

Arbeidsongeschiktheid is het voorportaal van de risico's die samenhangen met veranderingen in de samenleving

"Het is dringend het werk te herdenken, hoe de werkomstandigheden op een menselijke manier beheerd kunnen worden, de mens mag niet overgeleverd zijn aan het werk, de mens is geen machine ..."

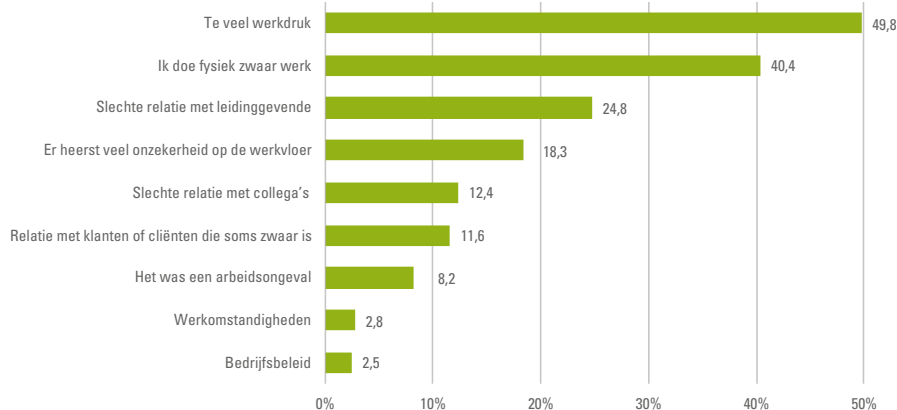
Binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt de sector van de uitkeringen, die uitbetaald worden in geval van arbeidsongeschiktheid, steeds belangrijker. In zestien jaar tijd is het aantal invaliden verdubbeld. Achter deze spectaculaire groei gaan structurele, demografische en sociale veranderingen in onze samenleving schuil, maar ook politieke beslissingen.

"Het feit dat mijn werk zeer veel begrip toonde en niet moeilijk deed, was voor mij de beste invulling. Er was geen druk van buitenaf, dus kan ik er de tijd voor nemen om weer voltijds aan de slag te gaan."

Door een stem te geven aan personen in arbeidsongeschiktheid, hebben wij onze kennis van de trajecten van de arbeidsongeschiktheid kunnen vergroten en hebben wij concrete noden in kaart kunnen brengen die aandachtspunten zijn voor alle actoren in deze sector van de sociale zekerheid (overheid, ondernemingen, ziekenfondsen).

Het onderzoek dat we in dit nummer voorstellen, richt zich op drie belangrijke fasen van arbeidsongeschiktheid. Ten eerste, wat gebeurt er vóór de arbeidsongeschiktheid? Wat waren de zaken die niet konden worden opgelost en die tot de arbeidsongeschiktheid hebben geleid? Vervolgens, welke moeilijkheden ondervonden de mensen tijdens hun arbeidsongeschiktheid, welke hulp vonden zij? Ten slotte wilden we weten wat het mogelijk maakte om weer aan het werk te gaan of een andere baan te krijgen.

Figuur 5: Redenen voor arbeidsongeschiktheid indien deze verband houdt met de werksituatie. Antwoorden op de vraag "Kan u verklaren hoe uw specifieke werksituatie deels mee verantwoordelijk is voor uw arbeidsongeschiktheid?"



Arbeidsongeschiktheid is het voorportaal van de risico's die samenhangen met veranderingen in de samenleving

'Ik ben in arbeidsongeschiktheid'. Deze banale uitdrukking wordt vandaag gebruikt door bijna een half miljoen Belgen die in invaliditeit zijn (dit wil zeggen dat hun arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar aanhoudt)¹. Toch is het een verontrustende uitdrukking. Het verandert wat per definitie een contextuele situatie is in een intrinsieke bepaling van het individu, die raakt aan zijn of haar diepste identiteit. 'Arbeidsongeschikt zijn' klinkt als een volkomen en permanente toestand.

Maar als er iets is waar iemand in 'arbeidsongeschiktheid' zeker toe in staat is, is het wel ons uit te leggen wat ertoe geleid heeft dat hij zijn beroepsactiviteit moest onderbreken, wat hij nodig zou hebben gehad. Hij kan ons zeker ook aangeven welke maatschappelijke ontwikkelingen het meest massaal tot arbeidsongeschiktheid leiden. In die zin beantwoordt onze studie aan twee doelstellingen: enerzijds de realiteit van de trajecten van personen in arbeidsongeschiktheid op concrete wijze leren kennen, en anderzijds de risicofactoren identificeren die verband houden met arbeidsongeschiktheid. Want terwijl de cijfers vandaag alarmerend zijn, is ook de evolutie ervan zorgwekkend: een stijging met 2,7% van het aantal vergoede dagen per jaar voor primaire arbeidsongeschiktheid, en een stijging met 6,9% per jaar voor invaliditeit.

In het licht van dergelijke evoluties, is een concreet en precies actieplan nodig dat verder gaat dan de individuele responsabilisering van personen in arbeidsongeschiktheid. Daartoe zijn wij naar onze leden gegaan die een periode van arbeidsongeschiktheid

doormaken of hebben doorgemaakt, zodat zij ons kunnen helpen een zo gedetailleerd mogelijk beeld te krijgen van hun noden, hun moeilijkheden en hun aanbevelingen voor de toekomst.

Allereerst, wat zijn de belangrijkste factoren die van invloed zijn geweest op de overgang naar arbeidsongeschiktheid? Wie zijn de mensen in arbeidsongeschiktheid? Wat vertellen ze ons? Enerzijds dat de samenleving niet in staat was het einde van hun loopbaan aan te passen aan de evolutie van hun gezondheidstoestand, dat hun werkgever niet luisterde naar hun moeilijkheden om een te hoog tempo of een te hoge werklast aan te kunnen, dat hun psychisch leed niet kon worden verzacht door een adequate begeleiding binnen hun beroepsactiviteit of daarbuiten. In de meeste gevallen is het werk zelf de bron van de moeilijkheden die tot arbeidsongeschiktheid leiden (zowel voor psychische als voor musculoskeletale problemen).

Het onderzoek dat we in dit nummer voorstellen, richt zich op drie belangrijke fasen van arbeidsongeschiktheid. Ten eerste, wat gebeurt er vóór de arbeidsongeschiktheid? Wat waren de zaken die niet konden worden opgelost en die tot de arbeidsongeschiktheid hebben geleid? Te zware mentale of fysieke belasting op het werk, te hoog tempo, toenemende technologische veranderingen, moeilijke relaties met leidinggevenden, collega's of klanten?

Vervolgens, welke moeilijkheden ondervonden de mensen tijdens hun arbeidsongeschiktheid, welke hulp vonden zij?

1. Voor primaire arbeidsongeschiktheid zitten we in 2019 op 41,7 miljoen vergoede dagen, een stijging van 2,7% per jaar sinds 2010.

In dit deel zien we dat de overgangsmomenten bijzonder fragiel zijn: de aangifte arbeidsongeschiktheid, het einde van het gewaarborgd loon, de overgang naar invaliditeit. Op deze momenten, waarop de procedures streng zijn en zeer zware gevolgen hebben, kan de administratieve last bovenop de moeilijkheid komen die verband houdt met hun gezondheidstoestand. En dat is niet verwonderlijk: als men erkend wordt als arbeidsongeschikt, is dat omdat men dit soort werk moeilijk kan doen, omdat men al in een kwetsbare situatie of in een situatie van overbelasting verkeert.

Ten slotte wilden we weten wat het mogelijk maakte om weer aan het werk te gaan of een andere baan te krijgen. In de antwoorden van de mensen die hun ervaring met ons deelden, was herstel de eerste reden om weer aan het werk te gaan. Bij dit herstel is de rol van een zorgzame omgeving of psychologische begeleiding zeer belangrijk. Veel mensen die arbeidsongeschikt zijn, vormen zich, zorgen voor zichzelf en zoeken naar oplossingen. Maar de actoren die hen moeten helpen en ondersteunen, slagen er niet altijd in hun rol ten volle te spelen. Ook niet, en dat moeten we in alle bescheidenheid toegeven, hun gezondheidsfonds. Maar onze missie is ook om de woordvoerders te zijn voor patiënten en mensen in arbeidsongeschiktheid.

Aan het eind van deze lange analyse zijn wij ervan overtuigd dat arbeidsongeschiktheid het voorportaal is van de problemen in de samenleving. Het is daar dat wij de disfuncties ervan moeten observeren in plaats

van mensen in arbeidsongeschiktheid te stigmatiseren. Want arbeidsongeschiktheid is in de eerste plaats een weerspiegeling van de arbeidswereld als een van de plaatsen waar werknemers leven. Omdat zij de grote veranderingen in de samenleving weerspiegelt, zoals de vergrijzing van de beroepsbevolking, de verschuiving van de pensioenleeftijd of de verscherping van de toegang tot andere stelsels van sociale bescherming, en nu, in deze gezondheids crisis, de tsunami van geestelijke gezondheidsproblemen die ons te wachten staat. Mensen in arbeidsongeschiktheid moeten niet worden gezien als de begunstigen van een gewillig systeem, maar als klokkenluiders over de disfunctionele arbeidswereld.

Élise Derrotte
Directrice Studiedienst

Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid

Sigrid Vancorenland, Clara Noirhomme, H  l  ne Henry, Hervé Avalosse, Kristien Van der Elst, Louise Lambert - Studiedienst
Pieter Michiels - Beleidsdienst

Wij danken de vrijwilligers en de medewerkers van Alt  o en Samana, alsook de medewerkers van het Medisch Departement, de dienst Maatschappelijk Werk en het departement Vervangingsinkomens, die ons hebben geholpen bij de uitwerking van deze studie.

Samenvatting

Binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt de sector van de uitkeringen, die uitbetaald worden in geval van arbeidsongeschiktheid, steeds belangrijker. Van 2010 tot 2019 stegen de uitgaven voor primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit van 4,7 tot 8,6 miljard euro, een zeer hoog groeipercentage van 6,9% per jaar. In zestien jaar tijd is het aantal invaliden verdubbeld, van 221.000 in 2004 tot 471.000 in 2020. Achter deze spectaculaire groei (die vaak in de media wordt belicht) gaan structurele, demografische en sociale veranderingen in onze samenleving schuil (grotere aanwezigheid van vrouwen op de arbeidsmarkt, vergrijzing van de beroepsbevolking), maar ook politieke beslissingen (aanpassing van de pensioenleeftijd voor vrouwen aan die voor mannen, strengere voorwaarden voor de toegang tot het vervoegd pensioen).

We staan dus voor een enorme maatschappelijke uitdaging (en dit voor lange tijd)! Maar wat moeten we doen? Moeten wij, afgezien van de reeds gemaakte budgettaire keuzes en politieke oriëntaties, niet ook nadenken over een duurzaam beleid ter preventie van het risico op arbeidsongeschiktheid en aan een betere begeleiding bij de terugkeer naar de arbeidsmarkt? Om dit te kunnen doen, moeten we meer weten over wat er gebeurt vanaf het moment dat iemand arbeidsongeschikt wordt. Welk traject doorloopt iemand? Hoe kunnen we een persoon in arbeidsongeschiktheid helpen? Wat zijn de factoren die het gemakkelijker of moeilijker maken om het werk te hervatten? Antwoorden op deze vragen krijgen we niet via een verwerking van onze gegevensbestanden: deze bestanden geven immers weinig informatie over de levenservaring van personen. De meest geschikte methode is om het woord te geven aan degenen die een periode van arbeidsongeschiktheid meemaken of hebben meegemaakt. Daarom heeft CM een online-enquête georganiseerd in de maanden oktober en november 2019, waarop 4.350 personen hebben geantwoord.

In dit artikel presenteren wij de resultaten van deze grote studie in drie delen, die overeen komen met de drie preventieniveaus (primair, secundair en tertiair).

Het eerste deel van de resultaten heeft betrekking op de situatie v  or de arbeidsongeschiktheid en heeft als doel om een licht te werpen op de mogelijke oorzaken. Dit is het primaire preventieniveau: door na te gaan wat de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid kan zijn geweest, kan worden nagegaan hoe deze factoren kunnen worden voorkomen of beperkt.

- *Een meerderheid van de respondenten (56%) is van mening dat hun werk (deels mee) verantwoordelijk is voor hun arbeidsongeschiktheid.*
- *Onder deze respondenten worden vooral twee soorten factoren genoemd: factoren die verband houden met de organisatie van het werk en de intermenselijke relaties (te hoge werkdruk, slechte relatie met de*

leidinggevende) en factoren die verband houden met de fysieke gevolgen van het werk (fysieke zwaarte van het werk).

- De mate waarin de werksituatie verantwoordelijk wordt geacht voor de arbeidsongeschiktheid hangt af van het soort aandoening, het soort werk (handenarbeid of hoofdarbeid), de arbeidsduur, de mate van autonomie op het werk, de relatie (goed of slecht) met collega's en de leidinggevende, en of de persoon al dan niet een leidinggevende functie heeft.*

Het tweede deel beschrijft de noden tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid. Aan de hand van de verzamelde getuigenissen konden talrijke noden worden vastgesteld. Dit zijn aandachtspunten voor de verschillende actoren die bij de arbeidsongeschiktheid betrokken zijn. Dit is het niveau van de secundaire preventie: door deze noden beter te beantwoorden, vermijden wij dat de situatie verergert en bevorderen wij de overgang naar de volgende fase, de terugkeer naar het werk.

- Voldoende tijd nemen en kunnen nemen voor volledig herstel wordt door de respondenten als cruciaal ervaren. Tijdens het herstelproces is de steun van mensen die echt luisteren, die begrip tonen en hulp geven eveneens belangrijk.*
- Arbeidsongeschikt zijn, brengt veel administratie met zich mee. De respondenten vragen om meer informatie en hulp om deze in orde te maken. Zij stellen ook voor de administratieve procedures verder te optimaliseren door de administratie te verminderen, beter te communiceren met mensen in arbeidsongeschiktheid (eenvoudige taal), maar ook de informatie-uitwisseling te digitaliseren om een directere communicatie tussen de verschillende partijen mogelijk te maken.*
- De respondenten drukken ook hun nood uit aan een adviserend arts die hen kan begeleiden. Iemand die luistert, begrip toont, rekening houdt met alle elementen uit het dossier en hulp en steun biedt, zowel bij het herstel van de persoon als bij zijn werkhervatting. Hiervoor vroegen onze respondenten meer tijd en dat de rol van de adviserend arts op voorhand duidelijk uitgelegd wordt zodat zij met de juiste verwachtingen naar het gesprek kunnen gaan.*

Het derde deel heeft betrekking op de factoren die de werkhervatting vergemakkelijken of daarentegen net bemoeilijken. Dit is het niveau van de tertiaire preventie: de aandacht richten op een geslaagde werkhervatting om te voorkomen dat men later hervalt in arbeidsongeschiktheid.

- Voldoende hersteld zijn, is de belangrijkste helpende factor, maar steun van naasten, collega's, de behandelend arts of andere zorgverlener, en de leidinggevende worden ook belangrijk geacht.*
- De eerste factor die de werkhervatting belemmert, is onvoldoende hersteld zijn of het werk te vroeg hervat hebben, onvoldoende steun van de leidinggevende wordt genoemd als tweede.*
- Werkaanpassingen zijn ook belangrijk. Minder uren werken dan vroeger of een aangepaste jobinhoud (minder stresserend, minder fysiek belastend) helpen bij de werkhervatting. Het feit dat men geen aangepaste jobinhoud krijgt en meer uren moet werken dan men aankan, vervulde de top vier van factoren die een werkhervatting bemoeilijken.*
- 40% van de respondenten die aanpassingen nodig hadden, kregen die niet. Minder uren werken is de aanpassing die het gemakkelijkst te verkrijgen is, terwijl een betere begeleiding en opvolging door de leidinggevende het moeilijkst te verkrijgen is.*

Op basis van de resultaten van deze studie doen wij een aantal aanbevelingen. Deze zijn gericht aan alle actoren die betrokken zijn bij de arbeidsongeschiktheid (de werknemers, de bedrijven, de mutualiteiten en de overheid).

***Sleutelwoorden:** Bevraging, arbeidsongeschiktheid, werkhervatting, administratie, adviserend arts, aanpassingen aan het werk, preventie*

1. Inleiding

Arbeidsongeschiktheid is een van de sociale risico's die gedekt worden door onze federale sociale zekerheid. Wanneer een werknemer in de privésector (werkzoekende, werknemer of zelfstandige) door ziekte of ongeval arbeidsongeschikt wordt, keert zijn ziekenfonds hem een uitkering uit om het inkomensverlies gedeeltelijk te compenseren.

De laatste jaren is deze sector steeds belangrijker geworden (een selectie van cijfers en indicatoren met betrekking tot arbeidsongeschiktheid is te vinden in de bijlage bij dit artikel, onder de rubriek 'In het kort'). Dit blijkt bijvoorbeeld uit de evolutie van het aantal betaalde dagen voor primaire arbeidsongeschiktheid (d.w.z. het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid). Het aantal betaalde dagen is gestegen van 32,8 miljoen in 2010 tot 41,7 miljoen in 2019. De uitgaven voor uitkeringen van primaire arbeidsongeschiktheid zijn gestegen van 1,3 miljard euro in 2010 tot 2,1 miljard euro in 2019. Dit komt neer op een gemiddelde jaarlijkse groei van 4,8%.

Maar het is vooral de invaliditeit (d.w.z. wanneer de arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar duurt) die de aandacht trekt. De uitgaven voor invaliditeitsuitkeringen zijn gestegen van 3,4 miljard euro in 2010 tot 6,7 miljard euro in 2019. Hier is de gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven nog hoger: 7,7% per jaar. De drijvende kracht achter deze groei is grotendeels toe te schrijven aan de evolutie van het aantal invaliden: dit is in 16 jaar verdubbeld, van 221.000 in 2004 tot 471.000 in 2020.

Uit studies van het RIZIV blijkt dat een aantal factoren deze stijging verklaren (RIZIV, 2018): de vergrijzing van de beroepsbevolking, de toenemende participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt en het gelijktrekken van de pensioenleeftijd voor vrouwen met die van mannen. Het RIZIV wijst eveneens op de belangrijke toename van de psychische en musculoskeletale aandoeningen: "[...] diverse rapporten en studies leiden tot dezelfde conclusies: chronische werkstress, verstoorde privé-werkbalans, musculoskeletale aandoeningen zijn medeoorzaak van langdurige arbeidsongeschiktheid." (RIZIV, 2018, p. 32). Veranderingen in andere regimes van de sociale zekerheid, zoals de werkloosheid en de pensioenen, hebben ook gevolgen voor het aantal (langdurig) zieken. Als de mogelijkheden voor vervroegd pensioen worden verminderd of beperkter worden gemaakt, en dit ertoe leidt dat werknemers langer op de arbeidsmarkt blijven, zal het aantal zieken toenemen.

In reactie op het toenemende aantal personen in arbeidsongeschiktheid, is het beleid de laatste jaren steeds meer gericht op het weer aan het werk krijgen van langdurig zieken. Minister De Block heeft hiertoe een hele reeks maatregelen genomen, waaronder de invoering van het re-integratietraject (van kracht sinds 1 maart 2017). Op zich is de invoering van maatregelen om langdurig zieken weer aan het werk te helpen positief. Maar al te vaak worden langdurig zieken in de media negatief voorgesteld, als mensen die niet meer willen werken, die mis-

bruik maken van het systeem, die de staat veel geld kosten en die zo snel mogelijk weer aan het werk moeten worden gezet.

Het is goed eraan te herinneren dat personen in arbeidsongeschiktheid echt ziek zijn (Di Zinno et al., 2019), dat de financiële situatie van personen op invaliditeit vaak precair is (Avalosse et al., 2016), dat zware trends (demografisch, maatschappelijk) de groei van het aantal invaliden grotendeels verklaren (RIZIV, 2018; Saks, 2017). Wij staan dus voor een enorme uitdaging (en dit voor een lange tijd)! Maar wat te doen? Moeten wij, afgezien van de reeds gemaakte budgettaire keuzes en politieke oriëntaties, niet ook nadenken over een duurzaam beleid van preventie van het risico van arbeidsongeschiktheid en een betere begeleiding bij de terugkeer naar de arbeidsmarkt? En in dit debat mogen we de noden van de mensen zelf niet uit het oog verliezen.

Het gaat er dus om meer te weten te komen over wat er voor, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid gebeurt. De meest geschikte methode is het woord te geven aan degenen die een episode van arbeidsongeschiktheid meemaken of hebben meegemaakt. Daarom heeft CM een anonieme online-enquête georganiseerd, in de maanden oktober en november 2019, waarop 4.350 personen geantwoord hebben. De deelnemers konden zich over verschillende thema's uitspreken: Wat waren de oorzaken van hun arbeidsongeschiktheid? Hoe hebben zij hun periode van arbeidsongeschiktheid ervaren? Hoe kunnen wij hen in deze periode helpen? Hoe was de terugkeer naar het werk georganiseerd en hoe hebben ze de terugkeer ervaren? Wat heeft de terugkeer naar het werk geholpen of juist bemoeilijkt?

Het doel van dit artikel is de resultaten van deze uitgebreide studie in drie grote delen weer te geven, die in het teken staan van de preventie (primaire, secundaire en tertiaire).

- Door meer inzicht te krijgen in factoren die arbeidsongeschiktheid veroorzaken, kunnen we nadenken over hoe we deze triggers kunnen voorkomen of beperken. Dit is primaire preventie.
- Dankzij de getuigenissen van de respondenten konden wij talrijke noden tijdens de arbeidsongeschiktheid identificeren. Deze noden zijn evenzeer aandachtspunten voor de verschillende actoren die bij arbeidsongeschiktheid betrokken zijn. Dit is het domein van de secundaire preventie: door zo goed mogelijk op deze noden te antwoorden, voorkomen wij dat de situatie verergert en bevorderen wij de volgende stap, die de terugkeer naar het werk zal zijn.
- In dit verband komen uit de antwoorden op de vragenlijst inderdaad de belangrijkste factoren naar voren die de terugkeer naar het werk vergemakkelijken of juist bemoeilijken. Dit is tertiaire preventie: de nadruk ligt op een geslaagde werkherleving om te voorkomen dat men later hervalt in arbeidsongeschiktheid.

De rijkdom van de getuigenissen en informatie gedeeld door onze respondenten is enorm, ondanks een lange, ingewikkelde vragenlijst (die de zeer uiteenlopende trajecten van de personen in arbeidsongeschiktheid weerspiegelen) en soms delicaat (jouw gevoelens uitdrukken aan jouw ziekenfonds, die de uitkering betaalt waarvan je leeft, is niet vanzelfsprekend). Deze bijdrage van onze leden stelt ons in staat onze kennis van concrete noden en relevante elementen te vergroten. Deze kennis laat toe de begeleiding van mensen tijdens hun arbeidsongeschiktheid en wanneer zij overwegen weer aan het werk te gaan, te verbeteren. De studie sluit daarom af met een reeks aanbevelingen voor de overheid, werkgevers, langdurig zieken en adviserend artsen.

2. Doelstellingen en methode van het onderzoek

2.1. Doelstellingen

Deze studie is ontstaan uit de wens om de situatie van personen in arbeidsongeschiktheid concreet te begrijpen en de vooroordelen en stigmatisering die hen omringen te weerleggen. Deze studie wil niet enkel hun noden vóór, tijdens en na arbeidsongeschiktheid begrijpen, maar hun ganse traject in kaart brengen. Op die manier kunnen de factoren die hun werkhervatting vergemakkelijken en belemmeren geïdentificeerd worden

Het doel van deze studie is ook om een beleid te stimuleren dat gericht is op de mensen en hun problemen. Preventie is in dit verband van het grootste belang, aangezien de verantwoordelijkheid voor arbeidsongeschiktheid niet alleen bij de mensen zelf mag liggen. Integendeel, de te leveren inspanningen moeten worden gedeeld door alle actoren, met inbegrip van de ondernemingen.

De onderzoeksvragen kunnen daarom als volgt worden samengevat:

- **Zicht krijgen op de oorzaken van arbeidsongeschiktheid en de noden van personen in arbeidsongeschiktheid**

Onderzoeksvragen: Wat is de aandoening die aanleiding gaf tot de arbeidsongeschiktheid? Was het werk hier (deels) verantwoordelijk voor en zo ja, om welke redenen? Waar hebben personen in arbeidsongeschiktheid nood aan en wie kan hen hierbij helpen?

- **Het traject van personen in arbeidsongeschiktheid in kaart brengen**

Onderzoeksvragen: Vinden (langdurig) zieken de weg terug naar de arbeidsmarkt? Is dit mogelijk bij de huidige werkgever (eventueel met aangepast werk) of zijn ze veranderd van werkgever? Of blijven mensen in arbeidsongeschiktheid? Of belanden ze daarentegen in de werkloosheid?

- **De helpende en belemmerende factoren voor werkhervatting in kaart brengen**

Onderzoeksvragen: Hoe is de werkhervatting na arbeidsongeschiktheid verlopen? Wat heeft hierbij geholpen of wat heeft deze hervatting bemoeilijkt? Wat zijn de noden bij een werkhervatting?

2.2. Methode

Hoewel dit niet de eerste studie is die de studiedienst van de Christelijke Mutualiteit uitvoert naar arbeidsongeschiktheid - in 2016 werd een enquête uitgevoerd waarin de financiële problemen van invaliden werden belicht (Avalosse et al., 2016) - is deze studie wel de eerste van deze omvang. Het doel ervan is een beter inzicht te krijgen in het hele traject van arbeidsongeschiktheid vanuit het standpunt van de mensen die dit traject zelf meemaken. Om resultaten te verkrijgen over de triggers van arbeidsongeschiktheid, over de wijze waarop mensen deze periode beleven, over de inspanningen die worden gedaan om weer aan het werk te gaan, enz. is het belangrijk dat het woord wordt gegeven aan degenen die een periode van arbeidsongeschiktheid meemaken of hebben meegemaakt.

De gekozen methodologie bestaat uit een kwantitatieve analyse van de resultaten van een volledig anonieme online-enquête die samen met een begeleidende e-mail is verzonden naar een steekproef van CM-leden.

Er werd een representatieve steekproef getrokken van CM-leden die in 2018 en/of 2019 een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen. In totaal werden 51.721 personen geselecteerd (13.777 Franstaligen en 37.944 Nederlandstaligen).

De selectiecriteria waren als volgt:

- in de werknemersregeling zitten;
- tussen 18 en 65 jaar oud zijn;
- een arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben ontvangen voor ten minste één dag in de periode tussen 1 januari 2018 en 31 mei 2019 (dit omvat zowel mensen die nog steeds arbeidsongeschikt zijn op het moment dat de e-mail wordt verzonden als mensen die al weer aan het werk zijn of werkloos zijn);
- maximaal drie jaar arbeidsongeschikt zijn geweest;¹
- de volgende personen werden niet in de steekproef opgenomen: overledenen, leden die van ziekenfonds zijn veranderd, personen die verblijven in een woonzorgcentrum, personen opgenomen in de psychiatrie (verblijf in psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), initiatief beschut wonen (IBW)), personen die het forfait palliatieve zorg ontvingen, en dit voor 2018-19.

De steekproef van gecontacteerde personen is representatief voor de verdeling binnen de CM-leden die arbeidsongeschikt zijn (maximaal drie jaar) voor de volgende variabelen: leeftijd, geslacht en provincie.

1. Deze keuze wordt verklaard door een aanzienlijke daling van de kansen om het werk te hervatten na drie jaar arbeidsongeschiktheid.

Midden oktober 2019 werd een uitnodigingsmail gestuurd naar 51.721 personen uit de steekproef met de vraag om de online enquête in te vullen. De enquête werd afgesloten midden november 2019. In totaal hebben 4.350 respondenten deelgenomen aan de enquête, wat neerkomt op een participatiegraad van 8,4%. Dit is een betrekkelijk laag percentage, ondanks het hoog aantal respondenten in absolute aantallen, maar het is zeer vergelijkbaar met de gemiddelde participatiegraad van de online-enquêtes van de Christelijke Mutualiteit, dat tussen 5 en 10% ligt.

Voor de uitwerking van de vragenlijst is voorbereidend werk verricht met Altéo en Samana. Allereerst heeft Samana van november 2018 tot maart 2019 verschillende focusgroepen georganiseerd rond arbeidsongeschikt zijn en een (eventuele) werkhervatting. De resultaten van deze focusgroepen werden gebruikt om een beeld te krijgen van hoe de mensen hun situatie ervaren. Op basis van deze informatie werden de onderwerpen die in de vragenlijst voor de studie 'Trajecten arbeidsongeschiktheid' aan bod moesten komen afgebakend, zodanig dat het geheel van trajecten van personen in arbeidsongeschiktheid opgenomen werd. De vragenlijst is opgesteld door de Studiedienst van CM in samenwerking met Samana en Altéo, de Dienst maatschappelijk werk, het Medisch Departement en de Dienst uitkeringen. De online-enquête werd vervolgens getest door vrijwilligers van Samana en Altéo met ervaring op het gebied van arbeidsongeschiktheid en werkhervatting. Op basis van hun feedback werd de vragenlijst verfijnd, aangepast en voltooid zodat de voorgestelde antwoorden zo goed mogelijk de realiteit op het terrein zouden weergeven.

Om met alle ervaringen en aanbevelingen van de respondenten rekening te kunnen houden, werd besloten sommige vragen in de vragenlijst volledig open te laten. Dit heeft zeer rijke getuigenissen en een echt inzicht in de noden van de ondervraagde personen mogelijk gemaakt. Het bracht ook een aantal problemen aan het licht die wij niet zouden hebben ontdekt als wij alleen gesloten vragen hadden gesteld. De studie beperkt zich dus niet tot een eenvoudige statistische verwerking van gegevens, aangezien er bij de keuze van de methode voor gekozen is om ruimte te geven aan individuele getuigenissen. Om de in de open vragen verzamelde gegevens te exploiteren, hebben de onderzoekers een aanzienlijke hoeveelheid hercodering en analyse verricht om de noden van de respondenten te inventariseren. Naast de cijfers zijn ter illustratie ook citaten opgenomen. Deze geven een betere kijk op de ervaringen van personen in arbeidsongeschiktheid in de verschillende fasen van het traject.

2.3. Beperkingen et methodologische overwegingen

Alvorens de resultaten van de enquête uitvoerig te beschrijven, is het nodig om bepaalde beperkingen te vermelden die voortvloeien uit de gekozen methodologie voor deze studie.

In de eerste plaats gaat het om een online-enquête, waarvoor de deelnemers per e-mail werden gecontacteerd. Dit betekent dat de mensen die deelnamen, toegang hadden tot een computer, dat hun e-mail in onze database stond en dat zij ons toestemming hadden gegeven contact met hen op te nemen. De digitale kloof leidt dus tot een ondervertegenwoordiging van de meest kwetsbaren. Het is echter belangrijk op te merken dat deze groepen, ongeacht de vorm van de enquête (online of op papier), moeilijk te bereiken zijn omdat deelname aan een enquête als tijdrovend en vervelend kan worden ervaren.

Deze enquête omvatte een zeer uitgebreide vragenlijst om rekening te kunnen houden met alle verschillende 'trajecten' van de respondenten (sommigen werkten vóór de arbeidsongeschiktheid, sommigen waren werkloos, sommigen gingen weer aan het werk, sommigen hervielen op arbeidsongeschiktheid, enz.). De keuze voor de online-enquêtemethode maakte het mogelijk automatisch tussen deze verschillende 'trajecten' te navigeren, wat met een papieren vragenlijst vrijwel onmogelijk zou zijn geweest. Op die manier waren de gestelde vragen relevant voor alle respondenten en 'aangepast' aan hun specifieke situatie. Dit was op zich een voordeel voor de respondenten en zonder dit voordeel zou de participatiegraad waarschijnlijk lager zijn geweest.

Zoals hierboven vermeld, was de steekproef representatief voor de leden van de Christelijke Mutualiteit die arbeidsongeschikt zijn (maximaal drie jaar) wat leeftijd, geslacht en provincie betreft. Het was echter niet mogelijk verder te gaan in de representativiteit van de steekproef, rekening houdend met sociaaleconomische criteria zoals inkomensniveau, opleidingsniveau, gezinssituatie, enz., omdat wij niet over deze gegevens van onze leden beschikken.

Slechts een kleine groep van onze respondenten waren werkloos vóór de arbeidsongeschiktheid, zodat we geen conclusies kunnen trekken over deze groep respondenten. Zoals we later zullen zien (zie Figuur 3), is het traject, wat betreft de werkhervatting na de arbeidsongeschiktheid, anders voor degenen die vóór de arbeidsongeschiktheid werkloos waren dan voor degenen die werkten. Aangezien onze studie geen sluitende resultaten voor de werklozen oplevert, zou het interessant zijn specifiek onderzoek voor deze doelgroep te verrichten.

Tenslotte gaat het om zelf gerapporteerde gegevens. Dit betekent dat zij niet gebaseerd zijn op objectieve elementen zoals medische diagnoses of administratieve informatie met betrekking tot het dossier arbeidsongeschiktheid, maar op de getuigenissen van de respondenten. Deze getuigenissen, ook al kunnen ze fouten bevatten, geven niettemin weer wat de ondervraagden voelen en ervaren, hetgeen objectieve gegevens niet kunnen weergeven. Hoewel een negatieve getuigenis dus te wijten kan zijn aan een slecht begrip van de kant van de respondent, werpen de getuigenissen toch een licht op zijn of haar ervaring.

3. De enquête

3.1. De structuur van de enquête: de verscheidenheid van trajecten arbeidsongeschiktheid

De vragenlijst beoogde om zoveel mogelijk verschillende situaties in kaart te brengen. Het enige dat bekend was over de respondent was het feit dat hij of zij in 2018 en/of 2019 minstens één dag arbeidsongeschikt was. Er was geen enkele informatie beschikbaar over het traject dat de respondent daarna had afgelegd: ononderbroken arbeidsongeschikt, het werk hervat, enz. Daarom moest de vragenlijst voorzien in een aantal mogelijke trajecten. Het antwoord op een aantal hoofdvragen bepaalde automatisch welk traject van de vragenlijst de respondent moest volgen. Er waren zes mogelijke trajecten met elk een aantal specifieke vragen. Niet elke respondent ontving met andere woorden exact dezelfde vragen.

Figuur 1 toont de zes mogelijke trajecten in de vragenlijst en de hoofdvragen waarop deze trajecten gebaseerd waren.

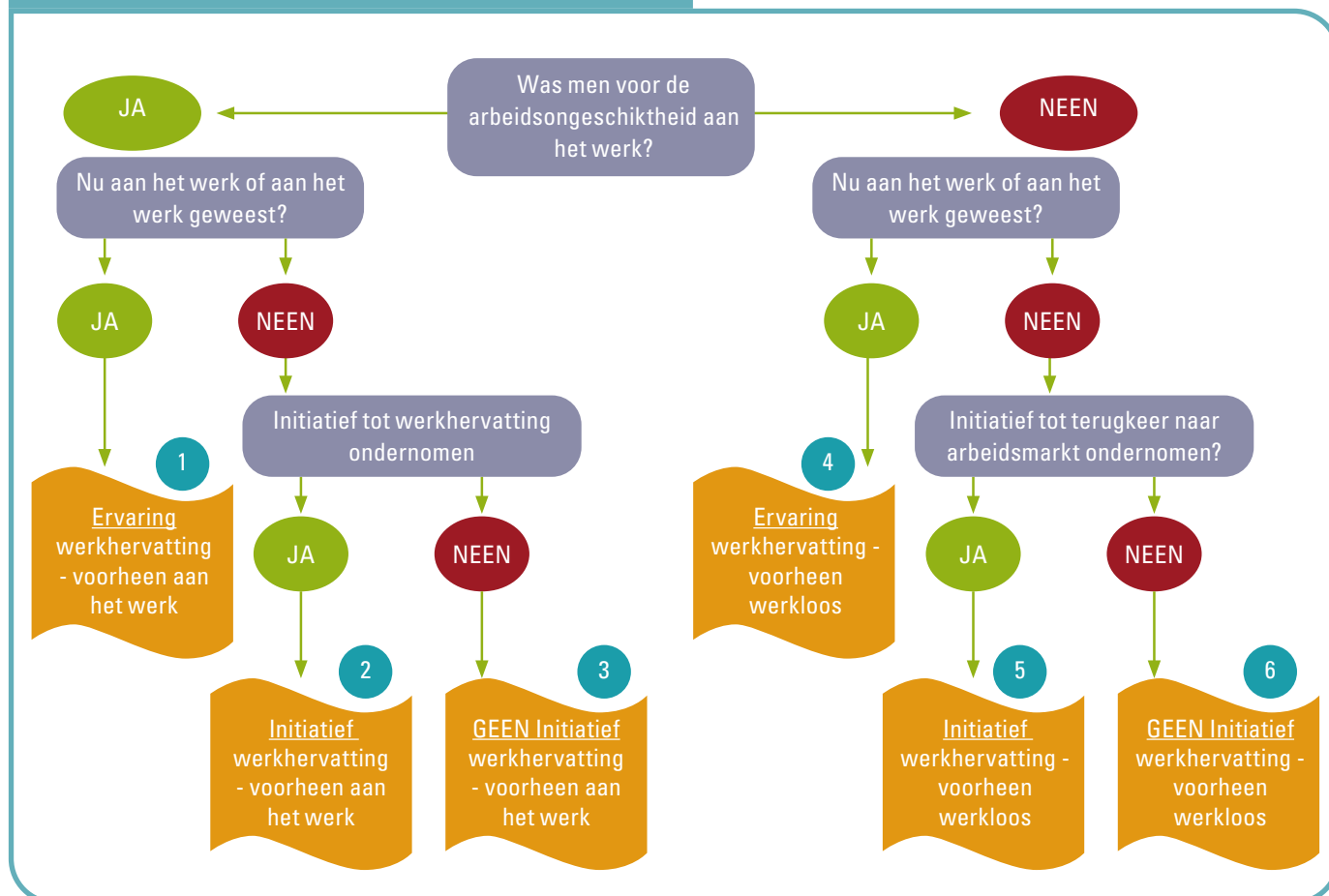
- Trajecten 1, 2 en 3 zijn respondenten die voor hun arbeidsongeschiktheid aan het werk waren, terwijl trajecten 4, 5 en 6 gaan om respondenten die voorheen werkloos waren.

- Trajecten 1 en 4 zijn respondenten die op het moment van de bevraging weer aan het werk waren of die gedurende een bepaalde periode het werk hervat hadden (en daarna bijvoorbeeld hervallen zijn in arbeidsongeschiktheid). Het gaat om respondenten die een ervaring hebben met werkhervatting na arbeidsongeschiktheid.
- Trajecten 2 en 5 zijn respondenten die op geen enkel moment het werk hervat hebben, maar wel een initiatief genomen hebben om weer aan het werk te gaan.
- Trajecten 3 en 6 tot slot zijn de respondenten die geen ervaring met werkhervatting hebben en ook nog geen initiatief tot werkhervatting genomen hebben.

3.2. Het profiel van de respondenten

4.350 respondenten vulden de online vragenlijst in. De resultaten werden herwogen op geslacht, leeftijd en taalregime zodat ze een representatief beeld vormen van onze CM-leden in arbeidsongeschiktheid (die maximum drie jaar arbeidsongeschikt zijn).

Figuur 1: De zes trajecten in de vragenlijst



Het aantal respondenten per traject is als volgt (zie Figuur 1 voor de verschillende trajecten)²:

- 1: n=2.247 personen (of 52% van de respondenten) (ervaring met werkhervatting, voordien aan het werk);
- 2: n=669 (15%) (initiatief tot werkhervatting, voordien aan het werk);
- 3: n=659 (15%) (geen initiatief tot werkhervatting, voordien aan het werk);
- 4: n=73 (2%) (ervaring met werkhervatting, voordien werkloos);
- 5: n=101 (2%) (initiatief tot werkhervatting, voordien werkloos);
- 6: n=139 (3%) (geen initiatief tot werkhervatting, voordien werkloos).

