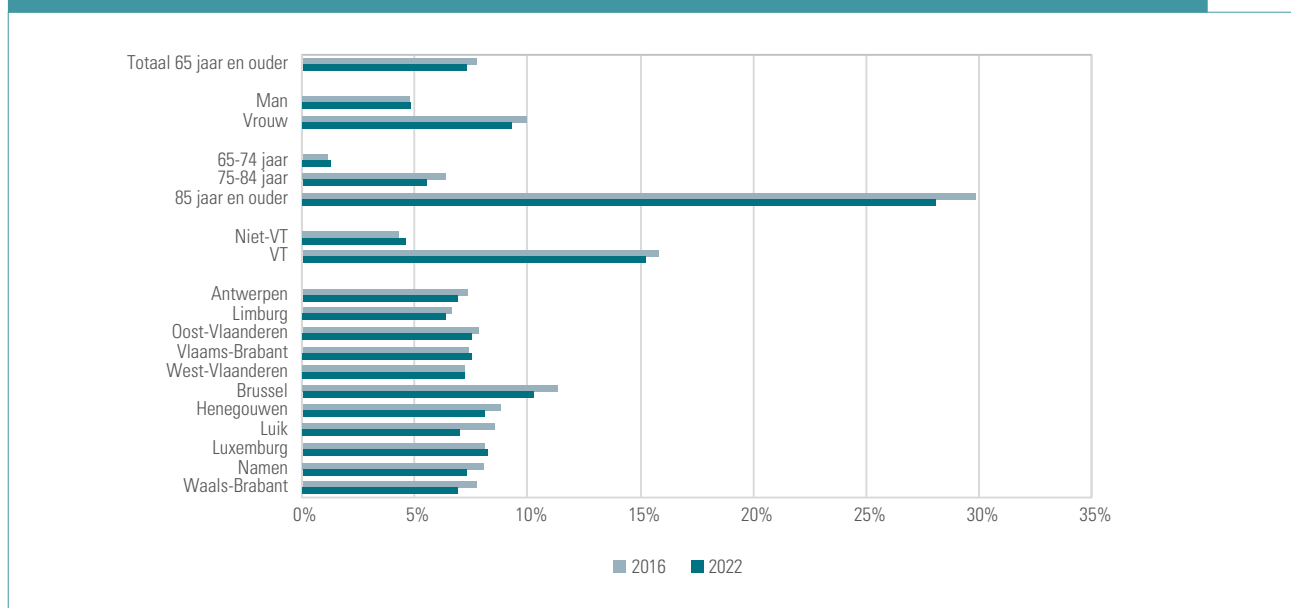
### Verblijf in een woonzorgcentrum (WZC)

In 2022 verblijft 7,3% van de CM-leden van 65 jaar en ouder minstens een dag in een woonzorgcentrum (zie Figuur 21). Dit is een beperkte daling ten opzichte van 2016 toen dit aandeel 7,7% bedroeg. Hier speelt wellicht de impact van de coronapandemie waarbij de oversterfte onder de bewoners van woonzorgcentra nog groter was dan binnen de totale bevolking (Surkyn, 2020).

Wanneer we de gegevens in figuur 21 meer in detail bekijken, zijn er enkele duidelijke vaststellingen.

- Zoals verwacht neemt het aandeel gebruikers van residentiële ouderenzorg exponentieel toe volgens de leeftijd: van 1,2% in de leeftijdscategorie 65-74 jaar tot 28,1% bij de CM-leden van 85 jaar en ouder in 2022. Het is wel in deze leeftijdscategorie dat tussen 2016 en 2022 de grootste daling is vastgesteld, mogelijk als gevolg van de coronapandemie. Dit leeftijdseffect ligt in het verlengde van de vraag van ouderen om de opname in een woonzorgcentrum zo lang als mogelijk uit te stellen. Uit eerder onderzoek bleek dat de mediane opnameleeftijd in een woonzorgcentrum in 2018 86 jaar bedroeg (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020).
- Hoewel deze klein zijn, zijn er ook tussen de provincies verschillen in het aandeel 65-plussers dat gebruik maakt van residentiële ouderenzorg. Zo gaat het in Limburg om 6,4%, in Antwerpen om 6,9% en in de andere Vlaamse provincies om minstens 7%. Aan Waalse kant noteren we het grootste aandeel in Luxemburg (8,2%) en het laagste in de provincie Waals-Brabant (6,9%). Globaal is het hoogste aandeel gebruikers van residentiële ouderenzorg vastgesteld in Brussel (10,2% in 2022), gevolgd door Wallonië (7,5% in 2022) en Vlaanderen (7,1% in 2022).

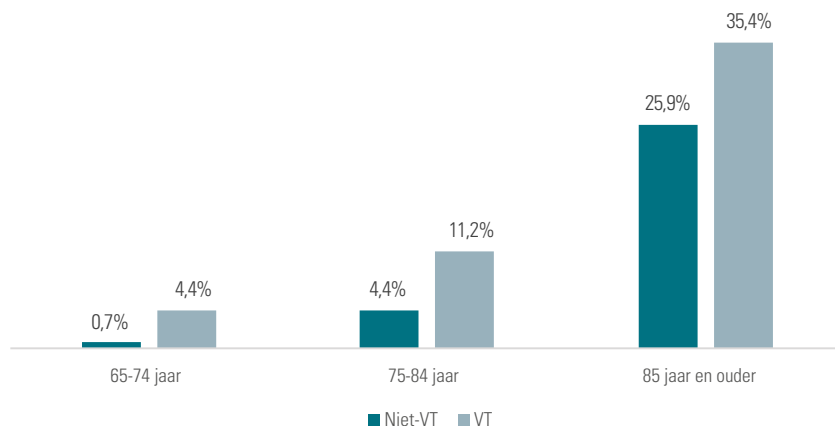
**Figuur 21: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één verblijfsdag in een woonzorgcentrum, volgens geslacht, leeftijdscategorie, VT-statuut en provincie<sup>17</sup>, in 2016 en 2022 (Bron: CM)**



16 We herinneren eraan dat de resultaten voor Brussel met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden gezien het beperktere marktaandeel van CM.

17 Noot: Bij de interpretatie van de cijfers voor Wallonië moet er rekening mee gehouden worden dat de ziekenfondsen sinds 2019 niet meer beschikken over de gegevens van de Duitstalige Gemeenschap.

**Figuur 22: Percentage CM-leden van 65 jaar en ouder met minstens één verblijfsdag in een woonzorgcentrum, volgens leeftijd en VT-statuut, in 2022 (Bron: CM)**



- Opvallend is ook dat van de 65-plussers met recht op de verhoogde tegemoetkoming een groter aandeel opgenomen is in een woonzorgcentrum in vergelijking met deze zonder recht op dit statuut. Het verschil tussen beide groepen neemt ook toe met de leeftijd (zie Figuur 22).

### 3. Bespreking: Het profiel van de ouderen stelt ons voor uitdagingen

De vergrijzing van de bevolking waarmee ons land wordt geconfronteerd, plaatst de zorg- en welzijnssector voor enkele belangrijke uitdagingen. De stijgende levensverwachting en de daarmee gepaard gaande hogere prevalentie van chronische aandoeningen en beperkingen, zal de vraag naar zorg en ondersteuning voor ouderen verder doen toenemen. In antwoord hierop moet een beleid gevoerd worden dat rekening houdt met de wensen van de ouderen en de moeilijkheden die ze ondervinden, maar tegelijk met de beschikbare middelen om de noodzakelijke zorg en ondersteuning te organiseren. Om de denkoefening hierover te voeden, analyseerden we het profiel van de CM-leden van 65 jaar en ouder. We schetsten hun socio-demografisch profiel, evenals hun gezondheidstoestand, kwetsbaarheid en gezondheidszorggebruik.

### 3.1. Hoe kwetsbaar zijn onze ouderen?

#### 3.1.1. Gezondheidsprofiel

Aan de hand van een lijst van 22 aandoeningen, gemeten op basis van proxyvariabelen waaronder in belangrijke mate specifiek geneesmiddelengebruik, kregen we een beeld van de **gezondheidssituatie** van de ouderen. Uit de analyse bleek dat de **65-plussers in 2022 gemiddeld twee aandoeningen** hebben. **Een op de vijf heeft geen van de onderzochte aandoeningen.** Cardiovasculaire aandoeningen komen het vaakst voor, zoals blijkt uit het grote aantal ouderen dat gebruik maakt van antihypertensiva (62,0%), gevolgd door het risico op trombose (41,2%). Op de derde plaats vinden we diabetes (18,0%). Op basis van de analyse stelden we verder vast dat 13,2% gebruik maakt van psychofarmaca. Deze resultaten verdienen de nodige aandacht. Het is aangetoond dat met het ouder worden, het risico op chronische aandoeningen toeneemt en dat er vaak sprake is van comorbiditeit (Paulus, Van den Heede, & Mertens, 2012). Aangezien de bevolking de komende jaren verder zal vergrijzen, zal het aantal mensen met een chronische aandoening en dus met nood aan zorg en ondersteuning verder toenemen.

Deze gegevens moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd gezien de beperkingen inherent aan het werken met proxyvariabelen die enkel rekening houden met gezondheidszorggebruik vergoed binnen de verplichte ziekteverzekering. Voor elke onderzochte aandoening kunnen dus enkel die personen gedetecteerd wor-

den voor wie deze prestaties gefactureerd zijn. Bijgevolg kan het werkelijk aantal mensen met een bepaalde pathologie onderschat zijn omdat sommigen een niet-vergoede behandeling volgen of geen behandeling (meer) krijgen, bijvoorbeeld omdat deze niet meer nodig is. Dit laatste kan onder meer voorkomen bij personen die in remissie zijn na een kankerbehandeling en die wellicht verder worden opgevolgd door een arts, maar niet meer gedetecteerd kunnen worden op basis van de gehanteerde proxyvariabele voor deze categorie aandoeningen. Bovendien kan het zijn dat mensen nog geen diagnose hebben of dat ze een behandeling uitstellen. Daarnaast is het mogelijk dat ouderen kampen met een of meerdere andere aandoeningen die niet in de lijst zijn opgenomen en waarvoor geen proxyvariabelen beschikbaar zijn. Ten slotte moet voor de gezondheidstoestand niet alleen gekeken worden naar ziekte-diagnoses, maar ook naar beperkingen waarmee ouderen geconfronteerd worden. Zo blijkt uit de gezondheidsenquête dat bijna één op de drie ouderen zegt ernstige beperkingen te ondervinden bij minstens één functionele activiteit (bijvoorbeeld zien, horen, stappen, enz.). Een vierde is matig tot ernstig beperkt bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld in en uit een bed stappen, zich aan- en uitkleden, toiletbezoek, enz.) en meer dan de helft ervaart beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten (bijvoorbeeld maaltijd bereiden, boodschappen doen, enz.) (Demarest, Gisle, Charafeddine, & Van der Heyden, 2019). Uit het jaarverslag 2022 van de Vlaamse Sociale Bescherming blijkt dat van de 65-79-jarigen 6,5% een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden ontvangt (dit is de vroegere zorgverzekering). Bij de personen van 80 jaar en meer loopt dit op tot bijna een op de drie. En van alle zorgbudgetten samen die toegekend worden in geval van grote zorgbehoevendheid, bijvoorbeeld als gevolg van ernstige gezondheidsproblemen of een handicap<sup>18</sup>, gaat bijna een op de vier naar personen van 65 jaar of ouder (Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, 2022). Het aantal ouderen dat nood heeft aan behandeling en ondersteuning is in werkelijkheid dus hoger.

