

De verschillende noden van personen in arbeidsongeschiktheid

Hoe globale preventie aangevuld kan worden met een aanpak op maat

Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse — Studiedienst

Met dank aan H  l  ne Henry en Clara Noirhomme

Samenvatting

Het onderzoek "Traject arbeidsongeschiktheid", dat we gerealiseerd hebben in 2019, gaf inzicht in de noden van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid (Vancorenland, et al., 2021). De onderzoeksresultaten werden besproken voor de totale groep van personen in arbeidsongeschiktheid. Deze groep is echter heel divers aangezien ze personen omvat met verschillende aandoeningen, van verschillende leeftijden, die verschillende types van werk deden (hoofdarbeid of handenarbeid), werkzaam waren in bedrijven met verschillende bedrijfsgroottes, een andere functie hadden (al dan niet leidinggevend) en met een verschillende gezinssituatie. Om na te gaan of de noden van deze diverse groep verschillend zijn, werden extra analyses uitgevoerd op zes kenmerken: aandoening, leeftijd, type werk, bedrijfsgrootte, functie en gezinssituatie.

De resultaten van onze nieuwe analyses tonen aan dat de noden en ervaringen effectief verschillend zijn naargelang het bestudeerde kenmerk. De grootste verschillen werden gevonden volgens aandoening, leeftijd en type werk.

- Het aandeel respondenten dat oordeelt dat het **werk een rol speelt in** de arbeidsongeschiktheid verschilt volgens aandoening (het grootst bij burn-out en het laagst bij letsels) en de functie (hoger bij leidinggevend). Er zijn grote verschillen wat betreft de reden waarom het werk een rol speelt in de arbeidsongeschiktheid voor de zes kenmerken.
- De **nood aan aanpassingen** verschilt enkel volgens aandoening en is het hoogst bij een burn-out. Het soort aanpassing dat men wenst, verschilt volgens de zes kenmerken.
- En ook **wat** respondenten **geholpen heeft tijdens hun werkhervatting of wat deze net bemoeilijkt heeft**, verschilt tussen alle bestudeerde kenmerken.

De eerste algemene resultaten uit het onderzoek "Traject arbeidsongeschiktheid" gaven inzicht in hoe de globale aanpak van preventie van arbeidsongeschiktheid vorm moest krijgen. De extra analyses in dit artikel geven bijkomende informatie over hoe die preventie meer op maat verfijnd kan worden. Aangezien de noden van de diverse groep personen in arbeidsongeschiktheid verschillend zijn, is er ook nood aan verschillende concrete antwoorden. Een globale aanpak van preventie kan zo aangevuld worden met een aanpak op maat, rekening houdend met de verschillende noden die er leven.

Sleutelwoorden: Arbeidsongeschiktheid, noden, aandoening, leeftijd, handenarbeid, hoofdarbeid, bedrijfsgrootte, leidinggevende, gezinssituatie, preventie

1. Inleiding

Het onderzoek “Traject arbeidsongeschiktheid” bracht de noden in kaart van personen voor, tijdens en na een periode van arbeidsongeschiktheid (Vancorenland, et al., 2021). De resultaten waren in lijn met onderzoek dat aantoonde dat risicofactoren voor arbeidsongeschiktheid op het werk niet enkel de fysieke en mentale belasting zijn, maar ook sociale steun en baan zekerheid (Egmont, et al., 2019; Health and Safety Executive, 2021). Dit onderzoek leverde heel wat interessante informatie op die resulteerde in een aantal aanbevelingen gericht op preventie. Het gaat om aanbevelingen rond preventie gedurende het hele proces van arbeidsongeschiktheid en dit voor de verschillende betrokkenen. Wat kunnen we doen om arbeidsongeschiktheid te voorkomen? Wat kunnen we doen om de periode van arbeidsongeschiktheid zo goed mogelijk door te komen? Wat kunnen we doen om na de arbeidsongeschiktheid de werkhervatting zo vlot mogelijk te laten verlopen om herval te voorkomen?

De onderzoeksresultaten werden in een eerste artikel globaal besproken, voor de hele groep van personen in arbeidsongeschiktheid (Vancorenland, et al., 2021). De groep van personen in arbeidsongeschiktheid is echter heel divers. Zo kan de aanleiding voor de arbeidsongeschiktheid verschillend zijn: wegens een burn-out, een psychische aandoening of een ziekte van het bewegingsstelsel. Ook wat betreft leeftijd, soort werk, grootte van de organisatie, leidinggevende functie en gezinssituatie zijn er verschillen.

Het valt te verwachten dat de noden van deze heel diverse groep niet voor iedereen dezelfde zijn. Daarom worden in dit tweede artikel extra analyses beschreven die meer in detail weergeven wat de verschillen in noden zijn binnen deze diverse groep. Op deze manier kan een globale aanpak van preventie (via wetgeving en preventiebeleid in bedrijven) aangevuld worden met een aanpak op maat (op basis van de verschillende noden).

2. Hypotheses en de kenmerken die getest werden

Eén van de redenen waarom de groep van personen in arbeidsongeschiktheid zo heterogeen is, zijn de verschillende aandoeningen die de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid zijn. In het onderzoek “Traject arbeidsongeschiktheid” lag bij de meerderheid van de respondenten één van de volgende aandoeningen aan de basis:

- ziekte van het bewegingsstelsel of bindweefsel¹ (bijvoorbeeld rug- en nekpijn, rugaandoeningen, reuma, artrose, enz.) (32% van de respondenten, het aantal respondenten (N) is gelijk aan 1.380);
- psychische aandoeningen (bijvoorbeeld depressie, angststoornissen, enz.) (24%, N=1.045);
- burn-out (22%, N=959);
- verstuikingen, letsels of breuken (18%, N=795).

Cijfers van het RIZIV tonen aan dat het aantal invaliden (=personen die langer dan één jaar arbeidsongeschikt zijn) met een depressie of een burn-out fors gestegen is tussen 2016 en 2022 (respectievelijk met 41,5% en 32,5%) (RIZIV, 2022), wat het belang onderlijnt om meer inzicht te krijgen in de specifieke noden bij deze groepen. Analyses uit het eerste artikel brachten aan het licht dat het aandeel respondenten dat het werk verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid en de redenen hiervoor, verschillen volgens de aandoening (Vancorenland, et al., 2021, p. 18-19). Deze vaststelling deed ons besluiten om ook voor andere thema's een vergelijking tussen aandoeningen uit te werken.

De groep van personen in arbeidsongeschiktheid bestaat uit verschillende **leeftijdsgroepen**. Arbeidsongeschikt worden treft immers elke leeftijd: van jonge tot oudere werknemers (al stijgt de kans op arbeidsongeschiktheid met de leeftijd). De leeftijdsverdeling van de respondenten uit het onderzoek was als volgt:

- tussen 18 en 34 jaar² (28% N=1.206);
- tussen 35 en 44 jaar (23%, N=1.011);
- tussen 45 en 54 jaar (27%, N=1.191);
- tussen 55 en 65 jaar (22%, N=943).

1 Voor het leesgemak wordt 'ziekte van het bewegingsstelsel en bindweefsel' verder in dit artikel afgekort tot 'ziekte van het bewegingsstelsel'. 'Breuken, verstuikingen en letsels' wordt afgekort tot 'letsels'.

2 Verder in het artikel wordt naar de groep '18-34-jarigen' verwezen als 'min 35-jarigen' en wordt verwezen naar de groep '55-65 jaar' als de '55-plussers'.

Analyses uit het eerste artikel toonden aan dat de redenen waarom het werk verantwoordelijk was voor de arbeidsongeschiktheid verschillen volgens leeftijd (Vancorenland, et al., 2021, pp. 17-18). Dit was de reden om ook voor andere thema's te onderzoeken of er verschillen volgens leeftijd zijn.

Een andere verscheidenheid is het **type van job** dat men uitvoerde voor de arbeidsongeschiktheid. Sommige personen voerden hoofdzakelijk handenarbeid uit, anderen voerden hoofdzakelijk hoofdarbeid uit en nog anderen voerden zowel hoofdarbeid als handenarbeid uit. Analyses uit het eerste artikel brachten aan het licht dat de redenen waarom het werk verantwoordelijk was voor de arbeidsongeschiktheid verschillen volgens het type werk dat men deed (Vancorenland, et al., 2021, p. 19-20). Dit was de aanleiding om analyses volgens type werk uit te voeren. Om een vergelijking tussen hoofdarbeid en handenarbeid te maken, werden voor de analyse enkel de volgende twee groepen van respondenten vergeleken:

- men voerde hoofdzakelijk hoofdarbeid uit (36%, N=1.439);
- men voerde hoofdzakelijk handenarbeid uit (50%, N=1.956).

Voor de arbeidsongeschiktheid waren de respondenten werkzaam in bedrijven met verschillende **bedrijfs grootte**.

- in kleine bedrijven (< 50 werknemers) (28%, N=1.111);
- in middelgrote bedrijven (50-500 werknemers) (35%, N=1.373);
- in grote bedrijven (> 500 werknemers) (30%, N=1.176).

In het debat rond aanpassingen aan het werk na arbeidsongeschiktheid wordt soms aangegeven dat het voor kleine bedrijven niet altijd eenvoudig is om aanpassingen aan het werk te doen. Daarom werden extra analyses uitgevoerd rond het kenmerk bedrijfs grootte.

Ook het feit of men voor de arbeidsongeschiktheid al dan niet een leidinggevende **functie** had, maakt de groep verschillend. Onder de respondenten was de verdeling als volgt:

- een leidinggevende functie (16%, N=634);
- geen leidinggevende functie (81%, N=3.186).

Analyses uit het eerste artikel toonden aan dat zowel het aandeel respondenten dat het werk verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid als de redenen hiervoor verschillen voor respondenten die al dan niet een leidinggevende functie hadden (Vancorenland, et al., 2021, p. 24). De soort functie werd bijgevolg ook opgenomen in de extra analyses.

Tot slot is de groep van personen in arbeidsongeschiktheid divers omdat de **gezinssituatie** verschillend is. De verdeling volgens gezinssituatie onder de respondenten was de volgende:

- alleenstaande (18%, N=794);
- een alleenstaande ouder (8,5%, N=371);
- met partner (27%, N=1.189);
- met partner en kinderen (37%, N=1.608).

Arbeidsongeschikt worden heeft onder andere financiële gevolgen aangezien men een uitkering krijgt in plaats van een loon. Deze gevolgen dragen, is niet hetzelfde als men nog een partner heeft dan wel als men alleenstaande of zelfs een alleenstaande ouder is. De gezinssituatie werd het laatste bestudeerde kenmerk.

Extra analyses binnen elk van de hierboven vermelde kenmerken werden uitgevoerd om de volgende hypothes(e)s te testen: "Indien de aandoening, de leeftijd, het type van werk, de bedrijfs grootte, de functie of de gezinssituatie anders is, verschillen ook de ervaringen en de noden rond de periode van arbeidsongeschiktheid". De resultaten die in punt 4 voorgesteld worden, geven weer wat de verschillende ervaringen en noden zijn van respondenten binnen elk kenmerk.

3. Methodologie

3.1. De steekproef

De steekproef die gebruikt werd voor de extra analyses in dit tweede artikel is dezelfde als de steekproef uit het onderzoek van het eerste artikel (Vancorenland, et al., 2021). De doelgroep bestond uit CM-leden tussen 18 en 65 jaar oud, die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen³ en die maximaal drie jaar arbeidsongeschikt waren.

3 Een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor ten minste één dag in de periode tussen 1 januari 2018 en 31 mei 2019.

4.350 respondenten hebben deelgenomen aan het onderzoek. 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).

De verdeling volgens sociodemografische gegevens is als volgt. Er is een kleine meerderheid van vrouwen (53%). Er is een ongeveer gelijke verdeling tussen min 35-jarigen (28%), 35-44-jarigen (23%), 45-54-jarigen (27%) en 55-plussers (23%). 77% is Nederlandstalig en 23% is Franstalig. De verschillende opleidingsniveaus zijn aanwezig: 24% is laag opgeleid (geen diploma secundair onderwijs), 39% is gemiddeld opgeleid (diploma secundair onderwijs) en 36% is hoog opgeleid (diploma hoger onderwijs). Qua duurtijd van de arbeidsongeschiktheid, is er een mooie verdeling⁴: 29% maximum vijf maanden, 15% tussen zes maanden en één jaar en 31% meer dan één jaar. Wat de gezinssituatie betreft is 18% alleenstaand, 9% een alleenstaande ouder, 27% samen met een partner en 37% samen met een partner en kinderen.

3.2. De statistische analyse

Al onze analyseresultaten zijn aandelen. Aangezien deze zijn berekend op basis van een beperkt aantal respondenten (uit onze steekproef), moeten deze aandelen worden beschouwd als schattingen, die een zekere onnauwkeurigheid vertonen (in feite zullen wij nooit het «echte» aandeel hebben dat zou worden verkregen indien alle personen in arbeidsongeschiktheid onze online-vragenlijst hadden beantwoord). Daarom berekenen we een 95%-betrouwbaarheidsinterval. Er bestaan verschillende methoden⁵. Hier passen wij de WILSON-score-methode met continuïteitscorrectie (Wilson, 1927; Yates, 1934) toe voor 95%-betrouwbaarheidsintervallen.

Het 95%-betrouwbaarheidsinterval geeft ons de onder- en bovengrens rond een aandeel. De interpretatie van het interval is dat er 95% kans is dat de waarde van het aandeel tussen de onder- en bovengrens ligt. Wanneer we twee aandelen vergelijken, hoe kunnen we dan zeggen dat ze significant verschillen? Als de betrouwbaarheidsintervallen elkaar (gedeeltelijk) overlappen, kan niet worden ge-

zegd dat de twee aandelen verschillend zijn. Als de betrouwbaarheidsintervallen elkaar daarentegen niet overlappen, kunnen we zeggen dat de aandelen significant verschillen. Merk op dat zelfs met 95%-betrouwbaarheidsintervallen geen volledige zekerheid wordt bereikt, aangezien er nog steeds een risico van 5% bestaat dat men zich vergist.

