

# Prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood en associatie met arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid onder hun ouders

Een uitgave van de Onafhankelijke Ziekenfondsen  
Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel  
T 02 778 92 11  
[commu@mloz.be](mailto:commu@mloz.be)

—  
Redactie > Luk BRUYNEEL, Els DIERCKX, Wies KESTENS, Agnès LECLERCQ,  
Güngör KARAKAYA, Ludo VANDENTHOREN en Marijke GIELEN

[www.mloz.be](http://www.mloz.be)

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, juli 2022

(Ondernemingsnummer 411 766 483)

# Prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood en associatie met arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid onder hun ouders

## Inhoudstafel

01	Samenvatting.....	4
02	Inleiding.....	5
03	Methode.....	8
	Design.....	8
	Studiepopulatie.....	8
	Gegevensbronnen.....	8
	Identificatie van kinderen met een speciale zorgnood.....	9
	Primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid.....	9
	Demografische studievariabelen.....	10
	Statistische analyse.....	11
04	Resultaten.....	13
	Prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood.....	13
	Associatie met primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid .....	17
05	Discussie.....	21
06	Aanbevelingen.....	24

07	Referenties .....	27
08	Appendix.....	31
	Nota's .....	46



# 01 Samenvatting

---

In tegenstelling tot andere landen zijn voor België weinig cijfers beschikbaar over kinderen met een speciale zorgnood. Er is dus ook weinig geweten over de mogelijke gevolgen hiervan op gezinnen/ouders, die leven met een kind met een speciale zorgnood.

Daarom hebben wij bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen getracht deze kinderen te identificeren, onder onze leden van 0 tot 17 jaar. We hebben dit gedaan op basis van verschillende criteria, waaronder de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte (de vroegere 'verhoogde kinderbijslag'), maar we hebben ook gekeken naar onder andere zorguitgaven, medicatiegebruik, specifieke medische verstrekkingen en verblijven in bepaalde voorzieningen.

We stellen vast dat ongeveer 1 kind op 16 geconfronteerd wordt met een speciale zorgnood. Binnen 1 gezin op de 10 situeert zich een kind met een speciale zorgnood.

Vervolgens hebben we ouders binnen gezinnen met een kind met een speciale zorgnood, vergeleken met ouders binnen gezinnen zonder kind met een speciale zorgnood. We stellen vast dat ouders met een kind met een speciale zorgnood zich vaker in arbeidsongeschiktheid en invaliditeit bevinden. Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit zijn bijzonder beleidsrelevante indicatoren. Methoden om personen in arbeidsongeschiktheid zo goed mogelijk te begeleiden naar werkhervatting, binnen de mogelijkheden van de persoon, zijn momenteel voer voor debat. Een goed zicht op relevante verklarende factoren, zoals de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood in het gezin, is in dat kader van groot belang.

## 02 Inleiding

---

Wereldwijd worden heel wat kinderen geconfronteerd met een speciale zorgnood. Kinderen met een speciale zorgnood zijn kinderen die een chronische fysieke, ontwikkelings-, gedrags- of emotionele aandoening, of een verhoogd risico daarop hebben, en die gezondheids- en aanverwante diensten nodig hebben van een soort of hoeveelheid die overstijgt wat kinderen in het algemeen nodig hebben (McPherson et al., 1998). In de Verenigde Staten worden de prevalentie, het type en de complexiteit van een speciale zorgnood sinds 2016 in beeld gebracht bij 0- tot 17-jarigen met de National Survey of Children with Special Health Care Needs. In 2020 had 19,7% van de kinderen een speciale zorgnood omwille van een of meerdere redenen: medicatiegebruik (13,2%), toegenomen medische zorgverlening (10,7%), functionele beperkingen (5,1%), speciale therapieën (5,9%), of emotionele, ontwikkelings- of gedragsaandoeningen (10,0%) (Lebrun-Harris et al., 2022; The Child & Adolescent Health Measurement Initiative, 2020). In een Australische studie met een vergelijkbare definitie van een speciale zorgnood bleek dat 16,1% van de kinderen tussen 4 en 15 jaar hiermee wordt geconfronteerd (Huang et al., 2020).

Omwille van de vaak intensieve ouderlijke zorg aan kinderen met een speciale zorgnood staat de gezondheid van deze ouders onder druk. Vergeleken met ouders van kinderen zonder een speciale zorgnood, rapporteren ze een slechtere algemene gezondheidsstatus (Murphy et al., 2007), meer opvoedingsstress (Cousino & Hazen, 2013), meer fysieke problemen (Brehaut et al., 2004), een slechtere slaapkwaliteit (Chu & Richdale, 2009; McBean & Schlosnagle, 2016; Wayte et al., 2012) en meer mentale problemen (Singer, 2006). Ook verminderen ouders van kinderen met een speciale zorgnood hun aantal werkuren of verlaten ze de arbeidsmarkt om de zorg voor hun kind op te nemen (Brown & Clark, 2017; Crettenden et al., 2014; DeRigne, 2012; Gladwell, 2000; Gordon et al., 2007; Zhu, 2016). Daarenboven zijn kinderen met een speciale zorgnood oververtegenwoordigd in gezinnen met een lagere socio-economisch status, waar het potentieel tot deelname aan de arbeidsmarkt al beperkter is (Bauman et al., 2006; OECD, 2010). Veelal wordt de weerslag van de zorg voor kinderen met een speciale zorgnood op moeders bestudeerd en is er veel minder evidentie beschikbaar over de impact op vaders (Cohn et al., 2020).

Voor België bestaan er weinig tot geen cijfers over de prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood. Karakaya et al. (2020) bestudeerden het gebruik van geneesmiddelen, de aanrekening van bepaalde nomenclatuurcodes, of verblijven in specifieke zorgvoorzieningen, en schatten dat in 2018 3,7% van de kinderen wonend in België aan een chronische ziekte leed. Een andere methode om een inschatting te maken van de prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood is de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte (tot 2018 de 'verhoogde kinderbijslag'). Kinderen die als gevolg van een beperking of

handicap meer ondersteuning nodig hebben dan hun leeftijdsgenoten om zich te kunnen ontwikkelen kunnen hierop aanspraak maken. Het toekennen van deze zorgtoeslag wordt voorafgegaan door een evaluatie van de ondersteuningsnood van het kind door een arts. Aan de hand van de medisch-sociale schaal worden de lichamelijke en geestelijke gevolgen van de aandoening of beperking en de gevolgen voor het kind en het gezin geëvalueerd, en wordt het bedrag van de zorgtoeslag bepaald. Ongeveer 2,5% van alle kinderen wonend in België heeft recht op deze toeslag (Elsen, 2018). Kinderen met een chronische ziekte of aandoening kunnen daarnaast, net als volwassenen, in aanmerking komen voor het forfait voor chronisch zieken, het statuut chronische aandoeningen, en de maximumfactuur voor chronisch zieken. Deze worden verderop toegelicht. Door bovenstaande methodieken te combineren kan een meer volledige inschatting gemaakt worden van de prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood.

Over de impact van kinderen met een speciale zorgnood op de werksituatie van ouders is evenmin veel evidentie beschikbaar in België. Wel toonden Vinck en Van Lancker (2020) aan dat de huishoudwerkintensiteit lager ligt in huishoudens met kinderen die recht hebben op de verhoogde kinderbijslag, op basis van gegevens voor het jaar 2010. Het effect was meer uitgesproken bij alleenstaande ouders, lager opgeleide ouders, of wanneer er meerdere kinderen met een zorgtoeslag waren in het gezin. De huishoudwerkintensiteit is een weinig specifieke indicator, die, voor alle leden van het huishouden op werkzame leeftijd samen, de verhouding weergeeft tussen het totale aantal gewerkte maanden (uitgedrukt in voltijdse equivalenten) en het totale aantal maanden dat in theorie gewerkt had kunnen worden.

Om meer informatieve hypothesen te toetsen in het conflict tussen de zorg aan een kind met een speciale zorgnood en de arbeidssituatie, kunnen zowel werkloosheid als arbeidsongeschiktheid in beschouwing worden genomen. Arbeidsongeschiktheid is een belangwekkende indicator. Ten eerste is een medische diagnose gekend bij intrede in arbeidsongeschiktheid, wat toelaat om na te gaan omwille van welke ziektebeelden ouders van een kind met een speciale zorgnood intreden in arbeidsongeschiktheid. Ten tweede is het aantal dagen dat men doorbrengt in arbeidsongeschiktheid gekend. De eerste 12 maanden spreekt men van primaire arbeidsongeschiktheid, nadien van invaliditeit. Er kan dus een inschatting gemaakt worden van de tijd die het vraagt voor ouders van een kind met een speciale zorgnood om terug aan de slag gaan. Daarnaast is arbeidsongeschiktheid een bijzonder beleidsrelevante indicator. Methoden om personen in arbeidsongeschiktheid zo goed mogelijk te begeleiden naar werkhervatting, binnen de mogelijkheden van de persoon, zijn momenteel voer voor debat. Een goed zicht op relevante verklarende factoren is in dat kader van groot belang. Momenteel ligt de focus echter hoofdzakelijk op werk-gerelateerde psychosociale factoren.

Het doel van deze studie is tweeledig.

Ten eerste wordt beoogd om de prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood in België in kaart te brengen. Specifieke aandacht gaat uit naar het beschrijven van de samenhang tussen de criteria die we hanteren om een speciale zorgnood te identificeren.

Ten tweede wordt de associatie onderzocht tussen de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood in een gezin, en primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid onder de ouders. De hypothese is dat de arbeidssituatie bemoeilijkt wordt bij ouders in gezinnen met een kind met een speciale zorgnood, in vergelijking met ouders in gezinnen zonder kind met een speciale zorgnood.

## 03 Methode

---

### Design

Deze studie betreft een retrospectieve observationele analyse op basis van routinematig verzamelde gegevens.

### Studiepopulatie

De studiepopulatie omvat leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Als een van de zeven landsbonden in België, met iets meer dan twee miljoen leden, dekken de Onafhankelijke Ziekenfondsen ongeveer 19% van de Belgische bevolking. Alle kinderen (<18 jaar) die in België woonden in 2019 en die het hele jaar lid waren van de Onafhankelijke Ziekenfondsen werden weerhouden. Voor deze kinderen werd vervolgens het wettelijke gezinshoofd geïdentificeerd, waarna voor elk wettelijk gezinshoofd diens wettelijke partner of wettelijke samenwonende werd geïdentificeerd. Alleen gezinnen waarvan alle gezinsleden waren aangesloten bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen werden weerhouden.

### Gegevensbronnen

Ter identificatie van kinderen met een speciale zorgnood worden databanken doorzocht die alle informatie bevatten met betrekking tot geneeskundige verstrekkingen en afgeleverde medicatie in 2019. Van elke individuele geneeskundige verstrekking die op een bepaalde datum aan een persoon wordt verleend, bevat de databank administratieve en boekhoudkundige gegevens. Eveneens is informatie beschikbaar voor alle geneesmiddelen die afgeleverd worden in de openbare officina en ziekenhuisapotheken waarvoor een vergoeding gebeurde door het RIZIV.

Om arbeidsongeschiktheid en invaliditeit in beeld te brengen wordt gebruik gemaakt van de gegevens die vermeld staan op het aangifteformulier dat leden verplicht dienen te bezorgen aan het ziekenfonds wanneer zij arbeidsongeschikt worden, en van de duurtijd van het dossier.

Wat werkloosheid betreft dient een werkloosheidsdossier te worden ingediend bij de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening die het dossier behandelt en de communicatie verzorgt tussen de uitkeringsinstellingen, de Kruispuntbank Sociale Zekerheid en de ziekenfondsen.

Tot slot is een uitgebreide set van demografische en sociaaleconomische gegevens over de leden beschikbaar.



## Identificatie van kinderen met een speciale zorgnood.

Kinderen met een speciale zorgnood werden geïdentificeerd op basis van de criteria onderliggend aan een aantal beschermingsmechanismen onder het principe van inkomens- en risicosolidariteit, met name de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte, het forfait voor chronisch zieken, het statuut chronische aandoeningen, en de maximumfactuur voor chronisch zieken. Aanvullend bestuderen we het gebruik van geneesmiddelen, de aanrekening van bepaalde nomenclatuurcodes, of verblijven in een algemeen ziekenhuis of een dienst kinderen jeugdpsychiatrie als criterium (cf. Appendix 1 voor de gehanteerde methodologie). Figuur 1 geeft deze beschermingsmechanismen en criteria in detail weer. We beschouwen een speciale zorgnood indien aan minstens een van volgende criteria werd voldaan:

- 1) Recht op de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte;
- 2) Uitgaven aan geneeskundige verzorging van minstens €450 remgeld (i.e. het eigen aandeel van de patiënt) in het lopende en voorgaande kalenderjaar. Dit is een criterium voor het forfait voor chronisch zieken;
- 3) Behandeling met kine- of fysiotherapiebehandelingen met betrekking tot een zware aandoening. Dit is een criterium voor het forfait voor chronisch zieken;
- 4) Opname in een ziekenhuis voor een totale duur van minstens 120 dagen in het lopende en voorgaande kalenderjaar. Dit is een criterium voor het forfait voor chronisch zieken;
- 5) Minstens zes keer opgenomen in het lopende en voorgaande kalenderjaar. Dit is een criterium voor het forfait voor chronisch zieken;
- 6) Voldoen aan het criterium voor het forfait B of C verpleegkundige zorgen, dit wil zeggen zwaar zorgafhankelijke kinderen die thuisverpleging vereisen gedurende minstens drie maanden. Dit is een criterium voor het forfait voor chronisch zieken;
- 7) Uitgaven aan geneeskundige verzorging van minstens €325,35 per kwartaal in acht voorgaande kwartalen waarbij de acht kwartalen twee kalenderjaren vormen. Dit is een criterium voor het statuut chronische aandoening;
- 8) Minstens een chronische aandoening op basis van geneesmiddelenconsumptie, de aanrekening van bepaalde nomenclatuurcodes, of verblijven in een algemeen ziekenhuis of een dienst kinder- en jeugdpsychiatrie.

## Primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid

Kinderen die volgens onze criteria een speciale zorgnood hebben in 2019, hadden deze mogelijk al vroeger, en hun ouders kunnen hier dus reeds voor 2019 een impact van hebben ondervonden. Daarom beschouwen we de prevalentie van arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid in 2019.

Werknemers, werklozen en zelfstandigen die door een ziekte of een ongeval niet meer kunnen werken en waarvoor de primaire arbeidsongeschiktheid is erkend door een adviserend arts kunnen aanspraak maken op een vervangingsinkomen dat wordt uitgekeerd door het ziekenfonds. Onze cijfers bevatten enkel de arbeidsongeschiktheden waarvoor de duur van ongeschiktheid de periode van het gewaarborgde loon overschrijdt (7 dagen voor zelfstandigen, 14 dagen voor arbeiders en 30 dagen voor bedienden). We beschouwen enkel de onderbrekingen van de beroepsactiviteit wegens ziekte of ongeval. Een eventueel herval maakt deel uit van hetzelfde dossier.

Prevalentie van arbeidsongeschiktheid in 2019 wordt gekwantificeerd als het hebben doorgemaakt van een periode van arbeidsongeschiktheid in 2019, onafhankelijk van de datum van intrede (i.e. de prevalentie), maar waarvan de totale duurtijd niet langer dan een jaar bedroeg (want dan spreken we immers over invaliditeit). Dit impliceert dat de intrede in arbeidsongeschiktheid ten vroegste plaatsvond op 1 januari 2018. Bij intrede in arbeidsongeschiktheid wordt een diagnose toegekend door de behandelende arts aan de persoon en overgemaakt aan de verzekeringsinstelling via het arbeidsongeschiktheidsformulier. Op basis hiervan wordt een pathologielabel toegekend en wordt een ICD-10-diagnose afgeleid binnen de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Prevalentie van invaliditeit in 2019 wordt gekwantificeerd als het hebben doorgemaakt van een periode van invaliditeit (arbeidsongeschiktheid langer dan 1 jaar) in 2019. Dit impliceert dat de intrede in arbeidsongeschiktheid ten laatste plaatsvond op 31 december 2018.

Prevalentie van werkloosheid in 2019 impliceert het hebben ontvangen van een werkloosheidsuitkering in 2019. De periode van werkloosheid begon mogelijk reeds voordien. Werknemers die onvrijwillig werkloos zijn geworden en gedurende de voorafgaande periode een minimaal aantal werkdagen in loondienst hebben gewerkt, hebben recht op deze uitkering. Prestaties als zelfstandige geven geen recht op een werkloosheidsuitkering.

Tot slot kwantificeren we de incidentie van arbeidsongeschiktheid in 2019 als de nieuwe intredes in arbeidsongeschiktheid in 2019.

### Demografische studiev variabelen

Voor kinderen en ouders weerhouden we leeftijd en geslacht en voor ouders eveneens de hoedanigheid en het sociaal statuut. De hoedanigheid van de ouders geeft weer of men gerechtigde is of persoon ten laste. Gerechtigden zijn personen die door het sociaal statuut (werknemer, werkloze, gepensioneerde...) recht hebben op de verplichte ziekteverzekering. Ze zijn in eigen naam aangesloten bij een

ziekenfonds. Personen die geen eigen inkomen hebben, bijvoorbeeld huisvrouwen of -mannen, kinderen... zijn aangesloten als persoon ten laste en ontlene hun recht op ziekteverzekering van een gezinslid dat eigen rechten heeft. Het sociaal statuut (arbeider, bediende, zelfstandige, etc.) is gebaseerd op de op dat ogenblik meest recente bijdrage voor de sociale zekerheid.

Op niveau van het gezin brengen we de woonplaats (regio), het mediane inkomen voor de statistische sector waar ze woonachtig zijn, en het aantal kinderen jonger dan 18 jaar binnen het gezin in kaart.

Alle variabelen zijn beschikbaar vanuit de routinematig verzamelde gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Enkel het mediane inkomen van het statistisch district waar de persoon woont, een proxy voor de levensstandaard van de persoon, wordt verkregen via het Belgische statistiekbureau en gekoppeld aan de administratieve gegevens op niveau van de statistische sector. Dit is een territoriale basiseenheid die ontstaan is uit een opdeling van de gemeenten en de vroegere gemeenten voor de verspreiding van statistieken op een gedetailleerder niveau dan het gemeentelijk niveau.

### Statistische analyse

Ten eerste beschrijven we de prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood op basis van de aanwezigheid van ten minste een van de acht criteria. We beschrijven deze kinderen naar geslacht en leeftijd. Ook op niveau van het gezin geven we de prevalentie weer, en we beschrijven deze naar regio (Vlaanderen, Wallonië, Brussel) en het mediane inkomen. Daarnaast beschrijven we of binnen het gezin een kind met een speciale zorgnood aanwezig is, of twee of meer kinderen met een speciale zorgnood aanwezig zijn. Vervolgens geven we de mate van samenhang tussen de criteria ter identificatie van een speciale zorgnood weer. We doen dit aan de hand van een UpSet plot (een alternatief voor een Venn diagram wanneer het aantal groepen groot is) (Lex et al., 2014) en een correlogram ter weergave van de phi-correlaties.

Voor alle ouders die gerechtigde zijn en actief zijn als bediende, arbeider, of zelfstandige bestuderen we vervolgens primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Werkloosheid bestuderen we enkel bij bedienden en arbeiders aangezien prestaties als zelfstandige geen recht geven op een werkloosheidsuitkering. Enkelvoudige logistische regressie wordt gehanteerd om te schatten of eventuele verschillen in de arbeidssituatie van ouders significant zijn naargelang de aanwezigheid van een of twee of meer kinderen met een speciale zorgnood. In meervoudige regressieanalyse wordt gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en het sociaal statuut (bediende, arbeider, zelfstandige) van de ouders, alsook de hoedanigheid van het gezin (twee gerechtigden, een gerechtigde met

partner als persoon ten laste, een gerechtigde zonder gekende partner), het aantal kinderen jonger dan 18 jaar in het gezin, de regio en het mediane inkomen voor het gezin. Leeftijd van de ouders en mediane inkomen worden in deze analyse gecategoriseerd. Ook wordt een random intercept toegevoegd om de herhaalde metingen van ouders binnen gezinnen in acht te nemen. Binnen de meervoudige regressieanalyse schatten we subgroepeffecten voor alle categorieën van de covariaten door middel van een interactieterm tussen de covariaat en de variabele die capteert of er al dan niet een kind met een speciale zorgnood aanwezig is in het gezin. Hiermee gaan we na of het effect van de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood in het gezin op de arbeidssituatie aanwezig is voor zowel vaders als moeders, onder zowel bedienden, arbeiders en zelfstandigen, etc.

Tot slot voeren we enkele sensitiviteitsanalyses uit. Ten eerste herhalen we de enkelvoudige en meervoudige regressieanalyse voor elk van de criteria en de meest frequente chronische aandoeningen ter identificatie van een kind met een speciale zorgnood. Ten tweede beschrijven we de incidentie van intredes in arbeidsongeschiktheid per diagnose (op niveau van het ICD-10-hoofdstuk) al naargelang de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood binnen het gezin. We doen dit voor de meest frequente ICD-10-hoofdstukken, met name hoofdstuk V Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (waarvan bijna 80% F32.X Depressie betreft en 20% F34.1 Dysthymie), hoofdstuk XIII Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel (met een grote verscheidenheid aan diagnoses), en hoofdstuk XXI Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg (waarvan ongeveer 90% Z73.0 Burn-out betreft) (Bruyneel et al., 2020). Ten derde voeren we exacte matching uit om sequentieel elk gezin met ten minste een kind met een speciale zorgnood te matchen met een gezin zonder kind met een speciale zorgnood. Matching gebeurt op basis van de hierboven beschreven covariaten. In gezinnen met twee geïdentificeerde ouders matchen we op geslacht, leeftijd en sociaal statuut voor beide partners.

SAS 9.4 werd gebruikt voor de statistische analyses. Een alfa-waarde van 0,05 werd aangenomen als statistisch significant.

## 04 Resultaten

---

### Prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood

De studiepopulatie omvatte 215 773 gezinnen waarvan alle gezinsleden aangesloten waren bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, goed voor 380 187 kinderen.

De prevalentie en demografische karakteristieken van kinderen met een speciale zorgnood zijn weergegeven in Tabel 1. De prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood bedraagt 6,4% (n=24 209). Deze kinderen situeren zich binnen 22 291 (10,3%) van de 215 773 gezinnen. Binnen 1758 (0,8%) van deze gezinnen zijn er twee of meerdere kinderen met een speciale zorgnood.

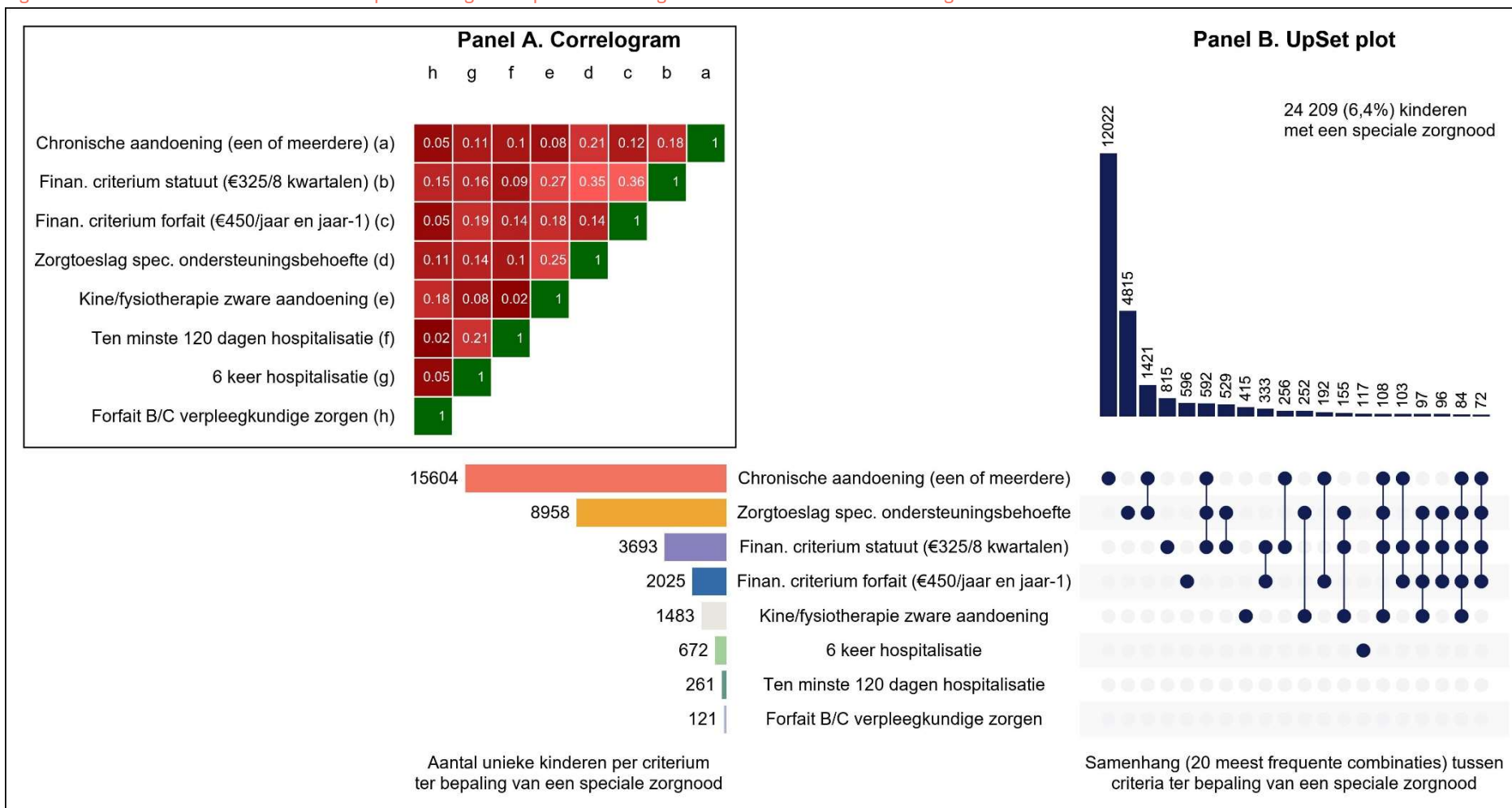
De grootste groep kinderen met een speciale zorgnood wordt geïdentificeerd op basis van de aanwezigheid van een chronische aandoening (n=15 604). De prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood ligt hoger bij jongens (7,6%) dan bij meisjes (5,1%). Voornamelijk het grote verschil bij kinderen die de zorgtoeslag krijgen (3,0% jongens vs 1,7% meisjes) springt in het oog. De gemiddelde leeftijd van kinderen met een speciale zorgnood is 10,3 jaar en is hoger dan kinderen zonder een speciale zorgnood (9,3 jaar). Vlaanderen kent de hoogste prevalentie gezinnen met ten minste een kind met een speciale zorgnood (11,9%). Binnen gezinnen die wonen in een statistische sector met een mediaan inkomen <€20 000 is de prevalentie van gezinnen met ten minste een kind met een speciale zorgnood het laagst (9,8%). Voornamelijk de identificatie van een chronische aandoening is er minder frequent. Daarentegen zien we in statistische sectoren met een mediaan inkomen <€20 000 verhoudingsgewijs meer gezinnen met ten minste een kind met een zorgtoeslag voor een specifieke ondersteuningsbehoefte.