Naarmate de gezondheidstoestand van ouderen verder verslechtert en het levenseinde nadert, kan **palliatieve zorg** een meerwaarde zijn voor zowel de patiënt-e als diens naasten. Als multidisciplinaire totaalzorg ligt bij palliatieve zorg de nadruk niet op de levensverwachting, maar wel op de levenskwaliteit en het comfort van de patiënt-e waarbij

niet alleen oog is voor symptoomcontrole, maar ook voor psychisch-emotionele, sociale en spirituele-existentiële behoeften (Morel, 2020). Toch stelden we vast dat het aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder dat hier een beroep op doet **vrij beperkt** blijft. Het is zeker zo dat een deel van de overlijdens plots is (bijvoorbeeld in geval van een hartaanval) en dat we op basis van de beschikbare gegevens niet alle situaties kunnen detecteren waar palliatieve ondersteuning geboden wordt. Maar in het licht van de vergrijzende bevolking en het toenemend aantal aandoeningen met een chronisch karakter waar de gezondheidstoestand geleidelijk achteruitgaat, denken we dat **meer mensen baat kunnen hebben bij palliatieve zorg**. Een mogelijke verklaring voor het beperkte gebruik kan het taboe zijn dat nog steeds hangt over het praten over de dood en levens-eindezorg (Balasundram, et al., 2023) waardoor palliatieve zorg pas laat wordt opgestart (Morel, 2020).

Ten slotte stelden we vast dat in de loop van een kalenderjaar 3,7% van de 65-plussers overlijdt en dat dit aandeel in de onderzochte periode vrij stabiel is gebleven, met uitzondering van het coronajaar 2020.

### 3.1.2. Kwetsbaarheidsprofiel

Om een indicatie te krijgen van de mate van kwetsbaarheid van de CM-ledenpopulatie van 65 jaar en ouder, is in de eerste plaats gekeken naar het aandeel met recht op de verhoogde tegemoetkoming. In 2022 bedroeg dit 25,3% en dit is een daling ten opzicht van 2016. Een eerdere CM-studie wees er al op dat bij de oudere CM-leden het **risico op het VT-statuut de voorbije jaren duidelijk is afgenomen** en dat de groep van rechthebbenden op dit statuut een globale verjonging kent (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023). Mogelijke verklaringen zijn de toegenomen arbeidsmarktparticipatie van vrouwen<sup>19</sup> waardoor ze vaker een eigen pensioen hebben. Samen met de toename van de levensverwachting, kan dit ertoe leiden dat steeds meer gezinnen over twee pensioenen beschikken en daardoor de inkomensgrens voor het recht op het VT-statuut overschreden is. Daarenboven beoogden verschillende beleidsmaatregelen de herwaardering van de laagste pensioenen.

Ook het **statuut chronische aandoening** is een indicatie van kwetsbaarheid. Hier zien we dat het aantal 65-plussers

18 Het gaat om het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (voorheen de Vlaamse zorgverzekering), het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (voorheen de Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden of THAB) en het zorgbudget voor personen met een handicap. Voor meer informatie: zie <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget>.

19 Uit een rapport van de Hoge Raad voor Werkgelegenheid blijkt dat de werkgelegenheidsgraad bij vrouwen gestaag toenam van 55,5% in 2002 tot 66,8% in 2021. Bij mannen was er in dezelfde periode een evolutie van 73,8% naar 74,5% (Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2023).

dat hierop recht heeft **gevoelig gestegen** is tussen 2016 en 2022. Aangezien de regelgeving hierover in die periode ongewijzigd bleef, moet de verklaring voor de toename gezocht worden in de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg voor ouderen. Belangrijk om te onthouden is dat voor dit statuut niet alleen rekening wordt gehouden met de remgelden ten laste van de patiënt-e, maar ook met de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering en bepaalde uitgaven ten laste van de regionale systemen van sociale bescherming. Eerder CM-onderzoek verwees al naar de impact van de vergrijzing op de uitgaven voor innovatieve geneesmiddelen waarvan de kost geheel of grotendeels door de verplichte ziekteverzekering wordt gedragen (Ntahonganyira & Lebbe, 2023).

We stelden ten slotte vast dat in 2022 **ongeveer een derde van de ouderen een eenpersoonsgezin** vormt. Ook dit kan een indicatie van kwetsbaarheid zijn, zeker als we rekening houden met de soms ernstige gezondheids- en afhankelijkheidsproblemen waarmee ouderen geconfronteerd worden. Er is ook een verband tussen het gezondheidsrisico en het gevoel van eenzaamheid (Koning Boudewijnstichting, 2022). Zo bleek in de gezondheidsenquête 2018 een op de acht ouderen vanwege gezondheidsredenen beperkt te zijn in hun bewegingsvrijheid. Concreet betekent dit dat hun bewegingsvrijheid beperkt is tot hun huis, tuin, zetel of bed (Demarest, Gisle, Charafeddine, & Van der Heyden, 2019). Recent onderzoek wees uit dat het gevoel van eenzaamheid toeneemt met de leeftijd (Statbel, 2022). Het feit dat het alleen wonen **een risicofactor is voor een mindere gezondheid** blijkt ook uit ander onderzoek. Zo concludeerde een Canadese studie dat “personen die gehuwd zijn of samenwoonden een kleinere kans hadden om te overlijden tijdens de opvolgingsperiode dan degenen die geen dergelijke relatie hadden” en dat “mannen en vrouwen die een laag niveau van participatie hadden, gemiddeld een kortere levensverwachting hadden dan mensen die vaker deelnamen aan activiteiten in de samenleving” (Gilmour & Ramage-Morin, 2020, pp. 33-34, eigen vertaling). Een Belgische studie stelde vast dat “het risico om te overlijden sterk varieert, afhankelijk van de gezinssituatie en de burgerlijke staat, vooral tussen de 65 en 79 jaar [...]. Deze variabele weerspiegelt in zekere zin de impact van sociaal en familiaal isolement, of omgekeerd van de gezinssteun waarop ouderen wel of niet kunnen rekenen. De resultaten bevestigen gedeeltelijk het beschermende effect van het huwelijk, waarbij mensen die gehuwd zijn zich onderscheiden door een duidelijk lagere sterfte vergeleken met andere gezinssituaties en de burgerlijke staat” (Eggerickx T., Sanderson, Vandeschrick, & Donadille, 2021, p. 115, eigen vertaling).

## 3.2. Op welke zorg doen de 65-plussers een beroep?

### 3.2.1. Eerstelijnszorg en geneesmiddelen

Verouderen gaat voor velen gepaard met gezondheidsproblemen en aandoeningen. De kans is dus reëel dat ze op een gegeven moment een beroep moeten doen op een of meerdere professionele zorgverleners. Uit onze analyses blijkt duidelijk dat de **huisarts** voor de overgrote meerderheid **nog steeds een referentiepersoon** is als het op gezondheid aankomt. Meer dan negen op de tien ouderen heeft in de loop van een kalenderjaar minstens één contact met de huisarts. Deze blijft dus een belangrijke zorgactor voor ouderen. Onze cijfers bevestigen de bevindingen uit de gezondheidsenquête van Sciensano waar bijna 83% van de bevolking in het voorbije jaar minstens één contact met de huisarts had, een aandeel dat verder toeneemt met de leeftijd (96,5% bij de 75-plussers) (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020). Uit diezelfde gezondheidsenquête blijkt bovendien dat de overgrote meerderheid van de mensen het contact met de huisarts als heel positief beschouwt en vindt dat die voldoende tijd uittrekt, op een voldoende duidelijke manier uitleg geeft, de gelegenheid geeft om vragen te stellen of zorgen te uiten over de aanbevolen behandeling, en hen voldoende betreft bij beslissingen over zorg en behandeling (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2019). Meer dan twee derde heeft in de loop van een kalenderjaar ook minstens één ambulante contact met een specialist, een aandeel dat een stijgende trend kent sinds 2016. We zagen ook een toename van het aandeel ouderen dat ingeschreven is in een wijkgezondheidscentrum. In 2022 deed een op de vijf 65-plussers een beroep op thuisverpleging.

