

# Zorggebruik van ouderen

Katte Ackaert, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest — Studiedienst CM

## Samenvatting

De verdere vergrijzing van de bevolking de komende jaren, zal leiden tot een toename in de vraag naar zorg en ondersteuning. Hierop een adequaat antwoord formuleren vergt inzicht in het huidige zorggebruik van ouderen. Daarom onderzoeken we in deze studie het zorggebruik bij CM-leden vanaf 65 jaar, met een focus op de intensiteit van gebruik. Hoe vaak hebben ze contact met een huisarts of specialist? Hoeveel geneesmiddelen gebruiken ze? Hoeveel ouderen doen een beroep op tandzorg? Zijn er evoluties in de tijd of verschillen volgens leeftijd, regio, verblijfplaats en kwetsbaarheid?

De bespreking van de resultaten vanuit het oogpunt toegankelijke zorg, levert enkele aandachtspunten op. Daar waar huisartsenzorg voor veel ouderen betaalbaar, aanvaardbaar en beschikbaar lijkt, is dit bijvoorbeeld voor zorg door specialisten en zeker voor tandzorg in het algemeen en parodontologie in het bijzonder veel minder het geval. Slechts 52% van de ouderen had in 2023 een tandartscontact. Verder laten steeds meer ouderen de parodontale situatie van hun mond evalueren, maar kunnen ze voor eventuele noodzakelijke behandelingen niet rekenen op terugbetaling vanuit de verplichte ziekteverzekering. Voorts stellen we binnen het domein preventie verbetermarge vast voor de griepvaccinatiegraad bij thuiswonende ouderen. Ten slotte lijken de cijfers over geneesmiddelengebruik indicaties te bevatten dat de zorgkwaliteit eveneens een uitdaging blijft. Heel wat ouderen gebruiken veel geneesmiddelen over een langere periode (polyfarmacie) en een deel van de afgeleverde geneesmiddelen valt onder de definitie van potentieel onaangepast geneesmiddelengebruik.

Op basis van deze vaststellingen formuleren we enkele aanbevelingen die kunnen bijdragen aan een meer toegankelijke en kwaliteitsvolle ouderenzorg.

Sleutelwoorden: Ouderen, zorggebruik, geneesmiddelengebruik, tandzorg, kinesithérapie, toegankelijkheid, kwaliteit, kwantitatieve studie

## Inleiding

Bij een vergrijzende bevolking gaat de toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen en functionele of cognitieve beperkingen samen met een stijgende vraag naar professionele zorg en ondersteuning (Gerken, et al., 2024a). Opdat beleidsmakers, zorgverleners en de samenleving adequaat op deze uitdaging zouden kunnen inspelen, is inzicht nodig in het huidige profiel van ouderen inzake gezondheid en gezondheidszorggebruik, evenals in eventuele evoluties en verschillen hierin. CM deed hierrond al onderzoek, zij het fragmentarisch en gericht op een specifiek domein (woonzorgcentra, geneesmiddelen, enz.) (Verniest, Vandeleeene, & Avalosse, 2020; Noirhomme & Lambert, 2020). In een eerste systematische studie over het algemeen gezondheidsprofiel van CM-ouderen, stelden we vast dat niet iedereen oud wordt in goede gezondheid en dat het aandeel ouderen dat een beroep doet op bepaalde gezondheidszorg toeneemt met de leeftijd (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Naast verschillen volgens regio, leeftijd en geslacht, zagen we dat vooral kwetsbaarheid, gemeten op basis van het recht op verhoogde tegemoetkoming (VT), een grote rol speelt. Wie het VT-statuuut heeft, scoort systematisch slechter in termen van zowel gezondheid als zorggebruik.

In deze vervolgstudie ligt de focus vooral op het **profiel van CM-ouderen inzake de intensiteit van zorggebruik**. Hoe vaak consulteren ze op jaarbasis een huisarts of specialist of doen ze een beroep op kinesitherapie of thuisverpleging? Hoe vaak komen ze terecht op de spoeddienst of worden ze in het ziekenhuis opgenomen? Twee thema's bekijken we meer in detail: tandzorg (waaronder parodontologie) en geneesmiddelengebruik (waaronder polyfarmacie en potentieel onaangepast geneesmiddelengebruik). Verder gaan we na volgens welke parameters het zorggebruik verschilt en of er evoluties zijn in de tijd. Deze verdere analyses moeten toelaten de toekomstige ouderenzorg nog beter te kunnen voorbereiden.

Na een kort literatuuroverzicht (deel 1) en de toelichting van de methode (deel 2), worden de voornaamste onderzoeksresultaten via een beschrijvende analyse voorgesteld (deel 3) en vervolgens besproken (deel 4). Tot slot formuleren we enkele aanbevelingen (deel 5).

## 1. Literatuuroverzicht

De combinatie van een laag vruchtbaarheidscijfer en de stijgende levensverwachting doet de Belgische bevolking de komende jaren verder vergrijzen. Naar verwachting evolueert tussen 2022 en 2050 het aandeel 65-plussers van 19,6% tot 25,1% en het aandeel 80-plussers van 5,6% tot 10,0% van de totale bevolking (Federaal Planbureau & Statbel, 2024). Uit studies bleek al dat de vergrijzing niet neutraal is voor de gezondheidszorg: ouderdom gaat vaak gepaard met gezondheidsproblemen en een verminderde zelfredzaamheid en mobiliteit (Nie, Wang, Tracy, Moineddin, & Upshur, 2008; Dibello, et al., 2021), waardoor **voor heel wat vormen van zorg en ondersteuning het aandeel gebruikers toeneemt volgens leeftijd**. Dit is voor België al beschreven in onder meer de gezondheidsenquête van Sciensano (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020) en in de CM-studie over het profiel van CM-ouderen (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024).

Dit **leeftijdseffect** is eveneens al vastgesteld voor de **intensiteit van zorggebruik**. Zo tonen de cijfers van het Inter-mutualistisch Agentschap (IMA) voor 2021 een stijgende trend in het gemiddeld aantal **huisartscontacten** volgens leeftijd: gemiddeld 6,1 contacten voor de gehele bevolking, 7,1 voor 65-74-jarigen en 10,3 voor 75-plussers<sup>1</sup> (IMA, 2024a). Uit gegevens van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid blijkt ook voor **ziekenhuiszorg** een leeftijdseffect. In 2019 betrof 38% van de ziekenhuisverblijven patiënten van 65 jaar of ouder, op dat moment ongeveer 19% van de bevolking. Voor deze doelgroep bedroeg de gemiddelde verblijfsduur 9,8 dagen, maar nam deze toe met de leeftijd van de patiënt: 7,3 voor mannen en 7,9 voor vrouwen bij 65-74-jarigen en 12,1 voor mannen en 13,7 voor vrouwen bij 85-plussers (FOD Volksgezondheid, 2022). Wel is er voor ziekenhuiszorg algemeen, en dus ook bij ouderen, een afname van de verblijfsduur over de jaren heen. Verder is er een sterke globale toename van het aantal opnames in het dagziekenhuis (Belgium.be, 2023).

Een vaak bestudeerd thema is het **geneesmiddelengebruik** bij ouderen. Door de hogere prevalentie van aandoeningen en de toenemende comorbiditeit met stijgende leeftijd, krijgen zij vaak meerdere geneesmiddelen voorgeschreven. Dit wordt geduid als **polyfarmacie**. In België nam in 2022 bijna 14% van de bevolking over een langere periode

<sup>1</sup> Voor deze analyses is enkel rekening gehouden met huisartscontacten tijdens de reguliere uren en dus niet met contacten 's avonds, 's nachts, tijdens het weekend en op feestdagen.

minstens vijf verschillende geneesmiddelen<sup>2</sup> (polyfarmacie) en bijna 3% tien (excessieve polyfarmacie). De kans op polyfarmacie neemt toe met de leeftijd en is het hoogst in de leeftijdscategorie 85-89 jaar (bijna 60% neemt vijf en 16% tien geneesmiddelen) (IMA, 2024b). Hoewel in de behandeling van aandoeningen medicatie vaak onontbeerlijk is, wijzen onderzoekers er evengoed op dat polyfarmacie soms het resultaat is van niet-optimaal voorschrijfgedrag en een risicofactor vormt voor hospitalisatie en heropname (Guillot, Maumus-Roberta, & Bezina, 2020). Het gelijktijdig gebruik van meerdere geneesmiddelen vergroot verder het risico op bijwerkingen, interacties, therapieontrouw en een verhoogde kwetsbaarheid van de oudere (Gerkens, et al., 2024a).

Verschiedende studies onderzochten het aandeel van **potentieel onaangepast geneesmiddelengebruik** (*Potentially Inappropriate Medication Use of PIM*), of “geneesmiddelen die bij oudere mensen vermeden moeten worden omdat het risico op bijwerkingen groter is dan het verwachte voordeel, vooral wanneer er meer of veiligere alternatieven beschikbaar zijn voor dezelfde aandoening” (Nascimento, Andrade, Cabrita, Pais, & De la Puerta, 2024, p.1, eigen vertaling). Gezien medicatiegebruik met verschillende methodes of lijsten geëvalueerd kan worden, waaronder de *STOPP-START*-lijst, de *Beers*lijst en de *EU(7)-PIM*-lijst, lopen de resultaten hierover tussen studies soms sterk uiteen. Na een systematische literatuurstudie over onderzoeken uit diverse landen, met elk een specifieke methode en studiepopulatie, besluiten Malkouti et al. (2021) dat de prevalentie van PIM onder ouderen globaal 30% of meer bedraagt. In studies die gebruik maken van de *EU(7)-PIM*-lijst, is een prevalentie van minstens 50% vastgesteld. De onderzoekers besluiten verder dat benzodiazepines, ontstekingsremmende pijnstillers en cardiovasculaire medicatie de meest voorkomende PIM zijn. Een studie in Belgische woonzorgcentra (WZC) wees uit dat ruim 88% van de studiepopulatie minstens één potentieel onaangepast geneesmiddel nam en de helft minstens twee, met vooral psychotropica, anticholinergica en maagzuurremmers (PPI). In deze studie bleek dat de sterkste voorspeller voor een hoger percentage PIM het gebruik van een hoger aantal geneesmiddelen was, terwijl hogere leeftijd (85+) samenging met een lager percentage PIM. Als mogelijke verklaring voor dit laatste wijzen de onderzoekers op het potentieel voorzichtiger voorschrijfgedrag van artsen die deze bewoners als meer kwetsbaar zien (Anrys, et al., 2018). Wat betreft de risico's en mogelijk schadelij-

ke gevolgen, vermeldt de literatuur onder meer het risico op verminderde therapietrouw, bijwerkingen, interactie tussen geneesmiddelen, valincidenten en hospitalisaties (Gerkens, et al., 2024a; Malkouti, et al., 2021). Voor de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is het garanderen van veilig medicatiegebruik en het instellen van procedures om dit te verbeteren een belangrijk en prioritair aandachtspunt (WHO, 2019).

**Het leeftijdseffect in zorggebruik varieert echter volgens zorgtype.** Zo is er voor **ambulante contacten met een specialist** in de gezondheidsenquête een piek in de leeftijdsgroep 45-54 jaar, waar 6,9% van de bevolking meerdere contacten had in de loop van een maand. Daarna neemt dit aandeel af tot 4,6% bij de 55-64-jarigen, 5,7% bij de 65-75-jarigen en 4,3% bij de 75-plussers (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020).

Voor **tandzorg** wijst de onderzoeksliteratuur op een **omgekeerd leeftijdseffect**: naarmate mensen ouder worden, doen ze doorgaans minder een beroep op **tandzorg** (Niesten, van der Sanden, & van Mourik, 2013; Kovács, Liska, Idara-Umoren, Mahrouseh, & Varga, 2023). In de gezondheidsenquête 2018 verklaart bijna 69% van de respondenten dat die in het voorgaande jaar minstens één contact had met een tandarts of orthodontist. In de groep tot 64 jaar is dit, naargelang de leeftijdscategorie, 67% tot 75%, terwijl dit bij de 65-74-jarigen en 75-plussers daalt tot respectievelijk 64% en 43% (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020). Uit de IMA-atlas blijkt dat in 2022 van de 65-74-jarigen 29% gedurende drie jaar geen enkel tandartscontact had. Bij de 75-plussers was dit zelfs 42% (IMA, 2025). Met betrekking tot WZC-bewoners benadrukt het verslag van het Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden het volgende: “regelmatig contact met de tandarts, gedefinieerd als tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren [periode 2002-2008], lag [...] zeer laag bij [...] ouderen tussen de 65 en 90 (rond de 20%) tot extreem laag bij 90-plussers (2%)” (RIZIV, 2011, p. 267). Bovendien zag bijna de helft van de bewoners de laatste vijf jaar geen tandarts. En het zijn vooral urgente problemen die aanleiding geven tot tandartsbezoek (RIZIV, 2011; Janssens, et al., 2017). Tot slot, hoewel de mondgezondheid bij nieuwe generaties ouderen beter is, kampen zij in veel landen – ook in België – niettemin nog steeds met heel wat problemen, waaronder tandbederf, losstaande tanden en parodontitis<sup>3</sup> (Kossioni, 2023; De Visschere, Janssens,

2 Het IMA kijkt voor deze analyses naar de terugbetaalde geneesmiddelen met een aflevering van minstens 80 standaard dagdosissen (DDD) in één jaar.

3 Dit is vergevorderde tandvleesontsteking.

De Reu, Duyck, & Vanobbergen, 2016; Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019).

Tegelijkertijd benadrukken onderzoekers het belang van een goede mondgezondheid gezien de vastgestelde correlatie ervan met de algemene gezondheid en welzijn, waarbij een slechte mondgezondheid geassocieerd wordt met zowel een gebrek aan eigenwaarde en waardigheid en verminderde levenskwaliteit, als met andere aandoeningen als diabetes, longontsteking, depressie en hartaandoeningen. Naast dagelijkse mondzorg zijn dus een jaarlijkse controle bij de tandarts en de tijdige behandeling van problemen bij ouderen evenzeer essentieel voor het behoud van een gezonde mond (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019; Dibello, et al., 2021).

Enkele negatief beïnvloedende factoren voor ontoereikende mondzorg bij ouderen zijn hoge leeftijd, grote zorgafhankelijkheid en verblijf in een WZC. Maar het onderschatten van het belang, een niet ervaren tandzorgnood bij ouderen zelf, de afhankelijkheid van anderen voor mondhygiëne, de prioritaire aandacht voor andere gezondheidsproblemen, financiële drempels, de ontoegankelijkheid van diensten en de soms ontoereikende kennis van zorgverleners spelen eveneens een rol (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019; Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2023; Kovács, Liska, Idara-Umoren, Mahrouseh, & Varga, 2023). Deze *unmet need* op vlak van mond- en tandzorg wordt beschouwd als een belangrijke uitdaging voor vergrijzende samenlevingen (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019).

De **groep ouderen is niet homogeen wat betreft het zorgvolume**. Er is variatie volgens meerdere parameters. In de gezondheidsenquête zien we bijvoorbeeld regionale verschillen in het aandeel Belgen dat op maandbasis meermaals de huisarts ziet, met een significant lager aandeel in het Brussels Gewest (4% tegenover 6% in het Vlaams Gewest en in het Waals Gewest) (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020). Voor deze indicator is er ook een socio-economische gradiënt in het nadeel van kortgeschoolden die, in vergelijking met langgeschoolden, vaker meerdere huisartscontacten hebben (bijna 12% tegenover bijna 4%). **Regionale verschillen** en een **socio-economische gradiënt** zijn eveneens vastgesteld voor tandartscontacten en voor polyfarmacie (Gerken, et al., 2024a; Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020).

Onder meer de WHO spreekt zich uit over hoe ouderenzorg in de toekomst uitgebouwd kan worden en promoot hierbij

het concept '**actief ouder worden**' (*'active ageing'*), wat inhoudt dat beleid en zorg streven naar het optimaliseren van gezondheid, participatie en veiligheid om de levenskwaliteit van ouderen te verbeteren (WHO, 2002). Dit vergt een holistische benadering van gezondheid en welzijn, met nadruk op **gezond ouder worden** (preventie) en **gepaste en kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning**. Voorts zijn mogelijkheden voor ouderen om **actief te kunnen bijdragen aan de samenleving**, zich persoonlijk te kunnen ontwikkelen en in een veilige omgeving te kunnen wonen, enz., ongeacht hun leeftijd of gezondheidstoestand, eveneens essentieel.

Ook in België zal de vergrijzing de komende decennia zorgen voor een toename van het aantal zorgvragers en het globale zorgvolume. Dit is af te leiden uit diverse studies over specifieke zorgdomeinen (uit andere landen) en uit de Belgische gezondheidsenquête die evenwel gebaseerd is op zelfrapportering over zorggebruik. Voor een adequaat antwoord op deze uitdaging, is een diepgaandere analyse van en kritische kijk op het huidige zorggebruik door ouderen op basis van objectieve gegevens een waardevolle aanvulling. Het **doel van deze studie** is bijgevolg tweeledig: 1) door een analyse van facturatiegegevens een **meer gedetailleerd beeld schetsen van het zorggebruik van CM-leden van 65 jaar en ouder** en de verschillen hierin en 2) in de bespreking van de resultaten **nagaan of er indicaties zijn van mogelijke problemen op vlak van toegang tot en kwaliteit van zorg**.

## 2. Methode

### 2.1. Selectie van de studiepopulatie

Voor deze studie zijn in 2024 de gegevens geanalyseerd van alle CM-leden die in de periode 2016-2023 in de loop van een kalenderjaar 65 jaar of ouder zijn, met zowel de profielgegevens als de facturatiegegevens van de verplichte ziekteverzekering en in beperkte mate van de regionale systemen van sociale bescherming, die het gebruik van het gezondheidssysteem weergeven. Voor de analyses voor 2016 zijn 1.005.309 65-plussers geïncludeerd, voor het jaar 2023 1.086.905. Eind 2023 bedroeg het marktaandeel van CM bij de 65-plussers 46,2% (INAMI, 2025). Het profiel van de CM-leden van 65 jaar en ouder evolueert amper in de periode 2016-2023, met uitzondering van het VT-statuuut. Tabel 1 geeft het profiel weer voor de jaren 2016 en 2023.