Bij de voorstelling van de resultaten van de enquête worden, afhankelijk van de focus van elk onderdeel, hetzij de resultaten van alle respondenten, hetzij de resultaten van een specifieke subgroep besproken.

- In punt 3.3. (de situatie van de respondenten op het moment van de enquête) worden de resultaten besproken van personen die voor hun arbeidsongeschiktheid aan het werk waren (trajecten 1, 2 en 3) en worden deze vergeleken met de personen die voorheen werkloos waren (trajecten 4, 5 en 6). Dit is de enige plaats waar een dergelijke vergelijking gemaakt wordt.
- In punt 4.1. (de periode voor de arbeidsongeschiktheid) worden eerst de resultaten van alle respondenten samen weergegeven (punt 4.1.1. De aandoeningen die aan de basis liggen van de arbeidsongeschiktheid). Daarna worden in punt 4.1.2. (Zijn het werk zelf en de arbeidsomstandigheden de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid?) de resultaten besproken van die respondenten die voor hun arbeidsongeschiktheid aan het werk waren (trajecten 1, 2 en 3).
- In punt 4.2. (tijdens de arbeidsongeschiktheid) worden de resultaten weergegeven van alle respondenten samen. In dit deel gaat het vooral om de beleving van de arbeidsongeschiktheid zelf. Hier hebben alle respondenten een ervaring mee.
- In punt 4.3. (na de arbeidsongeschiktheid / de werkhervatting) worden de resultaten besproken van respondenten die voor hun arbeidsongeschiktheid aan het werk waren en ervaring hebben met werkhervatting (traject 1).

Wat het profiel van de respondenten betreft, worden hiernaast de resultaten weergegeven van alle respondenten samen.

Tabel 1 toont de verdeling van enkele socio-demografische gegevens onder de respondenten. Er is een kleine meerderheid van vrouwen (53%), een mooie mix van verschillende leeftijdsgroepen (een ongeveer gelijke verdeling tussen min 35 jarigen, 35-44 jarigen, 45 en 54 jarigen en 55-plussers) en 77% is Nederlandstalig. Op deze variabelen (geslacht, leeftijd en taal) werd de populatie van onze respondenten (4.350 personen) herwogen zodat ze representatief is voor de doelgroep van onze studie, namelijk CM-leden die maximum drie jaar arbeidsongeschikt zijn.

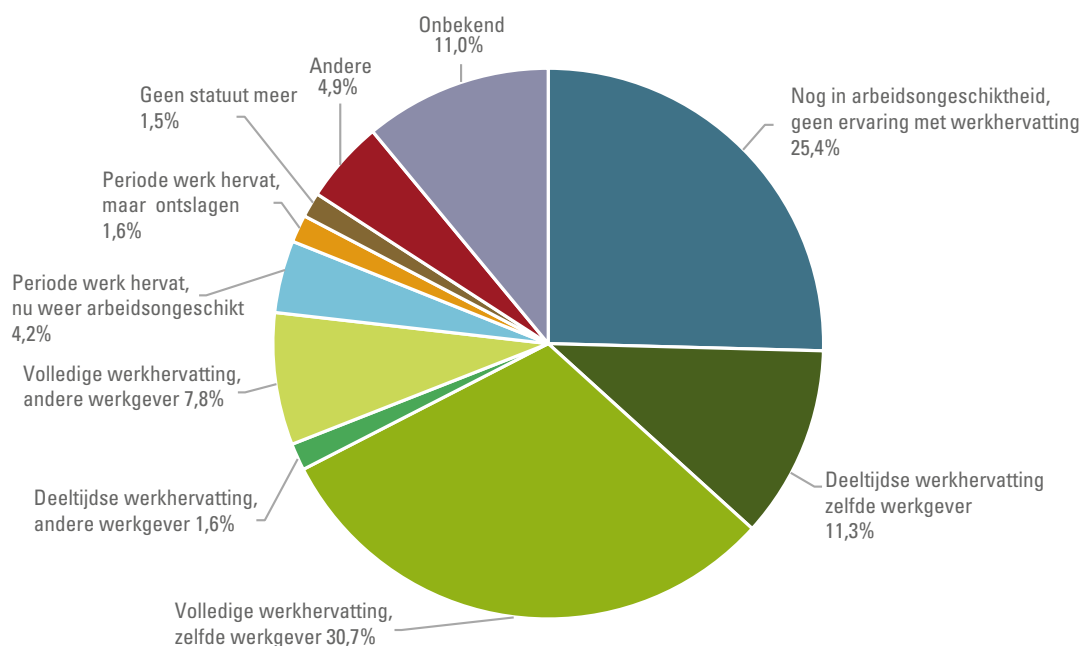
We zien een verscheidenheid aan verschillende opleidingsniveaus. Een kwart van de respondenten (24%) is laag geschoold (geen diploma secundair onderwijs) terwijl de rest van de respondenten ongeveer gelijk verdeeld is tussen gemiddeld opgeleid (diploma secundair onderwijs) (39%) en hoog opgeleid (diploma hoger onderwijs) (36%).

Tabel 1: Profiel van de respondenten

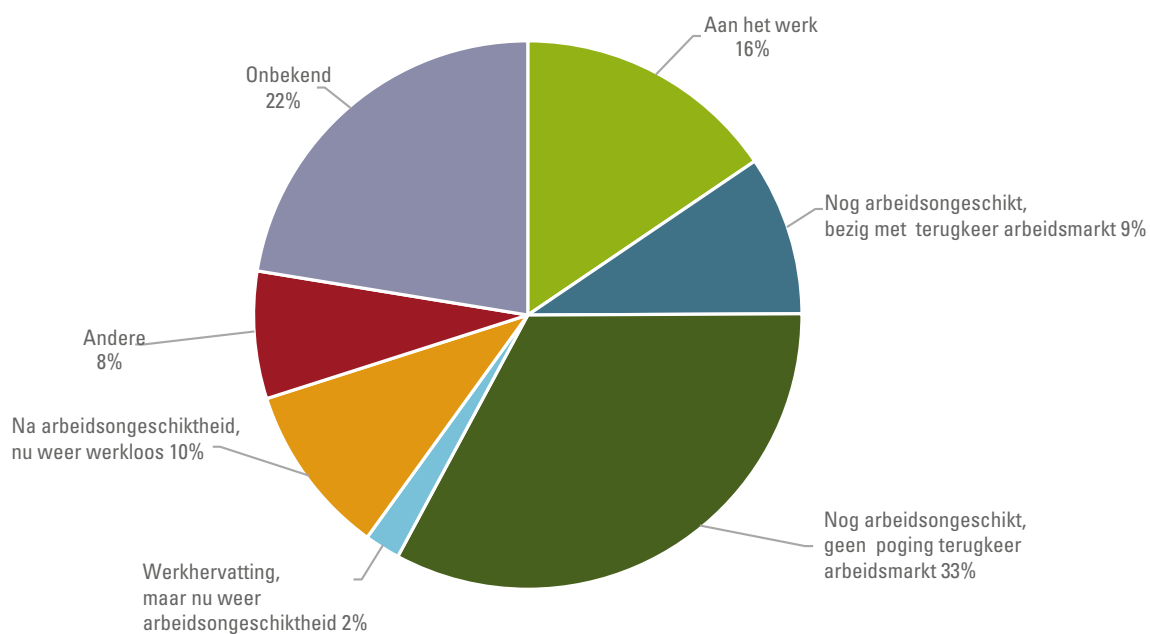
		% respondenten
Geslacht	Man	46,7%
	Vrouw	53,3%
Leeftijd	<35	27,7%
	35-44	23,2%
	45-54	27,4%
	55+	21,7%
Taalregime	Franstalig	23,2%
	Nederlandstalig	76,8%
Opleidingsniveau	Laag	23,7%
	Gemiddeld	39,0%
	Hoog	36,4%
	Onbekend	0,9%
Duurtijd arbeidsongeschiktheid	<=5 m	28,6%
	6-11 m	14,7%
	12-24 m	20,5%
	>24 m	10,4%
	Onbekend/niet berekenbaar	25,9%
Gezinssituatie	Alleenstaand	18,3%
	Alleenstaande ouder	8,5%
	Koppel zonder kinderen	27,3%
	Koppel met kinderen	37,0%
	Onbekend	8,9%

2. Niet elke respondent kon toegewezen worden aan een traject. Dit is het geval indien men één van de hoofdvragen niet beantwoordt heeft. Aangezien er nog verschillende vragen waren buiten de zes trajecten werden deze respondenten toch opgenomen in de studie. Respondenten daarentegen die enkel de socio-demografische vragen beantwoordden, werden uit het onderzoek verwijderd.

Figuur 2: De huidige situatie – voor respondenten die voor hun arbeidsongeschiktheid aan het werk waren (% van de respondenten)



Figuur 3: De huidige situatie – voor respondenten die voor hun arbeidsongeschiktheid werkloos waren (% van de respondenten)



Ook qua duurtijd van de arbeidsongeschiktheid is er een mooie verdeling. Er zijn zowel voldoende respondenten die (nog) niet zo lang arbeidsongeschikt zijn of waren (29% maximum vijf maand) als respondenten die langer arbeidsongeschikt zijn of waren (31% meer dan een jaar). En ook de tussengroep (tussen een half jaar en één jaar) is nog voldoende vertegenwoordigd (15%). Het was echter niet altijd mogelijk om de duurtijd van de arbeidsongeschiktheid te berekenen (voor 26% was dit onbekend of niet berekenbaar). Ter herinnering: in de steekproef werden personen uitgesloten die langer dan drie jaar arbeidsongeschikt waren.

Wat de gezinssituatie betreft is 18% van de respondenten alleenstaand en 9% een alleenstaande ouder. De meerderheid maakt ofwel deel uit van een koppel (27%) ofwel van een koppel met kinderen (37%).

3.3. De situatie van de respondenten op het moment van de enquête

Op het moment van de bevraging had de helft van de respondenten (51%) die voor hun arbeidsongeschiktheid aan het werk waren, het werk hervat (zie Figuur 2). Een meerderheid hervatte het werk bij dezelfde werkgever (42%), terwijl een minderheid van werkgever veranderde na hun arbeidsongeschiktheid (9%). In beide situaties ging de meerderheid voor een volledige werkhervatting, terwijl de rest het werk deeltijds hervatte.

Drie op tien respondenten (30%) waren nog arbeidsongeschikt op het moment van de bevraging (zie de twee blauwe zones in Figuur 2). 25% is onafgebroken arbeidsongeschikt geweest, terwijl 4% wel even het werk hervat heeft, maar terugviel op arbeidsongeschiktheid. Tenslotte heeft 2% een periode het werk hervat, maar is ontslagen.

Bij respondenten die voor hun arbeidsongeschiktheid werkloos waren, zien we een ander traject (zie Figuur 3). Slechts 16% van hen is aan het werk op het moment van de bevraging (tegenover 51% bij diegenen die voordien aan het werk waren). 43% is nog arbeidsongeschikt: 41% is dit onafgebroken geweest en 2% heeft een periode gewerkt, maar is daarna hervallen in arbeidsongeschiktheid. 10% is na zijn arbeidsongeschiktheid weer op werkloosheid overgegaan. Van 22% is de situatie niet bekend.

Deze resultaten geven een indicatie dat het traject vanaf arbeidsongeschiktheid anders verloopt voor zij die nog een job hebben om eventueel naar terug te keren dan voor zij die dit niet hebben. In dit artikel gaan we niet verder in op de specifieke situatie van respondenten die voor hun arbeidsongeschiktheid werkloos waren. In dit onderzoek is het aantal respondenten die voor hun arbeidsongeschiktheid werkloos waren te laag om verdere uitspraken over deze groep te kunnen doen. Verder onderzoek naar deze specifieke doelgroep lijkt ons zeker aangewezen.

4. De resultaten van de studie: arbeidsongeschiktheid vanuit een preventieperspectief

In de volgende delen zullen drie periodes besproken worden: de periode voor, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid. Elke periode stemt namelijk overeen met een ander type van preventie van arbeidsongeschiktheid.

De periode voor de arbeidsongeschiktheid komt overeen met de primaire preventie. Wat is er gebeurd in aanloop naar de arbeidsongeschiktheid die deze zou kunnen verklaren? Wat heeft de arbeidsongeschiktheid veroorzaakt? Inzicht in deze factoren leert ons op welke manier arbeidsongeschiktheid vermeden kan worden.

De periode van de arbeidsongeschiktheid zelf komt overeen met de secundaire preventie. Hoe verloopt deze periode en wat helpt de persoon in arbeidsongeschiktheid in deze periode? Hoe kunnen anderen helpen? Wat kunnen we doen om zo goed mogelijk te herstellen van de arbeidsongeschiktheid?

De periode na de arbeidsongeschiktheid komt overeen met de tertiaire preventie. Hoe is de werkhervatting verlopen? Welke factoren hebben hierbij geholpen of hebben dit proces bemoeilijkt? Hoe kunnen we best het werk hervatten zodat dit zoveel als mogelijk kans op slagen heeft? Een begrip van deze factoren leert ons hoe een herval op arbeidsongeschiktheid vermeden kan worden.

4.1. Voor de arbeidsongeschiktheid: primaire preventie

Primaire preventie omvat alle acties die worden ondernomen met als doel arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Het gaat hier om de periode vóór de arbeidsongeschiktheid en om de oorzaken van de arbeidsongeschiktheid. Wat zijn de noden voordat arbeidsongeschiktheid optreedt, of met andere woorden, wat moet er worden gedaan om arbeidsongeschiktheid te voorkomen?

In de enquête werd de respondenten niet expliciet gevraagd wat hun arbeidsongeschiktheid had kunnen voorkomen, maar deze informatie kan worden afgeleid uit de antwoorden op de vraag "Kan u verklaren hoe uw specifieke werksituatie deels mee verantwoordelijk is voor uw arbeidsongeschiktheid?". Door na te gaan welke oorzaken de respondenten aanhalen voor hun arbeidsongeschiktheid, wanneer deze rechtstreeks verband houdt met het werk, is het mogelijk om hier aandachtspunten uit af te leiden, zowel voor de werkgevers als voor de overheid. Als het mogelijk is om op micro-maatschappelijk niveau actie te ondernemen door de arbeidsomstandigheden van de werknemers aan te passen, kan het ook noodzakelijk zijn om op macro-maatschappelijk niveau op te treden door de arbeidsorganisatie te herzien.

We analyseren de oorzaken van de arbeidsongeschiktheid. Eerst door een onderscheid te maken tussen de aandoeningen waaraan de respondenten lijden. Vervolgens wordt geanalyseerd of de arbeidsongeschiktheid al dan niet rechtstreeks verband houdt met de werksituatie, en wanneer dit het geval is, welke redenen door de respondenten genoemd werden als oorzaken van de arbeidsongeschiktheid. Deze twee elementen worden daarna onderzocht in het licht van de soort aandoening, het soort werk (handenarbeid/hoofdarbeid), de mate van autonomie, de relatie met leidinggevend en collega's, het soort functie (leidinggevend of niet-leidinggevend) en de arbeidsduur. Op basis van deze verschillende factoren kunnen aanbevelingen worden gedaan om het risico op arbeidsongeschiktheid te verminderen.

4.1.1. De aandoeningen die aan de basis liggen van de arbeidsongeschiktheid

In de vragenlijst werd de respondenten eerst gevraagd wat de belangrijkste aandoening was die hun arbeidsongeschiktheid veroorzaakte. Onder deze aandoeningen kunnen verschillende hoofdcategorieën worden onderscheiden: psychische aandoeningen en burn-out, ziekten en/of letsels van het bewegingsstelsel of bindweefsel en andere ziekten (hart- en vaatziekten, digestieve aandoeningen, respiratoire aandoeningen, ziekte van het zenuwstelsel en de zintuigen en kankers).

Hier moet opgemerkt worden dat de respondenten aan verschillende aandoeningen tegelijk kunnen lijden. Zo zegt 75,5% van

de respondenten aan één aandoening te lijden, terwijl 23,8% aan twee of meer aandoeningen.

Zoals tabel 2 laat zien, verklaarde 24% van de respondenten dat de aandoening, die aan de basis van hun arbeidsongeschiktheid lag, een psychische aandoening was (bijvoorbeeld depressie, angststoornissen, enz.) en 22% een burn-out. In totaal verklaarde 36,8%, dit is één respondent op drie, dat de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid een burn-out en/of een psychische aandoening was.

31,7% van de respondenten gaf aan te lijden aan ziekten van het bewegingsstelsel of bindweefsel (rug- en nekpijn, reuma, artrose, enz.). Als we daar verstuikingen, breuken en letsels (18,3%) aan toevoegen, zegt bijna de helft (47,4%) te lijden aan een ziekte en/of letsel van het bewegingsstelsel of bindweefsel.

De andere aandoeningen waardoor de respondenten het vaakst getroffen zijn, zijn kanker (7,7%), hart- en vaatziekten (5,3%) en ziekte van het zenuwstelsel en de zintuigen (5,4%).

In de enquête werd de deelnemers gevraagd of ze in hun werk dat zij vlak voor hun arbeidsongeschiktheid uitoefenden voornamelijk handenarbeid of hoofdarbeid uitvoerden. Op deze vraag antwoordde 49,5% dat ze in hun werk handenarbeid uitvoerden, 36,4% hoofdarbeid en 10,8% een combinatie van beide. Naargelang het soort werk dat de respondenten uitvoeren, stellen we vast dat bepaalde aandoeningen vaker voorkomen dan andere.

Tabel 2: Belangrijkste aandoening die arbeidsongeschiktheid veroorzaakt (meerdere antwoorden mogelijk)

Aandoening	Aantal respondenten	in %
Psychische aandoening (vb: depressie, angststoornissen, enz.)	1.045	24,0%
Burn-out	959	22,0%
<i>Psychische aandoening en/of burn-out</i>	<i>1.600</i>	<i>36,8%</i>
Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel (rug- en nekpijn, rugaandoeningen, reuma, artrose, etc.)	1.380	31,7%
Verstuikingen, breuken (arm, been, enz.), letsels (knie, elleboog, enz.), enz.	795	18,3%
<i>Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel en/of verstuikingen, breuken, letsels</i>	<i>2.063</i>	<i>47,4%</i>
Kanker (borstkanker, darmkanker, longkanker, leukemie, enz.)	334	7,7%
Hart- en vaatziekten (hartinfarct, hartritmestoornissen, hypertensie, trombose, enz.)	229	5,3%
Ziekte van het zenuwstelsel en de zintuigen (ziekte van Parkinson, epilepsie, Multiple sclerose-MS-, gezichtsstoornissen, gehoorstoornissen, enz.)	236	5,4%
Fibromyalgie-CVS (chronisch vermoeidheidssyndroom)	192	4,4%
Digestieve aandoeningen (ziekte van Crohn, Colitis ulcerosa, enz.)	150	3,4%
Respiratoire aandoeningen (astma, chronische bronchitis en longemfyseem)	94	2,2%
Andere	188	4,3%

Zo leed 32% van de werknemers die hoofdzakelijk handenarbeid uitvoerden, aan ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel en 18% kreeg te maken met verstuikingen, breuken en letsels, terwijl dit bij werknemers die hoofdzakelijk hoofdarbeid uitvoerden slechts het geval was bij respectievelijk 14% en 9% (zie Tabel 3).

Daarentegen lijdt 29% van de werknemers die hoofdzakelijk hoofdarbeid uitvoerden aan burn-out en 22% aan een psychische aandoening, terwijl dit bij werknemers die hoofdzakelijk handenarbeid uitvoerden slechts bij 11% en 16% het geval is.

Wanneer de aard van de aandoening meer in het algemeen wordt bekeken, is dit verschil nog groter. Personen met een psychische aandoening zijn hoofdzakelijk werknemers die hoofdarbeid uitvoeren (73,3% van hen) en personen met lichamelijke aandoeningen³ zijn grotendeels werknemers die handenarbeid uitvoeren (70,2%) (zie Tabel 4).

4.1.2. Zijn het werk zelf en de arbeidsomstandigheden de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid?

Wat betreft primaire preventie kunnen maatregelen genomen worden voor aandoeningen die rechtstreeks door de werksituatie worden veroorzaakt. Waar dit niet het geval is, is het moeilijker de oorsprong van het probleem te achterhalen en oplossingen aan te reiken (bijvoorbeeld in het geval van kanker). Het is inderdaad mogelijk in te grijpen in de werksituatie wanneer deze de oorzaak is van de arbeidsongeschiktheid en

dus van de afwezigheid wegens ziekte, maar het is moeilijk rechtstreeks in te grijpen op de aandoening zelf.

In de enquête werd de respondenten gevraagd of hun werksituatie (mede) verantwoordelijk was voor hun arbeidsongeschiktheid en waarom dit het geval was. De antwoorden op deze vragen geven ons dus een indicatie van de oorzaken van de arbeidsongeschiktheid, wanneer deze verband houdt met de werksituatie.

Tabel 4: Meest voorkomende soorten aandoeningen per soort werk⁴

	Hoofdzakelijk handenarbeid	Hoofdzakelijk hoofdarbeid
Psychische aandoeningen	35,1%	73,3%
Lichamelijke aandoeningen	70,2%	36,9%

Tabel 3: Meest voorkomende aandoeningen naar soort werk

Aandoening	Hoofdzakelijk handenarbeid	Hoofdzakelijk hoofdarbeid
Psychische aandoening	15,6%	22,0%
Burn-out	10,5%	28,9%
Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	32,4%	14,4%
Verstuikingen, breuken, letsels	17,7%	9,4%
Kanker	5,1%	7,4%
Hart- en vaatziekten	3,9%	4,0%
Ziekte van het zenuwstelsel en de zintuigen	3,8%	4,1%
Respiratoire aandoeningen	1,6%	1,7%
Digestieve aandoeningen	2,5%	2,5%
Fibromyalgie-CVS	3,7%	2,8%
Andere	3,4%	3,1%

3. Alle ziekten die niet psychisch zijn (psychische aandoeningen en burn-out) worden als 'lichamelijk' beschouwd.

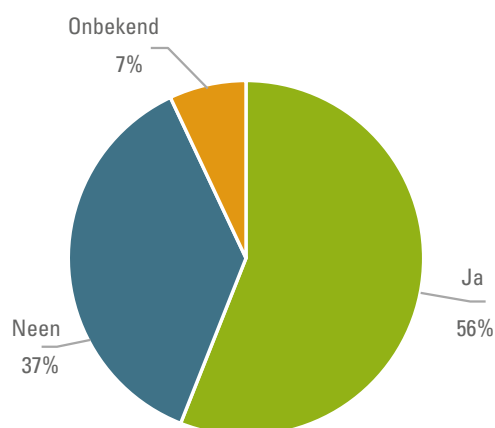
4. In de tabel is de som van de percentages (van de rij) hoger dan 100% omdat sommige personen zowel manuele als intellectuele taken uitvoeren (meerdere antwoorden mogelijk op deze vraag).

Een meerderheid van de respondenten (aan het werk vóór de arbeidsongeschiktheid) is van mening dat hun werksituatie medeverantwoordelijk is voor hun arbeidsongeschiktheid (56%), tegenover 37% die van mening zijn dat dit niet het geval is (zie Figuur 4).

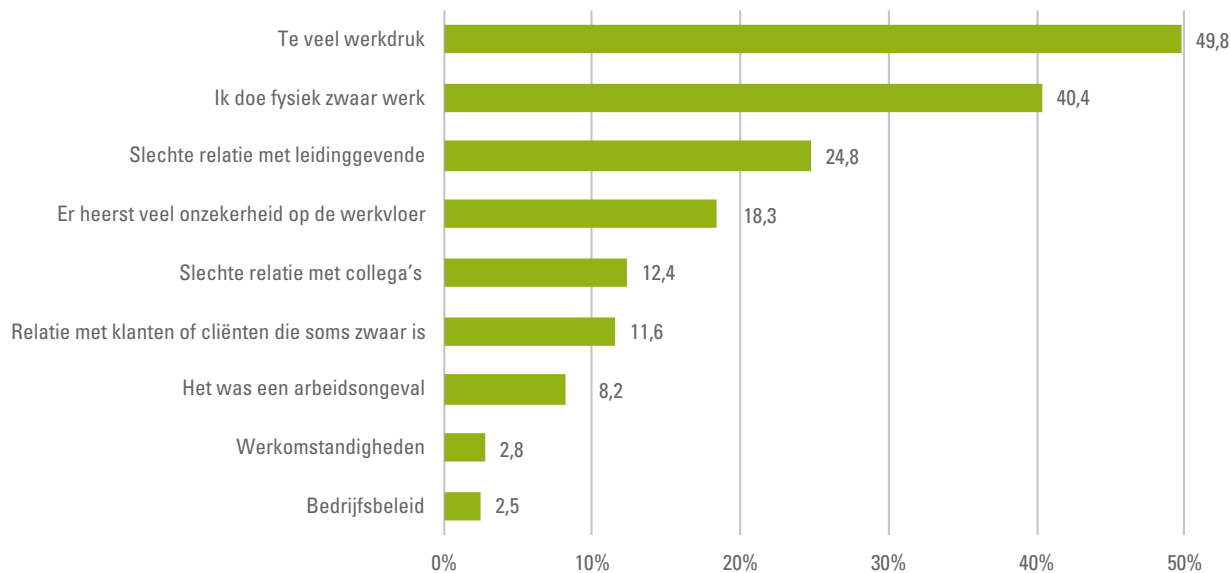
Wanneer respondenten aangaven dat hun werksituatie (mede) verantwoordelijk was voor hun arbeidsongeschiktheid, werd hen vervolgens gevraagd waarom hun werksituatie (mede) verantwoordelijk was voor hun arbeidsongeschiktheid.

Er zijn twee soorten factoren die verantwoordelijk zijn voor arbeidsongeschiktheid (zie Figuur 5).

Figuur 4: Verband tussen arbeidsongeschiktheid en werksituatie.



Figuur 5: Redenen voor arbeidsongeschiktheid indien deze verband houdt met de werksituatie. Antwoorden op de vraag "Kan u verklaren hoe uw specifieke werksituatie deels mee verantwoordelijk is voor uw arbeidsongeschiktheid?"



- Factoren die verband houden met de werkorganisatie en interpersoonlijke relaties:
 - 50% vermeldt een te hoge werkdruk, zoals te veel werk met te weinig mensen, steeds meer werk met minder mensen, te weinig personeel, lange werkdagen, veel verantwoordelijkheid of een taak alleen moeten uitvoeren die eigenlijk door meerdere mensen gedaan zou moeten worden;
 - 25% vermeldt een slechte relatie met de leidinggevende en zegt weinig advies te krijgen, weinig waardering, geen luisterend oor, onvoldoende advies/ondersteuning, geeft aan te weinig betrokken te zijn bij beslissingen, dat de interpretatie van het werk onduidelijk is, er geen directe leidinggevende is, enz.;
 - 12% maakt melding van een slechte relatie met collega's (waaronder pesterijen, verbaal geweld, collega's die geen initiatief nemen omwille van een te grote werkdruk, enz.);
 - 12% vermeldt ook relaties met cliënten, niet alleen omdat deze emotioneel zwaar zijn, maar soms ook wegens hun agressief gedrag;
 - 2,5% vermeldt problemen in verband met het bedrijfsbeleid⁵ (geen structuur, gebrek aan ondersteuning, voortdurend veranderende procedures, veel veranderingen, zeer beperkte middelen, onduidelijke taakverdeling, reorganisatie, besparingen, geen duidelijke visie/kader, chaotische organisatie, geen prioriteiten in de werking, onprofessionele aanpak, onbekwaam management, enz.).
- Factoren die verband houden met de fysieke gevolgen van de beroepsactiviteit:
 - 40% noemt lichamelijk zwaar werk (waaronder het steeds opnieuw doen van dezelfde handelingen);
 - 8,2% maakt melding van arbeidsongevallen;
 - 2,8% vermeldt arbeidsomstandigheden⁶ (ongeschikt bureau, stoel van slechte kwaliteit, open kantoor, werkschoenen van slechte kwaliteit, veel lawaai, luide muziek, gevaarlijke werkvloer, veel onregelmatige diensten, ploegendiensten, langdurige blootstelling aan chemische stoffen, verouderde apparatuur).

Bovendien zegt 18% dat het feit dat er veel onzekerheid is in hun werkomgeving ook een rol heeft gespeeld bij hun arbeidsongeschiktheid.

De respondenten, die ook nog andere redenen mochten vermelden, wezen ook op de druk die zij vaak ondervinden, het feit dat productiviteit en kwantiteit voorrang krijgen op kwaliteit en dat te veel taken snel in te korte tijd moeten worden

uitgevoerd, vaak met te veel werkuren. De arbeidsomstandigheden werden door sommige respondenten als onmenselijk omschreven en zij vragen de werkorganisatie te herdenken.

“Lopende herstructurering zorgt voor leegloop terwijl aantal projecten blijft toenemen.”

“Ik moest alleen doen wat normaal drie functies zouden doen.”

“De instelling kon zich haar ambities niet langer veroorloven als gevolg van de bezuinigingsmaatregelen van de regering, de verlaging van subsidies en de verscherpte controles, ... waardoor de werknemers onder druk komen te staan. Veel meer werk doen met veel minder middelen. Dit is onmenselijk.”

“Het is dringend het werk te herdenken, hoe de werkomstandigheden op een menselijke manier beheerd kunnen worden, de mens mag niet overgeleverd zijn aan het werk, de mens is geen machine ...”

De redenen van de arbeidsongeschiktheid in functie van de leeftijd

Het is interessant om te zien of deze redenen verschillen naar gelang de leeftijd, zoals blijkt uit figuur 6. Zo stellen we vast dat de fysieke gevolgen van de werkactiviteit vaker de oorzaak zijn van de arbeidsongeschiktheid bij de respondenten ouder dan 55 jaar (48% van hen vermeldt de fysieke moeilijkheid van het werk, terwijl dit het geval is voor slechts 38% van de respondenten jonger dan 35 en 31% van de respondenten tussen 35 en 44 jaar).

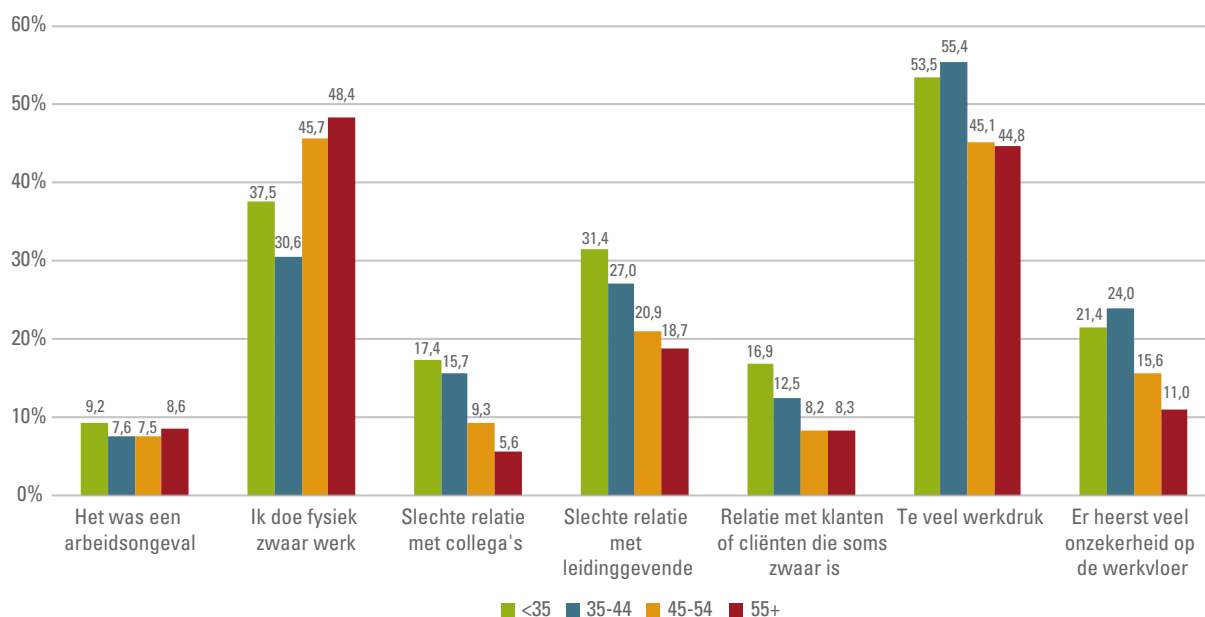
De gevolgen van de werkorganisatie en de interpersoonlijke relaties worden steeds minder genoemd naarmate de leeftijd toeneemt. Zo worden slechte relaties met de leidinggevende genoemd door 31% van de respondenten jonger dan 35, 27% van de 35-44-jarigen, 21% van de 45-54-jarigen en 19% van de 55-plussers. Het feit dat de manier van werken de laatste jaren enorm is veranderd en dat er steeds meer wordt gevraagd van jongeren die de arbeidsmarkt betreden (flexibiliteit, resultaatgericht werken, enz.) zou een verklaring kunnen zijn voor de frequentie waarmee zij deze factoren noemen.

5. Dit is een hercodering van de antwoorden gegeven door de respondenten in de categorie 'andere'. Dit thema was niet opgenomen in de voorstellen in de vragenlijst. Als dat wel het geval was geweest, zouden misschien meer respondenten het hebben gekozen.

6. Zie vorige voetnoot.

7. Deze citaten zijn (evenals in de rest van het artikel) overgenomen uit de vrije antwoorden op de vragenlijst.

Figuur 6: Redenen voor arbeidsongeschiktheid indien deze verband houdt met de werksituatie, volgens leeftijd



Bovendien verschillen het percentage respondenten dat de arbeidsongeschiktheid toeschrijft aan hun werksituatie en de redenen die zij opgeven voor hun arbeidsongeschiktheid ook naar gelang de aandoening waaraan de respondenten lijden, het soort werk en de functie die zij vervullen, hun mate van autonomie, hun relatie met de collega's en de leidinggevende en hun arbeidsduur. Dit komt aan bod in de volgende paragrafen van dit onderdeel.

De redenen van de arbeidsongeschiktheid in functie van de aard van de aandoening

Sommige aandoeningen houden meer verband met het werk of de werkomstandigheden dan andere. Dit wordt bevestigd

door het feit dat 89,9% van de respondenten die verklaarden een burn-out te hebben, van mening was dat hun werksituatie de oorzaak was van hun arbeidsongeschiktheid, zoals blijkt uit tabel 5. Dit geldt ook voor een meerderheid van de mensen die verklaren een psychische aandoening te hebben (68,8%). De respondenten die aangeven aan ziekten van het bewegingsstelsel of bindweefsel te lijden, schrijven hun arbeidsongeschiktheid eveneens hoofdzakelijk toe aan hun werksituatie (63,6%).

De meeste mensen die aan andere aandoeningen lijden, verklaren dat hun werksituatie niet de oorzaak is van de arbeidsongeschiktheid. Deze cijfers zijn bijzonder uitgesproken met 81% voor kankers en 60,6% voor neurologische en zintuiglijke aandoeningen.

Tabel 5: Verband tussen arbeidsongeschiktheid en werksituatie volgens de aandoening waaraan de respondenten lijden (meest genoemde aandoeningen)

Is uw specifieke werksituatie deels mee verantwoordelijk voor uw arbeidsongeschiktheid?	Ja	Neen	Onbekend
Psychische aandoening	68,8%	24,0%	7,1%
Burn-out	89,9%	5,8%	4,3%
Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	63,6%	28,5%	8,0%
Verstuikingen, breuken, letsels	39,9%	51,0%	9,1%
Kanker	13,9%	81,0%	5,1%
Hart- en vaatziekten	44,8%	47,4%	7,8%
Ziekte van het zenuwstelsel en de zintuigen	34,1%	60,6%	5,3%

Mensen met hart- en vaatziekten schrijven hun arbeidsongeschiktheid ook minder vaak toe aan hun werksituatie, net als mensen met verstuikingen, breuken en verwondingen, maar dit verschil is minder groot.

Om arbeidsongeschiktheid te voorkomen, kan dus worden ingegrepen voor ziekten en aandoeningen die rechtstreeks verband houden met de arbeidssituatie. Het is echter moeilijker op te treden tegen aandoeningen die daar niet mee te maken hebben, omdat we de oorzaken niet kennen.

Wanneer de arbeidsongeschiktheid verband houdt met de werksituatie, zijn de opgegeven redenen ook verschillend naar gelang het soort aandoening waaraan de patiënten lijden. Figuur 7 laat zien dat respondenten die in arbeidsongeschiktheid zijn als gevolg van een psychische aandoening of een burn-out, een hoge werkdruk als voornaamste reden aanvoeren (respectievelijk 62% en 73%). Daarna komen moeilijke relaties met de leidinggevende (respectievelijk 37% en 45%) en onzekerheid in de werkomgeving (30% en 33%). De laatste twee redenen worden door deze groep respondenten het vaakst genoemd.

Respondenten die lijden aan ziekten van het bewegingsstelsel of bindweefsel zijn degenen die het vaakst vermelden dat hun werk fysiek zwaar is (75%). Wanneer verstuikingen, breuken en verwondingen als oorzaak van de arbeidsongeschiktheid worden gezien, zijn zij het vaakst te wijten aan fysiek zwaar

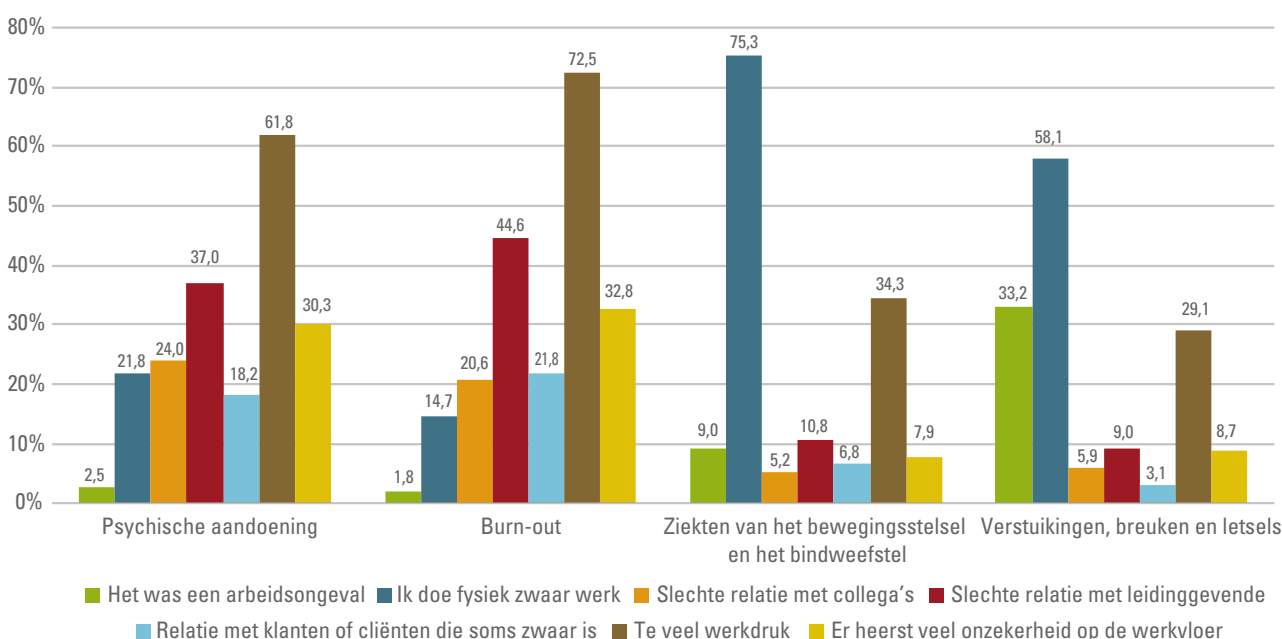
werk (58%) en aan arbeidsongevallen (33%). Bij al deze respondenten wordt een te hoge werkbelasting ook vaak genoemd als oorzaak van de arbeidsongeschiktheid.