Uit onze analyses blijkt dat bijna alle 65-plussers in 2022 minstens één geneesmiddel voorgeschreven kregen. Voor ruim 80% ging het op jaarbasis om minstens 180 DDD, wat wijst op **geneesmiddelengebruik over een langere periode en/of op het gelijktijdig gebruik van meerdere geneesmiddelen**. Deze resultaten zijn in de lijn der verwachtingen, rekening houdend met de hogere prevalentie van chronische aandoeningen en comorbiditeit naarmate men ouder wordt. Polyfarmacie en chronisch geneesmiddelengebruik kunnen dan noodzakelijk zijn (Blum, et al., 2021). En op basis van onze gegevens is het ook onmogelijk om uitspraken te doen over de gepastheid van de medicamenteuze behandelingen. Niettemin stemmen de cijfers tot nadenken. Het is immers gekend dat België algemeen koploper is wat betreft geneesmiddelengebruik, onder meer voor antibiotica en psychofarmaca. Ook **op vlak van polyfarmacie**

**bij ouderen scoort België algemeen slechter dan heel wat Europese landen** (Devos, et al., 2019). Andere studies wezen dan weer op het hoge geneesmiddelengebruik van ouderen in woonzorgcentra, zeker inzake psychofarmaca (Noirhomme & Lambert, 2020), al lijken recente analyses te wijzen op een mogelijke kentering in deze sector (Willaert, Maron, & Vrancken, 2023). Tegelijk wordt ook de nodige aandacht gevraagd voor de **risico's voor ouderen** bij het gebruik van bepaalde geneesmiddelen en polyfarmacie waaronder interactie tussen geneesmiddelen en bijwerkingen, en verminderde levenskwaliteit (Blum, et al., 2021), evenals een verhoogd valrisico (Woolcott, et al., 2009; Wilson, et al., 2011). Ander onderzoek wijst uit dat tot 30% van de ziekenhuisopnames bij ouderen geneesmiddelengereleerd is en dat de helft ervan potentieel vermijdbaar is (Blum, et al., 2021). Ten slotte is er in eerder CM-onderzoek op gewezen dat voor het gebruik van bepaalde geneesmiddelen (bijvoorbeeld antidiabetica, antihypertensiva, enz.) mogelijk een link kan gelegd worden met een minder gezonde levensstijl (onvoldoende beweging, onvoldoende gezonde voeding, enz.) (Ntahonganyira, Avalosse, & Vandeleene, 2018). **Blijven inzetten op rationeel geneesmiddelengebruik en op preventie en gezondheidsbevordering blijft dan ook essentieel.**

### 3.2.2. Ziekenhuiszorg

In de loop van een kalenderjaar komen heel wat ouderen in het ziekenhuis terecht. Voor ruim één op de vijf ging het om minstens één **contact met de spoedafdeling** van een ziekenhuis, een aandeel dat bovendien sinds 2016, met uitzondering van het coronajaar 2020, een **duidelijk stijgende trend** kent. Onze gegevens laten niet toe uitspraken te doen over de noodzakelijkheid dan wel vermijdbaarheid van het contact met de spoedafdeling. Niettemin is het belangrijk voldoende aandacht te besteden aan deze resultaten. Verschillende studies wezen al uit dat het gebruik van spoeddiensten toeneemt met de leeftijd (Observatorium Gezondheid & Welzijn BXL-Hoofdstad, 2019; Driesen, et al., 2021), en dat de verdere vergrijzing, samen met de focus op vermaatschappelijkte zorg, de druk op deze diensten verder zal doen toenemen (Lucassen, Colijn, Snijders, Zarbanoui, & Schuitemaker, 2021; Driesen, et al., 2021). Een spoedopname heeft niet alleen een grote impact op de ouderen zelf, maar ook een maatschappelijke impact gezien de hoge kost die deze genereert voor het systeem. Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat in het algemeen een groot deel van de patiënten die een beroep doen op een spoeddienst door een huisarts behandeld zou kunnen worden (Driesen, et al., 2021; Clumeck, De Spiegelaere, & Deguerry, 2005; Van den Heede, Dubois, & Devriese, 2016).

Verschillende factoren bepalen mee de keuze om toch een beroep te doen op de spoeddienst. Bij ouderen speelt de slechtere gezondheidstoestand zeker een belangrijke rol en doen ze vaker een beroep op een spoeddienst voor urgente problemen, zoals na een valincident, en volgt ook vaker een ziekenhuisopname in een eerste fase (Avalosse, Chapelle, & van Sloten, 2015) en een opname in een woonzorgcentrum in een volgende fase (Clumeck, De Spiegelaere, & Deguerry, 2005). Maar studies wijzen ook op heel wat andere, ook niet strikt medische factoren die aan de basis liggen van het gebruik van een spoeddienst, waaronder de makkelijke toegang en de nabijheid van een spoeddienst, de niet onmiddellijke beschikbaarheid van de huisarts (Clumeck, De Spiegelaere, & Deguerry, 2005), de ingekorte ligduur bij ziekenhuisopnames of de beschikbaarheid en snelle toegankelijkheid van diagnostische technologieën (Lievens, 2015). Er zijn al initiatieven genomen om het gebruik van spoeddiensten af te remmen en zo de beschikbare middelen meer efficiënt in te zetten, waaronder een verschil in eigen bijdrage naar gelang de opname op een spoeddienst al dan niet op doorverwijzing gebeurde en de uitbouw van wachtposten. Het is nog niet duidelijk of deze maatregel het gewenste effect heeft. Zo concludeert een studie het volgende: "Toch kunnen we geen duidelijke daling waarnemen in het aantal aanmeldingen op spoed sinds de oprichting van de wachtpost. Er blijkt dus een parallelle stroom te ontstaan naar de wachtposten, naast de al bestaande stroom richting spoedgevalen." (Tubbax, 2016, p. 10). Bovendien moet in dit debat ook rekening gehouden worden met het tekort aan huisartsen in verschillende regio's.

Wat betreft de **klassieke ziekenhuisopnames** (dus met minstens één overnachting), stellen we vast dat het aandeel gebruikers de voorbije jaren een **dalende trend** vertoont. **Daartegenover staat de sterk stijgende trend** van het aandeel 65-plussers met minstens één opname **in het dagziekenhuis**, een toename die zelfs groter is dan de daling bij de klassieke opnames. De trend die algemeen wordt vastgesteld voor ziekenhuiszorg, zien we dus ook bij ouderen. Gezien de grote impact van een ziekenhuisopname, zeker bij ouderen, is dit een positieve trend. Tegelijk betekent het ook dat er **voldoende aandacht moet zijn voor een goed ontslagmanagement** dat garant staat voor een naadloze overgang naar bijvoorbeeld de thuisituatie en waarbij voldoende en kwaliteitsvolle nazorg door zowel zorg- als welzijnsactoren gegarandeerd kan worden op de eerstelijns. Dit is des te belangrijker bij ouderen die extra kwetsbaar zijn en die in de eigen omgeving niet of onvoldoende kunnen rekenen op een ondersteunend netwerk.

### 3.2.3. Ouderenzorg

De meeste ouderen geven er de voorkeur aan om zo lang mogelijk thuis te blijven, ook in geval van grote zorgbehoevendheid ('*ageing in place*') (Koning Boudewijn Stichting, 2017). Ook beleidsmakers zetten sterk in op de vermaatschappelijking van de zorg (Beke, 2019; Gouvernement de Wallonie, 2019). Maar dit realiseren is niet alleen afhankelijk van een voldoende aanbod aan professionele thuiszorg. Ook mantelzorgers zijn een onmisbare schakel om mensen langer thuis te kunnen laten wonen. Bijgevolg is het belangrijk om vanuit de zorg niet alleen aandacht te hebben voor de zorgbehoevende, maar ook oog te hebben voor deze mantelzorgers en mee te waken over de balans tussen draagkracht en draaglast. Een van de mogelijkheden is dan bijvoorbeeld het af en toe **inschakelen van respijtzorg** zoals een centrum voor dagverzorging of een centrum voor kortverblijf. Deze voorzieningen zorgen voor de tijdelijke opvang van een zorgbehoevende overdag en/of 's nachts zodat de mantelzorger even op adem kan komen. Toch stelden we in onze analyses vast dat het gebruik van centra voor dagverzorging (0,5%) en centra voor kortverblijf (1,3%) **relatief beperkt** blijft. Dit bevestigt de bevinding van een eerdere CM-studie. Als mogelijke verklaringen is toen verwezen naar persoonlijke weerstand en angst voor de afkeuring door naasten, het gebrek aan informatie over dit aanbod en de onvoldoende toegankelijkheid, zowel in termen van aanbod als in termen van eigen bijdrage (Gérain & Avalosse, 2020).

Wanneer de zorgbehoevendheid te groot wordt (Luppa, Luck, Weyer, König, & Riedel-Heller, 2010), en zeker als de draagkracht van de mantelzorg overschreden wordt of de mantelzorg wegvalt (Buhr, Kuchibhatla, & Clipp, 2006), dringt een permanente opname in een woonzorgcentrum zich op. In 2022 verbleef 7,3% van de CM-leden van 65 jaar en ouder minstens één dag in een woonzorgcentrum. Ondanks de lichte daling in vergelijking met 2016, die mogelijk nog het gevolg is van de coronapandemie, maar misschien ook kadert in het zo lang mogelijk thuis wonen, mag men niet uit het oog verliezen dat ook de **woonzorgcentra een noodzakelijke schakel blijven in het zorgcontinuüm voor ouderen**.

## 3.3. Welke grote variaties stellen we vast?

### 3.3.1. Socio-demografische verschillen

**We stelden in de analyses duidelijke verschillen volgens leeftijd vast voor zowel het gezondheidsprofiel, de mate van kwetsbaarheid als het zorggebruik. Voor een aantal variabelen was er ook een verschil volgens geslacht.**

Het vastgestelde leeftijdseffect, dat misschien wel in de lijn van de verwachtingen ligt gezien de verdere achteruitgang van de gezondheidstoestand naarmate men ouder wordt, blijft niettemin een belangrijke vaststelling. Gezien de verdere vergrijzing van de bevolking in de komende jaren, betekent het dat de vraag naar zorg verder zal blijven toenemen en staat de samenleving voor de uitdaging om hierop een gepast antwoord te geven.

Wat betreft het **gezondheidsprofiel** zagen we een **exponentiële afname volgens leeftijd van het aantal ouderen dat geen enkele van de onderzochte aandoeningen heeft** (van iets meer dan een kwart bij de 65-74-jarigen tot een op de tien bij de ouderen van 85 jaar en meer). Tegelijk worden de oudsten met meer aandoeningen geconfronteerd en neemt de prevalentie van bijna alle onderzochte aandoeningen toe met de leeftijd. Dit is in lijn met vaststellingen in andere studies dat de gezondheidstoestand verder afneemt naarmate men ouder wordt en de prevalentie van chronische aandoeningen en multimorbiditeit toenemen (Demarest, Gisle, Charafeddine, & Van der Heyden, 2019; Van der Heyden & Charafeddine, 2019).