**Tabel 1: Profiel CM-leden van 65 jaar en ouder volgens leeftijd, geslacht, VT-status en regio (Bron: CM)**

|                           |                  | 2016  | 2023  |
|---------------------------|------------------|-------|-------|
| <b>Leeftijdscategorie</b> | 65-74 jaar       | 49,2% | 48,7% |
|                           | 75-84 jaar       | 34,3% | 33,6% |
|                           | 85 jaar en ouder | 16,5% | 17,7% |
| <b>Geslacht</b>           | Man              | 44,0% | 44,7% |
|                           | Vrouw            | 56,0% | 55,3% |
| <b>VT-status</b>          | Niet-VT          | 71,0% | 80,4% |
|                           | VT               | 29,0% | 19,6% |
| <b>Regio</b>              | Brussel          | 2,8%  | 2,5%  |
|                           | Vlaanderen       | 76,2% | 77,2% |
|                           | Wallonië         | 21,0% | 20,3% |

## 2.2. Indicatoren van zorggebruik

Het profiel van de CM-ouderen inzake hun gezondheidszorggebruik is gebaseerd op een analyse van CM-facturatiegegevens. Tabel 2 bevat het overzicht van de voor deze studie geselecteerde indicatoren van zorggebruik en de uitgevoerde analyses. Voor deze indicatoren is, naast het

aandeel gebruikers en de spreiding van het aantal prestaties binnen de groep gebruikers, ook gekeken naar eventuele verschillen volgens bepaalde parameters zoals leeftijd, geslacht, regio en kwetsbaarheid, gemeten op basis van het recht op verhoogde tegemoetkoming<sup>4</sup>.

**Tabel 2: Indicatoren zorggebruik**

| Type zorg                     | Analyses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Zorg door huisartsen</b>   | <p>Aandeel personen met minstens één contact op jaarbasis.</p> <p>Aantal contacten per persoon en per jaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algemeen;</li> <li>• Volgens type contact (raadpleging in kabinet, huisbezoek, advies);</li> <li>• Volgens tijdstip contact (tijdens de week overdag versus tijdens de week 's avonds of 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag);</li> <li>• Alleenstaanden versus samenwonenden<sup>5</sup>;</li> <li>• Volgens verblijfplaats (thuis versus voorziening);</li> <li>• Met een wachtpost.</li> </ul> |
| <b>Zorg door specialisten</b> | <p>Aandeel personen met minstens één ambulante contact op jaarbasis.</p> <p>Aantal ambulante contacten per persoon en per jaar, ongeacht het type specialist.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Thuisverpleging</b>        | <p>Aandeel personen met minstens één contact op jaarbasis.</p> <p>Aantal dagen met een contact* per persoon en per jaar.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Kinesithérapie</b>         | <p>Aandeel personen met minstens één zitting ambulante kinesithérapie.</p> <p>Aantal zittingen ambulante kinesithérapie per persoon en per jaar (artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, zonder verstrekkingen perinatale kinesithérapie gezien de doelgroep van de studie).</p>                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                               | <p>Globale analyse en analyse per type zitting (CM, Kinesithérapie, 2025):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Courante prestaties;</li> <li>• Prestaties voor bepaalde zware pathologieën (E-lijst), acute pathologieën (Fa-lijst), chronische (Fb-lijst);</li> <li>• Verzekering aan huis voor palliatieve patiënten (564211 of 564233).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                           |

<sup>4</sup> Het VT-status is een indicatie van een beperkt inkomen.

<sup>5</sup> Op basis van de gezinssamenstelling worden de alleenstaanden 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.

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tandzorg</b>                  | Aandeel personen met minsten één ambulant contact op jaarbasis met een tandarts.<br>Per persoon en per jaar, aantal dagen waarop ambulante tandzorg geattesteerd werd (artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen).                                                |
|                                  | Parodontologie: verstrekking 301254 (bepaling parodontale index - DPSI <sup>6</sup> ), de enige verstrekking parodontologie die voor 65-plussers wordt terugbetaald.                                                                                                                      |
| <b>Geneesmiddelen</b>            | Terugbetaalbare ambulante geneesmiddelen afgeleverd door openbare officina.                                                                                                                                                                                                               |
|                                  | <b>Geneesmiddelenvolume:</b> aantal DDD <sup>7</sup> per persoon en per jaar.                                                                                                                                                                                                             |
|                                  | Detectie van <b>potentieel onaangepaste geneesmiddelen:</b> op basis van de <i>EU(7)-PIM</i> -lijst, specifiek opgesteld voor ouderen (Renom-Guiteras, Meyer, & Thürmann, 2015; Zacarin, Strumia, Piau, & Bagheri, 2020).                                                                 |
|                                  | Detectie van <b>polyfarmacie:</b> gebruik van meer dan 80 DDD per jaar van minstens 5 verschillende geneesmiddelen (Gerkens, et al., 2024a, p. 116), differentiatie tussen geneesmiddelen op basis van ATC 5 (chemische stof).                                                            |
| <b>Ziekenhuiszorg</b>            | <b>Griepvaccins:</b> ATC-code J07BB.<br>Aandeel personen dat dergelijke vaccins kreeg, met uitsluiting van de WZC-bewoners (Gerkens, et al., 2024b, p. 24).                                                                                                                               |
|                                  | Per persoon en per jaar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal spoedopnames*;</li> <li>• Klassieke hospitalisatie (= met overnachting; exclusief psychiatrische ziekenhuizen): aantal opnames en totaal aantal opnamedagen;</li> <li>• Aantal opnames dagziekenhuis.</li> </ul> |
| <b>(Semi-) residentiële zorg</b> | Betrokken voorzieningen: woonzorgcentra (WZC), centra voor kortverblijf (CVK), dagverzorgingscentra (DVC), psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en initiatieven voor beschut wonen (IBW).                                                                                             |
|                                  | Per type voorziening: aandeel gebruikers en aantal opnamedagen per persoon en per jaar.<br>Detectie op basis van pseudonomenclatuurcodes <sup>8</sup> .                                                                                                                                   |
| <b>Revalidatie</b>               | Alle overeenkomsten functionele revalidatie, zowel deze die zorg thuis organiseren als deze die een verblijf in een centrum vereisen.                                                                                                                                                     |
|                                  | Sommige overeenkomsten ressorteren onder de federale verplichte ziekteverzekering. Detectie op basis van de pseudo-codes die tot boekhoudcode N88 behoren.<br>Bepaalde overeenkomsten zijn geregionaliseerd. Detectie op basis van pseudonomenclatuurcodes <sup>8</sup> .                 |
|                                  | Aandeel personen dat een beroep deed op zorg in het kader van één van deze overeenkomsten.<br>Aantal dagen dat deze zorg werd geattesteerd per persoon en per jaar.                                                                                                                       |

\* Ingeval van meerdere contacten per dag, is slechts één contact in rekening gebracht

6 DPSI staat voor *Dutch Periodontal Screening Index*. Het gebit wordt verdeeld in zes gebieden. Elk gebied krijgt een DPSI-score van 0 tot 4, die de parodontale situatie ervan weergeeft. De screening geeft dus een beeld van de mate waarin het tandvlees gezond is of aangetast door gingivitis (ontsteking in de tandvleesrand) of parodontitis (een vergevorderde tandvleesontsteking met aantasting van het ondergelegen kaakbot die leidt tot het loskomen of verlies van tanden).

7 "DDD is een Engels acroniem voor *defined daily dose* of standaard dagdosis. Het is de gemiddelde aangenomen onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel wanneer het voor de hoofddindicatie is voorgeschreven bij een volwassene. [...] De DDD wordt toegewezen door een expertenbureau van de Wereldgezondheidsorganisatie [WGO] voor elk actief bestanddeel in de internationale ATC-classificatie [*Anatomical Therapeutic Chemical*] van de actieve bestanddelen" (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, p. 457).

8 Bronnen:

- Brussel (Iriscare): via applicatie Nomiris: <https://www.iriscare.brussels/nomiris/>;
- Wallonië (Aviq): via applicatie NomenWal: <https://nomenwal.aviq.be/>;
- Vlaanderen (VSB): via facturatie-instructies Departement Zorg:
  - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/handleiding-digitaal-opname-en-facturatieproces-tussen-ouderenvoorzieningen-en-zorgkassen> (WZC, DVC, CVK);
  - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/publicaties-en-documenten/facturatie-instructies-pseudonomenclatuurcodes-en-voorzieningen-die-mogen-factureren> en <https://www.zorg-en-gezondheid.be/facturatie-instructies-vanaf-inkanteling-in-vs-b> (PVT, IBW, revalidatie).

## 2.3. Beperkingen van de studie

Voor deze studie gelden verschillende beperkingen<sup>9</sup>. Voor eerst is de analyse beperkt tot gegevens van CM-leden, waardoor het beschreven profiel niet noodzakelijk overeenstemt met dat van de Belgische bevolking. Zo kent de CM-ledenpopulatie een groter aandeel 65-plussers dan de totale Belgische bevolking en is de vergrijzing ervan iets meer uitgesproken. Verder verschilt het CM-marktaandeel volgens gewest, met vooral een beperkter aandeel in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Bijgevolg zijn de resultaten niet zomaar te veralgemenen naar de Belgische bevolking van 65 jaar en ouder.

Voorts zijn de gegevens waarover ziekenfondsen beschikken in de eerste plaats administratieve gegevens, verzameld in het kader van ledenbeheer en gezondheidszorgfacturatie.

- Bepaalde kenmerken zoals kwetsbaarheid moeten daarom gemeten worden met proxyvariabelen, met als risico dat niet alle leden met dit kenmerk geïdentificeerd worden.
- Er zijn enkel gegevens beschikbaar over het gebruik van zorg voor zover ze terugbetaald wordt door de verplichte ziekteverzekering (ZIV). Verder is er gedeeltelijke informatie over zorg die vergoed wordt door regionale systemen van sociale bescherming, met uitzondering van de Duitstalige Gemeenschap. Er is geen informatie over zorg en ondersteuning die niet terugbetaald wordt door de ZIV (bijvoorbeeld bepaalde geneesmiddelen) of over andere regionale zorg en ondersteuning (bijvoorbeeld opvangstructuren voor ouderen zoals Collectieve Autonome Dagopvang (CADO) in Vlaanderen en 'Centres de jours' (dagcentra) in Wallonië en Brussel).
- Voor geneesmiddelen gaat het bovendien om terugbetaalde medicatie afgeleverd op naam van een specifiek lid. Het kan evenwel zijn dat dit lid de medicatie niet effectief gebruikt heeft of dat die met een andere dosering is gebruikt dan de DDD, gebruikt in de analyses.
- Een deel van de huisartscontacten vindt plaats in een wijkgezondheidscentrum (WGC – medisch huis). Ziekenfondsen weten enkel of een lid wel of niet is ingeschreven in een erkend WGC, maar hebben geen informatie over het volume aan contacten met dit centrum (contact met huisarts, verpleegkundige, kinesist, enz.). Aangezien we vaststelden dat de impact op de resultaten beperkt is, zijn alle analyses in deze studie, dus ook deze over huisartscontacten, inclusief patiënten ingeschreven in een WGC.

- De facturatiegegevens laten geen directe of volledige evaluatie toe van de toegankelijkheid noch van de kwaliteit van zorg.

Gezien de veelheid aan facturatiegegevens en analysemogelijkheden, is hierin een keuze gemaakt en is het geschetste beeld van het zorggebruik niet exhaustief. Zo is beslist gegevens rond geestelijke gezondheidszorg in deze studie niet te analyseren. Gezien het belang van het thema is het wenselijk hieraan een afzonderlijk onderzoek te wijden. Ten slotte benadrukken we dat bij de beschrijving van resultaten volgens parameters als leeftijd, geslacht, regio, enz. geen uitspraken kunnen gedaan worden over causaliteit.

## 3. Resultaten

### 3.1. Eerstelijnszorg

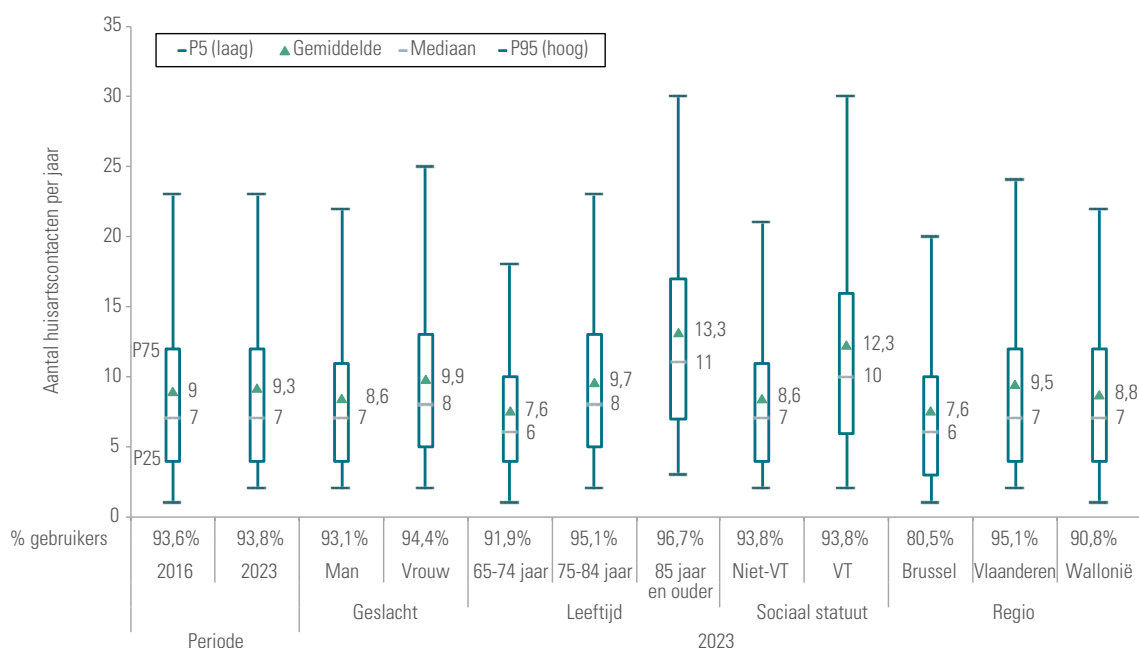
#### 3.1.1. Huisarts

##### *Globale analyse*

In 2023 had bijna 94% van de 65-plussers minstens één contact met de huisarts. Dit aandeel varieert volgens leeftijd (65-74 jaar: 91,9%, 75-84 jaar: 95,1% en 85-plussers: 96,7%) en regio (Brussel: 80,5%, Wallonië: 90,8% en Vlaanderen: 95,1%), maar niet volgens geslacht of VT-statuuut. Het volume contacten per persoon op jaarbasis is tussen 2016 en 2023 stabiel: gemiddeld ongeveer 9 (mediaan: 7) (zie Figuur 1). Volgens geslacht zien we in 2023 een iets hoger gemiddeld en mediaan aantal contacten voor vrouwen, omdat zij gemiddeld ook ouder zijn. Leeftijd blijkt inderdaad een meer bepalende indicator voor het volume aan contacten op jaarbasis: hoe ouder, hoe meer contacten. Er is eveneens een verschil volgens VT-statuuut, waarbij ouderen met dit statuut in de loop van een jaar doorgaans vaker contact hebben met de huisarts. In Vlaanderen is niet alleen het aandeel ouderen met minstens één huisartscontact op jaarbasis hoger dan in de andere regio's. Dit is ook zo voor het gemiddeld aantal contacten: 9,5 contacten tegenover 8,8 in Wallonië en 7,6 in Brussel. Als we inzoomen op de 85-plussers, zijn de regionale verschillen nog groter: Vlamingen hebben gemiddeld 13,7 contacten (mediaan: 12), Walen 12,1 (mediaan: 11) en Brusselaars 10,2 (mediaan: 9). Dit heeft mogelijk te maken met de sterkere vergrijzing in Vlaanderen.

<sup>9</sup> Zie ook Ackaert, Avalosse, & Verniest (2024).

**Figuur 1: Distributie van het aantal huisartscontacten per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 jaar en ouder volgens geslacht, leeftijd, VT-status en regio (Bron: CM)**



#### Analyse volgens type contact

Vervolgens deden we een analyse **volgens type huisarts-contact**, met een onderscheid tussen raadpleging in het kabinet van de huisarts, huisbezoek en advies<sup>10</sup>. In tabel 3 zien we tussen 2016 en 2023 een verschuiving in het aandeel CM-ouderen met minstens één huisartscontact op jaarbasis volgens type contact: een afname van het aandeel met minstens één huisbezoek en tegelijk een toename van het aandeel met minstens één raadpleging. Deze evolutie zien we ook bij de 85-plussers, met een nog sterkere toename van het aandeel met minstens één raadpleging, maar een beperktere afname van het aandeel met minstens één huisbezoek. Een andere opvallende vaststelling

is de sterke toename van het aandeel ouderen voor wie minstens één advies is gefactureerd: van 2,3% in 2016 naar 21,3% in 2023.

Wat betreft het volume aan contacten, zijn in 2023 per persoon gemiddeld 2,3 adviezen gefactureerd, met weinig variatie volgens de verschillende parameters. Het grootste volume huisartscontacten vinden we bij de raadplegingen (64% van alle contacten). Tussen 2016 en 2023 bleef het gemiddeld aantal raadplegingen per persoon op jaarbasis vrij stabiel, behoudens een lichte daling tijdens de coronajaren 2020 en 2021 en vervolgens een lichte toename in 2023.

**Tabel 3: Evolutie tussen 2016 en 2023 van het aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder met een huisartscontact volgens type contact (Bron: CM)**

| Jaar     | Totaal 65-plussers |            | 85-plussers |            |
|----------|--------------------|------------|-------------|------------|
|          | Raadpleging        | Huisbezoek | Raadpleging | Huisbezoek |
| 2016     | 75,4%              | 42,3%      | 41,9%       | 83,0%      |
| 2023     | 85,7%              | 31,1%      | 71,0%       | 74,0%      |
| Evolutie | +13,7%             | -26,5%     | +69,5%      | -10,8%     |

<sup>10</sup> Onder advies wordt verstaan, het opmaken en ondertekenen, buiten welk onderzoek van de zieke ook, van getuigschriften, farmaceutische voorschriftbriefjes en allerlei bescheiden. Honorarium voor advies mag nooit samengevoegd worden met honorarium voor raadpleging of bezoek (RIZIV, Nomenclatuur en pseudonomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, 2025).

**Tabel 4: Aantal raadplegingen en huisbezoeken bij CM-leden van 65 jaar en ouder volgens VT-status en leeftijd in 2023 (Bron: CM)**

|               |                    |                  | Gemiddelde | Mediaan |
|---------------|--------------------|------------------|------------|---------|
| Raadplegingen | Totaal 65-plussers |                  | 6,5        | 5       |
|               | Sociaal statuut    | Niet-VT          | 6,5        | 5       |
|               |                    | VT               | 6,6        | 5       |
|               | Leeftijd           | 65-74 jaar       | 6,4        | 5       |
|               |                    | 75-84 jaar       | 7,0        | 6       |
|               |                    | 85 jaar en ouder | 5,6        | 4       |
| Huisbezoeken  | Totaal 65-plussers |                  | 8,6        | 6       |
|               | Sociaal statuut    | Niet-VT          | 7,4        | 4       |
|               |                    | VT               | 10,9       | 9       |
|               | Leeftijd           | 65-74 jaar       | 5,5        | 2       |
|               |                    | 75-84 jaar       | 7,5        | 4       |
|               |                    | 85 jaar en ouder | 11,1       | 10      |

Het mediaan aantal contacten bleef in de bestudeerde periode constant. Een analyse volgens leeftijdscategorie geeft een genuanceerder beeld (zie Tabel 4). Voor ouderen vanaf 85 jaar, zijn er in 2023 minder raadplegingen en een aanzienlijk hoger aantal huisbezoeken in vergelijking met de jongere ouderen. Bovendien is er een duidelijk verschil in het aantal huisbezoeken tussen ouderen met en zonder VT-status, waarbij de huisarts vaker zelf langsgaat bij ouderen met VT-status.