Zo toont figuur 1 voor vier aandoeningen de redenen die worden gegeven wanneer het werk de oorzaak is van de arbeidsongeschiktheid. Laten we eens kijken naar de reden «te veel werkdruk». Bijna 73% van de mensen met een burn-out geeft deze reden. Voor degenen die lijden aan een psychische aandoening is datzelfde percentage 62%. Is het verschil significant? Ja, want de betrouwbaarheidsintervallen rond deze aandelen overlappen elkaar niet. Voor letsels en ziekten van het bewegingsstelsel daarentegen, overlappen de betrouwbaarheidsintervallen elkaar gedeeltelijk. Hier kan dus niet worden gezegd dat er een significant verschil is.

Als er verder in het artikel gesproken wordt over verschillen tussen groepen dan gaat het steeds om statistisch significante verschillen. Als er vermeld wordt dat er geen verschil is tussen groepen, betekent dit dat de verschillen tussen beide groepen niet statistisch significant zijn.

3.3. De beperkingen van de analyse

Aan de hand van de hierboven beschreven analyses zijn we in staat om significante verschillen tussen groepen vast te stellen. We kunnen dan concluderen dat er een verband is tussen een bepaald kenmerk en een welbepaald thema uit het onderzoek. Uit deze analyses kunnen we echter geen oorzakelijk verband concluderen.

De analyses zijn apart per kenmerk uitgevoerd, waarbij geen rekening werd gehouden met het eventuele interactie-effect tussen de kenmerken. Er werd niet gecontroleerd voor het effect dat andere kenmerken kunnen hebben op de uitgevoerde analyses binnen één bepaald kenmerk. We kunnen bijgevolg niet uitsluiten dat andere kenmerken de gevonden relaties binnen een bepaald kenmerk verklaren of beïnvloeden.

4 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.

5 Voor een beknopte presentatie en formules, zie <https://joseph.lamarange.net/?Intervalle-de-confiance-bilateral#nb14>.

4. Resultaten: specifieke noden volgens de verschillende kenmerken

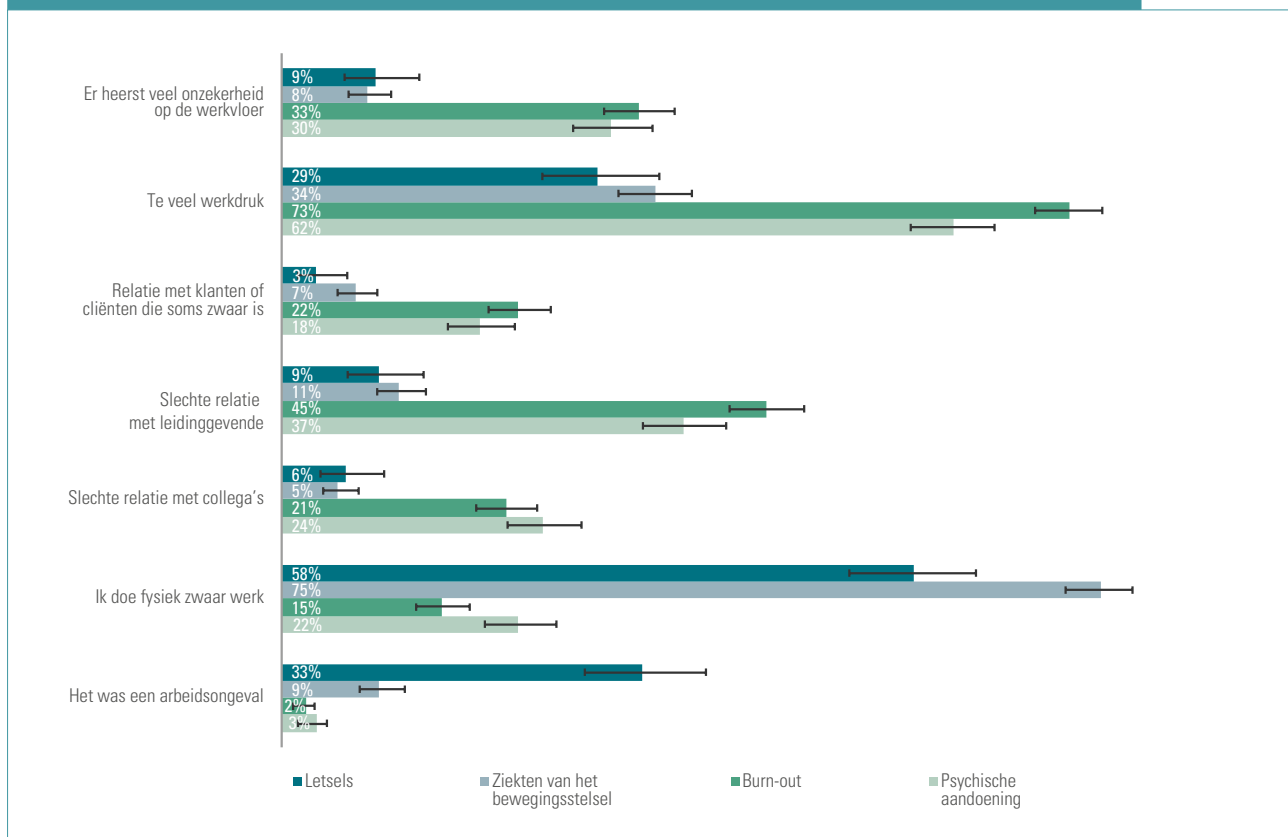
4.1. Aandoeningen

4.1.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

Het aandeel respondenten dat de werksituatie (deels) verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid is sterk gelinkt aan de aandoening. Bij een burn-out oordeelt de overgrote meerderheid (90%) dat het werk hiervoor verantwoordelijk is. Zowel bij een psychische aandoening (69%) als bij een ziekte van het bewegingsstelsel (64%) wijst de meerderheid de werksituatie als verantwoordelijke aan, maar significant minder dan bij een burn-out. Bij een letsel (40%) vindt nog minder dan de helft het werk verantwoordelijk, wat significant lager is dan bij de andere drie aandoeningen.

Figuur 1 toont aan dat de redenen waarom het werk hier (deels) verantwoordelijk voor was ook significant verschillen tussen de vier aandoeningen⁶. Een hoge werkdruk wordt significant vaker genoemd bij respondenten met een psychische aandoening of een burn-out in vergelijking met respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel. Ook de relationele problemen (slechte relatie met de leidinggevende, de collega's en de zware relatie met klanten) en de onzekerheid op de werkvloer werden vaker vermeld als reden waarom het werk verantwoordelijk was voor de arbeidsongeschiktheid bij personen met een psychische aandoening of een burn-out. Het fysiek zwaar werk en arbeidsongevallen daarentegen, zijn vaker een reden bij respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel. De samenhang tussen de hoge werkdruk en relationele problemen (slechte relatie met collega's, de leidinggevende en zware relaties met klanten) enerzijds en burn-out anderzijds werd ook gevonden in onderzoek rond burn-out (Eurofound, 2018).

Figuur 1: Redenen waarom het werk verantwoordelijk is voor de arbeidsongeschiktheid - volgens aandoening



6 Alle figuren in onze resultaten zijn gebaseerd op gegevens uit de CM-enquête.

4.1.2. De relatie met en de steun van collega's en leidinggevende

Tijdens de arbeidsongeschiktheid (AO) namen respondenten met een psychische aandoening (25%) of een burn-out (24%) minder vaak contact op met hun leidinggevende in vergelijking met respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel (31%) of een letsel (37%). Personen met een psychische aandoening (14%) of een burn-out (17%) gaven ook vaker aan absoluut geen contact te willen met hun collega's of leidinggevende (slechts 2% à 3% voor de andere twee aandoeningen). Omgekeerd nemen leidinggevendenden even vaak contact op met de persoon in arbeidsongeschiktheid, ongeacht de aandoening waaraan deze persoon lijdt.

Respondenten met een psychische aandoening of een burn-out gaven aan dat ze een minder goede band hadden⁷ met hun collega's en leidinggevende voor de arbeidsongeschiktheid (in vergelijking met respondenten met een ziek-

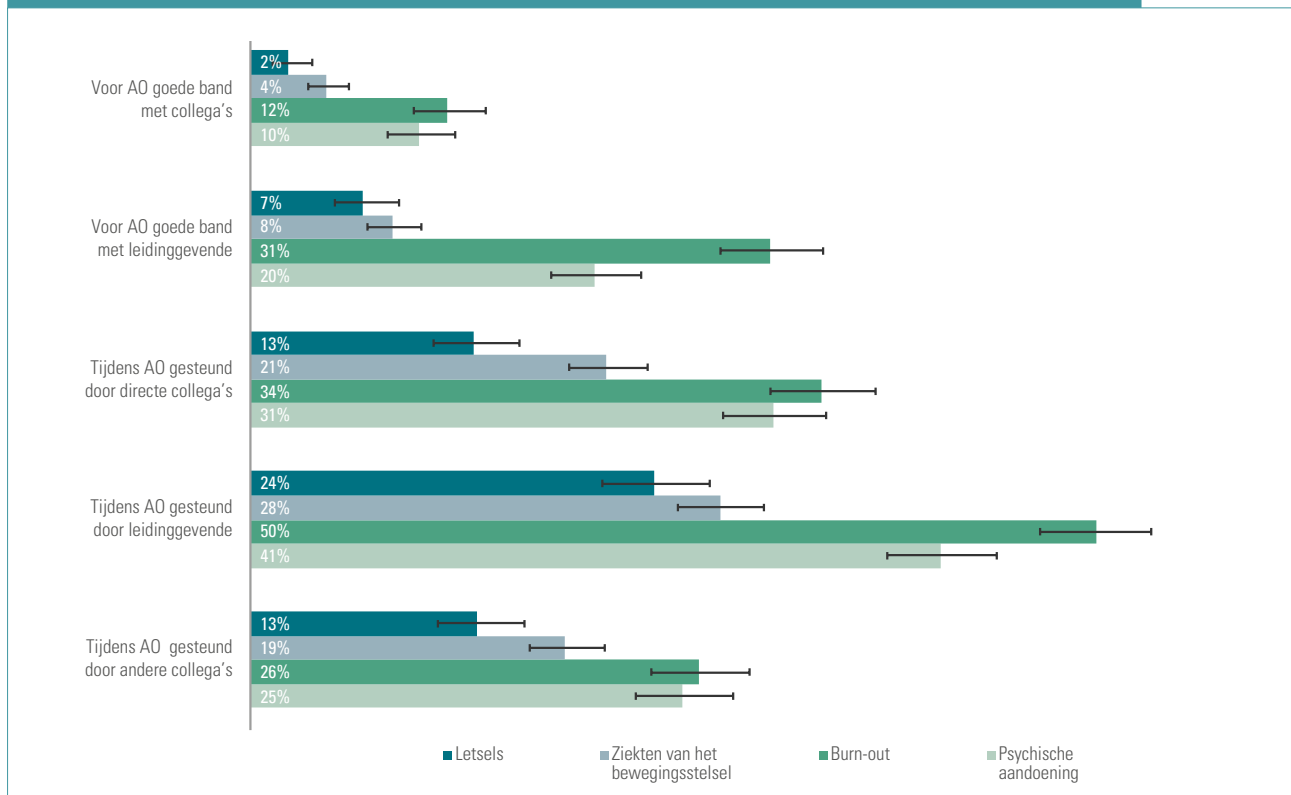
te van het bewegingsstelsel of een letsel) (zie Figuur 2). Ze voelden zich ook minder gesteund⁸ door hun collega's (directe collega's en collega's van een andere dienst) en hun leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid (in vergelijking met de andere twee aandoeningen). De resultaten tonen ook aan dat personen met een burn-out nog slechter scoren dan personen met een psychische aandoening wat de relatie met de leidinggevende en de steun van de leidinggevende betreft. Dit terwijl er geen significante verschillen zijn tussen beide aandoeningen voor de relatie met en steun van collega's.

4.1.3. De werkhervatting

Aandeel dat het werk hervat heeft

Aan de respondenten werd gevraagd of ze het werk hervat hadden of dat ze gedurende een bepaalde periode het werk hervat hadden. Het gaat dus om alle respondenten die een ervaring met werkhervatting hebben. Het aandeel respondenten dat het werk hervat heeft, ligt significant ho-

Figuur 2: Percentage (eerder of helemaal) niet akkoord met stelling rond relaties en ondersteuning op werk – volgens aandoening



7 Indien vermeld wordt dat ze een minder goede band hadden, dan verwijst dit naar het feit dat er vaker een (helemaal of eerder) niet akkoord score wordt gegeven op de stelling "Voor mijn arbeidsongeschiktheid had ik een goede band met ...".

8 Indien vermeld wordt dat men zich minder gesteund voelde, dan verwijst dit naar het feit dat er vaker een (helemaal of eerder) niet akkoord score wordt gegeven op de stelling "Tijdens mijn arbeidsongeschiktheid voelde ik me gesteund door ...".

ger bij personen met een letsel (68%) in vergelijking met de andere drie aandoeningen (58% voor burn-out, 53% voor psychische aandoening en 48% voor ziekte bewegingsstelsel).

Ook de reden(en) waarom men het werk hervatte, verschilt tussen de aandoeningen.

