

## **Dialogo over chronische zorg: Opinie met impact**

Miek Smeets en haar collega's van het team Chronische Zorg aan de Universiteit Antwerpen schreven onlangs een opiniestuk in *De Standaard* over de plannen van de regering inzake de aanpak van chronisch zieke patiënten. De publicatie bleef niet onopgemerkt: nog dezelfde dag volgde een informeel overleg met minister Frank Vandenbroucke.

De minister toonde zich luisterbereid en stond open voor suggesties uit het werkveld. Hij benadrukte dat hij geen voorstander is van een zogeheten "klikstelsel" om fraude met attesten te melden. Een dergelijke meldlijn zou hoogstens deel uitmaken van een bestaande dispatchdienst voor sociale fraude.

Daarnaast gaf de minister aan dat hij het belangrijk vindt dat patiënten niet uit het zorgstelsel worden gezet zonder toegang tot een degelijke verdediging. Hij bekijkt momenteel of een bemiddelingsprocedure bij meningsverschillen kan worden ingevoerd.

Tot slot werden de academische centra huisartsgeneeskunde uitgenodigd om verder na te denken over de rol van de huisarts in de begeleiding van chronisch zieke patiënten.

# **De jacht op chronisch zieke patiënten én artsen is geopend**

**De regering rijdt chronisch zieke patiënten én artsen in de vernieling, zeggen onderzoekers van het Centrum**

**Huisartsgeneeskunde van UAntwerpen.**

**Miek Smeets, Annelies Colliers, Sophie Opsomer, Stefan Morreel, Leen Vermeulen, Werner Van Peer, Johan Wens**

Namens het team Chronische zorg, Universiteit Antwerpen, Centrum Huisartsgeneeskunde.  
24 april 2025 om 23:59

Delen

België telt veel langdurig zieken. De regering suggereert met haar aanpak – een actieplan dat onder meer uitgaat van strengere controle en bestraffing – dat het probleem vooral ligt bij patiënten die profiteren van het stelsel en bij artsen die onwettige attesten afleveren. Hoewel zulke praktijken zeker voorkomen, gaat het om een kleine minderheid van patiënten en collega's. De nadruk op controle en fraude leidt de aandacht af van de structurele oorzaken die huisartsen elke dag zien. Langdurig ziekteverzuim is zelden een keuze. In een samenleving waarin we steeds meer op onszelf zijn aangewezen en zorg structureel wordt ondergewaardeerd, botsen veel mensen op hun grenzen. Psychologische en psychiatrische hulp is moeilijk toegankelijk, crèches hebben geen plaats of personeel, een kind met een beperking opvoeden is met de huidige wachtlijsten een voltijdse opdracht en mantelzorgers raken overbelast. Tegelijk stijgt de economische noodzaak om voltijds te werken. Het gevolg? Een toename van burn-out, depressie en uitputting – structurele ziekmakers die weinig te maken hebben met onwil of misbruik.

Vooral vrouwen en mensen in kwetsbare sociaaleconomische posities dragen een onevenredig hoge zorglast en zijn daar kwetsbaar voor.

Het lijkt vanzelfsprekend dat werkgevers de voorkeur geven aan werknemers die zich volledig kunnen inzetten zonder gezondheidsproblemen die hen beperken. Aangepaste functies, flexibele werkuren of voldoende ondersteuning zijn vaak niet mogelijk, waardoor veel patiënten met een beperking of chronische aandoening uitvallen ondanks hun motivatie om te werken.

### **Schop onder de kont**

Een eerste speerpunt in het actieplan van de regering is ziekenfondsen dwingen om controleartsen hun taak strenger te laten uitvoeren. In theorie klinkt dat redelijk, in de praktijk konden we de afgelopen jaren al de problematische gevolgen van die aanpak ervaren. Terwijl voorheen een adviserend arts zelden tussenbeide kwam bij langdurige arbeidsongeschiktheid en bij twijfel in overleg ging met de behandelend arts, zien we nu dat patiënten eenzijdig van het ziekenfonds gegooid worden.

Waarop die beslissing gebaseerd wordt, is vaak niet duidelijk. In onze praktijk ging het telkens om vrouwen met ernstige mentale gezondheidsproblemen die behandeld werden, maar nog niet voldoende hersteld waren. Geen van hen hervatte het werk na die ‘schop onder de kont’. Wel zagen we toegenomen stress, angst en uitzichtloosheid. De behandelende arts wordt niet meer gehoord. Betwisting kan alleen via gerechtelijke weg. Maar wie leeft op 60 procent van zijn loon en nu zelfs zijn uitkering verliest, kan zelden zo’n juridische strijd aangaan.

Met het tweede speerpunt van haar actieplan mikt de regering op huisartsen responsabiliseren én sanctioneren. Aanvankelijk is nauwe opvolging van de ziek(t)e essentieel. Een eenmalig attest voor een langdurige afwezigheid is dan inderdaad minder geschikt. Artsen daarvoor sensibiliseren is redelijk. Maar vaak is een ongunstige werkomgeving waarnaar patiënten niet willen of kunnen terugkeren een vertragende factor voor herstel. De voorgestelde kliklijn waarmee werkgevers huisartsen kunnen rapporteren, komt in die context over als een provocatie. Zoals arbeidsmarktspecialist Stijn Baert al aangaf, ontbreekt elke wetenschappelijke onderbouwing om artsen te sanctioneren. Bovendien bestaan er al systemen om huisartsen te controleren: werkgevers kunnen een klacht indienen bij de Orde der Geneesheren bij het vermoeden van fraude. En ten gronde: als een werknemer langdurig of frequent afwezig is, is het dan niet logisch om als werkgever in gesprek te gaan met die werknemer zelf, in plaats van de behandelende arts aan te klagen?

### **Uitbehandeld en opgegeven**

Chronische zorg vraagt om samenwerking, niet om controle. Als een adviserende arts van een ziekenfonds meent dat een patiënt opnieuw arbeidsgeschikt is, zou hij die patiënt eerst kunnen doorverwijzen naar een ‘terug-naar-werk-coördinator’, of zou hij eerst kunnen overleggen met de behandelende arts in plaats van abrupt de uitkering stop te zetten.

Ook het onderscheid tussen arbeidsongeschiktheid en invaliditeit is aan herziening toe. De automatische overstap naar 'invaliditeit' na een jaar geeft patiënten het gevoel dat ze op dat moment uitbehandeld zijn en opgegeven worden.

Terminologie en timing kunnen beter afgestemd worden op realistische hersteltrajecten.

Tot slot leeft binnen de sector het voorstel om de rol van de huisarts in de begeleiding van arbeidsongeschiktheid te herbekijken. Een optie is dat huisartsen de eerste drie maanden de opvolging blijven doen, waarna een multidisciplinair team – bestaande uit bijvoorbeeld een psycholoog, een maatschappelijk werker, een arbeidsgeneeskundige, in nauwe samenwerking met werkgevers – het traject mee ondersteunt. Zo verschuift de focus van controle naar samenwerking.