De redenen van de arbeidsongeschiktheid in functie van het soort werk

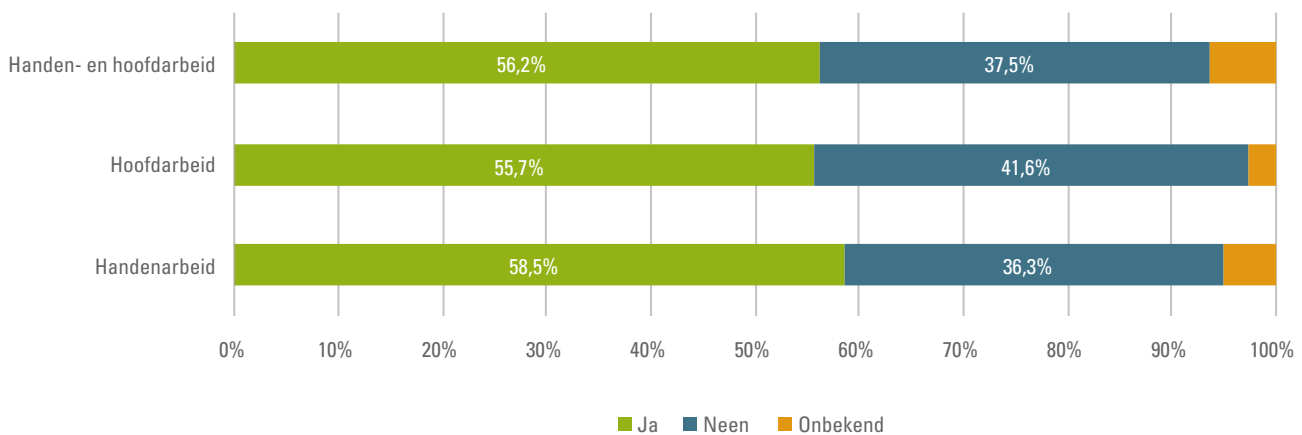
Tijdens de enquête werd de deelnemers gevraagd of ze in het werk dat zij vlak voor hun arbeidsongeschiktheid uitoefenden voornamelijk handarbeid of hoofdarbeid uitvoerden. Ter herinnering: op deze vraag antwoordde 49,5% dat ze in hun werk handarbeid uitvoerden, 36,4% hoofdarbeid en 10,8% beide. Met deze indicator kunnen we nagaan of meer mensen met handarbeid dan mensen met hoofdarbeid hun activiteit in verband brengen met hun arbeidsongeschiktheid, of vice versa.

Zoals figuur 8 laat zien, is het verband tussen arbeidsongeschiktheid en werksituatie relatief onafhankelijk van het soort werk dat de respondenten doen. 58,5% van de mensen die handarbeid uitvoerden, associëren hun arbeidsongeschiktheid met hun werksituatie, vergeleken met 55,7% die hoofdarbeid uitvoerden en 56,2% die beide soorten activiteiten verrichtten. Het verschil bedraagt slechts enkele punten, hetgeen aantoont dat het risico op arbeidsongeschiktheid even groot is naargelang het handarbeid of hoofdarbeid betreft.

Figuur 7: Redenen voor arbeidsongeschiktheid indien deze verband houdt met de werksituatie, volgens soort aandoening



Figuur 8: Verband tussen arbeidsongeschiktheid en werksituatie, volgens het soort werk. Antwoord op de vraag "Is uw werksituatie medeverantwoordelijk voor uw arbeidsongeschiktheid?"

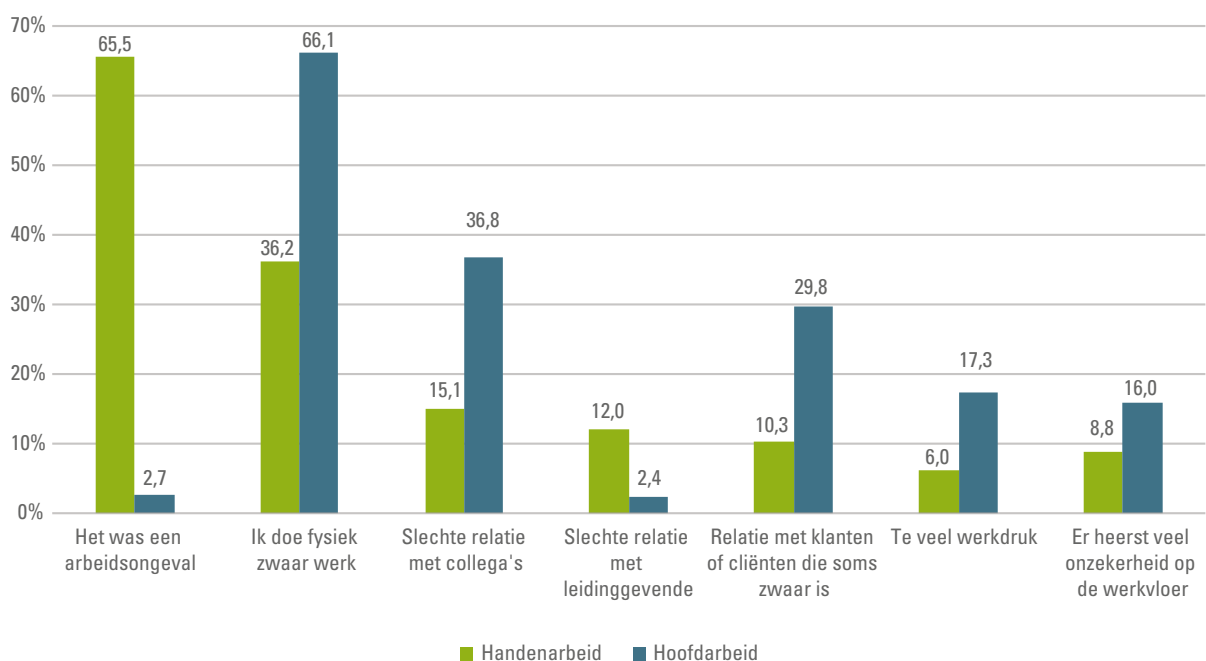


De redenen waarom de werksituatie de oorzaak is van arbeidsongeschiktheid verschillen echter naar gelang het soort werk. Zo noemen respondenten die voornamelijk handenarbeid uitvoerden vooral fysiek veeleisend werk (65,5%), een te hoge werklast (36,2%) en een slechte relatie met hun leidinggevende (15,1%), zoals te zien is in figuur 9. Werknemers die hoofdzakelijk hoofdarbeid uitvoerden, vermelden daarentegen vooral een te hoge werklast (66,1%), een slechte relatie met hun leidinggevende (36,8%) en onzekerheden in hun werkomgeving (29,8%).

Bij de respondenten die voornamelijk handenarbeid uitvoerden, stellen we ook meer arbeidsongevallen vast.

In het algemeen kan worden vastgesteld dat relationele factoren belangrijker zijn voor mensen die hoofdarbeid uitvoeren. Er is een verschil tot 20 procentpunten tussen respondenten die hoofdarbeid uitvoeren en deze die handenarbeid uitvoeren wanneer zij moeilijke relaties met hun leidinggevende, collega's of klanten aanvoeren als factoren die hun arbeidsongeschiktheid verklaren.

Figuur 9: Redenen voor arbeidsongeschiktheid indien deze verband houdt met de werksituatie, volgens het soort werk



De redenen van de arbeidsongeschiktheid in functie van de mate van autonomie

In de vragenlijst werd de respondenten ook gevraagd aan te geven wat de mate van autonomie was in hun werk voor hun arbeidsongeschiktheid. Door deze informatie te koppelen aan het toeschrijven van de arbeidsongeschiktheid aan de werksituatie, kunnen wij nagaan of autonomie een preventieve factor voor arbeidsongeschiktheid is. De hypothese die we maken, is dat de werksituatie minder vaak leidt tot een arbeidsongeschiktheid bij mensen met een hoge mate van autonomie.

Dit is ook wat wij vaststellen (zie Figuur 10). Van de respondenten die volledig konden beslissen hoe zij hun taken uitvoerden, schrijft 48% de arbeidsongeschiktheid toe aan de werksituatie, terwijl dit het geval is voor 61% van de respondenten die helemaal niet konden beslissen hoe zij hun taken uitvoerden. Hoe lager het niveau van autonomie, hoe meer mensen verklaren dat hun arbeidsongeschiktheid verband houdt met hun werksituatie. Omgekeerd zien we dat 33% van de mensen met een zeer laag niveau van autonomie hun arbeidsongeschiktheid niet toeschrijven aan hun werksituatie, terwijl dit het geval is voor 50% van de mensen met een hoog niveau van autonomie.

Verdergaand in de analyse kunnen we ook nagaan welke redenen het vaakst worden aangevoerd voor de arbeidsongeschiktheid - wanneer die verband houden met de werksituatie - naargelang het niveau van autonomie. Zoals figuur 11 illus-

treert, zien we dat hoe hoger het niveau van autonomie, hoe minder respondenten hun arbeidsongeschiktheid met een te hoge werkdruk associëren. Evenzo zien we dat moeilijke relaties met klanten en een slechte relatie met de leidinggevende vaker worden genoemd door respondenten met weinig autonomie en dat deze redenen steeds minder worden genoemd naarmate de autonomie toeneemt.

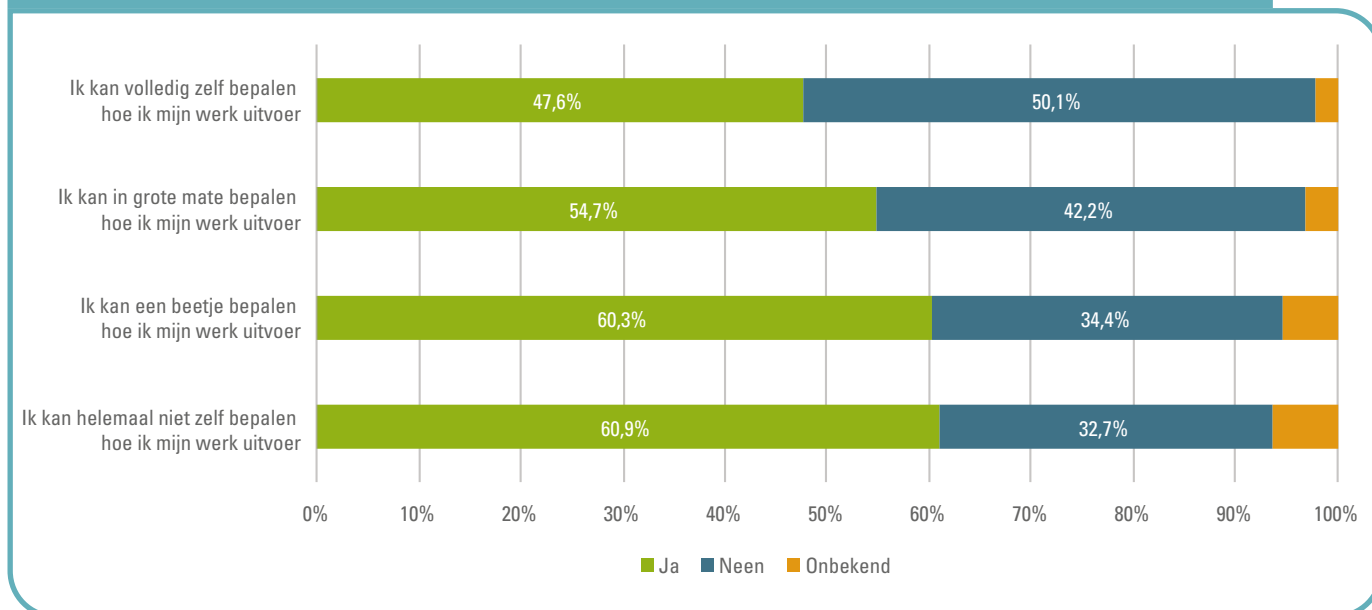
Het is echter belangrijk om een onderscheid te maken tussen autonomie en gebrek aan begeleiding. Veel respondenten wijten hun arbeidsongeschiktheid aan het gebrek aan steun, opleiding en begeleiding, zoals blijkt uit de volgende fragmenten.

Om zijn autonomie goed te kunnen gebruiken, is het nodig een duidelijk mandaat te hebben en zich niet alleen te voelen staan tegenover zijn verantwoordelijkheden.

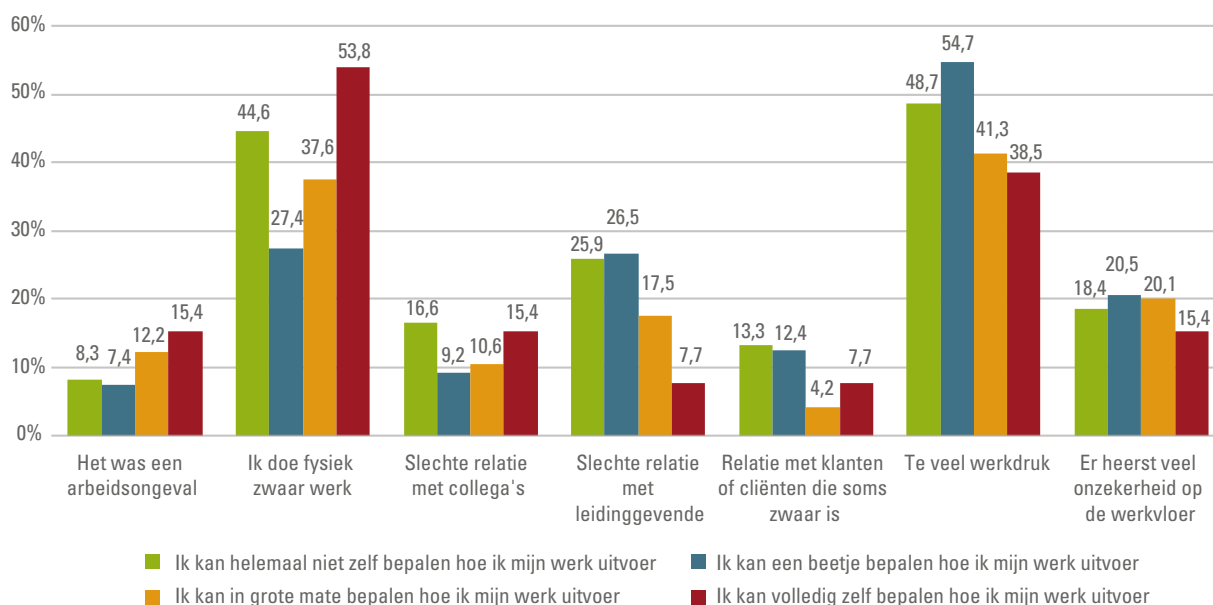
“Gebrek aan gepaste ondersteuning/opleiding. Ik was nog geen 2 jaar aan het werk sinds ik afgestudeerd was, maar was verantwoordelijk voor taken waar noch collega’s, noch mijn leidinggevende kennis over hadden. Ik had het gevoel er alleen voor te staan.”

“Slecht gedefinieerde functieomschrijving/verantwoordelijkheid als projectmanager die niet in de basisfunctieomschrijving staat/alleen gelaten met verantwoordelijkheden en beslissingen/voortdurend veranderende prioriteiten opgelegd door de directie.”

Figuur 10: Verband tussen arbeidsongeschiktheid en werksituatie, volgens de mate van autonomie in het werk. Antwoord op de vraag “Is uw werksituatie medeverantwoordelijk voor uw arbeidsongeschiktheid?”



Figuur 11: Redenen voor arbeidsongeschiktheid indien deze verband houdt met de werksituatie, volgens het niveau van autonomie



De redenen van arbeidsongeschiktheid in functie van de relatie met de leidinggevende en de collega's

In de vragenlijst werd de respondenten ook gevraagd naar de aard van hun relaties met hun collega's en leidinggevende vóór hun arbeidsongeschiktheid. Over het algemeen had een meerderheid van de respondenten goede relaties met de leidinggevende (60%) en de collega's (71%).

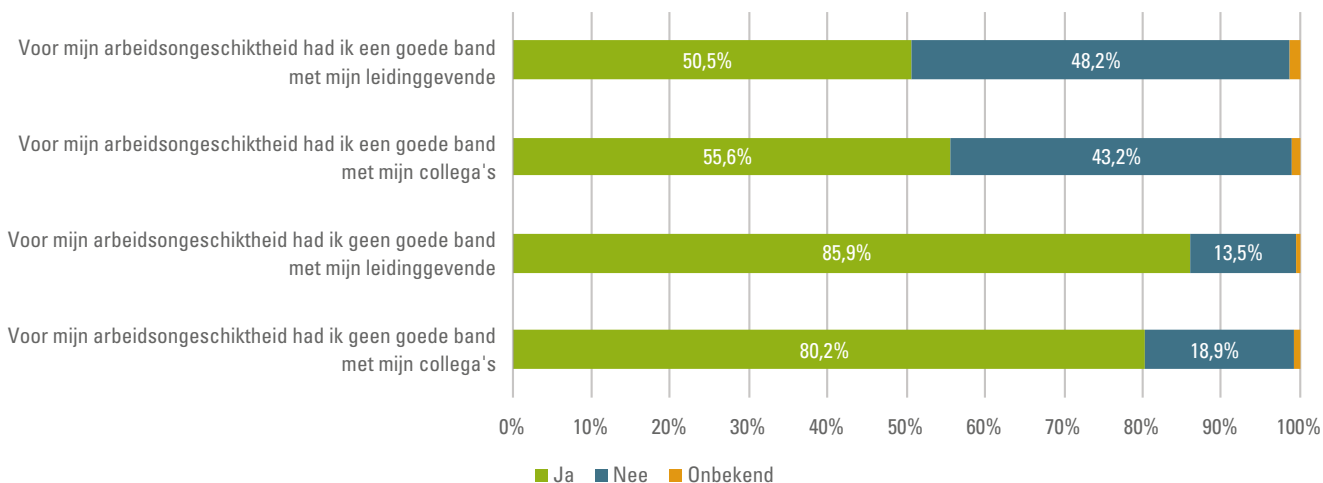
Bovendien stelden we vast dat wanneer de respondenten een goede relatie op het werk hebben, hun werksituatie hen veel minder vaak de oorzaak lijkt van hun arbeidsongeschiktheid. Zoals blijkt uit Figuur 12 schrijft 86% van de respondenten die een slechte relatie met de leidinggevende hebben, hun arbeidsongeschiktheid toe aan hun werksituatie, terwijl dit bij respondenten met een goede relatie met de leidinggevende slechts voor 51% het geval is. Eveneens schrijft 80% van de respondenten die een slechte relatie met de collega's hadden, hun arbeidsongeschiktheid toe aan hun werksituatie, terwijl dit slechts geldt voor 56% van de respondenten die een goede relatie met hun collega's hadden.

We kunnen besluiten dat goede interpersoonlijke relaties op het werk bijdraagt aan het verminderen van het risico van arbeidsongeschiktheid.

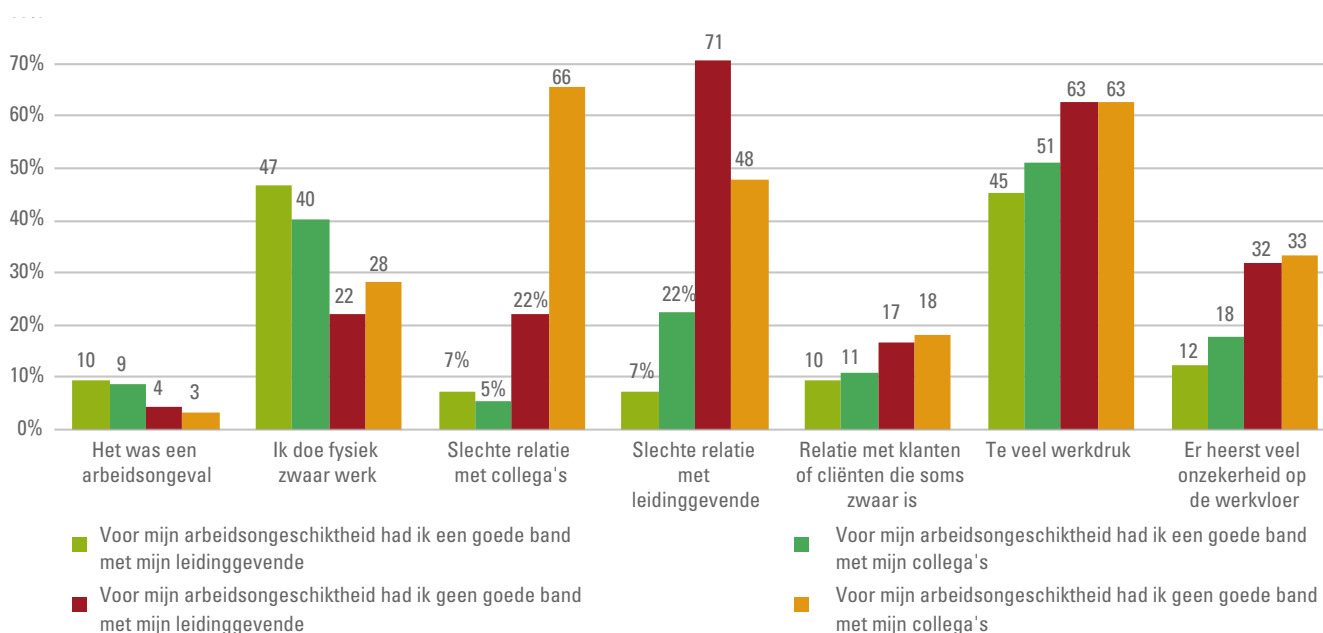
Bovendien stellen we vast dat de oorzaken van arbeidsongeschiktheid anders zijn wanneer de menselijke relaties op de werkplek beter zijn (zie Figuur 13). Alle risicofactoren die verband houden met de werkorganisatie en de interpersoonlijke relaties worden veel minder genoemd door respondenten die vóór hun arbeidsongeschiktheid goede relaties hadden. Daarentegen maken deze respondenten vaker melding van arbeidsongevallen en van het feit dat hun werk fysiek zwaar is. Bovendien worden, wanneer de relaties met de leidinggevende of de collega's vóór de arbeidsongeschiktheid slecht waren, diezelfde relaties zeer vaak genoemd als redenen voor de arbeidsongeschiktheid (dit is het geval voor 71% van de respondenten die slechte relaties hadden met hun leidinggevende en 66% die slechte relaties hadden met hun collega's).

Zoals uit de volgende citaten blijkt, zijn gebrek aan erkenning en steun van de hiërarchie, maar ook gebrek aan communicatie van de leidinggevend, inconsistentie in de manier waarop beslissingen worden genomen, gebrek aan duidelijkheid over de doelstellingen, niet-definitie van rollen en verantwoordelijkheden, factoren die van invloed zijn op het welzijn van de werknemer en een directe oorzaak kunnen zijn van arbeidsongeschiktheid.

Figuur 12: Verband tussen arbeidsongeschiktheid en de werksituatie, volgens de relatie met de manager en de collega's. Antwoord op de vraag "Is uw werksituatie medeverantwoordelijk voor uw arbeidsongeschiktheid?"



Figuur 13: Redenen voor arbeidsongeschiktheid indien deze verband houdt met de werksituatie, volgens de relatie met collega's en de leidinggevende



“Leidinggevende: slechte communicatie, geen opvolging, onverschilligheid en compleet gebrek aan betrokkenheid; geen appreciatie.”

“Geen belangstelling van de kant van sommige ‘leiders’ voor het verrichte werk of voor de ondervonden problemen.”

“Fysiek/psychologisch zwaar, weinig professionele erkenning en slecht teammanagement op menselijk vlak.”

“De bazen waren altijd aan het kijken wat ik aan het doen was. Mij vernederen in het bijzijn van klanten. De ene dag zeiden ze zwart, de volgende dag wit. Sommige werknemers worden bevoordeeld. Ik kreeg opmerkingen over onbelangrijke dingen. De sfeer was ongezond. Ik kon niet slapen en ik ging naar mijn werk met een knoop in mijn maag.”

De redenen van de arbeidsongeschiktheid in functie van het soort functie

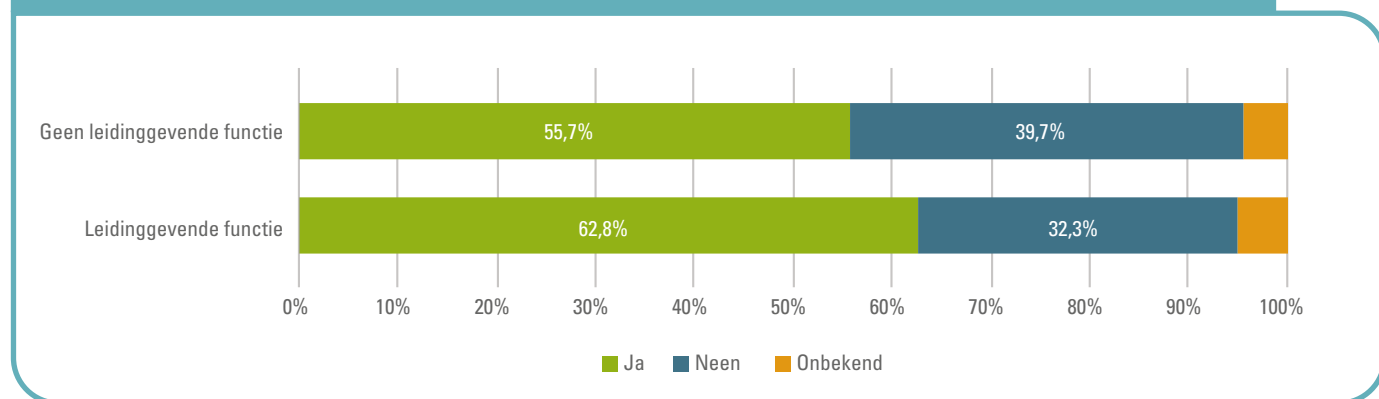
Tijdens de enquête werd de respondenten gevraagd of zij al dan niet een leidinggevende functie bekleedden (diensthoofd, bureauchef, ploegbaas, algemeen directeur, bedrijfsleider, enz.). Als we naar figuur 14 kijken, zien we dat mensen die een leidinggevende functie hadden, hun arbeidsongeschiktheid meer associëren met hun werksituatie dan degenen die niet zo'n functie hadden (62,9% tegenover 55,7%).

Wanneer deze mensen uitleggen waarom hun werksituatie verantwoordelijk is voor hun arbeidsongeschiktheid, stellen we bovendien vast dat deze verschilt naargelang de groep (zij die een leidinggevende functie bekleeden, zij die dat niet doen). Een te hoge werkdruk is de reden die door beide groepen het vaakst wordt genoemd, maar vaker door respondenten in leidinggevende functies (61,1% tegenover 47,5%) (zie Figuur 15). Ook kan onmiddellijk worden vastgesteld dat de enige factor die vaker werd genoemd door degenen die geen leidinggevende functie bekleedden het fysiek zwaar was (43,8% tegenover 25,9% van degenen met een leidinggevende functie).

De redenen van de arbeidsongeschiktheid in functie van de arbeidsduur

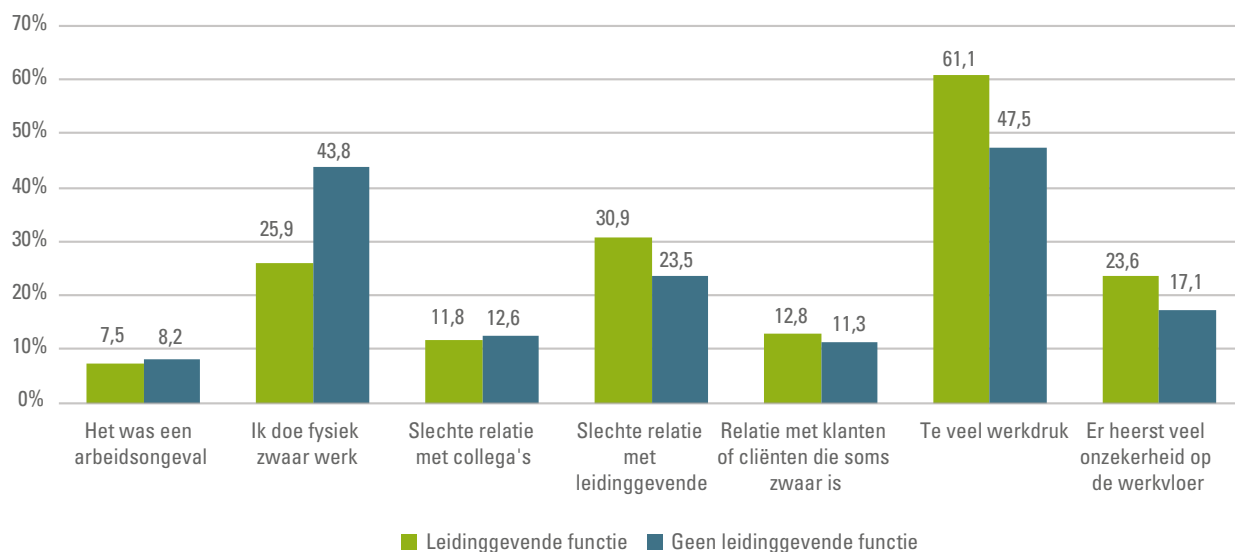
Ten slotte werd gekeken of de arbeidsduur van invloed is op de arbeidsongeschiktheid. Men kan zich voorstellen dat een vermindering van de arbeidsduur een factor is die het risico op arbeidsongeschiktheid doet verminderen. De situatie is echter iets complexer. Enerzijds stellen we inderdaad vast dat mensen die minder dan 20 uur per week werken minder risico lopen om in arbeidsongeschiktheid terecht te komen om redenen die rechtstreeks verband houden met hun werksituatie (48,1% associeert de arbeidsongeschiktheid niet met de werksituatie, waarmee zij de grootste groep vormen). Anderzijds zien we in figuur 16 ook dat evenveel mensen die deeltijds werken hun arbeidsongeschiktheid met hun werksituatie in verband brengen (60,5%) als mensen die voltijds werken (59,9%). De zwaarte van het werk zou hier een verklarende factor kunnen zijn. Sommige fysiek veeleisende beroepen laten niet toe om meer dan 36 uur per week te werken. Zo werken huishoudhulpverleners vaak deeltijds omdat het fysiek zeer moeilijk is om dit soort werk voltijds te doen. Maar dit type werk is fysiek veeleisend, zelfs op deeltijdse basis, wat het risico op arbeidsongeschiktheid verhoogt⁸.

Figuur 14: Verband tussen arbeidsongeschiktheid en werksituatie, volgens het soort functie. Antwoord op de vraag “Is uw werksituatie medeverantwoordelijk voor uw arbeidsongeschiktheid?”

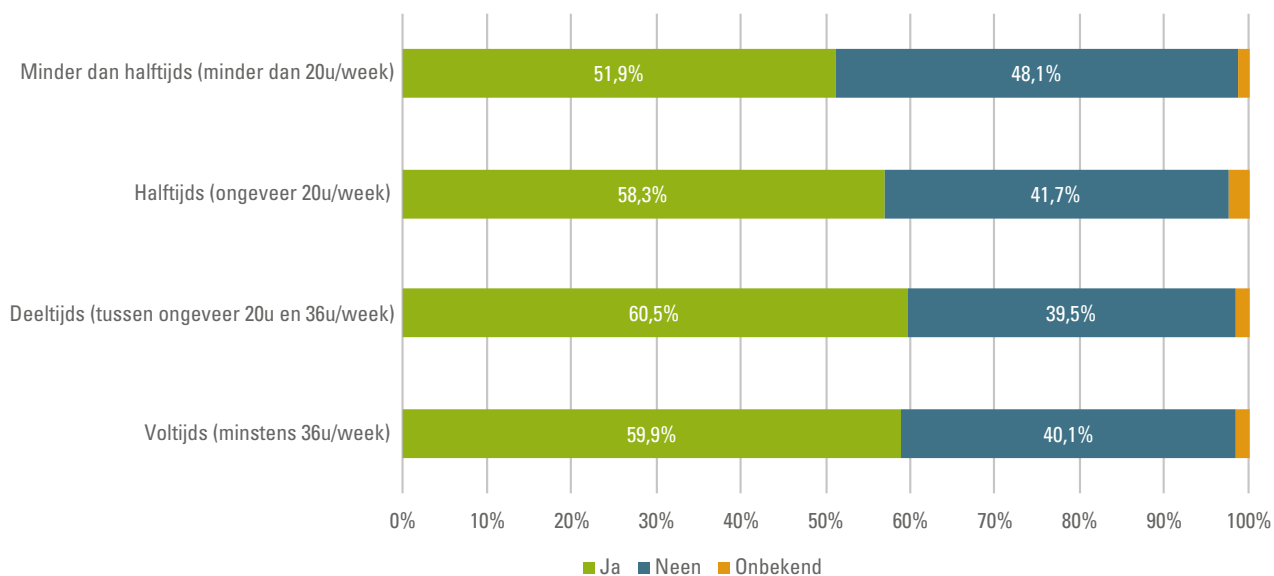


8. Uit een studie van het RIZIV en de Vrije Universiteit Brussel blijkt dat de tewerkstelling in dienstencheques een negatieve invloed heeft op de gezondheid van de huishoudhulpverleners, vooral door een verhoogd risico op spier- en skeletaandoeningen. De kans op arbeidsongeschiktheid (korte termijn) neemt toe met 85% en die op invaliditeit (lange termijn) met 260% gedurende de vijf jaar die volgen op hun toetreding tot het stelsel. De resultaten van deze studie zijn gepresenteerd tijdens een seminar in 2020 (<https://www.riziv.fgov.be/nl/agenda/Paginas/seminarie-effecten-tewerkstellingsubsidies-dienstenchequesector.aspx>).

Figuur 15: Redenen voor arbeidsongeschiktheid indien deze verband houdt met de werksituatie, volgens het soort functie



Figuur 16: Verband tussen arbeidsongeschiktheid en de werksituatie, volgens de arbeidsduur. Antwoord op de vraag "Is uw werksituatie medeverantwoordelijk voor uw arbeidsongeschiktheid?"



Om meer te weten te komen is het nodig de specifieke redenen die de respondenten voor arbeidsongeschiktheid opgeven, te analyseren naar gelang hun arbeidsduur. Uit figuur 17 blijkt dat een groter aandeel van de halftijds en deeltijds werkenden een fysiek zware job vermelden (respectievelijk 55% en 46%). Dit is dus in overeenstemming met de hypothese dat zowel deeltijdwerkers als voltijdwerkers hun arbeidsongeschiktheid associëren met hun werksituatie vanwege de fysieke belasting van het werk. Deeltijdwerk is dus niet voldoende om arbeidsongeschiktheid te vermijden in het geval van fysiek veeleisende beroepen. Daarom moeten ook de arbeidsomstandigheden worden aangepast.

Wij stellen ook vast dat hoe minder uren worden gewerkt, hoe minder de respondenten klagen over een hoge werkdruk. Het verschil is echter zeer klein tussen respondenten die voltijds werken (52%) en respondenten die tussen 20 en 36 uur per week werken (50%). Dit kleine verschil kan verband houden met het feit dat wanneer een werknemer op deeltijds werk overschakelt, de werkbelasting vaak niet evenredig met de werktijd afneemt.

Uit figuur 17 blijkt opnieuw dat hoe meer uren per werkt, hoe meer verklarende factoren inzake werkorganisatie en interpersoonlijke relaties door de respondenten worden genoemd.

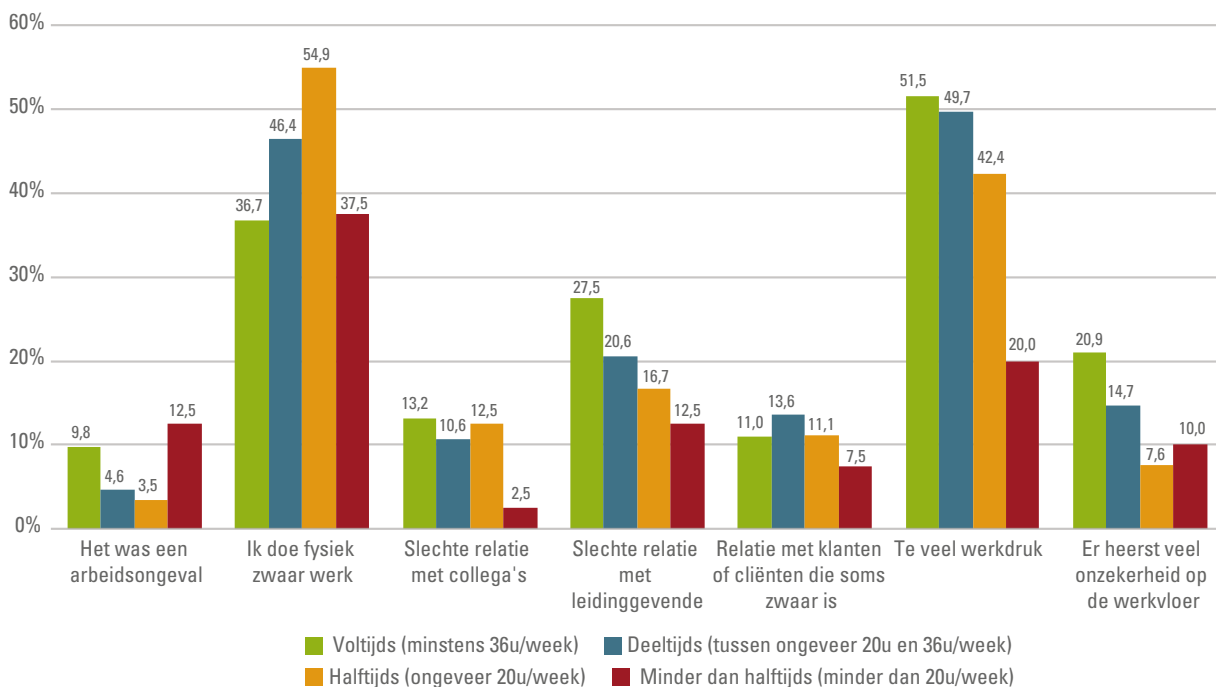
Zo zien we dat de slechte relatie met de leidinggevende door 27,5% van de voltijds werkende respondenten wordt genoemd, tegenover slechts 12,5% van de respondenten die minder dan halftijds werken.

4.1.3. Conclusie: de belangrijkste factoren in verband met arbeidsongeschiktheid

In de inleiding van dit onderdeel stelden wij de volgende vraag “Wat zijn de oorzaken van arbeidsongeschiktheid, of met andere woorden, wat moet er in termen van primaire preventie worden gedaan om arbeidsongeschiktheid te voorkomen?” Hoewel deze vraag niet rechtstreeks aan de respondenten werd gesteld, menen wij dat het mogelijk is enkele elementen van een antwoord af te leiden uit de vraag “Kan u verklaren hoe uw specifieke werksituatie deels mee verantwoordelijk is voor uw arbeidsongeschiktheid?”

We hebben in dit onderdeel gezien dat de belangrijkste aandoeningen die arbeidsongeschiktheid veroorzaken burn-outs en/of psychische aandoeningen (37% van de respondenten) en ziekten van het bewegingsstelsel of bindweefsel (32% van de respondenten) zijn. Volgens een grote meerderheid van de respondenten die aan dit soort aandoeningen lijden, is het werk de oorzaak van hun arbeidsongeschiktheid.

Figuur 17: Redenen voor arbeidsongeschiktheid indien deze verband houdt met de werksituatie, volgens de arbeidsduur



In het algemeen schrijven de respondenten hun arbeidsongeschiktheid toe aan hun werksituatie, hoofdzakelijk als gevolg van twee soorten factoren: factoren die verband houden met de werkorganisatie en de interpersoonlijke relaties (de factor die het vaakst wordt genoemd is een te hoge werkdruk) en factoren die verband houden met de fysieke gevolgen van de werkactiviteit (de factor die het vaakst wordt genoemd is fysiek zwaar werk).