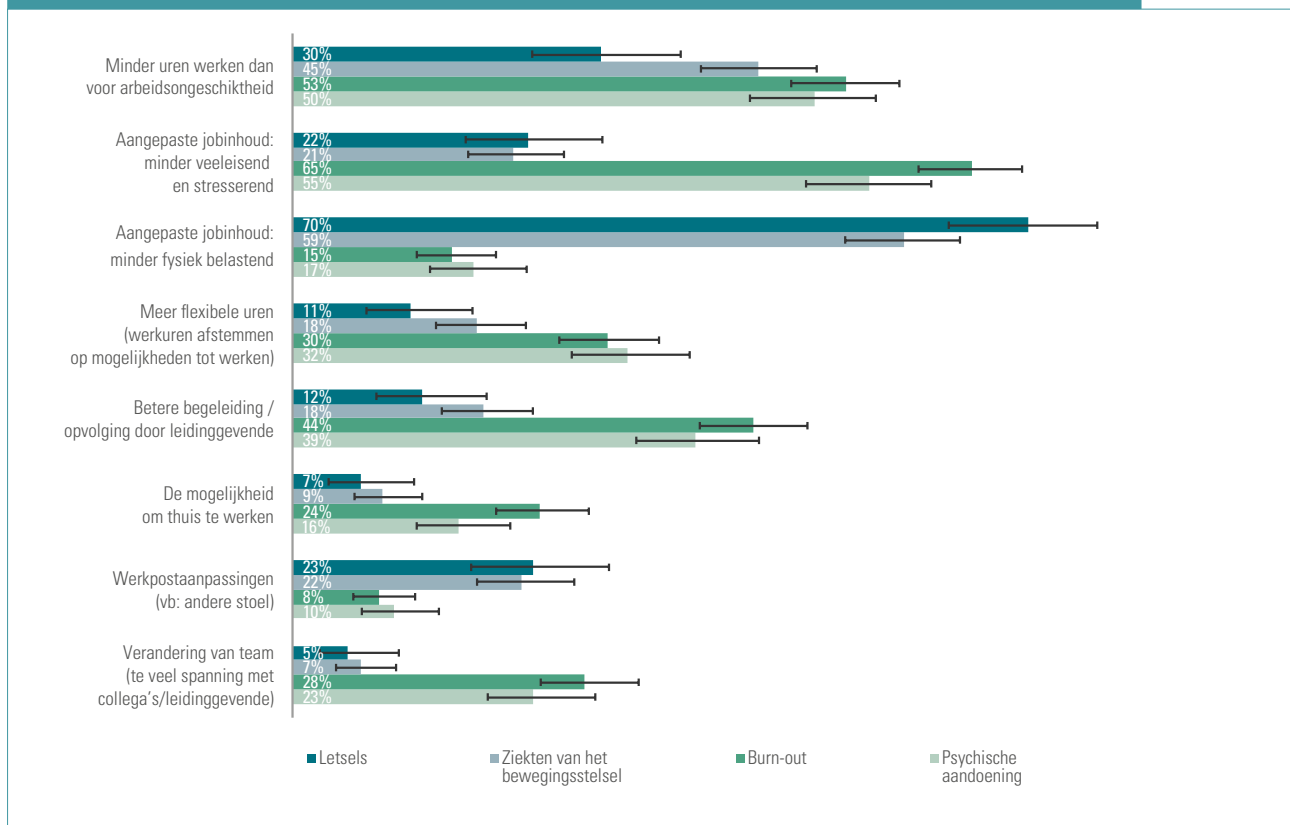
- Personen met een letsel geven vaker als reden zich volledig (of voldoende) hersteld voelen in vergelijking met de drie andere aandoeningen.
- Personen met een psychische aandoening of een burn-out vermelden vaker (in vergelijking met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel) een nuttige invulling aan hun dagen te willen geven, zich weer nuttig te willen maken voor de maatschappij en zich gedwongen te voelen door de sociale druk.

De nood aan aanpassingen

De meerderheid van de personen met een burn-out heeft nood aan aanpassingen (69%). Dit is significant hoger dan bij personen met een psychische aandoening (57%) of een ziekte van het bewegingsstelsel (54%). De nood aan aanpassingen ligt het laagst bij personen met een letsel (34%).

Ook het soort aanpassing waar men nood aan heeft, verschilt volgens aandoening (zie Figuur 3). Bij alle aandoeningen staat een aangepaste jobinhoud op de eerste plaats van gewenste aanpassingen. Om welke soort aanpassing het gaat, verschilt tussen de aandoeningen. Bij respondenten met een burn-out of een psychische aandoening gaat het om een minder stresserende en veeleisende jobinhoud, terwijl bij respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel het gaat om een fysiek minder zware jobinhoud. Vervolgens staat bij alle aandoeningen minder uren werken dan voor de arbeidsongeschiktheid op de tweede plaats. Voor personen met een letsel ligt dit wel significant lager in vergelijking met de andere drie aandoeningen. Wat betreft de relationele aanpassingen (betere begeleiding door de leidinggevende en verandering van team), deze worden significant vaker gevraagd door respondenten met een burn-out of een psychische aandoening in vergelijking met deze met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel. De werkpostaanpassingen tot slot worden significant vaker genoemd door respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel vergeleken met personen met een burn-out of een psychische aandoening.

Figuur 3: De gewenste aanpassingen - volgens aandoening



We zien in deze resultaten ook dat personen na een burn-out of een psychische aandoening nood hebben aan meerdere aanpassingen (de verscheidenheid is groter) dan personen met een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel (waar de verscheidenheid kleiner is).

Er is (gelukkig) geen verschil tussen aandoeningen in de mate waarin men de nodige aanpassingen krijgt. Waar er wel een verschil is, is wat men doet als men de nodige aanpassingen niet krijgt. Respondenten met een psychische aandoening (19%) of een burn-out (21%) veranderen vaker van werkgever doordat ze de gevraagde aanpassingen niet krijgen in vergelijking met respondenten met een letsel (6%). Respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel (12%) veranderen minder vaak dan respondenten met een burn-out, maar er is geen significant verschil met respondenten met een psychische aandoening of een letsel.

Helpende en belemmerende factoren bij werkhervatting

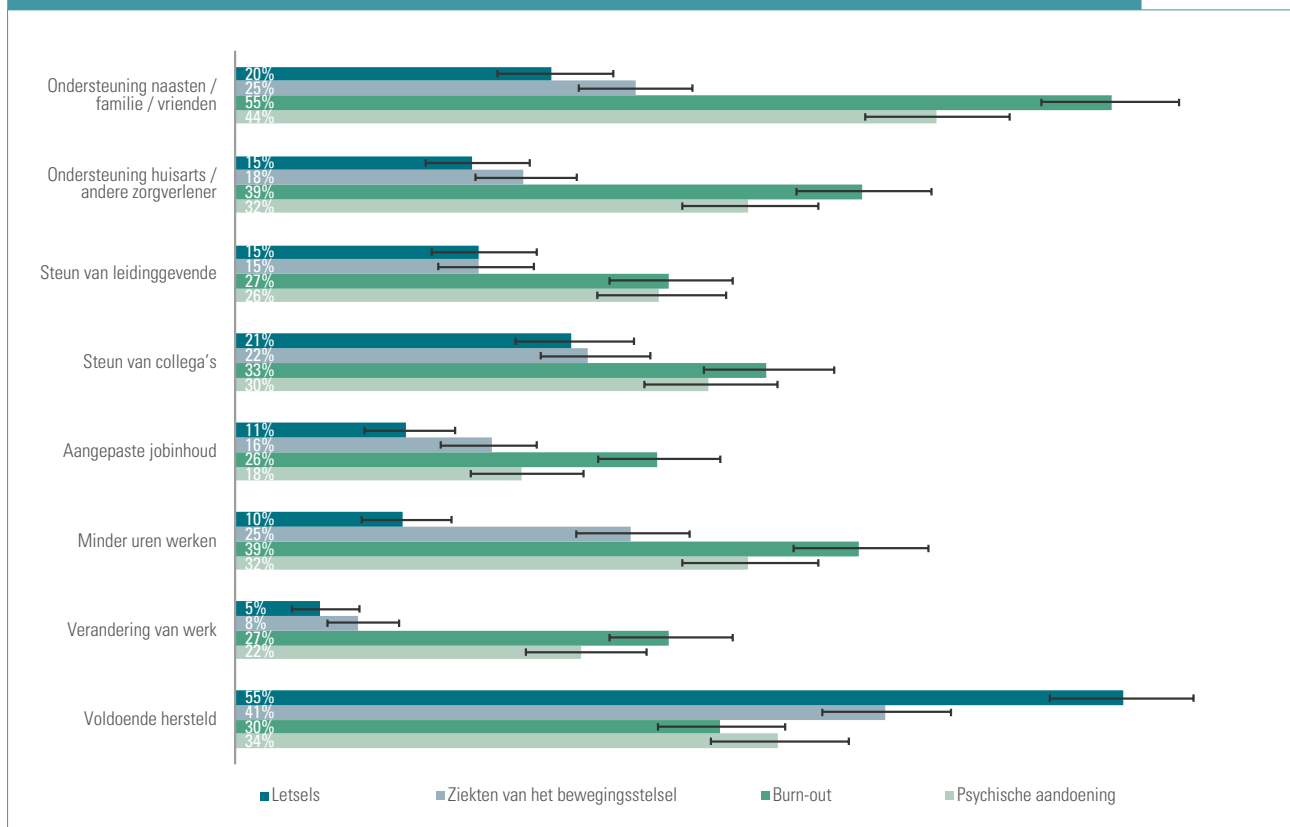
Aan de respondenten die het werk hervat hadden, werd gevraagd welke factoren hen hierbij geholpen of belemmerd hadden.

Figuur 4 toont aan dat de factoren die geholpen hebben tijdens de werkhervatting verschillen volgens de soort

aandoening. Volledig (of voldoende) hersteld zijn, wordt significant vaker genoemd bij personen met een letsel in vergelijking met de andere drie aandoeningen. De ondersteuning door de naaste omgeving wordt significant vaker genoemd bij respondenten met een burn-out in vergelijking met respondenten met een psychische aandoening en deze ligt dan weer hoger dan bij personen met een letsel of ziekte van het bewegingsstelsel. Respondenten met een burn-out of een psychische aandoening vermelden significant vaker de ondersteuning door een huisarts of een andere zorgverlener, de steun van de leidinggevende en verandering van werk zodat men helemaal opnieuw kon beginnen. Tot slot vermelden respondenten met een burn-out vaker een aangepaste jobinhoud als helpende factor in vergelijking met de andere drie aandoeningen. Respondenten met een letsel vermelden het minst vaak minder uren werken in vergelijking met de andere drie aandoeningen.

Op de vraag naar de belemmerende factoren geven personen met een letsel vaker aan dat niets hun werkhervatting bemoeilijkt heeft (zie Figuur 5). Dit ligt significant hoger in vergelijking met personen met een ziekte van het bewegingsstelsel. Personen met een psychische aandoening of een burn-out geven significant minder vaak aan dat niets

Figuur 4: Helpende factoren bij werkhervatting – volgens aandoening



hun werkhervatting bemoeilijkt heeft (in vergelijking met de andere twee aandoeningen).

Bij de respondenten waar er wel één (of meerdere) belemmerende factor(en) was, zijn er ook verschillen tussen de aandoeningen. Respondenten met een letsel geven minder vaak aan dat ze niet voldoende hersteld waren / te vroeg herbegonnen waren in vergelijking met de andere drie aandoeningen. Personen met een burn-out geven vaker aan dat gebrek aan steun van de leidinggevende hun werkhervatting bemoeilijkt heeft (in vergelijking met de andere drie aandoeningen). Tot slot werden respondenten met een burn-out of een psychische aandoening vaker belemmerd door een gebrek aan steun van collega's in vergelijking met personen met een letsel of een ziekte van het bewegingsstelsel. En respondenten met een letsel werden minder vaak belemmerd doordat ze te veel uren moesten werken volgens wat ze nog aankonden in vergelijking met de andere aandoeningen.

De resultaten die we vinden bij de respondenten met een burn-out komen overeen met de resultaten uit een onderzoek dat werd uitgevoerd bij patiënten met een burn-out waarin onder andere de risicofactoren voor herstel na werkhervatting in kaart werden gebracht: "Volgens onze

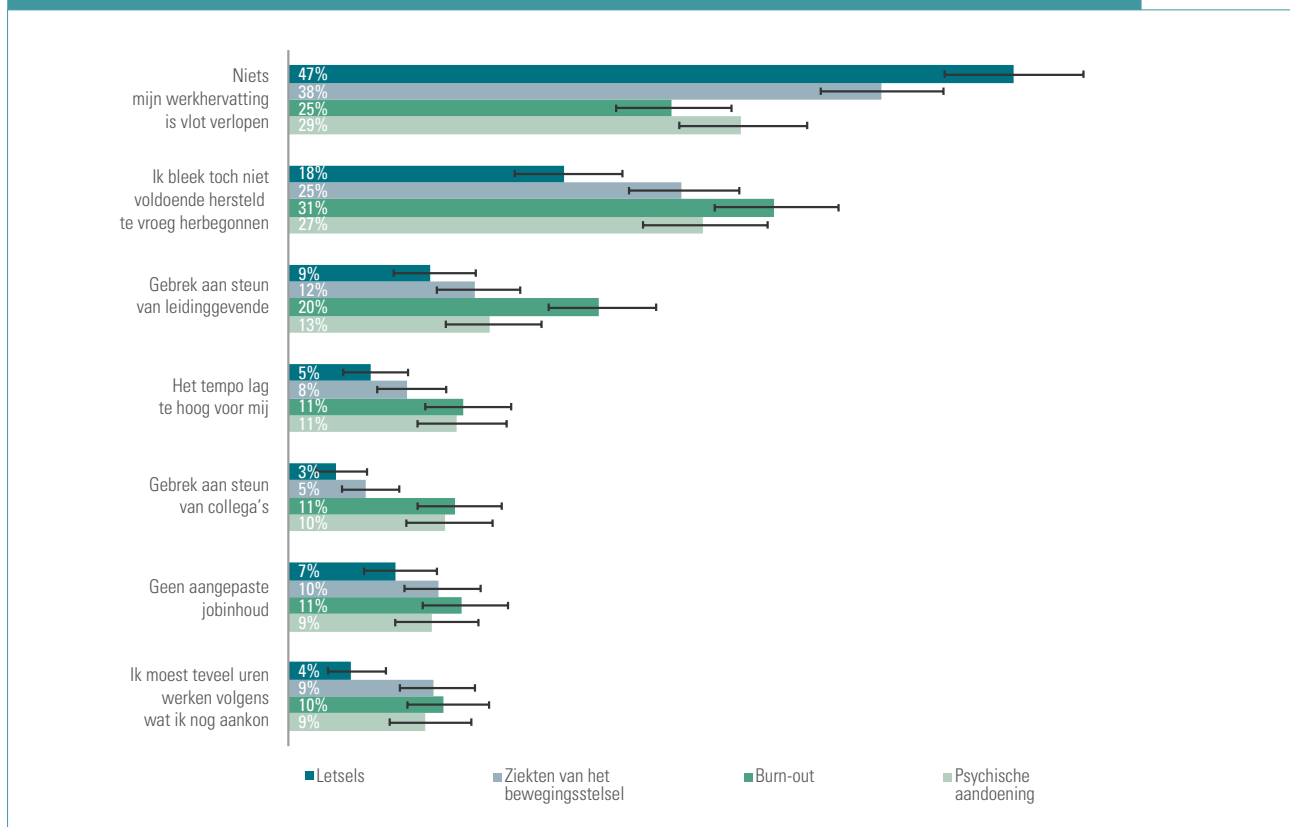
resultaten houden deze terugvallen rechtstreeks verband met de intensiteit van de symptomatologie op het moment van de diagnose, maar ook met de voorwaarden voor terugkeer naar het werk. Een terugkeer naar het werk met intense restverschijnselen, of zelfs tegen het advies van de arts in, verhoogt immers het risico op een terugval. De kenmerken van de werkomgeving op het moment van terugkeer spelen ook een belangrijke rol. Verandering van werkgever vermindert de kans op terugval. Hetzelfde geldt voor degenen die naar hun werkgever terugkeren en door collega's en het management positief worden onthaald" (Massart et al. 2021, p. 88, eigen vertaling).