Tabel 1. Prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood en gezinnen met ten minste een kind met een speciale zorgnood, en hun karakteristieken

Kind	Geslacht		p	Leeftijd		p	Gezin				p	Inkomen					p
	Jongen (194 562)	Meisje (185 625)		Gemiddelde	TOTAAL (215 773)		Vlaanderen (96 805)	Wallonië (75 481)	Brussel (43 487)	<€20 000 (30 372)		€20 000 – €24 999 (54 935)	€25 000 – €29 999 (67 229)	€30 000 – €34 999 (47 733)	>€35 000 (15 504)		
<b>Een van de criteria van een speciale zorgnood voldaan, % (n)</b>																	
6,4% (24 209)	7,6% (14 813)	5,1% (9396)	<0,001	10,3 (vs 9,3)	<0,001	10,3% (22 291)	11,9% (11 488)	9,7% (7329)	8,0% (3474)	<0,001	9,8% (2987)	10,0% (5472)	10,4% (6982)	11,0% (5233)	10,4% (1617)	<0,001	
<b>Zorgtoeslag specifieke ondersteuningsbehoefte, % (n)</b>																	
2,4% (8958)	3,0% (5775)	1,7% (3183)	<0,001	10,5 (vs 9,4)	<0,001	3,8% (8282)	4,1% (3991)	3,8% (2869)	3,3% (1422)	<0,001	4,6% (1411)	4,1% (2245)	3,6% (2415)	3,6% (1696)	3,6% (515)	<0,001	
<b>Financieel criterium statuut (€325,35/8 kwartalen), % (n)</b>																	
1,0% (3693)	1,1% (2080)	0,9% (1613)	<0,001	10,0 (vs 9,4)	<0,001	1,7% (3580)	1,8% (1721)	1,7% (1265)	1,4% (594)	<0,001	1,8% (536)	1,7% (922)	1,6% (1095)	1,7% (795)	1,5% (232)	0,276	
<b>Financieel criterium forfait (€450/jaar en jaar-1), % (n)</b>																	
0,5% (2025)	0,6% (1088)	0,5% (937)	0,011	8,8 (vs 9,4)	<0,001	1,0% (1986)	1,2% (1117)	0,8% (635)	0,5% (234)	<0,001	0,6% (188)	0,8% (416)	1,0% (694)	1,1% (527)	1,0% (161)	<0,001	
<b>Kine/fysiotherapie zware aandoening, % (n)</b>																	
0,4% (1483)	0,3% (675)	0,4% (808)	<0,001	10,6 (vs 9,4)	<0,001	0,7% (1461)	0,6% (610)	0,8% (600)	0,6% (251)	<0,001	0,6% (195)	0,7% (369)	0,7% (465)	0,7% (321)	0,7% (111)	0,886	
<b>6 keer hospitalisatie, % (n)</b>																	
0,2% (672)	0,2% (248)	0,2% (324)	0,751	7,2 (vs 9,4)	<0,001	0,3% (669)	0,3% (324)	0,3% (241)	0,2% (104)	0,010	0,3% (103)	0,3% (192)	0,3% (184)	0,3% (146)	0,3% (44)	0,144	
<b>Ten minste 120 dagen hospitalisatie, % (n)</b>																	
0,1% (261)	0,1% (152)	0,1% (109)	0,022	11,7 (vs 9,4)	<0,001	0,1% (257)	0,1% (106)	0,1% (89)	0,1% (62)	0,250	0,1% (47)	0,2% (80)	0,1% (67)	0,1% (47)	0,1% (16)	0,031	
<b>Forfait B/C verpleegkundige zorgen, % (n)</b>																	
0,1% (121)	0,1% (70)	0,1% (51)	0,142	12,1 (vs 9,4)	<0,001	0,1% (118)	0,1% (55)	0,1% (38)	0,1% (25)	0,817	0,1% (20)	0,1% (33)	0,1% (37)	0,1% (23)	0,0% (5)	0,595	
<b>Een chronische aandoening o.b.v. geneesmiddelenconsumptie, nomenclatuurcodes, of verblijven in een algemeen ziekenhuis of een dienst kinder- en jeugdpsychiatrie, % (n)</b>																	
4,1% (15 604)	4,9% (9609)	2,8% (5995)	<0,001	10,4 (vs 9,4)	<0,001	6,8% (14 727)	8,2% (7926)	6,2% (4644)	5,0% (2157)	<0,001	5,7% (1740)	6,4% (3495)	7,0% (4697)	7,7% (3659)	7,3% (1136)	<0,001	

Figuur 1 toont de prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood op basis van de verschillende criteria en de samenhang tussen deze criteria. Het criterium 'aanwezigheid van een chronische aandoening o.b.v. geneesmiddelenconsumptie, nomenclatuurcodes of verblijven in een algemeen ziekenhuis of een dienst kinderen jeugdpsychiatrie' vertoont weinig samenhang met de andere criteria, wat opgemaakt kan worden uit de lage correlaties (Panel A) en het gegeven dat 12 022 van de 24 209 kinderen die werden geïdentificeerd als zijnde een kind met een speciale zorgnood, enkel en alleen op basis van dit criterium werden geïdentificeerd (Panel B). Appendix 2 beschrijft de geïdentificeerde chronische aandoeningen in detail, en toont in welke mate deze samenhangen met de andere criteria. Hieruit blijkt dat de samenhang met andere criteria sterk varieert naargelang de chronische aandoening. Ook het tweede meest frequent geïdentificeerde criterium, met name de zorgtoeslag voor een specifieke ondersteuningsbehoefte, vertoont weinig samenhang met de andere criteria. Deze lijn trekt zich door voor de andere criteria. Enkel het financieel criterium betreffende het statuut chronische aandoening (uitgaven aan geneeskundige verzorging van minstens €325,35 per kwartaal in het lopende en voorgaande kalenderjaar) vormt hier enigszins een uitzondering op. Hierbij wordt een matige samenhang gezien met de zorgtoeslag en het financieel criterium van €450 remgeld in de lopende twee jaar.

Figuur 1. Prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood op basis van de gehanteerde criteria en samenhang tussen deze criteria



In totaal waren er 116 combinaties van criteria ter bepaling van een speciale zorgnood. In deze figuur worden enkel de 20 meest frequente combinaties weergegeven ter illustratie van de samenhang.



## Associatie met primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid

Voor deze analyse weerhielden we 283 274 ouders van 340 222 kinderen, binnen 192 072 gezinnen, waarvan 18 355 gezinnen (27 135 gerechtigden) met een kind met een speciale zorgnood, en 1572 gezinnen (2319 gerechtigden) met twee of meer kinderen met een speciale zorgnood (zie Appendix 3 voor meer details).

Tabel 2 (Appendix 4 voor meer details) toont de associatie tussen de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood in een gezin en primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid onder ouders.

In vergelijking met ouders binnen gezinnen zonder een kind met een speciale zorgnood is de prevalentie van primaire arbeidsongeschiktheid (11,0% vs 8,6%, OR 1,26 BI 1,21 – 1,32) en invaliditeit (9,3% vs 6,1%, OR 1,55 BI 1,48 – 1,62) statistisch significant hoger bij ouders binnen gezinnen met een kind met een speciale zorgnood. Onder ouders binnen gezinnen met twee of meer kinderen met een speciale zorgnood, is de prevalentie nog hoger ten opzichte van gezinnen zonder een kind met een speciale zorgnood, voor zowel primaire arbeidsongeschiktheid (12,9% vs 8,6%, OR 1,45 BI 1,28 – 1,65) als invaliditeit (13,5% vs 6,1%, OR 2,39 BI 2,10 – 2,72).

De incidentie van primaire arbeidsongeschiktheid was hoger onder ouders binnen gezinnen met een kind met een speciale zorgnood (8,7% vs 6,9%, OR 1,22 BI 1,16 – 1,27) of binnen gezinnen met twee of meer kinderen met een speciale zorgnood (10,3% vs 6,9%, OR 1,41 BI 1,23 – 1,62), dan onder ouders binnen gezinnen zonder kind(eren) met een speciale zorgnood.

Voor werkloosheid toonde meervoudige regressieanalyse geen significante associatie aan met de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood.

Subgroepanalyses (Figuur 2) tonen aan dat zowel mannen als vrouwen, ouders uit alle leeftijdsgroepen, arbeiders, bedienden en zelfstandigen, en ouders in verschillende huishoudtypes effecten ondervinden op hun arbeidssituatie ten gevolge van de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood in het gezin. Ook is het effect aanwezig in elke regio en voor elke categorie van het mediane inkomen. Wel zijn de effecten hier en daar meer of minder uitgesproken, en dit voornamelijk inzake invaliditeit. Het effect is meer uitgesproken bij vrouwen, niet significant bij zelfstandigen, en er is een kwadratisch effect zichtbaar voor leeftijd.

Sensitiviteitsanalyses tonen aan dat de bevindingen erg gelijklopend zijn op niveau van de criteria en voor de meest frequente chronische aandoeningen ter identificatie van een kind met een speciale zorgnood (Appendix 5). Ook op niveau van de ICD-10-hoofdstukken tekent zich een consistente trend af (Appendix 6). Zowel voor hoofdstuk V Psychische stoornissen en gedragsstoornissen, hoofdstuk XIII Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel, en hoofdstuk XXI Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg, is de incidentie van primaire arbeidsongeschiktheid hoger onder ouders binnen gezinnen met een of meer kinderen met een speciale zorgnood dan onder ouders binnen gezinnen zonder kind(eren) met een speciale zorgnood. Ook de bevindingen van exacte matching op niveau van het gezin zijn in lijn met de hierboven gerapporteerde bevindingen (Appendix 7).

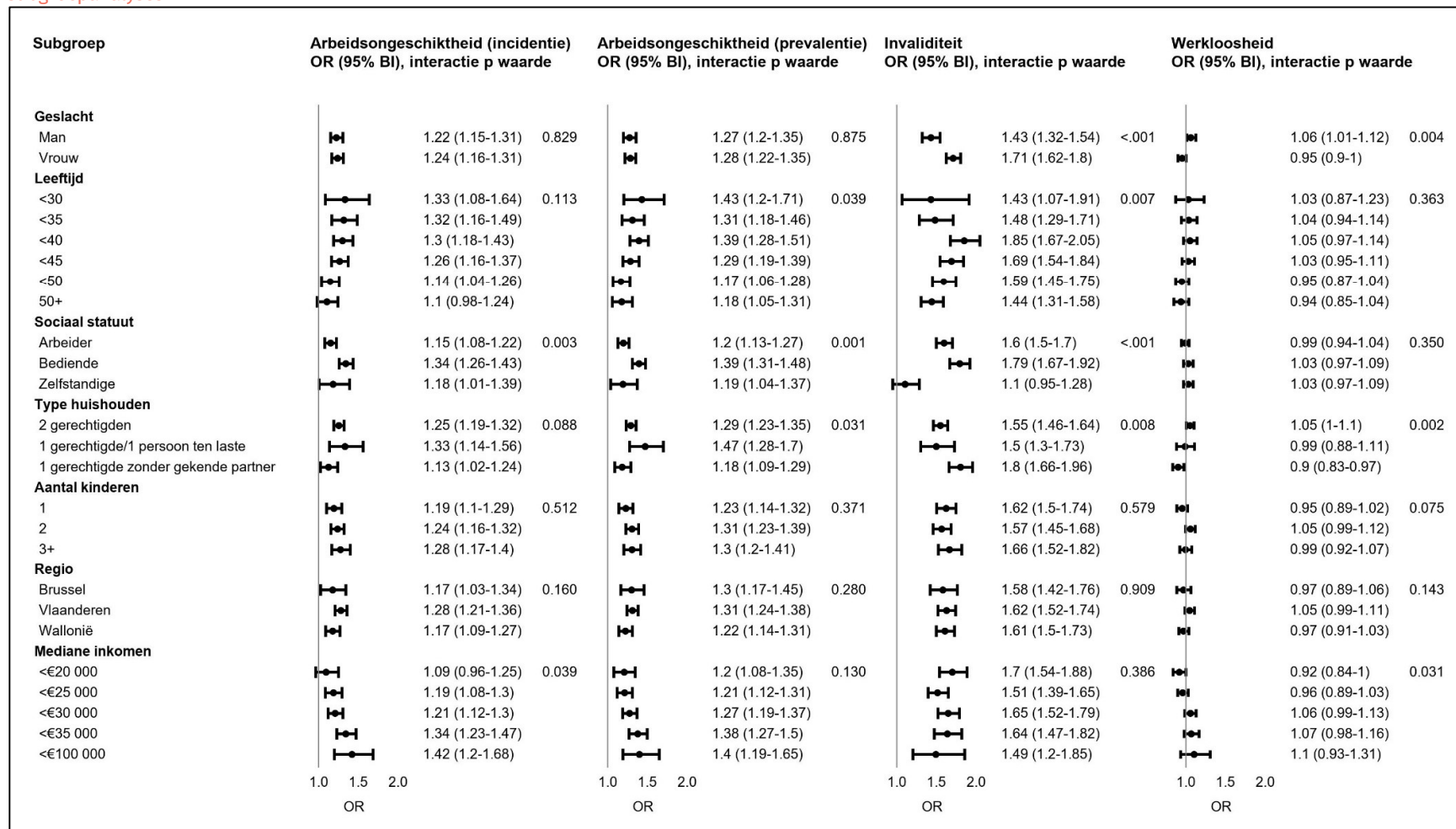


Tabel 2. Associatie tussen de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood in een gezin en primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid onder ouders