We hebben ook vastgesteld dat het percentage respondenten dat de arbeidsongeschiktheid toeschrijft aan de werksituatie weinig verschilt naargelang het soort werk dat de respondenten doen. De redenen die voor de arbeidsongeschiktheid worden opgegeven daarentegen verschillen wel naargelang het soort werk (hoofdzakelijk handenarbeid of hoofdzakelijk hoofdarbeid). Factoren in verband met de werkorganisatie en interpersoonlijke relaties worden vaker genoemd als oorzaak van arbeidsongeschiktheid door werknemers die hoofdarbeid uitvoeren, terwijl werknemers die handenarbeid uitvoeren vaker fysieke factoren noemen.

Wij stellen ook een reeks factoren vast die als beschermende factoren voor arbeidsongeschiktheid fungeren. Dit is het geval voor de mate van autonomie, aangezien wij constateren dat hoe groter de autonomie is, hoe minder de werksituatie de bron van arbeidsongeschiktheid is. Ook wanneer de respondenten goede relaties hebben met hun collega's en hun leidinggevende, wordt arbeidsongeschiktheid minder vaak veroorzaakt door de werksituatie.

Zoals we zullen zien in de aanbevelingen aan het eind van dit artikel, moet daarom bijzondere aandacht worden besteed aan het welzijn op de werkplek, in de zin van zowel psychologisch als lichamelijk welzijn (aanbeveling 5.1). Hiertoe moeten de werkgevers ervoor zorgen dat hun preventiebeleid wordt versterkt en dat een goed evenwicht tussen werk en privé-leven mogelijk wordt gemaakt. Ook moet de mogelijkheid van tijdskrediet aan het einde van de loopbaan worden behouden om arbeidsongeschiktheid te voorkomen.

Gezien het aantal mensen dat met burn-outs te kampen heeft, moet ingezet op een geestelijke gezondheidszorg die inclusief is en beter toegankelijk voor werknemers. Tijdig psychologische hulp krijgen zou een preventief effect kunnen hebben voor een aanzienlijk deel van de mensen die momenteel arbeidsongeschikt zijn (aanbeveling 5.2.).

4.2. Tijdens de arbeidsongeschiktheid: secundaire preventie

De secundaire preventie omvat alle acties die kunnen bijdragen aan een goed herstel eens men ziek en arbeidsongeschikt geworden is. Dit omvat de hele periode van de arbeidsongeschiktheid zelf. Wat hebben personen nodig tijdens hun periode van arbeidsongeschiktheid? Wat helpt hen om zo goed mogelijk te herstellen en uit de arbeidsongeschiktheid te ra-

ken? Eens men de arbeidsongeschiktheid niet meer kon voorkomen (primaire preventie), wat kan men dan doen om zo goed mogelijk uit de arbeidsongeschiktheid te komen (secundaire preventie)?

Op het einde van de vragenlijst werd aan de respondenten gevraagd om aanbevelingen te formuleren, op basis van hun eigen ervaringen. De analyse van deze volledig open vraag leverde heel wat informatie op over de noden van personen in arbeidsongeschiktheid en over de aanbevelingen om aan deze noden tegemoet te komen. Dit is gebaseerd zowel op positieve ervaringen (die aantonen hoe het invullen van de nood hen geholpen heeft), als op negatieve ervaringen (die aantonen hoe het verkeerd is gelopen door het niet invullen van de nood van de persoon). De aanbevelingen geven inzicht in wat personen in arbeidsongeschiktheid zelf kunnen doen, maar even goed wat de werkgever, de mutualiteit en de overheid kan doen. Wat volgt is dus een beschrijving van de noden van de personen, zoals zij ze hebben weergegeven, en houdt geen beoordeling in van hoe bepaalde zaken momenteel lopen.

Daar waar het relevant is, werden de resultaten uit de open vraag aangevuld met resultaten uit andere vragen in de vragenlijst. Deze resultaten geven dan wel een beoordeling van hoe de respondenten vinden dat bepaalde zaken lopen.

[4.2.1. Wat kan de persoon in arbeidsongeschiktheid zelf doen?](#)

De tijd nemen om volledig te herstellen

Respondenten benadrukten hoe belangrijk het is dat tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid de gezondheid op de eerste plaats komt. Ze vonden het belangrijk om de tijd te nemen die nodig was om (volledig) te herstellen. Om dit te bereiken was het soms nodig om aan zichzelf te werken, afhankelijk van de aandoening die tot arbeidsongeschiktheid heeft geleid. Psychologische hulp heeft veel respondenten geholpen in hun herstel. Maar ook loopbaanbegeleiding was hulpvol naar herstel toe (en niet enkel voor werkhervatting). Loopbaanbegeleiding hielp door het verwerven van nieuwe inzichten, het inzien van struikelblokken, het herontdekken van zijn talenten en mogelijke alternatieven. Men leerde zijn mogelijkheden en beperkingen kennen en men leerde ook zichzelf als persoon beter kennen. Soms was aanvaarding van de ziekte en leren leven met de beperkingen die deze met zich meebrengt, een noodzakelijke stap naar herstel toe.

Zorgen voor activiteiten en sociaal contact

Respondenten gaven als advies dat arbeidsongeschikt zijn omwille van ziekte, niet gelijk mag staan aan een hele dag niets doen. Ze raadden aan om een activiteit of een hobby te zoeken tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid omdat dit kan helpen bij het herstel. Om iets te doen dat men graag doet, dat afleiding biedt en een goed gevoel geeft. Ook naar buiten gaan bijvoorbeeld om te wandelen, kan hulpvol zijn. Het

is belangrijk om te zorgen voor structuur in de dag, hoe moeilijk dat soms ook is.

In de periode van arbeidsongeschiktheid valt heel wat (dagelijks) sociaal contact weg (met collega's, klanten, enz.). Respondenten gaven aan dat het in deze periode belangrijk is om sociaal contact te blijven hebben, om mensen te blijven zien. Men moet absoluut vermijden om hele dagen alleen thuis te zijn. Hulp en ondersteuning zoeken bij anderen kan bijdragen aan het herstel. Iemand die naar je luistert, die je begrijpt, die je helpt en ondersteunt. Dit kunnen familieleden, vrienden, burens, een goede collega, je leidinggevende, enz. zijn. Wat contact met het werk betreft, moet men zelf aanvoelen wat men nodig heeft om te herstellen. Voor sommige mensen is dit contact onderhouden met het werk, terwijl voor anderen net afstand nemen van het werk nodig is.

Voor sommige respondenten heeft vrijwilligerswerk geholpen. Men voelde zich hierdoor waardevol en nuttig en het was een manier om onder de mensen te komen. Vrijwilligerswerk was zowel belangrijk in het herstelproces van respondenten die achteraf het werk hervatten, maar evengoed bij respondenten die niet meer in staat waren het werk te hervatten. Via vrijwilligerswerk konden zij een nieuwe nuttige invulling aan hun dagen geven.

"Gezond worden is het eerste wat je moet doen."

"Vrijwilligerswerk geeft terug ritme in het leven en sociale contacten, je kan je nuttig maken. Het is een laagdrempelige opstap, op je eigen ritme terug van start gaan."

"Zoek een hobby om de tijd wat in te vullen!"

4.2.2. Wat kan er op het werk gedaan worden?

Begrip en ondersteuning bieden

Uit de getuigenissen van respondenten bleek dat de collega's en de leidinggevende een steun kunnen zijn voor een persoon in arbeidsongeschiktheid als ze luisteren en begripvol zijn. Het is belangrijk dat de focus van het contact ligt op een oprechte bezorgdheid over de gezondheid en het herstel van de persoon in arbeidsongeschiktheid. Dit neemt de druk weg van de persoon in arbeidsongeschiktheid om snel weer aan het werk te 'moeten'. Het is te vermijden om enkel contact te nemen over werkgerelateerde vragen of over de werkhervatting. Dit legt enkel druk op, wat het genezingsproces niet ten goede komt. Wat een persoon in arbeidsongeschiktheid kan helpen, is duidelijk laten voelen dat men bezorgd is en dat men hoopt dat de werknemer goed herstelt.

Het is voor het werk belangrijk te beseffen dat het ook mogelijk is dat de zieke even geen contact met het werk wil. Dat moet ook gerespecteerd worden. Voor sommige personen in arbeidsongeschiktheid was afstand nemen van het werk een noodzakelijke stap naar herstel. Hier moeten collega's en de leidinggevende begrip en respect voor kunnen opbrengen, zonder de zieke te blijven lastigvallen.

De persoon in arbeidsongeschiktheid de tijd geven om te herstellen

Specifiek wat de leidinggevende en/of de werkgever betreft, is het belangrijk om de persoon in arbeidsongeschiktheid voldoende tijd te geven om te herstellen. Druk uitoefenen om weer aan het werk te gaan, heeft het tegenovergestelde effect. Dit geeft stress wat niet bevorderlijk is voor het herstel.

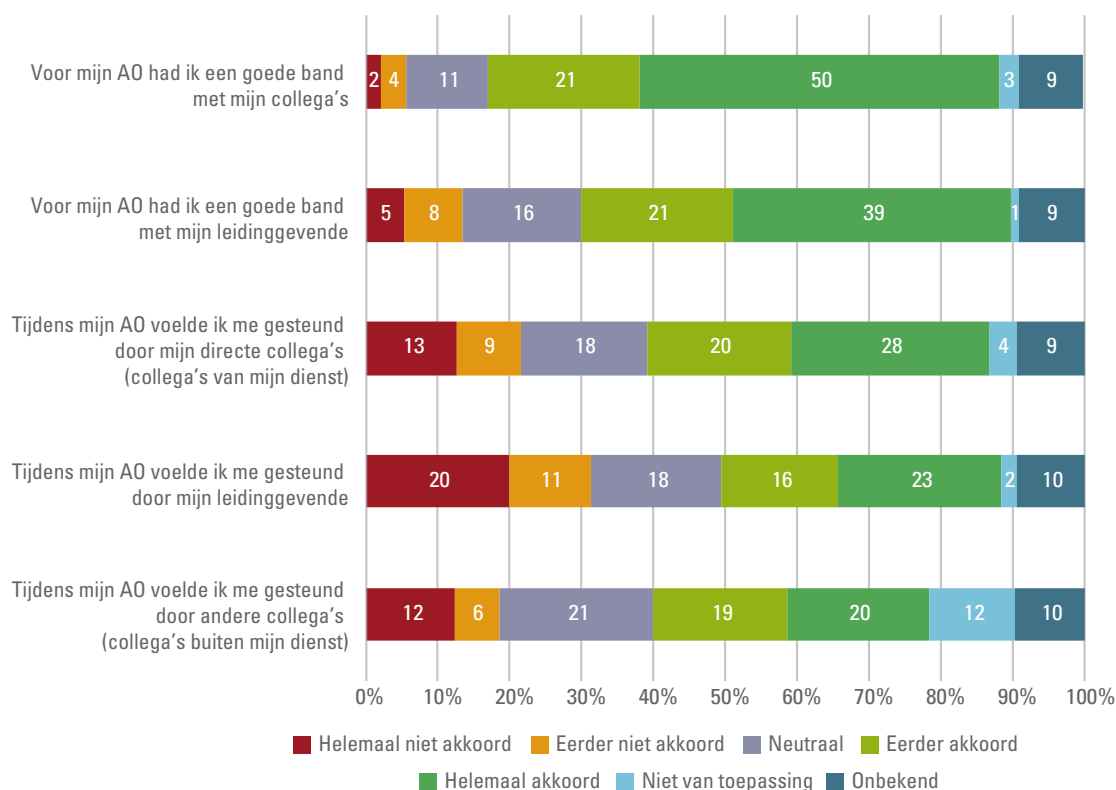
"Het feit dat mijn werk zeer veel begrip toonde en niet moeilijk deed, was voor mij de beste invulling. Er was geen druk van buitenaf, dus kan ik er de tijd voor nemen om weer voltijds aan de slag te gaan."

"Steunen en niet altijd zeggen dat ge terug moet komen, (dat) werkt tegen."

"Mijn collega's hebben mijn stoel en bureau gedurende de volledige periode van arbeidsongeschiktheid 'vrij' gehouden. Dit gaf me zeker het gevoel dat het zin had om te vechten omdat ik me ooit weer welkom zou voelen op mijn job."

Figuur 18 toont dat de meerderheid van de respondenten voor hun arbeidsongeschiktheid een goede band had met hun collega's (71% eerder of helemaal akkoord) en met hun leidinggevende (60% eerder of helemaal akkoord). Die goede band met collega's en leidinggevende wordt echter niet automatisch omgezet naar ervaren steun tijdens de arbeidsongeschiktheid. Ongeveer de helft (48%) voelde zich tijdens de arbeidsongeschiktheid gesteund door zijn directe collega's (binnen de dienst). 21% voelde zich niet gesteund door hen en 18% geeft een neutraal antwoord. 39% voelde zich gesteund door hun leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid, wat voor 31% niet het geval is en 18% staat hier neutraal tegenover.

Figuur 18: Ervaren steun van collega's en leidinggevende tijdens periode van arbeidsongeschiktheid



4.2.3. Wat kan de mutualiteit doen?

Informer en hulp aanbieden bij het in orde maken van de administratie arbeidsongeschiktheid

Iemand die arbeidsongeschikt wordt wegens ziekte of ongeval, heeft recht op een uitkering arbeidsongeschiktheid. Om deze uitkering aan te vragen, zijn er een aantal administratieve procedures die gevolgd moeten worden. Er is nood aan informatie over wat men wanneer en hoe moet doen om administratief in orde te zijn. Respondenten vinden het belangrijk om deze informatie op het juiste moment te krijgen, dus voor hen is deze informatie bij voorkeur proactief. Naast informatie uitte men ook nood aan hulp om deze administratie in orde te maken. In het begin van de arbeidsongeschiktheid moeten er namelijk veel administratieve formaliteiten gerespecteerd worden om de uitkering in orde te brengen. Net op dat moment voelde een heel aantal mensen zich hier fysiek of mentaal niet toe in staat. Dit vraagt immers veel energie, die op dat moment ontbreekt. Omdat men zich bijvoorbeeld amper kan concentreren wegens een burn-out, omdat men zich helemaal niet goed voelt wegens een depressie of omdat men veel pijn heeft. Hulp om de administratie in orde te maken, is dan meer dan welkom. Ook omdat de administratie complex is, heeft men hulp nodig. Sommige respondenten gaven aan dat ze niet in staat zouden zijn geweest om dit te doen zonder hulp.

“Hulp bij de administratieve rompslomp. Ik vond het bijzonder stresserend en moeilijk om met een burn-out zelf initiatief te nemen om alle bewijzen en doktersbriefjes etc. op het juiste moment op de juiste plaats te krijgen.”

“Misschien een persoonlijke begeleiding.”

“Mensen beter informeren. Voor een grote groep mensen is arbeidsongeschiktheid gelukkig iets waar ze helemaal geen ervaring mee hebben. Een duidelijk overzicht van wat er vanaf stap één moet gebeuren, op tijd bezorgen, is nodig.”

Informer met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid

Respondenten hadden de ervaring dat er vooral gecommuniceerd werd over hun plichten tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid om een uitkering te kunnen ontvangen. Wat ze echter aanbevelen is ook informatie te geven over welke rechten en mogelijkheden ze hebben tijdens hun arbeidsongeschiktheid. Men wil graag weten op welke zaken men recht heeft om het (financiële) leven gemakkelijker te maken, of toch minder moeilijk. En hoe men dit kan aanvragen of bekomen.

Niet enkel focussen op de werkhervatting, maar in eerste instantie focus op het herstel

Respondenten betreurden dat in de communicatie die ze ontvingen, het aspect van gezondheid en herstel niet altijd aan bod kwam. Ze vonden dat het heel snel ging over werkhervatting. Respondenten gaven aan het te appreciëren indien in de communicatie aan een persoon in arbeidsongeschiktheid eerst wordt gevraagd hoe het gaat en hem een goed herstel wordt toegewenst. En pas daarna over te gaan tot de werkhervatting.

“In eerste instantie heb ik van CM nooit de vraag gekregen hoe het met mij gesteld is en of veel beterschap toegewenst, integendeel kreeg ik gehospitaliseerd de vraag naar hoe en wanneer ik terug aan het werk kan.”

De administratie arbeidsongeschiktheid optimaliseren

Er is nood aan het optimaliseren van de administratie die nodig is om de arbeidsongeschiktheid in orde te maken en te houden. De respondenten gaven aan in welke richting ze dit graag zien evolueren en waarom:

- **Vereenvoudig:** de respondenten vinden het administratieve proces nu te complex en vinden dat dit veel eenvoudiger zou moeten.
- **Verminder het papierwerk:** er moeten te veel papieren ingevuld worden om de arbeidsongeschiktheid in orde te maken en om deze in orde te houden. Respondenten vragen om de hoeveelheid papieren die ingevuld moeten worden te verminderen.
- **In eenvoudige en duidelijke taal:** de taal waarin de brieven opgesteld zijn, vinden respondenten nogal moeilijk en administratief. Hierdoor is de communicatie niet altijd gemakkelijk te begrijpen en is het niet altijd duidelijk wat gedaan moet worden. De brieven in eenvoudige en duidelijke taal opstellen zou zeker helpen.
- **Digitaliseer:** voor veel respondenten zou het digitaliseren van het administratief traject een grote verbetering betekenen. Ze stelden zich de vraag of het mogelijk zou zijn om de administratie via online kanalen te regelen (vb: via e-mail in plaats van per brief, een online tool waar alles online ingegeven kan worden). Dit zou vermijden dat personen in arbeidsongeschiktheid zich moeten verplaatsen van de ene naar de andere partij om alle papieren in orde te laten maken. Nu moet men met de papieren van de arts naar de werkgever en dan weer naar de mutualiteit vooraleer alles in orde is. Soms is men omwille van de ziekte (even) niet mobiel en is het niet eenvoudig om deze verplaatsingen te maken. Of men is nog gehospitaliseerd.

Respondenten gaven aan dat de post ook niet altijd even betrouwbaar is en dat dit lang duurt.

- **Meer rechtstreekse administratie tussen arts, werkgever en mutualiteit:** de persoon in arbeidsongeschiktheid moet momenteel zelf alle administratie regelen met de verschillende partijen. Respondenten gaven de aanbeveling dat de betrokken partijen de administratie onder elkaar zouden regelen zodat de zieke dit niet allemaal zelf moet doen. Het zou een mogelijkheid kunnen zijn dat de arts het document ‘vertrouwelijk’ rechtstreeks naar de mutualiteit stuurt om de arbeidsongeschiktheid aan te geven. Een bijkomende mogelijkheid zou zijn dat de mutualiteit vervolgens de administratie rechtstreeks afhandelt met de werkgever van de zieke.
- **Timings herbekijken:** voor sommige respondenten was de timing om de papieren in orde te maken veel te kort. Men heeft niet genoeg tijd om alle nodige papieren door de verschillende partijen te laten invullen en dit alles op tijd binnen te brengen bij de mutualiteit. Dit geeft veel stress en spanning tijdens een al moeilijke periode op vlak van hun gezondheid.

“Te veel papierwerk ...”

“De administratieve communicatie vanuit CM was extreem complex, en onduidelijk geschreven.”

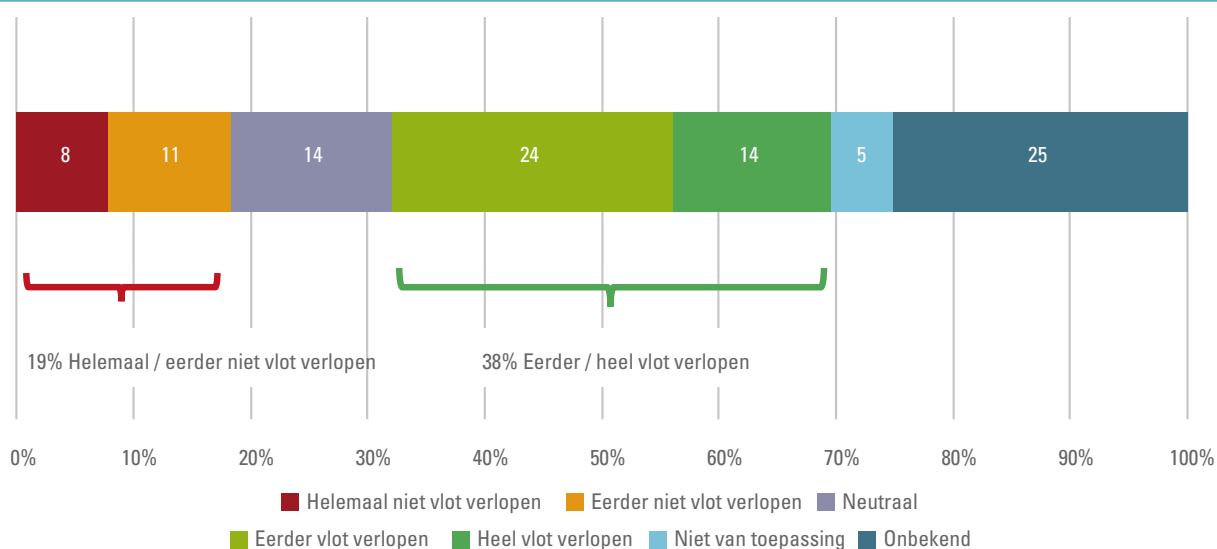
“De stress van tijdig de nodige documenten in orde te maken was niet zo vanzelfsprekend in het begin van mijn ziekte.”

“Om documenten per e-mail te kunnen verzenden ... Het is niet altijd gemakkelijk om zich te verplaatsen en we zijn afhankelijk van de agenda van onze familieleden.”

“Waarom zich niet rechtstreeks tot de werkgever richten in plaats van ons de documenten te sturen die wij naar de werkgever moeten sturen, die ze dan naar ons terugstuurt om ze naar u terug te sturen ... pfoe ...”

Aan de respondenten werd gevraagd hoe zij het administratief traject om hun arbeidsongeschiktheid en werkhervatting in orde te maken ervaren hebben (zie Figuur 19). Een aanzienlijk deel van de respondenten (38%) vond dat dit eerder vlot tot heel vlot verlopen was. 14% stond hier neutraal tegenover. Maar bijna één op vijf (18%) vond dat het administratief traject niet vlot verlopen was (helemaal niet en eerder niet samen genomen). Tot slot heeft één of vier (25%) niet geantwoord op deze vraag.

Figuur 19: Beoordeling administratief traject arbeidsongeschiktheid en werkhervatting



Nood aan een adviserend arts als begeleider

De getuigenissen van de respondenten leerden ons ook wat hun noden zijn ten aanzien van de adviserend arts. Dit is zowel gebaseerd op positieve getuigenissen – die aantonen waarom het zo belangrijk is dat de nood vervuld wordt – als op negatieve getuigenissen – die aantonen wat de gevolgen zijn als deze nood niet vervuld wordt. Sommige respondenten gaven bijvoorbeeld aan hoe goed ze zich voelden bij de adviserend arts omdat die echt naar hen luisterde. Andere respondenten gaven aan dat het voor hen moeilijk was omdat ze niet het gevoel hadden dat de adviserend arts naar hen luisterde. Hieruit blijkt dat er nood is aan een luisterend oor. Dit betekent niet dat de adviserend artsen niet of niet goed luisteren, maar dit betekent dat de nood bestaat. De doelstelling van de studie was niet de adviserend artsen te evalueren, maar om inzicht te krijgen in de noden van de respondent in hun contact met de adviserend arts.

Personen in arbeidsongeschiktheid gaven aan nood te hebben aan een adviserend arts als begeleider zodat de volgende noden vervuld kunnen worden.

- **Nood aan een luisterend oor:** er is nood aan een adviserend arts die luistert naar hun verhaal en naar de beleving van hun ziekte. Respondenten gaven aan zich in de eerste plaats gehoord te willen voelen.
- **Nood aan empathie, begrip en geruststelling:** daarnaast uitte respondenten de behoefte om zich begrepen te voelen. Ze haalden het belang aan van een adviserend arts die zich in hun situatie kan inleven. Naar de adviserend arts gaan, bracht voor sommigen stress met zich mee omwille van een

angst dat men geadviseerd zou worden om weer aan het werk te moeten gaan terwijl men zich daar zelf nog niet klaar voor voelt. Men zocht daarom ook de geruststelling dat men de nodige tijd mag nemen om eerst te herstellen.

- **Meer tijd uittrekken:** respondenten willen dat de adviserend arts de nodige tijd krijgt om de persoon in arbeidsongeschiktheid en zijn of haar specifieke situatie beter te leren kennen. Om een beslissing te kunnen nemen met grote gevolgen voor het individu, is er meer tijd nodig.
- **Rekening houden met alle beschikbare elementen in het dossier:** respondenten willen dat de adviserend arts luistert naar hun verhaal, rekening houdt met de adviezen van de behandelend arts en met alle andere elementen uit hun dossier.
- **Eerst rol in herstel, daarna in werkhervatting:** respondenten verwachten van de adviserend arts niet enkel begeleiding bij de werkhervatting, maar ook bij herstel. Men wil ook advies en tips krijgen over hoe men zo goed mogelijk kan herstellen.
- **Nood aan ondersteuning en begeleiding:** respondenten hebben nood aan een adviserend arts die hen hulp, advies, tips, ondersteuning en begeleiding geeft. Dit zowel op hun weg naar herstel als daarna in de weg naar werkhervatting. Wat kan men doen om te genezen? Wat zijn de mogelijkheden om weer aan het werk te gaan? Hoe pakt men dit het best aan?
- **Vooraf het gesprek met de adviserend arts kaderen om correcte verwachtingen te creëren.** Sommige respondenten gaven aan dat ze voor hun eerste gesprek met de adviserend arts veel stress hadden. Ofwel was voor hen de rol van de adviserend arts onduidelijk en wist men niet wat men kon

verwachten van het gesprek. Ofwel leefde de perceptie dat dit gesprek louter ter controle is, eerder dan het te zien als hulp en ondersteuning. Daarom was er bij een aantal mensen angst en onzekerheid in aanloop van dit gesprek. Achteraf viel dit gesprek dan soms heel goed mee. Sommige respondenten gaven aan dat een duidelijkere omschrijving van de rol van de adviserend arts voor dit gesprek ook zou leiden tot correctere verwachtingen. Enerzijds zijn mensen bang van de adviserend arts (perceptie van controle), maar anderzijds zouden ze graag hulp en begeleiding krijgen (nood aan ondersteuning en begeleiding). Omdat ze bang zijn kunnen sommige personen in arbeidsongeschiktheid de mogelijke rol van de adviserend arts niet optimaal benutten.

“Ik ondervond zelf veel steun en advies van de adviserend geneesheer. Echter denk ik wel dat veel mensen zich niet goed durven open stellen naar hen toe.”

“Momenten dat ik werd opgeroepen om tot bij CM te komen, gaven me veel stress; maar ik heb dit steeds als zeer erkennend en waardevol ervaren. Vooral mijn idee over wat dit misschien ging betekenen, bezorgde me stress. Misschien kan dit nog duidelijker worden vermeld.”

“Ik voelde me door de adviserende arts bij mijn laatste consultatie gerespecteerd en gesteund in mijn keuze om geleidelijk het werk te hervatten. In de situatie waarin ik zat, was het begrip dat ik mocht ervaren van de adviserende arts wel essentieel om zelf in te zien dat ik goed bezig was/ben en dat mijn beslissing mijn herstel ten goede zal komen.”

“Begrip van adviserend arts van ziekenfonds. Ik heb het gevoel gehad dat hij mij nooit geloofde, hij gaf mij het gevoel dat ik profiteerde en dat ik onterecht een lange periode arbeidsongeschikt was. Hier heb ik het emotioneel heel moeilijk mee gehad.”

“De adviserende geneesheren mogen wel eens eerder de moeite doen om eens te luisteren naar de klachten dan alleen maar naar papieren te kijken. Ik heb de kans niet eens gekregen om mijn problemen uit te leggen.”

“Een echt luisterend oor van de adviserend arts. Geen beslissing na een paar minuten.”

“Ik werd na 1 jaar arbeidsongeschiktheid door de adviserende arts van de mutualiteit eraf gegooid. Ik ben daardoor opnieuw gecrasht. Ik was nog niet klaar om opnieuw te gaan solliciteren maar daar had de adviserend arts geen oren naar. Een burn-out en psychische problemen kun je nu eenmaal niet uitwendig zien aan iemand. Ik ben nog steeds verbitterd van wat er toen gebeurd is. Hoe kan iemand die je 10 minuten ziet en je niet laat uitspreken oordelen of je al dan niet opnieuw kunt gaan werken?”

4.2.4. ...Wat kan de samenleving doen?

Begrip en erkenning voor (langdurig) zieken

Respondenten gaven aan hoe belangrijk het is dat er geen negatief stigma op (langdurig) ziek zijn, kleeft. Men kiest er immers niet voor om ziek te zijn. Men is niet voor zijn plezier ziek thuis.

“Het feit dat er regelmatig in de media gecommuniceerd wordt over de problematische hoeveelheid langdurig zieken en dat langdurige zieken terug aan het werk moeten want dat het voor de maatschappij allemaal niet meer betaalbaar is, helpt ook niet. Het is m.i. echt belangrijk dat een (echte) zieke het gevoel krijgt dat hij/zij mag herstellen/de kans krijgt om te herstellen/de tijd krijgt om te herstellen. Nu krijg ik vaak het gevoel dat ik eigenlijk niet mag herstellen, dat ik vooral zo snel mogelijk terug aan de slag moet (want ik ben (deels) een last voor de maatschappij) ...”

“Al begrijp ik ook wel dat de vooroordelen over mensen die langdurig arbeidsongeschikt zijn, wel ergens vandaan komen. Iedereen kent wel iemand die zagezegd te ziek is om te gaan werken, maar dan bijvoorbeeld wel ‘in het zwart’ gaat klussen, of wel dagelijks intensief kan sporten, enz. De echte zieken worden hierom snel ‘scheef bekeken’ of ten onrechte bestempeld als profiteurs.”

4.2.5. ...Wat kan de overheid doen?

Zorgen voor menswaardige uitkering

Sommige respondenten gaven aan dat rondkomen met een ziekte-uitkering heel moeilijk is. Zeker voor alleenstaande ouders is dit niet evident aangezien in geval van arbeidsongeschiktheid het enige gezinsinkomen plots drastisch daalt. Een voldoende hoge uitkering is zowel belangrijk tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid, maar vormt ook een belangrijke voorwaarde voor werkhervatting. De respondenten benadrukken dat een uitkering die voldoende hoog is om rond te komen en zichzelf te verzorgen, toelaat om hun energie te richten op hun herstel en niet louter op overleven. Bovendien kan zo vermeden worden dat men het werk moet hervatten omwille van financiële problemen en niet omdat men hier toe al in staat is.

Zorgen voor de terugbetaling van psychologische hulp en loopbaanbegeleiding

Veel mensen in arbeidsongeschiktheid haalden aan dat ze gebaat waren bij psychologische hulp of loopbaanbegeleiding, op hun weg naar herstel. Maar ze zeiden dat er een financiële drempel is omdat er geen of onvoldoende terugbetaling is, waardoor de kosten (veel te) hoog oplopen. Daarom is deze hulp niet voor iedereen weggelegd. De financiële toegankelijkheid van zowel de psychologische hulp als van loopbaanbegeleiding zou verbeterd moeten worden door de (gedeeltelijke) terugbetaling hiervan.

4.2.6. (Nog) geen initiatief naar werkhervatting

Een deel van de respondenten was op het moment van de bevraging nog in arbeidsongeschiktheid. Zij waren nog niet in de volgende fase van werkhervatting beland (die beschreven wordt in punt 4.3.). Voor sommigen zal het niet mogelijk zijn om op de arbeidsmarkt terug te keren en zullen dus arbeidsongeschikt blijven.

Van de respondenten die voor hun arbeidsongeschiktheid aan het werk waren, heeft 15% op het moment van de bevraging nog geen initiatief tot werkhervatting genomen. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat de respondenten vinden dat hun gezondheidstoestand een terugkeer naar het werk nog niet mogelijk maakt (53%) en dat de huisarts of behandelend arts dit nog te vroeg vindt (46%). Eén op vier (24%) weet echter niet of men ooit nog in staat zal zijn om te werken en één op tien (11%) zegt nooit meer in staat te zullen zijn om te werken. 12% wilt eerst nadenken over welke richting men uit wil met hun werkleven. Ook de vrees dat de werkgever geen aanpassingen aan het werk zal willen of kunnen doen, is aanwezig (10%).

Van alle personen die voor hun arbeidsongeschiktheid aan het werk waren, ziet dus slechts een heel kleine minderheid (2% of 82 respondenten) zichzelf nooit meer in staat tot werken. Hoe zien zij hun toekomst? Een aanzienlijk deel van deze respondenten (29%) weet dit niet en nog eens 18% vindt het nog te vroeg om daar al over na te denken. Hobby's zullen een belangrijke rol spelen in de toekomst van redelijk wat respondenten. 24% wil zich (meer) toeleggen op zijn hobby's en 4,5% wil op zoek gaan naar een hobby. Ook de zorg voor naasten wordt regelmatig genoemd. 17% zal zich toeleggen op de mantelzorg voor zijn partner, ouders of kinderen. 14% zal instaan voor de opvang van de kinderen of kleinkinderen. Tot slot zou 15% vrijwilligerswerk willen doen. Minder positief is dat 11% zichzelf tot niets (meer) in staat acht.

4.2.7. Conclusie: de noden van personen tijdens de arbeidsongeschiktheid

De secundaire preventie omvat alle acties die gericht zijn op het bevorderen van een zo goed mogelijk herstel, eens men arbeidsongeschikt geworden is. Wat hebben personen nodig tijdens hun periode van arbeidsongeschiktheid? Een aantal volledig open vragen uit de vragenlijst gaven hierop een antwoord en vormen de basis voor de uitwerking van de aanbevelingen in deel 5.

In de eerste plaats is het voor een persoon in arbeidsongeschiktheid belangrijk om voldoende tijd te hebben om te herstellen en eventueel aan zichzelf te werken (via psychologische hulp of loopbaanbegeleiding). Tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid blijkt het heel waardevol om tijd te besteden aan activiteiten en om sociaal contact te houden. Respondenten gaven aan dat het hen hielp om iets te doen dat men graag doet en hen afleiding biedt. Ook begrip en steun van anderen (familie, vrienden, burens, collega's) helpt mensen door deze moeilijke periode.

Als werkgever kan men een persoon in arbeidsongeschiktheid best helpen door hem of haar de tijd te geven die nodig is om te herstellen, zonder druk op te leggen om snel het werk te hervatten, wat enkel het tegenovergesteld effect heeft. Collega's en leidinggevenden kunnen tijdens deze periode helpen door contact te houden met de persoon. Wel op voorwaarde dat men zich in dit contact focust op de gezondheid en het herstel en niet op werkgerelateerde vragen of vragen over de werkhervatting. Men moet echter rekening houden met het feit dat sommige personen nood hebben aan afstand van het werk. In die situatie moeten de collega's en leidinggevenden deze afstand respecteren.

Iemand die arbeidsongeschikt wordt, moet heel wat administratieve documenten in orde maken om een uitkering te ontvangen. Als mutualiteit kunnen we een persoon in arbeidsongeschiktheid helpen door hierover zo duidelijk mogelijk en proactief te informeren. Een aantal mensen hebben naast informatie ook hulp nodig om deze administratie in orde te maken. Voor heel wat personen is deze administratie vlot verlopen, maar voor bijna één persoon op vijf was dit niet het geval. Dit toont de noodzaak aan om als mutualiteit te blijven inzetten op deze informatie en hulp bij de administratie en werd daarom opgenomen in aanbeveling 5.5. Maar respondenten gaven eveneens aan dat dit administratief proces best hervormd kan worden (zie aanbeveling 5.6.): het aantal in te vullen documenten verminderen, de brieven gericht naar personen in arbeidsongeschiktheid opstellen in een duidelijke en toegankelijke taal, alsook een digitalisering en meer rechtstreekse communicatie tussen de verschillende betrokkenen zou hen werkelijk vooruit helpen.

Een ander belangrijk element tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid is het contact met de adviserend arts. Mensen in arbeidsongeschiktheid hebben nood aan een adviserend arts die luistert, hen begrijpt, empathisch is en geruststelling biedt. Ze hebben nood aan een begeleider (met tips, advies en ondersteuning) op hun weg naar herstel en werkhervatting. Respondenten vragen dat de adviserend arts hiervoor voldoende tijd krijgt zodat hij of zij een beslissing kan nemen op basis van het verhaal van de persoon en alle elementen uit het dossier. Ze vragen eveneens dat het gesprek en de rol van de adviserend arts op voorhand goed gekaderd wordt zodat men weet wat men kan verwachten van dit gesprek. Dit zou helpen om met minder stress en angst naar dit gesprek te gaan. De aanbevelingen rond de adviserend arts worden beschreven in aanbeveling 5.4.

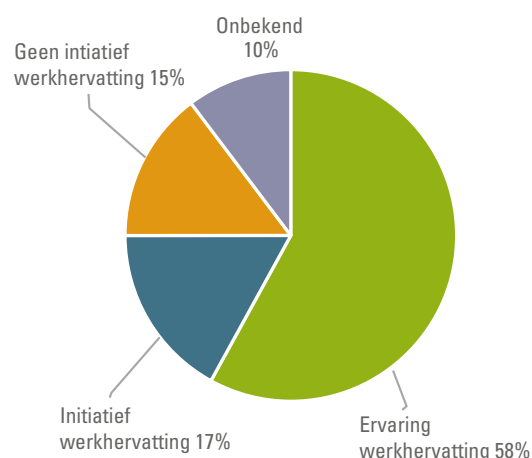
En tot slot speelt ook de financiële kant een rol tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid. Een daling van het inkomen en een stijging van de uitgaven met betrekking tot gezondheidskosten, bemoeilijkt deze fase voor een aanzienlijk deel van personen in arbeidsongeschiktheid. Voldoende hoge uitkeringen zouden het herstel helpen omdat men zich op zijn genezing kan focussen en niet enkel op overleven. Hierdoor zou men de tijd kunnen nemen om goed te herstellen en zou men niet genoodzaakt zijn uit financiële noodzaak weer aan het werk te gaan (zie aanbeveling 5.3.). Een ruimer aanbod aan betaalbare psychologische hulpverlening en voldoende informatie hierover kan positief bijdragen aan de primaire, secundaire als tertiaire preventie van arbeidsongeschiktheid (zie aanbeveling 5.2.).

4.3. Na de arbeidsongeschiktheid / de werkhervatting: tertiaire preventie

De tertiaire preventie omvat alle acties die tot doel hebben een herval in arbeidsongeschiktheid te vermijden, eens de periode van arbeidsongeschiktheid is afgelopen. Dit omvat dus de periode van de werkhervatting na de arbeidsongeschiktheid. Wat zijn de noden om de werkhervatting zo goed mogelijk te laten verlopen? Wat kan men ondernemen om niet te hervallen in arbeidsongeschiktheid?

De vragenlijst omvatte een heel aantal vragen over de werkhervatting om te beoordelen hoe deze verlopen is, wat of wie hierbij geholpen heeft en wat dit bemoeilijkt heeft. Figuur 20 toont dat een meerderheid (58%) van de respondenten die voor hun arbeidsongeschiktheid aan het werk waren, een ervaring heeft met werkhervatting. Dit wil zeggen dat ze na hun periode van arbeidsongeschiktheid weer aan het werk zijn gegaan en kunnen getuigen over hoe dit gelopen is. Het volgend deel is op hun ervaringen gebaseerd.