4.2. Leeftijd

4.2.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

Het aandeel respondenten dat het werk (deels) verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid is gelijk voor alle leeftijdsgroepen. Figuur 6 illustreert dat de redenen waarom het werk (deels) verantwoordelijk wordt geacht, wel samenhangen met de leeftijd. De fysieke zwaarte

Figuur 5: Belemmerende factoren bij werkhervatting - volgens aandoening



van het werk wordt vaker genoemd bij respondenten die ouder zijn dan 45 jaar in vergelijking met respondenten jonger dan 45 jaar. Hoe jonger de respondent is, hoe vaker de slechte relatie met collega's of leidinggevende of de zware relatie met klanten genoemd worden. Ook de onzekerheid op de werkvloer wordt vaker genoemd naarmate de respondent jonger is.

4.2.2. De relatie en de steun van collega's en de leidinggevende

Wat betreft het contact met collega's en de leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid, waren er geen noemenswaardige verschillen volgens leeftijd. De respondenten werden even vaak gecontacteerd door hun collega's en leidinggevende en omgekeerd, ongeacht de leeftijd.

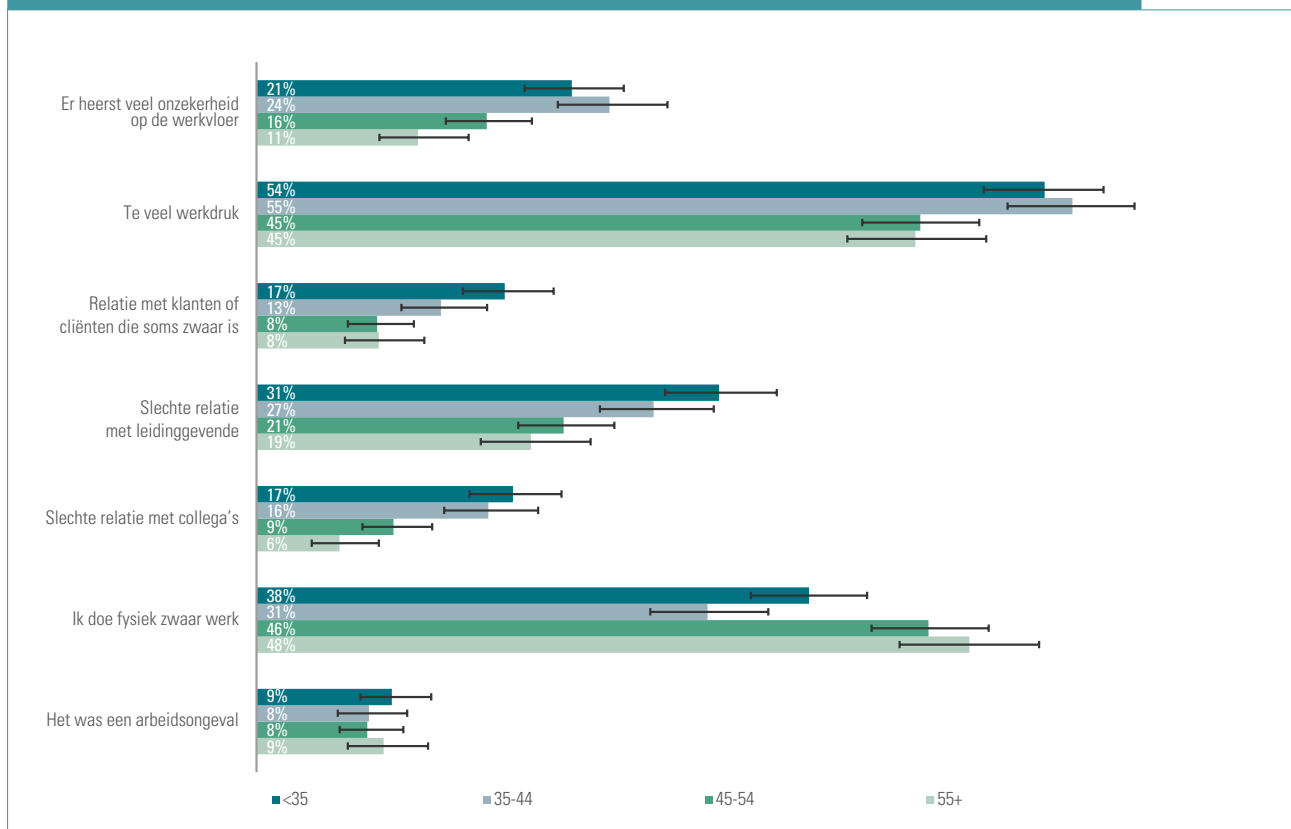
Ook de relatie met de collega's en leidinggevende hangt niet samen met de leeftijd. Zowel de beoordeling van de band voor de arbeidsongeschiktheid als de ervaren steun tijdens de arbeidsongeschiktheid zijn dezelfde voor alle leeftijdsgroepen.

4.2.3. De werkhervatting

Aandeel dat het werk hervat heeft

Het aandeel personen dat het werk hervat heeft, ligt hoger naarmate men jonger is (van 63% bij min 35-jarigen naar 53% bij 55-plussers). De belangrijkste reden om het werk te hervatten is voor alle leeftijden gelijk: volledig hersteld zijn. Jongere werknemers echter willen vaker hervatten om nuttig bezig te zijn. Zowel voor zichzelf door een nuttige invulling aan hun dagen te geven (39% bij min 35-jarigen tegenover 24% bij 55-plussers) als om zich nuttig te maken voor de maatschappij (26% bij min 35-jarigen tegenover 14% bij 55-plussers). Ze hebben ook vaker nood aan sociale contacten (29% bij min 35-jarigen tegenover 21% bij 55-plussers). Voor deze drie redenen ligt er een breuklijn op 45 jaar: de verschillen zijn significant verschillend voor de leeftijdsgroepen onder de 45 jaar in vergelijking met de groepen boven de 45 jaar. Maar jongere werknemers hervatten het werk ook vaker omwille van sociale druk (9% bij min 35-jarigen tegenover 2% bij 55-plussers) of omdat de financiële situatie met een ziekte-uitkering te moeilijk werd (30% bij min 35-jarigen tegenover 16% bij 55-plussers). Voor deze twee redenen dalen de percentages geleidelijk aan van jong naar oud.

Figuur 6: Redenen waarom werk verantwoordelijk is voor de arbeidsongeschiktheid - volgens leeftijd



De nood aan aanpassingen

35-44-jarigen (52%) en 45-54-jarigen (54%) hebben meer nood aan aanpassingen wanneer ze weer aan het werk gaan na een periode van arbeidsongeschiktheid in vergelijking met 55-plussers (43%). Er is geen samenhang met leeftijd wat betreft het al dan niet krijgen van aanpassingen. Waar er echter wel een samenhang met leeftijd is, is wat men doet als men geen aanpassingen krijgt. Personen onder de 45 jaar veranderen in dat geval vaker van werkgever. Dit was het geval voor 17% van de min 35-jarigen en 20% van de 35-44-jarigen tegenover 8% van de 45-54-jarigen en 6% van de 55-plussers.

Welke aanpassingen wenst men bij een werkhervatting na een periode van arbeidsongeschiktheid? Er zijn slechts twee gewenste aanpassingen waar er een samenhang met leeftijd is en deze bevinden zich in de relationele sfeer. Hoe jonger men is, hoe vaker men wenst te veranderen van team (door te veel spanningen met collega's en leidinggevende) (18% bij min 35-jarigen tegenover 6% bij 55-plussers) en hoe vaker men een betere begeleiding en opvolging wenst door de leidinggevende (31% bij min 35-jarigen tegenover 12% bij 55-plussers).

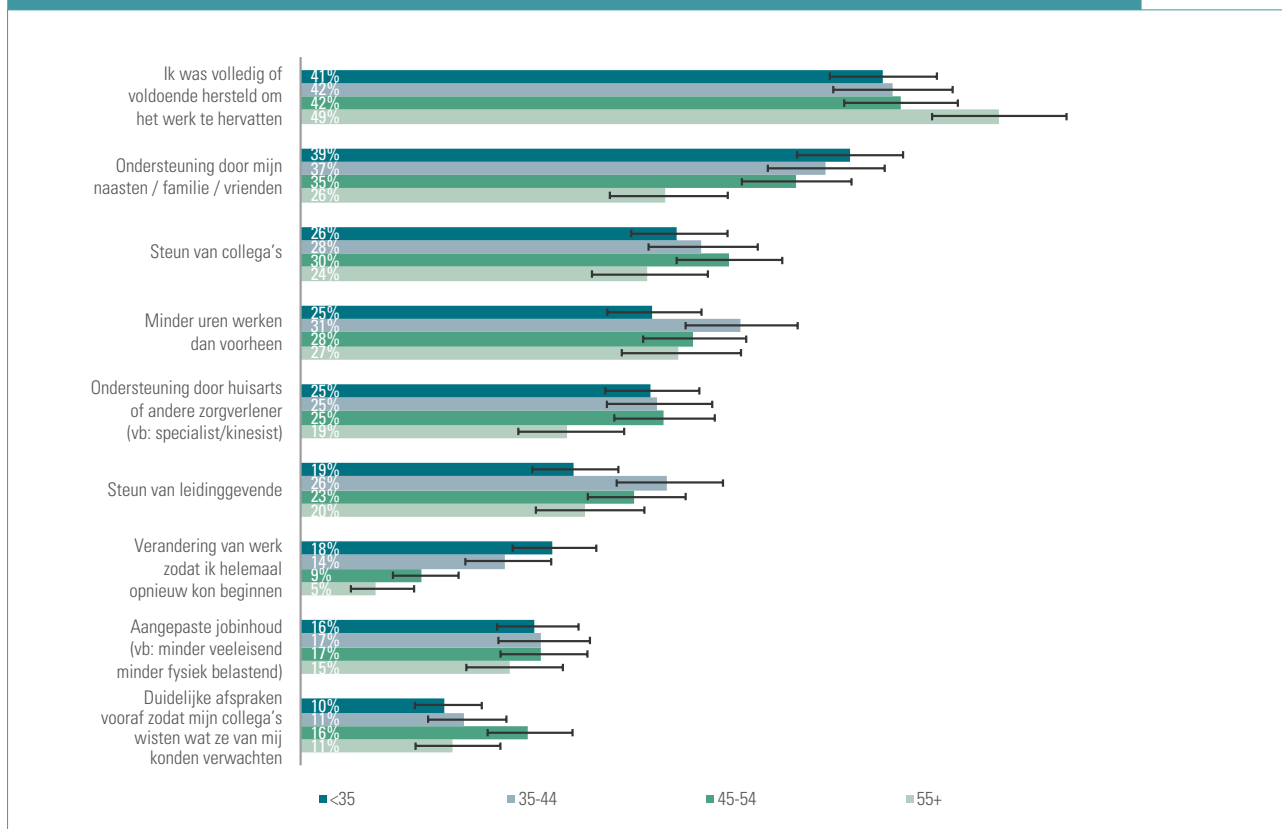
Helpende en belemmerende factoren bij werkhervatting

De respondenten die het werk hervat hebben, werden gevraagd welke factoren hen hierbij geholpen of belemmerd hadden.

Er zijn twee helpende factoren waar er een samenhang met de leeftijd is (zie Figuur 7). 'Verandering van werk zodat ik opnieuw kan beginnen' wordt vaker genoemd bij respondenten onder de 45 jaar in vergelijking met respondenten boven de 45 jaar. Ondersteuning van naasten, vrienden en familie wordt minder vaak als helpende factor genoemd bij 55-plussers in vergelijking met de jongere leeftijdsgroepen.

Hoe ouder de respondent is, hoe vaker die antwoordt dat niets de werkhervatting bemoeilijkt heeft (van 31% bij min 35-jarigen naar 50% bij 55-plussers). Op de factoren die de werkhervatting bemoeilijkt hebben, is er slechts één waar er een samenhang met leeftijd is: te veel uren werken volgens wat men nog aankon. Van de min 35-jarigen geeft 10% dit aan als belemmering en dit daalt tot 5% bij de 55-plussers. Hierbij is het belangrijk om te stellen dat 55-plussers voor hun arbeidsongeschiktheid al minder vaak voltijds aan het werk waren en meer halftijds en deeltijds in vergelijking met hun jongere collega's.