De analyse **volgens type contact en volgens gezinssamenstelling** – alleenstaand versus samenwonend – toont dat bij alleenstaande 65-plussers het aandeel met in 2023 minstens één huisbezoek beduidend hoger is dan bij de samenwonenden (zie Tabel 5). Het omgekeerde zien we voor de raadplegingen. Wat het volume aan contacten betreft, is er voor de raadplegingen geen verschil volgens gezinssamenstelling. Dit is wel het geval voor de huisbezoeken waar de huisarts vaker langsgaat bij alleenstaanden. Verder blijkt uit tabel 5 nog dat alleenstaande 65-plussers met VT-status de grootste kans hebben op een bezoek door de huisarts en dat het aantal huisbezoeken bij deze groep het hoogst is.

**Tabel 5: Aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder en aantal contacten in 2023 volgens type contact, gezinssamenstelling en VT-status (Bron: CM)**

|               |                    | Totaal       |             | Niet-VT      |             | VT           |             |
|---------------|--------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
|               |                    | Alleenstaand | Samenwonend | Alleenstaand | Samenwonend | Alleenstaand | Samenwonend |
| Huisbezoeken  | Aandeel gebruikers | 47,7%        | 29,7%       | 40,7%        | 24,6%       | 60,7%        | 42,6%       |
|               | Gemiddelde         | 10,2         | 8,6         | 9,1          | 7,6         | 11,5         | 10,1        |
|               | Mediaan            | 8            | 6           | 7            | 5           | 10           | 7           |
| Raadplegingen | Aandeel gebruikers | 77,1%        | 83,8%       | 80,1%        | 85,3%       | 71,5%        | 80,0%       |
|               | Gemiddelde         | 6,2          | 6,6         | 6,2          | 6,4         | 6,2          | 6,9         |
|               | Mediaan            | 5            | 5           | 5            | 5           | 5            | 5           |

**Tabel 6: Aantal huisartscontacten bij CM-leden van 85 jaar en ouder in 2023 volgens regio en verblijfplaats (Bron: CM)**

|                   | Totaal |             | Brussel |             | Vlaanderen |             | Wallonië |             |
|-------------------|--------|-------------|---------|-------------|------------|-------------|----------|-------------|
|                   | Thuis  | Voorziening | Thuis   | Voorziening | Thuis      | Voorziening | Thuis    | Voorziening |
| <b>Gemiddelde</b> | 12,3   | 14,7        | 9,1     | 12,2        | 12,6       | 15,3        | 11,5     | 12,8        |
| <b>Mediaan</b>    | 10     | 13          | 7       | 11          | 11         | 14          | 10       | 11          |

#### *Analyse volgens verblijfplaats*

Ook de verblijfplaats van een oudere speelt een rol bij het volume huisartscontacten: ongeacht de leeftijdscategorie, heeft wie thuis woont minder contacten met de huisarts dan wie hoofdzakelijk (minstens 90% van een jaar) in een voorziening verblijft (WZC, CVK, IBW, PVT). Tabel 6 illustreert dit voor de 85-plussers: gemiddeld 12,3 (mediaan: 10) voor wie thuis woont en gemiddeld 14,7 (mediaan: 13) voor wie in een voorziening verblijft. Uit tabel 6 blijken eveneens regionale verschillen: in Brussel hebben zowel thuiswonende 85-plussers als diegenen die er in een voorziening verblijven, minder contacten met een huisarts dan 85-plussers in Vlaanderen en Wallonië. In Wallonië heeft de verblijfplaats slechts een beperkte impact op het aantal huisartscontacten. In Brussel en Vlaanderen is dit veel meer het geval.

#### *Analyse volgens tijdstip prestatie*

Bij de analyse van de huisartscontacten (raadplegingen en huisbezoeken) volgens tijdstip van prestatie, keken we in het bijzonder naar prestaties tijdens het weekend, op feestdagen of 's avonds / 's nachts (= niet-reguliere uren). Tussen 2016 en 2023 neemt het aandeel ouderen met minstens één contact op een niet-regulier moment toe van

28,5% naar 38,3%. Het aantal contacten tijdens niet-reguliere uren kent in dezelfde periode een lichte toename (zie Tabel 7). Er is ook een verschil volgens leeftijd, VT-statuuut en regio, met een hoger aantal huisartscontacten tijdens niet-reguliere uren naarmate men ouder is, het VT-statuuut heeft of in Brussel of Wallonië woont.

Met het oog op de continuïteit van huisartsenzorg buiten reguliere praktijktijden, kunnen patiënten voor (semi)dringende zorgvragen terecht in een huisartsenwachtpost. Het is een systeem dat de beschikbaarheid en dus de toegankelijkheid van huisartsenzorg ten goede komt. Toch is er tussen 2016 en 2023 weinig evolutie in het gebruik van deze wachtposten. Noch het percentage CM-ouderen met minstens één contact met een wachtpost, noch het aantal contacten is substantieel gewijzigd. Opvallend is wel het grote verschil tussen Vlaanderen en de rest van het land: 21,6% van de Vlaamse CM-ouderen maakt in 2023 minstens één maal gebruik van een wachtpost. Dit is ongeveer driemaal zoveel als deze in Wallonië (7,4%) en viermaal zoveel als deze in Brussel (5,2%). In deze regio's is er wel een stijging te zien tegenover 2016 (4,0% en 2,7%). Het aantal keer dat een oudere in 2023 een wachtpost consulteert, is voor alle regio's gemiddeld ongeveer 1,5.

**Tabel 7: Aantal huisartscontacten tijdens niet-reguliere uren bij CM-leden van 65 jaar en ouder volgens leeftijd, VT-statuuut en regio (Bron: CM)**

|                   | Evolutie |      | 2023       |            |             |             |     |         |            |          |
|-------------------|----------|------|------------|------------|-------------|-------------|-----|---------|------------|----------|
|                   |          |      | Leeftijd   |            |             | VT-statuuut |     | Regio   |            |          |
|                   | 2016     | 2023 | 65-74 jaar | 75-84 jaar | 85 en ouder | Niet-VT     | VT  | Brussel | Vlaanderen | Wallonië |
| <b>Gemiddelde</b> | 2,4      | 3,1  | 2,8        | 3,2        | 3,7         | 2,9         | 3,7 | 4       | 2,9        | 4,1      |
| <b>Mediaan</b>    | 1        | 2    | 2          | 2          | 2           | 2           | 2   | 2       | 1          | 2        |

### 3.1.2. Ambulante contacten specialist

De voorbije jaren steeg het aandeel 65-plussers met minstens één ambulant contact met een specialist (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024) (zie Figuur 2). In dit aandeel is er wel een verschil volgens regio, leeftijd, geslacht en VT-statuuat. Dit is hoger in Vlaanderen en Wallonië in vergelijking met Brussel, bij de jongste ouderen in vergelijking met de 85-plussers, bij mannelijke 65-plussers in vergelijking met vrouwelijke en bij ouderen zonder VT-statuuat in vergelijking met ouderen met VT-statuuat.

Tussen 2016 en 2023 nam ook het volume aan ambulante contacten met een specialist per jaar toe: van gemiddeld 4,8 tot gemiddeld 5,3. De mediaan bleef in diezelfde periode stabiel. Daar waar voor het aantal huisartscontacten een leeftijdseffect is vastgesteld, is het beeld voor ambulante contacten met een specialist niet eenduidig. In 2023 vinden we het hoogste aantal bij de 75-84-jarigen en hebben 85-plussers gemiddeld minder contacten met een specialist. De mediaan bedraagt voor de jongste twee leeftijdscategorieën 4, voor de 85-plussers is dit 3. Volgens regio valt op dat in Brussel, ondanks het beperkter aandeel ouderen met minstens één contact, het aantal contacten doorgaans hoger is dan in de andere regio's. Qua volume contacten is er geen verschil volgens geslacht of VT-statuuat.

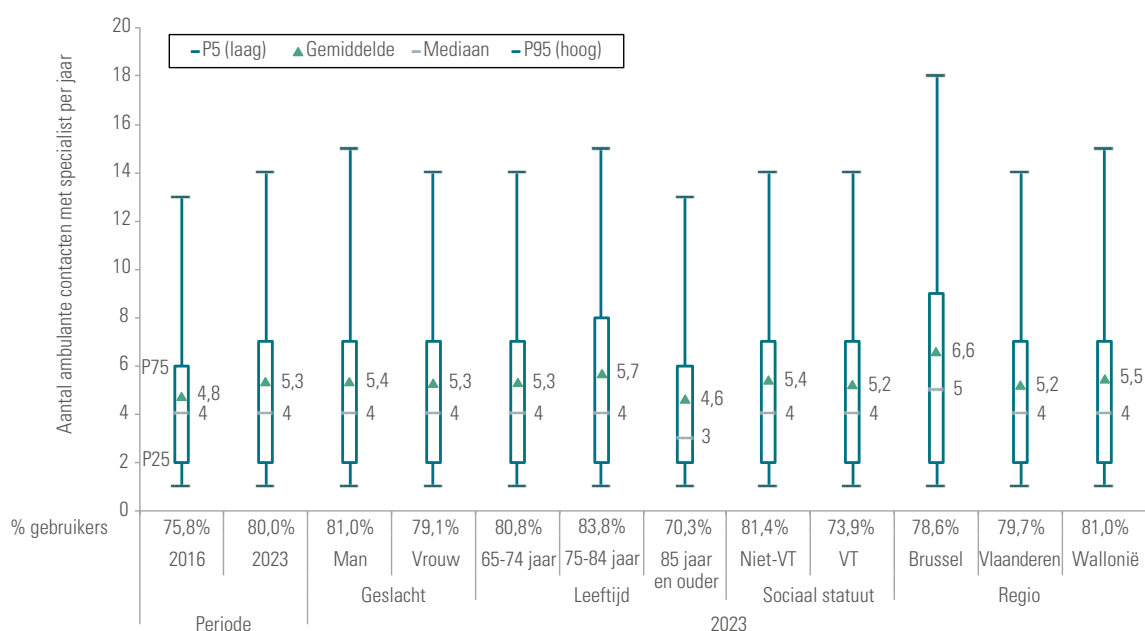
Ambulante prestaties door een specialist op niet-reguliere uren (weekend, avond, nacht of feestdag) komen in 2023 maar beperkt voor. Het aandeel ouderen met minstens één contact blijft met bijna 1% heel laag, al is dit wel een verdubbeling in vergelijking met 2016. Deze stijging is regio-gebonden: in Vlaanderen steeg dit percentage van 0,5% naar 0,9% en in Wallonië van 0,3% naar 1,1%. De grootste stijging is echter te vinden in Brussel: van 0,4% naar 1,8%.

### 3.1.3. Thuisverpleging

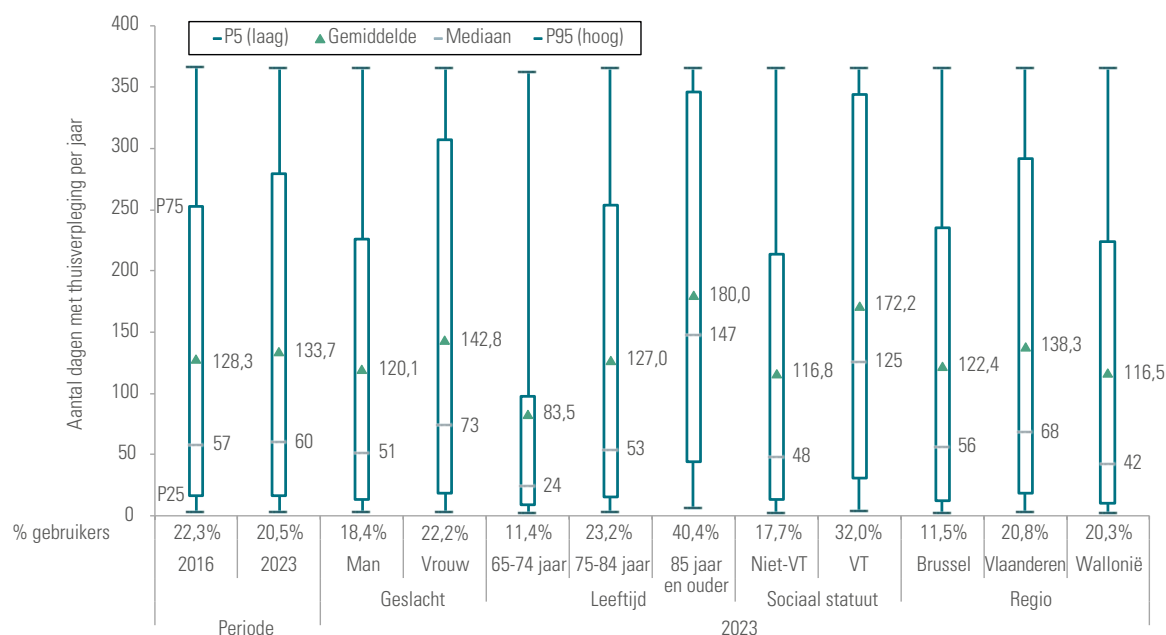
Eén vijfde van de CM-ouderen doet in 2023 minstens één dag een beroep op een thuisverpleegkundige. Het gemiddeld aantal dagen per jaar waarop een thuisverpleegkundige een patiënt-e bezoekt stijgt doorheen de tijd van 128 in 2016 naar 134 in 2023, met een lichte piek in de coronajaren 2020 en 2021 (beide 135 dagen). De mediaan stijgt in de periode 2016-2023 van 57 naar 60 dagen (zie Figuur 3).

Gemiddeld krijgen vrouwen op jaarbasis drie weken meer een thuisverpleegkundige over de vloer dan mannen (143 dagen tegenover 120; mediaan: 73 dagen tegenover 51).

**Figuur 2: Distributie van het aantal ambulante contacten met een specialist per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 jaar en ouder volgens geslacht, leeftijd, VT-statuuat en regio (Bron: CM)**



**Figuur 3: Distributie van het aantal dagen met thuiszorg per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 jaar en ouder volgens geslacht, leeftijd, VT-statuuat en regio (Bron: CM)**



Van de Brusselse CM-ouderen maakt slechts 11,5% gebruik van thuiszorg, terwijl dit in Vlaanderen en Wallonië respectievelijk 20,9% en 20,3% is. Ook de frequentie verschilt aanzienlijk tussen de regio's. Gemiddeld maken Vlaamse ouderen op jaarbasis twee weken meer gebruik van thuiszorg (138 dagen) in vergelijking met Waalse (117) en Brusselse ouderen (122). De helft van de Vlaamse ouderen die thuisverpleging krijgen, ziet de thuisverpleegkundige minstens twee maanden (68 dagen) per jaar, dit is bijna vier weken meer dan ouderen in Wallonië (42) en bijna twee weken meer dan ouderen in Brussel (56).

Bijna één op de drie 65-plussers met VT-statuuat (32,0%) doet een beroep op een thuisverpleegkundige. Bij de CM-ouderen zonder VT-statuuat is dit minder dan één op vijf (17,7%). Ook het aantal dagen per jaar met verpleegkundige thuiszorg verschilt volgens VT-statuuat: gemiddeld 117 dagen bij ouderen zonder VT-statuuat (mediaan: 48), gemiddeld 172 dagen bij ouderen met VT-statuuat (mediaan: 125).

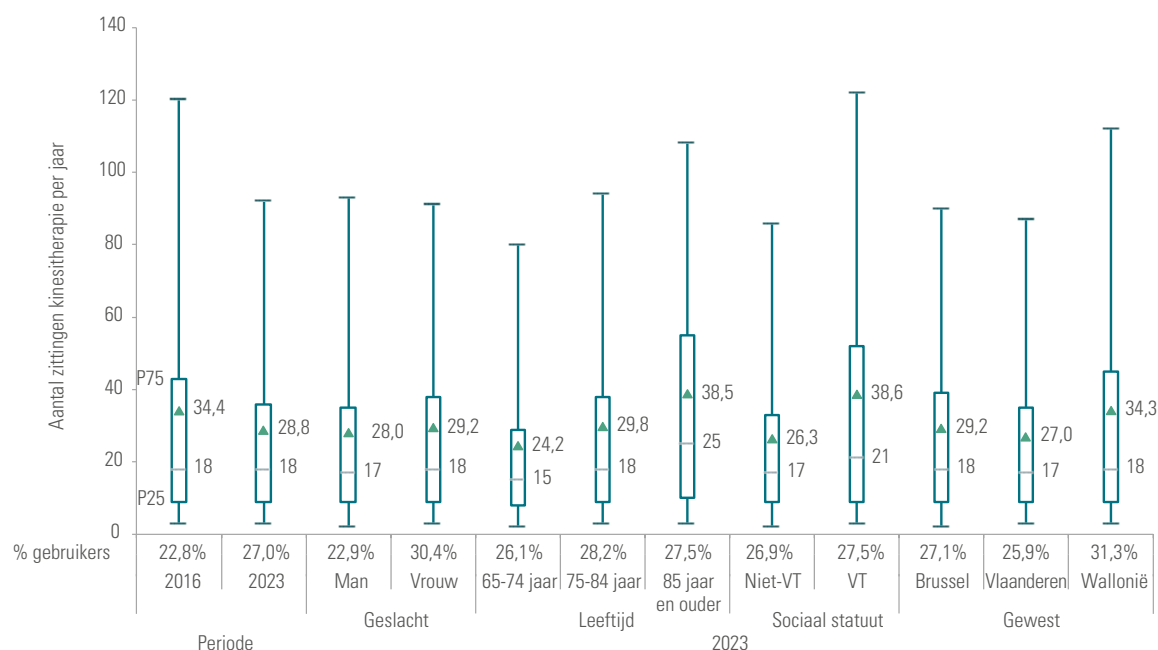
Maar vooral leeftijd is bepalend in het al dan niet krijgen van thuisverpleging en in de hoeveelheid thuisverpleging. Van de 65-74-jarigen doet in 2023 slechts 11,4% er een beroep op, met voor de helft van deze leeftijdscategorie maximaal 24 dagen thuiszorg. In de leeftijdscategorie 75-84 jaar verdubbelt het aantal personen dat een thuisverpleegkundige aan huis laat komen (23,2%), net als het volume prestaties per persoon per jaar. De helft van de ouderen in deze leeftijdscategorie ziet in 2023 minstens 53 dagen een thuisverpleegkundige. De hoogste waarden vinden we echter bij de 85-plussers: 40,4% doet een beroep op thuisverpleging. De helft van de 85-plussers die er een beroep op doen, doet dit minstens 147 dagen.