Figuur 20: Ervaring met werkhervatting - respondenten die voorheen aan het werk waren



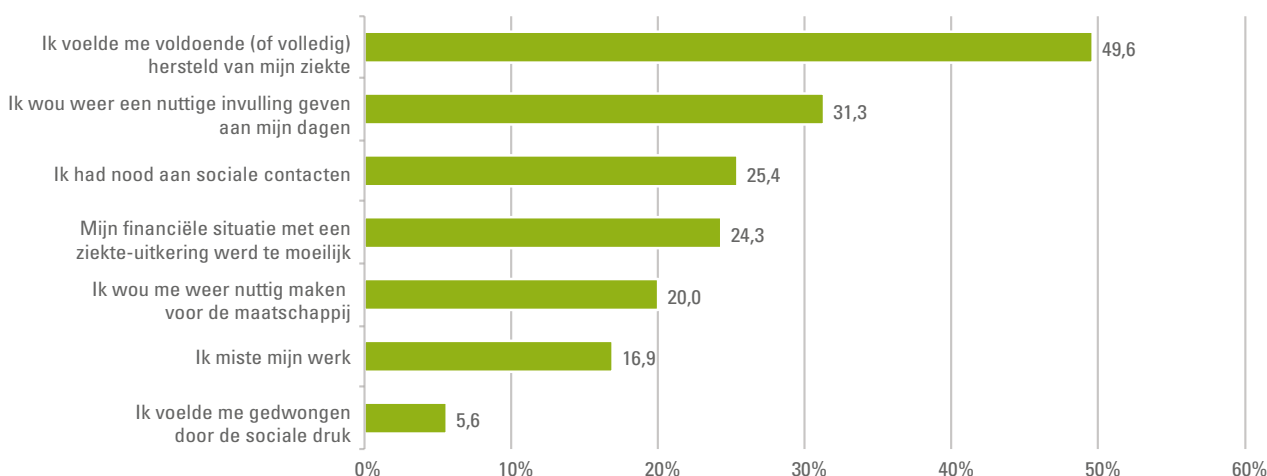
In de volgende paragrafen wordt achtereenvolgens ingegaan op de beweegredenen om weer aan het werk te gaan en de gemoedstoestand op dat moment, de inspanningen die men daarvoor heeft moeten doen, de actoren die het meest hebben geholpen bij de werkhervatting, de helpende en belemmerende factoren voor de werkhervatting, de kwestie van de werkaanpassingen - de gewenste en de daadwerkelijk verkregen - en de evaluatie van de werkhervatting door de betrokkenen.

4.3.1. Waarom willen mensen weer aan het werk?

In de meeste gevallen (67%) kwam het initiatief om weer aan het werk te gaan van de betrokkene zelf. Ongeveer een op de vier respondenten (26%) ging weer aan het werk op aanbeveling van de huisarts, en slechts 6% op advies van de adviserend arts. De meeste mensen gaan binnen zes maanden na de arbeidsongeschiktheid weer aan het werk (66%) en meestal bij dezelfde werkgever (77%).

Een groot deel van de mensen (50%) wil het werk hervatten, in de eerste plaats omdat zij vinden dat zij voldoende of volledig hersteld zijn, zoals blijkt uit figuur 21. De tweede en derde meest genoemde redenen om weer aan het werk te gaan, waren de wens om de dagen weer nuttig te vullen (voor 31% van de respondenten) en om sociale contacten te hebben (voor 25% van de respondenten). 20% van de ondervraagden wilde zich ook weer nuttig maken voor de samenleving en ten slotte was het feit dat zij hun werk missen een motivatie voor 17% van hen. Al deze motieven kunnen worden beschouwd als positieve prikkels om weer aan het werk te gaan.

Figuur 21: Antwoorden op de vraag “Wat was de reden dat u terug aan het werk wou gaan?”



De redenen om weer aan het werk te gaan, zijn soms ook negatief. Zo zijn voor 24% van de respondenten die weer aan het werk zijn gegaan de financiële moeilijkheden als gevolg van de arbeidsongeschiktheidsituatie een reden om weer aan het werk te gaan. 6% van de respondenten vermeldde ook dat zij zich door sociale druk gedwongen voelden weer aan het werk te gaan. Sommige respondenten gingen ook weer aan het werk omdat zij zich daartoe gedwongen voelden door hun werkgever, door de adviserend arts, door hun huisarts of door de bedrijfsarts, maar dit is een minderheid.

Wanneer men overweegt weer aan het werk te gaan, voelt de meerderheid (56%) van de mensen zich daartoe in staat, vindt men dat het een goed moment is om weer aan het werk te gaan (54%) en voelt men zich opgelucht dat men weer aan het werk kan (54%) (zie Figuur 22). De meest voorkomende gevoelens bij de respondenten vóór hun terugkeer naar het werk zijn dan ook positief.

Wij merken ook op dat 51% van de respondenten zichzelf had voorgenomen om het werk anders aan te pakken. Veel respondenten waren bang om weer aan het werk te gaan: 48% vreesde dat zij hun werk niet meer aan zouden kunnen en 36% voelde zich gestrest over de terugkeer naar het werk. Hoewel sommige respondenten zich zorgen maakten over de reacties van hun (nieuwe) collega's of hun (nieuwe) leidinggevende of zich onder druk gezet voelden om weer aan het werk te gaan, is het geruststellend te zien dat het om een minderheid van de respondenten gaat.

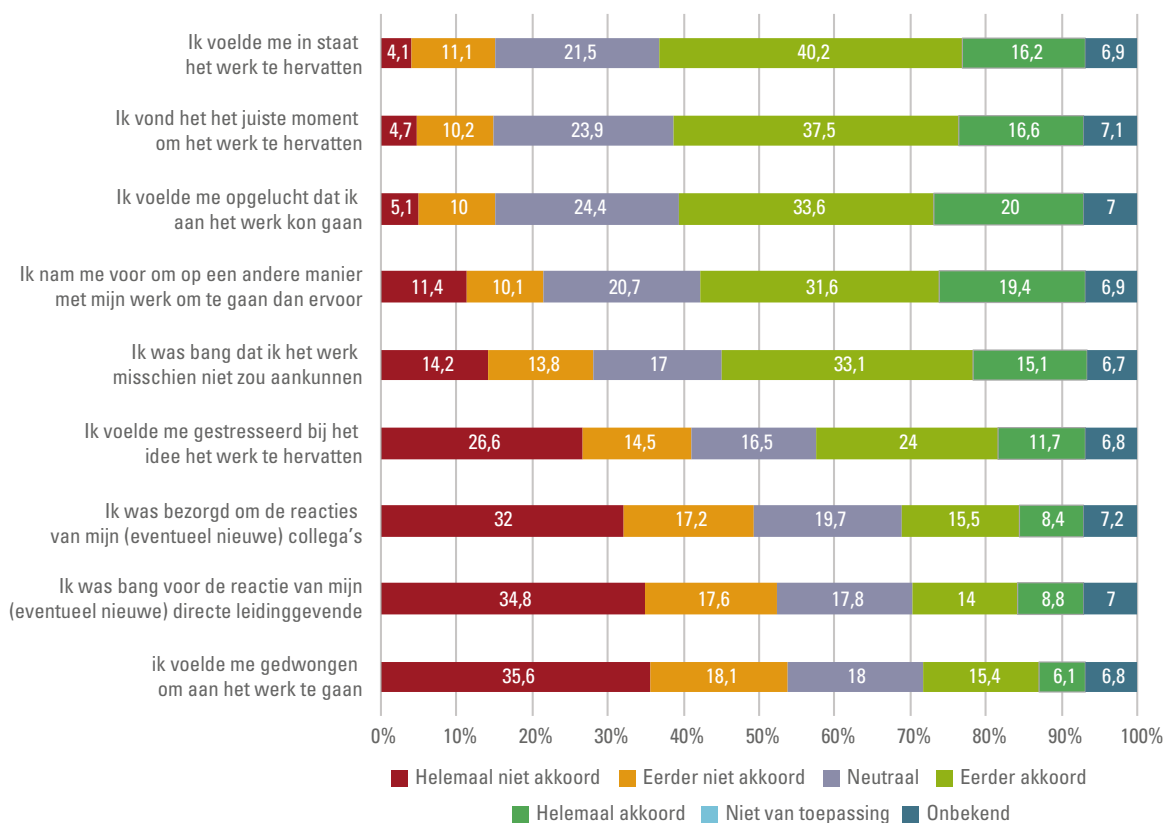
4.3.2. Welke inspanningen leveren mensen om weer aan het werk te gaan?

De terugkeer naar het werk vergt inspanningen. De grootste inspanning is voor veel respondenten het nemen van de nodige stappen om terug te keren (71% van de deelnemers gaf aan dat hij of zij in dit opzicht een inspanning moesten leveren). De tweede meest genoemde inspanning was het respecteren en/of opleggen van de eigen grenzen op het werk (bijvoorbeeld geen overwerk, beperking van het aantal taken, enz.) (63%) en thuis (hobby's, evenwicht in het gezin, enz.) (61%). Ten slotte zegt 51% van de respondenten dat zij inspanningen hebben moeten leveren om de hervatting praktisch mogelijk te maken (organisatie van het gezin, verplaatsing naar het werk, enz.).

In de enquête werd de respondenten gevraagd of zij tijdens hun arbeidsongeschiktheid een opleiding of cursus hadden gevolgd (om hen te helpen weer aan het werk te gaan)⁹. De overgrote meerderheid van de respondenten zei dat zij tijdens hun arbeidsongeschiktheid geen opleiding hadden gevolgd (79%). De voornaamste reden die werd opgegeven was dat het geen noodzakelijke voorwaarde was om weer aan het werk te gaan (82%). Van degenen die een opleiding hadden gevolgd, waren de belangrijkste redenen: aan zichzelf werken (bijvoorbeeld stressbeheer, ontspanning, assertiviteit) (61%), hun loopbaan een nieuwe wending geven (37%), of nieuwe dingen leren (29%). Slechts een minderheid van de respondenten heeft een opleiding gevolgd om van baan te veranderen omdat zij hun vorige baan niet meer kunnen uitoefenen (11%).

9. Door te specificeren dat het ging om opleidingen die mensen in staat stellen een nieuw vak te leren of nieuwe vaardigheden te verwerven (b.v. werken met een computer), maar ook om opleidingen voor persoonlijke ontwikkeling (bijvoorbeeld stressbeheer, ontspanning, assertiviteit, enz.).

Figuur 22: Antwoorden op de vraag "Hoe voelde u zich voordat u weer aan het werk ging?"



4.3.3. Welke actoren hebben de betrokkenen geholpen bij de werkhervatting?

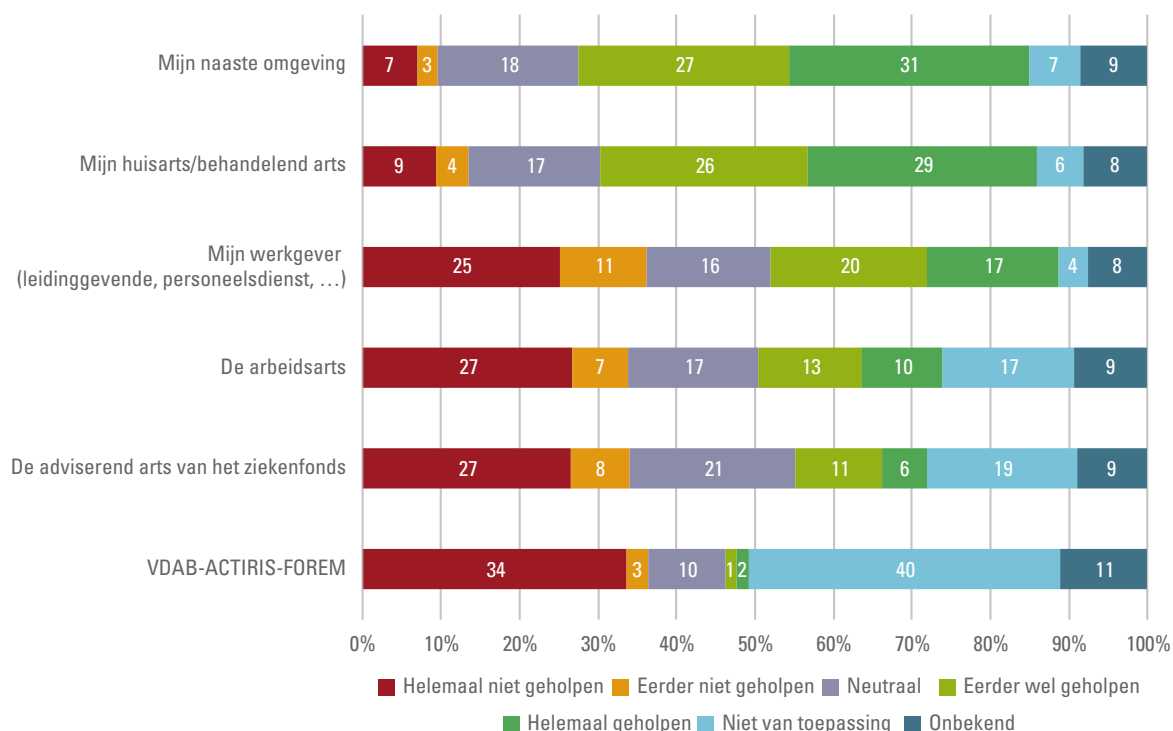
Uit onze resultaten blijkt dat het vooral naaste vrienden en familie (58%) en de huisarts of behandelend arts (55%) zijn die mensen hebben geholpen om weer aan het werk te gaan (zie Figuur 23). Het percentage respondenten dat zegt door hun werkgever te zijn geholpen (37%) is even hoog als het percentage respondenten dat zegt niet door hun werkgever te zijn geholpen (36%).

Wat de rol van de arbeidsarts betreft, blijkt uit de resultaten dat 23% van de respondenten bevestigt door de arbeidsarts te zijn geholpen, terwijl 34% van de respondenten beweert er niet door te zijn geholpen. We stellen ook vast dat de respondenten niet het gevoel hebben dat ze veel hulp hebben gekregen van de organisaties voor socio-professionele integratie (VDAB-Actiris-Forem) om terug aan het werk te gaan: slechts 3% van de respondenten zegt hulp te hebben gekregen van deze organisaties. Deze organisaties komen echter vooral tussen in het kader van een gewenste of noodzakelijke professionele herscholing wat niet het geval is voor alle respondenten die ervaring hebben met een werkhervatting.

"[...] Ik daarentegen heb geen contact gehad met de arbeidsgeneeskunde (behalve voor het eerst in 2017 om het advies van mijn arts te onderschrijven); ik moet bekennen dat ik niet weet wat de rol ervan is."

"Ik vind dat er een ernstig gebrek aan steun is van het ziekenfonds en ook van de Forem. Veel beloften van hulp bij professionele reïntegratie, omscholing, maar uiteindelijk, afgezien van mensen die ons vertelden dat we weer aan het werk moesten gaan ... was de rest niet meer dan een luchtspiegeling [...]."

Figuur 23: Antwoorden op de vraag “In welke mate hebben elk van de volgende personen u geholpen met uw voorbereiding van uw werkhervatting?”



Ten slotte zijn de antwoorden over de hulp van de adviserend arts bij de terugkeer naar het werk gemengd: ongeveer een derde van de respondenten verklaart geen hulp te hebben gekregen van de adviserend arts (35%). Slechts 18% van de ondervraagden zegt erdoor geholpen te zijn. In de open vragen gaven sommige respondenten aan dat zij bang waren voor controle door de adviserend arts. Zij hadden het gevoel dat controle belangrijker was dan advies en steun, en dat zij onder druk werden gezet om weer aan het werk te gaan, in plaats van zich te concentreren op hoe het met hen ging, en hun herstel.

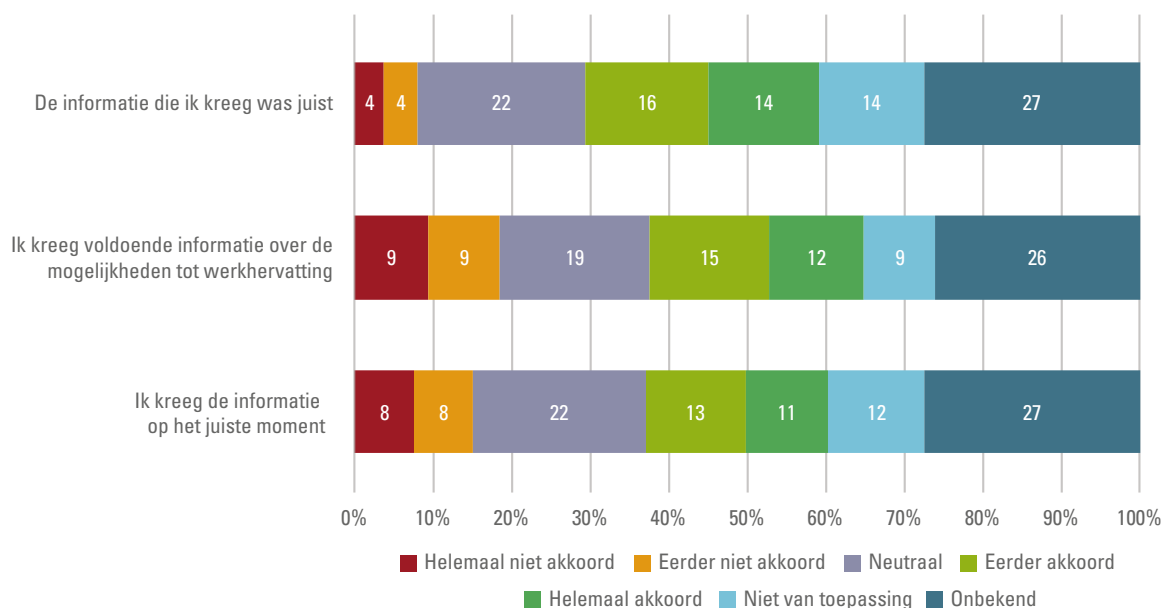
“Betere ondersteuning in het zoeken naar oplossingen. Momenteel heeft mijn adviserend geneesheer alleen een functie van boeman. Ik vraag meermaals naar hulp en ondersteuning en krijg ze nergens.”

Wat de hulp bij de werkhervatting betreft, moet ook worden opgemerkt dat de respondenten behoefte lijken te hebben aan meer informatie over de mogelijkheden voor deze werkhervatting (wat is toegestaan, wat niet, enz.), van de verschillende

betrokken actoren. Nauwelijks een derde van de respondenten zegt correcte en voldoende informatie te hebben ontvangen over de mogelijkheden om op het juiste moment weer aan het werk te gaan (zie Figuur 24). De kanalen waarlangs deze informatie wordt doorgegeven zijn zeer uiteenlopend (behandelend arts, adviserend arts, website van het ziekenfonds, bedrijfsarts, enz.).

Respondenten geven in de open vraag naar aanbevelingen aan dat ze liefst meer informatie krijgen over alle mogelijkheden rond begeleiding naar werk en werkhervatting. Deze informatie is niet altijd gemakkelijk te vinden en je moet er vooral zelf achter zoeken en veel rondbellen. Ze is ook vaak versnipperd aanwezig. Alle nodige informatie zou beter op één plaats verzameld zijn. Het kost vaak te veel energie om al die informatie zelf op te zoeken. Er bestaat veel, maar als je je niet goed voelt, is het niet eenvoudig om dit allemaal uit te gaan zoeken. Er blijft vaak veel onduidelijkheid over wat mag/mogelijk is en wat niet. Dit geeft veel angst en stress op een moment waar de energie kan ontbreken. Er is nood aan informatie van wat allemaal mogelijk is en wat de gevolgen zijn (bijvoorbeeld op de uitkering).

Figuur 24: Antwoorden op de vraag "Hoe beoordeelt u de informatie die u hebt gekregen over de mogelijkheden om weer aan het werk te gaan?"



"Betere informatie over wat al dan niet mogelijk is op het gebied van werkuren over het financiële aspect, over de duur van de vermindering van werkuren, en wat te doen als het niet lukt? Verliezen we dan onze rechten? Zoveel vragen die onbeantwoord blijven en die ondanks alle goede wil in de wereld een zekere angst veroorzaken ..."

"Ik zou graag advies krijgen over wat ik kan doen van werk."

4.3.4. Welke factoren helpen de betrokkenen bij de werkhervatting?

Er zijn een aantal factoren die de betrokkene kunnen helpen om met succes weer aan het werk te gaan. De hieronder opgesomde factoren worden gepresenteerd in tabel 6 in volgorde van belangrijkheid (van meest belangrijk tot minst belangrijk).

(1) Voldoende hersteld zijn

Het gevoel dat men voldoende hersteld is, helpt het meest wanneer men weer aan het werk gaat. Het is daarom van essentieel belang dat men eerst de tijd neemt om te genezen, voordat men weer aan het werk gaat. Dit resultaat is in lijn met studies die suggereren dat herstel een onmisbaar element is voor een gezonde terugkeer naar het werk (Sonnetag en Fritz, 2014).

"Een goed herstel en een volledige genezing zijn de essentiële sleutels tot een onbezorgde hervatting."

"Je moet tijd nemen om volledig te genezen voordat je over werkhervatting kan praten. Zo niet, dan bestaat het risico dat men tot aan zijn dood met de gevolgen moet leven."

Tabel 6: Factoren die de werkhervatting faciliteren. Antwoorden op de vraag "Wat heeft u bij uw werkhervatting geholpen?"

1.	Ik was volledig of voldoende hersteld om het werk te hervatten	43,0%
2.	Ondersteuning door mijn naasten/familie/vrienden	34,6%
3.	Steun van collega's	27,4%
4.	Minder uren werken dan voorheen	27,3%
5.	Ondersteuning door huisarts of andere zorgverlener	23,8%
6.	Steun van leidinggevende	22,0%
7.	Aangepaste jobinhoud	16,4%
8.	Verandering van werk zodat ik helemaal opnieuw kon beginnen	12,0%
9.	Duidelijke afspraken vooraf zodat mijn collega's wisten wat ze van mij konden verwachten	12,0%
10.	Meer flexibele uren	10,0%
11.	Ondersteuning door bedrijfsarts	8,1%
12.	De mogelijkheid om thuis te werken	6,2%
13.	Duidelijke informatie rond de mogelijkheden tot werkhervatting	6,2%
14.	Verandering van leidinggevende	6,2%
15.	Verandering van collega's	4,8%
16.	Ondersteuning door adviserend arts van het ziekenfonds	4,8%
17.	Aanpassing aan mijn werkpost (vb: andere stoel)	3,8%
18.	Het volgen van een opleiding	2,8%

(2) De steun van naasten

Steun van naasten, familie en vrienden is de op een na belangrijkste factor om mensen te helpen weer aan het werk te gaan. Zoals hierboven vermeld (zie Figuur 23), zegt 58% van de respondenten te zijn geholpen door hun naaste omgeving toen zij weer aan het werk gingen. Slechts een minderheid (10%) zegt geen hulp te hebben gekregen van de omgeving.

(3) Steun van collega's

Steun van collega's is de derde factor die mensen helpt bij de werkhervatting. Bijna 49% van de respondenten die weer aan het werk gaan, zegt zich gesteund te voelen door collega's (zie Figuur 25). Voor ongeveer een derde van de respondenten (38%) lijken collega's op de hoogte te zijn van de aanpassing van de werksituatie na de periode van arbeidsongeschiktheid, en hebben zij er begrip voor als de respondent minder presteert dan voorheen (37%).

Ook het maken van duidelijke afspraken vóór de terugkeer, zodat collega's weten wat ze kunnen verwachten als de betrokkene weer aan het werk gaat, draagt bij tot een succesvolle terugkeer op het werk. Dit betekent dat men begrip moet kunnen opbrengen en moet begrijpen dat het in het begin moeilijk kan zijn voor iemand om na een lange periode van afwezigheid weer aan het werk te gaan.

"De steun van collega's is essentieel, zowel tijdens de afwezigheid als bij de terugkeer. Een onthaal bij het begin van de hervatting om de persoon bij te werken, de prioriteiten te stellen."

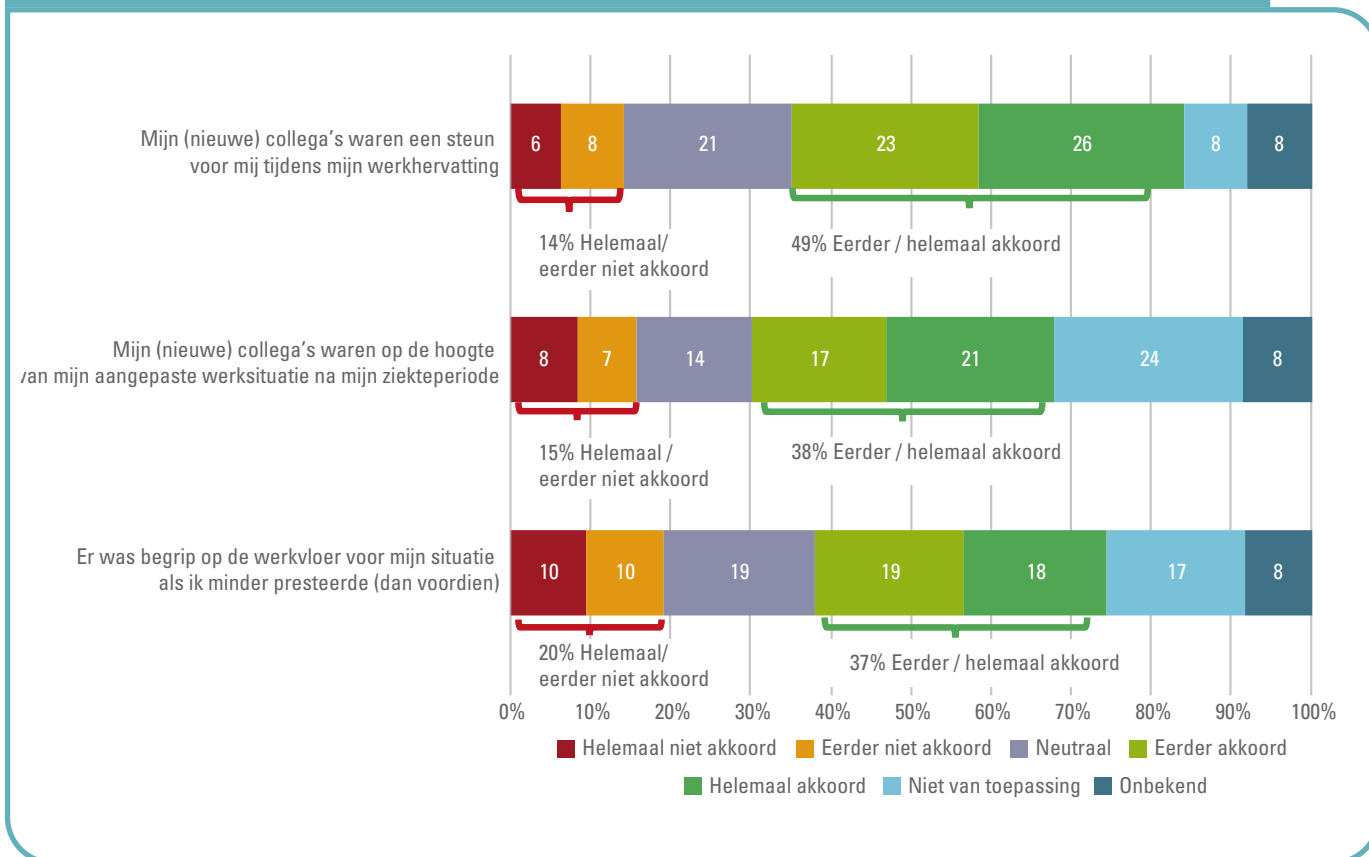
(4) Minder uren kunnen werken dan voorheen

Het verminderen van de werktijd is de vierde factor die de respondenten helpt bij de werkhervatting. De meeste respondenten (64%) die weer aan het werk gaan en nood hebben aan minder uren te werken dan voor hun arbeidsongeschiktheid, krijgen die mogelijkheid ook. De werknemer de mogelijkheid bieden geleidelijk weer aan het werk te gaan, aanvankelijk deeltijds, is dus zeer nuttig om een succesvolle terugkeer te bevorderen.

"Wat mij hielp was de deeltijdse hervatting. Omdat ik het tempo van voor mijn operatie niet meer kan bijhouden."

"Wat mij het meest hielp was de mogelijkheid om deeltijds te hervatten (via de toelating om te werken terwijl ik arbeidsongeschikt ben). Ik had de nood om weer te werken (contacten, enz.) maar zou niet in staat zijn geweest om voltijds te werken. [...]"

Figuur 25: Evaluatie van de steun van collega's bij de terugkeer naar het werk



Deze deeltijdse hervatting van het werk is een wettelijke mogelijkheid die aan de werknemer kan worden toegekend na toestemming van de adviserend arts, vaak 'gedeeltelijke werkhervatting' genoemd. Sommige respondenten gaven echter aan dat er een tussenmogelijkheid tussen 50 en 100% moet zijn, aangezien een directe overgang van halftijds naar voltijds een zeer grote stap is. Deze mogelijkheid bestaat, maar lijkt niet altijd bekend te zijn bij de respondenten of bekend/geaccepteerd te worden door de werkgevers.

Sommige respondenten zeiden dat werkgevers ook vaak druk uitoefenen op de betrokkene om zo snel mogelijk weer voltijds te gaan werken, terwijl individuen behoefte hebben aan een meer progressieve werkhervatting. Deze progressieve werkhervatting moet over een langere periode mogelijk zijn.

(5) Steun van de behandelend arts of andere zorgverlener (bijvoorbeeld specialist, psycholoog)

Zoals we hierboven (zie Figuur 23) hebben gezien, helpt de behandelend arts de betrokkene ook in grote mate bij de werkhervatting, net als andere zorgverleners, zoals bv. een kinesitherapeut. Deze factor staat op de vijfde plaats van de helpende factoren bij de werkhervatting.

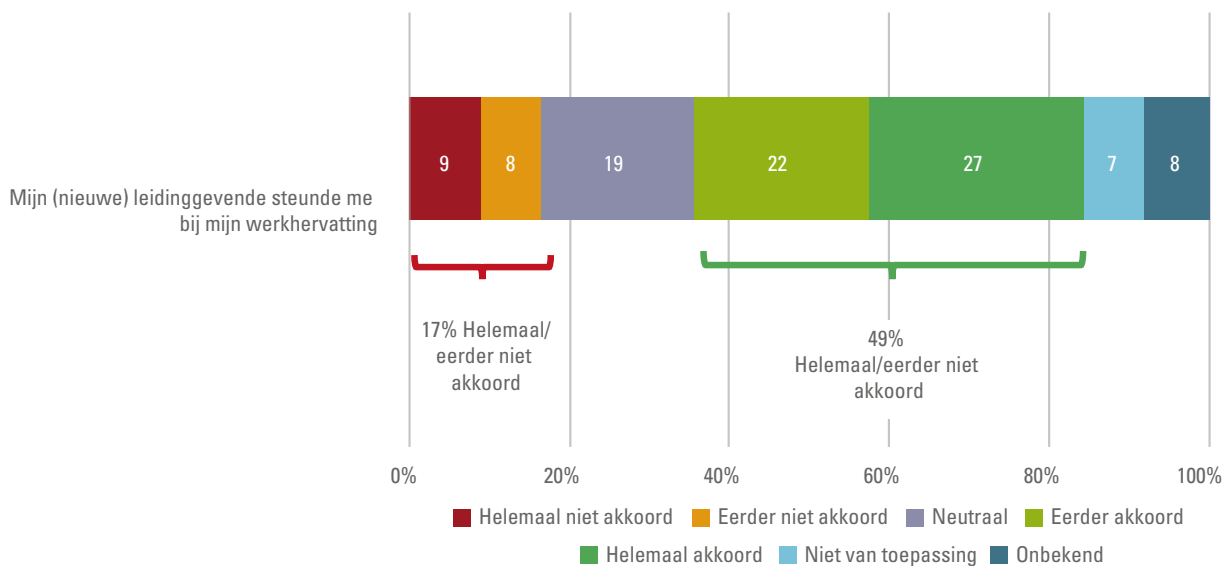
Daarnaast was ook voor veel respondenten het advies van een psycholoog of loopbaanbegeleider heel nuttig bij de werkhervatting. Het heeft hen bewust gemaakt van hun grenzen, maar ook van hun sterktes en de alternatieven die er zijn. Deze steun is zeer nuttig, maar ook duur, omdat er geen of onvoldoende terugbetaling is. Deze psychologische steun is echter van groot belang, zowel voor het herstel als voor de begeleiding naar de terugkeer op het werk.

"Psychologische ondersteuning vanaf het begin, en andere alternatieven zoals microkinesitherapie en osteopathie hebben me veel geholpen, maar het is niet altijd gemakkelijk om dat te betalen, helaas, omdat het niet wordt vergoed door het ziekenfonds."

(6) De steun van de leidinggevende

De steun van de leidinggevende bij de werkhervatting is de zesde helpende factor bij de werkhervatting. Bijna 49% van de respondenten zegt dat zij door de leidinggevende werden gesteund toen zij weer aan het werk gingen (zie Figuur 26).

Figuur 26: Antwoorden op de vraag “Heeft uw leidinggevende u geholpen toen u weer aan het werk ging?”



Hieruit blijkt hoe belangrijk het is dat de leidinggevende echt steun en begrip toont wanneer iemand weer aan het werk gaat. Het lijkt ook belangrijk om open en eerlijk te communiceren met de leidinggevende, zodat er geen misverstanden ontstaan.

“Dat de leidinggevende de moeite neemt om zijn medewerker te zien wanneer hij het werk hervat, om uit te zoeken hoe hij zich voelt en of er obstakels zijn voor de hervatting of aanpassingen die moeten worden gedaan en om te proberen een oplossing te vinden ...”

(7) Aangepaste jobinhoud

De zevende factor die het individu het meest helpt bij de terugkeer naar het werk is een aangepaste jobinhoud, bijvoorbeeld een minder veeleisende of minder fysiek belastende jobinhoud.

Het belangrijkste is, denk ik, de aanpassing van de werkplek (vooral wanneer de beperking fysiek is). Flexibele werktijden en zelfs thuiswerken kunnen ook belangrijke factoren zijn om de terugkeer naar het werk te vergemakkelijken. Zelfs nu, als mijn werkgever me zou toestaan thuis te werken, zou het me veel gemakkelijker maken om betrokken en effectief te zijn.”

4.3.5. Wat zijn de belemmeringen om weer aan het werk te gaan?

Op de vraag “Wat heeft uw werkhervatting bemoeilijkt?” antwoordt ongeveer een derde van de respondenten (38,5%) dat de werkhervatting vlot verlopen is. Voor hen waren er geen belemmeringen. De volgende antwoorden op deze vraag geven weer welke factoren een belemmering vormden om weer aan het werk te gaan. Deze worden in tabel 7 in volgorde van belangrijkheid weergegeven.

Met uitzondering van de eerste belemmering, die verband houdt met de persoon zelf, stellen we vast dat de acht belemmeringen die volgen (in volgorde van belangrijkheid) hun oorsprong vinden in de werkcontext. Meer in het bijzonder weerspiegelen deze belemmeringen een gebrek aan werkaanpassingen wanneer de betrokkene weer aan het werk gaat.

Tabel 7: Belemmeringen om aan het werk te gaan. Antwoorden op de vraag "Wat heeft uw werkhervatting bemoeilijkt?"

Niets, mijn werkhervatting is vlot verlopen	38,5%
Ik bleek toch niet voldoende hersteld / te vroeg herbegonnen	22,9%
Gebrek aan steun van leidinggevende	11,4%
Geen aangepaste jobinhoud	8,1%
Ik moest te veel uren werken volgens wat ik nog aankon	7,7%
Het tempo lag te hoog voor mij	7,7%
Geen mogelijkheden om mijn werkuren af te stemmen op mijn mogelijkheden tot werken	5,8%
Uitvallen van andere collega's bezorgde me te veel werk	5,8%
Gebrek aan steun van collega's	5,8%
Geen mogelijkheid om thuis te werken	5,5%
Administratieve moeilijkheden om tot werkhervatting te komen	4,9%
Gebrek aan duidelijke informatie rond de mogelijkheden tot werkhervatting	4,7%
Gemaakte afspraken werden niet nagekomen waardoor ik te veel werk kreeg	4,7%
Onduidelijke afspraken zodat mijn collega's niet wisten wat ze van mij konden verwachten	4,1%
Gebrek aan ondersteuning door adviserend arts van het ziekenfonds	4,1%
Gebrek aan ondersteuning door bedrijfsarts	3,1%
Alles was veranderd op het werk, ik moest te veel inhalen	2,9%
Geen werkpostaanpassing (vb: andere stoel)	2,6%
Jobinhoud zodanig veranderd dat het me niet meer aansprak	2,1%
Gebrek aan opleiding of een slechte opleiding	1,6%

4.3.6. Aanpassingen aan het werk

Bij de terugkeer op het werk kunnen aan de betrokkene bepaalde aanpassingen van het werk worden voorgesteld. Wij hebben hierboven gezien dat de verkorting van de arbeidstijd en de aanpassing van de jobinhoud respectievelijk de vierde en de zevende factor zijn die het individu het meest helpen bij de terugkeer naar het werk. Omgekeerd houden de meeste belemmeringen voor terugkeer naar het werk verband met het feit dat er geen werkaanpassingen zijn.

"Een luisterend oor van de werkgever, om de werkpost (voor zover mogelijk) aan te passen aan de mogelijkheden en wensen van de werknemer."

De helft van de respondenten zei werkaanpassingen nodig te hebben op het moment van de werkhervatting (zie Figuur 27), 58% van deze respondenten kreeg ook de nodige aanpassingen (bijna allemaal of gedeeltelijk uitgevoerd, zie Figuur 28). 40% van de respondenten heeft geen werkaanpassing gekre-

gen, hoewel zij die nodig hadden. Van hen bleef de meerderheid nog steeds bij hun werkgever.

Gewenste aanpassingen

Enkele van de gewenste aanpassingen zijn onder meer:

- de nood om minder uren te werken dan voor de arbeidsongeschiktheid (50%);
- een minder stresserende en veeleisende jobinhoud hebben (40%);
- een minder fysiek belastende jobinhoud hebben (37%);
- meer flexibele uren hebben (25%);
- een betere begeleiding en opvolging door de leidinggevende (25%).

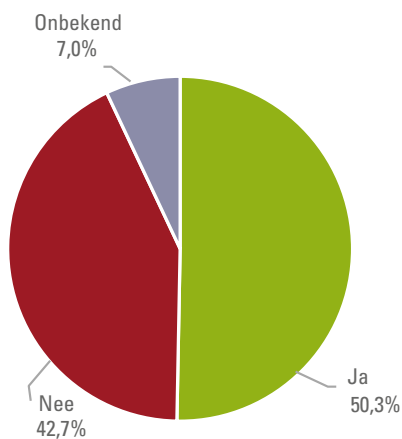
Figuur 29 toont de door de respondenten gewenste en gekregen aanpassingen.

Gekregen aanpassingen

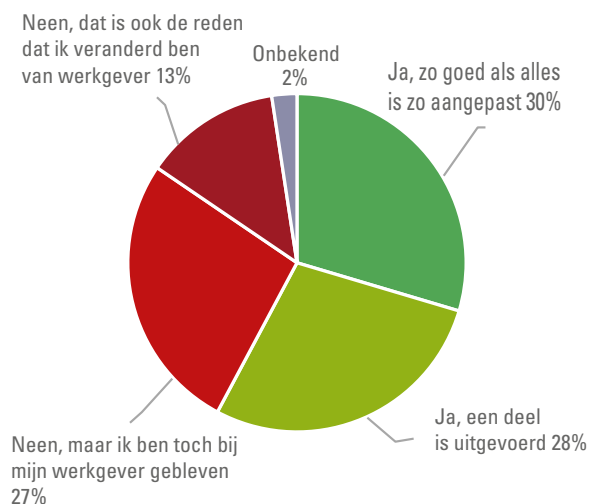
De aanpassingen die men het vaakst heeft gekregen, zijn in volgorde van frequentie¹⁰ (zie Figuur 29):

10. Om dit percentage te berekenen wordt het % gekregen aanpassingen gedeeld door het % gewenste aanpassing. Bijvoorbeeld voor 'minder uren werken dan voor mijn arbeidsongeschiktheid': $64\% = 32\% / 50\%$.