Figuur 7: Helpende factoren bij werkhervatting – volgens leeftijd



4.3. Type werk: handenarbeid versus hoofdarbeid

4.3.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

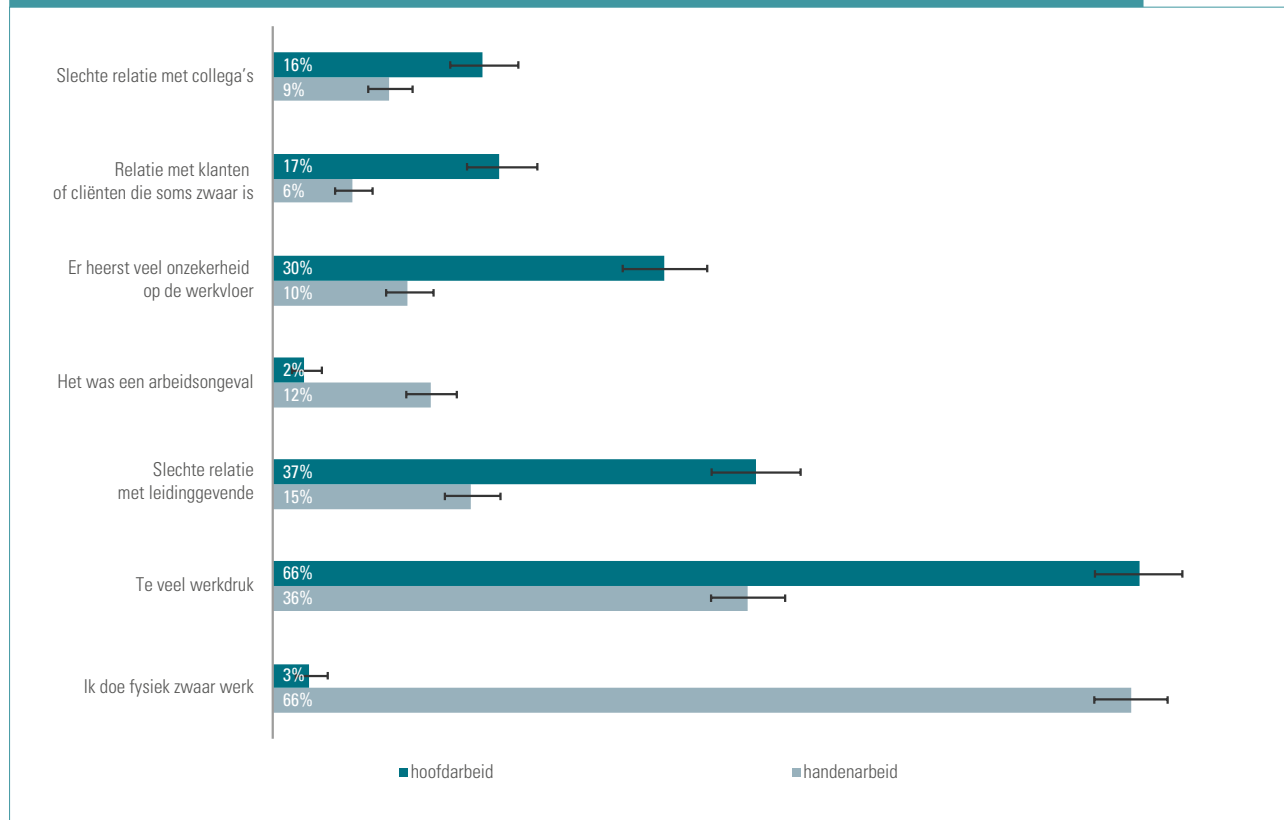
Het aandeel respondenten dat hun werk (deels) verantwoordelijk acht voor hun arbeidsongeschiktheid verschilt niet significant tussen personen die handenarbeid uitvoerden (59%) en deze die hoofdarbeid uitvoerden (56%). De redenen waarom de werksituatie (deels) de oorzaak is van arbeidsongeschiktheid verschillen echter wel significant naar gelang het soort werk (zie Figuur 8). Het fysiek zware werk en arbeidsongevallen worden vaker genoemd door respondenten die handenarbeid uitvoerden. Te veel werkdruk is voor beide types van job een belangrijke reden, maar wordt significant vaker vermeld door respondenten met hoofdarbeid. Ook de relationele factoren (de relatie met de leidinggevende, de collega's en klanten) en de onzekerheid op de werkvloer worden vaker vermeld door respondenten met hoofdarbeid.

4.3.2. De relatie en steun van collega's en leidinggevende

Tijdens de arbeidsongeschiktheid hadden respondenten die hoofdarbeid uitvoerden meer contact met collega's in vergelijking met diegenen die handenarbeid uitvoerden. Het gaat zowel om de collega's die vaker contact opnamen met de respondent (63% tegenover 47%) als om respondenten zelf die vaker contact opnamen met hun collega's (29% tegenover 20%). Personen die hoofdarbeid uitvoerden, gaven vaker aan dat hun leidinggevende contact met hen opnam tijdens de arbeidsongeschiktheid (42%) in vergelijking met respondenten met handenarbeid (26%). Omgekeerd geldt dit echter niet: personen met hoofdarbeid namen even vaak contact op met hun leidinggevende als personen met handenarbeid.

Personen die hoofdarbeid uitvoerden, beoordeelden hun relatie met collega's positiever⁹ (80%) dan personen met handenarbeid (68%). Wat de relatie met de leidinggevende voor de arbeidsongeschiktheid betreft, werd deze negatie-

Figuur 8: Redenen werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid - volgens type werk



9 Indien vermeld wordt dat de band positiever beoordeeld wordt, dan verwijst dit naar het feit dat er vaker een (helemaal of eerder) akkoord score wordt gegeven op de stelling "Voor mijn arbeidsongeschiktheid had ik een goede band met ...".

ver¹⁰ beoordeeld door personen die hoofdarbeid uitvoerden (20%) in vergelijking met personen die handenarbeid uitvoerden (10%).

Respondenten die hoofdarbeid uitvoerden, voelden zich tijdens hun arbeidsongeschiktheid beter gesteund door collega's (zowel binnen als buiten de dienst) en de leidinggevende in vergelijking met respondenten die handenarbeid uitvoerden. Dus ook al gaven personen die hoofdarbeid uitvoerden aan dat ze voor de arbeidsongeschiktheid een minder goede band hadden met hun leidinggevende, tijdens de arbeidsongeschiktheid voelen ze zich wel meer gesteund door deze leidinggevende (43%) in vergelijking met respondenten met handenarbeid (38%).

4.3.3. De werkhervatting

Aandeel dat werk hervat heeft

Personen met hoofdarbeid hebben significant vaker het werk hervat (67%) in vergelijking met personen die handenarbeid uitvoerden (55%). Ook wat betreft de redenen

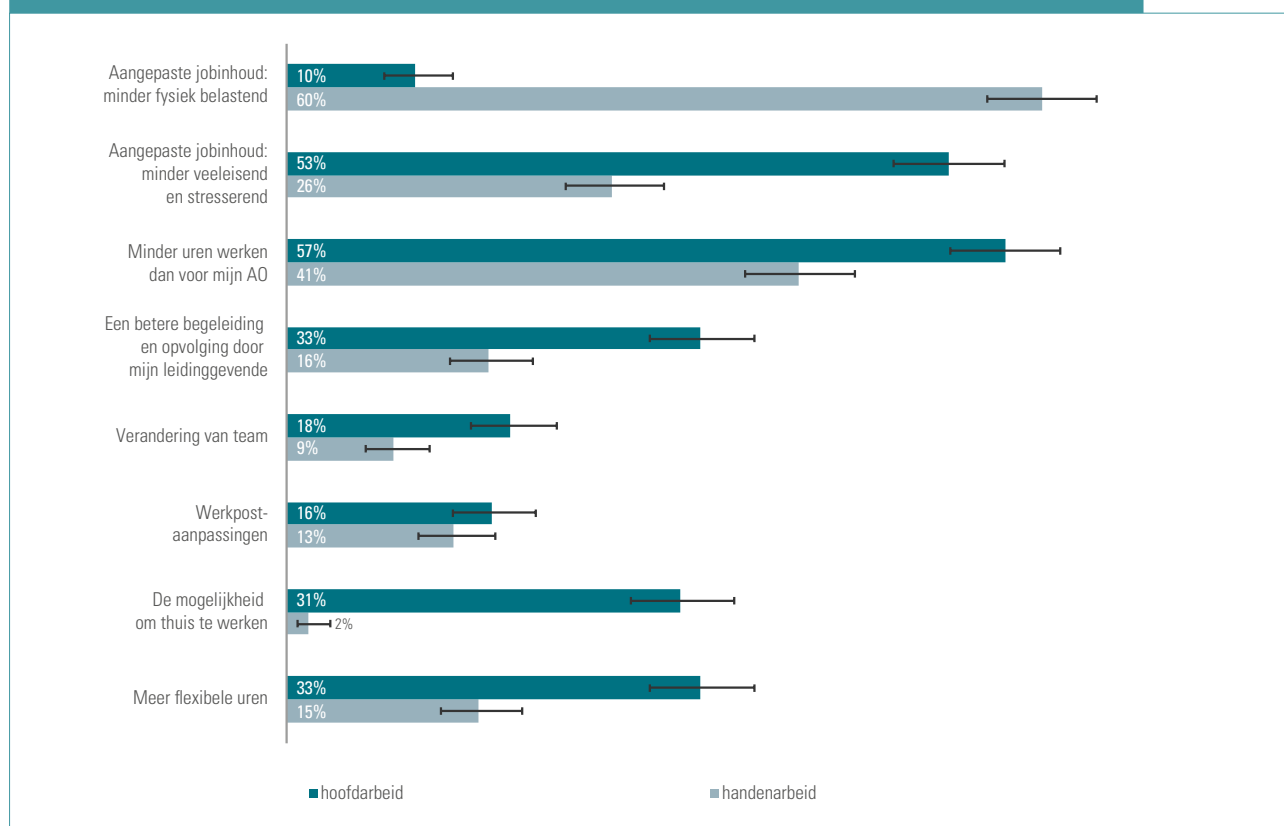
om het werk te hervatten, zijn er verschillen tussen beide groepen. Personen die hoofdarbeid uitvoerden, hervatten significant vaker het werk om de volgende redenen: nood aan sociale contacten (28% bij hoofdarbeid tegenover 21% bij handenarbeid), weer een nuttige invulling geven aan mijn dagen (37% tegenover 26%), zich weer nuttig maken voor de maatschappij (23% tegenover 16%) en omwille van de sociale druk (8% tegenover 3%).

De nood aan aanpassingen

De nood aan aanpassingen is niet significant verschillend voor personen die hoofdarbeid (53%) en handenarbeid (47%) uitvoerden. En ook het aandeel personen dat aanpassingen gekregen heeft, verschilt niet significant tussen hoofdarbeid en handenarbeid.

De soort aanpassing die men nodig heeft, verschilt wel volgens type werk dat men uitvoerde (zie Figuur 9). Welk type job men ook uitvoerde, men heeft in beide gevallen nood aan minder uren werken en een aangepaste jobinhoud. Hoe die jobinhoud juist aangepast moet worden, verschilt

Figuur 9: De gewenste aanpassingen - volgens type werk



10 Indien vermeld wordt dat de band negatiever beoordeeld wordt, dan verwijst dit naar het feit dat er vaker een (helemaal of eerder) niet akkoord score wordt gegeven op de stelling "Voor mijn arbeidsongeschiktheid had ik een goede band met ...".

wel volgens het type job dat men uitvoerde. Indien men hoofdarbeid uitvoerde, gaat het om een minder veeleisende en stresserende jobinhoud. Indien men handenarbeid uitvoerde, gaat het om een minder fysiek belastende jobinhoud. Respondenten die voorheen hoofdarbeid uitvoerden, vermeldden significant vaker de nood aan een betere begeleiding en opvolging door de leidinggevenden, de mogelijkheid om thuis te werken en meer flexibele uren.