Wat betreft de **kwetsbaarheid** zagen we dat er, ondanks de globaal dalende trend van de voorbije jaren in het risico op het **VT-statuut** bij ouderen, binnen deze groep ook opvallende verschillen zijn volgens leeftijd en volgens geslacht. Zo blijft het een belangrijke vaststelling dat **vrouwelijke CM-leden van 65 jaar en ouder** vaker recht hebben op het VT-statuut en dus globaal een **groter risico** hebben om zich in een precaire situatie te bevinden. Hetzelfde geldt voor de 85-plussers, waar bijna de helft het VT-statuut heeft, een aandeel dat veel hoger is dan in de andere leeftijdscategorieën. Ook deze groep bestaat voor het merendeel uit vrouwen. Een eerdere CM-studie verwees als mogelijke verklaring naar het verschil tussen mannen en vrouwen in de mogelijkheden om te werken en in de arbeidsomstandigheden, zeker bij het oudste deel van onze bevolking: vooral in het verleden, maar ook nu nog participeren vrouwen minder aan de arbeidsmarkt, werken ze vaker deeltijds en blijft er een loonkloof bestaan tussen mannen en vrouwen. Dit leidt tot een lager pensioeninkomen wat zich vertaalt in een groter aandeel met recht

op de verhoogde tegemoetkoming (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023). Hetzelfde zien we voor de indicator **eenpersoonsgezin** waar het **aandeel het grootst is bij de vrouwen en bij de 85-plussers**, wat verklaard kan worden door de hogere levensverwachting bij vrouwen waardoor ze vaker als langstlevende overblijven. Dit is een niet te verwaarlozen vaststelling, wetende dat in veel situaties van zorgbehoefendheid, de beschikbaarheid van mantelzorgers vaak een cruciale factor is in de haalbaarheid van thuiszorg en het feit dat, naast de kinderen, ook de partner een belangrijke hulpbron is voor zorgbehoevende ouderen (Cès, et al., 2016).

Het feit dat de oudsten in onze samenleving, en dan vooral de vrouwen, een beduidend groter risico hebben op kwetsbaarheid, mag niet uit het oog verloren worden, zeker als we daarbij ook rekening houden met de grotere prevalentie van beperkingen en aandoeningen. Het plaatst de samenleving voor de belangrijke uitdaging om de zorg en ondersteuning dusdanig te organiseren dat ook deze ouderen, indien zij dit wensen, zo lang als mogelijk kwaliteitsvol kunnen leven in de eigen vertrouwde omgeving.

Rekening houdend met de mindere gezondheidstoestand naarmate men ouder wordt, stelden we **ook voor het zorggebruik doorgaans een leeftijdseffect** vast. Dit was bijvoorbeeld het geval voor contact met de huisarts, gebruik van thuisverpleging, geneesmiddelengebruik, ziekenhuisopname en verblijf in een woonzorgcentrum. Bovendien waren er soms verschillen volgens geslacht, bijvoorbeeld voor contact met de huisarts, gebruik van thuisverpleging en ziekenhuisopname. Dit bevestigt wat ook in andere studies zoals de gezondheidsenquête naar voren komt (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020).

**Het leeftijdseffect is onder meer vastgesteld voor de huisartsen** waar het aandeel met minstens één contact in de loop van een kalenderjaar het hoogst is bij de 85-plussers. Wel zagen we tegelijk een omgekeerde tendens voor de inschrijving in een wijkgezondheidscentrum. Het kan dus zijn dat de jongste groep ouderen vaker een beroep doet op een huisarts via een wijkgezondheidscentrum, al kan dit niet uit onze gegevens worden afgeleid. Een opvallende vaststelling is dat het aandeel ouderen dat in de loop van een kalenderjaar een **ambulant contact had met een specialist afneemt met de leeftijd**. Een mogelijke verklaring kan zijn dat mensen voor een specifieke aandoening in een beginfase een of meerdere contacten hebben met een specialist, maar dat na verloop van tijd, eens de aandoening gestabiliseerd is, de verdere opvolging door de huisarts gebeurt. Deze kan dan, indien nodig, opnieuw

doorverwijzen naar de specialist. Dit resultaat over het omgekeerde leeftijdseffect moet wellicht ook samen gelezen worden met dat voor de ziekenhuisopnames. Het aantal ouderen dat in de loop van een kalenderjaar contact had met een spoedafdeling of in het ziekenhuis is opgenomen, neemt immers exponentieel toe met de leeftijd. De kans is reëel dat op er dat moment een of meerdere contacten zijn met artsen-specialisten. Niettemin is het nuttig dit omgekeerde leeftijdseffect voor ambulante specialistische zorg verder te onderzoeken en na te gaan in welke mate dit zou kunnen wijzen op een ondergebruik van ambulante specialistische zorg en wat hiervoor dan de achterliggende oorzaken zijn. Indien er sprake zou zijn van ondergebruik, kan dit wijzen op niet-beantwoorde behoeften (*'unmet needs'*) en kan dit een impact hebben op de kwaliteit van leven. Tegelijk moet ook voldoende kritisch gekeken worden naar het sterke leeftijdseffect voor **ziekenhuiszorg**. Studies wezen immers uit dat een ziekenhuisopname een grote impact kan hebben op ouderen en hun functioneren negatief kan beïnvloeden (Buurman & Seben, 2018). Het groter risico op ziekenhuiszorg volgens leeftijd hangt wellicht grotendeels samen met het leeftijdseffect op vlak van de gezondheidssituatie. Niettemin wezen verschillende studies al uit dat **een deel van de opnames potentieel vermijdbaar** is (Driesen, et al., 2021; Clumeck, De Spiegelaere, & Deguerri, 2005).

Een sterk leeftijdseffect is ook vastgesteld voor opname in een **woonzorgcentrum**. Dit hangt wellicht samen met het verband tussen leeftijd enerzijds en de gezondheidssituatie en de mate van afhankelijkheid anderzijds. Onderzoek wees immers uit dat afhankelijkheid een van de meest doorslaggevende factoren is voor een residentiële opname (Luppa, Luck, Weyer, König, & Riedel-Heller, 2010). Ook in een samenleving die de voorkeur geeft aan vermaatschappelijkste zorg, blijven de woonzorgcentra dan ook een **onmisbare schakel in de zorg voor ouderen**.

### 3.3.2. Verschillen volgens mate van kwetsbaarheid

Bij de analyses van het gezondheidsprofiel van de CM-leden van 65 jaar en ouder, stelden we vast dat er belangrijke verschillen zijn volgens sociaal statuut, meer bepaald het al dan niet recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming. Onder de leden van minstens 65 jaar met het VT-statuuut is het aandeel zonder een van de bestudeerde aandoeningen beduidend kleiner. Bovendien is binnen deze groep de prevalentie van de aandoeningen doorgaans hoger. Ouderen met het VT-statuuut hebben ook vaker recht op het statuut chronische aandoening, wat erop wijst dat ze over een langere periode hoge uitgaven voor gezondheidszorg

genereren en dus in een slechtere gezondheidstoestand verkeren. Ten slotte viel nog op dat VT-ers duidelijk een groter risico hebben om in de loop van een kalenderjaar te overlijden. Dus **ook bij ouderen stellen we een sociale gradiënt in gezondheid vast**. Dit sluit aan bij een van de conclusies van een eerdere CM-studie die stelde dat er ook in onze samenleving een verband is tussen de mate van kwetsbaarheid van mensen enerzijds en het risico om met gezondheidsproblemen te kampen en binnen het jaar te overlijden anderzijds (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022).

Deze slechtere gezondheidstoestand **vertaalt zich doorgaans in een grotere kans op het gebruik van de zorg** die in deze studie geanalyseerd is. We zagen dit onder meer voor het contact met de huisarts en vooral de inschrijving in een wijkgezondheidscentrum, het gebruik van thuisverpleging, het langdurig of groot gebruik van geneesmiddelen en van palliatieve zorg.

Opvallend is dat voor het **ambulant contact met de specialist het omgekeerde is vastgesteld**. Het aandeel ouderen met het VT-statuuat dat in de loop van een jaar contact heeft met een specialist is kleiner dan bij de ouderen zonder dit statuut. Deze vaststelling ligt in het verlengde van de bevinding in de gezondheidsenquête over socio-economische verschillen (volgens opleidingsniveau) in ambulante contacten met een specialist (Van der Heyden, Berete, & Driekens, 2020). Dus hoewel meer kwetsbaren zich doorgaans in minder goede gezondheid bevinden en dus in principe een hogere zorgnood hebben, lijkt het erop dat de drempel om de hulp van een specialist in te roepen groter is.

Hoewel dit in deze studie niet onderzocht is, verwijzen we hier graag naar een andere belangrijke conclusie uit het CM-onderzoek rond gezondheidsongelijkheden. Daarin is vastgesteld dat ook voor preventieve gezondheidszorg een omgekeerde sociale gradiënt geldt. Zo doen de meest kwetsbaren minder een beroep op preventieve tandzorg en participeren ze minder vaak aan preventieve gezondheidszorgcampagnes zoals borstkankerscreening (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). De kans bestaat dus dat aandoeningen pas in een latere fase worden geconstateerd en hiervoor onmiddellijk zwaardere zorg nodig is.

Dezelfde vaststelling van een groter gebruik was er voor de klassieke opname in het ziekenhuis en het contact met de spoedafdeling van een ziekenhuis. Ook dit kan het gevolg zijn van de algemeen slechtere gezondheidstoestand, maar voor contacten met de spoedafdeling vermelden verschillende studies ook andere redenen. Zo zou het ge-

bruik van een spoeddienst voor mensen in een kwetsbare situatie meer laagdrempelig zijn dan andere zorgvormen, onder meer omwille van de onmiddellijke en permanente beschikbaarheid en omdat de kosten voor de zorg niet onmiddellijk betaald moeten worden (Avalosse, Chapelle, & van Sloten, 2015; Observatorium Gezondheid & Welzijn BXL-Hoofdstad, 2019).

Wat betreft het hoger aandeel met VT-statuuat dat in de loop van een kalenderjaar in een woonzorgcentrum wordt opgenomen, moeten we ook rekening houden met een mogelijk generatie-effect. We weten uit eerder onderzoek dat de gemiddelde leeftijd voor opname in een WZC hoog is, namelijk 86 à 87 jaar in 2018 (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020). Het zijn net deze oudsten, voornamelijk vrouwen, die nog de gevolgen meeslepen van de veel beperktere arbeidsparticipatie en dus minder voordelige pensioenrechten, en van de minder gunstige arbeidsomstandigheden tijdens hun beroeps carrière in vergelijking met mannen (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023). Ook andere rapporten vermelden de grotere financiële kwetsbaarheid van deze groep. Uit de EU-SILC-enquête 2022 blijkt dat ouderen algemeen een hoger armoederisico hebben dan de totale bevolking: 17,9% tegenover 13,2%. Bij 75-plussers loopt zelfs 23,1% een risico op armoede (Hoge Raad van Financiën, 2023). We zagen ook dat ouderen met het VT-statuuat vaker een eenpersoonsgezin vormen. Het is dus mogelijk dat het groter risico op opname in een woonzorgcentrum niet alleen verklaard wordt door hogere leeftijd en dus de slechtere gezondheidssituatie. Het kan ook zijn dat ze minder een beroep kunnen doen op een netwerk van mantelzorgers waardoor het minder haalbaar is om thuis in de vertrouwde omgeving verzorgd te worden.