### 3.1.4. Kinesitherapie

#### Globale analyse

In 2023 heeft bijna 27% van de CM-65-plussers minstens één ambulant contact met een kinesist (in 2016: 23%). Dit percentage schommelt volgens geslacht en regio. Volgens leeftijdscategorie en VT-statuuat is weinig verschil vastgesteld (zie Figuur 4).

**Figuur 4: Distributie aantal zittingen ambulante kinesitherapie per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 jaar en ouder volgens geslacht, leeftijd, VT-statuu en regio (Bron: CM)**



In 2023 bedraagt het gemiddeld aantal zittingen per persoon 29 (mediaan: 18). 25% van de personen die een beroep doen op kinesitherapie, krijgt 36 zittingen of meer (P75). Hier is een leeftijdseffect merkbaar: het aantal zittingen stijgt met de leeftijdscategorie. Ook het VT-statuu heeft een invloed: het gemiddeld en mediaan aantal zittingen is hoger voor personen met VT-statuu dan voor personen zonder dit statuut.

### Analyse per type behandeling

Het aandeel gebruikers van kinesitherapie en de gebruiksintensiteit variëren sterk volgens het type kinesitherapie. Tabel 8 toont voor 2023 het gemiddeld en mediaan aantal zittingen kinesitherapie per type.

- Voor de **courante verstrekkingen**, waar 18% van de 65-plussers gebruik van maakt, is het gemiddeld aantal zittingen 12 (mediaan: 9). Hierbij moet rekening worden gehouden met de wetgeving die het aantal terugbetaalde zittingen beperkt tot 18, voor eenzelfde pathologie (indien er extra behandeling nodig is, kan er maximum twee keer een nieuwe reeks van 18 zittingen worden toegekend aan verminderde terugbetaling).

- Voor een bepaald aantal **acute pathologieën** (Fa-lijst) worden maximum 60 zittingen terugbetaald (soms 120). Daarom is het gemiddeld aantal zittingen hier hoger: 27 (mediaan: 23). Ongeveer 4,7% van de 65-plussers maakt gebruik van deze vorm van kinesitherapie.
- Voor een aantal **chronische pathologieën** (Fb-lijst) worden maximum 60 zittingen terugbetaald (en eventueel 20 extra zittingen). Ongeveer 4,6% van de 65-plussers krijgt deze behandeling. Het gemiddeld aantal zittingen bedraagt 41 (mediaan: 36) en stijgt met de leeftijd. Ook het sociaal statuut heeft een invloed: VT-rechthebbenden hebben meer zittingen per jaar dan personen zonder VT-statuu.
- Verder bestaat nog een lijst van **zware pathologieën** (E-lijst) zonder bepaling van het aantal zittingen (behalve uitzonderingen). Iets meer dan 3% van de CM-leden van 65 en ouder is in dit kader behandeld. De gebruiksintensiteit is hier zeer hoog met gemiddeld 70 zittingen (mediaan: 60). Er is een klein leeftijdseffect met meer zittingen bij 85-plussers dan bij de andere leeftijdscategorieën. De invloed van het VT-statuu is echter meer uitgesproken: VT-rechthebbenden hebben gemiddeld 20 zittingen meer dan wie geen VT-statuu heeft.

Tabel 8: Aantal ambulante zittingen in 2023 per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 jaar en ouder volgens type kinesitherapie (Bron: CM)

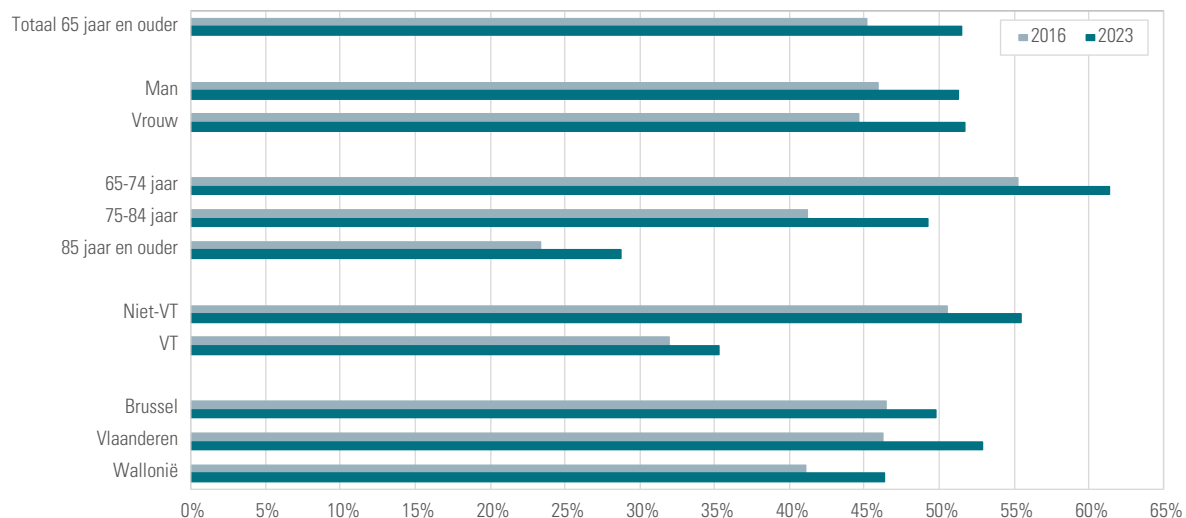
|                                     |                    |             | Gemiddelde | Mediaan |
|-------------------------------------|--------------------|-------------|------------|---------|
| Courante verstrekkingen             | Totaal 65-plussers |             | 12,3       | 9       |
|                                     | Sociaal statuut    | Niet-VT     | 12,2       | 9       |
|                                     |                    | VT          | 13,2       | 10      |
|                                     | Leeftijd           | 65-74 jaar  | 12,1       | 9       |
|                                     |                    | 75-84 jaar  | 12,5       | 9       |
|                                     |                    | 85-plussers | 13,0       | 10      |
| Acute pathologieën (Fa-lijst)       | Totaal 65-plussers |             | 27,0       | 23      |
|                                     | Sociaal statuut    | Niet-VT     | 26,6       | 23      |
|                                     |                    | VT          | 28,3       | 24      |
|                                     | Leeftijd           | 65-74 jaar  | 26,4       | 22      |
|                                     |                    | 75-84 jaar  | 27,3       | 24      |
|                                     |                    | 85-plussers | 28,0       | 24      |
| Chronische pathologieën (Fb-lijst)  | Totaal 65-plussers |             | 40,6       | 36      |
|                                     | Sociaal statuut    | Niet-VT     | 38,7       | 34      |
|                                     |                    | VT          | 44,4       | 40      |
|                                     | Leeftijd           | 65-74 jaar  | 36,2       | 32      |
|                                     |                    | 75-84 jaar  | 38,8       | 34      |
|                                     |                    | 85-plussers | 43,8       | 39      |
| Zware pathologieën (E-lijst)        | Totaal 65-plussers |             | 71,0       | 60      |
|                                     | Sociaal statuut    | Niet-VT     | 65,8       | 54      |
|                                     |                    | VT          | 85,6       | 76      |
|                                     | Leeftijd           | 65-74 jaar  | 70,2       | 58      |
|                                     |                    | 75-84 jaar  | 70,2       | 60      |
|                                     |                    | 85-plussers | 75,6       | 68      |
| Patiënten met palliatieve thuiszorg | Totaal 65-plussers |             | 57,7       | 33      |
|                                     | Sociaal statuut    | Niet-VT     | 55,7       | 31      |
|                                     |                    | VT          | 61,0       | 39      |
|                                     | Leeftijd           | 65-74 jaar  | 57,9       | 32      |
|                                     |                    | 75-84 jaar  | 57,7       | 31      |
|                                     |                    | 85-plussers | 57,6       | 36      |

- Ten slotte maken slechts zeer weinig **patiënten met palliatieve thuiszorg** gebruik van kinesitherapie (0,5%). Maar als zij hiervan gebruik maken, is het wel zeer intensief: gemiddeld 58 zittingen (mediaan: 33). Hier zien we dat personen met VT-statuuat meer zittingen hebben dan deze zonder VT-statuuat.

### 3.1.5. Tandzorg

Globaal krijgt in 2023 iets minder dan 52% van de CM-leden van 65 en ouder één of andere verstrekking **ambulante tandzorg** (2016: 45%). Dit percentage schommelt volgens leeftijd, VT-statuuat en regio, maar niet volgens geslacht (zie Figuur 5). Inzake gebruiksvolume wordt gemiddeld en mediaan twee dagen per jaar een beroep gedaan op tandzorg. Deze indicatoren variëren niet volgens de verschillende analysecriteria.

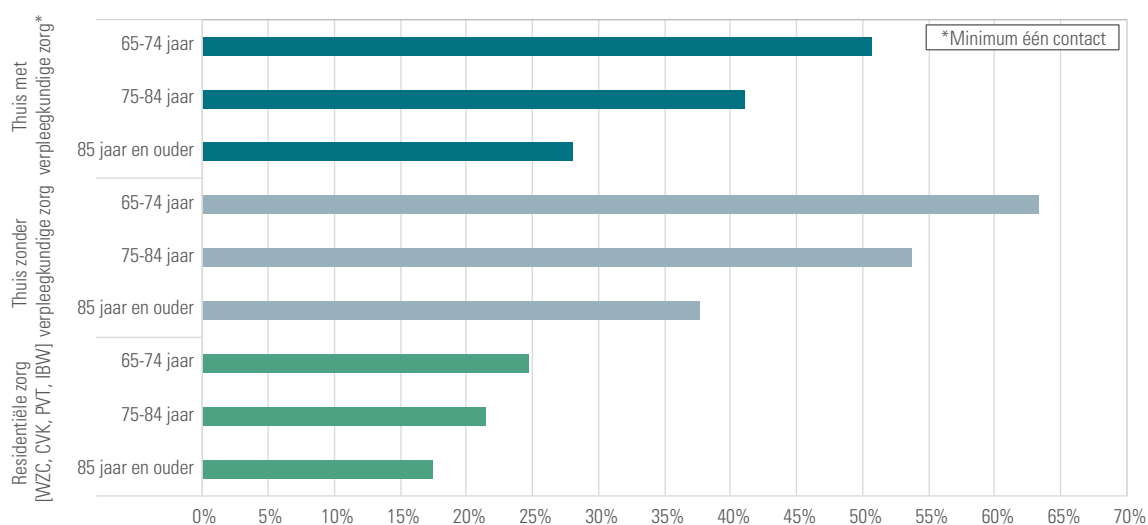
**Figuur 5: Aandeel CM-leden vanaf 65 jaar en ouder met ambulante tandzorg volgens geslacht, leeftijd, VT-status en regio, in 2016 en 2023 (Bron: CM)**



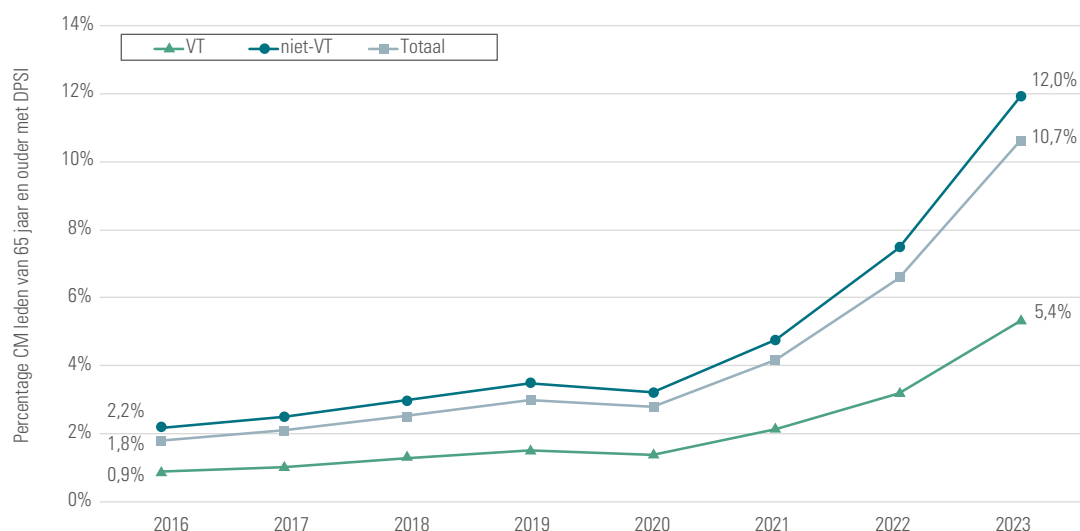
Wie in een zorgvoorziening verblijft, heeft veel minder tandzorg, ongeacht de leeftijdscategorie (zie Figuur 6). Voor wie thuis woont, stellen we vast dat zij veel minder tandzorg hebben als zij ook thuisverpleging krijgen. 85-plussers die thuis wonen zonder thuiszorg, hebben zelfs twee keer meer tandzorg ten opzichte van wie in een zorgvoorziening verblijft.

Bij steeds meer ouderen vindt een verstrekking tandzorg plaats waarbij de parodontale index **DPSI** wordt bepaald (enige parodontologieverstrekking die bij 65-plussers wordt terugbetaald). Bij de 65-plussers steeg het aandeel dat deze verstrekking kreeg van 1,8% in 2016 tot 10,7% in 2023. Zoals blijkt uit figuur 7, steeg dit aandeel vooral de jongste jaren snel (behalve in 2020, het jaar van de coronapandemie).

**Figuur 6: Aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder met ambulante tandzorg volgens verblijfplaats en leeftijd, in 2023 (Bron: CM)**



**Figuur 7: Percentage CM-leden van 65 en ouder met een prestatie parodontale index DPSI, volgens VT-status, van 2016 tot 2023 (Bron: CM)**



Er is een groot verschil merkbaar volgens VT-status (in 2023, VT: 5,4%, niet-VT: 12,0%), volgens regio (in 2023, Vlaanderen: 11,5%, Wallonië: 7,7%, Brussel: 8,5%) en volgens leeftijds categorie (in 2023, 65-74 jaar: 15,4%, 85-plussers: 2,1%).

Het volume varieert ook volgens verblijfplaats. Voor wie in een zorgvoorziening verblijft, is het gemiddeld volume 1.521 DDD (mediaan: 1.352). Voor wie thuis woont, is het gemiddeld volume, naargelang er wel of geen thuisverpleging is, respectievelijk 1.802 DDD (mediaan: 1.605) en 1.192 DDD (mediaan: 980).

## 3.2. Ambulante geneesmiddelen

### 3.2.1. Geneesmiddelenvolume

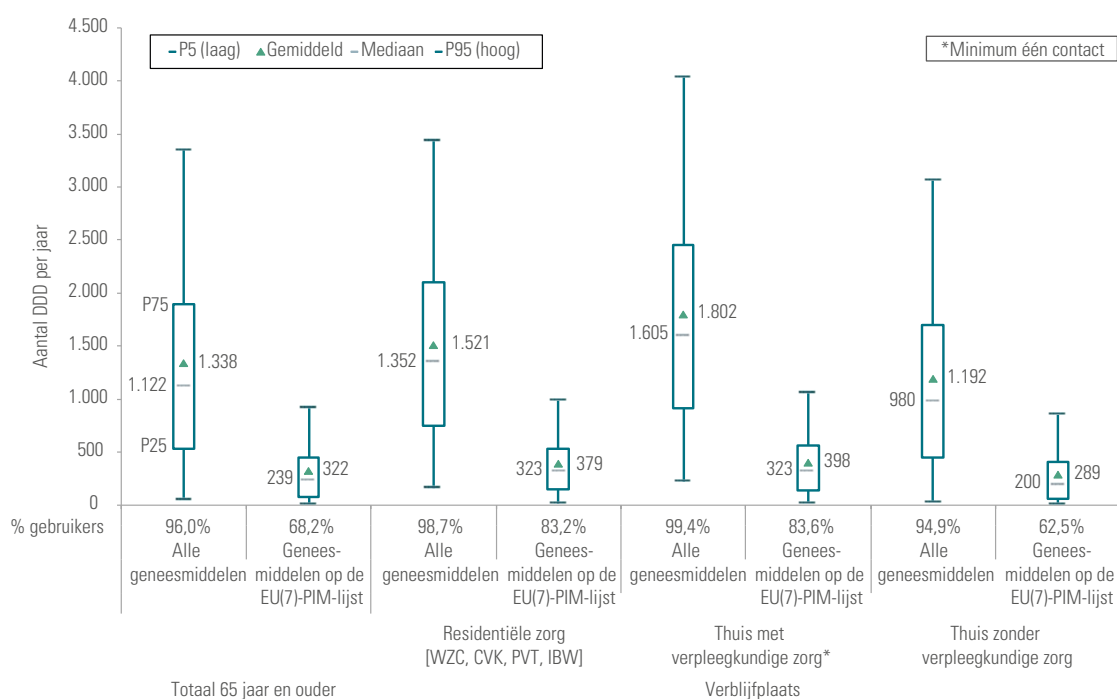
Onze vorige studie toonde aan dat bijna alle CM-65-plussers een ambulant geneesmiddel nemen (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Figuur 8 toont voor 2023 de spreiding van het **geneesmiddelenvolume** in DDD. Het gemiddeld volume bedraagt 1.338 DDD (mediaan: 1.122). Bij sommige personen is dat volume nog hoger: 25% van de gebruikers heeft 1.875 DDD of meer (P75).

Dit volume varieert volgens geslacht (gemiddeld 1.389 DDD bij de mannen en 1.298 DDD bij de vrouwen), volgens leeftijd (gemiddeld 1.171 DDD voor de 65-74-jarigen, 1.512 DDD voor de 85-plussers), volgens VT-status (gemiddeld 1.579 DDD bij VT en 1.279 DDD zonder VT) en volgens regio (gemiddeld 1.327 DDD in Vlaanderen, 1.391 DDD in Wallonië en 1.262 DDD in Brussel).

Deze volumes kunnen vragen oproepen over de kwaliteit van het voorschrijven van geneesmiddelen. Om een schatting te hebben van het **volume aan potentieel onaangepaste geneesmiddelen**, gebruikten wij de *EU(7)-PIM*-lijst. Globaal nam in 2023, 68% van de CM-65-plussers minstens één geneesmiddel uit deze lijst. Voor wie in een zorgvoorziening verblijft, stijgt dit percentage tot 83%. Bij personen die thuis wonen, bedraagt dit percentage respectievelijk 84% en 62%, naargelang ze wel of geen thuisverpleging krijgen.