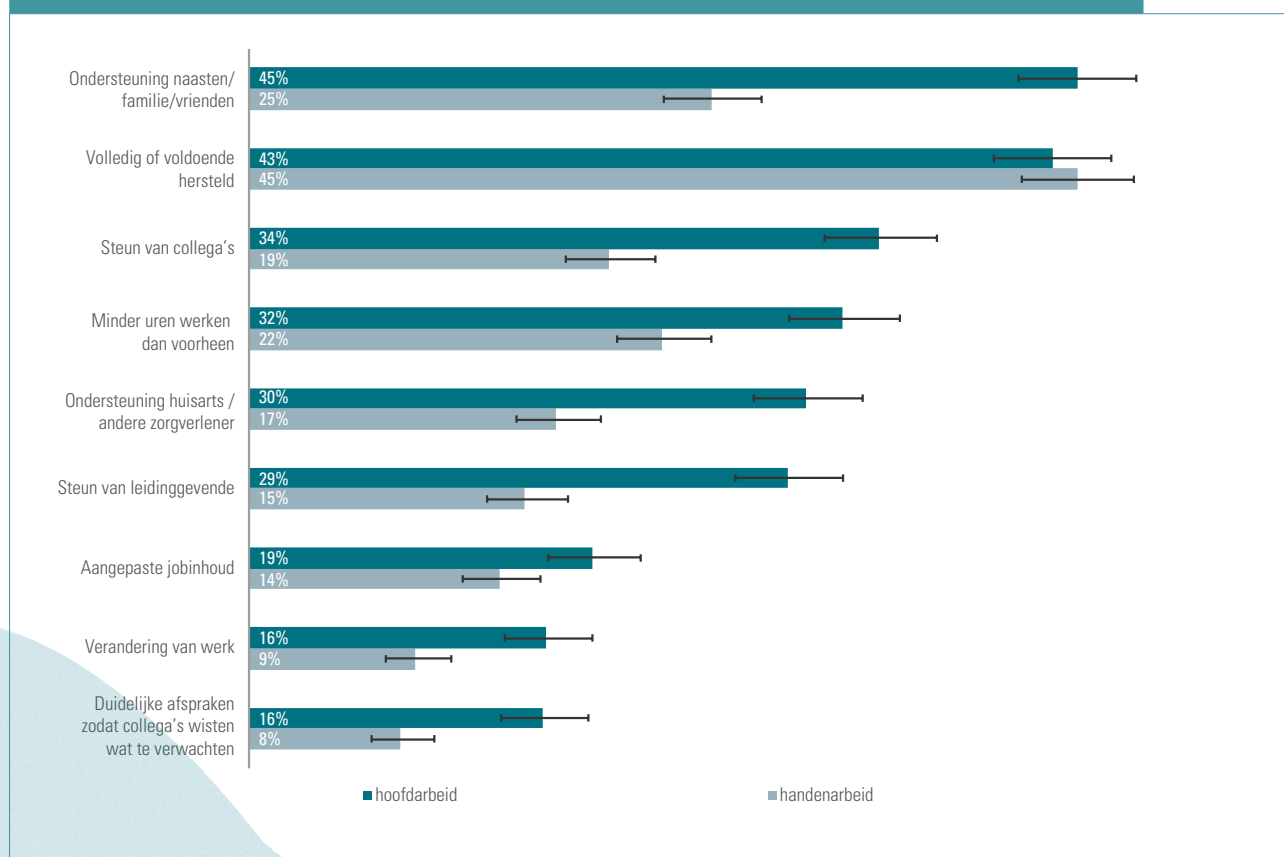
Helpende en belemmerende factoren bij werkhervatting

De respondenten die het werk hervat hebben, werden gevraagd welke factoren hen hierbij geholpen of belemmerd hadden. De factoren die de werkhervatting geholpen hebben, verschillen tussen respondenten die voorheen hoofdarbeid of handenarbeid uitvoerden (zie Figuur 10). De helpende factoren die te maken hebben met sociale ondersteuning worden vaker vermeld door respondenten die hoofdarbeid uitvoerden in vergelijking met handenar-

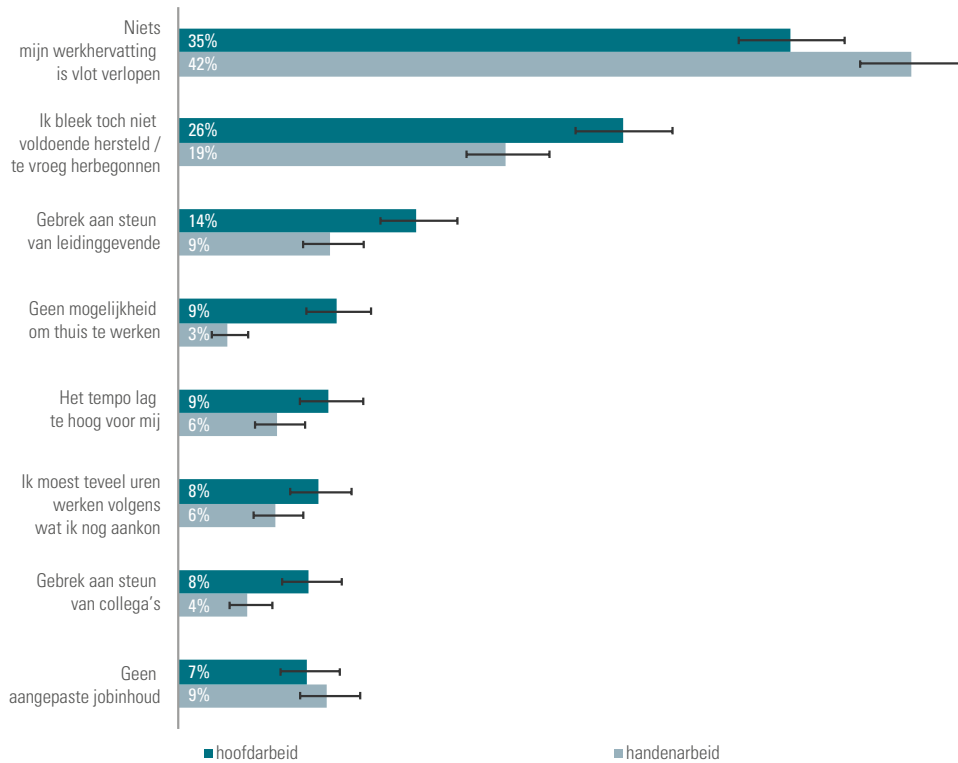
beid. Het gaat hier dan zowel om de ondersteuning door de naaste omgeving, door de huisarts of een andere zorgverlener, als om steun van collega's en de leidinggevende. Respondenten met hoofdarbeid vermelden ook vaker de volgende helpende factoren: minder uren werken dan voorheen, duidelijke afspraken vooraf zodat de collega's wisten wat ze konden verwachten en verandering van werk zodat men helemaal opnieuw kon beginnen.

Significant meer respondenten die handenarbeid uitvoerden gaven aan dat niets hun werkhervatting bemoeilijkte in vergelijking met respondenten met hoofdarbeid (zie Figuur 11). Respondenten die hoofdarbeid uitvoerden, geven significant vaker de volgende factoren aan die hun werkhervatting bemoeilijkten: onvoldoende hersteld / te vroeg herbegonnen, geen mogelijkheid om thuis te werken, gebrek aan steun van de leidinggevende en gebrek aan steun van collega's.

Figuur 10: Helpende factoren bij werkhervatting – volgens type werk



Figuur II: Belemmerende factoren bij werkherhvatting – volgens type werk



4.4. Bedrijfsgrootte

Ter herinnering: kleine bedrijven hebben minder dan 50 werknemers, middelgrote bedrijven hebben tussen 50 en 500 werknemers en grote bedrijven hebben meer dan 500 werknemers.

4.4.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

Het aandeel respondenten dat het werk verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid verschilt niet volgens bedrijfsgrootte. Voor de redenen waarom het werk hiervoor verantwoordelijk is, zijn er wel enkele significante verschillen volgens bedrijfsgrootte. Een te hoge werkdruk wordt vaker vermeld in middelgrote (52%) of grote bedrijven (54%) in vergelijking met kleine bedrijven (43%). Fysiek zwaar werk wordt vaker genoemd door respondenten in kleine (44%) of middelgrote bedrijven (43%) in vergelijking met respondenten in grote bedrijven (33%).

4.4.2. De relatie en steun van collega's en leidinggevende

In grote bedrijven (40%) nam de leidinggevende vaker contact op met de respondent tijdens hun periode van arbeidsongeschiktheid in vergelijking met respondenten uit middelgrote (32,5%) of kleine bedrijven (31%). In grote bedrijven nemen de collega's eveneens (58%) vaker contact op met de respondent, maar dit is enkel significant verschillend in vergelijking met kleine bedrijven (52,5%). Daarentegen is het aandeel personen dat (enkel) contact had met de personeelsdienst groter bij respondenten uit middelgrote (25%) of grote bedrijven (25%) in vergelijking met respondenten uit kleine bedrijven (16%).

De band met collega's voor de arbeidsongeschiktheid werd beter beoordeeld door respondenten in grote bedrijven (80%) in vergelijking met respondenten in kleine bedrijven (74%). De beoordeling van de band met de leidinggevende verschilt niet volgens bedrijfsgrootte.

De mate waarin men zich ondersteund voelde tijdens de arbeidsongeschiktheid door directe collega's (binnen de dienst) en de leidinggevende verschilt niet volgens bedrijfsgrootte. Men voelt zich wel meer gesteund door andere collega's (collega's buiten de dienst) in middelgrote (44%) of grote bedrijven (42%) in vergelijking met respondenten uit kleine bedrijven (36%).

4.4.3. De werkhervatting

Aandeel dat werk hervat heeft

Respondenten die werkzaam zijn in een klein bedrijf (58%) hebben minder vaak het werk hervat in vergelijking met werknemers uit een groot bedrijf (65%). De redenen waarom men het werk hervat heeft, verschillen niet volgens bedrijfsgrootte.

De nood aan aanpassingen

De nood aan aanpassingen na de arbeidsongeschiktheid en of men deze gewenste aanpassingen krijgt, verschillen niet volgens bedrijfsgrootte. Zelfs de soort aanpassing waar men nood aan heeft, verschilt amper volgens bedrijfsgrootte. Er is slechts één aanpassing met een significant verschil: de mogelijkheid om thuis te werken wordt vaker vermeld bij respondenten uit grote bedrijven (21%) in vergelijking met respondenten uit middelgrote bedrijven (12%).

Helpende en belemmerende factoren bij werkhervatting

Wat de helpende factoren bij een werkhervatting betreft, zijn er enkele verschillen volgens bedrijfsgrootte. Sommige helpende factoren in verband met sociale ondersteuning worden vaker vermeld door respondenten in grote bedrijven in vergelijking met kleine bedrijven. Het gaat om ondersteuning door naasten, familie, vrienden (39% in grote tegenover 31% in kleine bedrijven), ondersteuning door huisarts of andere zorgverlener (27% tegenover 19%) en ondersteuning door bedrijfsarts (12% tegenover 3%). Tot slot wordt 'duidelijke afspraken vooraf zodat mijn collega's wisten wat ze van mij konden verwachten' vaker vermeld bij respondenten werkzaam in een groot bedrijf (15,5%) in vergelijking met respondenten werkzaam in een middelgroot bedrijf (10%).

Er is geen verschil in bedrijfsgrootte voor de factoren die de werkhervatting bemoeilijkt hebben.

4.5. Functie: al dan niet leidinggevende functie

4.5.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

Leidinggevenden (63%) geven vaker aan dat het werk verantwoordelijk was voor hun arbeidsongeschiktheid in vergelijking met niet-leidinggevenden (56%). Ook de redenen waarom het werk hiervoor verantwoordelijk was, verschillen significant tussen beide groepen. Niet-leidinggevenden (44%) vermelden vaker het fysiek zware werk als reden in vergelijking met leidinggevenden (26%). Leidinggevenden vermelden vaker de volgende redenen: slechte relatie met leidinggevende (31% tegenover 24%), te veel werkdruk (61% tegenover 48%) en onzekerheid op de werkvloer (24% tegenover 17%).

4.5.2. De relatie en steun van collega's en leidinggevende

Leidinggevenden (60%) gaven vaker aan dat collega's contact met hen namen tijdens de arbeidsongeschiktheid in vergelijking met niet-leidinggevenden (53%). Leidinggevenden (10%) gaven ook vaker aan geen contact te willen met collega's of leidinggevenden in vergelijking met niet-leidinggevenden (6%).

Leidinggevenden beoordeelden hun relatie met collega's positiever (79%) dan niet-leidinggevenden (71%). Leidinggevenden (18%) beoordelen de relatie met hun leidinggevende voor de arbeidsongeschiktheid negatiever in vergelijking met niet-leidinggevenden (13%).

De mate waarin men zich gesteund voelde tijdens de arbeidsongeschiktheid door de direct collega's binnen de dienst en de leidinggevende verschilt niet tussen beide groepen. Maar wat de steun door collega's buiten de dienst betreft, was er wel een verschil: leidinggevenden (48%) voelden zich beter ondersteund door andere collega's (buiten de dienst) in vergelijking met niet-leidinggevenden (38%).

4.5.3. De werkhervatting

Aandeel dat werk hervat heeft

Het aandeel personen dat het werk hervat heeft en de redenen hiervoor verschillen niet tussen beide groepen.

De nood aan aanpassingen

De nood aan aanpassingen verschilt niet significant tussen leidinggevende en niet-leidinggevende en ook niet de mate waarin men de gewenste aanpassingen krijgt. Wat wel verschilt, is wat men doet als men de gewenste aanpassingen niet krijgt. Leidinggevend (20%) zullen in dat geval vaker van werkgever veranderen dan niet-leidinggevend (11%). Ook het soort aanpassing dat men wenst verschilt. Leidinggevend hebben meer nood aan meer flexibele uren (49% tegenover 38%), de mogelijkheid om thuis te werken (23% tegenover 14%) en een aangepaste jobinhoud die minder veeleisend en stresserend is (49% tegenover 38%). Niet-leidinggevend hebben meer nood aan een aangepaste jobinhoud die minder fysiek belastend is (40% tegenover 22%).

Helpende en belemmerende factoren bij werkhervatting

Wat betreft de helpende factoren zijn er slechts twee factoren met een verschil tussen beiden groepen. Leidinggevend waren vaker geholpen door een verandering van werk zodat men helemaal opnieuw kon beginnen (17% tegenover 11%) en de mogelijkheid om thuis te werken (11% tegenover 5%).

Voor de factoren die de werkhervatting bemoeilijkt hebben, is er geen enkel verschil tussen beide groepen.

4.6. Gezinsituatie

4.6.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

Het aandeel respondenten dat het werk verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid verschilt niet volgens gezinsituatie. De redenen waarom het werk hiervoor verantwoordelijk is, verschilt wel volgens gezinsamenstelling. Alleenstaanden vermelden vaker de slechte relatie met collega's (18%) en de relatie met klanten die soms zwaar is (19%) in vergelijking met respondenten met een partner (beiden 10%) of respondenten met een partner en kinderen (respectievelijk 11% en 9%). Respondenten met partner vermelden vaker het fysiek zwaar werk (46%) als reden in vergelijking met alleenstaanden, alleenstaande ouders (beiden 34%) of respondenten met partner en kinderen (39%).

4.6.2. De relatie met en steun van collega's en leidinggevende

Collega's namen vaker contact op met respondenten met partner (56%) of respondenten met partner en kind (55%) in vergelijking met alleenstaanden (48%). Alleenstaande ouders (50%) zitten hier tussenin zonder significant te verschillen van de andere groepen. Alleenstaanden (8%) gaven vaker aan absoluut geen contact te willen met hun collega's of leidinggevende in vergelijking met respondenten met partner (4%).