### 3.3.3. Regionale verschillen

Voor heel wat variabelen waren er ook **regionale verschillen, zowel tussen de gewesten als tussen de provincies**. Wat betreft de **kwetsbaarheid**, was het resultaat voor het aandeel 65-plussers met VT-statuuat in Brussel opmerkelijk. Daar waar in de totale studiebevolking en andere regio's dit aandeel een dalende trend kende tussen 2016 en 2022, nam dit aandeel in Brussel in dezelfde periode toe. Dit is een niet te verwaarlozen vaststelling. Bovendien stellen we in Brussel ook een groter aandeel eenpersoonsgezinnen vast. In Vlaanderen viel het resultaat voor West-Vlaanderen op met een opvallend hoog aandeel ouderen met het VT-statuuat in vergelijking met de andere provincies. Ook voor het **zorggebruik** bleken uit de analyses enkele regionale verschillen, met bijvoorbeeld een groter aandeel Limburgse ouderen dat een beroep doet op thuisverpleging en



ook op de huisarts. Verder lijken 65-plussers in Brussel en Luik minder een beroep te doen op de huisarts, maar ze zijn wel vaker ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum. Bij de ziekenhuiszorg zien we een groter gebruik van de spoedafdeling in Brussel.

Het is niet eenvoudig de oorzaak voor de verschillen tussen de regio's en provincies precies te duiden. Wellicht spelen meerdere factoren een rol, waaronder mogelijk het **verschil in vergrijzingsgraad**. Dit kan bijvoorbeeld mee aan de basis liggen van het hoge aandeel VT-ers in West-Vlaanderen. Het is immers geweten dat zowel de Belgische kust als het platteland sterker vergrijzen (De Decker, et al., 2018). Bovendien is er het hoger armoederisico<sup>20</sup> bij ouderen in het algemeen (Hoge Raad van Financien, 2023) en de niet te verwaarlozen armoedeproblematiek op het platteland (Steunpunt tot Bestrijding van armoede, 2016).

Maar ook **de omvang, de aard en de mate van beschikbaarheid van het zorgaanbod** hebben ongetwijfeld invloed op het zorggebruik, evenals **het aandeel ouderen in een bepaalde regio dat zich in een precare situatie bevindt**. In Brussel bijvoorbeeld, waar meerdere ziekenhuizen zijn, is een spoeddienst voor veel inwoners dichtbij en bovendien altijd onmiddellijk bereikbaar ook 's avonds en tijdens het weekend, dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld een huisarts. Zoals eerder aangegeven speelt voor kwetsbare groepen soms ook mee dat de zorg, verleend in de spoeddienst, niet onmiddellijk betaald moet worden (Observatorium Gezondheid en Welzijn BXL-Hoofdstad, 2019; Avalosse, Chapelle, & van Sloten, 2015). Zoals gezegd is het aandeel VT-ers in Brussel in onze studiepoppulatie de voorbije jaren toegenomen. De aard van het zorgaanbod zorgt ook voor een groter aandeel ouderen dat in Brussel een beroep doet op een woonzorgcentrum. Een van de oorzaken hiervoor is immers onder meer het ontoereikend specifieke aanbod voor personen met bepaalde zorgbehoeften waardoor de opname in een woonzorgcentrum sneller de enig overblijvende optie is (Carbonelle, 2017). Vlaanderen zet dan weer al langer nadrukkelijk in op vermaatschappelijkte zorg wat zich vertaalde in sterke investeringen in thuiszorg en thuiszorgondersteunende diensten (ING & Probis, 2018). Voor Limburg kan het grotere beroep op thuisverpleging dan weer mee beïnvloed zijn door het beperktere aanbod aan residentiële ouderenzorg in vergelijking met de andere Vlaamse provincies (Departement Zorg van de Vlaamse overheid, 2022).

## 4. Aanbevelingen voor een adequate ouderenzorg en ouderenzorgbeleid

De analyse van het profiel van de CM-leden van 65 jaar en ouder leert dat velen onder hen, zoals verwacht, geconfronteerd worden met chronische aandoeningen. Uit de gezondheidsenquête weten we bovendien dat ze in het dagelijks leven ook kampen met heel wat beperkingen. Ouderen zijn bijgevolg meer dan andere leeftijdsgroepen afhankelijk van zorg en ondersteuning. De CM-cijfers tonen inderdaad aan dat heel wat ouderen in de loop van een kalenderjaar contact hebben met een of meerdere zorgverleners zoals de huisarts, specialist of thuisverpleegkundige. Een groot deel doet ook een beroep op institutionele zorg, onder meer in het ziekenhuis of in een woonzorgcentrum. **De verdere vergrijzing van de bevolking in de komende jaren, plaatst beleidsverantwoordelijken en aanbieders van zorg en ondersteuning dan ook voor de uitdaging om op een adequate manier in te spelen op de verwachte toename in de vraag naar zorg en ondersteuning.**

Hierbij is het belangrijk er rekening mee te houden dat de **groep van 65 jaar en ouder niet homogeen** is. We zagen in onze analyses soms grote **verschillen** in het gezondheidsprofiel en het zorggebruik **volgens leeftijd, geslacht of regio en provincie**. En vooral **de mate van kwetsbaarheid** lijkt een belangrijke rol te spelen in de gezondheidstoestand en het zorggebruik. De meest kwetsbaren verkeren doorgaans in een minder goede gezondheid, doen vaker een beroep op (zware) zorg en hebben een hoger risico op overlijden in de loop van een jaar. Dit is een **belangrijk aandachtspunt voor zowel de beleidsvoering in het algemeen als voor de organisatie van het zorgaanbod door de terreinactoren, met het oog op een adequate zorgverlening op maat van de zorgvrager.**

Op basis van de verschillende vaststellingen in onze analyses, formuleren we hieronder een aantal algemene aanbevelingen rond vier belangrijke thema's.

### 4.1. Investeer in de eerstelijnszorg

De CM-gegevens bevestigden de bevinding uit de gezondheidsenquête dat de overgrote meerderheid van de ouderen in de loop van een kalenderjaar minstens één contact

20 [https://indicators.be/nl/i/G10\\_POV/nl](https://indicators.be/nl/i/G10_POV/nl)

met de huisarts heeft. Deze blijft dus een belangrijke plaats innemen in het zorgteam rond een oudere en geniet heel wat vertrouwen. Doordat met het ouder worden het risico op een of meerdere chronische aandoeningen en op functionele en/of cognitieve beperkingen toeneemt, ontstaan soms heel complexe zorgsituaties waar de inzet van meerdere eerstelijnsactoren noodzakelijk is, met naast de huisarts onder meer ook thuisverpleging, apotheker, gezinshulp, kinesitherapie, maatschappelijk werk, enz. **In een vermaatschappelijkte zorg, zowel de wens van de ouderen zelf als van de overheden, spelen eerstelijnsactoren dus een essentiële rol.**

Al deze actoren zullen door de verdere vergrijzing geconfronteerd worden met een toenemende zorgvraag. Het beleid moet hiermee proactief rekening houden bij de verdere programmatie en organisatie van het aanbod. Een bijzonder aandachtspunt hier is de huidige context van krapte op de arbeidsmarkt voor bepaalde profielen. De **investeringen ter versterking van de aantrekkelijkheid en de waardering van eerstelijnsactoren moeten de komende jaren aangehouden worden.** Hierbij denken we onder meer aan het verder versterken van de positie van de huisarts in de eerstelijns, de herwaardering van het beroep van verpleegkundige, het toekennen van specifieke taken aan de apotheker in het ondersteunen van chronische zorgsituaties, het versterken van de diensten maatschappelijk werk, het ondersteunen van het welzijn van zorgverleners, enz. **Er moet ook creatief worden nagedacht over taakdelegatie en over het efficiënt en complementair inzetten van de verschillende profielen professionals in functie van hun opleiding en expertise** (CM, 2024, p. 29).

Deze sterke eerstelijns moet ook kaderen in een model van geïntegreerde zorg waarbij er een naadloze overgang is tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning op de verschillende zorglijnen en waarbij de persoon met zorgnoden centraal staat (CM, 2024, p. 27).

## 4.2. Zet kwaliteit van leven centraal

CM hecht veel belang aan de levenskwaliteit en het welzijn van mensen doorheen het ganse leven. Deze levenskwaliteit wordt onder meer beïnvloed door de gezondheid en dit is meer dan alleen niet ziek zijn of geen beperkingen onderkennen. Gezondheid is evenzeer zich goed in zijn vel voelen, zin vinden in wat men doet, een ondersteunend netwerk hebben, voldoende financiële slagkracht hebben, in een aangename omgeving wonen, enz. **Vanuit deze brede visie op gezondheid vraagt CM dan ook een gezondheidsbeleid**

**dat vertrekt van de strategie 'gezondheid op alle beleidsdomeinen' ('Health in All Policies')** (CM, 2024, pp. 6-7). Voor de preventie van gezondheidsproblemen, het promoten van een gezonde levensstijl, het onder controle houden van een ziekte, het bestrijden van symptomen, het bieden van comfortzorg, praktische hulp en psychologische, sociale en spiritueel-existentiële ondersteuning, enz., zijn zeker initiatieven nodig in het domein welzijn en gezondheid. Maar om gezondheid en levenskwaliteit te garanderen zijn tegelijk initiatieven nodig in andere domeinen als inkomen, huisvesting, vrije tijd, materiële levensomstandigheden, maatschappelijke betrokkenheid, mobiliteit, ruimtelijke ordening, enz.