In 2023 bedraagt het volume van deze potentieel onaangepaste geneesmiddelen 322 DDD (mediaan: 239). De grootteorde is vergelijkbaar naar gelang de ouderen in een zorgvoorziening of thuis wonen met thuisverpleging (gemiddeld: 379 DDD en 398 DDD; mediaan: 323 DDD). Dit volume is echter lager bij ouderen die thuis wonen zonder thuisverpleging (gemiddeld: 289 DDD; mediaan: 200 DDD).

**Figuur 8: Distributie ambulante geneesmiddelen (raming in DDD) per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 en ouder volgens verblijfplaats, in 2023 (Bron: CM)**

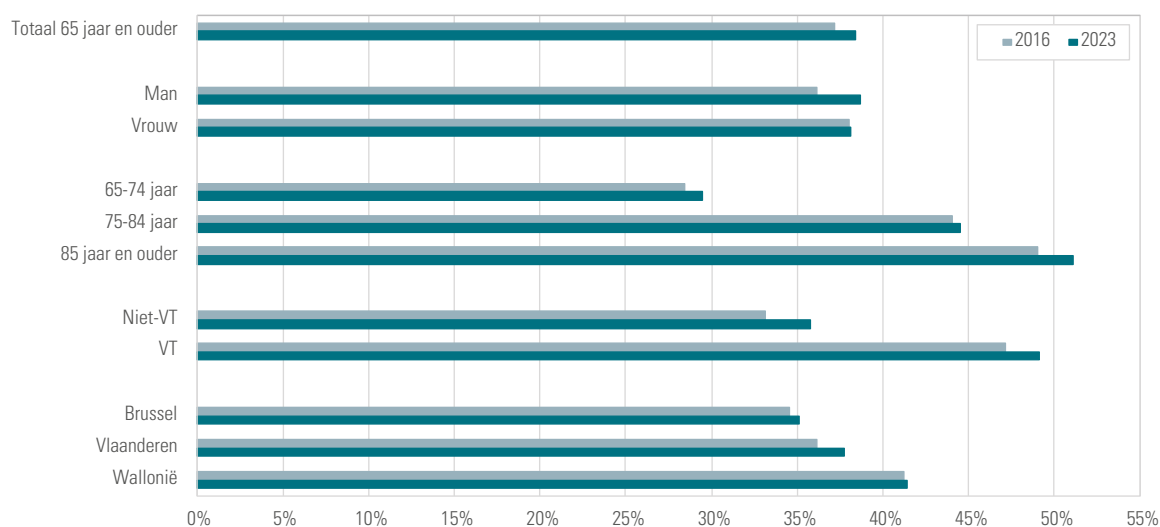


### 3.2.2. Polyfarmacie

Een andere manier om het volume van ambulante geneesmiddelen te bekijken, is nagaan **hoeveel verschillende geneesmiddelen** ouderen nemen. Er is sprake van polyfarmacie bij regelmatig gebruik van minstens vijf verschillende geneesmiddelen.

Polyfarmacie komt vrij frequent voor bij CM-leden van 65 jaar en ouder: globaal 38% in 2023 (2016: 37%) (zie Figuur 9). Dit aandeel stijgt volgens de leeftijd. Polyfarmacie komt veel vaker voor bij personen met VT-statuut dan bij diegenen zonder dit statuut.

**Figuur 9: Aandeel CM-leden van 65 en ouder met polyfarmacie volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en regio in 2016 en 2023 (Bron: CM)**



Ook zijn er regionale verschillen met een groter aandeel polyfarmacie in Wallonië dan in Vlaanderen en Brussel. Ten slotte speelt de verblijfplaats een rol: het percentage polyfarmacie bedraagt 52% bij ouderen die gewoonlijk in een zorgvoorziening verblijven. Wanneer zij thuis wonen, daalt dit percentage tot 31% zonder thuisverpleging maar het loopt op tot 59% met thuisverpleging.

### 3.2.3. Griepvaccin

Bij de ambulante geneesmiddelen is de evolutie van de **vraag naar het griepvaccin** bij CM-65-plussers (die niet in een WZC verblijven<sup>11</sup>) interessant om te onderzoeken. Van 2016 tot 2019 bleef de vraag algemeen stabiel (57 tot 58%) met dan een piek in 2020 (68%) en daarna een progressieve daling tot 62% 65-plussers dat zich in 2023 liet inenten. Het aandeel gevaccineerden in 2023 is nog hoger dan vóór de coronapandemie in 2020. Deze evolutie is te merken voor de drie leeftijdscategorieën: 65-74 jaar, 75-84 jaar, 85 jaar en ouder (zie Figuur 10).

Een andere belangrijke evolutie: vóór de pandemie vroegen iets meer VT-rechthebbenden het griepvaccin dan wie geen VT had (in 2019: 61% bij VT-statutuut en 57% zonder VT-statutuut). Deze trend keert echter na 2020 (in 2023: 59% bij VT-statutuut en 62% zonder VT-statutuut). De regionale ver-

schillen blijven ook duidelijk aanwezig in de periode 2016 tot 2023: in Vlaanderen is het percentage 65-plussers dat het griepvaccin liet zetten het hoogst (2023: 66%), terwijl dit in Wallonië en Brussel aanzienlijk lager is (in 2023, respectievelijk: 48% en 47%).

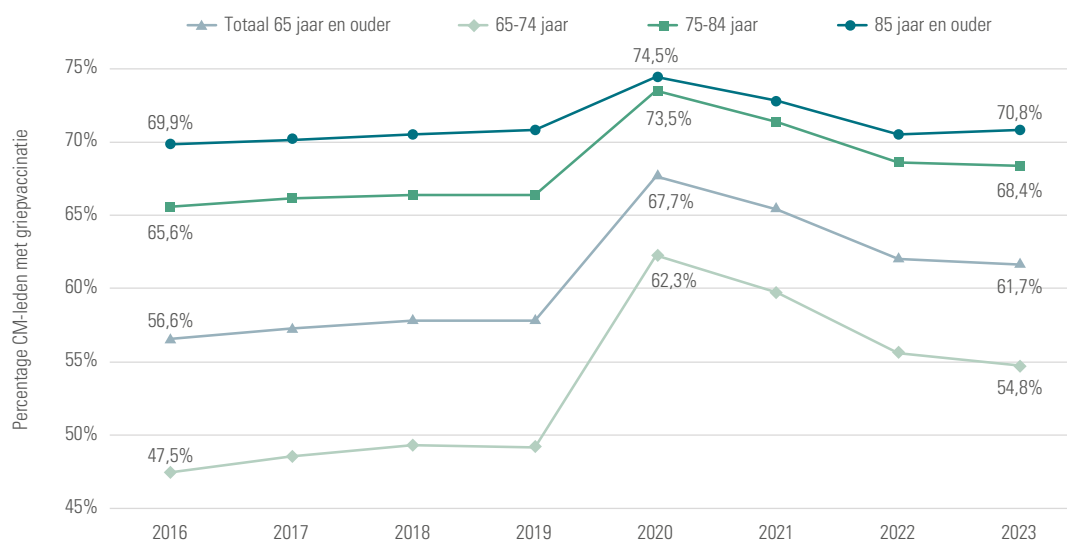
## 3.3. Ziekenhuiszorg

### 3.3.1. Contact met de spoedafdeling van een ziekenhuis

In de eerste studie rond ouderenzorg bleek tussen 2016 en 2022 al een licht stijgende trend in het aandeel CM-65-plussers dat in de loop van een jaar een beroep doet op de spoedafdeling van een ziekenhuis (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). In 2023 heeft minstens één op de vijf 65-plussers een contact met een spoedafdeling (2016: 18,6%). Er zijn wel regionale verschillen: 20,3% van de 65-plussers uit Vlaanderen, 23,1% van de Waalse en 25,8% van de Brusselse.

Het gemiddeld aantal contacten stijgt in de periode 2016-2023 echter niet en bedraagt 1,5 (mediaan: 1) in 2023. Het gemiddeld aantal contacten van een patiënt-e varieert niet ongeacht de analysecriteria.

**Figuur 10: Aandeel CM-leden van 65 en ouder met een griepvaccin volgens leeftijd, van 2016 tot 2023, zonder WZC-bewoners (Bron: CM)**



11 In Vlaanderen zijn de vaccins voor woonzorgcentrumbewoners gratis. De Vlaamse Gemeenschap financiert ze en deze uitgaven verschijnen niet in de mutualistische gegevens (Gerkens, et al., 2024b, p. 25).

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

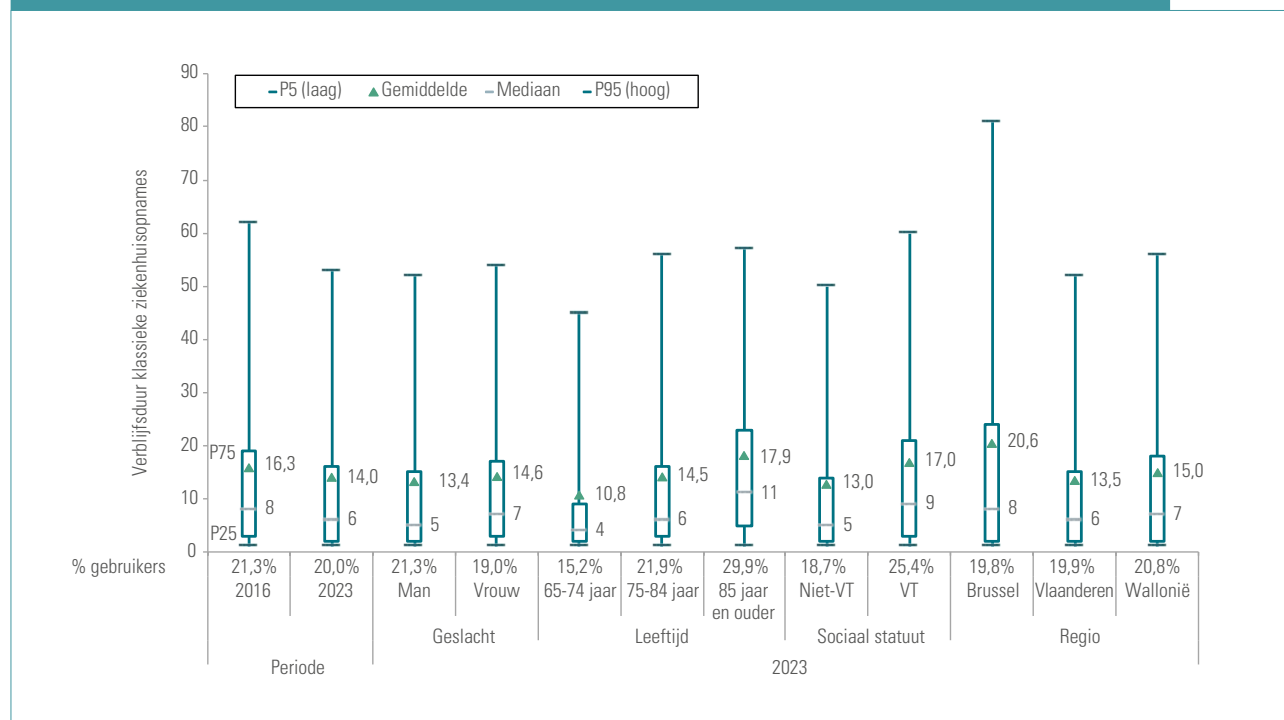
In totaal maakt in 2023 meer dan één vierde (25,9%) van de CM-65-plussers gebruik van het dagziekenhuis, chirurgisch of niet-chirurgisch. Ten opzichte van 2016 is dit percentage gestegen met 5,1%. Opvallend hierbij zijn de regionale verschillen: terwijl in Brussel de stijging 2,3% bedraagt (van 21,7% naar 24,0%), is dit in Vlaanderen en Wallonië respectievelijk 5,2% (van 21,4% naar 26,7%) en 4,9% (van 18,4% naar 23,3%). De sterkere stijging in Vlaanderen en Wallonië is vooral toe te schrijven aan het niet-chirurgisch dagziekenhuis (zie Tabel 9). In het chirurgisch dagziekenhuis is er een algemene stijging van 1,9%, met 1,4% in Brussel, 2,0% in Vlaanderen en 1,8% in Wallonië. Voor het niet-chirurgisch dagziekenhuis zijn de verschillen meer uitgesproken: een algemene stijging van 4,0%, maar van slechts 1,2% in Brussel tegenover 4,1% in Vlaanderen en 3,8% in Wallonië.

Indien 65-plussers opgenomen worden in het chirurgisch of niet-chirurgisch dagziekenhuis, is dit zowel in 2016 als in 2023 gemiddeld ongeveer drie keer per jaar, maar minstens de helft heeft slechts één opname. Het gemiddeld aantal opnames verschilt lichtjes tussen mannen (3,4) en vrouwen (3,0), tussen ouderen zonder VT-statuuut (3,0) en ouderen met dit statuut (3,7), volgens leeftijd (65-74-jarigen: 2,8; 75-74-jarigen: 3,5 en 85-plussers: 3,4) en volgens regio (Brussel: 3,5; Vlaanderen: 3,1 en Wallonië: 3,3). Gemiddeld zijn er 3,5 opnames in 2023 voor het niet-chirurgisch dagziekenhuis (mediaan: 1) en 1,4 opnames voor het chirurgisch dagziekenhuis (mediaan: 1).

**Tabel 9: Aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder met een opname in het dagziekenhuis (chirurgisch en niet-chirurgisch) volgens regio, in 2016 en 2023 (Bron: CM)**

| Jaar | Niet-chirurgisch dagziekenhuis |         |            |          | Chirurgisch dagziekenhuis |         |            |          |
|------|--------------------------------|---------|------------|----------|---------------------------|---------|------------|----------|
|      | Totaal                         | Brussel | Vlaanderen | Wallonië | Totaal                    | Brussel | Vlaanderen | Wallonië |
| 2016 | 16,2%                          | 17,6%   | 16,8%      | 13,9%    | 6,1%                      | 5,7%    | 6,2%       | 5,7%     |
| 2023 | 20,2%                          | 18,7%   | 20,9%      | 17,7%    | 8,0%                      | 7,1%    | 8,2%       | 7,5%     |

**Figuur II: Distributie van de verblijfsduur (klassieke opname) per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 jaar en ouder volgens geslacht, leeftijd, VT-statuuut en regio (Bron: CM)**



### 3.3.3. Klassieke opname

Het aandeel CM-ouderen dat in de loop van een jaar opgenomen wordt voor een klassieke opname, blijft in de bestudeerde periode stabiel: één op vijf (zie Figuur 11). Met een aandeel van 29,9% in 2023 is het risico op minstens één opname wel groter bij 85-plussers, net als bij ouderen met VT-statuu (25,4% tegenover 18,7% van de 65-plussers zonder dit statuut). Indien een 65-plusser opgenomen wordt in het ziekenhuis, dan gaat het gemiddeld om anderhalve opname per jaar (mediaan: 1). Er is geen evolutie in de periode 2016-2023. In 2023 is er ook geen verschil in het aantal opnames volgens geslacht, leeftijdscategorie, VT-statuu of regio.

Bij de analyse per jaar van de gemiddelde totale ligduur per persoon van alle klassieke opnames samen, stellen we vast dat deze daalt van 16,3 dagen in 2016 (mediaan: 8) tot 14,0 in 2023 (mediaan: 6). In 2023 zien we dat ouderen met VT-statuu een langere verblijfsduur in het ziekenhuis hebben (gemiddeld: 17,0; mediaan: 9) dan ouderen zonder dit statuut (gemiddeld: 13,0, mediaan: 5). Er is een klein verschil volgens geslacht: vrouwen verblijven één tot twee dagen langer in het ziekenhuis dan mannen. Uit figuur 11 blijkt een duidelijk leeftijdseffect: hoe ouder de patiënt-e, hoe langer het ziekenhuisverblijf. Mensen tussen 65 en 74 jaar hebben een gemiddelde verblijfsduur van ongeveer 11 dagen (mediaan: 4), terwijl de verblijfsduur voor 75 tot 84-jarigen 14,5 dagen bedraagt (mediaan: 6) en voor 85-plussers 17,9 (mediaan: 11). We stellen ook regionale verschillen vast met een hogere verblijfsduur in Brussel (gemiddeld: 20,6; mediaan: 8) vergeleken met Vlaanderen (gemiddeld: 13,5; mediaan: 6) en Wallonië (gemiddeld: 15,0; mediaan: 7).

### 3.4. Revalidatie

In 2023 doet 7,8% van de CM-65-plussers (= 86.500 personen) een beroep op zorg in het kader van een van de revalidatieovereenkomsten (in 2016: 6,2%). Dit aandeel is hoger bij mannen (10,4%) dan bij vrouwen (5,6%), bij personen met VT-statuu (8,7%) ten opzichte van diegenen zonder dit statuut (7,6%), bij de 65-84-jarigen (8,3%) ten opzichte van de 85-plussers (5,4%). Meestal is die zorg zeer intensief. Het aantal dagen dat revalidatie wordt geattesteerd,

is zeer hoog: gemiddeld 209 dagen in 2023 (mediaan: 337 dagen). Veel patiënten krijgen deze zorg dagelijks.

Deze zorg vereist niet noodzakelijk een verblijf in een gespecialiseerd centrum. Ze kan ook ambulant verstrekt worden of thuis bij de patiënt-e (het centrum zal dan de diagnose stellen en de behandeling bepalen, bijstand bieden en materiaal ter beschikking stellen, enz.). Dat is bijvoorbeeld het geval bij de overeenkomst 7.85 voor langdurige chronische ademhalingsondersteuning thuis. Dankzij deze overeenkomst kan vastgesteld worden of iemand lijdt aan het obstructief slaapapneusyndroom, in welk geval die baat heeft bij een thuisbehandeling met een CPAP-toestel (*continuous positive airway pressure*) of een onderkaakorthese. In 2023 maken bijna 32.000 65-plussers gebruik van zorg in het kader van deze overeenkomst.

### 3.5. Residentiële en semi-residentiële zorg

In 2023 verblijft van de CM-leden van 65 jaar en ouder 0,5% minstens één dag in een dagverzorgingscentrum (DVC), 1,3% in een centrum voor kortverblijf (CVK) en 7,2% in een woonzorgcentrum (WZC). Het aandeel gebruikers verschilt volgens regio en geslacht en vooral volgens leeftijd. Verder doen ouderen met VT-statuu vaker een beroep op deze voorzieningen.

Tabel 10 bevat voor de verschillende types voorzieningen informatie over het aantal verblijfsdagen per persoon in 2023. Zo doen 65-plussers gemiddeld 63 dagen per jaar een beroep op een DVC, omgerekend 1,2 dagen per week. Voor kortverblijf, waar het gemiddeld aantal opnamedagen 41 bedraagt, moet er bij het lezen van de resultaten rekening gehouden worden met de reglementering die het aantal opnamedagen op jaarbasis beperkt: 90 dagen in Brussel en Wallonië en 60 dagen in Vlaanderen. Zoals verwacht ligt het aantal opnamedagen in een WZC hoog en verblijft een groot deel van de ouderen er het ganse jaar. Bij de drie types voorzieningen zien we bij ouderen met VT-statuu een hoger aantal opnamedagen. Bij DVC is een omgekeerd leeftijdseffect vastgesteld met minder verblijfsdagen naarmate men ouder wordt.