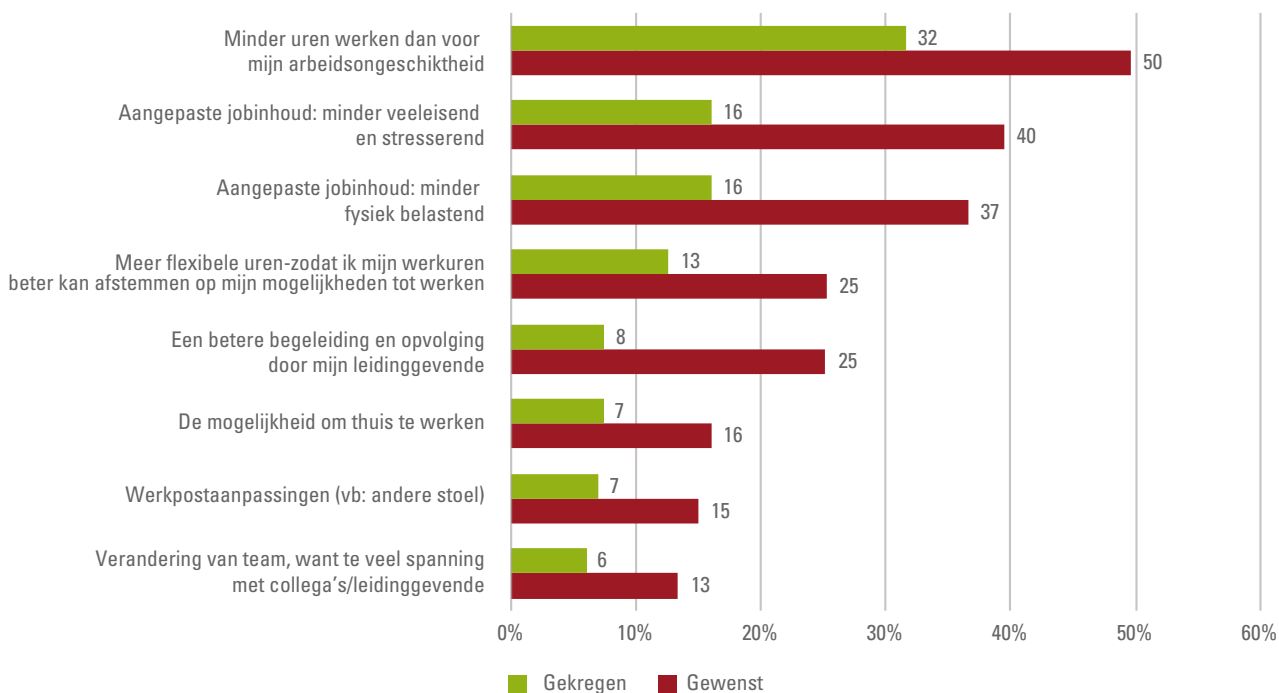
Figuur 27: Behoeftte aan werkaanpassing na terugkeer op de arbeidsmarkt



Figuur 28: Ontvangen aanpassingen bij de werkhervatting. Antwoorden op de vraag "Heeft u (sommige van) deze aanpassingen gekregen?"



Figuur 29: Gewenste en gekregen aanpassingen bij de werkhervatting



- minder uren werken (verkregen door 64% van degenen die deze aanpassing wensten);
- meer flexibele uren hebben (verkregen in 50% van de gevallen);
- werkpostaanpassingen (verkregen in 47% van de gevallen);
- de mogelijkheid om thuis te werken (verkregen in 46% van de gevallen);
- een verandering van team (verkregen in 45% van de gevallen);
- minder fysiek belastende jobinhoud (verkregen in 44% van de gevallen);
- een minder stresserende en veeleisende jobinhoud (verkregen in 41% van de gevallen).

Zoals we eerder zagen (zie Tabel 6), vinden we onder de factoren die mensen helpen bij werkhervatting, een reeks werkaanpassingen. Van deze aanpassingen is minder uren werken deze die het meest helpt bij de terugkeer naar het werk en die gelukkig ook het vaakst werd gekregen, ook al lijken werkgevers de betrokkene dan vaak onder druk te zetten om zo snel mogelijk weer voltijds te gaan werken.

De moeilijkste te verkrijgen aanpassing is een betere opvolging en ondersteuning door de leidinggevende: slechts 30% van de respondenten die deze aanpassing wensten, heeft ze ook daadwerkelijk gekregen.

Waarom heeft men sommige aanpassingen niet gekregen?

Redenen voor het niet verkrijgen van de gewenste aanpassingen waren onder meer moeilijkheden bij het organiseren van het werk (37%), onverenigbaarheid van de aanpassing met het werk dat wordt gedaan (32%), of gebrek aan begrip, bereidheid tot verandering, of inflexibiliteit van de kant van de werkgever (12%). In 29% van de gevallen kregen de respondenten geen uitleg over de reden waarom de aanpassing niet werd doorgevoerd.

Welke aanpassingen helpen de betrokkene het meest bij de werkhervatting?

Van alle factoren die de terugkeer naar het werk bevorderen (zie Tabel 6) zijn de werkaanpassingen die de werknemer het meest helpen bij de terugkeer naar het werk - na de reeds vermelde 'minder uren werken dan voorheen' (in volgorde van belangrijkheid):

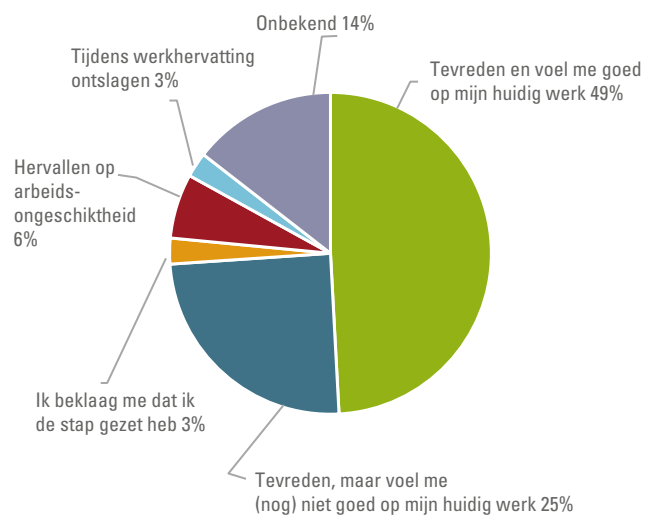
- Een aangepaste jobinhoud (bijvoorbeeld minder stressvol, minder fysiek belastend);
- Duidelijke afspraken maken vóór de terugkeer, zodat de collega's weten wat zij van de werknemer kunnen verwachten wanneer deze terugkeert;
- Flexibele werktijden, zodat men zich kan aanpassen aan de werkmogelijkheden.

Ten slotte is voor sommige respondenten het veranderen van werk om aan iets totaal nieuws te beginnen de factor die hen hielp bij de werkhervatting. Van de respondenten die aanpassingen wensten, zei 13% dat zij die niet kregen en dat dit de reden was waarom zij van werkgever veranderden.

4.3.7. Beoordeling van de werkhervatting

Bijna 49% van de respondenten die weer aan het werk zijn gegaan, is tevreden over hun stap om weer aan het werk te gaan en voelt zich goed in hun huidige job (zie Figuur 30). Een op de vier (25%) is tevreden met zijn terugkeer naar het werk, maar voelt zich (nog) niet goed in zijn huidige job. In totaal is een grote meerderheid van de respondenten (74%) dan ook tevreden dat zij de stap hebben gezet. Een minderheid (3%) heeft spijt dat zij de stap heeft gezet. Ten slotte meldt 6% van de ondervraagden dat zij intussen zijn hervallen en opnieuw arbeidsongeschikt zijn, en 3% zijn ontslagen terwijl zij weer aan het werk waren.

Figuur 30: Beoordeling van de werkhervatting. Antwoorden op de vraag "Hoe kijkt u terug op uw werkhervatting?"



Van de respondenten die zich (nog) niet goed voelden op het werk of die zich beklagden de stap gezet te hebben, is de belangrijkste reden hiervoor dat men onvoldoende hersteld was of te vroeg herbegonnen was. De tweede en derde reden voor deze twee groepen zijn angst voor een terugval en te veel druk en stress ervaren op het werk. De vierde reden verschilt voor de twee groepen. Voor respondenten die zich (nog) niet goed voelden, was het nog te vroeg, hoe men zich voelde op het werk wisselde nog van dag tot dag. Voor respondenten die zich beklagden de stap gezet te hebben, was hun werk niet aangepast aan hun mogelijkheden na hun arbeidsongeschiktheid.

Hoewel de helft van de respondenten zich in staat voelde om weer aan het werk te gaan (zie Figuur 22), tonen de getuigenissen uit de open vragen aan dat sommigen van hen zich bij de terugkeer onder te grote druk gezet voelden om snel weer aan het werk te gaan (hetzij door de werkgever, hetzij door de adviserend arts). De nadruk werd gelegd op de terugkeer naar het werk, in plaats van eerst oprecht te vragen hoe het gaat en de patiënt een spoedig herstel te wensen.

Een deel van de respondenten die weer aan het werk zijn gegaan, zijn hervallen in arbeidsongeschiktheid (6% van hen, zie Figuur 30). Te vroeg weer aan het werk gaan, zonder voldoende hersteld te zijn, was de voornaamste reden (65%) die werd opgegeven door de respondenten die waren hervallen. De tweede belangrijkste reden (38%) was dat men terug arbeidsongeschikt werd (mogelijk als gevolg van een ander gezondheidsprobleem). Het werk dat niet aangepast was aan de mogelijkheden na ziekte staat op de derde plaats. Op de vierde plaats komt de slechte relatie met de leidinggevende.

4.3.8. Conclusie: wat zijn de voornaamste succesfactoren voor werkhervatting?

De tertiaire preventie omvat alle acties die tot doel hebben een herval in arbeidsongeschiktheid te vermijden, eens men weer aan het werk is. Wat zijn de noden om de werkhervatting zo goed mogelijk te laten verlopen?

Het is van essentieel belang om voldoende, zo niet volledig, hersteld te zijn als men weer aan het werk gaat na een periode van arbeidsongeschiktheid. Voldoende hersteld zijn is de belangrijkste helpende factor. Onvoldoende hersteld zijn en te snel het werk hervatten, is daarentegen de grootste belemmerende factor en is eveneens de belangrijkste reden die vermeld wordt als men weer hervalt op arbeidsongeschiktheid. Ook in de secundaire preventie (deel 4.2.) werd het belang hiervan al aangetoond.

Een werkhervatting verloopt ook vlotter indien men steun krijgt van naasten, familie en vrienden. Ook de steun van de behandelende arts of een andere zorgverlener en van de leidinggevende en collega's zijn belangrijk. Onvoldoende gesteund worden door de leidinggevende kan een werkhervatting bemoeilijken. Dit toont de belangrijke rol aan van de leidinggevende bij de werkhervatting en werd daarom als aanbeveling opgenomen (zie aanbeveling 5.7.2.).

Daarnaast helpen ook aanpassingen aan het werk bij de werkhervatting. Minder uren werken dan voor de arbeidsongeschiktheid en een aangepaste jobinhoud krijgen, die minder stresserend / veeleisend is of die minder fysiek zwaar is, zijn helpende factoren. Meer uren moeten werken dan men aan kan of geen aangepaste jobinhoud krijgen, belemmeren daarentegen een werkhervatting. Ondanks het feit dat de helft van de respondenten nood had aan aanpassingen aan het werk, kreeg 40% van hen geen aanpassingen. Om aan deze onvervulde nood beter tegemoet te komen, werd een aanbeveling rond aanpassingen op het werk opgenomen in aanbeveling 5.7.

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1. Maak van het welzijn van werknemers een prioriteit om arbeidsongeschiktheid te voorkomen

Volgens de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, is de werkgever de eindverantwoordelijke voor het welzijnsbeleid in de onderneming. Hij moet bijgevolg passende maatregelen nemen om psychosociale risico's¹¹ te voorkomen en een einde te maken aan geweld of pesterijen op het werk. Uit de resultaten van onze studie blijkt dat een meerderheid van de respondenten (56%) aangeven dat de werksituatie inderdaad verantwoordelijk is voor hun arbeidsongeschiktheid. Factoren die verantwoordelijk zijn voor de arbeidsongeschiktheid zijn onder andere een te hoge werkdruk, fysiek zwaar werk, of slechte relaties met de leidinggevende, collega's en/of klanten. Deze factoren, die verband houden met de organisatie van het werk, doen vragen rijzen over het in de ondernemingen gevoerde beleid inzake welzijn op het werk.

Uit de resultaten blijkt ook dat de autonomie bij het uitvoeren van het werk een preventieve factor voor arbeidsongeschiktheid is. Want hoe groter de autonomie, hoe minder de respondenten hun arbeidsongeschiktheid in verband brengen met hun werksituatie. Dit is ook het geval voor de relaties met collega's en de leidinggevende. Hoe beter deze relaties zijn, hoe minder de werksituatie beschouwd wordt als de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid. Wanneer deze relaties goed zijn, houden de redenen voor arbeidsongeschiktheid bovendien veel minder vaak verband met de organisatie van het werk en meer met de fysieke belasting van het werk. Er moeten dus meer inspanningen worden geleverd voor het bevorderen van arbeidsomstandigheden die gericht zijn op het welzijn van de werknemer en op het luisteren naar zijn noden. Aanpassingen moeten worden uitgedacht volgens het soort beroep. Hierdoor moet dan de fysieke last worden verminderd die vooral ervaren wordt door mensen die handenarbeid uitvoeren en de werkdruk worden verminderd van mensen die hoofdarbeid uitvoeren of leidinggevende functies bekleden.

Bovendien weten we dat het risico om langdurig arbeidsongeschikt te worden, toeneemt met de leeftijd van de werknemers.¹² In een context van een vergrijzende beroepsbevolking betekent dit dat er nagedacht moet worden over het welzijn van oudere werknemers en over de organisatie van het einde

van hun loopbaan. Indien werknemers niet kunnen rekenen op werkaanpassingen, met name op het einde van hun loopbaan, bestaat er een groot risico dat de maatregelen ter verhoging van de pensioenleeftijd in de praktijk zullen leiden tot een enorme toename van het aantal arbeidsongeschikte werknemers op het einde van hun loopbaan. Het verbeteren van de arbeidsomstandigheden, op het einde van de loopbaan, is een van de doelstellingen van de huidige regering (Dermagne, 2020).

Er zijn nu al verschillende voorbeelden te vinden van bedrijven die werken aan het welzijn van hun werknemers en die inspanningen doen om de balans tussen werk- en privéleven te ondersteunen:

- Alle werknemers van Volvo Cars Belgium die vanaf 1 april 2021 een kind krijgen of adopteren kunnen 24 weken betaald geboorteverlof opnemen (Grommen, 2021). Dit verlof vult de bestaande wettelijke regeling aan (15 weken voor vrouwen en 3 weken voor mannen). Via dit initiatief wil deze werkgever ouders ondersteunen om een evenwicht te vinden tussen werk- en gezinsleven. Deze maatregel geldt voor mannen en vrouwen, waardoor er eveneens gewerkt wordt aan gelijke kansen voor mannen en vrouwen op de werkvloer. Concreet geeft deze maatregel vrouwen negen weken extra verlof en voor mannen komen er zo 21 weken bij. Om twijfelaars over de streep te trekken, worden de 24 weken ouderschapsverlof als een vooraf geselecteerde optie aangeboden. Zo geeft men de boodschap dat dit een standaard optie is en mensen zijn in principe geneigd om aan vooraf bepaalde opties vast te houden.
- In meerdere bedrijven wordt het mailverkeer 'gepauzeerd' vanaf een bepaald uur 's avonds tot 's ochtends en ook in het weekend (RTBF, 2018). Dit geeft de kans aan de werknemers om het hoofd volledig leeg te maken en te disconnecteren van het werk. Zo wordt gewerkt aan het mentale welzijn van werknemers, door hen de kans te geven op welbepaalde tijdstippen onbereikbaar te zijn voor het werk.

Aanbevelingen

- Er moeten maatregelen worden genomen om langer werken haalbaar te maken opdat de laatste fase van de loopbaan positief en gezond kan worden doorgebracht. Deeltijds tijds-krediet eindloopbaan moet mogelijk blijven en deze periode moet gelijkgesteld blijven voor het pensioen.
- Werkgevers moeten aangemoedigd worden om hun algemeen welzijnsbeleid te versterken en om, in overleg met hun Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk¹³

11. Psychosociale risico's op het werk worden gedefinieerd als "de kans dat een of meerdere werknemers psychische schade ondervinden die al dan niet kan gepaard gaan met lichamelijke schade, ten gevolge van een blootstelling aan de elementen van de arbeidsorganisatie, de arbeidsinhoud, de arbeidsvoorwaarden, de arbeidsomstandigheden en de interpersoonlijke relaties op het werk, waarop de werkgever een impact heeft en die objectief een gevaar inhouden." (bron: <https://www.beswic.be/nl/themas/psychosociale-ricos-psr>, geraadpleegd op 17/12/2020).

12. Zie punt 2.4. van het gedeelte "In het kort", dat op dit artikel volgt. Dit deel bevat een selectie van cijfers en indicatoren in verband met arbeidsongeschiktheid.

13. Het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW) is "een overlegorgaan in bedrijven in de privé sector met >50 werknemers [...]. Het CPBW heeft als opdracht alle middelen te onderzoeken en voor te stellen en actief bij te dragen aan al wat ondernomen wordt om het welzijn van de werknemers te bevorderen bij de uitvoering van hun werk." (bron: <https://www.beswic.be/nl/themas/informatie-voor-de-behandelende-artsen/wettelijk-kader-van-de-arbeidsgeneeskunde/comite-voor-preventie-en-bescherming-op-het-werk>, geraadpleegd op 17/12/2020).

(CPBW), een alomvattend preventie- en reïntegratiebeleid te ontwikkelen (Boets et al., 2020). Dit welzijn moet in brede zin worden opgevat: het gaat niet alleen om de geestelijke gezondheid, maar ook om de lichamelijke gezondheid van de werknemers. Ziekten van het bewegingsstelsel en van het bindweefsel (rug- en nekpijn, artritis, artrose, enz.) zouden tot op zekere hoogte kunnen worden vermeden als de preventie wordt opgevoerd. Dit kan worden bereikt door meer samenwerking met diensten voor preventie en bescherming op het werk.

- Er moet ingezet worden op een flexibele werkomgeving waar het mogelijk is om werk en gezin beter op elkaar af te stemmen. In dit kader kan er gedacht worden aan een uitbreiding van het geboorteverlof en moederschapsrust (dat op maat van de werknemer kan worden opgenomen), meer mogelijkheden tot ondersteund telewerk, flexibel op te nemen ouderschapsverlof, uitbreiding van kinderopvang, de mogelijkheid om de arbeidstijd te verkorten indien men dit wenst, enz.

5.2. Zorg voor de terugbetaling van psychologische hulp en loopbaanbegeleiding

Veel respondenten gaven aan dat ze gebaat waren bij psychologische hulp of loopbaanbegeleiding op hun weg naar herstel of naar werkhervatting. Deze vorm van steun was heel nuttig, maar werd door respondenten als duur ervaren omdat de terugbetaling ervan beperkt is.

Nochtans bestaan er zowel in de verplichte ziekteverzekering als in de aanvullende verzekering van CM een aantal tegemoetkomingen voor psychologische hulp.

Voor psychologische sessies die niet worden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering geeft CM haar leden een tegemoetkoming vanuit de aanvullende verzekering. De voorwaarden om hiervan te kunnen genieten alsook het aantal terugbetaalde sessies per jaar of gedurende het leven verschillen echter tussen de Nederlandstalige entiteiten (CM, 2021) en de Franstalige entiteiten (MC, 2021).

Ook voor loopbaanbegeleiding zijn er mogelijkheden om dit via loopbaancheques van bijvoorbeeld de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) aan een verminderd tarief te volgen indien men voldoet aan een aantal voorwaarden.

Sinds 1 april 2019, in het kader van de hervorming “eerstelijnspsychologische zorg”, worden er binnen de verplichte ziekteverzekering maximum acht psychologische sessies terugbetaald per jaar. Om voor terugbetaling in aanmerking te komen moet men lijden aan een matig ernstig psychisch probleem op het vlak van angst, depressie of alcoholgebruik en verwezen zijn door een huisarts of psychiater. De sessies moeten worden gegeven door een erkende klinisch psycholoog of klinisch orthopedagoog, die terugbetaalde sessies aanbiedt. Sinds 2

april 2020 vergoedt het RIZIV eerstelijnspsychologische zorg ongeacht de leeftijd van de patiënt.

In het kader van de huidige gezondheids crisis is bijzondere aandacht besteed aan de geestelijke gezondheid. Zo werd in december 2020 een protocolakkoord gesloten tussen de federale regering en de deelentiteiten betreffende de gecoördineerde aanpak voor de versterking van het psychisch zorgaanbod in het kader van de COVID-19-pandemie (FOD Volksgezondheid, 2021). De Hoge Gezondheidsraad (HGR) beveelt aan om een toegankelijk aanbod van hulp en zorg te organiseren voor de meest kwetsbare doelgroepen, waaronder zelfstandigen en werknemers met een risico op arbeidsongeschiktheid.

Om de continuïteit van de geestelijke gezondheidszorg tijdens de gezondheids crisis te kunnen handhaven met respect voor de sociale afstandsregels, heeft het RIZIV ook enkele regels van de verplichte ziekteverzekering aangepast om patiënten die een psychiatrische of psychotherapeutische behandeling ondergaan en eventuele nieuwe diagnoses van psychiaters en kinderpsychiaters op afstand te kunnen dekken. Eveneens heeft het RIZIV, in antwoord op de groeiende behoefte aan psychologische zorg als gevolg van de COVID-19-crisis, zowel van de kant van burgers als van gezondheidswerkers, tijdelijke maatregelen genomen met betrekking tot eerstelijns psychologische zorg die wordt verleend door klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen. Deze maatregelen omvatten onder meer het toestaan van videoconsultaties, de versoepeling van de verwijzingsprocedure (bijvoorbeeld de toevoeging van de arbeidsarts als verwijzer) en de toestemming om het maximum aantal terugbetaalde sessies te overschrijden. Bij mensen die in de context van de gezondheids- en financiële crisis als gevolg van de COVID-19-pandemie een groot risico lopen op psychische problemen of zelfs zelfdoding, vormen zelfstandigen een bijzonder gevoelige risicogroep. Daarom is besloten dat zelfstandigen in psychische nood binnenkort acht gratis sessies psychologische zorg kunnen krijgen van een klinisch psycholoog of een klinisch orthopedagoog.

Aanbevelingen

- De overheid moet dringend meer investeren in de mentale gezondheid van de Belgische bevolking om tegemoet te komen aan de bestaande zorgbehoefte (zoals deze naar boven kwam uit het onderzoek via een vragenlijst) en aan de vraag naar meer terugbetaalde psychologische hulp. Er is nood aan meer financiële middelen zodat het aanbod aan terugbetaalde psychologische hulpverlening uitgebreid kan worden. Werken aan de mentale gezondheid van de bevolking heeft immers rechtstreeks en onrechtstreeks gevolgen op het domein van de arbeidsongeschiktheid. In de eerste plaats gaat het om primaire preventie: vermijden dat personen arbeidsongeschikt worden. De resultaten van deze studie tonen aan dat 37% van de arbeidsongeschikte respondenten lijdt aan een psychi-

sche stoornis of een burn-out. Op tijd (betaalbare) psychologische hulp krijgen zou preventief kunnen werken voor een aanzienlijk deel van personen die nu arbeidsongeschikt zijn. Dit zou helpen vermijden dat personen uitvallen op het werk wegens psychische problemen of een burn-out. Maar (betaalbare) psychologische hulpverlening voorzien, zou ook secundaire preventie zijn: de personen die arbeidsongeschikt zijn helpen om zo goed mogelijk te herstellen. Veel respondenten haalden inderdaad aan dat de psychologische begeleiding hen had geholpen zowel voor hun herstel als voor hun werkhervatting. Tot slot kan een goede (betaalbare) psychologische begeleiding helpen voorkomen dat, eens men weer aan het werk is, men hervalt in arbeidsongeschiktheid (tertiaire preventie). Een degelijke investering in psychologische hulpverlening zou onrechtstreeks bijdragen aan de preventie van arbeidsongeschiktheid. Indien men het stijgend aantal langdurig zieken een halt wil toeroepen, dan is investeren in psychologische hulpverlening een eerste belangrijke stap.

- Werken aan de mentale gezondheid van de bevolking begint met dringend werk te maken van een hoger budget voor de psychologische en psychiatrische begeleiding van kinderen en jongeren. Dit is immers de beste preventie voor mentale problemen in het latere leven en dus gedurende de hele periode waarin men beschikbaar is voor de arbeidsmarkt.
- Het is dan ook van essentieel belang dat de initiatieven die tijdens de huidige gezondheidscrisis genomen zijn en die een stap in de goede richting zijn, worden voortgezet, aangezien hierbij ook aandacht is voor mensen in arbeidsongeschiktheid. Op termijn zou het wenselijk zijn het aanbod van psychologische zorg in het kader van de verplichte ziekteverzekering uit te breiden en een betere terugbetaling mogelijk te maken voor al wie die zorg nodig heeft, ook voor mensen in arbeidsongeschiktheid, en aldus de psychologische zorg zo inclusief mogelijk te maken.
- Al moet wel vermeden worden dat de verantwoordelijkheid voor de arbeidsongeschiktheid enkel en alleen bij de zieke personen zelf gelegd wordt. Arbeidsongeschiktheid, ook al heeft ze betrekking tot psychisch lijden, mag niet verengd worden tot een individueel probleem, in die zin dat ze ook een gevolg, een spiegel is van wat zich in de maatschappij afspeelt. We leven in een maatschappij waar de druk steeds hoger ligt en waar er steeds meer gevraagd wordt van de mensen. Psychologische hulp mag niet de enige oplossing zijn om te vechten tegen de niet aflatende druk vanuit de hedendaagse maatschappij. De oplossing zou in de eerste plaats moeten liggen in het creëren van een leefbare, warme en menselijke samenleving. In dat geval zou psychologische hulp niet moeten dienen om enkel de effecten van eventuele fouten van het sociaal en economisch systeem te verzachten.

- In de huidige situatie kan ook worden getracht meer informatie te verstrekken over de bestaande mogelijkheden voor terugbetaling van psychologische begeleiding in de verplichte en aanvullende verzekering. Dit kan opgenomen worden in de communicatie naar de personen in arbeidsongeschiktheid. Dit zou ook beantwoorden aan de nood van respondenten om niet enkel over hun plichten maar ook over hun rechten en financiële mogelijkheden geïnformeerd te worden. Daartoe wordt op dit moment gesproken over de ontwikkeling van een online platform op nationaal niveau om de toeleiding van mensen met psychische problemen op het terrein te verbeteren. Personen op zoek naar hulp (en ook huisartsen, maatschappelijk werkers en andere actoren in het veld) zouden zo met een paar muisklikken de juiste vorm van hulp kunnen vinden. Eveneens is er behoefte aan meer informatie aan de leden over de mogelijkheden om aan een gunstig tarief loopbaanbegeleiding te kunnen volgen.

5.3. Maak uitkeringen voldoende hoog zodat mensen kunnen rondkomen

Sommige respondenten gaven aan dat rondkomen met een ziekte-uitkering heel moeilijk is. Zeker voor alleenstaande ouders is leven van een ziekte-uitkering niet vanzelfsprekend aangezien het enige gezinsinkomen plots drastisch daalt tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid. Een uitkering die hoog genoeg is, is nochtans een belangrijke voorwaarde voor herstel. Dit vermijdt immers dat men uit financiële noodzaak te snel weer aan het werk gaat en niet omdat men hiertoe al in staat is.

Er zijn maatregelen genomen om het bedrag van de uitkeringen te verhogen en deze waren vooral gericht op de laagste uitkeringen. In haar memorandum voor de verkiezingen van 2019 heeft CM aangegeven dat zij wenst dat de minimumuitkeringen worden verhoogd tot de armoedegrens.¹⁴ Dit doel is bijna bereikt: de meeste minima in primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit liggen rond of net boven de armoedegrens. Ook de inhaalpremie (een forfaitair bedrag dat een keer per jaar wordt uitgekeerd) is in 2019 en 2020 verhoogd (En Marche, 2019). Bovendien is in het kader van het interprofessioneel akkoord 2021-2022 een 'welzijnsenveloppe' van bijna 700 miljoen euro beschikbaar gesteld. Deze middelen zullen worden aangewend voor de herwaardering van de sociale uitkeringen. Voor arbeidsongeschiktheid is het de bedoeling om vanaf 2021 bepaalde minimumuitkeringen en de inhaalpremie te verhogen (zodat sommige van de in de tabellen 8 en 9 vermelde bedragen in de loop van 2021 zullen worden verhoogd).

Daarnaast zijn nog andere gunstige maatregelen voor werknemers ingevoerd. Vanaf 2021 zal tijdens de eerste zes maanden

14. In 2019 ligt de armoedegrens rond de 1.230 euro per maand voor een alleenstaande (STATBEL, 2020).

Tabel 8: Algemene principes voor de vaststelling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering voor werknemers (de vermelde brutobedragen zijn geldig in 2021)

<p>Primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan één jaar arbeidsongeschiktheid)</p>	<p>Toe te passen percentage: 60% van het geplafonneerd brutosalaris</p>	<p>Eerste 6 maanden: gezinssituatie speelt geen rol Vanaf de 7e maand: toepassing van een minimumuitkering, afhankelijk van de gezinssituatie en de vraag of men al dan niet een regelmatige werknemer is.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimumuitkeringen (euro/dag) voor reguliere werknemers: <i>met gezinslast (62,08), alleenstaand (49,68), samenwonend (42,60)</i> • Minimumuitkeringen (euro/dag) voor onregelmatige werknemers: <i>met gezinslast (51,18), zonder gezinslast (37,87)</i>
<p>Invaliditeit (wanneer de arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar duurt)</p>	<p>Het percentage dat op het geplafonneerd brutosalaris moet worden toegepast hangt af van de gezinssituatie: 65% voor gezinshoofden - 55% voor alleenstaanden - 40% voor samenwonenden.</p> <p>Inhaalpremie (uitbetaald in mei 2021)</p> <p><i>1 jaar arbeidsongeschiktheid (vanaf 12/31/2020) :</i> met gezinslast 435,47 euro zonder gezinslast 374,27 euro</p> <p><i>2 jaar arbeidsongeschiktheid (vanaf 12/31/2020) :</i> met gezinslast 730,48 euro zonder gezinslast 643,43 euro</p>	

Tabel 9: Algemene principes voor de vaststelling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering voor zelfstandigen (de vermelde brutobedragen zijn geldig in 2021)

<p>Primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan één jaar arbeidsongeschiktheid)</p>	<p>Met ingang van 1 juli 2019 is de carenstijd afgeschaft voor zelfstandigen die langer dan 7 dagen ziek zijn. De uitkering is een forfaitair bedrag (euro/dag) en hangt af van de gezinssituatie: <i>met gezinslast (62,08), alleenstaand (49,68), samenwonend (38,10)</i></p>
<p>Invaliditeit (wanneer de arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar duurt)</p>	<p>De uitkering is een forfaitair bedrag (euro/dag) en hangt af van de gezinssituatie en van de vraag of de zelfstandige al dan niet is gestopt met werken. Met stopzetting bedrijf: <i>met gezinslast (62,08), alleenstaand (49,68), samenwonend (42,62)</i> Zonder stopzetting bedrijf: <i>met gezinslast (62,08), alleenstaand (49,68), samenwonend (38,10)</i></p> <p>Inhaalpremie (uitbetaald in mei 2021) voor zelfstandigen die op 31/12/2020 ten minste één jaar arbeidsongeschikt zijn: 281,13 euro</p>

van arbeidsongeschiktheid een minimumuitkering worden gegarandeerd. Dit minimumbedrag is 49,68 euro per dag, ongeacht de gezinssituatie. Dit betekent dat als de berekende uitkering lager is dan dit minimumbedrag, deze tot dit bedrag wordt verhoogd (zonder het brutodagloon te overschrijden). We wijzen erop dat deze maatregel geleidelijk wordt uitgevoerd:

- Vanaf 01-01-2021 wordt de minimumuitkering toegekend vanaf de eerste dag van de vijfde maand van arbeidsongeschiktheid.
- Vanaf 01-01-2022 zal dit minimum worden toegekend vanaf de eerste dag van de vierde maand.

- Vanaf 01-01-2023, zal het worden toegekend vanaf de eerste dag van de derde maand.
- En vanaf 01-01-2024 wordt het minimum toegekend vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid (behalve voor de periode die onder het gewaarborgd loon valt).

Aanbevelingen

- Het statuut van samenwonende is een belangrijke kwestie. Voor werknemers (zie Tabel 8) houdt de minimumuitkering immers vanaf de zevende maand van arbeidsongeschiktheid

rekening met de gezinssituatie. Als een persoon op dat moment als samenwonend wordt beschouwd, kan de minimumuitkering dus worden verlaagd. Hetzelfde geldt voor de berekening van de uitkering bij de overgang naar invaliditeit: het feit dat men als samenwonende wordt beschouwd, heeft gevolgen voor de berekening van deze uitkering (een percentage van 40% wordt dan toegepast op het geplafonneerde gedeerde brutoloon, terwijl het percentage voor alleenstaanden 55% bedraagt). Maar is de notie "samenwonende" nog aangepast aan de huidige realiteit? Er ontstaan nieuwe samenlevingsvormen, waarbij mensen samenwonen, zonder familiebanden, zonder een echte economische eenheid te vormen (dit wil zeggen zonder een gemeenschappelijke pot voor de dagelijkse uitgaven te delen, bijvoorbeeld). Het huidige wetgevende kader lijkt in het algemeen niet aangepast aan deze maatschappelijke ontwikkelingen, met als gevolg dat veel mensen voor onaangename financiële verrassingen komen te staan. Moet er dan niet gestreefd worden naar de afschaffing van het statuut van samenwonende? Het zal waarschijnlijk nog enige tijd duren voordat dit gebeurt, omdat de budgettaire gevolgen van een dergelijke afschaffing waarschijnlijk aanzienlijk zullen zijn. Dit mag echter geen beletsel vormen voor een fundamentele denkoefening over het statuut van "samenwonende" (te meer daar dit begrip niet noodzakelijk identiek is van de ene wetgeving tot de andere). Op kortere termijn kunnen maatregelen ter verbetering worden overwogen. Daarom stelt CM voor de volgende twee categorieën uit het statuut samenwonende te schrappen bij het berekenen van de uitkeringen.

1. Mensen die ten onrechte als samenwonend werden beschouwd omdat zij hun huishoudelijke uitgaven niet samen doen. Zo zijn sommige bijzondere woonvormen al specifiek door de gemeenten geregistreerd, zodat een ziekenfonds - via het Rijksregister - direct de personen kan identificeren die in deze woonvormen wonen (d.w.z. op hetzelfde adres) en geen huishouden vormen (kangoeroewoningen, collectieve woningen, zorgwoning, enz.). Maar deze mogelijkheid is echter afhankelijk van de registratie door de gemeenten, die niet altijd uniform is. Werken aan een betere registratie met duidelijke richtlijnen zou al een verbetering zijn. Meer mensen zouden dan niet langer hoeven aan te tonen dat zij niet samenwonen (dit is een omslachtige en moeilijke procedure), ook al wonen andere mensen op hun adres.

Een ander voorbeeld van een gelijkaardige problematische situatie: onze diensten maatschappelijk werk melden klachten van leden die hun kinderen tegen hun wil moeten vragen het huis te verlaten, om niet het risico te lopen als samenwonenden te worden bestempeld. Om dit te voorkomen zou het inkomensplafond voor kinderen die bij

hun ouder(s) of voormalige voogd wonen, kunnen worden verhoogd (de gezinssituatie die bepalend is voor de uitkering hangt af van een inkomensonderzoek, waaronder dat van het kind dat bij zijn of haar ouders woont). Het gaat daarbij niet alleen om kinderen en hun biologische ouders, maar ook om de relatie kind-voogd, kind-pleegouder, kind-adoptiefouder, enz.

2. Mensen die feitelijk samenwonen, maar van wie het huishouden zich al in een situatie van financiële kwetsbaarheid bevindt. Het gaat om huishoudens waarvan het inkomen lager is dan een referentiebudget waarmee ze een menswaardig leven kunnen leiden (in dit verband kunnen we ons laten inspireren door de referentiebudgetten berekend door het Centrum voor budgetadvies en -onderzoek (CEBUD)¹⁵). Maar we denken ook aan mensen die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (het feit dat ze dit statuut hebben wijst al op een precaire financiële situatie), mensen die financiële steun krijgen van het OCMW, mensen in collectieve schuldenregeling, alsook mensen die begeleid worden door het OCMW in het kader van schuldbemiddeling.
- Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zijn belastbaar, een voorheffing (ongeveer 11%) wordt ingehouden op de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering. Er moet worden opgemerkt dat in sommige gevallen, voor lage uitkeringen, zonder cumulatie met andere inkomsten, deze voorheffing niet wordt toegepast - in overeenstemming met de regelgeving inzake voorheffing - en is het bruto dus gelijk aan het netto. Bovendien wordt er maximaal 3,5% op de invaliditeitsuitkering ingehouden ten gunste van de pensioensector. Ook hier zijn er uitzonderingen: onder een minimumbedrag aan uitkering wordt er niets meer ingehouden.
 - Een van de manieren om mensen in arbeidsongeschiktheid in staat te stellen een behoorlijker inkomen te verwerven, zou dan ook een gunstiger belastingregeling kunnen zijn. Bijvoorbeeld: er zijn belastingvoordelen voor gehandicapten en invaliden (Sociale Dienst, 2019). Waarom zouden we deze mogelijkheden niet uitbreiden tot personen die periodes van primaire arbeidsongeschiktheid kenden?

5.4. Zet in op een betere begeleiding naar herstel en werkhervatting

Respondenten willen zich bij de adviserend arts in de eerste plaats gehoord en begrepen voelen. Ze hebben nood aan iemand die zich in hun situatie kan inleven. Ze vragen dat een adviserend arts meer tijd zou krijgen om hun specifieke situatie beter te leren kennen. Zo kan de adviserend arts bij zijn of haar beslissing rekening houden met alle elementen, waaron-

15. Zie <https://www.cebud.be/referentiebudgetten>

der het verhaal van de persoon, alsook het medisch dossier en de aanbevelingen van de behandelend arts. Van de adviserend arts verwachten de respondenten begeleiding bij hun herstel onder de vorm van tips, advies en ondersteuning. Wat kan men doen om te herstellen en wat en wie kan daarbij helpen? Daarna verwachten ze begeleiding van de adviserend arts bij hun werkhervatting. Wat zijn de mogelijkheden om weer aan het werk te gaan? Hoe pakt men dit het best aan? En wat is het beste moment hiervoor? Ook hier vragen ze dat de adviserend arts meer tijd krijgt. Al dan niet weer aan het werk gaan na een periode van arbeidsongeschiktheid is namelijk om een beslissing met grote gevolgen voor de persoon in kwestie.

Aanbevelingen

- CM zet zich in om zowel bij het grote publiek als bij de overheid meer bekendheid te geven aan alle taken en functies van de adviserend arts. In het kader van de arbeidsongeschiktheid is de rol van de adviserend arts in feite opgedeeld in twee opdrachten: (1) advies, informatie en begeleiding en (2) controle op de arbeidsongeschiktheid. De adviserend arts is dus niet alleen een medisch inspecteur. In haar strategische visie als gezondheidsfonds is CM van mening dat de rol van begeleider (met tips, advies en ondersteuning) van de adviserend artsen op het niveau van de ziekenfondsen van essentieel belang is, zowel bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid als bij het reïntegratieproces, maar ook bij de begeleiding van de leden. CM wil dat dit laatste aspect wordt ontwikkeld in het kader van het project waarbij CM wordt omgevormd tot gezondheidsfonds, waar de deskundigheid van de verzekeringsinstellingen ten dienste van de leden kan worden gesteld. Er moet dus verder worden gewerkt aan deze lopende projecten. Er moet dus verder worden gewerkt aan deze lopende projecten.
- CM steunt een geïntegreerde aanpak met een team dat zich richt op de behoeften van de persoon in arbeidsongeschiktheid (waaronder, naast de adviserend arts, paramedici en andere mensen die betrokken zijn bij de ondersteuning van de leden), zowel in het kader van de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid als in het kader van het reïntegratieproces. Dit team zou de leden de best mogelijke begeleiding en ondersteuning bieden.