De band met collega's wordt beter beoordeeld door respondenten met een partner (75%) of respondenten met partner en kinderen (74%) in vergelijking met alleenstaanden (67%) of alleenstaande ouders (66%). De band met de leidinggevende voor de arbeidsongeschiktheid verschilt niet volgens gezinsituatie.

De respondenten met een partner (52%) of met een partner en kinderen (50%) voelen zich tijdens hun arbeidsongeschiktheid ook beter gesteund door hun directe collega's in vergelijking met alleenstaanden (44%) of alleenstaande ouders (37,5%). Voor de ondersteuning door de leidinggevende en de andere collega's is er geen verschil volgens gezinsituatie. De enige uitzondering is dat respondenten met partner (43%) zich beter ondersteund voelen door hun leidinggevende dan alleenstaanden met kinderen (33%).

4.6.3. De werkhervatting

Aandeel dat werk hervat heeft

Er is geen verschil in werkhervatting volgens de gezinsituatie. Waar wel een verschil op zit, is de reden waarom men het werk wou hervatten. Alleenstaande ouders (38%) gaven vaker aan dat hun financiële situatie met een ziekte-uitkering te moeilijk werd in vergelijking met alleenstaanden (25%), respondenten met partner (21%) of respondenten met partner en kinderen (24%). Alleenstaande ouders (39%) gaven minder vaak als reden volledig (of voldoende) hersteld zijn in vergelijking met respondenten met partner (52%). En alleenstaande ouders (24%) gaven ook minder als reden 'om weer een nuttige invulling te geven aan hun dagen' in vergelijking met alleenstaanden (36%).

De nood aan aanpassingen

De nood aan aanpassingen en of men deze gewenste aanpassingen krijgt, verschillen niet volgens gezinsituatie. Er is slechts één gewenste aanpassing met een significant verschil volgens gezinsituatie. Alleenstaande ouders

(24%) wensen vaker de mogelijkheid om thuis te werken in vergelijking met respondenten met een partner (11%).

Helpende en belemmerende factoren bij werkhervatting

De helpende factoren verschillen amper volgens gezinssituatie. Enkel de ondersteuning door naasten, familie, vrienden wordt vaker vermeld door respondenten met partner en kinderen (39%) in vergelijking met alleenstaanden (30%).

Ook voor de factoren die de werkhervatting bemoeilijkt hebben, is er amper een verschil volgens gezinssituatie. Respondenten met partner en kinderen (40%) gaven vaker aan dat niets hun werkhervatting bemoeilijkt heeft in vergelijking met alleenstaande ouders (30%).

5. Samenvatting van de belangrijkste resultaten

5.1. Werk verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheid

Het aandeel respondenten dat **het werk verantwoordelijk acht voor de arbeidsongeschiktheid** verschilt in grote mate volgens de aandoening. Dit ligt het hoogst bij een burn-out, gevolgd door een psychische aandoening of een ziekte van het bewegingsstelsel en ligt het laagst bij een letsel. Er werd eveneens een verschil vastgesteld volgens functie: leidinggevenden gaven vaker aan dat ze het werk verantwoordelijk achtten dan niet-leidinggevenden.

De **redenen waarom het werk hier verantwoordelijk voor wordt geacht**, verschillen volgens alle bestudeerde kenmerken.

- Een hoge werkdruk wordt significant vaker vermeld bij een psychische aandoening, een burn-out, bij hoofdarbeid, door leidinggevenden, in middelgrote of grote bedrijven.
- Het fysiek zwaar werk is vooral een oorzaak bij respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel, een letsel, bij oudere respondenten, bij handenarbeid, bij niet-leidinggevenden, in kleine of middelgrote bedrijven.
- De relationele problemen (slechte relatie met collega's en leidinggevende en moeilijke relatie met klanten) is vaker een aanleiding bij een psychische aandoening, een burn-out, jongere respondenten of bij hoofdarbeid. Leidinggevenden vermelden vaker de slechte relatie met hun eigen leidinggevende.

- De onzekerheid op de werkvloer wordt vaker als reden gegeven bij een psychische aandoening, een burn-out, jongere respondenten, bij hoofdarbeid of leidinggevenden.

5.2. De relatie met en steun van collega's en leidinggevende

De **evaluatie van de band met collega's voor de arbeidsongeschiktheid** verschilt volgens de aandoening, het type werk, de bedrijfsgrootte, de functie en de gezinssituatie. **De band met de leidinggevende** verschilt enkel volgens aandoening, type werk en functie.

- Respondenten met een psychische aandoening of een burn-out gaven aan dat ze een minder goede band hadden met hun collega's en leidinggevende voor de arbeidsongeschiktheid. De minder goede band met de leidinggevende voor de arbeidsongeschiktheid is nog groter bij personen met een burn-out dan bij personen met een psychische aandoening.
- Personen die hoofdarbeid uitvoerden, beoordeelden hun band met collega's beter en hun band met de leidinggevende minder goed in vergelijking met personen die handenarbeid uitvoerden.
- Leidinggevenden hadden voor de arbeidsongeschiktheid een betere band met hun collega's maar een minder goede band met hun leidinggevende in vergelijking met personen die geen leidinggevende functie hadden.
- Personen in grote bedrijven beoordeelden hun band met collega's positiever dan personen uit kleine bedrijven.
- De band met collega's wordt beter beoordeeld door personen met een partner (zowel met als zonder kinderen) in vergelijking met alleenstaanden of alleenstaande ouders.

De **evaluatie van de steun van collega's en/of leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid** verschilt volgens de aandoening, het type werk, de gezinssituatie, de bedrijfsgrootte en de functie.

- Respondenten met een psychische aandoening of een burn-out voelen zich minder gesteund door collega's en leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid (in vergelijking met de andere twee aandoeningen). De minder ervaren steun door de leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid is nog groter bij personen met een burn-out dan bij personen met een psychische aandoening.
- Respondenten die hoofdarbeid uitvoerden, voelden zich tijdens hun arbeidsongeschiktheid beter gesteund door collega's en de leidinggevende in vergelijking met respon-

denten die handenarbeid uitvoerden. Dus ook al gaven personen die hoofdarbeid uitvoerden aan dat ze voor de arbeidsongeschiktheid een minder goede band hadden met hun leidinggevende, tijdens de arbeidsongeschiktheid voelen ze zich wel meer gesteund door hun leidinggevende in vergelijking met respondenten met handenarbeid.

- De respondenten met een partner (zowel met als zonder kinderen) voelden zich tijdens hun arbeidsongeschiktheid beter gesteund door hun directe collega's in vergelijking met alleenstaanden of alleenstaande ouders.
- In middelgrote of grote bedrijven voelde men zich meer gesteund door andere collega's buiten de dienst in vergelijking met kleine bedrijven.
- Leidinggevendenden voelden zich beter ondersteund door andere collega's (buiten de dienst) in vergelijking met niet-leidinggevendenden.

De **contacten met collega's en leidinggevende tijdens de arbeidsongeschiktheid** verschillen volgens aandoening, type werk, bedrijfsgrootte, functie en gezinssituatie.

- Personen met een burn-out of een psychische aandoening namen minder vaak contact op met hun leidinggevende en gaven ook vaker aan absoluut geen contact te willen met hun collega's of leidinggevende.
- Respondenten die hoofdarbeid uitvoerden, hadden meer contact met collega's in vergelijking met diegenen die handenarbeid uitvoerden.
- In grote bedrijven nam de leidinggevende vaker contact op met de respondent in vergelijking met respondenten uit middelgrote of kleine bedrijven. In grote bedrijven nemen de collega's eveneens vaker contact op met de respondent, maar dit is enkel significant verschillend in vergelijking met kleine bedrijven.
- Leidinggevendenden geven vaker aan dat collega's contact met hen namen tijdens de arbeidsongeschiktheid in vergelijking met niet-leidinggevendenden. Leidinggevendenden gaven ook wel vaker aan geen contact te willen met collega's of leidinggevendenden in vergelijking met niet-leidinggevendenden.
- Collega's namen vaker contact op met respondenten met partner (zowel met als zonder kinderen) in vergelijking met alleenstaanden.

5.3. De werkhervatting

De redenen waarom men het werk wou hervatten, verschillen volgens aandoening, leeftijd, type werk en gezinssituatie.

- De belangrijkste reden om het werk te hervatten, voldoende of volledig hersteld zijn, verschilt enkel volgens aandoening. Personen met een letsel gaven dit vaker als reden in vergelijking met de andere drie aandoeningen.
- Personen met een burn-out, een psychische aandoening, jongere werknemers of personen die hoofdarbeid uitvoerden, vermeldden vaker een nuttige invulling aan hun dagen te willen geven en zich weer nuttig te willen maken voor de maatschappij.
- Nood aan sociale contacten werd vaker als reden gegeven door jongere werknemers of personen die hoofdarbeid uitvoerden.
- Personen met een psychische aandoening, een burn-out, jongere werknemers of personen die hoofdarbeid uitvoerden, gaven vaker als reden voor hun werkhervatting dat ze zich gedwongen voelden door de sociale druk.
- Alleenstaande ouders of jongere werknemers gaven vaker aan dat de financiële situatie met een ziekte-uitkering te moeilijk werd.

De **nood aan aanpassingen** aan het werk na de arbeidsongeschiktheid verschilt enkel volgens de aandoening. Deze nood is het hoogst bij respondenten na een burn-out, ligt significant lager bij respondenten na een psychische aandoening of een ziekte van het bewegingsstelsel en is het laagst na een letsel.

Er zijn geen verschillen wat betreft het krijgen van de gewenste aanpassingen. Wat men doet als men de gewenste aanpassingen niet krijgt, verschilt wel volgens aandoening, leeftijd en functie. Personen met een burn-out, een psychische aandoening, jongere werknemers of leidinggevendenden veranderen in dat geval vaker van werkgever.

Alle bestudeerde kenmerken zijn gerelateerd aan **welke aanpassing** men nodig heeft.

- Respondenten met een burn-out, een psychische aandoening, die hoofdarbeid uitvoerden of een leidinggevende functie hadden, willen hun jobinhoud vooral minder veeleisend en stresserend.
- Respondenten met een ziekte van het bewegingsstelsel, een letsel, die handenarbeid uitvoerden of die geen leidinggevende functie hadden, willen vooral fysiek minder zwaar werk.

- De relationele aanpassingen (betere begeleiding door de leidinggevende en verandering van team) worden significant vaker gevraagd door respondenten met een burn-out, een psychische aandoening of jongere werknemers.
- De mogelijkheid om thuis te werken wordt vaker gevraagd door personen die hoofdarbeid uitvoerden, in grote bedrijven werken of een leidinggevende functie hebben.

De **factoren die de werkhervatting hielpen** verschillen volgens de aandoening, de leeftijd, het type werk, de bedrijfsgrootte en de functie.

- Respondenten met een burn-out, een psychische aandoening, jongere respondenten, die voorheen hoofdarbeid verrichtten of in grote bedrijven werkten, waren vaker geholpen door de ondersteuning van naasten, familie en vrienden.
- Respondenten met een burn-out, een psychische aandoening, jongere respondenten, die voorheen hoofdarbeid verrichtten of leidinggevend, waren vaker geholpen door verandering van werk zodat men helemaal opnieuw kon beginnen.
- Respondenten met een letsel waren vaker geholpen door volledig (of voldoende) hersteld te zijn.
- De andere ondersteunende factoren (door de huisarts of andere zorgverlener, de leidinggevende en de collega's) werden vaker genoemd door respondenten met een burn-out, een psychische aandoening of hoofdarbeid.
- Respondenten die in grote bedrijven werken, vermelden vaker enkele ondersteunende factoren, zoals de ondersteuning door de huisarts of andere zorgverlener en de bedrijfsarts.
- Minder uren werken dan voorheen heeft vaker personen met een burn-out of hoofdarbeid geholpen.
- En tot slot werd een aangepaste jobinhoud vaker gemeld door respondenten met een burn-out als een helpende factor voor de werkhervatting.

De werkhervatting is vlotter verlopen bij respondenten met een letsel, een ziekte van het bewegingsstelsel of die voorheen handenarbeid uitvoerden. De **factoren die de werkhervatting bemoeilijkten**, verschillen volgens de aandoening, de leeftijd en het type werk.

- Respondenten met een burn-out of hoofdarbeid gaven vaker aan dat ze belemmerd waren door gebrek aan steun van de leidinggevende.
- Gebrek aan steun van collega's werd vaker vermeld door respondenten met een burn-out, een psychische aandoening of hoofdarbeid.

- Personen met een letsel of handenarbeid werden minder vaak belemmerd door onvoldoende hersteld te zijn.
- Jongere respondenten gaven vaker aan dat ze te veel uren moesten werken volgens wat ze nog aankonden.

6. Aanbevelingen

De resultaten uit het eerste artikel resulteerden in een aantal aanbevelingen over **een globale aanpak van preventie**. Zo werd aan de werkgevers de aanbeveling geformuleerd "om het welzijnsbeleid te versterken en om in overleg met hun Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk een alomvattend preventie- en reïntegratiebeleid te ontwikkelen. 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" (Vancorenland, et al., 2021, p. 46-47). Véronique Crutzen, (psycholoog en adviseur-generaal van de FOD Werkgelegenheid), formuleert het belang om van preventie een prioriteit te maken als volgt: «Of het nu gaat om geestelijke of lichamelijke gezondheid, ... Als men brand wil vermijden, begint men met niet te veel brandbare stoffen op te slaan, branddeuren en brandblussers te installeren en evacuatieoefeningen te houden in een gebouw. Voor psychosociale risico's is de aanpak hetzelfde: je moet optreden voordat mensen ziek worden. (Van Lil, 2022, eigen vertaling). Eveneens werd de volgende aanbeveling geformuleerd: "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" (Vancorenland, et al., 2021, p. 53).