Tabel 10: Aantal verblijfsdagen in 2023 voor CM-leden van 65 jaar en ouder in ouderenvoorzieningen volgens VT-status en leeftijd (Bron: CM)

|                           |                    |             | Gemiddelde | Mediaan |
|---------------------------|--------------------|-------------|------------|---------|
| Dagverzorgingscentrum     | Totaal 65-plussers |             | 63,0       | 45      |
|                           | Sociaal statuut    | Niet-VT     | 59,0       | 41,5    |
|                           |                    | VT          | 70,5       | 51      |
|                           | Leeftijd           | 65-74 jaar  | 68,0       | 49      |
|                           |                    | 75-84 jaar  | 61,7       | 45      |
|                           |                    | 85-plussers | 62,8       | 42      |
| Centrum voor Kortverblijf | Totaal 65-plussers |             | 41,0       | 33      |
|                           | Sociaal statuut    | Niet-VT     | 40,4       | 32      |
|                           |                    | VT          | 42,3       | 33      |
|                           | Leeftijd           | 65-74 jaar  | 38,6       | 30      |
|                           |                    | 75-84 jaar  | 40,2       | 32      |
|                           |                    | 85-plussers | 41,8       | 33      |
| Woonzorgcentrum           | Totaal 65-plussers |             | 273,4      | 354     |
|                           | Sociaal statuut    | Niet-VT     | 267,4      | 351     |
|                           |                    | VT          | 281,7      | 357     |
|                           | Leeftijd           | 65-74 jaar  | 275,2      | 356     |
|                           |                    | 75-84 jaar  | 267,7      | 351     |
|                           |                    | 85-plussers | 275,3      | 355     |

## 4. Bespreking van de resultaten

Deze studie toont dat heel wat ouderen in de loop van een jaar met diverse zorgverleners een of meerdere contacten hebben en dat hierin, naar gelang de onderzochte indicator, verschillen zijn volgens parameters als leeftijd, geslacht, VT-status en regio. Voor de duiding van de resultaten gebruiken we het analysekader van zorgtoegankelijkheid waarbij we voor de verschillende dimensies ervan – gevoeligheid, beschikbaarheid, aanvaardbaarheid en betaalbaarheid (Cès, 2021) – enkele frappante bevindingen vermelden. Wel moet er hierbij rekening mee worden gehouden dat toegankelijkheid multidimensionaal is en de mate van toegankelijkheid van een specifieke zorgvorm afhankelijk is van aspecten op meerdere dimensies tegelijk. Ook gaat het hier om het effectieve zorggebruik van ouderen dat niet noodzakelijk overeenkomt met het verwachte zorggebruik op basis van klinisch geobjectiveerde behoeften. Verschillende drempels kunnen er immers toe leiden dat sommigen zorg uitstellen of ervan afzien. De bespreking van de resultaten rond polyfarmacie en potentieel onaangepast geneesmiddelengebruik gebeurt vanuit de invalshoek zorgkwaliteit.

### 4.1. Toegankelijkheid van zorg

#### 4.1.1. Gevoeligheid

Gevoeligheid voor zorg betekent dat men **een gezondheidsprobleem of -risico kan identificeren**. Dit gebeurt vaak door de **persoon zelf of door een naaste**, bijvoorbeeld op basis van (ervaren) symptomen. We stelden vast dat een meerderheid van de CM-ouderen in de loop van een jaar contact heeft met de huisarts en dat het aantal contacten op jaarbasis hoger is voor de oudste leeftijdscategorie en voor personen met VT-status, twee groepen wiens gezondheidssituatie doorgaans minder gunstig is (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Het lijkt er dus op dat ouderen makkelijk contact opnemen met de huisarts, hetzij voor een specifiek probleem, hetzij uit preventieve overwegingen. Eerder onderzoek toonde trouwens aan dat de huisarts een groot vertrouwen geniet en deze zo een centrale plaats inneemt in de ouderenzorg (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2019).

Toch mogen we vanuit het standpunt van de patient-e niet blind zijn voor eventuele **drempels inzake gevoeligheid**. Het vermogen om gezondheidsproblemen te herkennen wordt immers beïnvloed door meerdere factoren waaronder de mate van sociaaleconomische kwetsbaarheid, iemands gezondheidsvaardigheden en sociaal netwerk. Onderzoek leert dat ouderen vanaf 75 jaar significant lagere scores op gezondheidsvaardigheden (Charafeddine, Demarest, & Berete, 2019) en dat 32% vindt dat die een beperkt sociaal netwerk heeft (De Witte & Van Regenmortel, 2019). Dit vergroot het risico dat ze gezondheidsproblemen missen (Cès, 2021).

Daarom zijn **zorgverleners mee verantwoordelijk** om behoeften op te sporen en een behandeling te initiëren, bijvoorbeeld door tijdens een patiëntencontact voldoende aandacht te hebben voor gezondheids- en afhankelijkheidsproblemen en deze te bespreken. Ze hebben tevens een belangrijke rol op vlak van **preventie**: een zorgverlener (bijvoorbeeld huisarts, thuisverpleegkundige of apotheker) kan mensen onder meer proactief informeren over het belang van **griepvaccinatie**. In de studie stelden we voor 2023 bij thuiswonende ouderen immers een griepvaccinatiegraad van slechts 62% vast, met een nog lager aandeel bij de 65-74-jarigen, personen met VT-statuuat en in Wallonië en Brussel. En hoewel de vaccinatiegraad hoger ligt dan het EU-gemiddelde van 43% (Belgium.be, 2024a), scoort ons land globaal onder de door de WHO vooropgestelde 75%-norm (WHO, 2003) die is overgenomen door de Europese Raad (Europese Raad, 2009). Nochtans omschrijft de WHO vaccinatie als “de meest efficiënte manier van preventie tegen de ziekte of de ernstige gevolgen ervan” (WHO, 2009, eigen vertaling) en beveelt het vaccinatie aan voor risicogroepen waaronder ouderen en personen met gezondheidsproblemen (WHO, 2018), gezien het groter risico op een ernstig verloop van de ziekte, hospitalisatie en zelfs overlijden (Sciensano, 2024; WHO, 2022). Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) vermeldt de ontoereikende griepvaccinatiegraad in België als een waarschuwingssignaal op het vlak van preventie (Gerken, et al., 2024a).

Ander onderzoek verwijst naar de rol van de huisarts in de detectie van **thuiszorgnoden**, waaronder problemen bij het uitvoeren basisactiviteiten van het dagelijks leven. Dit is momenteel onvoldoende gegarandeerd: 41% tot 58% van de personen met moeilijkheden om zich te wassen en die geen thuisverpleging krijgen, gaat wel minstens eens per maand bij de huisarts (Cès, et al., 2016).

In het domein **tandzorg** is, zeker bij zorgbehoevende ouderen, eveneens een belangrijke rol weggelegd voor zorgverleners. In onze studie zagen we dat in 2023, ondanks een toename sinds 2016, nog steeds amper de helft van de 65-plussers een tandartscontact had. Dit is zorgwekkend gezien het belang van een goede mondgezondheid en de samenhang ervan met de algemene gezondheid en het welzijn van ouderen (Dibello, et al., 2021). Uit de literatuur weten we dat ondergebruik van tandzorg bij ouderen onder meer het gevolg kan zijn van een onvoldoende bewustzijn van goede mond- en tandhygiëne of dat problemen op dit vlak als secundair worden ervaren wanneer er nog andere ernstige gezondheidsproblemen zijn (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019). Dit laatste verklaart wellicht het lagere aandeel ouderen met minstens één bezoek aan de tandarts onder WZC-bewoners of bij wie thuisverpleging ontvangt, aangezien zij doorgaans in een minder goede gezondheid verkeren.

Het is dan ook essentieel dat zorgverleners ouderen en hun naasten blijven sensibiliseren rond het belang van goede mondhygiëne en hen hierbij, indien nodig, helpen of doorverwijzen naar de juiste zorg. Informatie uit de preventiebarometer Vlaanderen rond tandzorg toont dat er op het terrein al initiatieven zijn in die zin: 65% van de deelnemende WZC informeert bewoners en naasten over mondgezondheid, 40% stelde een mondzorgcoördinator aan en ruim 80% zorgt ervoor dat bewoners het juiste materiaal hebben en stimuleert hen op vlak van dagelijkse mondzorg of neemt deze zorg over indien nodig (Willems, 2023). Toekomstig onderzoek moet uitwijzen wat hiervan de impact is op het terrein. Ook een voldoende en permanente vorming van zorgverleners over het belang van mondzorg en specifieke aandachtspunten bij deze zorg bij ouderen is belangrijk, aangezien uit de literatuur bleek dat ook op dit vlak verbetermarge bestaat (Janssens, et al., 2017; Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019).

#### 4.1.2. Beschikbaarheid

De toegankelijkheid van zorg wordt ook bepaald door de mate waarin diensten beschikbaar en bereikbaar zijn. Het aanbod aan zorg- en dienstverlening moet dus voldoende groot, gediversifieerd en gespreid zijn, en bovendien vlot bereikbaar en toegankelijk op fysiek en organisatorisch vlak (bijvoorbeeld openingsuren, manier van contacteren, enz.). De diensten moeten aanpasbaar zijn om te kunnen voldoen aan de specifieke behoeften van elke patient-e (bijvoorbeeld taal, toegankelijkheid voor personen met verminderde mobiliteit, enz.). Hoewel we op basis van de beschikbare gegevens niet kunnen oordelen of vastgestelde verschillen in zorggebruik te wijten zijn aan problemen rond beschikbaarheid en in welke mate effectieve gebruikers op dit vlak problemen ondervonden, is het toch interessant enkele vaststellingen vanuit deze dimensie van toegankelijkheid te bekijken.

De onderzoeksresultaten wezen er bijvoorbeeld op dat de **huisarts ruim beschikbaar** is: de meeste ouderen komen er de loop van een jaar een of meerdere keren mee in contact en in 2023 had bijna een derde van de 65-plussers een **huisbezoek**, een aandeel dat bovendien hoger ligt bij 85-plussers (74%), ouderen met recht op VT (54%) en alleenstaanden (48%). De huisarts is bij toenemende leeftijd en bij ouderen met VT-statuuat tevens meer beschikbaar op niet-reguliere uren. Dit zijn positieve vaststellingen die er lijken op te wijzen dat huisartsen bereid zijn zich naar een patient-e te verplaatsen wanneer deze zelf niet meer naar de praktijk kan komen, bijvoorbeeld door een grote mate van zorgbehoefte, en dat die in zekere mate ook beschikbaar is voor dringende raadplegingen 'buiten de uren'. Een belangrijke kanttekening hierbij is evenwel de vastgestelde **dalende trend** sinds 2016 in het aandeel ouderen dat op jaarbasis een huisbezoek kreeg: globaal van 42% naar 31% en bij 85-plussers van 83% naar 74%. Een mogelijke verklaring kan de combinatie zijn van het tekort aan huisartsen met de toenemende zorgvraag door de vergrijzing, waardoor artsen misschien minder tijd kunnen vrijmaken voor huisbezoeken. Tegelijk stelden we vast dat dit niet gecompenseerd wordt door een toename in het gebruik van wachtposten.

Het afnemend aantal huisbezoeken beïnvloedt de **verwachte 'beschikbaarheid' van patiënten**, in de zin dat ze zich dan vaker zelf naar de huisartsenpraktijk zullen moeten verplaatsen. We zagen bijvoorbeeld al een toename in het aandeel 85-plussers met minstens één raadpleging en een significante daling in het aandeel met minstens één huisbezoek. En ongeacht de leeftijdscategorie of het

VT-statuuat, nam ook het volume aan huisbezoeken per persoon op jaarbasis af. Dit verhoogt voor de bestudeerde populatie het risico op een **unmet need** aangezien sommige ouderen niet over de nodige vervoersmogelijkheden beschikken of zich door hun gezondheidsproblemen moeilijker kunnen verplaatsen. Deze **drempel** speelt bijvoorbeeld ook voor zorg door specialisten en tandartsen, en zeker voor kinesithérapie (Cès, et al., 2016) en revalidatie. Bij kinesithérapie bijvoorbeeld is de uitdaging des te groter aangezien deze zorg op meer frequente basis nodig is, zoals bleek uit het aantal kinesithérapie sessies op jaarbasis voor chronische en zware pathologieën. Bij revalidatie is een bijkomende potentiële drempel het feit dat het aanbod aan bepaalde gespecialiseerde zorg gecentraliseerd is in een beperkt aantal centra, waardoor voor sommige ouderen de afstand groot is. Het **risico** bestaat dus **dat ouderen noodzakelijke diensten niet bereiken** en dit risico is **groter voor de meest kwetsbaren**.

Heel wat ouderen zijn **voor de verplaatsingen naar zorgverleners afhankelijk van anderen**, zoals een mantelzorger, al mag dit niet als een sluitende oplossing gezien worden. Mantelzorgers, vaak de partner of de kinderen, zijn niet altijd beschikbaar bijvoorbeeld door de eigen zorgafhankelijkheid of door andere verplichtingen op het werk of in het gezin. De beschikbaarheid van mantelzorg zal de komende decennia naar verwachting om verschillende redenen trouwens afnemen (gezinsverdunding, naasten wonen verder van elkaar, hogere arbeidsmarktparticipatie van vrouwen, enz.) (Belgium.be, 2024c). Bovendien is er een socio-economische gradiënt waarbij minder bevoorrechte groepen in mindere mate de rol van mantelzorger opnemen (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Verder blijkt uit de gezondheidsenquête dat ouderen in vergelijking met jongeren de kwaliteit van de sociale ondersteuning vaker als zwak of matig ervaren (Braekman, Berete, Drieskens, & Charafeddine, 2020).

Het openbaar vervoer is evenmin een toereikend alternatief omwille van een onvoldoende beschikbaarheid, het niet afgestemd zijn om de locatie van zorgaanbieders te bereiken en het niet op maat zijn van zorgbehoevende ouderen. Zo klaagde de Vlaamse Ouderenraad de nieuwe dienstregeling van De Lijn aan omdat die ouderen dreigt achter te laten in vervoersarmoede. Ze waarschuwde dat het afschaffen van heel wat haltes maatschappelijke diensten minder bereikbaar maakt, en onder meer een bezoek aan de dokter veel complexer of zelfs onhaalbaar wordt (Vlaamse Ouderenraad, 2024). Het CAS (*Coordination des Associations de Seniors*), een Franstalige pluralistische belangenorganisatie voor ouderen, pleitte in 2016 voor een

rechtvaardige spreiding van mobiliteit over het grondgebied. Ze vroeg een overmatige fragmentatie van het openbaar vervoer te vermijden wanneer mensen genoodzaakt zijn om meerdere vervoerswijzen te combineren, aangezien dit voor heel wat ouderen of personen met beperkte mobiliteit een te grote fysieke uitdaging zou vormen. De organisatie wees er verder op dat de fysieke toegankelijkheid van het openbaar vervoer (stations, perrons, voertuigen), ondanks de al geleverde inspanningen, nog vaak ontoereikend is voor deze doelgroep (CAS, 2016).

Op het terrein proberen talrijke initiatieven een antwoord te bieden op de beschikbaarheidsproblematiek, onder meer met een aanbod aan **outreachinge zorg** waarbij zorgverleners zich naar patiënten begeven. Zo zijn er zowel in België als in het buitenland mobiele praktijken waar tandartsen naar kwetsbare personen thuis of in woonzorgcentra trekken en er preventieve en curatieve mondzorg leveren<sup>12</sup>. Zowel in België als bijvoorbeeld ook in Nederland zijn er verder nog initiatieven waarbij **nieuwe types zorgverleners** worden ingezet, zoals mondhygiënist die bepaalde prestaties, vooral op vlak van preventieve zorg van de tandarts kunnen overnemen<sup>13</sup>. Daarnaast zijn er vervoersdiensten, onder meer georganiseerd door ziekenfondsen en lokale besturen, die **met vrijwilligers niet-dringend ziekenvervoer** van minder mobiele personen naar een medische behandeling aanbieden. Ook dit laatste is geen structurele oplossing. Het aanbod is immers niet transparant en onvoldoende gecoördineerd, niet altijd aangepast aan de noden van een patiënt-e, het gebruik is aan voorwaarden onderhevig waardoor niet iedereen er een beroep kan op doen of de vervoerskosten zijn niet haalbaar door financiële kwetsbaarheid (Observatorium chronische ziekten, 2021).

Ten slotte kunnen ook enkele **regionale verschillen** geduid worden vanuit de dimensie beschikbaarheid. Bij de **huisarts** bijvoorbeeld is het aandeel gebruikers lager en het aantal contacten op jaarbasis beperkter bij Brusselaars. Het aandeel Brusselaars dat in de loop van een jaar een **specialist** raadpleegt is beperkter dan in de andere regio's, maar onder de gebruikers is het aantal contacten dan weer hoger dan in de andere regio's. Een deel van de verklaring hiervoor ligt mogelijk in het groter aanbod aan specialisten in de onmiddellijk nabijheid in Brussel, gezien de aanwezigheid van meerdere ziekenhuizen. Tegelijk berekende een studie dat, naargelang het gehanteerde scenario, het

aantal wijken met een mogelijk tekort aan huisartsen in Brussel in 2018 varieert van 41 tot 67 (Missinne & Luyten, 2018). De grotere beschikbaarheid van ziekenhuizen verklaart wellicht ook het groter aandeel 65-plussers uit Brussel dat op jaarbasis minstens één keer op de **spoedafdeling** van een ziekenhuis komt. In het aantal contacten is er dan weer geen verschil vastgesteld met de andere regio's. Nog een domein waar het aanbod deels de regionale verschillen kan verklaren, is de thuisverpleging. Daar stelden we een meer intens gebruik vast bij 65-plussers in Vlaanderen, waar dit aanbod traditioneel sterker uitgebouwd is (Belgium.be, 2024b).

#### 4.1.3. Aanvaardbaarheid

Opdat mensen ermee instemmen zorg te zoeken, moet deze aanvaardbaar zijn en moet er dus garantie zijn op een **minimaal ervaren kwaliteitsniveau** (zowel medisch als persoonlijk). Een analyse van de CM-facturatiegegevens laat uiteraard niet toe uitspraken te doen over de mate waarin de zorg voor mensen aanvaardbaar is. Meer inzicht hierover kan enkel door een rechtstreekse bevraging van ouderen en andere betrokkenen. Toch kunnen enkele resultaten vanuit deze dimensie van toegankelijkheid bekeken worden.

Zo kan het frequente beroep op de **huisarts** erop wijzen dat ouderen diens zorg en ondersteuning aanvaardbaar vinden. Ook de gezondheidsenquête leert dat mensen, ongeacht hun opleidingsniveau, huisartscontacten positief evalueren en vinden dat de arts voldoende tijd neemt, de zaken op een verstaanbare manier uitlegt, ruimte laat voor het bespreken van vragen of bezorgdheden en de patiënt-e betreft bij beslissingen over zorg en behandeling. Dit geldt minder voor contacten met **specialisten** waar vooral kortgeschoolden minder tevreden zijn over deze aspecten, met uitzondering van de voorziene tijd (Demarest, Charafeddi-ne, Drieskens, & Berete, 2019).

Voor **thuiszorg en thuiszorgondersteuning** blijken op basis van de literatuur eveneens drempels te bestaan op vlak van aanvaardbaarheid en kan de weigering om hulp in te schakelen onder meer toegeschreven worden aan ontevredenheid over de kwaliteit ervan. Dit heeft dan bijvoorbeeld te maken met de organisatie waar bij het inplannen van een zorgcontact geen rekening wordt gehouden met

12 Zie bijvoorbeeld Gerodent (UZ Gent, 2024), <https://www.rtbf.be/article/projet-pilote-wallon-wavre-va-mettre-en-place-la-premiere-equipe-mobile-de-soins-dentaires-11164511>, <https://www.maisonmedicale.org/si-tu-ne-vois-pas-au-dentiste-le-dentiste-ira-a-toi/> en Fiche expérience régionale - SMS Dent | Gérotopôle Sud.

13 Voor meer informatie zie onder meer <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/mondhygienisten> en ABN AMRO Bank sectorspecialisten Mondzorg (2024).

het ritme van de zorgbehoevende of waarbij de manier van zorgverlening als onaangenaam wordt ervaren. Onderzoek van Ces et al. (2016) bracht ondergebruik van thuiszorg al in kaart. De onderzoekers stelden vast dat amper 37% van de personen met een duidelijke nood aan hygiënische zorg, op regelmatige basis verpleegkundige hygiënische zorg kreeg<sup>14</sup>. Heel wat ouderen met zorgnood en die een oudere mantelzorger hebben (75+), ontvangen toch geen formele zorg: 31% bij ouderen met incontinentie- en ernstige functionele maar zonder cognitieve problemen en nog steeds 17% wanneer de zorgbehoevende ook cognitieve problemen kent. Deze situaties zonder formele zorg vormen een risico voor zowel de mantelzorger (uitputting, gezondheids- en sociale problemen, enz.) als voor de zorgbehoevende (mishandeling, niet-ingevulde essentiële behoeften, enz.). Als drempels vermeldt de studie onder meer het feit dat de zorgkwaliteit soms als onvoldoende wordt gepercipieerd waardoor mensen liever afzien van zorg, eerder dan zorg te krijgen die niet aan de verwachtingen voldoet. Verder is het voor een deel van de zorgbehoevenden niet makkelijk om bepaalde zorg te delegeren aan professionals (bijvoorbeeld intieme zorg), of hebben ze schrik, bijvoorbeeld voor het oordeel van een zorgverlener. Ten slotte zijn mensen zijn ook niet altijd goed geïnformeerd over de zorg waarop ze een beroep kunnen doen.

Een ander voorbeeld zijn de dagverzorgingscentra waar de aangeboden activiteiten niet altijd aansluiten bij de behoefte van een gebruiker (Cès, et al., 2016). Een CM-studie bracht aan het licht dat het beperkt gebruik van respijtzorg zoals dagverzorgingscentra, ook voor een deel te wijten is aan subjectieve redenen zoals persoonlijke weerstand bij ouderen of hun mantelzorger of angst voor het oordeel van de omgeving (Gérain & Avalosse, 2020).

Ten slotte is er ook voor **woonzorgcentra** een probleem van aanvaardbaarheid en verklaart die mee waarom ouderen, ook wanneer ze zorgbehoevend zijn, zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving willen blijven. Zo blijkt uit een bevraging van de Koning Boudewijnstichting dat 38% van de respondenten een negatief beeld heeft over dit type voorziening en dat 71% hoopt er nooit te moeten gaan wonen. De deelnemers weten bovendien niet of het WZC tegemoet zal kunnen komen aan de verwachtingen. Het imago van deze voorzieningen is bovendien negatiever bij mensen die weinig sociale steun ervaren, sociaal geïsoleerd leven en zich frequent eenzaam voelen (Borgers, et al., 2022).

Op het terrein zijn er wel initiatieven die kunnen bijdragen aan een betere aanvaardbaarheid van noodzakelijke zorg. Een voorbeeld zijn de *Community Health Workers* die onder andere als opdracht hebben mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties de nodige begeleiding te geven, hen te informeren en hen toe te leiden naar zorg- en welzijnsvoorzieningen en hen te ondersteunen in het gebruik ervan. Ze gaan hierbij proactief en *outreaching* te werk<sup>15</sup>. Bovendien dragen deze *Community Health Workers* bij aan een beter toegankelijke zorg door ook in te zetten op de overige dimensies ervan (gevoeligheid, beschikbaarheid bijvoorbeeld door mensen te ondersteunen om een afspraak te maken of naar een consultatie te gaan, en betaalbaarheid, onder meer door mensen te wijzen op en hen toe te leiden naar tegemoetkomingen of systemen waarop ze recht hebben). Ook de ziekenfondsen participeren actief aan dit initiatief.

#### 4.1.4. Betaalbaarheid

Bij de vierde dimensie van toegankelijkheid, de betaalbaarheid, is het essentieel dat de eigen bijdragen (remgeld, supplementen, enz.) voor zorg en ondersteuning voldoende beperkt zijn zodat ze geen drempel vormen om een beroep te doen op noodzakelijke zorg. Bovendien mag het zorggebruik geen risico inhouden op financiële moeilijkheden. In deze studie lag de focus niet op het analyseren van de kostprijs van de zorg voor ouderen. Niettemin detecteren we op basis van de resultaten over zorggebruik enkele aandachtspunten en bezorgdheden.

Bijna alle ouderen doen op jaarbasis een beroep op de **huisarts**, met een stijgend aantal contacten volgens leeftijd. Een vijfde kreeg in 2023 **thuisverpleging**, met een toenemend aantal gebruikers en aantal contacten volgens leeftijd en volgens VT-statuuat, wellicht verklaard door de slechtere gezondheid en dus de hogere zorgnood. Het lijkt er dus op dat zowel de zorg door de huisarts als deze door de thuisverpleegkundige voor patiënten financieel toegankelijk zijn, mede door de beperkte eigen bijdrage en het hoge aandeel volledig geconventioneerde zorgverleners. Bij de huisartsen is dit 89% (De Wolf, Willaert, & Landtmeters, 2023), bij de verpleegkundigen 86% (Germonpré & Willaert, 2023), waardoor het risico op supplementen klein is. Ook het KCE concludeerde dat huisartsenzorg toegankelijk is en dat de verhoogde tegemoetkoming, in combinatie met de derdebetalersregeling voor personen met dit statuut, een effectieve maatregel is om drempels weg te nemen.

14 In de maand voorafgaand aan de evaluatie van de functionele beperkingen aan de hand van het inschalingsinstrument BelRAI Home Care.

15 Zie <https://www.chwv-intermut.be/>.

Niettemin zijn er nog aandachtspunten. Zo ondervinden volgens het KCE personen met een armoederisico zonder VT-recht nog steeds drempels (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Dit heeft onder meer te maken met de niet-automatische toekenning van dit recht, waardoor sommigen zelf stappen moeten zetten om het recht te verkrijgen. Goedemé et al. (2022) schatten de *non-take-up* van het VT-statuuut onder de in aanmerking komende 65-plussers voor 2019 op 17 à 32%, waarbij de administratieve last die met de aanvraag gepaard gaat een rol speelt.

Voor **ambulante specialistische zorg** is de situatie anders: de conventioneringsgraad bedraagt globaal 67%, maar met grote verschillen volgens specialisatie. Van de geriaters en inwendig geneeskundigen is de grote meerderheid volledig geconventioneerd (90%), maar bij reumatologen (68%) en cardiologen (65%) is dit maar ongeveer twee op de drie en bij orthopedisch heelkundigen amper een derde (35%) (De Wolf, Willaert, & Landtmeters, 2023). Het risico op hogere uitgaven als gevolg van supplementen, in combinatie met de chroniciteit van aandoeningen en de hogere zorgnood, vormen dan ook een bedreiging voor de financiële toegankelijkheid van specialistische zorg. Al kan uit onze gegevens uiteraard niet afgeleid worden of dit ook de (voornaamste) verklaring is voor het minder gebruik van deze zorg bij de oudste leeftijdsgroep. Ook andere factoren kunnen een rol spelen zoals de niet-ervaren nood aan deze zorg, eventuele problemen met de bereikbaarheid en beschikbaarheid (wachtlijsten), enz.

Dit **risico op hoge eigen uitgaven** verklaart wellicht zeker voor een deel de resultaten over het gebruik van specialistische zorg volgens VT-statuuut. Nadat we vaststelden dat het aandeel personen met dit statuut dat in de loop van een jaar een ambulante specialist consulteert lager ligt dan bij wie dit statuut niet heeft (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024), zagen we in deze studie dat het zorgvolume van specialistische zorg bij 65-plussers juist niet verschilt volgens VT-statuuut. Gezien de minder gunstige gezondheidssituatie van personen met VT-statuuut, stemt dit resultaat niet overeen met wat verwacht kon worden. Dit is ook het besluit van een KCE-rapport dat in dit verband spreekt over een *'fairness gap'* of "de afwijking tussen het geobserveerde zorggebruik van een individu en het zorggebruik dat men zou verwachten louter op basis van diens zorgnood, zonder invloed van inkomen, opleidingsniveau en andere kenmerken die tot onrechtvaardige ongelijkheden leiden" (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020, p.10). Deze afwijking is onder meer vastgesteld voor specialistische zorg waar in het aantal consultaties geen socio-economische verschillen zijn vastgesteld, terwijl de

zorgnood hoger is (Gerken, et al., 2024a). De onderzoekers concluderen tegelijk dat dit mogelijk gecompenseerd wordt door een hoger aantal contacten met de huisarts: "Een hoger aantal huisartsenraadplegingen ten voordele van minder bevoorrechte groepen is enerzijds een positief signaal met betrekking tot betaalbare toegang tot huisartsenzorg, maar anderzijds kan het een compensatie zijn voor geconstateerde onbillijkheden in raadplegingen bij een arts-specialist en moet het daarom ook worden beschouwd als een waarschuwingssignaal voor toegangs drempels in andere zorgvormen" (Gerken, et al., 2024a, p. 76).

In de literatuur wordt het beperkter gebruik van **tandzorg** bij ouderen evenzeer deels toegeschreven aan financiële drempels (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019), wellicht mede door de vrij beperkte conventioneringsgraad van tandartsen in ons land. In 2022 was slechts een op de drie algemeen tandartsen volledig geconventioneerd waardoor het risico op supplementen hoog is (De Wolf & Willaert, 2023). Het KCE-performantierapport wijst eveneens op de grote en toenemende onbillijkheid van tandheelkundige zorg waarvoor een grote sociale gradiënt is vastgesteld. In 2023 meldde dan ook iets meer dan 4% van de 65-plussers een niet-vervulde behoefte aan tandzorg. 61% van wie in België geen tandzorg kreeg, ondanks een zorgnood, verwijst naar de kostprijs als reden (Statbel, 2024a). Het KCE concludeerde wel dat voor de toegang tot tandzorg ook andere drempels spelen die verdergaan dan louter het financiële (Gerken, et al., 2024a). De literatuur vermeldt inderdaad nog andere redenen zoals een onvoldoende bewustzijn over het belang van goede mondzorg vanwege de samenhang met de globale gezondheid.

Meer algemeen stelt het KCE-rapport dat het recht op VT zowel voor tandzorg als voor specialistische zorg minder doeltreffend was om de toegang ertoe te verzekeren en dat de beperktere conventioneringsgraad onder deze zorgverleners een van de oorzaken hiervoor is. Voor tandzorg wordt bovendien nog gewezen op diensten die niet gedekt zijn binnen de verplichte ziekteverzekering. In het kader van onze studie vestigen we hier de aandacht op de resultaten voor **parodontologie**. We stelden vast dat voor een toenemend aantal ouderen de prestatie parodontale index (DPSI) gefactureerd wordt. Dit is echter de enige prestatie binnen de parodontologie die ook voor ouderen wordt terugbetaald. Indien op basis van de screening een parodontologische zorgnood wordt vastgesteld, zijn de behandelkosten volledig ten laste van de patiënt-e, aangezien parodontologische behandelingen boven 65 jaar niet vergoed worden, terwijl er wel objectieve noden zijn.

Nog een aandachtspunt inzake betaalbaarheid is het hogere risico bij ouderen op een hoog totaalbedrag aan eigen uitgaven. Gezien de toenemende comorbiditeit en afhankelijkheidsproblemen volgens leeftijd, doen zij vaak een beroep op meerdere zorgverleners en ondersteunen de diensten waardoor **de totale som van de eigen bijdragen hoog kan oplopen**. Volgens de budgetenquête wordt in gezinnen waarvan het oudste lid tussen de 64 en 75 jaar is, op jaarbasis 4,4% van het gezinsbudget (gemiddeld 1.140 euro) uitgegeven aan gezondheidszorg. Dit aandeel loopt op tot 7% (gemiddeld 2.400 euro) voor een gezin waarvan het oudste lid 75 jaar of ouder is (Statbel, 2023).

## 4.2. Kwaliteit van zorg

Nog een belangrijke indicator van een performant gezondheidssysteem is de kwaliteit van zorg, omschreven als “de mogelijkheid om zorg te verlenen die de kans vergroot op het bereiken van de gewenste gezondheidsresultaten, en die overeenstemt met de huidige wetenschappelijke kennis” (Belgium.be, 2024d). Omdat de ziekenfondsgegevens geen informatie bevatten over aandoeningen en gezondheidsproblemen, noch over andere factoren die een rol spelen bij behandelkeuzes, is een uitgebreide en objectieve beoordeling van de zorgkwaliteit in deze studie niet mogelijk. Toch kunnen we enkele resultaten vanuit de invalshoek kwaliteit onder de aandacht brengen, namelijk deze over **polyfarmacie en potentieel onaangepast geneesmiddelengebruik**, twee indicatoren die samenhangen met therapietrouw, nevenwerkingen, interactie tussen geneesmiddelen en een verhoogde kwetsbaarheid (Gerkens, et al., 2024a; Renom-Guiteras, Meyer, & Thürmann, 2015).

In onze studiepoppulatie bedroeg de prevalentie van **polyfarmacie** globaal 38%, maar was deze hoger bij toenemende leeftijd (51% bij 85-plussers) en bij personen met VT-statuu (49%). Dit is in lijn met de gegevens in het KCE-rapport over de performantie van het Belgisch gezondheidssysteem waarin polyfarmacie als indicator van kwaliteit van zorg opgenomen is in de subindicator gepastheid van zorg (= zorg die is aangepast aan de klinische behoeften, in het licht van de huidige wetenschappelijke kennis) (Belgium.be, 2024d). Volgens dit rapport bedroeg in 2022 de globale prevalentie van polyfarmacie 42%, met hogere percentages bij toenemende leeftijd en bij meer kwetsbare personen (Gerkens, et al., 2024a). Het KCE beschouwt het globale resultaat voor België als gemiddeld, maar stelt tegelijk dat “het aantal patiënten met polymedicatie relatief hoog blijft in vergelijking met andere landen, maar in de loop van de tijd licht is gedaald” (Gerkens, et al., 2024a, p. 117).

Opvallend in onze studie was het verschil in prevalentie van polyfarmacie **volgens verblijfplaats**: 31% bij thuiswonende ouderen zonder thuisverpleging tegenover 52% voor wie in een voorziening verblijft en zelfs 59% voor wie thuis verblijft maar wel thuisverpleging ontvangt. Deze verschillen kunnen mogelijk voor een deel verklaard worden door de minder goede gezondheid en dus de potentieel hogere behoefte aan geneesmiddelen voor wie opgenomen is in een voorziening of thuisverpleging ontvangt. De hogere prevalentie in voorzieningen, hier het WZC, is trouwens ook gedocumenteerd in de literatuur. Maar er is verder onderzoek nodig naar de hogere prevalentie bij ouderen die thuisverpleging ontvangen in vergelijking met wie in een voorziening verblijft, al heeft het misschien te maken met de lagere prevalentie van polyfarmacie bij ouderen vanaf 90 jaar (Gerkens, et al., 2024a), in samenhang met de hoge leeftijd van WZC-bewoners.

Ook de resultaten over **potentieel onaangepast geneesmiddelengebruik** kunnen bekeken worden vanuit het kader van zorgkwaliteit. We stelden vast dat ruim twee op de drie 65-plussers geneesmiddelen voorgeschreven krijgen die mogelijk niet de meest gepaste behandeling zijn. Dit aandeel is beduidend hoger bij thuiswonende ouderen die thuisverpleging ontvangen (84%). Dit is ook het geval bij WZC-bewoners, aangesloten bij CM, waar het aandeel 83% bedraagt, een percentage dat ook in de literatuur is gevonden (Anrys, et al., 2018).

Op het terrein bestaan al initiatieven gericht op het rationeel gebruik van geneesmiddelen. Enkele voorbeelden hiervan zijn de overheids campagne rond antibioticagebruik (Belgium.be, 2025), het medicatienazicht door de huisapotheker voor thuiswonende personen met polyfarmacie (BCFI, 2023) en de Vlaamse projecten waarbij procesbegeleiders WZC ondersteunen rond het psychofarmacabeleid (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2025). **Niettemin wijzen de eigen onderzoeksresultaten, in combinatie met bevindingen in de wetenschappelijke literatuur, erop dat het geneesmiddelengebruik nog meer aandacht moet krijgen.**

Over een gegarandeerde **zorgcontinuïteit**, ook onderdeel van zorgkwaliteit (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020), kan niets afgeleid worden uit de studieresultaten. Toch wijzen we graag op een in deze context relevant aandachtspunt. We zagen een afname in de gemiddelde opnameduur bij klassieke hospitalisaties en een toename van het aantal opnames in het dagziekenhuis, wat in lijn is met de vaststellingen in de literatuur.

Dat ouderen, waar mogelijk, **korter in het ziekenhuis verblijven**, is een positieve evolutie, aangezien een opname een ingrijpende gebeurtenis is (Bakerjian, 2024). Het betekent wel dat er voldoende aandacht moet blijven gaan naar ontslagmanagement en het **garanderen van de noodzakelijke nazorg thuis**.

## 5. Aanbevelingen

Met het oog op een adequaat antwoord op de vastgestelde uitdagingen op vlak van toegankelijke en kwaliteitsvolle ouderenzorg, formuleren we enkele aanbevelingen gericht naar zowel beleidsverantwoordelijken, aanbieders van zorg- en dienstverlening als middenveldorganisaties.