Respondenten wensen op voorhand een duidelijker kader voor het gesprek met de adviserend arts. Wat kan men verwachten van dit gesprek en wat is de rol van de adviserend arts? Voor sommigen is deze rol onduidelijk, bij sommigen leeft de perceptie dat de adviserend arts er louter is ter controle. Dit is vaak een bron van extra stress voor de arbeidsongeschikte persoon, wanneer hij/zij opgeroepen wordt. Meer uitleg over wat men kan verwachten zou eventuele bezorgdheden kunnen verminderen. Er kunnen dus inspanningen worden geleverd om deze rol in de praktijk verder te verduidelijken en om tegemoet te komen aan de bezorgdheid die de respondenten hebben geuit.

Aanbevelingen

- Bij het versturen van een uitnodiging voor een gesprek met de adviserend arts naar een persoon in arbeidsongeschiktheid moet duidelijk uitgelegd worden wat men kan verwachten van dit gesprek en wat de rol van de adviserend arts is in de opvolging van de arbeidsongeschiktheid en de werkhervatting.
- Een aantal getuigenissen toont dat het belangrijk is dat de adviserend arts aandachtig blijft voor het feit om (meer) duiding te geven aan een persoon bij een beslissing rond arbeidsongeschiktheid en/of werkhervatting. Als de mensen inzicht hebben op basis van welke elementen de adviserend arts zijn of haar beslissing genomen heeft en waarom, is de kans groter dat zij dit begrijpen en er een beter gevoel bij hebben, ook al is de beslissing niet diegene waarop men gehoopt had.

5.5. Zet nog meer in op informatie en begeleiding van het administratief proces van arbeidsongeschiktheid en werkhervatting

Respondenten hebben de nood geuit aan informatie over hoe ze de administratie in orde moeten maken en houden voor hun arbeidsongeschiktheid en hun werkhervatting. Ze wensen proactief informatie over wat ze, wanneer moeten doen en hoe ze dit moeten doen. Een overzicht met de verschillende stappen die men moet doorlopen zou handig zijn. Wat moet men doen om de arbeidsongeschiktheid aan te geven en een uitkering te ontvangen? Hoe moet men de administratie in orde maken bij een verlenging van de arbeidsongeschiktheid? Waar moet men aan denken bij een werkhervatting? Bij de informatie dient men aandacht te besteden aan een eenvoudig en verstaanbaar taalgebruik (en dus geen administratieve of complexe taal). Bovendien drukten de respondenten de wens uit om niet enkel informatie te krijgen over hun plichten, maar ook over hun rechten en mogelijkheden tijdens de arbeidsongeschiktheid.

Aanbeveling

- Als mutualiteit nog meer inzetten op proactieve informatie over de administratie in eenvoudige taal, waarin stap voor stap wordt uitgelegd wat men moet doen in welke fase van de arbeidsongeschiktheid en/of de werkhervatting. Hierbij zou meer informatie op maat aangeboden moeten worden.

Naast informatie hebben sommige personen in arbeidsongeschiktheid ook nood aan hulp bij het in orde maken van de administratie. Sommige mensen hebben deze hulp nodig omdat ze hier, zeker in het begin van hun arbeidsongeschiktheid, mentaal of fysiek niet toe in staat zijn. Anderen hebben nood aan hulp omdat ze het administratief traject te moeilijk of complex vinden om het alleen te kunnen. Er is nood aan iemand die samen met hen deze administratie in orde maakt, eventueel onder de vorm van een persoonlijke begeleiding.

Aanbevelingen

- Als mutualiteit nog meer inzetten op het aanbieden van persoonlijke hulp bij het in orde maken van de administratie. Dit moet op maat van de persoon gebeuren en volgens het kanaal van zijn of haar voorkeur: telefonisch, in een persoonlijk (face-to-face) gesprek of via digitale middelen.
- Informatie over de mogelijkheid om deze hulp te krijgen, moet eenvoudig en snel te vinden zijn en moet duidelijk vermeld staan in de communicatie naar personen in arbeidsongeschiktheid.

Respondenten hebben niet enkel nood aan informatie over de administratieve kant van werkhervatting, maar ook over alle mogelijkheden rond begeleiding in het traject naar werkhervatting. Respondenten geven aan dat deze informatie niet altijd gemakkelijk te vinden is en dat je deze zelf moet zoeken. Dit kost vaak te veel energie. Er is heel wat informatie maar als je je niet goed voelt, is het niet gemakkelijk om dit allemaal zelf uit te zoeken. Bovendien is de informatie vaak ook versnipperd aanwezig. Alle nodige informatie zou beter op één plaats verzameld zijn. Er blijft vaak veel onduidelijkheid over wat mag of mogelijk is en wat niet. Dit geeft veel onzekerheid, angst en stress op een moment dat je dit kan missen.

Aanbeveling

- Als mutualiteit nog meer inzetten op het geven van informatie over de mogelijkheden tot werkhervatting. Deze informatie dient gemakkelijk te vinden zijn en dient verzameld te zijn op één plaats. Er moet meer duidelijkheid komen over wat er mogelijk is en wat de gevolgen hiervan zijn, met name op financieel vlak. Hier is mogelijk een rol weggelegd voor de paramedici die samenwerken met de adviserend arts.

5.6. Vereenvoudiging het administratief proces voor arbeidsongeschiktheid en werkhervatting

Respondenten vinden het administratief proces te complex. Ze vragen een vermindering van het aantal in te vullen papieren en een eenvoudiger en begrijpbaar taalgebruik. Binnen CM werden sommige brieven in het kader van arbeidsongeschiktheid al nagelezen en aangepast om ze eenvoudiger en begrijpbaar te maken. Zo werden de uitnodigingsbrieven arbeidsongeschiktheid nagelezen door het Observatorium chronisch zieken (RI-ZIV) en aangepast volgens de daar gemaakte opmerkingen. In Vlaanderen worden brieven steeds nagelezen door 'Heerlijk Helder'¹⁶. In Wallonië bestaat er (voorlopig) geen equivalent hiervoor. In de toekomst zal dit nalezen van de brieven, die verstuurd worden door het ziekenfonds, verdergezet en uitgebreid moeten worden.

Respondenten vragen een digitalisering van de administratie arbeidsongeschiktheid en werkhervatting. Zo hoeven ze niet meer van de arts naar de werkgever te gaan en dan weer naar de mutualiteit om de administratie in orde te maken. Ze vragen eveneens meer rechtstreekse administratie tussen arts, mutualiteit en werkgever, zodat de persoon in arbeidsongeschiktheid dit niet allemaal zelf moet doen. Sommige respondenten vinden de timing om alle attesten binnen te brengen wat kort. De medische attesten (aangifte en verlenging arbeidsongeschiktheid) moeten regelmatig en snel doorgestuurd worden naar de mutualiteit. Respondenten geven aan dat de post ook niet altijd een snelle optie is.

Aanbevelingen

- De screening van brieven naar leden in arbeidsongeschiktheid op taalgebruik verderzetten. Administratieve en complexe taal moet zoveel mogelijk vermeden worden en omgezet worden in een eenvoudig en begrijpbaar taalgebruik. De brieven worden best getest bij het doelpubliek zodat men zeker kan zijn dat het effectief om een verbetering gaat.
- Inzetten op een digitalisering en een elektronische uitwisseling van gegevens tussen de verschillende actoren binnen het proces arbeidsongeschiktheid.

CM wil graag inzetten op de digitalisering van de administratie van de arbeidsongeschiktheid en werkhervatting. De ambitie hierbij is te komen tot een administratieve ontzorging voor de leden (automatische toekenning van rechten, onnodige stappen voor het lid vermijden) maar ook een vereenvoudiging en efficiëntiewinst voor de CM-medewerkers in de medische en administratieve processen. Door deze efficiëntiewinst kunnen middelen vrijgemaakt worden voor de begeleiding van leden in arbeidsongeschiktheid. Een administratieve vereenvoudiging zou al een gedeeltelijk antwoord kunnen zijn op de opmerking van de respondenten rond het teveel aan brieven. Digitalisering zou een antwoord kunnen bieden op de krappe termijn waarbinnen bepaalde attesten binnengebracht moeten worden. Via digitale weg kan er veel tijdswinst geboekt worden in vergelijking met het opsturen van attesten per post of de verplaatsing naar verschillende actoren om het dossier in orde te maken.

Een aantal pistes tekenen zich af in het kader van de digitalisering:

- Het mogelijk maken dat het ziekenfonds alle relevante vertrouwelijke attesten in elektronische vorm ontvangt. Om een aangifte arbeidsongeschiktheid te doen moet het lid momenteel dit document 'vertrouwelijk' laten invullen door de behandelende arts. Vervolgens is het aan het lid om dit document aan het ziekenfonds te bezorgen, via de post of een persoonlijke afgifte in een CM-kantoor. Het zou voor het lid

16. Zie <https://smartbelgium.belfius.be/klare-taal-maakt-gezondheidszorg-toegankelijker/>

veel eenvoudiger en tijdbesparend zijn als de behandelend arts dit document rechtstreeks doorstuurt naar het ziekenfonds via elektronische weg.

- Digitalisering en vereenvoudiging van de processen in verband met re-integratie (verlengingen voor toegelaten arbeid) voor leden. Wij willen de inhoud van het formulier voor de aanvraag van de verlenging van toegelaten arbeid vereenvoudigen en een vereenvoudigd formulier ter beschikking stellen. Hiervoor is echter een wetswijziging nodig. Idealiter zou dit formulier ook online beschikbaar moeten zijn.
- Automatisering en digitalisering van het proces van het 'onderzoek gezinslast en inkomen van gezinsleden'. In de zevende maand moet bij de betrokken personen een onderzoek gedaan worden naar de gezinssamenstelling en het inkomen van de gezinsleden. Het doel van dit onderzoek is de mogelijke toekenning van een minimumuitkering in de zevende maand. Dit onderzoek moet eveneens gebeuren bij de overgang naar de invaliditeit om het vergoedingspercentage van de uitkering te bepalen. Momenteel moeten het lid en de mensen in zijn of haar huishouden alle informatie invullen en iedereen moet het document ondertekenen. Het zou eenvoudiger zijn als het ziekenfonds dit soort informatie rechtstreeks zou kunnen inwinnen bij de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, de gemeenten, het Ministerie van Financiën, enz. Door de informatie te halen waar zij reeds beschikbaar is, zou CM haar leden automatisch hun rechten kunnen toekennen en onnodige en omslachtige administratieve procedures vermijden.

5.7. Stel werkaanpassingen voor om herval in arbeidsongeschiktheid te voorkomen

De resultaten van ons onderzoek toonden aan dat werkaanpassingen zoals arbeidstijdverkorting, een minder veeleisende en minder fysiek zware job, of de mogelijkheid om de werkuren aan te passen, elementen zijn die mensen enorm helpen wanneer zij het werk hervatten. Wij hebben echter vastgesteld dat sommige van deze aanpassingen nog onvoldoende worden toegekend bij werkhervatting: 40% van de mensen die werkaanpassingen wensten, kregen die niet. Deze resultaten bevestigen ook de resultaten van een andere recente studie (Boets et al., 2020) waaruit blijkt dat de meest toegekende aanpassing, zij het tijdelijk, de progressieve werkhervatting is, terwijl andere kleine aanpassingen die zeer nuttig zouden kunnen blijken, zoals ergonomische aanpassingen, nog te weinig worden toegepast.

Het feit dat 40% van de respondenten bij de werkhervatting aanpassingen nodig had, maar deze niet heeft gekregen, roept vragen op. Zeker omdat uit een recente systematische review van de wetenschappelijke literatuur blijkt dat interventies op de werkplek gunstig zijn voor het verkorten van de duur van arbeidsongeschiktheid onder werknemers die arbeidsongeschikt zijn als gevolg van burn-out (Perl, 2019). Een gebrek aan aanpassingen kan ook het risico op herval met zich meebrengen, wat indruist tegen de doelstellingen van reïntegratie van langdurig zieken op de arbeidsmarkt.

Het voorstellen van werkaanpassingen wanneer mensen na een periode van arbeidsongeschiktheid het werk hervatten, en het bewust maken van werkgevers van het belang van het aanbieden van deze werkaanpassingen, lijkt ons dan ook een fundamentele manier om het risico van arbeidsongeschiktheid te verminderen en het risico op herval te voorkomen. Deze aanpassingen blijken echter niet altijd gemakkelijk in te voeren te zijn. Zo meldde een meerderheid van de deelnemers aan dit onderzoek dat aanpassingen niet konden worden doorgevoerd omdat ze onverenigbaar waren met de organisatie van het werk of met het verrichte werk. In de studie van Boets et al. (2020) werden deze organisatorische problemen ook genoemd als een belemmering voor re-integratie. Dit brengt ons bij de volgende vraag. Hoe kunnen werkgevers geholpen worden bij het doorvoeren van werkaanpassingen in geval van werkhervatting, of hoe kunnen ze geholpen worden bij het voeren van een goed beleid inzake arbeidsreïntegratie? Verschillende pistes zijn mogelijk.

5.7.1. [Betrek werkgevers actiever bij de werkhervatting](#)

Aanbevelingen

- Het lijkt ons essentieel dat de regering en de beleidsmakers de werkgevers meer stimulansen geven om hun werknemers te re-integreren, door het aanbieden van echt aangepast werk. Een efficiënte mogelijkheid is het financieel belonen van werkgevers via incentives indien hij voldoende kansen biedt tot re-integratie in plaats van te sanctioneren bij onvoldoende kansen. Er kan ook gedacht worden aan vergoedingen voor bedrijven die de gemaakte kosten van de aanpassingen aan het werk compenseren. Extra aandacht dient te gaan naar kleine bedrijven, die minder mogelijkheden tot redelijke aanpassingen hebben dan grote bedrijven.
- Het is eveneens belangrijk om de bedrijven beter te informeren over de (financiële) ondersteuningsmogelijkheden die reeds bestaan om hen te helpen bij de re-integratie. Zo kunnen bedrijven een Vlaamse ondersteuningspremie (Vlaanderen, 2021) krijgen voor werknemers met een erkende arbeidshandicap. Deze premie kan gebruikt worden voor de compensatie van de lagere productiviteit, begeleiding en ondersteuning door de leidinggevende of aanpassingen aan het uurrooster of het takenpakket van de werknemer. Deze maatregel is er ook voor werknemers met een tijdelijke arbeidshandicap (bijvoorbeeld personen die herstellen van kanker). Ook in andere regio's van het land (AViQ, 2021) worden initiatieven genomen om bedrijven te helpen om mensen die tijdens hun loopbaan een handicap opliepen aan het werk te houden.

5.7.2. [De steun van de leidinggevende versterken wanneer de betrokkene het werk hervat](#)

Uit onze resultaten bleek dat het gebrek aan steun van de leidinggevende bij werkhervatting een probleem is. Dit is de aanpassing aan het werk die het moeilijkst te verkrijgen is en de op één na grootste belemmering om weer aan het werk te gaan.

Aanbevelingen

- Werkgevers zouden in hun reïntegratiebeleid meer aandacht moeten besteden aan de bewustmaking en aanmoediging van de leidinggevende om hun werknemers meer te steunen wanneer zij terugkeren na een periode van arbeidsongeschiktheid.
- Het is ook belangrijk om de leidinggevendenden bewust te maken van het belang van een progressieve werkhervatting, zonder druk.

5.7.3. Versterking van de rol van en de samenwerking met de preventieadviseur - arbeidsarts

Uit de resultaten van deze studie bleek dat slechts een minderheid van de respondenten aangaf door de arbeidsarts te zijn geholpen bij de werkhervatting.

Anderzijds lijkt informele re-integratie, in de vorm van een bezoek met de arbeidsarts voorafgaand aan de werkhervatting, een effectieve methode als het gaat om werkhervatting bij de eigen werkgever (Boets et al., 2020). Het doel van dit bezoek vóór de werkhervatting is de preventieadviseur of de arbeidsarts de mogelijkheid te geven om aan de werkgever aanpassingen van de werkplek voor te stellen en dit voor de werkhervatting (FOD Werkgelegenheid, 2021). Dit bezoek stelt de werknemer dus in staat om, wanneer hij weer aan het werk gaat, gemakkelijker te reïntegreren op een aangepaste werkplek. De werkgever is verplicht om alle werknemers, ongeacht of ze al dan niet onder gezondheidstoezicht staan, te informeren over hun recht om van dit bezoek gebruik te maken, zelfs als er geen sprake is van langdurige arbeidsongeschiktheid (FOD Werkgelegenheid, 2021). Het met de arbeidsarts georganiseerde bezoek kan daarom een goede manier zijn om een succesvolle terugkeer op het werk te bevorderen.

Aanbevelingen

- De arbeidsarts meer betrekken bij het traject van de werkhervatting.
- De arbeidsarts een functiebeschrijving of een lijst van alle functies en taken binnen de organisatie bezorgen, kan ook nuttig zijn met het oog op het voorstellen van relevante werkaanpassingen in relatie tot de functie van de werknemer die het werk hervat ¹⁷.

5.7.4. Versterk de rol van de publieke organisaties voor sociaal-professionele integratie

Om de terugkeer naar het werk te bevorderen, zou de rol van de publieke organisaties voor sociaal-professionele integratie (VDAB, FOREM, ACTIRIS, ADG) kunnen worden versterkt. Uit onze resultaten blijkt inderdaad dat slechts een zeer klein aan-

tal respondenten (3%) van mening is dat zij door deze actoren zijn geholpen toen zij het werk hervatten.

Deze actoren kunnen echter een belangrijke rol spelen wanneer een werkhervatting bij de huidige werkgever niet echt mogelijk is en mogelijkheden van omscholing of het zoeken van werk bij een andere werkgever, moeten worden overwogen.

Aanbeveling

- Versterk de samenwerking met de organisaties voor socio-professionele integratie (VDAB, FOREM, ACTIRIS, ADG) bij werkhervatting, zeker wanneer een werkhervatting bij de huidige werkgever niet mogelijk is.

5.8. Besluit

Een periode van arbeidsongeschiktheid doormaken is niet vanzelfsprekend. Laten we nog eens herhalen dat arbeidsongeschikt zijn geen voorrecht is! Integendeel. Het betekent moeten leven met beperkte middelen terwijl men geconfronteerd is met ziekte en de gevolgen daarvan. De respondenten van onze enquête vragen geen medelijden. Wat hen ontbreekt is niet de motivatie om te werken, maar het vermogen om hun werk te doen. Velen van hen nemen, wanneer zij daartoe in staat zijn, initiatieven in die richting, zoeken informatie, vragen om aanpassingen aan hun werk, enz. Maar zij vertellen ons ook dat dit op het juiste moment moet gebeuren, wanneer zij voldoende hersteld zijn. Dit lijkt misschien vanzelfsprekend, maar zich verzorgen, herstellen, zich opnieuw opbouwen (na een burn-out, een depressie, enz.) kost tijd. Geduld is dus ook een aanbeveling die geldt voor de samenleving als geheel: de tijd nemen om een, soms langdurige, arbeidsongeschiktheid te overwinnen, is geen teken van luiheid, het is een soms ingewikkeld proces (met heen en weer), dat tijd kost en dat niet onder druk kan gedaan worden.

Maar we kunnen meer en beter doen. Eerst en vooral met een ambitieus en duurzaam beleid om het risico op arbeidsongeschiktheid te voorkomen. En eenmaal mensen arbeidsongeschikt zijn, kunnen wij de ondersteuning voor deze mensen verbeteren, ook op het moment dat men het werk kan hervatten. Er is dus nog veel ruimte voor verbetering, zoals blijkt uit de bovenstaande aanbevelingen, op voorwaarde dat wij luisteren naar de noden die de mensen zelf kenbaar maken.

Dat is wat we met deze studie hebben gedaan. Door een stem te geven aan personen in arbeidsongeschiktheid, hebben wij onze kennis van de trajecten van de arbeidsongeschiktheid kunnen vergroten en hebben wij concrete noden in kaart kunnen brengen die aandachtspunten zijn voor alle actoren in deze sector van de sociale zekerheid (overheid, ondernemingen, ziekenfondsen). Deze kennis is waardevol en wij willen van harte de 4.350 respondenten bedanken die tijd en energie hebben gestoken in

17. Deze suggestie is gedaan door enkele respondenten van ons onderzoek.

het invullen van een lange en moeilijke vragenlijst. Zij hebben hun deel gedaan. Het is nu aan ons om ons steentje bij te dragen en ervoor te zorgen dat arbeidsongeschiktheid op de politieke agenda blijft staan en dat mensen die arbeidsongeschikt zijn de steun, erkenning en waardering krijgen die ze verdienen.

Bibliografie

- Avalosse, H., Vancorenland, S., en Verniest, R. (2016) De financiële en sociale situatie van invaliden, *CM-Informatie*, 266, 3-15.
- AViQ (2021) *Comment maintenir à l'emploi un travailleur handicapé?*, Website geconsulteerd in april 2021.
Beschikbaar op:
https://www.aviq.be/handicap/vosbesoins/se_former_travailleur/employeurs/comment_maintenir.html
- Boets, I., Godderis, L., De Greef, V., en Deroubaix, H. (2020) *Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk. Samenvatting kwantitatieve, kwalitatieve en juridische evaluatie.*
Verslag beschikbaar op:
https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Onderzoeksprojecten/RTW_Samenvatting_WP1en2en3_NL.pdf
- CM (2021) *CM-tegemoetkoming psychotherapie*, Website geconsulteerd in april 2021.
Beschikbaar op:
<https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/terugbetalingen-behandelingen/geestelijke-gezondheid/CM-tegemoetkoming>
- Dermagne, P.-Y. (2020) *Beleidsverklaring. Economie en Werk*, Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers.
Beschikbaar op:
<https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/1610/55K1610014.pdf>
- Di Zinno, T., Avalosse, H., Karakaya, G., Lambert, L., Lange, B., Lona, M., Meeus, A., Von Rauch, E., en Vrancken, J. (2019) *Gezondheidsstatus van personen in primaire arbeidsongeschiktheid - Longitudinale analyse 2014-2016*. Brussel: Intermutualistische Agentschap.
Beschikbaar op:
https://aim-ima.be/IMG/pdf/20191218_-_gezondheidsstatus_van_personen_met_eeen_pimaire_arbeidsongeschiktheid-2.pdf
- En Marche (2019) *La prime de rattrapage revalorisée*, Website geconsulteerd in april 2021.
Beschikbaar op:
<https://www.enmarche.be/services/incapacite-de-travail-et-invalidite/la-prime-de-rattrapage-revalorisee>
- FOD Volksgezondheid (2021) *COVID-19 : Protocolakkoord van 2 december 2020*, Website geconsulteerd in april 2021.
Beschikbaar op:
<https://www.health.belgium.be/nl/node/38853>
- FOD Werkgelegenheid (2021) *Het gezondheidstoezicht op de werknemers*, Website geconsulteerd in april 2021.
Beschikbaar op:
<https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/het-gezondheidstoezicht-op-de-werknemers>
- Grommen, S. (2021) *Volvo brengt een stukje Zweden naar België: alle werknemers kunnen half jaar geboorteverlof opnemen*, VRT-nws.
Beschikbaar op:
<https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2021/03/30/volvo-brengt-een-stukje-zweden-naar-belgie-alle-werknemers-krij/>
- MC (2021) *Comment bénéficiaire de l'avantage psychologie ?*, Website geconsulteerd in april 2021.
Beschikbaar op:
<https://www.mc.be/mes-avantages/soins-au-quotidien/psycho#:~:text=La%20MC%20rembourse%20vos%20consultations,le%20sign%C3%A9%20%C3%A0%20votre%20mutualit%C3%A9>
- Perl, F. (2019) *Réinsertion professionnelle de personnes en burn-out: développement d'un itinéraire de soins*, De Hoge Gezondheidsraad, studiedag "Burn-out: De steutels om in te grijpen", 12 december 2019. Beschikbaar op:
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/121219_trajet_de_soin_inami_f_perl_8.pdf
- RIZIV (2018) *Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden. Werknemersregeling en regeling der zelfstandigen - Periode 2007 – 2016*.
Beschikbaar op:
https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_du_verklarende_factoren_invaliditeit_2007_2016.pdf
- RTBF (2018) *Mails bloqués entre 18h et 7h chez Lidl: «La seule bonne façon d'appliquer le droit à la déconnexion»*, Website geconsulteerd in april 2021.
Beschikbaar op:
https://www.rtf.be/info/societe/detail_les-employes-de-chez-lidl-ont-desormais-droit-a-la-deconnexion-pas-de-mails-entre-18h-et-7h?id=10007011
- Saks, Y. (2017) Een beter inzicht verwerven in het verloop van het aantal begunstigen van de invaliditeitsverzekering, *Economisch tijdschrift*, september 2017, 59-72.
Beschikbaar op:
https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2017/ecotijdii2017_h5.pdf
- Sociale Dienst (2019) *L'avantage fiscal pour les personnes en invalidité ou handicapées*, *En Marche*, Website geconsulteerd in april 2021.
Beschikbaar op:
<https://www.enmarche.be/services/avantages-sociaux-et-aides-aux-familles/l-avantage-fiscal-pour-les-personnes-en-invalidite-ou-handicapees-2.htm>
- Sonnentag, S., en Fritz, C. (2014) Recovery from job stress: The stressor-detachment model as an integrative framework, *Journal of Organizational Behavior*, 36(S1), S72–S103. doi:10.1002/job.1924
- STATBEL (2020) *Belgische armoede-indicatoren 2019 volgens regio en provincie*, Website geconsulteerd in april 2021.
Beschikbaar op:
<https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/risico-op-armoede-sociale-uitsluiting>
- Vlaanderen (2021) *Vlaamse ondersteuningspremie*, Website geconsulteerd in april 2021.
Beschikbaar op:
<https://www.vlaanderen.be/vlaamse-ondersteuningspremie>
- Wet betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk.
Beschikbaar op:
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1996080400&table_name=wet

Arbeidsongeschiktheid - cijfers en indicatoren

Werknemers in de private sector (met inbegrip van werklozen)¹, alsook zelfstandigen, ontvangen een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of ongeval. Als de arbeidsongeschiktheid niet langer dan een jaar duurt, spreekt men van primaire arbeidsongeschiktheid. Als de arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar duurt, spreekt men van invaliditeit. De uitkering wordt beëindigd op het moment dat het pensioen wordt opgenomen.

Een werknemer die arbeidsongeschikt wordt, krijgt niet noodzakelijk onmiddellijk een uitkering.

- Voor loontrekkenden moet rekening worden gehouden met de periode van gewaarborgd loon (14 dagen voor arbeiders en 30 dagen voor bedienden) tijdens welke de werkgever tussenbeide komt. Voor werklozen is er geen periode van gewaarborgd loon, de uitkering wordt betaald vanaf de eerste dag.*
- Voor zelfstandigen is er een carenstijd waarin er geen uitkering is. Tot 2017 was deze periode één maand. In 2018 werd dit teruggebracht tot 15 dagen. Laatste wijziging: met ingang van 1 juli 2019 is de carenstijd afgeschaft. De zelfstandige krijgt een uitkering vanaf de eerste dag, op voorwaarde dat de arbeidsongeschiktheid ten minste acht dagen duurt.*

Hieronder geven we een aantal statistische indicatoren weer (uit verschillende RIZIV-rapporten en -studies) betreffende arbeidsongeschiktheid: Wat zijn de aantallen? Wat is het risiconiveau om arbeidsongeschikt te worden? Wat is het profiel van de personen die een uitkering krijgen? Wat zijn de kosten?

1. Primaire arbeidsongeschiktheid

1.1. Aantal vergoede dagen per jaar

Een eenvoudige manier om de omvang van primaire arbeidsongeschiktheid te bekijken is het aantal vergoede dagen te tellen (zie Figuur 1). In 2010 werden in totaal 32,8 miljoen dagen vergoed. Dit aantal bedraagt 41,7 miljoen in 2019, dit is een toename met ongeveer 2,7% per jaar.

De situatie verschilt echter sterk naar gelang van het type werknemer: het aantal vergoede dagen voor arbeiders groeit veel minder snel, namelijk met 0,7% per jaar. Voor bedienden in de private sector is de groei daarentegen veel groter: ongeveer 5,9% per jaar. Het aandeel van de vergoede dagen voor werknemers in het totale volume stijgt van 29% in 2010 tot 38% in 2019.

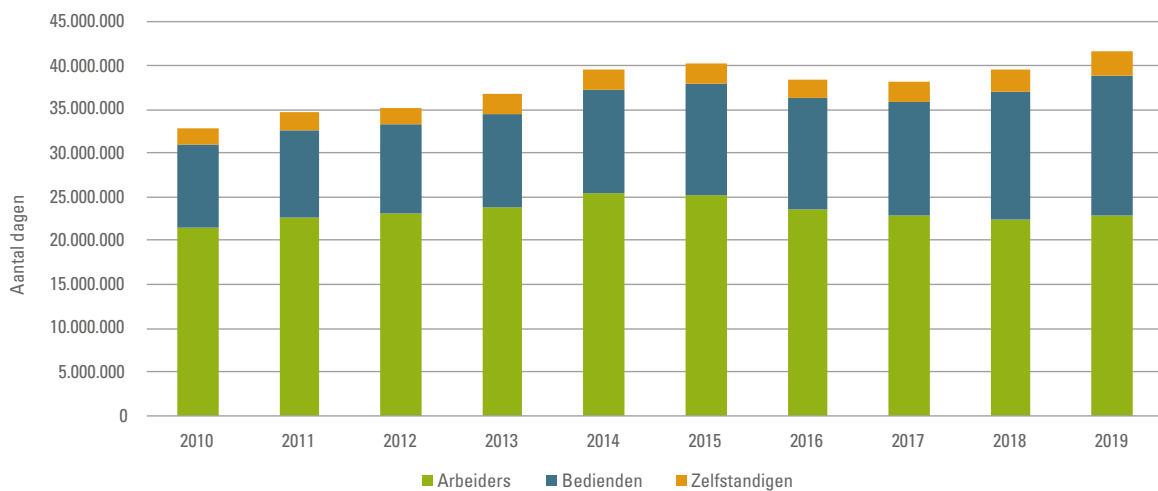
Bij de zelfstandigen kent het aantal vergoede dagen een gematigde groei van ongeveer 1,1% tussen 2010 en 2017. Daarna neemt dit aantal sneller toe, maar dit is waarschijnlijk te wijten aan het feit dat de carenstijd in 2018 en 2019 is afgenomen. In 2019 vertegenwoordigt het aantal vergoede dagen voor zelfstandigen 7% van het totale aantal vergoede dagen.

1.2. Aantal perioden van primaire arbeidsongeschiktheid beëindigd in de loop van een jaar

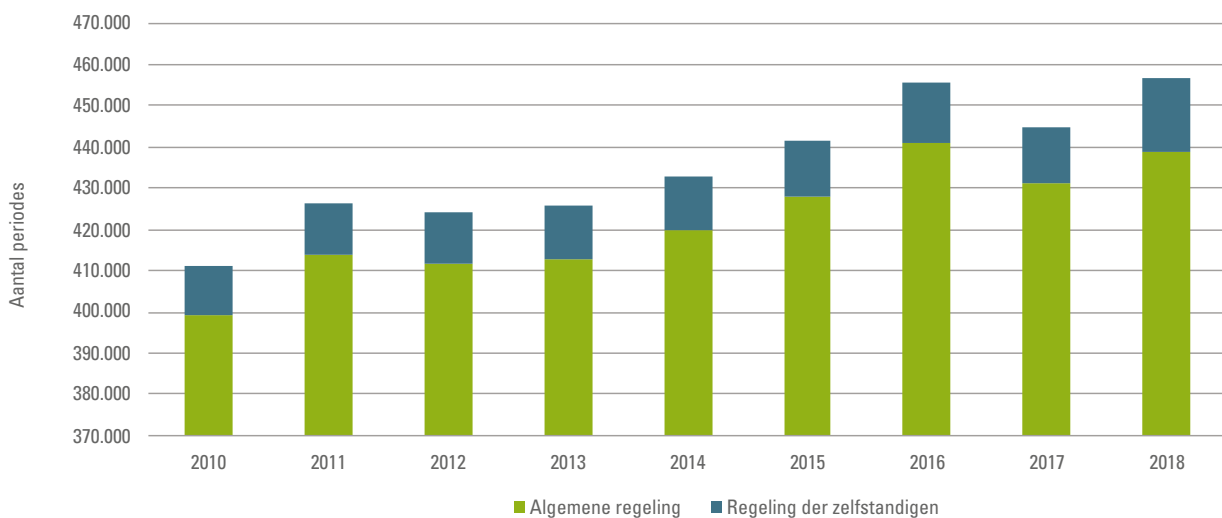
Een andere manier waarop het RIZIV te werk gaat, is door het tellen van de perioden van primaire arbeidsongeschiktheid beëindigd in de loop van een jaar. Eenzelfde persoon kan immers in de loop van hetzelfde jaar verschillende perioden van primaire arbeidsongeschiktheid doormaken. Perioden die niet langer duren dan de periode van het gewaarborgd loon (loontrekkenden) of de carenstijd (zelfstandigen) worden niet meegeteld (omdat ze niet gekend zijn). Indien de arbeidsongeschiktheid daarentegen doorloopt na het gewaarborgd loon of de carenstijd, worden de periodes voor hun totale duur in aanmerking genomen. In 2018 waren er 456.604 vergoede periodes (zie Figuur 2). Bijna 96% van deze periodes heeft betrekking op werknemers van de algemene regeling (= werknemers in de private sector).

1. Ambtenaren (die hun eigen regeling hebben en niet door de ziekenfondsen worden gedekt voor het risico van arbeidsongeschiktheid) zijn buiten beschouwing gelaten.

Figuur 1: Aantal vergoede dagen van primaire arbeidsongeschiktheid



Figuur 2: Aantal periodes van primaire arbeidsongeschiktheid



1.3. Profiel van personen in primaire arbeidsongeschiktheid (op basis van de periodes van primaire arbeidsongeschiktheid beëindigd in 2018)

Binnen de algemene regeling:

- 65% van de periodes primaire arbeidsongeschiktheid betreft arbeiders en 33% betreft bedienden;
- 47% van de periodes heeft betrekking op mannen, 53% op vrouwen.

Wat de leeftijd betreft (zie Figuur 3), zien we vooral bij de zelfstandigen dat het aantal periodes de neiging vertoont toe te

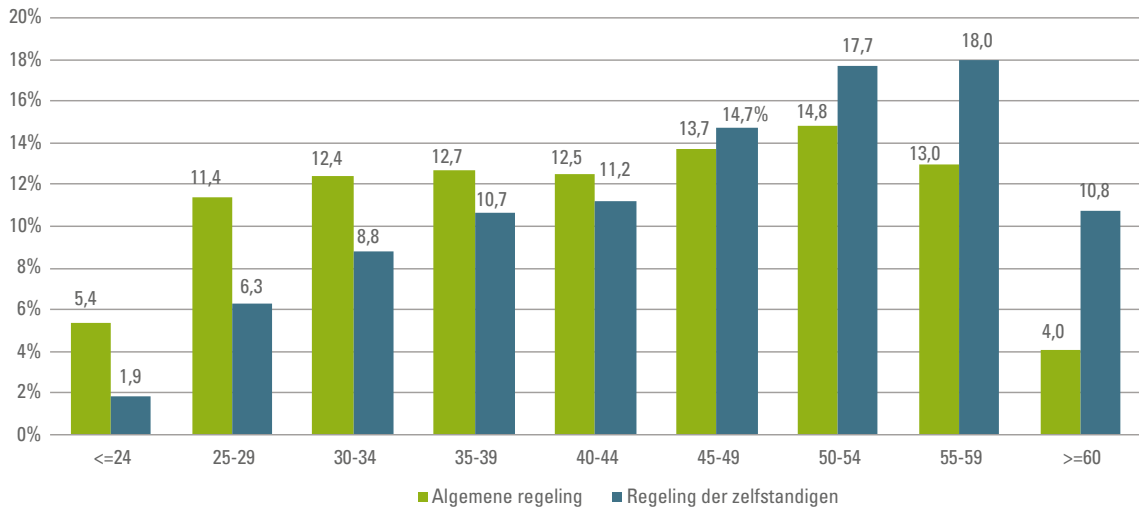
nemen met de leeftijd. Bij de werknemers van de algemene regeling zijn de meegerekende periodes meer gespreid over alle leeftijdsgroepen (met uitzondering van de jongsten en de oudsten).

Voor de duur van de primaire arbeidsongeschiktheid moeten de twee regelingen afzonderlijk worden onderzocht.

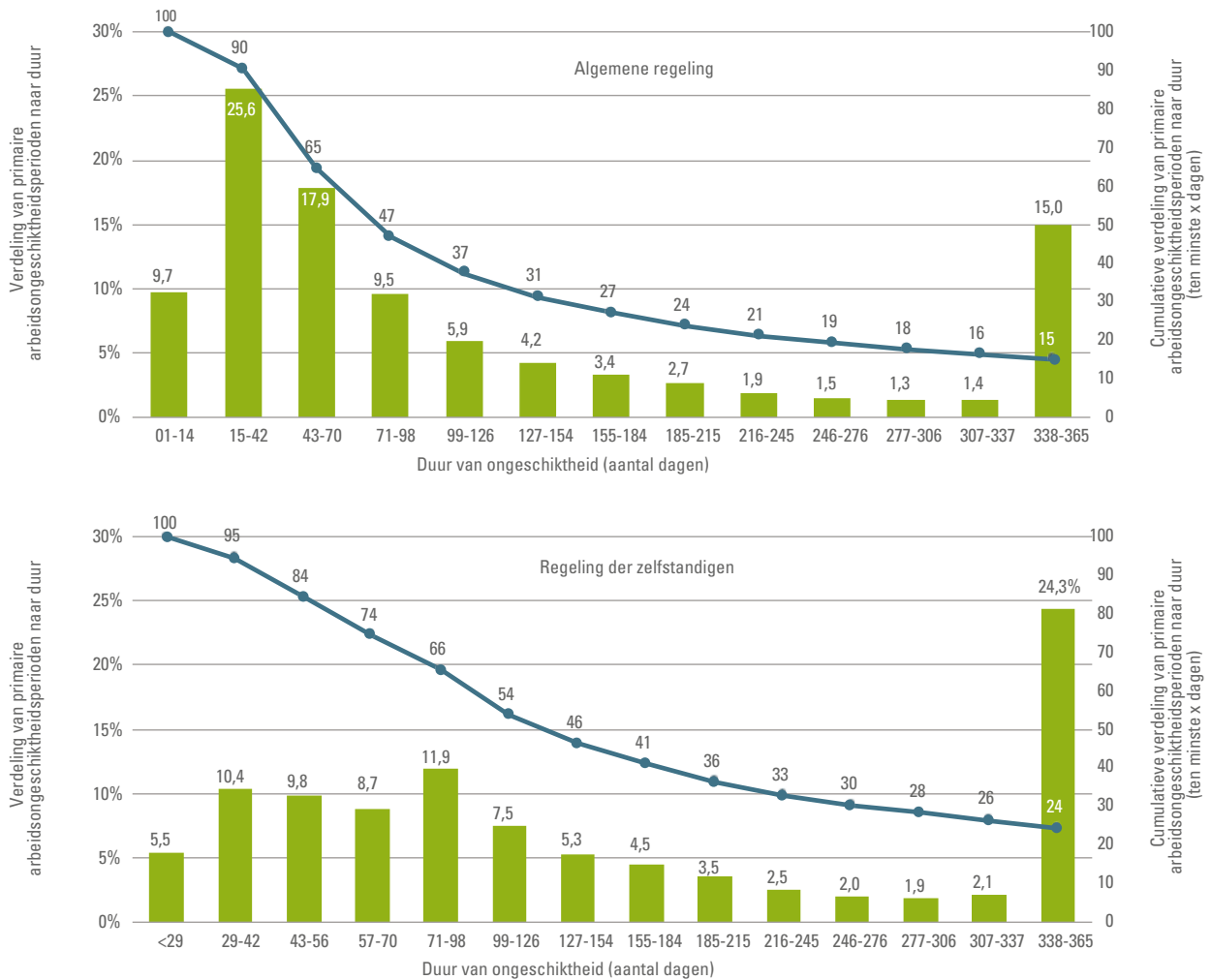
Figuur 4 toont de verdeling van het aantal periodes naar duur, per regeling. Hoe lees je deze figuren?