	Totaal	Ouders binnen gezinnen zonder kind(eren) met een speciale zorgnood	Ouders binnen gezinnen met 1 kind met een speciale zorgnood	Ouders binnen gezinnen met 2 of meer kinderen met een speciale zorgnood
<b>Primaire arbeidsongeschiktheid (prevalentie), % (n)</b>	8,9% (25 221/283 274)	8,6% (21 928/253 820)	11,0% (2995/27 135)	12,9% (298/2319)
Enkelvoudige regressieanalyse		Ref	OR 1,31 BI 1,26 – 1,37	OR 1,56 BI 1,38 – 1,62
Meervoudige regressieanalyse met random intercept voor gezin		Ref	OR 1,26 BI 1,21 – 1,32	OR 1,45 BI 1,28 – 1,65
<b>Primaire arbeidsongeschiktheid (incidentie), % (n)</b>	7,1% (20 152/283 274)	6,9% (17 549/253 820)	8,7% (2363/27 135)	10,3% (240/2319)
Enkelvoudige regressieanalyse		Ref	OR 1,28 BI 1,23 – 1,34	OR 1,55 BI 1,36 – 1,78
Meervoudige regressieanalyse met random intercept voor gezin		Ref	OR 1,22 BI 1,16 – 1,27	OR 1,41 BI 1,23 – 1,62
<b>Invaliditeit (prevalentie), % (n)</b>	6,1% (18 234/283 274)	6,1% (15 406/238 414)	9,3% (2515/27 135)	13,5% (313/2319)
Enkelvoudige regressieanalyse		Ref	OR 1,58 BI 1,51 – 1,65	OR 2,42 BI 2,14 – 2,72
Meervoudige regressieanalyse met random intercept voor gezin		Ref	OR 1,55 BI 1,48 – 1,62	OR 2,39 BI 2,10 – 2,72
<b>Werkloosheid (prevalentie), % (n)</b>	17,0% (38 072/223 789)	17,0% (33 931/199 723)	17,1% (3796/22 139)	17,9% (345/1927)
Enkelvoudige regressieanalyse		Ref	OR 1,01 BI 0,98 – 1,05	OR 1,07 BI 0,95 – 1,20
Meervoudige regressieanalyse met random intercept voor gezin		Ref	OR 1,00 BI 0,97 – 1,05	OR 0,97 BI 0,86 – 1,10

In de meervoudige regressieanalyse werden, naast het type gezin (zonder kind met een speciale zorgnood, met 1 kind met een speciale zorgnood, met 2 of meer kinderen met een speciale zorgnood), volgende covariaten opgenomen: geslacht (man, vrouw), leeftijd en het sociaal statuut (bediende, arbeider, zelfstandige) voor de gerechtigden; hoedanigheid (2 gerechtigden, 1 gerechtigde met partner als persoon ten laste, 1 gerechtigde zonder gekende partner), aantal kinderen jonger dan 18 jaar in het gezin, regio, (Vlaanderen, Wallonië, Brussel) en mediaan inkomen voor het gezin.

Figuur 2. Associatie tussen de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood in het gezin en primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit onder ouders: subgroepenanalyses



## 05 Discussie

---

Dit is de eerste studie die een inschatting maakt van de prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood in België op basis van meerdere criteria. Ongeveer 1 kind op 16 blijkt hiermee te worden geconfronteerd. We tonen bovendien aan dat dit de arbeidssituatie van ouders beïnvloedt: ouders binnen gezinnen met een kind met een speciale zorgnood bevinden zich vaker in arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Op een beroepsbevolking van ongeveer 5,5 miljoen bevinden zich ongeveer een half miljoen personen in invaliditeit, met daarbovenop jaarlijks nog enkele honderduizenden dossiers van personen in arbeidsongeschiktheid (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, 2021). Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit zijn dus een grote bedreiging voor de duurzaamheid van het Belgische socialezekerheidsstelsel.

Net als in studies in Australië en de Verenigde Staten (Emerson & Hatton, 2007; Perrin et al., 2014) was de prevalentie van een speciale zorgnood hoger bij jongens. Regionale verschillen zoals in deze studie werden ook eerder beschreven bij onderzoek naar de prevalentie van volwassen personen met het statuut chronische aandoeningen, wat ook meer frequent voorkomt in Vlaanderen in vergelijking met Brussel. Dit verschil kan mogelijk toegeschreven worden aan het gegeven dat personen een kortere periode in Brussel verblijven terwijl de financiële criteria toegekend worden op basis van ziektekosten overheen acht opeenvolgende kwartalen (Observatoire des maladies chroniques, 2017). Ook de jongere leeftijdsstructuur van de Brusselse bevolking speelt mogelijk een rol (Observatorium voor gezondheid en welzijn, 2017).

In onze studie werden administratieve gegevens gebruikt, terwijl de prevalentie in de Verenigde Staten (19,7%) (Lebrun-Harris et al., 2022) en Australië (16,1%) (Huang et al., 2020) werd geschat op basis van een bevraging van ouders. Dit kan deels verklaren waarom de prevalentie in dit onderzoek (6,4%) een stuk lager ligt. Inschatting van de prevalentie aan de hand van bevestigingen zijn traditioneel hoger omdat ze onderhevig zijn aan non-respons bias (Cheung et al., 2017), vertekende herinneringen van ouders niet kan vermeden worden en/of onderzoekers verkeerde interpretatie van vragen bij ouders niet kunnen uitsluiten. Een tweede mogelijke verklaring is dat het gehanteerde criterium om aan de hand van medicatiegebruik kinderen met chronische aandoeningen te identificeren in België is ontwikkeld voor een volwassen populatie (Karakaya et al., 2020). In de Verenigde Staten werd 13,2% van de kinderen geïdentificeerd aan de hand van medicatiegebruik, ten opzichte van 4,1% in deze studie. Ook het percentage kinderen met een speciale zorgnood ten gevolge van een emotionele, ontwikkelings- of gedragsaandoening kan onderschat

zijn in deze studie. Tien procent van de kinderen die in de Verenigde Staten een speciale zorgnood hebben, worden omwille van deze reden geïdentificeerd. Emotionele stoornissen, ontwikkelings- of gedragsstoornissen bij kinderen vereisen niet altijd medicatie en hebben ook niet altijd zorgkosten die aan de financiële criteria voor de beschermingsmechanismen voldoen. Onder andere de opvolging in een referentiecentrum voor autismespectrumstoornissen, in een centrum voor ambulante revalidatie of via de overeenkomst eerstelijnspsychologische zorg (ingevoerd op 2 april 2020 voor kinderen <18 jaar) zouden in toekomstig onderzoek bijkomende criteria kunnen zijn ter identificatie van kinderen met een speciale zorgnood.

Een eerste sterkte van deze studie is de grote studiepopulatie, representatief voor de Belgische bevolking. Ten tweede biedt deze studie een omvangrijk beeld van de prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood, waar voorgaande onderzoeken zich beperkten tot specifieke ziektebeelden (Karakaya et al., 2020) of een enkel criterium (Vinck & Brekke, 2020). Een derde sterkte is dat de kans op vertekening bij identificatie van kinderen met een speciale zorgnood beperkt is door een speciale zorgnood bij kinderen te detecteren aan de hand van objectieve administratieve gegevens. Toch heeft het louter identificeren op basis van administratieve data ook nadelen. Door de data niet te koppelen aan een bevraging van ouders kon geen rekening gehouden worden met het door de ouder aangegeven verschil tussen de ervaren ernst van een aandoening bij het kind en de administratief gedefinieerde ernst van de aandoening (Brehaut et al., 2004; Kepreotes et al., 2010). Dit wil zeggen dat ouders de aandoening van hun kind als ernstiger kunnen ervaren dan ze zich in werkelijkheid uit op basis van administratieve criteria, of omgekeerd.

Een aantal andere studiebeperkingen dienen in overweging te worden genomen bij het interpreteren van de bevindingen.

Ten eerste zijn een aantal karakteristieken van de ouders niet gekend. Onderzoek suggereert dat het educatieniveau een sterkere invloed heeft op de tewerkstelling van de moeder dan de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood (Sebrechts & Breda, 2012). Ook etnische en culturele achtergrond werden niet onderzocht, hoewel deze de associatie kunnen beïnvloeden (Lebrun-Harris et al., 2022). Etnische en culturele achtergrond bepalen verschillende indicatoren met betrekking tot de gezondheid van het kind en beïnvloeden de hoeveelheid gezondheidszorgdiensten die ze gebruiken.

Ten tweede kunnen kenmerken met betrekking tot de diagnose van het kind de associatie beïnvloeden. Verschillen in gezondheidsuitkomsten en de arbeidssituatie tussen ouders met en zonder kind met een speciale zorgnood zijn mogelijk het meest uitgesproken kort na het tijdstip van diagnose. Weerbaarheid en

copingmechanismen kunnen het effect overheen de tijd doen afnemen (Brehaut et al., 2004). Nog met betrekking tot de diagnose kon kennis over een eventueel genetische factor binnen een gezin en het cumulatief effect van chronische aandoeningen niet in kaart worden gebracht (Cohn et al., 2020). Ook werd geen onderscheid gemaakt tussen milde of zware zorgnood. Kinderen met bijvoorbeeld levensbedreigende aandoeningen hebben een bijzondere impact op ouders in vergelijking met kinderen met mildere chronische aandoeningen (Havermans et al., 2015).

Tot slot is het onderzoeksdesign van deze studie cross-sectioneel. Dit laat toe associaties aan te tonen, maar geen causale relaties.

## 06 Aanbevelingen

---

Onze bevindingen vormen de basis voor een aantal aanbevelingen.

Aan de bevoegde federale en gefedereerde beleidsmakers in het domein van volksgezondheid bevelen we aan om preventie- en interventieprogramma's en diensten te ontwikkelen dewelke naast de financiële beschermingscriteria focussen op de noden van het gezin (zorg, psychologische en sociale ondersteuning) en een antwoord bieden op de verhoogde prevalentie van primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit onder de ouders. Raadzaam kan zijn om binnen het 'Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken' en het nog uit te werken 'Interfederaal plan voor geïntegreerde zorg' aandacht te hebben voor kinderen met een speciale zorgnood en hun gezin. Daarnaast wordt in het licht van de nieuwe reglementering van de regering wat betreft langdurig zieken aanbevolen om te onderzoeken of de responsabilisering van ondernemingen al dan niet discriminatie op de arbeidsmarkt met zich meebrengt ten aanzien van ouders van kinderen met een speciale zorgnood. Aangezien de responsabilisering van werkgevers een oplossing moet bieden tegen 'ziekmakende arbeid', kan overwogen worden om de populatie ouders van kinderen met een speciale zorgnood uit te sluiten uit het sanctiepakket. Specifieke ondersteuningsmaatregelen zijn immers noodzakelijk om deze doelgroep succesvol terug naar de werkvloer te begeleiden. Ook bevelen we aan om in de gehanteerde vragenlijst de situatie van de arbeidsongeschikte werknemer na tien weken ziekte in kaart te brengen en de aanwezigheid van kinderen met een speciale zorgnood in het gezin te bevragen. Het opleidingspakket voor return to work coördinatoren moet deze coördinatoren ook in staat stellen om tegemoet te komen aan de noden van de populatie ouders van kinderen met een speciale zorgnood.

Aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) bevelen wij aan een gedragen definitie van 'kinderen met een speciale zorgnood' uit te werken. Een inclusieve benadering, zoals de internationaal aanvaarde definitie, is wenselijk om interventies te ontwikkelen en te implementeren om de ziektelast van kinderen met een speciale zorgnood en de impact ervan op hun gezin en de samenleving in te perken. Het hanteren van de terminologie 'kind met een speciale zorgnood' in plaats van een bepaalde pathologie, een aandoening, een beperking, een chronische ziekte,... kan bijdragen aan het verleggen van de focus naar het zorgondersteunende luik voor het gezin in plaats van de eenzijdige focus op het curatieve luik van de aandoening van het kind. Daarnaast maakt een harmonieus gebruik van de term 'kinderen met een speciale zorgnood' het mogelijk om op macroniveau wetenschappelijke kennis te ontwikkelen en de performantie van het gezondheidssysteem voor deze gezinnen in kaart te brengen en te optimaliseren met



specifieke interventies. Het wordt daarbij aanbevolen om het Observatorium voor de chronische ziekten de opdracht te geven om de problemen en de verbeterpunten in de ondersteuning van gezinnen met kinderen met een speciale zorgnood te identificeren en geïmplementeerde oplossingen van bij aanvang te monitoren.

Aan de wetenschappelijke gemeenschap bevelen we aan om in toekomstig onderzoek rond kinderen met een speciale zorgnood en de impact op het gezin enerzijds te vertrekken vanuit een brede definitie voor kinderen met een speciale zorgnood en anderzijds methodologisch niet eenzijdig te focussen op zelfgerapporteerde gezondheidsuitkomsten, maar ook administratieve data in overweging te nemen. Dit om zowel de populatie kinderen met een speciale zorgnood als gezondheidsuitkomsten van het gezin te definiëren.

Aan het InterMutualistisch Agentschap bevelen we aan om een indicator te voorzien die een kind met een speciale zorgnood identificeert aan de hand van de criteria bepaald in deze studie. Op deze manier kan ook een aparte categorie onder doelgroepen zorg gecreëerd worden voor een gezin met een speciale zorgnood naast de huidige categorieën (ouderenzorg, moeder-kind en diabeteszorg), om opvolging overheen de tijd te faciliteren.

Aan de adviserend artsen van de ziekenfondsen bevelen wij aan om op een systematische wijze een speciale zorgnood van het gezin in kaart te brengen en begeleidende interventies hierop af te stemmen. Hierbij wordt gedacht aan de doorverwijzing naar de specifieke begeleiding 'terug naar de werkvloer' dewelke vandaag ingevuld wordt door een return to work coördinator. Langere periodes deeltijds werken, de organisatie van opvang voor een ziek kind uitbreiden, huishoudelijke hulp aanbieden en het versterken van het psychosociaal vangnet door de financiële drempel voor psychologische hulpverlening voor een aantal sessies te verlagen zijn mogelijke denkpistes. Door de identificatie van deze situaties te ontwikkelen, kunnen de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen meer proactief te werk gaan. We bevelen deze diensten aan op proactieve wijze specifieke aandacht te hebben voor het vroegtijdig detecteren, het aanbieden van aangepaste zorgondersteuning en het opvolgen overheen de tijd van ouders met een kind met een speciale zorgnood.

Aan arbeidsartsen bevelen we aan om extra aandachtig te zijn voor vroegtijdige symptomen van overbelasting door de zorg voor een kind met een speciale zorgnood. Preventieve aanpassingen aan werktijden en thuiswerk kunnen in overweging worden genomen om tegemoet te komen aan de verstoorde balans. Ook kan de arts doorverwijzen naar het ziekenfonds voor ondersteuning door de diensten maatschappelijk werk en naar lokale diensten.

Aan professionele zorgverleners binnen de eerstelijnszorg bevelen wij aan (nog meer) ontvankelijk te zijn voor de rol van ouders als verzorgers van een kind met een speciale zorgnood. Huisartsen en andere zorgverleners dienen uitgebreide opsporingscompetenties te bezitten voor vroegtijdige identificatie van ouders van kinderen met een speciale zorgnood die risico lopen op arbeidsongeschiktheid. Systematische registratie van vooraf geselecteerde indicatoren over het welzijn van kind en ouders zijn hiervoor noodzakelijk. De bestaande preventiemodule in het globaal medisch dossier, GMD+, kan een goede basis bieden om opvolging te faciliteren. Het is aanbevolen dat deze ook gebruikt kan worden om ouders van kinderen met een speciale zorgnood op te volgen en dat checklists toegevoegd worden voor vroegtijdige opsporing van een dreigende arbeidsongeschiktheid.


Aan arts-specialisten die instaan voor de diagnose, behandeling of opvolging van kinderen met een speciale zorgnood bevelen we aan om niet enkel aandacht te hebben voor de behoeften van het kind, maar eveneens rekening te houden met de zorgbelasting voor de ouders. De noden en behoeften van de ouders zouden systematisch in kaart gebracht kunnen worden en geïntegreerd kunnen worden in het zorgplan van de kinderen. Dit zorgplan kan gedeeld worden met alle relevante zorgverleners zodat de organisatie van de zorg voor kinderen met een speciale zorgnood en voor hun ouders interdisciplinair geoptimaliseerd kan worden. Ook andere initiatieven die leiden tot beter geïntegreerde zorg waarbij het kind met een speciale zorgnood en het gezin centraal staan, dienen ondersteund te worden.

## 07 Referenties

---

- Bauman, L. J., Silver, E. J., & Stein, R. E. K. (2006). Cumulative social disadvantage and child health. *Pediatrics*, *117*(4), 1321–1328. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1647>
- Brehaut, J. C., Kohen, D. E., Raina, P., Walter, S. D., Russell, D. J., Swinton, M., O'Donnell, M., & Rosenbaum, P. (2004). The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that of other Canadian caregivers? *Pediatrics*, *114*(2). <https://doi.org/10.1542/peds.114.2.e182>
- Brown, T. J., & Clark, C. (2017). Employed Parents of Children with Disabilities and Work Family Life Balance: A Literature Review. *Child and Youth Care Forum*, *46*(6), 857–876. <https://doi.org/10.1007/s10566-017-9407-0>
- Bruyneel, L. , Lona, M. , Alexandre, S. , Karakaya, G. , Guillaume, M. , Janssens, A. , Marneth, P. , & Alberty, M. . (2020). *Evolutie van psychosociale aandoeningen doorheen de arbeidsongeschiktheid.*
- Cheung, K. L., ten Klooster, P. M., Smit, C., de Vries, H., & Pieterse, M. E. (2017). The impact of non-response bias due to sampling in public health studies: A comparison of voluntary versus mandatory recruitment in a Dutch national survey on adolescent health. *BMC Public Health*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-017-4189-8>
- Chu, J., & Richdale, A. L. (2009). Sleep quality and psychological wellbeing in mothers of children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *30*(6), 1512–1522. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.07.007>
- Cohn, L. N., Pechlivanoglou, P., Lee, Y., Mahant, S., Orkin, J., Marson, A., & Cohen, E. (2020). Health Outcomes of Parents of Children with Chronic Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pediatrics*, *218*, 166-177.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.10.068>
- Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review. In *Journal of Pediatric Psychology* (Vol. 38, Issue 8, pp. 809–828). *J Pediatr Psychol.* <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>

- Crettenden, A., Wright, A., & Skinner, N. (2014). Mothers caring for children and young people with developmental disabilities: intent to work, patterns of participation in paid employment and the experience of workplace flexibility. *Community, Work and Family*, 17(3), 244–267. <https://doi.org/10.1080/13668803.2014.923816>
- DeRigne, L. A. (2012). The Employment and Financial Effects on Families Raising Children With Special Health Care Needs: An Examination of the Evidence. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(4), 283–290. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.12.006>
- Elsen, D. (2018). *Non-take-up van de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap*. KU Leuven.
- Emerson, E., & Hatton, C. (2007). The socio-economic circumstances of children at risk of disability in Britain. In *Disability and Society* (Vol. 22, Issue 6, pp. 563–580). Routledge. <https://doi.org/10.1080/09687590701560154>
- Gladwell, M. (2000). *The tipping point: how little things can make a big difference*. Little, Brown.
- Gordon, M., Rosenman, L., & Cuskelly, M. (2007). Constrained labour: Maternal employment when children have disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(3), 236–246. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00325.x>
- Havermans, T., de Croock, I., Vercruyssen, T., Goethals, E., & van Diest, I. (2015). Belgian siblings of children with a chronic illness: Is their quality of life different from their peers? *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 19(2), 154–166. <https://doi.org/10.1177/1367493513503582>
- Huang, L., Freed, G. L., & Dalziel, K. (2020). Children With Special Health Care Needs: How Special Are Their Health Care Needs? *Academic Pediatrics*, 20(8), 1109–1115. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.01.007>
- Karakaya, G., Lona, M., & Bruyneel, L. (2020). *Chronische ziektes in België - Prevalentie en kosten 2010-2018*. <https://www.mloz.be/nl/chronischeziektes>
- Kepreotes, E., Keatinge, D., & Stone, T. (2010). The experience of parenting children with chronic health conditions: a new reality. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2(1), 51–62. <https://doi.org/10.1111/J.1752-9824.2010.01047.X>

- 
- Lebrun-Harris, L. A., Ghandour, R. M., Kogan, M. D., & Warren, M. D. (2022). Five-Year Trends in US Children's Health and Well-being, 2016-2020. *JAMA Pediatrics*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.0056>
- Lex, A., Gehlenborg, N., Strobel, H., Vuillemot, R., & Pfister, H. (2014). UpSet: Visualization of intersecting sets. *IEEE Transactions on Visualization and Computer Graphics*, *20*(12), 1983–1992. <https://doi.org/10.1109/TVCG.2014.2346248>
- McBean, A. L., & Schlosnagle, L. (2016). Sleep, health and memory: Comparing parents of typically developing children and parents of children with special health-care needs. *Journal of Sleep Research*, *25*(1), 78–87. <https://doi.org/10.1111/jsr.12329>
- McPherson, M., Arango, P., Fox, H., Lauver, C., McManus, M., Newacheck, P. W., Perrin, J. M., Shonkoff, J. P., & Strickland, B. (1998). A new definition of children with special health care needs. In *Pediatrics* (Vol. 102, Issue 1 I, pp. 137–140). Pediatrics. <https://doi.org/10.1542/peds.102.1.137>
- Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A., & Young, P. C. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: Care, Health and Development*, *33*(2), 180–187. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2214.2006.00644.X>
- Observatoire des maladies chroniques. (2017). *Evaluation du statut de personne atteinte d'une affection chronique*.
- Observatorium voor gezondheid en welzijn. (2017). *Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest: Chronische ziekten*.
- OECD. (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. In *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264088856-en>
- Perrin, J. M., Anderson, L. E., & Van Cleave, J. (2014). The rise in chronic conditions among infants, children, and youth can be met with continued health system innovations. *Health Affairs*, *33*(12), 2099–2105. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0832>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (2021). *Langdurige arbeidsongeschiktheid: Hoeveel langdurige burn-outs en depressies? Hoeveel dat aan uitkeringen?*

<https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/Paginas/langdurige-arbeidsongeschiktheid-burnout-depressie.aspx>

Sebrechts, L., & Breda, J. (2012). *Families of children with special needs in Flanders: their vulnerability within the citizenship paradigm.*

Singer, G. H. S. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 111(3). [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2006\)111\[155:MOCSOD\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2006)111[155:MOCSOD]2.0.CO;2)

The Child & Adolescent Health Measurement Initiative. (2020). *National Survey of Children's Health (2016 - present)*. 2020. <https://www.childhealthdata.org/browse/survey>

Vinck, J., & Brekke, I. (2020). Gender and education inequalities in parental employment and earnings when having a child with increased care needs: Belgium versus Norway. *Journal of European Social Policy*, 30(4), 495–508. <https://doi.org/10.1177/0958928720921346>

Vinck, J., & Van Lancker, W. (2020). An Intersectional Approach towards Parental Employment in Families with a Child with a Disability: The Case of Belgium. *Work, Employment and Society*, 34(2), 228–261. <https://doi.org/10.1177/0950017019872648>

Wayte, S., McCaughey, E., Holley, S., Annaz, D., & Hill, C. M. (2012). Sleep problems in children with cerebral palsy and their relationship with maternal sleep and depression. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 101(6), 618–623. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02603.x>

Zhu, A. (2016). Maternal Employment Trajectories and Caring for an Infant or Toddler with a Disability. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2734484>

## 08 Appendix

### Appendix 1. Criteria ter identificatie van een chronische aandoening op basis van het gebruik van geneesmiddelen, de aanrekening van bepaalde nomenclatuurcodes, of verblijven in een algemeen ziekenhuis of een dienst kinder- en jeugdpsychiatrie

Auto-immuunaandoeningen zoals juveniele idiopathische artritis, ziekte van Crohn of colitis ulcerosa

- ATC ( $\geq 90$  DDD), o.a.:
  - L04AA12: Infliximab
  - L04AA11: Etanercept
  - L04AA13: Leflunomide

Cardiovasculaire aandoeningen

- ATC ( $\geq 90$  DDD), o.a.:
  - C01: Cardiaca
  - C02: Antihypertensiva
  - C03: Diuretica
  - C07: Beta-blokkers

Chronische nierinsufficiëntie

- Nomenclatuurcodes, o.a.:
  - 470400: Installatie van en toezicht op een peritoneale dialyse, inclusief het plaatsen van de catheters, met uitsluiting van de peritoneale dialyses verricht voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie tijdens de opleiding van een patiënt voor chronische autodialyse of tijdens de opname in een ziekenhuis van een patiënt die wordt behandeld met peritoneale dialyse thuis : de eerste dag (gehospitaliseerd)
  - 470422: Installatie van en toezicht op een peritoneale dialyse, inclusief het plaatsen van de catheters, met uitsluiting van de peritoneale dialyses verricht voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie tijdens de opleiding van een patiënt voor chronische autodialyse of tijdens de opname in een ziekenhuis van een patiënt die wordt behandeld met peritoneale dialyse thuis : de volgende dagen, per dag, maximum 6 weken (gehospitaliseerd)
  - 787511: Kindernefrologie : Jaarlijkse verstrekking (ambulant)
  - 787522: Kindernefrologie : Jaarlijkse verstrekking (gehospitaliseerd)

Depressie

- ATC ( $\geq 120$  DDD) :
  - N06A : Antidepressiva

Diabetes met insuline

- ATC ( $\geq 90$  DDD) :
  - A10A Insulines en analogen

Diabetes zonder insuline

- ATC ( $\geq 90$  DDD):
  - A10B Bloedglucoseverlagende middelen excl. Insulines

Epilepsie

- ATC ( $\geq 90$  DDD):
  - N03: Anti-epileptica
  - N03AX17: Stiripentol

HIV

- ATC ( $\geq 90$  DDD):
  - J05AE : Proteaseremmers
  - J05AF : Nucleoside en nucleotide reverse-transcriptaseremmers
  - J05AG : Niet-nucleoside reverse-transcriptaseremmers

Kinderpsychiatrische problemen

- (Nomenclatuurgroep:

- 26 : Verpleegdagprijs
- EN
- Nomenclatuurgroep detail:
  - 767: Psychiatrische ziekenhuizen - bedrag per dag)
- OF
- (Nomenclatuurgroep:
  - 37 : Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen)
- OF
- (Ziekenhuisdienst
  - 34: Dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
  - 35: Dagverpleging in een K-dienst
  - 36: Nachtverpleging in een K-dienst
  - 37: Dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
  - 38: Dagverpleging in een A-dienst
  - 39: Nachtverpleging in een A-dienst
  - 41: Psychiatrische dienst (dag en nacht)
  - 42: Dagverpleging in een T-dienst
  - 43: Nachtverpleging in een T-dienst
  - 76: Psychiatrische forfaitaire verpleegdag + nabehandeling revalidatie)
- OF
- (ATC (≥90 DDD):
  - N06BA04
  - N05A Antipsychotica

#### Mucoviscidose

- ATC (≥90 DDD):
  - R05CB13: Deoxyribonuclease
  - A09AA02: Multi-enzymen (vergoedingscategorie A), in combinatie met nomenclatuurgroep:
    - 221: Categorie A
    - 231: Niet-acute zh - categorie A
    - 241: Acute zh - categorie A – forfaitarisering
    - 251: Categorie A
    - 261: Acute zh - categorie A - niet-forfaitarisering
    - 271: Ambulanten in zh - groep 2

#### Neurologische aandoeningen

- ATC (≥90 DDD), o.a.:
  - L03AB07: Interferon beta 1a
  - L03AB08: Interferon beta 1b
  - L03AX13: Glatirameer

#### Oncologische aandoeningen

- Nomenclatuurcodes, o.a. :
  - 350276: Opvolgings-multidisciplinair oncologisch consult (opvolgings-MOC), geattesteerd door de geneesheer-coördinator (ambulant)
  - 350280: Opvolgings-multidisciplinair oncologisch consult (opvolgings-MOC), geattesteerd door de geneesheer-coördinator (gehospitaliseerd)
  - 350291: Bijkomend multidisciplinair oncologisch consult (bijkomende MOC) in een ander ziekenhuis dan dit van het eerste MOC, op doorverwijzing, geattesteerd door de geneesheer-coördinator (ambulant)

#### Orgaantransplantatie

- ATC (≥90 DDD):
  - L04AA02: Immunosuppressiva
  - L04AA06: Mycofenolzuur
  - L04AA10: Sirolimus
  - L04AA01/L04AD01: Ciclosporine



#### Respiratoire aandoeningen

- ATC ( $\geq 90$  DDD), o.a.:
  - R03A: Sympathomimetica voor inhalatie
  - R03BA: Glucocorticoïden
  - R03B: Overige middelen bij astma/copd voor inhalatie

Zeldzame ziekten, onder andere metabole aandoeningen, hematologische niet-oncologische aandoeningen, immuundeficiëntie en aandoeningen waarvoor een weesgeneesmiddel voorgeschreven wordt

- ATC ( $\geq 90$  DDD), o.a.:
  - A16AA05: Cargluminezuur
  - A16AA06: Betaine
  - A16AB03: Agalsidase alfa
  - A16AB04: Agalsidase beta
  - A16AB05: Laronidase

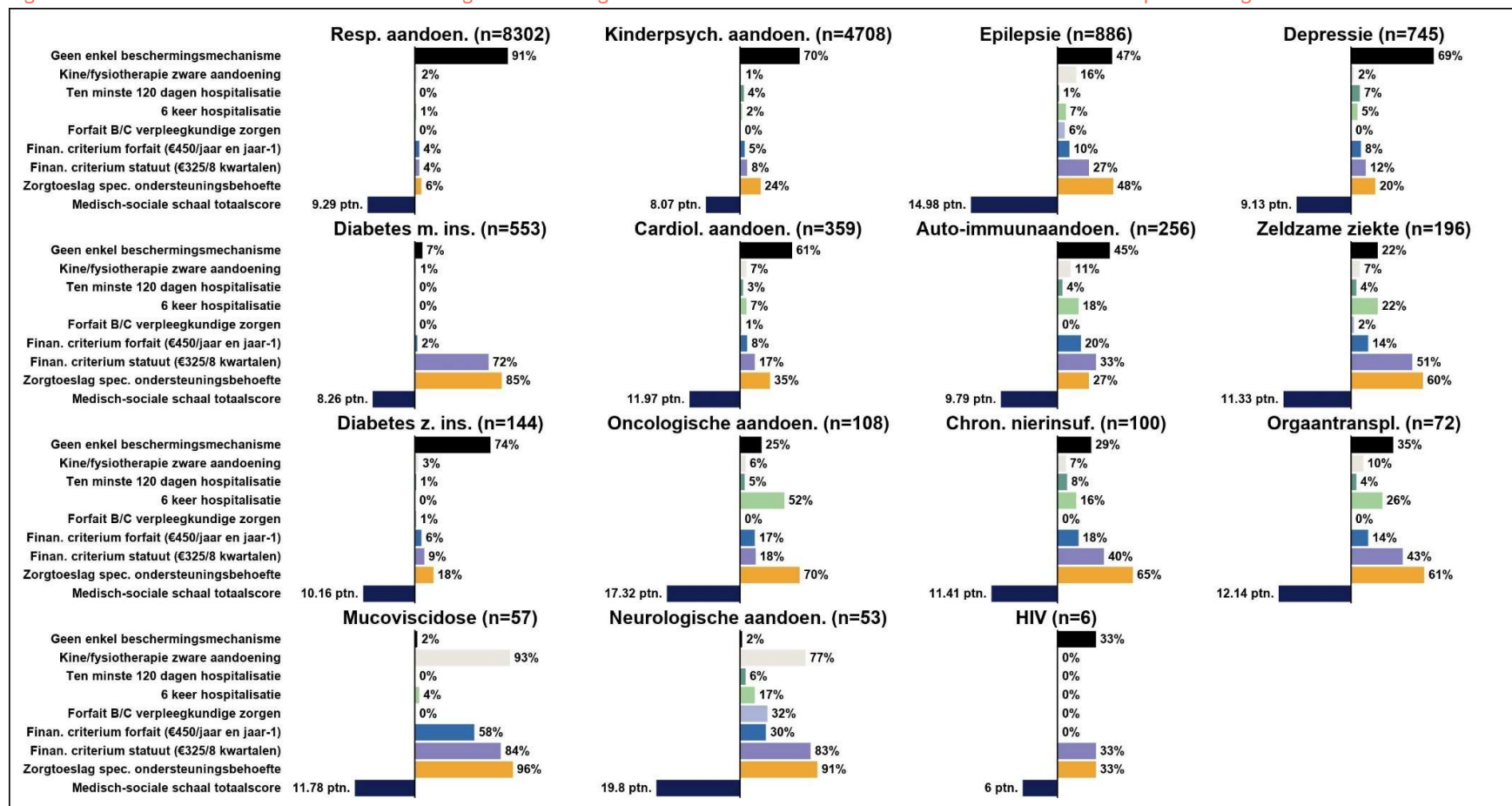
ATC verwijst naar de Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification van de Wereldgezondheidsorganisatie  
Categorie A verwijst naar vergoedingscategorie A voor levensnoodzakelijke specialiteiten

## Appendix 2. Kinderen met een chronische aandoening en samenhang met andere criteria ter identificatie van kinderen met een speciale zorgnood

Figuur 1 in de hoofdtekst toont aan dat de aanwezigheid van een chronische aandoening weinig samenhang vertoont met de andere criteria ter identificatie van een kind met een speciale zorgnood. Hier beschrijven we, voor elk van de geïdentificeerde chronische aandoeningen, in welke mate deze kinderen voldeden aan de andere criteria ter identificatie van een speciale zorgnood en welke hun score is op de drie pijlers van de medisch-sociale schaal. De medisch-sociale schaal bestaat uit drie pijlers. In Pijler 1 wordt de ongeschiktheid op lichamelijk en geestelijk vlak van de aandoening of beperking door de controlearts van de bevoegde dienst gescoord (maximum 6 punten). Deze pijler wordt aan de hand van de pediatrie lijst en de officiële Belgische schaal ter bepaling van de graad van invaliditeit (OBSI) beoordeeld. Pijler 2 omvat de gevolgen voor de deelname van het kind aan het dagelijks leven (maximum 12 punten). Pijler 3 omvat een evaluatie van de familiale belasting. Het brengt in kaart wat de gevolgen zijn op het functioneren van de familiale omgeving in het dagelijkse leven en wat de gevolgen zijn voor de participatie van dat gezin aan de maatschappij (maximum 18 punten). Kinderen hebben recht op een zorgtoeslag als ze minstens vier punten scoren op pijler 1 of zes punten scoren voor de drie pijlers samen.

Figuur A1 toont dat respiratoire aandoeningen (n=8302), epilepsie (n=886) en verschillende problemen met betrekking tot de mentale gezondheid (kinderpsychiatrische aandoeningen (n=4708) en depressie (n=745)) de meest frequent vastgestelde chronische aandoeningen zijn. Voor respiratoire aandoeningen zien we dat bij 91% van de kinderen die hiermee geconfronteerd worden geen enkel ander criterium aanwezig is. Bij andere aandoeningen zoals zeldzame ziekte (22%) en mucoviscidose (2%) is dit veel minder het geval. Het percentage kinderen dat de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte toegekend kreeg, verschilde sterk overheen de aandoeningen, alsook de gemiddelde score op de medisch-sociale schaal wanneer deze gescoord werd.

Figuur A1. Kinderen met een chronische aandoening en samenhang met andere criteria ter identificatie van kinderen met een speciale zorgnood



De totaalscore op de medisch-sociale schaal geeft de gemiddelde totaalscore weer voor het percentage kinderen voor wie deze schaal gescoord werd. Dit percentage is bijna steeds even hoog als het percentage kinderen aan wie de zorgtoeslag omwille van een specifieke ondersteuningsbehoefte werd toegekend

### Appendix 3. Grootte van het gezin, hoedanigheid en het sociaal statuut al naargelang de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood

De bepaling van de prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood gebeurde voor 380 187 kinderen in 215 773 gezinnen. In 145 915 (67,6%) van deze 215 773 gezinnen werden twee ouders geïdentificeerd, en in 69 858 (32,4%) gezinnen werd een ouder geïdentificeerd. In geval van twee ouders was het geslacht van deze ouders in 99,6% van de gevallen verschillend.

Voor 211 261 van de 215 773 gezinnen was de hoedanigheid (gerechtigde/persoon ten laste) van de ouder(s) in het gezin gekend. In iets meer dan de helft (56,1%, n=118 506) van de gezinnen waren beide ouders gerechtigde. In ongeveer een op de drie (31,9%, n=67 501) gezinnen was er een gerechtigde zonder gekende partner, en in de overige (12,0%, n=25 254) gezinnen was er een gerechtigde met een partner als persoon ten laste.

De 211 261 weerhouden gezinnen omvatten 329 767 gerechtigden. Hiervan waren 283 274 gerechtigden werkzaam als bediende (n=138 098), arbeider (n=85 691) of zelfstandige (n=59 485). De overige 46 493 gerechtigden waren hoofdzakelijk ambtenaren (n=28 837) en werden uitgesloten van verdere analyses. De weerhouden 283 274 gerechtigden waren ouders van 340 222 kinderen, en vertegenwoordigden 192 072 gezinnen, waarvan 18 355 gezinnen (27 135 gerechtigden) met 1 kind met een speciale zorgnood, en 1572 gezinnen (2319 gerechtigden) met twee of meer kinderen met een speciale zorgnood.

De grootte van het gezin, de hoedanigheid en het sociaal statuut van de ouder(s) verschilde sterk naar gelang de aanwezigheid van twee of meer kinderen met een speciale zorgnood binnen een gezin (Tabel A1). We includeren deze variabelen in de meervoudige regressieanalyse.

Tabel A1. Grootte van het gezin, hoedanigheid en het sociaal statuut al naargelang de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood

	Totaal	Gezinnen zonder kind(eren) met een speciale zorgnood	Gezinnen met 1 kind met een speciale zorgnood	Gezinnen met 2 of meer kinderen met een speciale zorgnood
<b>Grootte van het gezin (211 261 gezinnen)</b>				
Aantal kinderen, gemiddelde (mediaan, IQR)	1,76 (2, 1 – 2)	1,74 (2, 1 – 2)	1,98 (2, 1 – 2)	2,77 (2, 1 – 3)
<b>Hoedanigheid (211 261 gezinnen)</b>				
2 gerechtigden, % (n)	56,1% (118 506)	56,1% (107 430)	56,4% (10 319)	55,1% (757)
1 gerechtigde met partner als persoon ten laste, % (n)	12,0% (25 254)	11,9% (22 721)	12,5% (2285)	18,1% (248)
1 gerechtigde zonder gekende partner, % (n)	31,9% (67 501)	32,1% (61 424)	31,2% (5708)	26,9% (369)
<b>Het sociaal statuut (329 767 gerechtigden)</b>				
Bediende, % (n)	41,9% (138 098)	42,0% (125 602)	41,0% (11 729)	36,0% (767)
Arbeider, % (n)	26,0% (85 691)	25,6% (76 510)	29,4% (8429)	35,3% (752)
Zelfstandige, % (n)	18,0% (59 485)	18,3% (54 758)	15,5% (4433)	13,8% (294)
Andere, % (n)	14,1% (46 493)	14,1% (42 135)	14,1% (4040)	14,9% (318)

#### Appendix 4. Primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid al naargelang de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood

Tabel A2. Associatie tussen de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood in het gezin en primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid: resultaten van de meervoudige regressieanalyse

	TOTAAL	Primaire arbeidsongeschiktheid (prevalentie)	Primaire arbeidsongeschiktheid (incidentie)	Invaliditeit (prevalentie)	Werkloosheid (prevalentie)
<b>TOTAAL</b>	283 274	8,9% (25 221)	7,1% (20 152)	6,1% (18 234)	17,0% (38 072)
<b>Kinderen met een speciale zorgnood, % (n)</b>					
Ouders binnen gezinnen zonder kind(eren) met een speciale zorgnood	90,7% (253 820)	8,6% (21 928) Ref	6,9% (17 549) Ref	6,1% (15 406) Ref	17,0% (33 931) Ref
Ouders binnen gezinnen met 1 kind met een speciale zorgnood	8,7% (27 135)	11,0% (2995) OR 1,26 BI 1,21 – 1,32	8,7% (2363) OR 1,22 BI 1,16 – 1,27	9,3% (2515) OR 1,55 BI 1,48 – 1,62	17,1% (3796) OR 1,00 BI 0,97 – 1,05
Ouders binnen gezinnen met 2 of meer kinderen met een speciale zorgnood	0,6% (2319)	12,9% (298) OR 1,45 BI 1,28 – 1,65	10,3% (240) OR 1,41 BI 1,23 – 1,62	13,5% (313) OR 2,39 BI 2,10 – 2,72	17,9% (345) OR 0,97 BI 0,86 – 1,10
<b>Regio, % (n)</b>					
Vlaanderen	47,6% (134 774)	8,8% (11 802) Ref	7,2% (9755) Ref	4,9% (6669) Ref	13,2% (13 891) Ref
Brussel	19,4% (54 973)	7,4% (4075) OR 0,69 BI 0,67 – 0,72	5,4% (2952) OR 0,65 BI 0,62 – 0,68	7,2% (3938) OR 0,88 BI 0,83 – 0,92	23,4% (9958) OR 1,26 BI 1,22 – 1,31
Wallonië	33,0% (93 527)	10,0% (9344) OR 1,02 BI 0,99 – 1,05	8,0% (7445) OR 1,00 BI 0,97 – 1,04	8,2% (7627) OR 1,34 BI 1,29 – 1,39	18,7% (14 223) OR 1,18 BI 1,15 – 1,22
<b>Mediane inkomen, % (n)</b>					
< €20 000	12,6% (32 605)	10,2% (3625) OR 1,12 BI 1,07 – 1,18	7,4% (2638) OR 1,01 BI 0,96 – 1,07	11,5% (4099) OR 1,83 BI 1,74 – 1,93	29,6% (8666) OR 1,62 BI 1,56 – 1,69
€20 000 – €24 999	24,5% (69 447)	9,9% (6902) OR 1,08 BI 1,05 – 1,12	7,7% (5347) OR 1,04 BI 0,99 – 1,08	8,0% (5544) OR 1,32 BI 1,26 – 1,37	21,6% (12 152) OR 1,31 BI 1,27 – 1,36
€25 000 – €29 999	31,9% (90 381)	8,9% (8066) Ref	7,3% (6610) Ref	5,5% (4984) Ref	14,2% (10 116) Ref
€30 000 – €34 999	23,4% (66 198)	7,9% (5223) OR 0,92 BI 0,88 – 0,95	6,6% (4349) OR 0,92 BI 0,89 – 0,96	4,3% (2874) OR 0,84 BI 0,80 – 0,89	11,1% (5633) OR 0,86 BI 0,83 – 0,90
€35 000+	7,6% (21 643)	6,5% (1405) OR 0,79 BI 0,74 – 0,84	5,6% (1208) OR 0,82 BI 0,77 – 0,88	3,4% (733) OR 0,68 BI 0,63 – 0,74	9,3% (1505) OR 0,79 BI 0,74 – 0,84
<b>Aantal kinderen, % (n)</b>					
1	41,9% (118 636)	9,4% (11 148) Ref	7,4% (8809) Ref	7,4% (8759) Ref	17,9% (16 981) Ref
2	42,0% (118 928)	8,3% (9840) OR 0,94 BI 0,91 – 0,97	6,7% (7995) OR 0,95 BI 0,92 – 0,98	5,1% (6113) OR 0,89 BI 0,86 – 0,93	15,1% (14 088) OR 0,99 BI 0,96 – 1,01
3+	16,1% (45 710)	9,3% (4223) OR 1,03 BI 0,99 – 1,07	7,3% (3348) OR 1,01 BI 0,96 – 1,05	7,4% (3362) OR 1,19 BI 1,14 – 1,25	19,7% (7003) OR 1,18 BI 1,14 – 1,22

<b>Leeftijd van de gerechtigde, % (n)</b>					
< 30 jaar	4,1% (11 660)	14,1% (1642) Ref	9,4% (1092) Ref	4,7% (552) Ref	30,2% (3116) Ref
30 – 34 jaar	13,9% (39 420)	10,0% (3955) OR 0,80 BI 0,75 – 0,85	7,2% (2834) OR 0,87 BI 0,81 – 0,94	4,8% (1907) OR 1,37 BI 1,24 – 1,52	19,4% (6428) OR 0,67 BI 0,64 – 0,72
35 – 39 jaar	22,1% (62 579)	8,8% (5532) OR 0,74 BI 0,70 – 0,79	7,0% (4367) OR 0,89 BI 0,83 – 0,96	5,1% (3191) OR 1,61 BI 1,46 – 1,77	16,1% (8194) OR 0,55 BI 0,52 – 0,58
40 – 44 jaar	24,4% (69 176)	8,6% (5951) OR 0,74 BI 0,69 – 0,79	7,2% (4980) OR 0,94 BI 0,88 – 1,01	5,9% (5112) OR 1,97 BI 1,78 – 2,16	15,3% (8267) OR 0,52 BI 0,49 – 0,54
45 – 49 jaar	20,9% (59 181)	8,0% (4762) OR 0,72 BI 0,68 – 0,77	6,8% (4051) OR 0,93 BI 0,87 – 0,99	6,8% (3999) OR 2,45 BI 2,23 – 2,70	14,5% (6514) OR 0,50 BI 0,47 – 0,53
50+	14,6% (41 258)	8,2% (3379) OR 0,76 BI 0,72 – 0,82	6,9% (2828) OR 0,95 BI 0,88 – 1,02	10,8% (4473) OR 4,46 BI 4,05 – 4,91	18,2% (5553) OR 0,58 BI 0,55 – 0,61
<b>Geslacht van de gerechtigde, % (n)</b>					
Man	50,7% (143 608)	6,9% (9940) Ref	6,2% (8948) Ref	3,9% (5597) Ref	17,3% (17 816) Ref
Vrouw	49,3% (139 666)	10,9% (15 281) OR 1,59 BI 1,55 – 1,64	8,0% (11204) OR 1,27 BI 1,23 – 1,31	9,0% (12 637) OR 3,10 BI 2,99 – 3,21	16,8% (20 256) OR 1,11 BI 1,08 – 1,14
<b>Sociale categorie van de gerechtigde, % (n)</b>					
Arbeider	30,3% (85 691)	14,2% (12 194) OR 2,01 BI 1,95 – 2,06	11,7% (10 007) OR 2,06 BI 2,00 – 2,13	11,3% (9658) OR 2,59 BI 2,50 – 2,68	29,2% (25 012) OR 3,41 BI 3,33 – 3,49
Bediende	48,8% (138 098)	7,8% (10 809) Ref	6,2% (8533) Ref	4,7% (6489) Ref	9,5% (13 060) Ref
Zelfstandige	21,0% (59 485)	3,7% (2218) OR 0,53 BI 0,51 – 0,56	2,7% (1612) OR 0,46 BI 0,44 – 0,49	3,5% (2087) OR 0,93 BI 0,89 – 0,99	/
<b>Hoedanigheid, % (n)</b>					
2 gerechtigden	72,4% (205 140)	8,5% (17 447) Ref	6,8% (14 049) Ref	5,3% (10 906) Ref	14,0% (22 493) Ref
1 gerechtigde met partner als persoon ten laste	7,8% (22 132)	7,5% (1649) OR 0,95 BI 0,90 – 1,00	6,2% (1367) OR 0,93 BI 0,88 – 0,99	7,6% (1671) OR 1,47 BI 1,38 – 1,56	27,5% (4437) OR 1,57 BI 1,51 – 1,64
1 gerechtigde zonder gekende partner	19,8% ( 56 002)	10,9% (6125) OR 1,11 BI 1,07 – 1,15	8,5% (4736) OR 1,09 BI 1,05 – 1,13	10,1% (5657) OR 1,44 BI 1,39 – 1,50	23,5% (11 142) OR 1,65 BI 1,60 – 1,69

## Appendix 5. Sensitiviteitsanalyse 1: Primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid al naargelang de aanwezigheid van een criteria of chronische aandoening ter identificatie van een kind met een speciale zorgnood

Tabel A3. Primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid al naargelang de aanwezigheid van een criteria of chronische aandoening ter identificatie van een kind met een speciale zorgnood: resultaten van de meervoudige regressieanalyse

Primaire arbeidsongeschiktheid (prevalentie)		Primaire arbeidsongeschiktheid (incidentie)		Invaliditeit (prevalentie)	
Ouders binnen gezinnen zonder kind(eren) met een speciale zorgnood	Ouders binnen gezinnen met ten minste 1 kind met een speciale zorgnood	Ouders binnen gezinnen zonder kind(eren) met een speciale zorgnood	Ouders binnen gezinnen met ten minste 1 kind met een speciale zorgnood	Ouders binnen gezinnen zonder kind(eren) met een speciale zorgnood	Ouders binnen gezinnen met ten minste 1 kind met een speciale zorgnood
<b>Zorgtoeslag specifieke ondersteuningsbehoefte</b>					
8,7% (n=23 853)	13,0% (n=1368)	7,0% (n=19 083)	10,2% (n=1069)	6,2% (n=16 851)	13,2% (n=1383)
Ref	OR 1,41 BI 1,32 – 1,50	Ref	OR 1,33 BI 1,24 – 1,42	Ref	OR 1,99 BI 1,87 – 2,13
<b>Financieel criterium statuut (€325,5/8 kwartalen)</b>					
8,9% (n=24 724)	10,7% (n=497)	7,1% (n=19 754)	8,6% (n=398)	6,4% (n=17 713)	11,3% (n=521)
Ref	OR 1,16 BI 1,05 – 1,27	Ref	OR 1,14 BI 1,02 – 1,27	Ref	OR 1,75 BI 1,58 – 1,93
<b>Financieel criterium forfait (€450/jaar en jaar-1)</b>					
8,9% (n=24 923)	10,5% (n=298)	7,1% (n=19 911)	8,5% (n=241)	6,4% (n=18 048)	6,6% (n=186)
Ref	OR 1,22 BI 1,08 – 1,38	Ref	OR 1,21 BI 1,06 – 1,39	Ref	OR 1,22 BI 1,04 – 1,42
<b>Kine/fysiotherapie zware aandoening</b>					
8,9% (n=25 041)	9,5% (n=180)	7,1% (n=20 024)	6,7% (n=128)	6,4% (n=18 036)	10,4% (n=198)
Ref	OR 1,08 BI 0,92 – 1,26	Ref	OR 0,93 BI 0,77 – 1,12	Ref	OR 1,66 BI 1,42 – 1,95
<b>6 keer hospitalisatie</b>					
8,9% (n=25 070)	17,3% (n=151)	7,1% (n=20 046)	12,2% (n=106)	6,4% (n=18 132)	11,7% (n=102)
Ref	OR 1,93 BI 1,61 – 2,30	Ref	OR 1,65 BI 1,34 – 2,03	Ref	OR 2,02 BI 1,62 – 2,53
<b>Ten minste 120 dagen hospitalisatie</b>					
8,9% (n=25 171)	16,7% (n=50)	7,1% (n=20 116)	12,0% (n=36)	6,4% (n=18 178)	18,7% (n=56)
Ref	OR 1,86 BI 1,36 – 2,54	Ref	OR 1,62 BI 1,14 – 2,30	Ref	OR 2,67 BI 1,93 – 3,68
<b>Forfait B/C verpleegkundige zorgen</b>					
8,9% (n=25 205)	11,5% (n=16)	7,1% (n=20 145)	5,0% (n=7)	6,4% (n=18 208)	18,7% (n=26)
Ref	OR 1,29 BI 0,74 – 2,25	Ref	OR 0,66 BI 0,30 – 1,42	Ref	OR 2,70 BI 1,75 – 4,16
<b>Een chronische aandoening o.b.v. geneesmiddelenconsumptie, de aanrekening van bepaalde nomenclatuurcodes, of verblijven in specifieke zorgvoorzieningen</b>					
8,8% (n=23 517)	10,9% (n=1704)	7,0% (n=18 460)	8,6% (n=1692)	6,3% (n=16 509)	8,8% (n=1725)
Ref	OR 1,23 BI 1,17 – 1,29	Ref	OR 1,21 BI 1,14 – 1,27	Ref	OR 1,47 BI 1,39 – 1,56



<b>Een chronische aandoening o.b.v. geneesmiddelenconsumptie, de aanrekening van bepaalde nomenclatuurcodes, of verblijven in specifieke zorgvoorzieningen: respiratoire aandoening</b>					
8,8% (n=23 113)	10,7% (n=2108)	7,1% (n=19 266)	8,1% (n=886)	6,4% (n=17 407)	7,6% (n=827)
Ref	OR 1,16 BI 1,09 – 1,24	Ref	OR 1,14 BI 1,06 – 1,22	Ref	OR 1,28 BI 1,19 – 1,39
<b>Een chronische aandoening o.b.v. geneesmiddelenconsumptie, de aanrekening van bepaalde nomenclatuurcodes, of verblijven in specifieke zorgvoorzieningen: kinderpsychiatrische aandoening</b>					
8,8% (n=24 547)	11,7% (n=673)	7,1% (n=19 599)	9,6% (n=552)	6,4% (n=17 635)	10,4% (n=598)
Ref	OR 1,35 BI 1,24 – 1,47	Ref	OR 1,32 BI 1,20 – 1,44	Ref	OR 1,75 BI 1,60 – 1,92
<b>Een chronische aandoening o.b.v. geneesmiddelenconsumptie, de aanrekening van bepaalde nomenclatuurcodes, of verblijven in specifieke zorgvoorzieningen: epilepsie</b>					
8,9% (n=25 088)	11,6% (n=132)	7,1% (n=20 047)	9,1% (n=104)	6,4% (n=18 116)	10,2% (n=117)
Ref	OR 1,32 BI 1,09 – 1,60	Ref	OR 1,27 BI 1,02 – 1,58	Ref	OR 1,54 BI 1,25 – 1,91
<b>Een chronische aandoening o.b.v. geneesmiddelenconsumptie, de aanrekening van bepaalde nomenclatuurcodes, of verblijven in specifieke zorgvoorzieningen: cardiologische aandoening</b>					
8,9% (n=25 162)	9,7% (n=45)	7,1% (n=20 102)	8,2% (n=38)	6,3% (n=18 165)	12,3% (n=57)
Ref	OR 1,02 BI 0,75 – 1,39	Ref	OR 1,07 BI 0,77 – 1,50	Ref	OR 1,65 BI 1,23 – 2,19
<b>Een chronische aandoening o.b.v. geneesmiddelenconsumptie, de aanrekening van bepaalde nomenclatuurcodes, of verblijven in specifieke zorgvoorzieningen: diabetes met insuline</b>					
8,9% (n=25 126)	11,5% (n=81)	7,1% (n=20 070)	9,9% (n=70)	6,4% (n=18 157)	9,2% (n=65)
Ref	OR 1,31 BI 1,03 – 1,66	Ref	OR 1,39 BI 1,08 – 1,79	Ref	OR 1,23 BI 0,93 – 1,61

In de meervoudige regressieanalyse werden, naast het type gezin (zonder kind met een speciale zorgnood, met 1 kind met een speciale zorgnood, met 2 of meer kinderen met een speciale zorgnood), volgende covariaten opgenomen: geslacht (man, vrouw), leeftijd en het sociaal statuut (bediende, arbeider, zelfstandige) voor de gerechtigden; hoedanigheid (2 gerechtigden, 1 gerechtigde met partner als persoon ten laste, 1 gerechtigde zonder gekende partner), aantal kinderen jonger dan 18 jaar in het gezin, regio, (Vlaanderen, Wallonië, Brussel) en mediaan inkomen voor het gezin.

## Appendix 6. Sensitiviteitsanalyse 2: Diagnose bij intrede in primaire arbeidsongeschiktheid al naargelang de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood

Tabel A4. Diagnose bij intrede in primaire arbeidsongeschiktheid al naargelang de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood

	Totaal	Ouders binnen gezinnen zonder kind(eren) met een speciale zorgnood	Ouders binnen gezinnen met een of meer kinderen met een speciale zorgnood
<b>Primaire arbeidsongeschiktheid (incidentie), % (n)</b>			
V Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	1,0% (2857)	1,0% (2453)	1,4% (404)
XIII Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	1,8% (5021)	1,7% (4313)	2,4% (708)
XXI Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden	1,1% (3165)	1,1% (2781)	1,3% (384)

## Appendix 7. Sensitiviteitsanalyse 3: Primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid al naargelang de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood – exacte matching

We voerden exacte matching uit om elke gezin met ten minste een kind met een speciale zorgnood sequentieel te matchen met een gezin zonder kind met een speciale zorgnood. Er werd gematcht voor volgende variabelen: geslacht, leeftijd, sociaal statuut (bediende, arbeider, zelfstandige) van de gerechtigden, het aantal kinderen jonger dan 18 jaar in het gezin, de regio en het mediane inkomen voor het gezin.

De matching gebeurde apart per type gezin (i.e. hoedanigheid: twee gerechtigden, een gerechtigde met partner als persoon ten laste, of een gerechtigde zonder gekende partner).

Oorspronkelijk waren in iets meer dan de helft (56,1%, n=118 506) van de gezinnen beide ouders gerechtigde. Na exclusie van gezinnen met een of beide ouders met een sociaal statuut anders dan arbeider, bediende of zelfstandige, restten 91 202 gezinnen. In 9527 gezinnen situeerde zich een kind met en speciale zorgnood. Hiervan konden 4954 gezinnen gematcht worden met een gezin zonder kind met een speciale zorgnood, goed voor een totaal van 9908 observaties.

Oorspronkelijk was er in een op de drie (31,9%, n=67 501) gezinnen een gerechtigde zonder gekende partner. Na exclusie van gezinnen waar deze gerechtigde een sociaal statuut had anders dan arbeider, bediende of zelfstandige, restten 56 002 gezinnen. In 5489 gezinnen situeerde zich een kind met en speciale zorgnood. Hiervan konden 5234 gezinnen gematcht worden met een gezin zonder kind met een speciale zorgnood, goed voor een totaal van 10468 observaties.

Oorspronkelijk waren er in iets meer dan een op de tien (12,0%, n=25 254) gezinnen een gerechtigde met een partner als persoon ten laste. Na exclusie van gezinnen met een of beide ouders met een sociaal statuut anders dan arbeider, bediende of zelfstandige, restten 22 065 gezinnen. In 2326 gezinnen situeerde zich een kind met en speciale zorgnood. Hiervan konden 705 gezinnen gematcht worden met een gezin zonder kind met een speciale zorgnood, goed voor een totaal van 1410 observaties.

De drie resulterende gegevenssets werden vervolgens samengevoegd. Figuur A2 geeft voor een aantal gematchte gezinnen de resulterende gegevensset weer.

In een beperkt aantal gezinnen waren beide ouders arbeidsongeschikt, invalide of werkloos. In het verloop van de analyses werd elke werksituatie voor het gezin gedichotomiseerd als 'ja' (een of beide ouders) versus 'nee' (geen van beide ouders).

Tot slot werd enkelvoudig logistische regressieanalyse uitgevoerd voor elk van de vier uitkomstvariabelen, met als enige verklarende variabele de afwezigheid of aanwezigheid van ten minste een kind met een speciale zorgnood (Tabel A5).

Figuur A2. Extract van de gegevensset die resulteert uit de exacte matching

	Match ID	Kind speciale zorgnood in gezin	Regio	Partner 1 geslacht	Partner 1 sociaal statuut	Partner 1 leeftijd	Partner 2 geslacht	Partner 2 sociaal statuut	Partner 2 leeftijd	Type huishouden	Aantal kinderen <17	Mediaan stat. inkomen	Inc Arbeidsongeschiktheid	Prev Arbeidsongeschiktheid	Prev Invaliditeit	Prev Werkloosheid
1	1	Nee	Région Flamande	Vrouw	Arbeider	42	Man	Arbeider	53	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Nee
2	1	Ja	Région Flamande	Vrouw	Arbeider	42	Man	Arbeider	53	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Ja	Nee
3	2	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	45	Vrouw	Bediende	43	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Nee	Nee	Nee	Nee
4	2	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	45	Vrouw	Bediende	43	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Nee	Nee	Nee	Nee
5	5	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	47	Vrouw	Arbeider	43	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Nee	Nee	Ja	Nee
6	5	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	47	Vrouw	Arbeider	43	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Nee	Nee	Nee	Nee
7	6	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	44	Vrouw	Arbeider	43	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Ja	Ja
8	6	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	44	Vrouw	Arbeider	43	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Ja	Nee
9	7	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	31	Vrouw	Arbeider	31	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Ja
10	7	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	31	Vrouw	Arbeider	31	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Ja	Ja	Nee	Nee
11	8	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	43	Vrouw	Arbeider	43	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Ja	Nee
12	8	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	43	Vrouw	Arbeider	43	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Ja	Nee	Nee
13	10	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	45	Vrouw	Bediende	46	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Nee	Nee	Nee	Ja
14	10	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	45	Vrouw	Bediende	46	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Ja	Ja	Nee	Nee
15	11	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	44	Vrouw	Bediende	43	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Nee	Nee	Nee	Nee
16	11	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	44	Vrouw	Bediende	43	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Nee	Nee	Nee	Ja
17	12	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	49	Vrouw	Bediende	43	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Ja	Ja	Nee	Nee
18	12	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	49	Vrouw	Bediende	43	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Ja	Ja	Nee	Nee
19	13	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	46	Vrouw	Bediende	42	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Nee	Ja	Nee	Nee
20	13	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	46	Vrouw	Bediende	42	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Ja	Ja	Nee	Ja
21	14	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	46	Vrouw	Bediende	46	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Nee
22	14	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	46	Vrouw	Bediende	46	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Nee
23	15	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	47	Vrouw	Arbeider	46	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Ja
24	15	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	47	Vrouw	Arbeider	46	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Ja
25	16	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	44	Vrouw	Bediende	43	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Ja
26	16	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	44	Vrouw	Bediende	43	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Ja	Nee
27	17	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	45	Vrouw	Arbeider	44	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Nee
28	17	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	45	Vrouw	Arbeider	44	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Nee
29	18	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	46	Vrouw	Bediende	42	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Ja	Nee
30	18	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	46	Vrouw	Bediende	42	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Nee
31	19	Nee	Région Flamande	Vrouw	Arbeider	41	Man	Arbeider	42	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Ja	Ja	Nee	Ja
32	19	Ja	Région Flamande	Vrouw	Arbeider	41	Man	Arbeider	42	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Ja	Nee
33	20	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	46	Vrouw	Bediende	38	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Nee
34	20	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	46	Vrouw	Bediende	38	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Ja	Ja	Nee	Nee
35	21	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	31	Vrouw	Bediende	31	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Nee
36	21	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	31	Vrouw	Bediende	31	2 gerechtigden	3	€25 000 - €29 999	Nee	Nee	Nee	Ja
37	22	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	44	Vrouw	Bediende	36	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Nee	Ja	Ja	Ja
38	22	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	44	Vrouw	Bediende	36	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Ja	Ja	Nee	Nee
39	23	Nee	Région Flamande	Man	Arbeider	45	Vrouw	Bediende	41	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Nee	Nee	Nee	Nee
40	23	Ja	Région Flamande	Man	Arbeider	45	Vrouw	Bediende	41	2 gerechtigden	3	€30 000 - €34 999	Ja	Ja	Nee	Ja

Elke rij is 1 gezin. Het enige onderscheid tussen de gematchte gezinnen (cf. zelfde Match ID) is of een kind met een speciale zorgnood al dan niet aanwezig is, en de arbeidssituatie.

Tabel A5. Associatie tussen de aanwezigheid van een kind met een speciale zorgnood en primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid: exacte matching

	Ouders binnen gezinnen zonder kind(eren) met een speciale zorgnood	Ouders binnen gezinnen met 1 kind met een speciale zorgnood
<b>Primaire arbeidsongeschiktheid (prevalentie), % (n)</b>		
Enkelvoudige regressieanalyse na exacte matching	12,8% (1397) Ref	15,6% (1698) OR 1,26 BI 1,16 – 1,36
<b>Primaire arbeidsongeschiktheid (incidentie), % (n)</b>		
Enkelvoudige regressieanalyse na exacte matching	10,5% (1143) Ref	12,4% (1346) OR 1,20 BI 1,11 – 1,31
<b>Invaliditeit (prevalentie), % (n)</b>		
Enkelvoudige regressieanalyse na exacte matching	9,4% (1020) Ref	13,4% (1460) OR 1,50 BI 1,38 – 1,63
<b>Werkloosheid (prevalentie), % (n)</b>		
Enkelvoudige regressieanalyse na exacte matching	19,9% (2167) Ref	19,9% (2167) OR 1,00 BI 0,94 – 1,07





Lenniksebaan 788A - 1070 Anderlecht

T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

# Onze studies op [www.mloz.be](http://www.mloz.be)

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, mei 2022

(Ondernemingsnummer 411 766 483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

helan  Onafhankelijk ziekenfonds

 freie  
krankenkasse

part&namut  
Mutualité Libre