### 5.1. Gevoeligheid

Aanbevelingen aan zorgverleners, beleidsverantwoordelijken en middenveldorganisaties met het oog op meer gevoeligheid voor zorgbehoeften:

- Wees voldoende alert voor gezondheidsproblemen bij ouderen en maak deze bespreekbaar.
- Investeer in initiatieven die de gezondheidsvaardigheden van ouderen versterken, onder meer door het voorzien van voldoende en toegankelijke informatie over het bestaande aanbod aan zorg en ondersteuning.
- Besteed nog meer aandacht aan preventieve zorg. Informeer patiënten bijvoorbeeld over het belang van griepvaccinatie, goede mond- en tandhygiëne en preventieve en curatieve tandzorg.
- Blijf investeren in sensibiliseringscampagnes naar zorgverleners en de brede samenleving in domeinen waar nog verbetermarge is, zoals het geneesmiddelengebruik, griepvaccinatie en preventieve mond- en tandzorg.

### 5.2. Beschikbaarheid

Aanbevelingen aan beleidsverantwoordelijken en zorgaanbieders met het oog op meer beschikbaarheid van zorg:

- Breng zorgnoden gedetailleerd in kaart, zowel naar type als naar omvang, en stem het aanbod hierop af.
- Investeer in de aantrekkelijkheid van zorgberoepen en denk na over taakdelegatie en een efficiënte en comple-

mentaire inzet van zorgverleners, gezien het (dreigende) tekort aan bepaalde profielen (Janssens & Lavergne, 2024). Wat betreft de complementaire inzet van zorgverleners, moeten binnen het domein tandzorg de huidige projecten rond mondhygiënist<sup>en</sup> geëvalueerd worden. Daarbij moet nagegaan worden hoe zij op een structurele manier in het aanbod geïntegreerd en gefinancierd kunnen worden. Zij kunnen immers bijdragen aan de versterking van preventieve tandzorg en aan het ondersteunen van kwetsbare personen voor wie tandzorg momenteel onvoldoende toegankelijk is, en dit niet alleen binnen de tandartsenpraktijken.

- Verbeter de fysieke bereikbaarheid van zorg met ondersteunende maatregelen en investeer in innovatieve oplossingen zoals *outreaching* zorg.
- Garandeer de duurzame beschikbaarheid van mantelzorgers en ondersteun hen door financiële en organisatorische drempels weg te nemen en mantelzorgverlof te versterken. Garandeer tegelijk dat mantelzorg een vrije keuze blijft en niet het gevolg is van ervaren problemen op vlak van beschikbaarheid, bereikbaarheid of financiële toegankelijkheid van de professionele zorg en ondersteuning.

### 5.3. Aanvaardbaarheid

Aanbeveling aan beleidsverantwoordelijken, zorgaanbieders en middenveldorganisaties met het oog op meer aanvaardbaarheid van zorg:

- Monitor meer in detail de drempels van aanvaardbaarheid van zorg bij ouderen en pak deze adequaat aan. Bekijk wat hierbij de rol van intermediaire actoren als middenveldorganisaties en bestaande initiatieven als de *Community Health Workers* kan zijn.

### 5.4. Betaalbaarheid

Aanbevelingen aan beleidsverantwoordelijken met het oog op meer financiële toegankelijkheid van zorg:

- Zorg voor betaalbare zorg en ondersteuning door blijvend te investeren in een voldoende en gedifferentieerd aanbod met een aanvaardbare eigen bijdrage. Een bijzonder aandachtspunt is het garanderen van tariefzekerheid voor de patiënten, bijvoorbeeld door een verbod op supplementen of door initiatieven die bijdragen aan een hogere conventioneringsgraad bij zorgverleners.

- Verbeter de financiële toegankelijkheid door het uitbreiden van de verplichte derdebetalersregeling en de automatische toekenning van beschermingsmechanismen zoals de verhoogde tegemoetkoming.
- Voer in het bijzonder voor parodontologie verder de implementatie door van het groeipad waardoor uiteindelijk de leeftijdsgrens voor terugbetaling van deze behandeling afgeschaft wordt.
- Voorzie, meer algemeen, *evidence based* beslissingen die ook rekening houden met reële behoeften aan zorg.

## 5.5. Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg, onder meer op vlak van geneesmiddelengebruik, moet een permanent aandachtspunt blijven voor beleidsverantwoordelijken en zorgverleners die hiervoor, waar nodig in multidisciplinair overleg en elk vanuit de eigen expertise samenwerken. Er moet blijvend geïnvesteerd worden in campagnes en initiatieven gericht op meer rationeel geneesmiddelengebruik. Objectieve noden en richtlijnen over adequate behandelingen en ondersteuning moeten hierbij de vertrekpunten zijn.

## Besluit

Deze studie bracht op basis van CM-facturatiegegevens meer gedetailleerd het zorggebruik van 65-plussers, aangesloten bij CM in kaart, met ook aandacht voor het jaarlijks volume aan zorg. De bespreking van dit reële zorggebruik vanuit de vier dimensies van zorgtoegankelijkheid, aangevuld met de dimensie kwaliteit, is niet evident. Toch konden we, mede door de combinatie van deze analysekaders en de literatuur, enkele opmerkelijke resultaten onder de aandacht brengen, zoals de *unmet need* op vlak van tandzorg, de mogelijke risico's verbonden aan het geneesmiddelengebruik en de ontoereikende griepvaccinatiegraad. Al vergt de vraag naar de mate van overeenstemming tussen het reële zorggebruik en de objectieve zorgnoden van ouderen, evenals naar de ervaren drempels in toegankelijkheid van de verschillende zorgvormen, bijkomend onderzoek met andere onderzoeksmethodes.

De onderzoeksresultaten en inzichten zijn illustratief voor de belangrijke uitdagingen voor het toekomstig ouderenzorgbeleid zowel inzake gevoeligheid, beschikbaarheid, aanvaardbaarheid en betaalbaarheid, als inzake kwaliteit. Een adequaat antwoord hierop, dat vertrekt van de noden en wensen van ouderen zelf, is de gedeelde verantwoordelijkheid van alle stakeholders in de samenleving.

## Bibliografie

- ABN AMRO Bank sectorspecialisten Mondzorg. (2024). *Mondzorg in beeld*. Amsterdam: ABN AMRO Bank.
- Ackaert, K., Avalosse, H., & Verniest, R. (2024). Gezondheidsprofiel van onze ouderen. *Gezondheid & Samenleving*, 9, 4-43.
- Anrys, P., Strauven, G., Foulon, V., Degryse, J.-M., Henrard, S., & Spinewine, A. (2018). Potentially inappropriate prescribing in Belgian nursing homes: prevalence and associated factors. *Journal of the American medical directors association*, 19(10), 884-890.
- Bakerjian, D. (2024). *Soins hospitaliers et personnes âgées*. Geraadpleegd op 7 januari 2025, op <https://www.msmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/soins-aux-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/soins-hospitaliers-et-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>.
- BCFI. (2023). Medicatienazicht door de huisapotheeker: een nieuw initiatief. *Folia Pharmacotherapeutica*, 50(4), 1-4. Geraadpleegd op 21 januari 2025, op <https://www.cm.be/nl/diensten-en-voordelen/terugbetaling-geneesmiddelen#huisapotheeker>.
- Belgium.be. (2023). *Evolutie en kenmerken ziekenhuisverblijf*. Geraadpleegd op 8 januari 2025, op Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/activiteit/evolutie-en-kenmerken-ziekenhuisverblijf>.
- Belgium.be. (2024a). *Preventieve zorg*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/preventieve-zorg?highlight=WYJtYWtlIiwibWFrZX-MiLCJtYWtpbmciLCJiZWxlaWRzbWFrZXJzIiwibWFrZW4iLCJvbmdlbWFrIiwidmVtZWtYVWtrZWxpamtd0iwiZ2VicVpa21ha2Vuliv>.
- Belgium.be. (2024b). *Spreiding van zorgpersoneel*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/toegankelijkheid-van-de-zorg/spreiding-van-zorgpersoneel#A-11>.
- Belgium.be. (2024c). *Zorg voor ouderen*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-voor-ouderen#OLD-3>.
- Belgium.be. (2024d). *Zorgkwaliteit*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/zorgkwaliteit/zorgkwaliteit>.
- Belgium.be. (2025). *Praatoverantibiotica*. Geraadpleegd op 21 januari 2025, op <https://praatoverantibiotica.be/>.
- Borgers, A., Sanders, C., Samyn, W., Minnebo, J., Steyaert, J., Lagrou, R., . . . Verbelen, J. (2022). *Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid - synthese*. KCE Reports 334As. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2023). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. Copenhagen: World Health Organization - European Region.
- Braekman, E., Berete, F., Drieskens, S., & Charafeddine, R. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: sociale gezondheid*. Brussel: Sciensano.
- CAS. (2016). *La mobilité des seniors en Belgique: travaux de la Coordination des Associations de Seniors*. Charleroi: CAS.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A.-S., Pauwen, N., & Macq, J. (2016). *Mantelzorgers van thuiswonende ouderen in België: een cruciale en complexe rol*. Data-onderzoek. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., & Berete, F. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: opname in het ziekenhuis*. Brussel: Sciensano.
- Charafeddine, S., Demarest, S., & Berete, F. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: gezondheidsvaardigheden*. Brussel: Sciensano.
- CM. (2024). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- CM. (2025). *Kinesitherapie*. Geraadpleegd op 10 februari 2025, op CM.be: <https://www.cm.be/nl/zorgverleners/kinesitherapeuten>.
- De Visschere, L., Janssens, B., De Reu, G., Duyck, J., & Vanobbergen, J. (2016). An oral health survey of vulnerable older people in Belgium. *Clinical Oral Investigations*, 20(8), 1903-1912.
- De Witte, J., & Van Regenmortel, T. (2019). *Loneliness and social isolation among elderly. An empowerment perspective*. Leuven: HIVA-KULeuven.
- De Wolf, F., & Willaert, D. (2023). *Volume van de ambulante activiteit in tandzorg volgens conventionering van de zorgverstrekker. Actualisatie gegevens 2022*. Brussel: IMA Intermutualistisch Agentschap.
- De Wolf, F., Willaert, D., & Landtmeters, B. (2023). *Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering van de arts. Actualisatie gegevens 2022*. Brussel: IMA Intermutualistisch Agentschap.
- Demarest, S., Charafeddine, R., Drieskens, S., & Berete, F. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Patiëntervaringen*. Brussel: Sciensano.
- Dibello, V., Zupo, R., Lozupone, M., Castellana, F., Dibello, A., Daniele, A., . . . Panza, F. (2021). Oral frailty and its determinants in older age: a systematic review. *The Lancet Longevity*, 2, 507-520.
- Europese Raad. (2009). Council recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination. *Official Journal of the European Union*, 348, 71-72.
- Federaal Planbureau & Statbel. (2024). *Bevolkingsvooruitzichten*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op STATBEL: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/bevolkingsvooruitzichten>.
- FOD Volksgezondheid. (2022). *Ziekenhuisverblijven patiënten 65 jaar en ouder*. Brussel: FOD Volksgezondheid.

- Gérain, P., & Avalosse, H. (2020). Focus op de mantelzorg: hun welzijn en hun gebruik van ondersteunende diensten en respijtzorg. *CM-Informatie*, 282, 4-19.
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024a). *Performance of the Belgian health system: Report 2024*. KCE Reports 376C. Brussels: KCE.
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024b). *Performance of the Belgian health system: Report 2024 – Supplement: technical sheets for indicators – domains*. KCE Reports 376S. Brussels: KCE.
- Germonpré, S., & Willaert, D. (2023). *Remgeld in de thuisverpleging. Nulmeting en simulatie van de kosten voor de patiënt*. Brussel: Inter mutualistisch Agentschap IMA-AIM.
- Goedemé, T., Janssens, J., Derboven, J., Van Gestel, R., Lefevre, E., Verbist, G., . . . Verschueren, I. (2022). *Take: reducing poverty through improving take up of social policies. Final report*. Brussels: Belgian Science Policy Office.
- Guillot, J., Maumus-Roberta, S., & Bezina, J. (2020). Polypharmacy: a general review of definitions, descriptions and determinants. *Therapies*, 75(5), 407-416.
- IBSA. (2024). *Offre de soins de santé et offre d'hébergement pour personnes âgées*. Geraadpleegd op 2 december 2024, op IBSA: <https://ibsa.brussels/themes/sante/offre-de-soins-de-sante-et-offre-d-hebergement-pour-personnes-agees>.
- IMA. (2024a). *IMA-Atlas (Gemiddeld aantal bij een huisarts per rechthebbende)*. Geraadpleegd op 11 december 2024, op IMA-AIM: <http://atlas.ima-aim.be/databanken>.
- IMA. (2024b). *Polyfarmacie in België*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op IMA-AIM: <https://ima-aim.be/Polyfarmacie-in-Belgie?lang=nl>.
- IMA. (2025). *IMA-Atlas (Kubus geen tandartsbezoek)*. Geraadpleegd op 8 januari 2025, op AIM-IMA: <http://atlas.ima-aim.be/databanken>.
- INAMI. (2025). *Statistiques sur les personnes affiliées à une mutualité*. Geraadpleegd op 20 januari 2025, op INAMI: <https://webapps.aziv-inami.fgov.be/fr/analytics/Portal/public>.
- Janssens, B., Vanobbergen, J., Petrovic, M., Jacquet, W., Schols, J., & De Visschere, L. (2017). The oral health condition and treatment needs of nursing home residents in Flanders (Belgium). *Community Dental Health Journal*, 34(3), 143-151.
- Janssens, H., & Laverne, T. (2024). Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'. *Gezondheid & Samenleving*, 10, 4-37.
- Janssens, L., Duyck, J., De Visschere, L., & Declerck, D. (2019). *Gezonde Mond: Factsheet mondgezondheid bij kwetsbare ouderen*. Brussel: Vlaams Instituut Mondgezondheid.
- Kossioni, A. (2023). Baby boomers in Europe: demography, socioeconomic and health status, and oral health needs. *Special care in dentistry*, 43(3), 304-312.
- Kovács, N., Liska, O., Idara-Umoren, E., Mahrouseh, N., & Varga, O. (2023). Trends in dental care utilisation among the elderly using longitudinal data from 14 countries: a multilevel analysis. *PLOS ONE*, 18(6), 1-12.
- Malkouti, S., Javan-Naoughabi, J., Yousefzadeh, N., Rezapour, A., Mortavzavi, S., Jahangiri, R., & Moghri, J. (2021). A systematic review of potentially inappropriate medication use and related costs among the elderly. *Value in Health Regional Issues*(25), 172-179.
- Missinne, S., & Luyten, S. (2018). *Huisartsen in het Brussels Gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn mogelijke tekorten?* Brussel: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn GGC.
- Nascimento, T., Andrade, A., Cabrita, C., Pais, S., & De la Puerta, R. (2024). Prevalence of potentially inappropriate medication use in older adults with chronic diseases. *Proceedings*, 99(7), 1-4.
- Nie, J., Wang, L., Tracy, C., Moineddin, R., & Upshur, R. (2008). Health care service utilization among the elderly: findings from the Study to Understand the Chronic Condition Experience of the Elderly and the Disabled (SUCCEED project). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(6), 1044-1049.
- Nielsen, D., van der Sanden, W., & van Mourik, K. (2013). The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study. *BMC Oral Health*, 13(61), 1-12.
- Noirhomme, C., & Lambert, L. (2020). In woonzorgcentra wordt nog altijd veel gebruik gemaakt van antidepressiva en antipsychotica. *CM-Informatie*, 280, 44-52.
- Observatorium chronische ziekten. (2021). *Antwoord van de Raadgevende afdeling van het Observatorium voor chronische ziekten op de vraag omtrent ziekenvervoer van Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke*. Brussel: RIZIV.
- Renom-Guiteras, A., Meyer, G., & Thürmann, P. A. (2015). The EU(7)-PIM list: A list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 71(7), 865-875.
- RIZIV. (2011). *Pilootproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN)*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2025). *Nomenclatuur en pseudonomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen*. Geraadpleegd op 10 januari 2025, op Nomensoft: <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/Nomen/nl/109012>.
- Sciensano. (2024). *Influenza*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op sciensano: <https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/influenza#complicaties-en-sterfte>.

- 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), pp. 457-458.
- Statbel. (2023). *Budget des ménages*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op STATBEL: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/budget-des-menages>.
- Statbel. (2024a). *Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op STATBEL: [https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/Huishoudens/10.7%20Inkomen%20en%20levensomstandigheden/10.7.1%20Armoederisico/Publication\\_Silc\\_STATBEL\\_FR.xlsx](https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/Huishoudens/10.7%20Inkomen%20en%20levensomstandigheden/10.7.1%20Armoederisico/Publication_Silc_STATBEL_FR.xlsx).
- Statbel. (2024b). *Structure de la population*. Geraadpleegd op 2 december 2024, op STATBEL: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population#news>.
- UZ Gent. (2024). *Gerodent*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op UZ Gent: <https://www.uzgent.be/patient/zoek-een-arts-of-dienst/tand-mond-en-kaakziekten/gerodent>.
- Van der Heyden, J., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: Ambulante zorg door artsen en tandartsen*. Brussel: Sciensano.
- Verniest, R., Vandeleeene, 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.
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2025). *Het wzc wil een procesbegeleider psychofarmaca*. Geraadpleegd op januari 21 2025, op Een gratis project voor procesbegeleiding in WZC en LDC?: <https://www.gezondleven.be/projecten/procesbegeleiding-voor-preventie-in-woonzorgcentra/psychofarmaca>.
- Vlaamse Ouderenraad. (2024). *Laat ouderen niet achter in vervoersarmoede*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op Vlaamse Ouderenraad: <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/wat-denken-we/mobiliteit/laat-ouderen-niet-achter-vervoersarmoede>.
- WHO. (2002). *Active ageing. A policy framework*. Geneva: WHO.
- WHO. (2003). *World Health Assembly resolution 56.19. Prevention and control of influenza pandemics*. Geneva: WHO.
- WHO. (2009). *Influenza*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op WHO: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/influenza>.
- WHO. (2018). *Influenza vaccination – 7 things to know*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op WHO: <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/influenza-vaccination-7-things-to-know>.
- WHO. (2019). *Medication Safety in polypharmacy: Technical report*. Genève: World Health Organization.
- WHO. (2022). *Vaccines against influenza: WHO position paper*. Geneva: WHO.
- Willems, B. (2023). *Preventiepeiling in woonzorgcentra 2023*. Brussel: Vlaams Instituut Gezond Leven.
- Zacarin, A., Strumia, M., Piau, A., & Bagheri, H. (2020). Les médicaments potentiellement inappropriés : adaptation de la liste EU(7)PIM à la pratique médicale française. *Thérapies*, 75(6), 663-673.