In het kader van ouderenzorg hanteert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het concept **'actief ouder worden' ('active ageing')**, of het optimaliseren van de mogelijkheden voor gezondheid, participatie en veiligheid met het oog op het verbeteren van de levenskwaliteit naarmate mensen ouder worden (Wereldgezondheidsorganisatie, 2002). Ook de WHO hanteert een holistische visie op gezondheid en welzijn en pleit niet alleen voor initiatieven gericht op **gezond ouder worden** en op een **gepaste en kwaliteitsvolle behandeling of ondersteuning** waar nodig. Ouderen moeten vanuit hun ervaring, kennis en talenten **ook een actieve en betekenisvolle rol kunnen spelen in de samenleving**, kansen krijgen voor verdere persoonlijke ontwikkeling, kunnen wonen in een omgeving die voldoende veiligheid en zekerheid biedt, enz., en dit ongeacht hun leeftijd of gezondheidstoestand. Een bijzonder aandachtspunt is het **mentaal welbevinden** en meer algemeen de **zingeving** die door een combinatie van medische en niet-medische factoren onder druk kunnen komen staan. Ouder worden betekent immers geconfronteerd worden met verschillende veranderingen en uitdagingen. Als gevolg van het ouder worden en het optreden van chronische aandoeningen en beperkingen, zijn er de verlieservaringen rond het eigen functioneren. Daarnaast is er de verdunning van het sociaal netwerk door het wegvallen van leeftijdsgenoten. Ouderen lopen dan ook het risico op isolatie en vereenzaming, op een onvoldoende ervaren levenskwaliteit en een levensmoeheid. Het vormt een uitdaging hen te ondersteunen en te versterken in het omgaan met deze veranderingen.

Concrete voorbeelden die willen bijdragen aan de levenskwaliteit, zijn deze van middenveldorganisaties als Okra, Samana, Altéo en Enéo. Zij hebben een divers aanbod aan **laagdrempelige activiteiten** waaraan leden kunnen participeren. Dergelijke middenveldorganisaties bieden mensen ook kansen om zich in te zetten als vrijwilliger

waarbij geweten is dat sociaal engagement, het kunnen deelnemen aan zinvolle activiteiten en participatie aan de samenleving bijdragen tot gezondheid en levenskwaliteit (Vancorenland, et al., 2020).

Ook **innovatieve vormen van wonen** van ouderen zijn concretisering van principes van actief ouder worden. Het gaat onder meer om vormen van groepswonen en intergenerationeel wonen, waar ouderen en gezinnen, al dan niet met een specifieke behoefte, in eenzelfde gebouw wonen en elkaar kunnen ondersteunen. Een ander voorbeeld zijn de woonzorgzones die toelaten dat zorgbehoevenden in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen doordat in een specifieke zone een optimaal kader gerealiseerd is voor zelfstandig wonen met zorg. Kernbegrippen zijn vraaggestuurde zorg en zorg op maat, en maatschappelijke integratie van en participatie door zorgbehoevenden (Franssen, Gillis, & Verniest, 2009; Koning Boudewijstichting, 2023b; Agence pour le Non-Marchand, 2017; Bernard, 2008; Mettetal, Mandon, & Laurence, 2018).

Het realiseren van een ouderenbeleid, gestoeld op de principes van *'active ageing'* en *'health in all policies'*, vergt bovendien inzetten op **het bevorderen in de samenleving van een positieve perceptie op ouder worden en op ouderen**. Dit betekent onder meer het bestrijden van discriminatie op basis van leeftijd of kwetsbaarheid en het verminderen van stereotypen over ouderen als afhankelijk, zorgbehoevend of passief (= *'ageism'*) (Baert & Duppen, 2020). Dat *'ageism'* een realiteit is, ook in onze samenleving, blijkt onder meer uit een bevraging van Enéo bij 15-49-jarigen (Dayez, 2013-2014). Daarin is de attitude van de respondenten tegenover ouderen ook op een indirecte manier onderzocht met de vraag "Noteer hier, zonder nadenken en zo snel mogelijk, de eerste vijf woorden die je te binnen schieten wanneer je aan een oudere denkt (eigen vertaling)." Na analyse stelden de onderzoekers vast dat 29,1% van de aangehaalde termen negatief was (bijvoorbeeld traagheid, ziekte, afhankelijkheid, enz.) en 22,1% eerder negatief (bijvoorbeeld verwijzingen naar de gezondheid, uiterlijke kenmerken, enz.). **Er moet gewerkt worden aan een inclusieve samenleving met kansen op volwaardige participatie ook voor ouderen**, en dit op basis van hun levenservaring, expertise en talenten. Op het terrein zijn hiervan al concrete voorbeelden zoals de eerder vermelde initiatieven met vrijwilligerswerk, intergenerationale activiteiten in woonzorgcentra zoals gezamenlijke bewegingsactiviteiten voor bewoners en kleuters, jeugd-

kampen in het WZC, het organiseren van een marktnamiddag in het WZC, enz. (Zenner, 2013). Dit draagt bij aan het wederzijds delen van kennis en kan het wederzijds begrip en waardering vergroten.

### 4.3. Heb bijzondere aandacht voor de meest kwetsbare ouderen

Diverse studies, onder meer van CM, brachten al de gezondheidskloof in kaart en illustreerden heel concreet de **grote verschillen in gezondheid naargelang de plaats die men inneemt op de sociale ladder**. Deze studie bevestigt dat dit **ook geldt voor de ouderen**. CM blijft bijgevolg pleiten voor **een krachtig beleid dat de ongelijkheden verkleint** en streeft naar rechtvaardige, inclusieve en doeltreffende zorg. Hierbij moet het **beginsel van proportioneel universalisme de leidraad** zijn. "Iedereen heeft recht op dezelfde kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Maatregelen moet universeel zijn, maar met een omvang en intensiteit die evenredig zijn aan de behoefte van mensen" (CM, 2024, p. 7). De inhoud, de ingezette middelen en intensiteit van de maatregelen moeten dus aangepast zijn aan de specifieke behoeften die samenhangen met de mate van kwetsbaarheid van bepaalde groepen. Wat betreft de toegankelijkheid, moet aandacht gaan naar de vier dimensies ervan: gezondheidsproblemen en zorgbehoeften moeten tijdig gedetecteerd en onderkend worden (= gevoeligheid), het aanbod aan zorg en ondersteuning moet voldoende beschikbaar zijn in tijd en ruimte en vlot bereikbaar (= beschikbaarheid), het aanbod moet financieel toegankelijk zijn zodat de eigen bijdragen geen drempel vormen om er een beroep op te doen of geen risico inhouden op financiële problemen (= betaalbaarheid) en ten slotte moet het aanbod voldoen aan minimale ervaren kwaliteitseisen zodat mensen aanvaarden om er een beroep op te doen (= aanvaardbaarheid) (Cès S., 2021; CM, 2024, pp. 10-11). Dergelijk beleid is **de verantwoordelijkheid van zowel de verschillende bevoegde overheden in ons land als van middenveldorganisaties en terreinactoren**.

Een mogelijke aanpak is bijvoorbeeld **outreaching werken**<sup>21</sup> om ouderen te bereiken in verschillende contexten en omgevingen. In dit verband is het intermutualistisch project *'Community Health Workers'* vermeldenswaardig. Deze actoren hebben als opdracht om mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties de nodige begeleiding te geven, hen te informeren, hen toe te leiden naar zorg- en

21 Outreaching werken verwijst naar laagdrempelige werkvormen waarbij zowel professionals of vrijwilligers buiten de muren van de eigen organisatie werken en zich begeven in de leefwereld van kwetsbare mensen met het oog op de verbetering van het welzijn.

welzijnsvoorzieningen en hen te ondersteunen in het gebruik van zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld door hen te herinneren aan een afspraak. Ze gaan hierbij proactief en *outreachtend* te werk en zoeken mensen op en leggen contacten. Op basis van hun concrete acties krijgen ze bovendien ook zicht op structurele problemen en ongelijkheden in de toegang tot zorg waardoor ze ook naar het beleid een belangrijke signaalfunctie kunnen opnemen<sup>22</sup>. Gezien hun meerwaarde, is het belangrijk dit initiatief structureel te verankeren (CM, 2024, p. 12).

In Vlaanderen is er het initiatief '**geïntegreerd breed ont-haal**' (GBO) dat prioritair gericht is op het verhogen van de toegankelijkheid en de bereikbaarheid van de lokale sociale hulp- en dienstverlening en de aanpak van onderbescherming, onder meer door een brede onthaalfunctie en rechtenverkenner. Om dit te realiseren voorziet het GBO een samenwerkingsverband tussen minstens het OCMW, het CAW en de diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen<sup>23</sup>. Ze stemmen ook af met andere lokale basis- of faciliterende actoren (bijvoorbeeld armoedeverenigingen, huisartsen, thuiszorgdiensten, enz.) én met het meer gespecialiseerde begeleidingsaanbod. Ook binnen het GBO zijn het proactief informeren en *outreachtend* handelen basisprincipes voor de initiatieven.

Het is ook mogelijk om in zorgverlening *outreachtend* te werken. Dit is onder meer voorzien in de nieuwe **conventie psychologische zorg** waarin de principes van 'vindplaatsen' en '*outreach*' zijn geïntegreerd om psychologische zorg beter toegankelijk te maken. Dit laat toe psychologische zorg ook aan te bieden op plaatsen waar deze momenteel niet aanwezig is, maar waar de kans groot is dat er zich mensen uit de beoogde doelgroepen bevinden (vindplaatsen). Ook kunnen psychologen sessies organiseren op plaatsen waar de patiënt-e zich bevindt, wanneer die het zorgaanbod zelf niet kan bereiken, bijvoorbeeld omwille van diens verplaatstingsproblemen (= *outreach*) (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023). Het is belangrijk dat ook voor ouderen deze mogelijkheden versterkt worden door evenzeer in ouderenvoorzieningen en binnen de thuiszorg deze zorg aan te bieden (CM, 2024, p. 21).

Nog een voorbeeld is het Vlaams beleid dat streeft naar het creëren van **zorgzame buurten**: buurten waar mensen wonen, "comfortabel in hun woning of vertrouwde buurt. Het is een buurt waar jong en oud elkaar kennen en helpen. In een zorgzame buurt staat levenskwaliteit centraal, voorzieningen en diensten zijn er voor iedereen toegankelijk. Iedereen voelt er zich goed en wordt geholpen, ongeacht de ondersteuningsbehoeften" (Vlaanderen, 2023). In deze buurten wordt vanuit de focus op sociaal weefsel en solidariteit gewerkt aan participatie en inclusie bijvoorbeeld door in te zetten op elkaar ontmoeten en elkaar helpen, en op het actief met elkaar verbinden van informele en formele zorg. Dit versterkt de mogelijkheden voor vroegdetectie van kwetsbaarheden, het vermijden of bestrijden van ongelijkheden en de ondersteuning van informele zorgverleners. Ten slotte streven zorgzame buurten ook actief naar intersectorale samenwerking en de creatie van een netwerk van actoren dat inzet op preventie, gezondheidsbevordering en integrale zorgverlening<sup>24</sup>. Heel wat middenveldorganisaties zoals ouderenorganisatie Okra en de verenigingen van én voor mensen met een chronische ziekte of zorgnood, hun mantelzorgers en vrijwilligers en Samana, dragen met hun aanbod en werking met vrijwilligers bij aan de concretisering op het terrein van zorgzame buurten.

Het is belangrijk om vanuit het beleid de **ruimte te blijven geven aan initiatieven die van onderuit opgezet worden en te blijven investeren in terreinactoren, actief in de verschillende levensdomeinen** (CM, 2024, p. 31). Zij hebben op lokaal niveau voeling met wat de noden van een samenleving zijn en voorzien in een laagdrempelig aanbod aan zorg, ondersteuning en allerhande activiteiten die bijdragen aan gezondheid, welbevinden en levenskwaliteit en aan meer toegankelijke zorg en ondersteuning.

Ten slotte is het ook voor de toekomst belangrijk te blijven investeren in maatregelen die de **kosten voor zorg en ondersteuning ten laste van de meest kwetsbaren beperken** en in maatregelen die voorzien in de **automatische toekenning van rechten**, zoals het statuut chronische aandoening<sup>25</sup>.

22 Voor meer informatie, zie <https://www.chw-intermut.be/>.

23 Voor meer informatie zie <https://www.departementwvg.be/gbo>.

24 Voor meer informatie, zie <https://www.zorgenvoormorgen.be/zorgzamebuurten/wat>.

25 Voor meer informatie, zie <https://www.zorgenvoormorgen.be/zorgzamebuurten/wat>.

#### 4.4. Betrek en ondersteun de mantelzorger

Ouderen willen zo lang als mogelijk in hun vertrouwde thuisomgeving blijven, ook in geval van grote zorgbehoefte. Dit realiseren vergt doorgaans het inschakelen van meerdere zorg- en welzijnsactoren. Maar ook **mantelzorgers**, het vaakst de partner of de kinderen, vormen hier **een essentiële schakel**. Mantelzorgers nemen heel uiteenlopende taken op, waaronder socio-emotionele steun, huishoudelijke taken, administratieve hulp, zorgtaken, enz. Bijgevolg is het belangrijk dat professionele zorgverleners deze naasten **als volwaardige partners zien en betrekken bij beslissingen** over en de organisatie van de zorg en ondersteuning.

Voor veel mensen is het opnemen van mantelzorg een evidentie en ze halen er ook heel wat voldoening uit. Maar tegelijk houden ze eraan dit te kunnen combineren met andere rollen, waaronder het werk, die eveneens een belangrijke bron zijn van zingeving en persoonlijke ontwikkeling, en die kunnen zorgen voor ademruimte in hun rol als mantelzorger en het vermijden van sociaal isolement (Cès, et al., 2016). Bovendien betekent de rol als mantelzorger **vaak een niet te verwaarlozen bijkomende belasting**. Zo ervaren ze soms belangrijke drempels en worden ze bijvoorbeeld geconfronteerd met de soms moeilijke zoektocht naar informatie, advies en zorg- en ondersteuningsmogelijkheden, onder meer op vlak van respijtzorg (Cès, et al., 2016). Een eerdere CM-studie over mantelzorg toonde aan dat naast het gebrek aan informatie, ook een persoonlijke terughoudendheid en angst voor het oordeel van anderen, evenals de kostprijs van respijtzorg een drempel vormen om hierop een beroep te doen (Gérain & Avalosse, 2020). Daarnaast toonde onderzoek aan dat het bieden van mantelzorg een impact kan hebben op de mentale gezondheid (Gordon, 2021) en ook op sociaal en financieel vlak gevolgen heeft (Criel, De Koker, & Vanlerberghe, 2010).

**Professionele zorgverleners moeten dan ook oog hebben voor de noden van de mantelzorger(s) en mee het evenwicht bewaken tussen de draaglast en de draagkracht, en dus hun gezondheid en levenskwaliteit.** Indien ze risico's detecteren, kunnen zij mantelzorgers hierover aanspreken en dit, in overleg, bespreken binnen het zorgteam. Ze kunnen hen informeren over het bestaande aanbod en hen stimuleren een beroep te doen op bijkomende ondersteuning of hen doorverwijzen naar andere eerstelijnsac-

toren die hen daarin kunnen begeleiden. Het wegvallen van mantelzorg, zeker indien dit de partner van de zorgbehoevende oudere is, is immers vaak een doorslaggevende reden voor institutionalisering (Buhr, Kuchibhatla, & Clipp, 2006).

Met het oog op een duurzame inzet van mantelzorgers moet **het beleid initiatieven nemen die de draagkracht van mantelzorgers ondersteunen**. Het gaat bijvoorbeeld om het wegnemen van financiële en organisatorische drempels, het versterken van het mantelzorgverlof, enz. (CM, 2024).

Bovendien moet zowel voor de zorgactoren als de beleidsmakers het basisprincipe zijn dat **de beslissing om mantelzorg op te nemen of de hoeveelheid zorg die men opneemt, steeds een vrije keuze kan zijn van de naasten**. Dit mag niet louter het gevolg zijn van problemen op vlak van beschikbaarheid, bereikbaarheid of financiële toegankelijkheid van het professioneel aanbod aan zorg en ondersteuning.

## Conclusie

We worden allemaal ouder en dat is op zich geen slecht nieuws: het vooruitzicht van een lang en bevredigend leven is eerder positief. Maar helaas zal ouder worden voor velen van ons gepaard gaan met gezondheidsproblemen en verlies van zelfredzaamheid. Het gezondheidsprofiel van onze ouderen bevestigt dit: veel ouderen hebben te maken met verschillende kwetsbaarheden: een gezondheid die erop achteruitgaat, de aanwezigheid van een of meer chronische aandoeningen, een toenemend gebruik van zorg, zowel ambulante als in het ziekenhuis. Daarnaast zijn er de eerder sociale kwetsbaarheden: het aandeel ouderen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (een indicatie van een beperkt beschikbaar inkomen) neemt weliswaar af, maar blijft toch groot, vooral bij de 85-plussers. Bovendien wonen veel ouderen alleen (een op de drie). Alleen wonen, met het gevaar van een verminderde deelname aan het sociale leven, is eveneens een risicofactor voor de gezondheid. We zien dus een probleem ontstaan dat verder gaat dan alleen de gezondheid. Het komt er niet alleen op aan ervoor te zorgen dat gezondheids- en welzijnsdiensten een adequaat antwoord kunnen formuleren op de zorg- en ondersteuningsbehoeften van onze ouderen (die talrijker zullen worden).

Het gaat in er in bredere zin om hun levenskwaliteit te waarborgen en dit vergt reflectie en initiatieven op alle gebieden (preventie, huisvesting, stedenbouw, inkomen, ondersteuning van mantelzorgers, enz.). Hiervoor is het nodig dat alle beleidsverantwoordelijken en terreinactoren zich inzetten. Het is een maatschappelijke uitdaging waar we allemaal voor staan.

De huidige studie is een systematische verkenning van het profiel van onze ouderen. We zullen een volgende studie wijden aan een gedetailleerde analyse van hun gebruik van gezondheidszorg waarbij we naar de volumes kijken. Bijvoorbeeld: hoeveel contacten met artsen? Hoeveel ziekenhuisopnames en voor hoe lang? Welk volume geneesmiddelen? Met dit type analyse zullen we de aandacht vestigen op de intensiteit van de zorg die ouderen gebruiken.

## Bibliografie

- Agence pour le Non-Marchand. (2017). *L'habitat intergénérationnel en plein boom à Bruxelles*. Opgehaald van [leguidesocial](#).
- Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. (2022). *Jaarverslag 2022*. Brussel: Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming.
- Avalosse, H., Chapelle, A., & van Sloten, F. (2015). Toevlucht tot de spoeddienst van een ziekenhuis: exploratie van de gegevens van CM. *CM-Informatie*, 262, 18-25.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-30.
- Avalosse, H., Vandeleene, G., & De Spiegeleer, T. (2023). Meer begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming in België. *Gezondheid & Samenleving*, 5, 6-33.
- Baert, V., & Duppen, D. (2020). *Ageism: 'Ouderen zijn slachtoffer van discriminatie, stereotypen en vooroordelen'*. Opgehaald van [Sociaal.net](#).
- Balasundram, S., Holm, A., Skov Benthien, K., Boch Waldorff, F., Reventlow, S., & Overbeck, G. (2023). Increasing the chance of dying at home: roles, tasks and approaches of general practitioners enabling palliative care: as systematic review of qualitative literature. *BMC Primary Care*, 24(77), 1-11.
- Beke, W. (2019). *Welzijn, Volksgezondheid. Beleidsnota 2019-2024*. Brussel: Vlaams Parlement.
- Bernard, N. (2008). Le logement intergénérationnel : quand l'habitat (re)créé du lien. *La Revue nouvelle*, 2, 67-76.
- Blum, M., Sallevelt, B., Spinewine, A., O'Mahony, D., Moutzouri, E., Feller, M., . . . Rodondi, N. (2021). Optimizing therapy to prevent avoidable hospital admissions in multimorbid older adults (OPERAM): cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 374(1585), 1-13.
- Buhr, G., Kuchibhatla, M., & Clipp, E. (2006). Caregivers' reasons for nursing home placement: clues for improving discussions with families prior to the transition. *The Gerontologist*, 46(1), 52-61.
- Bureau fédéral du Plan, & Statbel. (2023). *Perspectives de la population*. Opgehaald van [statbel.fgov.be](#).
- Buurman, B., & Seben, R. (2018). De wijkkliniek: zorg in de buurt voor kwetsbare ouderen. *TVZ*, 128, 44-48.
- Carbonelle, S. (2017). *De profielen van de bewoners O en A\* in rusthuizen voor bejaarden (ROB) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Trajecten, oriënteringslogica, opvang en alternatieven*. Bruxelles: Institut de Sociologie - ULB.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A., Pauwen, N., & Macq, J. (2016). *Mantelzorgers van thuiswonende ouderen in België: een cruciale en complexe rol. Data-onderzoek*. Brussel: Koning Boudewijn Stichting.
- Clumeck, N., De Spiegelaere, M., & Deguerry, M. (2005). *Rapport betreffende het onderzoek naar het profiel van de Brusselse patiënten die voor een dringend medisch probleem twee zorgcircuits bezoeken: de ziekenhuiswachtendienst en de huisartsen*. Brussel: IRIS netwerk.

- CM. (2024). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- Criel, B., De Koker, B., & Vanlerberghe, V. (2010). Mantelzorg in Vlaanderen. Uitdagingen en perspectieven. *Huisarts Nu*, 39(7), 259-261.
- Dayez, J.-B. (2013-2014). Comment les aînés sont-ils perçus? Résultats de l'étude menée par Énéo. *Balises*, 44, 2-23.
- De Decker, P., Vandekerckhove, B., Wellens, C., Volckaert, E., Schillebeeckx, E., & De Luyck, N. (2018). *Vergrijzing op het platteland. Samenvatting & beleidsaanbevelingen*. Brussel: KU Leuven.
- Demarest, S., Charafeddine, R., Drieskens, S., & Berete, F. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Patiëntervaringen*. Brussel: Sciensano.
- Demarest, S., Gisle, L., Charafeddine, R., & Van der Heyden, J. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Langdurige beperkingen*. Brussel: Sciensano.
- Departement Zorg van de Vlaamse overheid. (2022). *Erkende/geplande capaciteit per gemeente, geplaatst tegenover de programmatie voor woonzorgcentra op 1-apr-2022*. Opgeroepen op 11 9, 2023, van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers>
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance of the Belgian health system - report 2019. Supplement: technical sheets for indicators*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Driesen, B., Mertens, H., Barendregt, R., Bonjer, J., Wagner, C., & Nanayakkara, P. (2021). Root causes and preventability of emergency department presentations of older patients: a prospective observational study. *BMJ Open*, 11, 1-12.
- Eggerickx, T., Sanderson, J.-P., Vandeschrick, C., & Donadille, C. (2021). Inégalités sociales de mortalité au-delà de 65 ans. Le cas de la Belgique. *Revue Quetelet*, 9(5), 101-125.
- Eurostat. (2023). *Nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans, par sexe*. Opgehaald van [ec.europa.eu/eurostat](http://ec.europa.eu/eurostat).
- Franssen, A., Gillis, O., & Verniest, R. (2009). Alternatieve en innoverende vormen van huisvesting, dienstverlening en zorg voor ouderen. *CM-Informatie*, 237, 3-16.
- Gérain, P., & Avalosse, H. (2020). Focus op de mantelzorger: hun welzijn en hun gebruik van ondersteunende diensten en respijtzorg. *CM-Informatie*, 282, 4-19.
- Gilmour, H., & Ramage-Morin, P. (2020). Isolement social et mortalité chez les personnes âgées au Canada. *Statistique Canada*, 31(3), 29-41.
- Gordon, E. (2021). *Proches aidants: quelles retombées sur la santé?* Opgehaald van Planète Santé.
- Gouvernement de Wallonie. (2019). *Déclaration de politique Wallonie 2019-2024*. Namur.
- Hoge Raad van Financiën. (2023). *Studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag*. Brussel: Hoge Raad van Financiën.
- Hoge Raad voor de Werkgelegenheid. (2023). *De arbeidsmarktparticipatie van vrouwen - Januari 2023*. Opgehaald van Hoge Raad voor de Werkgelegenheid.
- IMA. (2019). *Echantillon Permanent Steekproef - EPS R13 – FLAGS Release 20190201 NL*. Brussel: Intermutualistisch Agentschap.
- ING, & Probis. (2018). *Woonzorgcentra: trends en indicatoren*. Brussel.
- Integreo. (2023). *Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid*. Opgeroepen op oktober 26, 2023, van [integreo.be](http://integreo.be).
- IWEPS. (2023). *Fécondité et natalité - indice conjoncturel*. Opgeroepen op november 10, 2023, van [iweps.be](http://iweps.be).
- Koning Boudewijn Stichting. (2017). *Zoom: Levenskeuzes van 60-plussers*. Opgehaald van [www.kbs-frb.be/nl/](http://www.kbs-frb.be/nl/)
- Koning Boudewijnstichting. (2022). *Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Koning Boudewijnstichting. (2023a). *Zoom: Levenskeuzes van 60-plussers*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Koning Boudewijnstichting. (2023b). *Het cohousingproject Vosberg. De passie van hte samenleven van generaties*. Opgehaald van [kbs-frb.be/nl](http://kbs-frb.be/nl).
- Lievens, S. (2015). *Overbezetting op spoedopname: oorzaken, effecten en oplossingen. Case study in een middelgroot ziekenhuis*. Gent: UGent.
- Lucassen, R., Colijn, P., Sniijders, M., Zarbanoui, P., & Schuitemaker, D. (2021). *Data geeft inzicht in hoe ziekenhuisopnames onder ouderen voorkomen kunnen worden. Onderzoek naar het verband tussen opnames op spoedeisende hulp en de persoonlijke omstandigheden van ouderen*. Nederland: Deloitte.
- Luppa, M., Luck, T., Weyer, S., König, H., & Riedel-Heller, S. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39, 31-38.
- Mettetal, L., Mandon, O., & Laurence, L. (2018). *Les granny flats au Royaume-Uni. Habiter autrement n° 9*. Paris: Institut Paris Région.
- MLOZ. (2013). *Concentration des dépenses en soins de santé. Analyse des remboursements de l'assurance maladie*. Bruxelles: MLOZ.
- Morel, M. (2020). CM-visie op palliatieve zorg: een zoektocht naar verbondenheid. *CM-Informatie*, 285, 46-54.
- Noirhomme, C., & Lambert, L. (2020). In woonzorgcentra wordt nog altijd veel gebruik gemaakt van antidepressiva en antipsychotica. *CM-Informatie*, 280, 44-52.
- Noirhomme, C., Dispas, M., & Smith, P. (2023). De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 7, 4-39.
- Ntahonganyira, R.-M., & Lebbe, C. (2023). Aanhoudend stijgende uitgaven voor geneesmiddelen. *Gezondheid & Samenleving*, 7, 64-85.
- Ntahonganyira, R.-M., Avalosse, H., & Vandeleene, G. (2018). De Top 10 van de therapeutische klassen. Vermijdbare/noodzakelijke uitgaven? *CM-Informatie*, 271, 26-36.

- Observatorium Gezondheid & Welzijn BXL-Hoofdstad. (2019). *Het gebruik van de spoeddienst door Brusselaars (2008-2016): focus op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- Paulus, D., Van den Heede, K., & Mertens, R. (2012). *Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- RIZIV. (2023). *Het interfederaal plan Geïntegreerde zorg*. Opgeroepen op oktober 27, 2023, van riziv.fgov.be.
- RIZIV. (2023a). *Alternatieve zorgvormen voor ouderen*. Opgeroepen op oktober 26, 2023, van riziv.fgov.be.
- Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale*, 24(188), 457-458.
- Statbel. (2022). *Nieuwe enquête brengt eenzaamheid, geluksgevoel en tevredenheid van de Belgen in kaart*. Opgehaald van statbel.fgov.be.
- Statbel. (2023a). *La Belgique compte 1,8 million de ménages d'une personne en 2023*. Opgeroepen op september 26, 2023, van statbel.fgov.be.
- Statbel. (2023b). *Sterftetafels en levensverwachting*. Opgeroepen op juli 6, 2023, van statbel.fgov.be.
- Steunpunt tot Bestrijding van armoede. (2016). *Feiten en cijfers. Is er meer armoede in de stad dan op het platteland?* Brussel: Steunpunt tot Bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.
- Surkyn, J. (2020). *Oversterfte in de Belgische woonzorgcentra*. Opgeroepen op september 26, 2023, van Interface Demography Research Group.
- Tubbax, L. (2016). *Analyse van de doorverwijzing van ouderen door de huisarts met wachtdienst*. Leuven: KU Leuven.
- Van den Heede, K., Dubois, C., & Devriese, S. (2016). *Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Van der Heyden, J., & Charafeddine, R. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Chronische ziekten en aandoeningen*. Brussel: Sciensano.
- Van der Heyden, J., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Gezondheidsenquête 2018. Ambulante zorg door artsen en tandartsen*. Brussel: Sciensano.
- van Oostrom, S., Gijzen, R., Stirbu, I., Korevaar, J., Schellevis, F., Picavet, H., & Hoeymans, N. (2016). Time trends in prevalence of chronic diseases and multimorbidity not only due to aging: data from general practices and health surveys. *Plos One*, 11(8), 1-14. Opgehaald van Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.
- Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., Rimé, B., Morton, J., Tourné, J., . . . Dayez, J.-B. (2020). Sociaal engagement en gezondheid. *CM-Informatie*, 279, 26-39.
- Verniest, R., Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2020). Wie zijn de bewoners van een woonzorgcentrum: welke uitdagingen voor de toekomst van de woonzorgcentra gaan schuil achter de evolutie van het bewonersprofiel? *CM-Informatie*, 282, 30-45.
- Vlaanderen. (2023). *Zorgzame buurten*. Opgeroepen op november 14, 2023, van www.zorgenvoormorgen.be/zorgzamebuurten/wat.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2002). *Active ageing. A policy framework*. Geneva: WHO.
- Willaert, D., Maron, L., & Vrancken, J. (2023). *Medicatiegebruik in woonzorgcentra in 2021: een longitudinale analyse*. Brussel: Solidaris.
- Wilson, N., Hilmer, S., March, L., Cameron, I., Lord, S., Seibel, M., . . . Sambrook P. (2011). Associations between drug burden index and falls in older people in residential aged care. *Journal of the American geriatrics society*, 59(5), 875-880.
- Woolcott, J., Richardson, K., Wiens, M., Patel, B., Marin, J., Khan, K., & Marra, C. (2009). Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Archives of internal medicine*, 169(21), 1952-1969.
- Zenner, C. (2013). *Dialoog tussen jong en oud. Uit het leven in het woonzorgcentrum gegrepen*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.