De analyses uit het huidige artikel brengen aan het licht dat de noden binnen de diverse groep van personen in arbeidsongeschiktheid verschillen volgens de aandoening, de leeftijd, het type werk, de bedrijfsgrootte, de functie en de gezinssituatie. Naast de nood aan een globale aanpak van preventie, die ingebed moet worden in regelgeving en in de bedrijfscultuur, geeft dit artikel aanwijzingen voor **preventie op maat**. Beiden moeten samen bestaan. Eerst moet een algemeen kader rond preventie bestaan. De concrete invulling ervan kan geïnspireerd worden op de resultaten uit onze extra analyses. Hoe meer ingespeeld wordt op de individuele noden, hoe groter de kans dat de globale maatregelen rond preventie kans op slagen hebben. Een globale aanpak van preventie wordt zo verfijnd met een aanpak op maat, rekening houdend met de individuele noden.

6.1. Voorkomen van arbeidsongeschiktheid

Op globaal niveau is het belangrijk dat er meer werk wordt gemaakt van een alomvattend preventiebeleid in bedrijven om arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Hoe deze preventieve maatregelen er dan juist moeten uitzien, zal in de concrete uitvoering op maat moeten gebeuren. De analyses uit dit artikel toonden aan dat niet voor iedereen dezelfde risicofactoren gelden.

De aanbeveling op maat is: hou rekening met de specifieke situatie van de persoon, zoals onder andere het type werk (hoofdarbeid versus handenarbeid), de leeftijd en de functie, om arbeidsongeschiktheid te voorkomen.

Preventie van arbeidsongeschiktheid gebeurt door in te grijpen op die factoren die als reden werden gegeven waarom het werk een rol speelde in de arbeidsongeschiktheid (de risicofactoren). Verschillende types van job brengen ook andere risicofactoren met zich mee. Bij personen die handenarbeid uitvoeren, is dit de fysieke zwaarte van de job. Preventieve maatregelen kunnen vooral ingrijpen om te vermijden dat de fysieke componenten van de job leiden tot een arbeidsongeschiktheid. Personen die daarentegen hoofdarbeid uitvoeren, hebben andere risicofactoren zoals de hoge werkdruk, de slechte relatie met de leidinggevende en de onzekerheid op de werkvloer. Bij hen zal er meer aandacht moeten gaan naar de relationele componenten in de job als ook naar de werkdruk en de eventuele onzekerheid die er heerst op de werkvloer. Het is evengoed belangrijk te realiseren dat risicofactoren kunnen verschillen volgens leeftijd. Oudere werknemers zijn eerder gevoelig aan de fysieke componenten van de job en jongere werknemers zijn dan weer gevoeliger aan de relationele componenten van de job en de onzekerheid op de werkvloer. Specifieke aandacht dient ook te gaan naar personen met een leidinggevende functie. Bij hen ligt het risico bij de slechte relatie met hun eigen leidinggevende, te veel werkdruk en onzekerheid op de werkvloer.

Een onderzoek toonde aan dat preventie van burn-out een beter en meer langdurig effect heeft als men niet enkel persoonsgerichte interventies uitvoert (bijvoorbeeld: verhogen van persoonlijke *coping skills*) maar een combinatie van persoonsgerichte en organisatorische interventies (bijvoorbeeld: taakherstructurering, evaluatie van het werk en supervisie met het doel de werkeisen te verlagen en de mate van controle of de participatie in beslissingen te doen stijgen) (Awa, et al., 2010). Dit onderzoek illustreert dat preventie van burn-out niet louter een individuele aangelegenheid is, maar dat er ook op bedrijfsniveau en organisatorisch ge-

werkt moet worden om effect te hebben. Preventie van burn-out zal niet werken als men de verantwoordelijkheid bij het individu legt en men op bedrijfsniveau geen veranderingen doorvoert.

Deze bevindingen werden bevestigd in ander onderzoek: "Naast maatregelen op individueel niveau kan worden overwogen aspecten van de bedrijfscultuur en de werkmethoden van de organisatie te veranderen om burn-out effectiever te voorkomen. Veranderingen in werkdruk of werkmethoden lijken stressoren en factoren die tot burn-out kunnen leiden te verminderen. Er zijn aanwijzingen dat organisatorische maatregelen een langduriger effect hebben dan individuele benaderingen. Dit overzicht van aanwijzingen ondersteunt de bredere literatuur die stelt dat organisatorische interventies op de werkplek effectiever kunnen zijn dan individuele interventies alleen. Dit zou een combinatie kunnen inhouden van proactieve preventieve benaderingen gericht op de organisatorische omgeving en secundaire managementbenaderingen gericht op individuen. Het combineren van benaderingen op individueel en organisatorisch niveau omvat een systeemverandering waarbij een participatieve omgeving wordt ingevoerd, open communicatie, steun van managers en collega's, een cultuur van leren en succesvolle deelname van werknemers aan de planning en uitvoering van programma's worden bevorderd» (Public Health England, 2016, p. 5, eigen vertaling).

6.2. Contact tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid

Op globaal niveau is het een aandachtspunt voor de werkgever om niet altijd te snel contact op te nemen met de persoon in arbeidsongeschiktheid. Beter is om eerst in te schatten wat de noden van de persoon zelf zijn op dit vlak. De globale resultaten uit het onderzoek "Traject arbeidsongeschiktheid" gaven aan dat het voor sommige personen helpend was geweest om contact met het werk te houden, maar dat anderen (gedurende een tijd) liever wat afstand hielden van het werk.

De aanbeveling op maat is: hou bij contact tijdens de arbeidsongeschiktheid rekening met de specifieke situatie van de persoon zoals de aandoening en de functie.

De extra analyses in dit artikel tonen aan dat het vooral personen in een burn-out, met een psychische aandoening of een leidinggevende functie zijn die liever geen contact hebben met het werk (zowel met collega's als de leidinggevende). In deze drie groepen is het dus zeker belangrijk om

eerst te polsen of de persoon in arbeidsongeschiktheid wel contact wil met het werk en indien dit niet het geval is, om dat zeker te respecteren.

6.3. De werkhervatting

Op globaal niveau is het belangrijk dat op bedrijfsniveau meer aandacht gaat naar aanpassingen aan het werk na een periode van arbeidsongeschiktheid. We herinneren hier aan de resultaten uit het eerste artikel waaruit bleek dat een aanzienlijk deel van de respondenten die aanpassingen wensten, deze niet kregen. Globaal wil dit dus zeggen dat voor iedereen die na een periode van arbeidsongeschiktheid terug aan het werk gaat, nagegaan wordt of er nood is aan aanpassingen en om in het bedrijf ervoor te zorgen dat deze aanpassingen gerealiseerd kunnen worden. Een aanpak op maat vertrekt vanuit de vastgestelde resultaten in dit artikel. Deze tonen aan dat de nood aan aanpassingen niet bij iedereen hetzelfde is.

De aanbeveling op maat is: hou bij de werkhervatting rekening met de specifieke situatie van de persoon zoals onder andere de aandoening, type job en leeftijd.

Personen die weer aan het werk gaan na een periode van arbeidsongeschiktheid wegens een burn-out zullen meer nood hebben aan aanpassingen. Bovendien is het belangrijk te beseffen dat niet iedereen nood heeft aan dezelfde aanpassingen. Iemand die arbeidsongeschikt was wegens een ziekte van het bewegingsstelsel of een letsel zal eerder een aangepaste job willen die fysiek minder zwaar is. Een persoon die het werk hervat na een burn-out zal eerder nood hebben aan een minder veeleisende en stresserende job en/of aan meer begeleiding en ondersteuning door de leidinggevende. Ook personen die voor hun arbeidsongeschiktheid hoofdarbeid of een leidinggevende functie uitvoerden, zullen eerder een aangepaste jobinhoud willen die minder veeleisend en stresserend is, terwijl mensen die handenarbeid uitvoerden eerder een fysiek minder zware job wensen. En jongere personen zullen na hun arbeidsongeschiktheid meer nood hebben aan de relationele aanpassingen zoals een betere begeleiding door de leidinggevende of verandering van team.

Het is eveneens belangrijk om een zicht te hebben op de factoren die hielpen of net een belemmering vormden tijdens de werkhervatting. Inzicht in deze factoren leert namelijk wat gedaan kan worden om de werkhervatting zo vlot als mogelijk te laten verlopen. De extra analyses hebben aangetoond dat de helpende en belemmerende factoren bij een werker-

vatting verschillend zijn. De ondersteuning door leidinggevende en collega's zijn factoren die personen met een psychische aandoening, een burn-out of die voorheen hoofdarbeid uitvoerden, hielpen tijdens hun werkhervatting. Hierop inzetten, en in het bijzonder bij deze drie groepen, is dus een belangrijke manier om aan preventie te doen van herval in arbeidsongeschiktheid. Een belemmerende factor bij werkhervatting is te vroeg het werk hervat hebben / onvoldoende hersteld zijn. Dit werd vaker vermeld bij personen met een psychische aandoening, een burn-out of die voordien hoofdarbeid uitvoerden. Het is heel belangrijk om de persoon in arbeidsongeschiktheid de tijd te geven om voldoende of volledig te herstellen, zonder druk te leggen om weer naar het werk te komen. Zeker bij deze drie groepen moet hier extra aandacht naar gaan.

Deze aanbevelingen in de periode van de werkhervatting liggen in lijn met onderzoek bij respondenten met een burn-out, maar waarvan de conclusies breder opengetrokken kunnen worden naar andere aandoeningen: «In het algemeen wordt de terugkeer naar het werk na een burn-out beschouwd als een eindpunt, dat wil zeggen het einde van de ziekte-toestand. Een duurzame terugkeer naar het werk vereist echter dat de noodzakelijke voorwaarden voor een veilige terugkeer naar het werk worden geschapen, op het juiste moment, om uiteindelijk terug te keren naar het niveau van efficiëntie en tevredenheid dat vóór de onderbreking bestond. Deze terugkeer naar het werk is een dynamisch proces dat zich in de tijd voltrekt, wordt voorbereid vanaf de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid en doorgaat tot ver na de terugkeer naar het werk. Het is niet noodzakelijk een terugkeer naar de vorige situatie: het proces kan een verandering van de werkomgeving, het statuut, de arbeidsomstandigheden of de functie inhouden” (Massart, et al. 2021, p. 89, eigen vertaling).

7. Conclusie

De resultaten van de extra analyses die in dit artikel beschreven werden, hebben aangetoond dat de groep van personen in arbeidsongeschiktheid divers is. De vraag die aan de basis van deze extra analyses lag, was de volgende: ‘Verschillen de ervaringen en noden van personen als ze verschillen volgens aandoening, leeftijd, type werk, bedrijfsgrootte, functie en gezinssituatie?’. Deze vraag kan positief beantwoord worden op basis van de resultaten die in dit artikel voorgesteld werden. Ja, indien er verschillen zijn volgens aandoening, leeftijd, type werk, bedrijfsgrootte, functie en gezinssituatie, dan verschillen ook de noden

en ervaringen van personen rond de periode van arbeidsongeschiktheid. De resultaten uit de extra analyses tonen duidelijk aan dat onder andere de redenen waarom het werk een rol speelt in de arbeidsongeschiktheid, de relatie met collega's en leidinggevende voor en tijdens de arbeidsongeschiktheid en de noden tijdens de werkhervatting verschillend zijn. De analyses brachten aan het licht dat vooral het soort aandoening, de leeftijd en het type werk (hoofdarbeid versus handenarbeid) grote verschillen in noden en ervaringen met zich meebrengen.

Deze extra analyses zijn belangrijk en vormen een meerwaarde voor de kennis binnen het domein van de arbeidsongeschiktheid. Het is dankzij de getuigenissen van 4.350 respondenten, die hun ervaringen met ons wilden delen in een online-enquête, dat we tot dit inzicht zijn gekomen. Dit

is geen informatie die we uit onze databestanden kunnen halen. De conclusies uit deze extra analyses stellen ons in staat om meer verfijnd te weten te komen wat gedaan kan worden om arbeidsongeschiktheid te voorkomen, om mensen zo goed mogelijk doorheen hun arbeidsongeschiktheid te helpen en om hen zo goed mogelijk te helpen bij een werkhervatting zodat herval voorkomen kan worden. Door een luisterend oor te bieden aan personen in arbeidsongeschiktheid kunnen we lessen trekken om beter in te spelen op hun noden. Het voordeel van deze extra analyses is dat duidelijk gemaakt werd dat deze noden niet voor iedereen dezelfde zijn. We formuleerden in dit artikel eveneens enkele aanbevelingen om beter tegemoet te kunnen komen aan de verschillende noden die er leven in de diverse groep van personen in arbeidsongeschiktheid.

Bibliografie

- Awa, W., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-190.
- Egmond, V., Vroome, D., & Hooftman, W. (2019). Mindere kwaliteit van arbeid kan leiden tot latere arbeidsongeschiktheid. *Economisch Statistische Berichten*, 4772 (104), 165-167.
- Eurofound (2018). Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Health and Safety Executive. (2021). *Work-related stress, anxiety or depression statistics in Great Britain, 2021*.
- Massart, A.-C., Mesters, P., & Bugli, C. (2021). Le traitement et la trajectoire professionnelle des patients ayant souffert d'épuisement professionnel. Développement de recommandations politiques. Réseau Pluridisciplinaire de Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail, ASBL.
- Public Health England. (2016). *Interventions to prevent burnout in high risk individuals: evidence review*. London: Public Health England.
- RIZIV. (2022). *Langdurige arbeidsongeschiktheid: Hoeveel langdurige burn-outs en depressies? Hoeveel kost dat aan uitkeringen?* Geconsulteerd op 20/09/2022, op: <https://www.inami.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/Paginas/langdurige-arbeidsongeschiktheid-burnout-depressie.aspx>
- Van Lil, P. (2022). Sécurité et bien-être au travail : la prévention est essentielle. *Planet futur*. Consulté le 20/09/2022, sur : <https://fr.planet-future.be/securite/securite-et-bien-etre-au-travail-la-prevention-est-essentielle/>
- Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., & Lambert L. (2021). Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid. *CM-Informatie*, 284, 4-55.
- Wilson, E. B. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association*, 22(158), 209-212.
- Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*, 1(2), 217-235.