- De staven staan ten opzichte van de linker as en geven het percentage periodes van arbeidsongeschiktheid van een

Figuur 3: Verdeling van het aantal perioden primaire arbeidsongeschiktheid (2018) naar leeftijd



Figuur 4: Verdeling van het aantal primaire arbeidsongeschiktheidsperioden (2018) naar duur



bepaalde duurtijd aan. Voor de algemene regeling bijvoorbeeld vertegenwoordigen de periodes van ten hoogste 14 dagen iets minder dan 10% van alle getelde periodes. periodes van 15 tot 42 dagen (van ½ tot 1,5 maand) vertegenwoordigen 25,6%.

- De degressieve curve kan worden afgelezen op de rechter as: zij geeft het cumulatieve % aan van de perioden die ten minste x dagen duren. Zo vertegenwoordigen, nog steeds voor de algemene regeling, de perioden met een minimumduur van 15 dagen 90% van alle getelde periodes. Perioden van ten minste 43 dagen (ongeveer 1,5 maand) vertegenwoordigen 65% van de perioden van primaire arbeidsongeschiktheid die in 2018 afliepen. Dit betekent dat na een duur van 42 dagen 35% van de perioden van primaire arbeidsongeschiktheid is afgelopen.

Hieruit blijkt dat voor de algemene regeling meer dan de helft van de in 2018 beëindigde perioden van primaire arbeidsongeschiktheid niet meer dan 70 dagen duurde, driekwart niet meer dan 184 dagen (± zes maanden). De langste perioden (tussen 338 en 365 dagen, dit is elf tot twaalf maanden) maken 15% uit van alle primaire arbeidsongeschiktheidsperioden die in 2018 afliepen.

Voor zelfstandigen blijkt de duur van de primaire arbeidsongeschiktheid langer te zijn: na 70 dagen is slechts 34% van de getelde perioden afgelopen, en na 184 dagen (± zes maanden) is dat nog 36%. De langste perioden (338 tot 365 dagen, dit is elf tot twaalf maanden) vertegenwoordigen 24% van het totaal.

De redenen waarom een periode van primaire arbeidsongeschiktheid is beëindigd kunnen zeer uiteenlopend zijn. Het RIZIV-rapport (2018a, blz. 22-23) geeft indicaties voor het jaar 2016 en voor werknemers binnen de algemene regeling:

- In de overgrote meerderheid van de gevallen (80%) gaat het om een werkhervatting of een terugkeer naar de werkloosheid.
- Een zeer klein deel van de periodes eindigt met een overlijden (0,3%) of in een pensionering (0,2%). Te noemen is ook dat 5% wordt uitgesloten door de adviserend artsen.
- Tenslotte zijn er mensen die waarschijnlijk zullen overgaan naar invaliditeit. Deze zitten geconcentreerd in perioden van 338 tot 365 dagen (13%).

1.4. Intrede cijfer in arbeidsongeschiktheid

Het rapport van RIZIV (2018a) gaat dieper in op het risico om in primaire arbeidsongeschiktheid terecht te komen voor werknemers in de algemene regeling. Dit risico wordt gemeten aan de hand van het intrede cijfer in primaire arbeidsongeschiktheid. Het wordt berekend door een verhouding tussen:

1. het aantal personen dat aan een periode van arbeidsongeschiktheid is begonnen waarvan de duur langer is dan de periode van het gewaarborgd loon (= **teller**);

en

2. het aantal primair uitkeringsgerechtigden, met uitzondering van de bruggepensioneerden² (dit is de populatie die potentieel een uitkering kan ontvangen) (= **noemer**).

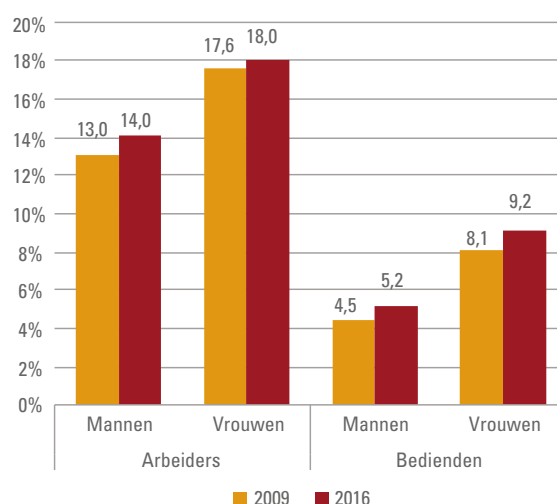
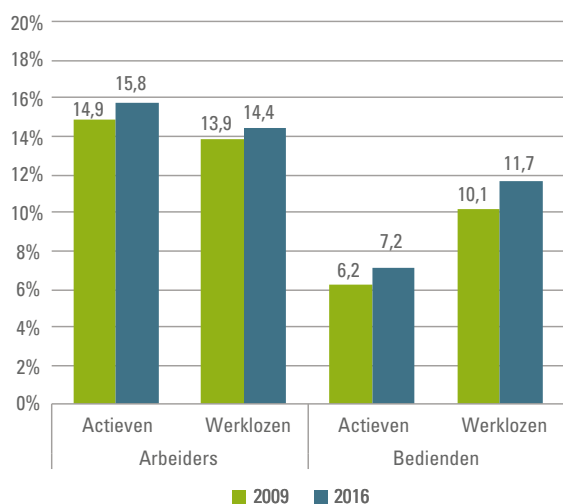
In figuur 5 zien we dat het intrede cijfer in primaire arbeidsongeschiktheid hoger is voor arbeiders dan voor bedienden. Dit weerspiegelt de kortere periode van gewaarborgd loon voor arbeiders. Maar belangrijker nog, zoals vermeld in het RIZIV-rapport (2018a, p.5): "Door de zware fysieke belasting van het uit te voeren werk, de langere loopbanen van arbeiders die vroeger op de arbeidsmarkt actief zijn, maken dat ook de arbeiders gevoeliger zijn voor aandoeningen die aanleiding kunnen geven tot arbeidsongeschiktheid."

Er bestaan ook ongelijkheden volgens geslacht. Ongeacht de sociale status (arbeiders of bedienden) is het intrede cijfer hoger voor vrouwen dan voor mannen. Merk ook op dat het voor werknemers hoger is voor degenen die werkloos zijn dan voor degenen die een baan hebben. Wanneer we ten slotte 2009 vergelijken met 2016, zien we dat deze percentages stijgen.

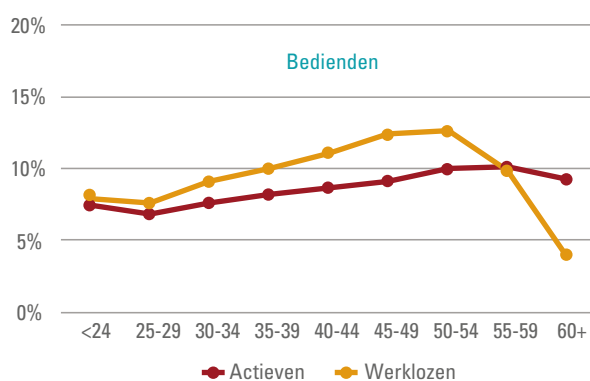
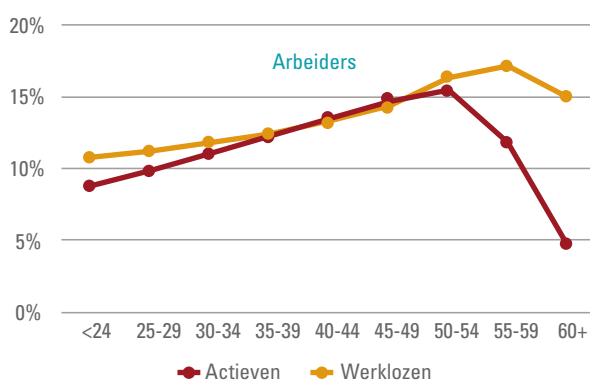
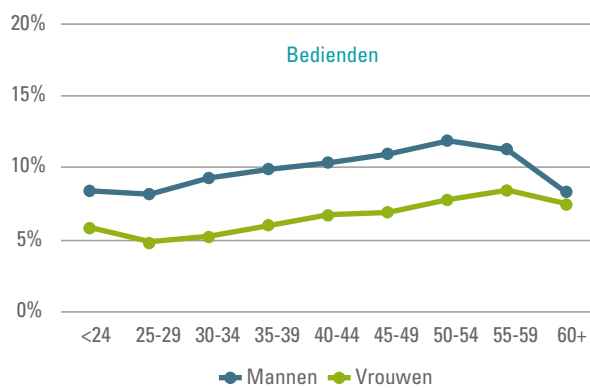
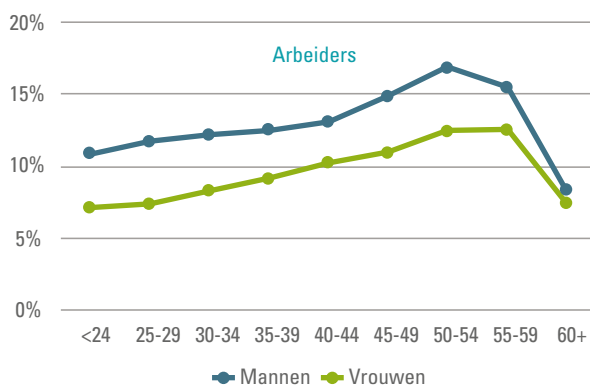
Figuur 6 geeft een indicatie van het intrede cijfer in primaire arbeidsongeschiktheid volgens leeftijd. De analyse is hier beperkt tot intredes in primaire arbeidsongeschiktheid die meer dan 28 dagen duren. Het intrede cijfer stijgt volgens leeftijd, behalve in de oudste leeftijdsgroepen.

2. "[...] bij gebrek aan een financieel belang [zij] hun rechten bij arbeidsongeschiktheid niet daadwerkelijk uitoefenen" (RIZIV, 2018a, p. 6).

Figuur 5: Intrede cijfers in primaire arbeidsongeschiktheid - algemene regeling (2009 en 2016)



Figuur 6: Intrede cijfers in primaire arbeidsongeschiktheid (langer dan 28 dagen) volgens leeftijd - algemene regeling (2016)



2. Invaliditeit

2.1. Aantal vergoede dagen

Het totale aantal vergoede dagen invaliditeit bedraagt ongeveer 133,4 miljoen in 2019 (zie Figuur 7). Dit aantal bedroeg 83,5 miljoen in 2010. Dit betekent een groei van bijna 5,3% per jaar.

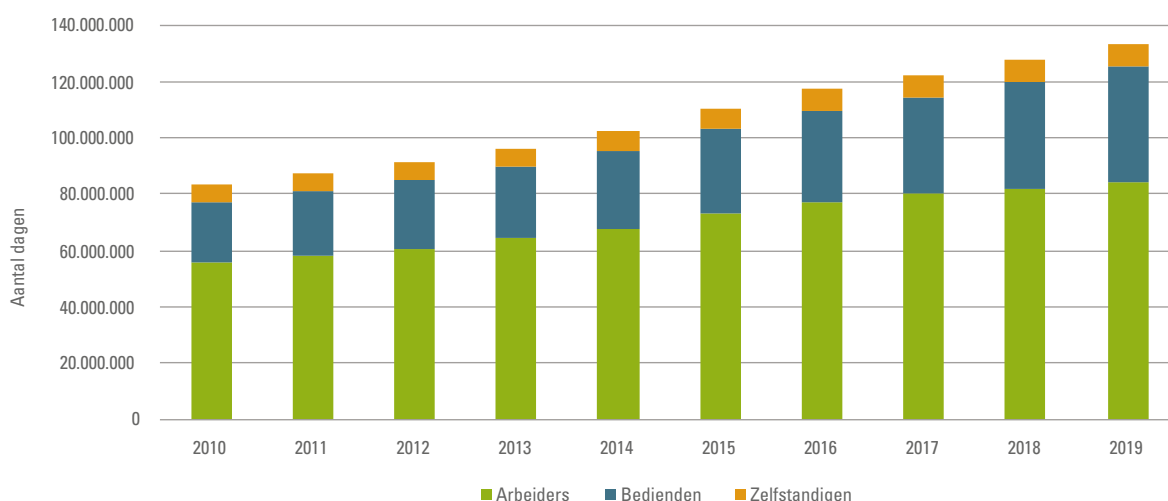
De waargenomen groei verschilt naar gelang het type werknemer: het aantal vergoede dagen voor arbeiders is met ongeveer 4,7% per jaar gestegen. Voor bedienden in de private sector is de groei daarentegen veel groter: ongeveer 7,4% per jaar. Het aandeel van de vergoede dagen voor bedienden in het totale volume stijgt van 26% in 2010 tot 31% in 2019.

Voor zelfstandigen neemt het aantal vergoede dagen tussen 2010 en 2019 met ongeveer 3,2% toe. Het aandeel van de vergoede dagen voor invalide zelfstandigen bedraagt ongeveer 6 à 7% van het totale volume van de vergoede dagen.

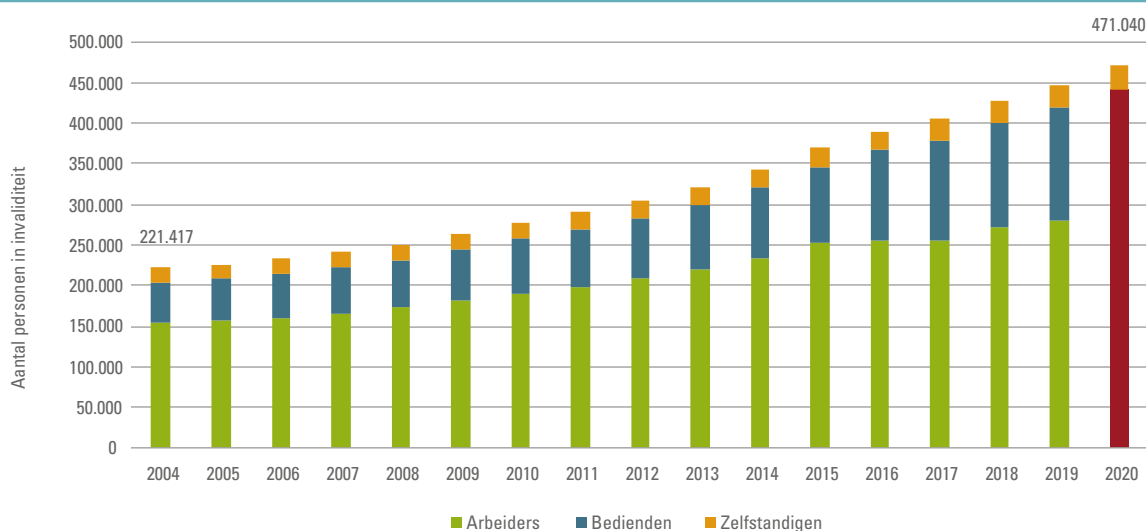
2.2. Aantal personen in invaliditeit

De beschikbare statistieken van het RIZIV geven een precies beeld van het aantal personen in invaliditeit in ons land (zie Figuur 8). Het totale aantal personen in invaliditeit neemt gestaag toe en bedraagt momenteel ongeveer 471 000 (op 31/12/2020). Van 2004 tot 2020 is het aantal personen in invaliditeit verdubbeld, de gemiddelde jaarlijkse groei bedraagt ongeveer 4,8% per jaar.

Figuur 7: Aantal vergoede dagen invaliditeit



Figuur 8: Evolutie van het aantal personen in invaliditeit in België (algemene regeling en regeling zelfstandigen, op 31/12)



De toename van het aantal personen in invaliditeit varieert naar gelang het type werknemer. Van 2004 tot 2019 is de gemiddelde jaarlijkse groei het hoogst voor bedienden (6,9% per jaar), gevolgd door arbeiders (4,1% per jaar). De laagste groei wordt waargenomen bij de zelfstandigen (3,4% per jaar, periode: 2004 tot 2020).

2.3. Profiel van de personen in invaliditeit (2018)

De meeste personen in invaliditeit (94%) zijn loontrekkenden van de algemene regeling. En binnen de algemene regeling is 68% van de personen in invaliditeit arbeider en 32% bediende.

Over het geheel genomen is een meerderheid van de personen in invaliditeit vrouw (57%). Dit percentage ligt iets hoger in de

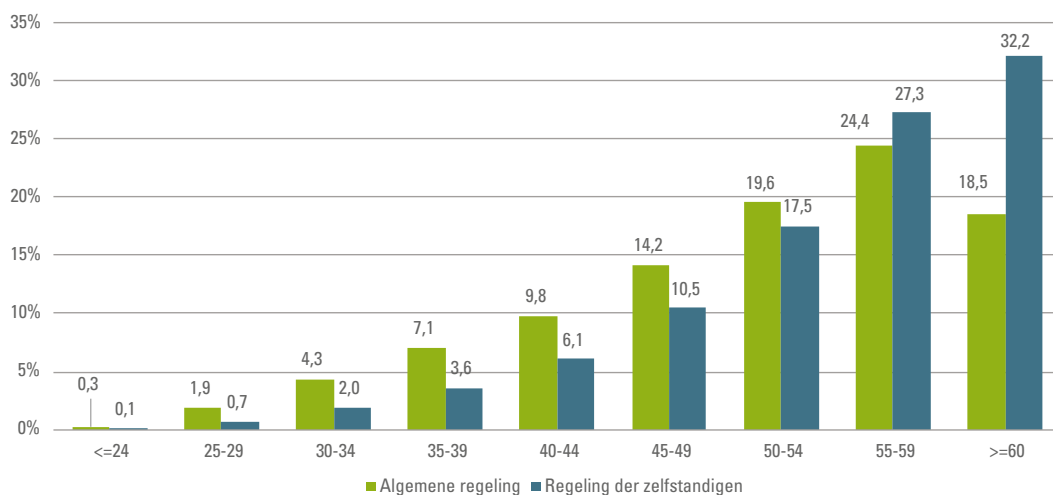
algemene regeling (58%). Anderzijds zijn onder de zelfstandigen de mannen in de meerderheid onder de personen in invaliditeit (61%).

Van de personen in invaliditeit binnen de algemene regeling, is 43% ouder dan 55 jaar. Onder zelfstandigen bedraagt dit aandeel 59% (zie Figuur 9).

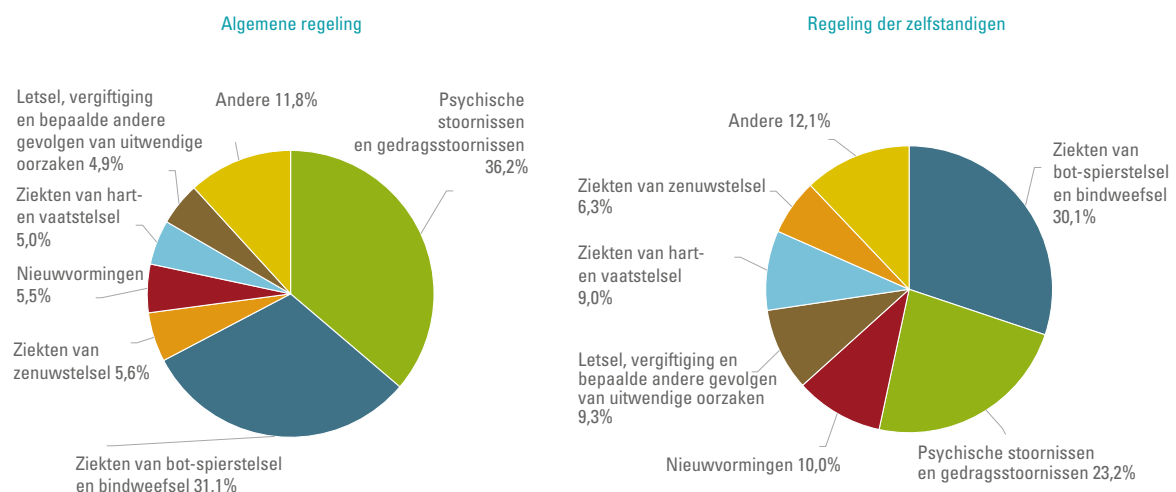
Wat betreft de ziektebeelden (zie Figuur 10), zijn de twee voorname:

- personen met “psychische en gedragsstoornissen” (36% van de personen in invaliditeit van de algemene regeling, 23% van de personen in invaliditeit van de regeling voor zelfstandigen);
- personen met “ziektes van bot-spierstelsel en bindweefsel” (31% voor de algemene regeling, 30% voor de regeling zelfstandigen).

Figuur 9: Personen in invaliditeit (op 31/12/2018) - verdeling naar leeftijdsgroep



Figuur 10: Personen in invaliditeit (op 31/12/2018) - verdeling naar ziektegroep



Het RIZIV heeft onlangs precieze indicaties gepubliceerd over de evolutie 2016-2020 van personen in invaliditeit die lijden aan burn-out en depressie. Hier zijn wat cijfers.

“Situatie voor loontrekkenden in 2020 (werknemers en werklozen):

- 36,9% van de personen in invaliditeit behoort toe de ziektegroep “Psychische stoornissen”. Van deze personen in invaliditeit ten gevolge van psychische stoornissen lijdt 46,1% onder een depressie en 19,4% onder een burn-out.
- Burn-out en depressie vertegenwoordigen 24,1% van de gevallen in langdurige arbeidsongeschiktheid: burn-out 7,1%, depressie 17%.
- Tussen 2016 en 2020 steeg het aantal langdurige arbeidsongeschikten ten gevolge van burn-out en depressie met 38,7%: +41,5% voor depressie, +32,5% voor burn-out.

Situatie voor zelfstandigen in 2020:

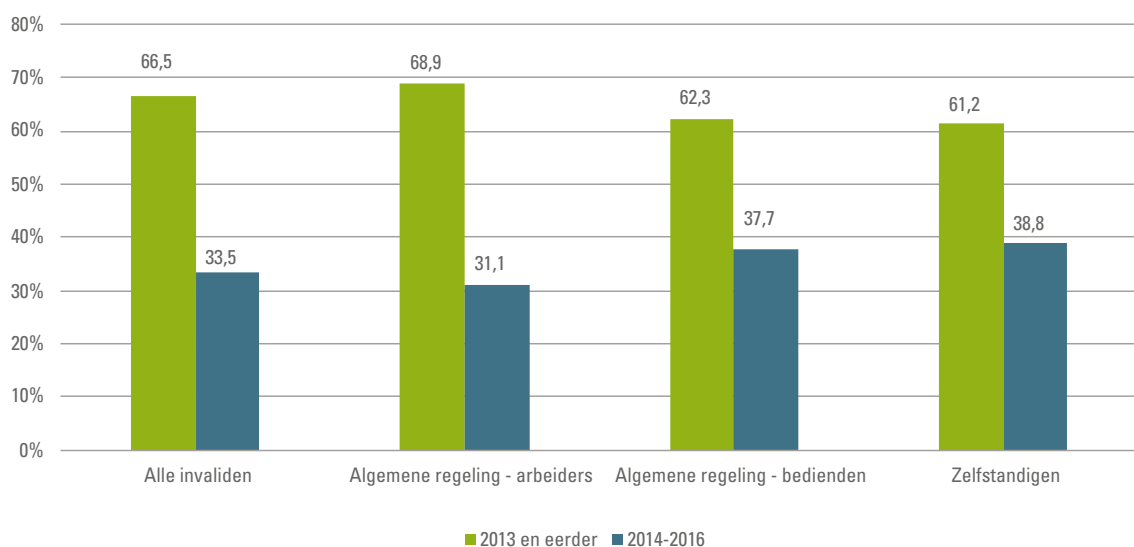
- 24,9% van de personen in invaliditeit bevinden zich in de ziektegroep “Psychische stoornissen”. Van deze personen in invaliditeit ten gevolge van psychische stoornissen lijdt 44,1% onder een depressie en 25,4% onder een burn-out.
- Burn-out en depressie vertegenwoordigen 17,32% van de gevallen in langdurige arbeidsongeschiktheid: burn-out 6,3%, depressie 11,0%.
- Tussen 2016 en 2020 steeg het aantal langdurige arbeidsongeschikten ten gevolge van burn-out en depressie met 50,9%: +55,6% voor depressie, +43,4% voor burn-out.” (RIZIV, 2021)

Hoe langer de arbeidsongeschiktheid duurt, hoe moeilijker het is om weer aan het werk te gaan. Voor personen in invaliditeit zal dit des te gecompliceerder zijn omdat de ziekte en de gevolgen ervan langdurig zijn. In totaal is de ziekte voor iets minder dan 66% van de mensen in invaliditeit ten minste vier jaar geleden begonnen (in de loop van 2014 of nog eerder, zie Figuur 11). Dit percentage is hoger voor arbeiders (69%) dan

voor bedienden (62%). Voor personen in invaliditeit in de regeling zelfstandigen is dit percentage 61%.

In 2017 verlieten bijna 49.200 mensen de het systeem van invaliditeit. De redenen voor de uittrede waren: werkhervatting (36%), pensionering (34%), weigering van invaliditeit (19%), overlijden (11%).

Figuur 11: Personen in invaliditeit (op 31/12/2018) - verdeling naar jaar van intrede



2.4. Invaliditeitsgraad

Het RIZIV brengt de berekening van de invaliditeitsgraad naar voren als een maatstaf voor het risico "dat een uitkeringsgerechtigde invalide is" (RIZIV, 2018b, p. 18). Deze invaliditeitsgraad wordt als volgt berekend: het is de verhouding tussen het aantal personen in invaliditeit en het aantal uitkeringsgerechtigden (UG), waarbij de bruggepensioneerden (BRUG) niet worden meegeteld³ [= UG-BRUG]. "De invaliden maken zelf ook deel uit van de UG-BRUG. De invaliditeitsgraad kan dus beschouwd worden als het percentage van de UG-BRUG dat invalide is" (Idem).

Zoals te zien is in figuur 12:

1. De invaliditeitsgraad is altijd hoger voor vrouwen.
2. De invaliditeitsgraad is hoger voor arbeiders dan voor bedienden. En de percentages die voor de laatste twee categorieën werknemers van de algemene regeling zijn waargenomen, zijn hoger dan deze waargenomen voor de zelfstandigen.
3. Voor mannelijke en vrouwelijke arbeiders neemt de invaliditeitsgraad snel toe met de leeftijd:
 - Bij mannen, in de leeftijdscategorie 45-49 jaar, ligt het percentage op 10%. Het percentage stijgt tot 14% voor de leeftijdsgroep 50-54, 22% voor de leeftijdsgroep 55-59 en **36% voor de leeftijdsgroep 60 en ouder**;
 - Bij vrouwen van 45 tot 49 jaar is dat 16%. Het percentage stijgt tot 23% voor de leeftijdsgroep 50-54, tot 29% voor de leeftijdsgroep 55-59 en **tot 39% voor de leeftijdsgroep 60 en ouder**.

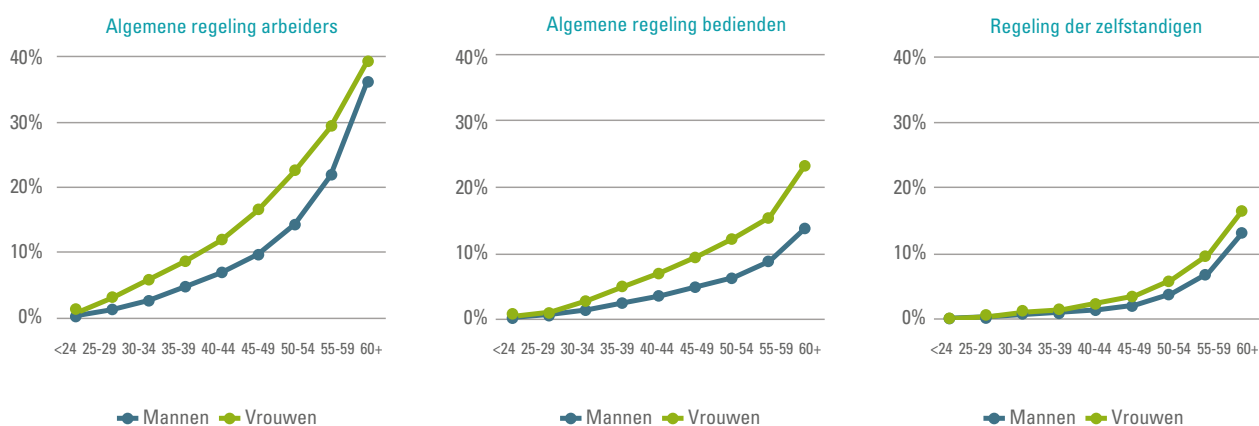
Over de periode van 2009 tot 2017 stellen we vast dat de invaliditeitsgraden op alle leeftijden stijgen, zowel voor arbeiders als voor bedienden. Voor zelfstandigen daarentegen zijn de percentages stabiel (zie Figuur 13).

2.5. Oorzaken van de evolutie in het aantal personen in invaliditeit

Het RIZIV identificeert verschillende factoren die de groei van het aantal personen in invaliditeit verklaren. Deze factoren houden verband met structurele, demografische en sociale ontwikkelingen in onze samenleving, maar ook met politieke beslissingen:

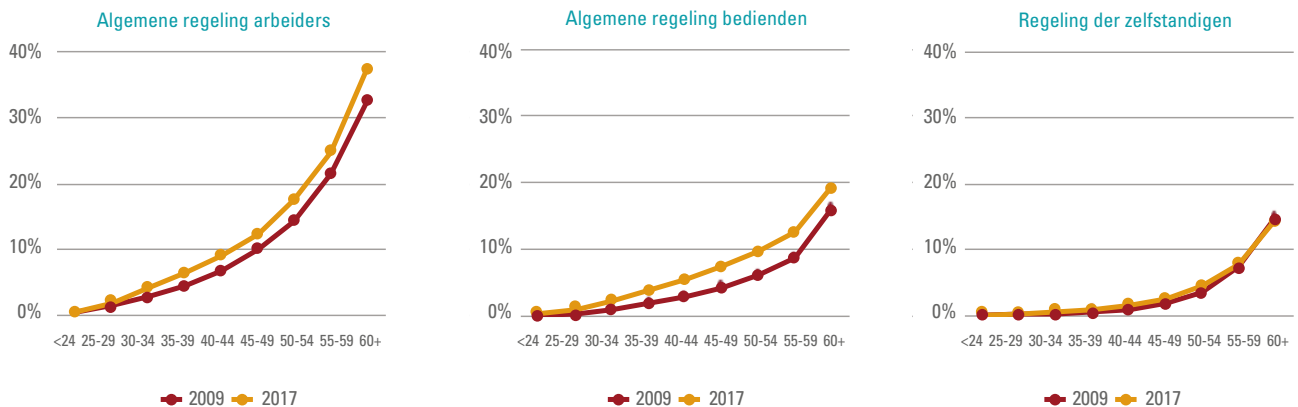
- Wat de demografische en sociale ontwikkelingen betreft, neemt de actieve beroepsbevolking (en dus het aantal mensen dat arbeidsongeschikt kan worden) toe, onder meer door de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen. Dit wordt gecombineerd met het feit dat de beroepsbevolking vergrijsd.
- Wat het beleid betreft, vermeldt het RIZIV de aanpassing van de pensioenleeftijd voor vrouwen aan die voor mannen (gefaseerd ingevoerd tot 2009). Dit soort maatregelen zorgt ervoor dat werknemers langer op de arbeidsmarkt blijven, en dus blootgesteld zijn aan het risico op invaliditeit op oudere leeftijd.

Figuur 12: Invaliditeitsgraden (2017) - volgens regeling



3. "Deze groep mensen heeft ook recht op uitkeringen, maar zij zullen dit recht evenwel nooit uitoefenen omdat zij er geen enkel financieel voordeel bij hebben" (RIZIV, 2018b, p. 9).

Figuur 13: Invaliditeitsgraden (2009 en 2017, mannen en vrouwen samen) - volgens regeling



Zoals we hierboven hebben gezien, nemen de invaliditeitsgraden echter toe met de leeftijd van de werknemers. Als alle andere omstandigheden gelijk blijven, kan een groeiende en vergrijzende beroepsbevolking op den duur alleen maar leiden tot een groeiend aantal personen in invaliditeit. Andere beleidsmaatregelen, zoals de geleidelijke verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd (66 in 2025, 67 in 2030) en de strengere voorwaarden voor vervroegde uittreding (leeftijds- en loopbaanvoorwaarden), zullen de toename van het aantal personen in invaliditeit in ons land waarschijnlijk blijven beïnvloeden.

De Nationale Bank van België (NBB) heeft de groei van het aantal personen in invaliditeit (behorend tot het algemene regeling) tussen 1993 en 2016 bestudeerd. "Uit de simulaties blijkt dat, tijdens de beschouwde periode, de vergrijzing van de bevolking en de toename van de activiteitsgraad de stijging bij de mannen voor 100% verklaren en voor meer dan 86% bij de vrouwen. Toch wordt in die percentages geen rekening gehouden met de ontwikkeling van de gemiddelde gezondheidstoestand, die eveneens is blijven verbeteren. Worden de historische invaliditeitsgraden ook voor deze laatste factor aangepast, dan zou iets meer dan 10% van de stijging van het aantal mannelijke personen in invaliditeit en 19% van de toename van het aantal vrouwelijke personen in invaliditeit tijdens de periode 1993-2016 onverklaard blijven" (Saks, 2017, p. 71). Dit onverklaarbare deel kan te wijten zijn aan "het feit dat de kenmerken van de personen die een dergelijke erkenning aanvragen, veranderd zijn" (Idem, p. 72). In dit verband wijst de NNB op een structurele verschuiving naar ziekten van het botspierstelsel en psychische stoornissen" in de redenen voor invaliditeit" (Idem).

3. Uitgaven

In totaal zijn de uitkeringen voor werknemers en zelfstandigen in geval van arbeidsongeschiktheid goed voor bijna 8,6 miljard euro in 2019⁴ (zie Tabel 1). Deze prestaties nemen snel toe: in de periode 2010 tot 2019 met 6,9% per jaar. Vooral de uitgaven voor invaliditeit nemen sterk toe, met 7,7% per jaar. De snelle evolutie van het aantal personen in invaliditeit staat hier niet los van. De uitgaven voor primaire arbeidsongeschiktheid stijgen in een lager (maar nog steeds aanhoudend) tempo van 4,8% per jaar.

4. Ter vergelijking: het bedrag van de uitkeringen in de gezondheidszorg bedraagt 26 miljard euro in 2019.

Bibliografie

- RIZIV (2015) *Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Analyse en verklarende factoren.* Beschikbaar op <https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/ziekteverzuim-primaire-arbeidsongeschiktheid.pdf>
- RIZIV (2018a) *Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid: analyse en verklarende factoren - Periode 2011 - 2016.* Beschikbaar op <https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie du ziekteverzuim primaire analyse 2011 2016.pdf>
- RIZIV (2018b) *Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden. Werknemersregeling en regeling der zelfstandigen - Periode 2007 - 2016.* Beschikbaar op <https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie du verklarende factoren invaliditeit 2007 2016.pdf>
- RIZIV (2021) *Langdurige arbeidsongeschiktheid: Hoeveel langdurige burn-outs en depressies?* Beschikbaar op https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/Paginas/langdurige-arbeidsongeschiktheid-burnout-depressie.aspx?utm_source=alert&utm_medium=email&utm_campaign=NL20210505
- RIZIV. Statistieken uitkeringen. Beschikbaar op <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/Paginas/default.aspx>
- RIZIV. Diverses nota's
 - BZ 2015/26** (12-08-2015) *Uitgaven voor arbeidsongeschiktheid, moederschap- en beroepsherscholing over het dienstjaar 2014 - regeling der zelfstandigen.*
 - BU 2015/59** (14-10-2015) *Uitgaven voor arbeidsongeschiktheid, moederschap, begrafenis kosten en beroepsherscholing over het dienstjaar 2014 - werknemersregeling.*
 - BZ 2019/01** (25-03-2019) *Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden: zelfstandigen - Periode 2008-2017.*
 - BU 2019/13** (20-02-2019) *Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden: loontrekkenden - Periode 2008- 2017.*
 - BZ 2020/21** (29-09-2020) *Uitgaven voor arbeidsongeschiktheid, moederschap- en beroepsherscholing over het dienstjaar 2019 - regeling der zelfstandigen.*
 - BU 2020/64** (29-09-2020) *Uitgaven voor arbeidsongeschiktheid, moederschap, begrafenis kosten en beroepsherscholing over het dienstjaar 2019 - werknemersregeling.*
- Saks, Y. (2017) Een beter inzicht verwerven in het verloop van het aantal begunstigden van de invaliditeitsverzekering. *Economisch tijdschrift*, september, 59-72. Beschikbaar op <https://www.nbb.be/nl/artikels/een-beter-inzicht-verwerven-het-verloop-van-het-aantal-begunstigden-van-de>

Tabel 1: Evolutie van de uitgaven voor uitkeringen voor primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

In duizenden €		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Gemiddelde jaarlijkse groei 2010-2019
Regeling zelfstandigen	Primaire arbeidsongeschiktheid	67.597	72.478	75.471	82.085	84.324	86.941	85.801	86.521	105.727	123.349	6,9%
	Invaliditeit	237.683	254.366	266.598	279.938	291.594	304.273	326.077	342.451	362.756	386.002	5,5%
Regeling loontrekkenden	Primaire arbeidsongeschiktheid	1.286.388	1.397.915	1.458.025	1.556.792	1.695.982	1.724.072	1.693.584	1.712.310	1.816.257	1.944.864	4,7%
	Invaliditeit	3.156.760	3.436.702	3.719.153	4.039.355	4.311.635	4.688.317	5.085.153	5.419.349	5.841.179	6.208.820	7,8%
Samen	Primaire arbeidsongeschiktheid	1.353.985	1.470.393	1.533.496	1.638.877	1.780.306	1.811.013	1.779.385	1.798.831	1.921.984	2.068.213	4,8%
	Invaliditeit	3.394.443	3.691.068	3.985.751	4.319.293	4.603.229	4.992.590	5.411.230	5.761.800	6.203.935	6.594.822	7,7%
TOTAAL		4.748.428	5.161.461	5.519.247	5.958.170	6.383.535	6.803.603	7.190.615	7.560.631	8.125.919	8.663.035	6,9%

Bronnen: BU 2015/59 en BZ 2015/26, BU 2020/64 en BZ 2020/21

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

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

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

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

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

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

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

Voor de uitoefening van bovenstaande rechten kan je, indien je CM Informatie niet meer wenst te ontvangen, dit schriftelijk laten weten bij

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten - Studiedienst
Mieke Hofman
Haachtsesteenweg 579
1031 Schaarbeek

Of per mail : cminfo@cm.be

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

Inhoud

Editio 2

Arbeidsongeschiktheid 4

Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid

1. Inleiding 6

2. Doelstellingen en methode van het onderzoek 8

3. De enquête 10

4. De resultaten van de studie:
arbeidsongeschiktheid vanuit
een preventieperspectief 13

5. Conclusies en aanbevelingen 46

In het kort 56

Arbeidsongeschiktheid - cijfers en indicatoren

1. Primaire arbeidsongeschiktheid 56

2. Invaliditeit 61

3. Uitgaven 65

CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op:

<http://www.cm.be/CM-Informatie>.

U kan zich daar tevens inschrijven op een mail-alert zodat u wordt verwittigd bij het verschijnen van een nieuw nummer.

Colofon

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Hoofdredactie	Élise Derroitte
Eindredactie	Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova
Abonnementenbeheer	Mieke Hofman
Layout	grafische vormgeving CM
Druk	Albe De Coker
Retouradres	CM Studiedienst Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel