

Aanbevelingen en reflecties na het onderzoek 'De financiële en sociale situatie van invaliden'

Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Rebekka Verniest - departement R&D

Met onze dank aan Alexandra Deschauer (dienst uitkeringen) en Etienne Laurent (medische directie)

Samenvatting

Het onderzoek 'De financiële en sociale situatie van invaliden' legde enkele pijnpunten bloot. Anno 2016 is het voor langdurig zieken nog steeds moeilijk om rond te komen. Bovendien ziet slechts een minderheid zichzelf in staat om het werk te hervatten. Deze resultaten werden voorgesteld aan de nationale pers op 14 oktober 2016. Op deze persconferentie werden ook enkele aanbevelingen geformuleerd.

De eerste aanbeveling is een verhoging van de uitkeringen tot een bestaanszeker niveau. Uitkeringen moeten langdurig zieken in staat stellen om op een menswaardige manier te participeren aan de samenleving.

De tweede aanbeveling vraagt aandacht voor de factoren die de stijging van het aantal invaliden in de laatste jaren verklaren. In dit artikel wordt ruim aandacht besteed aan deze verklarende factoren. De stijging is niet toe te schrijven aan de invaliden zelf, maar is het gevolg van enkele politieke maatregelen, sociologische fenomenen en epidemiologische gegevens. Een voorzichtige voorspelling leert dat we, met ongewijzigd beleid, tegen 2022 te maken zullen hebben met 516.000 langdurig zieken.

De derde aanbeveling toont hoe we deze evolutie kunnen keren door meer in te zetten op preventie van arbeidsongeschiktheid. Dit is mogelijk door aandacht te hebben voor de fysieke en psychosociale werkomstandigheden en een aanpassing van de eindeloopbaan.

De persconferentie was geen eindpunt van het onderzoek, maar was daarentegen een startpunt van discussie en debat over de onderzoeksresultaten. De bedoeling hiervan was om de aanbevelingen nog verder uit te werken en te verfijnen. Deze besprekingen brachten onder andere de nood naar boven om de term 'invaliden' te vervangen en het isolement van langdurig zieken te doorbreken. Wat werkhervatting betreft werd aangehaald dat een transversale begeleiding van invaliden door het ziekenfonds noodzakelijk is. De overheid moet eveneens voldoende structurele werkaanpassingen uitbouwen om werkhervatting te faciliteren en deze moeten beter bekend gemaakt worden. In het verhaal van de werkhervatting is nog een lange weg af te leggen voor de werkgevers, die de langdurig zieken meer kansen op re-integratie moeten bieden. Tot slot is het vrijwillig aspect bij werkhervatting van essentieel belang voor kans op slagen.

De resultaten, aanbevelingen en discussies tonen aan dat er nog werk aan de winkel is om de situatie van langdurig zieken te verbeteren. Dit geldt op het gebied van hun financiële, sociale en tewerkstellingsituatie. Als CM zullen we hieraan blijven (mee)werken en dit blijvend onder de aandacht houden.

Sleutelwoorden: invaliden, werkhervatting, oplossingen, macroanalyse

Inleiding

In het vorige nummer van CM-Informatie presenteerden we het resultaat van de studie over de financiële en sociale situatie van invaliden¹. Voor deze mensen is het leven echt zwaar: hun gezondheid is niet goed, de beschikbare middelen om van te leven zijn zo verminderd dat 50 % van hen moeite heeft om de eindjes aan elkaar te knopen en dat 44 % van hen moet afzien van zorg of hulpverlening die nodig is voor hun gezondheid (voor de invalide persoon of voor een gezinslid). En wanneer ze nadenken over hun toekomst, voelen maar weinigen zich in staat om terug te gaan werken (8 % geeft zichzelf een kans, 16 % is pessimistisch).

Deze en nog veel andere resultaten zijn gepresenteerd tijdens een persconferentie op 14 oktober 2016 en waren het voorwerp van een persmededeling. Ze werden, bij verschillende gelegenheden, ook gepresenteerd aan de mensen die deze enquête mogelijk maakten: de vrijwilligers van Samana, Altéo, maatschappelijk werkers en nog tal van andere mensen. Al deze momenten waren gelegenheden om grondig na te denken over de manier waarop we het hoofd kunnen bieden aan de economische en sociale uitdagingen die invaliditeit met zich meebrengt. En het is aan deze gedachten dat we in dit artikel gehoor geven. Het eerste deel van het artikel bevat elementen die zijn gepresenteerd tijdens de persconferentie van oktober. Het tweede deel heeft betrekking op de reflecties die naar boven kwamen tijdens de presentaties van de resultaten van het onderzoek. Dergelijke presentaties werden op verschillende momenten georganiseerd, met de vrijwilligers van onze bewegingen en de professionals van CM.

We kaarten ook de maatregelen aan die onlangs door de overheid zijn aangekondigd. Al deze elementen dragen bij aan het debat over de toekomst van deze sector van de sociale zekerheid.

1. We staan voor een enorme uitdaging!

De media berichten regelmatig over de alarmerende stijging van het aantal invaliden², doordat de ziekte-uitkeringen momenteel de kosten met betrekking tot de werkloosheid overschrijden³. Met de ziekte-uitkeringen bedoelen we zowel

de uitkeringen voor primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan een jaar arbeidsongeschikt) als die voor invaliditeit (meer dan een jaar arbeidsongeschikt). Deze evoluties zijn alarmerend, ook al dateren ze niet van gisteren, en zijn de weerspiegeling van enkele grote tendensen, gekoppeld aan verklarende factoren. Het zijn deze punten die we hebben bekendgemaakt tijdens de persconferentie en die we hier herhalen.

1.1. Welke evolutie?

Tabellen 1 en 2 tonen de evolutie voor het aantal invaliden voor de recente periode 2010 tot 2015⁴ alsook de uitkeringen die aan hen zijn uitbetaald. Over een periode van 5 jaar gingen we van 278.000 naar bijna 370.400 invaliden. En wat de invaliditeits-uitkeringen betreft, zijn de kosten ook gestegen: van 3,3 miljard in 2010 tot 4,4 miljard in 2014.

Laten we de evolutie van het aantal invaliden over een langere periode bekijken. Tijdens de voorbije twintig jaar (van 1995 tot 2015) steeg het aantal invaliden van 168.000 naar bijna 370.400 personen. Dit is een aanzienlijke toename. Maar zoals we in Figuur 1 kunnen zien, zijn er verschillende periodes:

- van 1995 tot 2000 is de toename van het aantal invaliden zeer matig: 1,6 % per jaar
- van 2000 tot 2008 bedraagt de toename 2,8 % per jaar
- van 2008 tot 2013 stijgt dit tot 5,1 % per jaar
- en voor de meest recente periode, van 2013 tot 2015, behalen we een toename van 7,5 % per jaar.

We stellen de laatste jaren dus een zeer snelle toename van het aantal invaliden vast. Dit is voornamelijk het geval bij de loontrekkenden. Bij de zelfstandigen is de toename veel zwakker: voor de periode van 1995 tot 2008 zagen we een stijging van 0,7% per jaar en voor de periode van 2008 tot 2015 steeg dit tot 2,9% per jaar.

De toename van het aantal invaliden gaat ook gepaard met een vervrouwelijking van de invaliden. In 1995 waren 35% van de invaliden vrouwen. Twintig jaar later, in 2015, is dit 55%.

Deze ontwikkelingen maken deel uit van grotere tendensen. Het RIZIV⁵ heeft deze tendensen grondig onderzocht en de verklarende factoren van deze ontwikkeling naar voren gebracht. We vermelden verderop in dit artikel de voornaamste elementen van deze analyse.

1 Avalosse H, Vancorenland S & Verniest R. 2016. De financiële en sociale situatie van invaliden. *CM-Informatie* 266: 3-15.

2 <https://nl.express.live/2015/08/01/belgie-telt-een-kwart-meer-invaliden-dan-4-jaar-geleden-exp-214856/> ; <http://www.peoplesphere.be/nl/de-oorzaken-van-steds-meer-langdurig-arbeidsongeschikten/>

3 <http://www.lalibre.be/actu/belgique/l-incapacite-de-travail-coute-desormais-plus-a-l-etat-que-le-chomage-56b1023c3570b1fc10e2217d>

4 Ter herinnering, de invaliditeit waarvan in dit artikel sprake is, heeft betrekking op de werknemers in de privésector, loontrekkenden (werklozen inbegrepen) en zelfstandigen. Statutaire ambtenaren zijn niet inbegrepen in deze tak van de sociale zekerheid.

5 Bron: RIZIV, Verklarende factoren voor de toename van het aantal invaliden: loontrekkende werknemers - zelfstandigen. Beschikbaar via: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_verklarende_factoren_stijging_invaliden.pdf

Tabel 1: Aantal invaliden 2010-2015

Invaliden	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
stelsel van loontrekkenden	257.935	269.499	283.541	299.408	321.573	347.808
% evolutie ^o	5,19%	4,48%	5,21%	5,60%	7,40%	8,16%
stelsel van de zelfstandigen	20.136	20.315	20.911	21.415	22.353	22.600
% evolutie	3,48%	0,89%	2,93%	2,41%	4,38%	1,10%
SAMEN	278.071	289.814	304.452	320.823	343.926	370.408
% evolutie	5,06%	4,22%	5,05%	5,38%	7,20%	7,70%

^o ten opzichte van het vorige jaar

Bron:

- 2010-2014 : RIZIV
http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_verklarende_factoren_stijging_invaliden.pdf
- 2015* : Agence Belga, persbericht 11/08/2016, <http://www.rtl.be/info/belgique/societe/du-jamais-vu-en-belgique-les-chomeurs-contient-desormais-moins-cher-a-l-etat-que-les-malades-et-les-invalides-791481.aspx>

Tabel 2: Invaliditeituitgaven 2010-2015

Invaliditeituitgaven (in miljoenen)	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
stelsel van loontrekkenden	3.101	3.337	3.604	3.888	4.139	4.426
% evolutie	8,97%	7,60%	8,01%	7,89%	6,44%	6,96%
stelsel van de zelfstandigen	233	246	257	269	280	292
% evolutie	7,68%	5,35%	4,57%	4,73%	4,01%	4,37%
SAMEN	3.334	3.582	3.861	4.157	4.418	4.719
% evolutie	8,88%	7,44%	7,77%	7,68%	6,28%	6,79%

Inhaalpremie en hulp van derden niet inbegrepen

Bron:

- Loontrekkenden : http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/stat_du2014_2_invaliditeit.pdf
- Zelfstandigen : http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistieken_uitkeringen_2012_2013.pdf
- 2015* : vooropgesteld budget nota BU 2015/35, nota BZ 2015/12

1.2. Welke zijn de verklarende factoren?

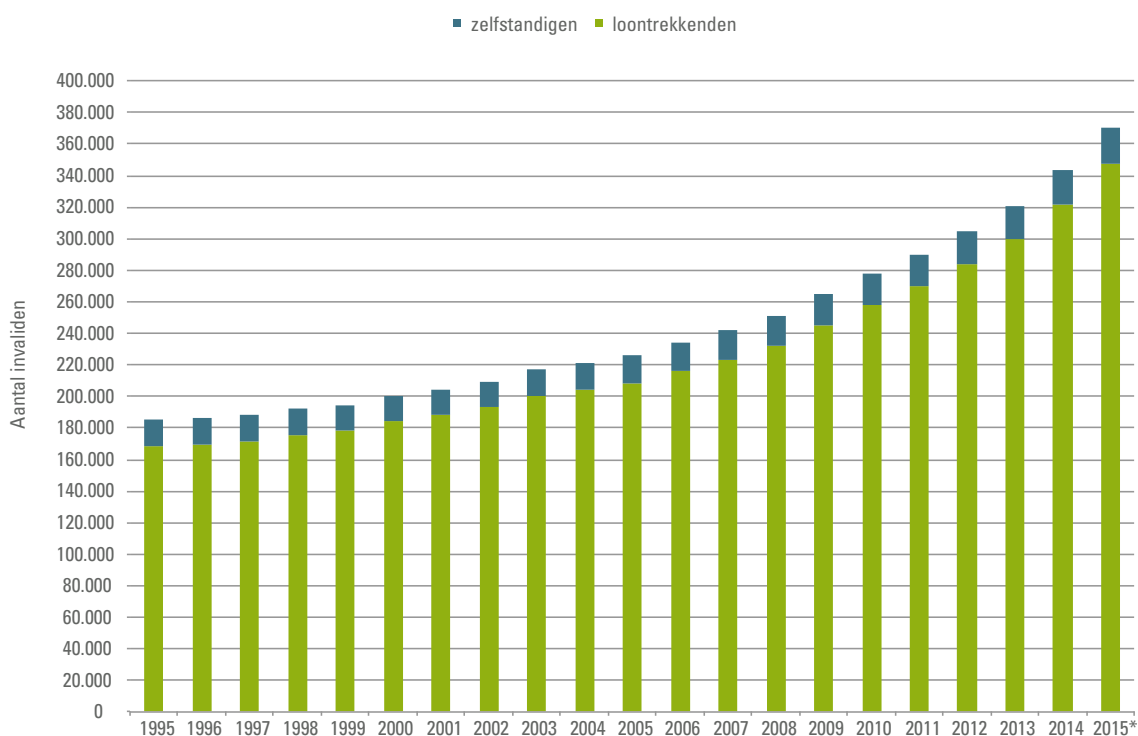
Het RIZIV haalt verschillende verklarende factoren⁶ aan voor deze groei van het aantal invaliden. Deze factoren hebben betrekking op de structurele, demografische en sociale evoluties van onze maatschappij, maar ook op beleidsmatige beslissingen.

Een sociale evolutie die zeker een grote invloed heeft is de toenemende **participatiegraad van vrouwen op de arbeids-**

markt. Het is een duidelijk kenmerk van onze maatschappij, zo benadrukt het RIZIV: "De maatschappij evolueert steeds meer naar een model met gezinnen met een dubbel inkomen waarbij zowel de man als de vrouw deelneemt aan het beroepsleven. Het aantal gerechtigden voor de verzekeringsuitkering (en die dus kans hebben op arbeidsongeschiktheid) neemt toe." Dit wordt gecombineerd met **de vergrijzing van de bevolking**: het aantal personen in de leeftijdscategorie 50+ blijft stijgen. Uiteraard werkt niet iedereen... maar als het aantal personen, zelfs met een

⁶ <http://www.inami.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2014/Paginas/statistieken-invaliditeit.aspx#.WLRc4ukzXIU>

Figuur 1: Evolutie van het aantal invaliden



Bron:

- 2010-2014: RIZIV

<http://www.inami.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2014/Paginas/statistieken-invaliditeit.aspx#.WLRc4ukzXIU>

- 2015*: Agence Agentschap Belga, persbericht 11/08/2016, <http://www.rtl.be/info/belgique/societe/du-jamais-vu-en-belgique-les-chomeurs-content-desormais-moins-cher-a-l-etat-que-les-malades-et-les-invalides-791481.aspx>

ongewijzigde participatiegraad, toeneemt, stijgt het aantal beschikbare werknemers op de arbeidsmarkt ook. Bovendien is het bij de vrouwen zo dat de participatiegraad op de arbeidsmarkt in deze hoge leeftijdscategorieën stijgt.

Als factor met betrekking tot beleidsmatige beslissingen, wijzen we op **de verhoging van de pensioenleeftijd van vrouwen**. Het RIZIV verduidelijkt: "De pensioenleeftijd van vrouwen is geleidelijk afgestemd op die van mannen en in 2009 bereikten we gelijkheid. Deze maatregel betekent onder meer dat vrouwen langer invalide kunnen blijven of op een oudere leeftijd invalide kunnen worden". De maatregelen met als doel om vervroegd pensioen te ontmoedigen, hebben zonder twijfel ook een invloed.

Als gevolg van deze trends, neemt het aantal gerechtigden voor de verzekeringsuitkering toe en dus ook het aantal personen die kans hebben op arbeidsongeschiktheid en die invalide kunnen worden. Dit is voornamelijk zichtbaar in de leeftijds-

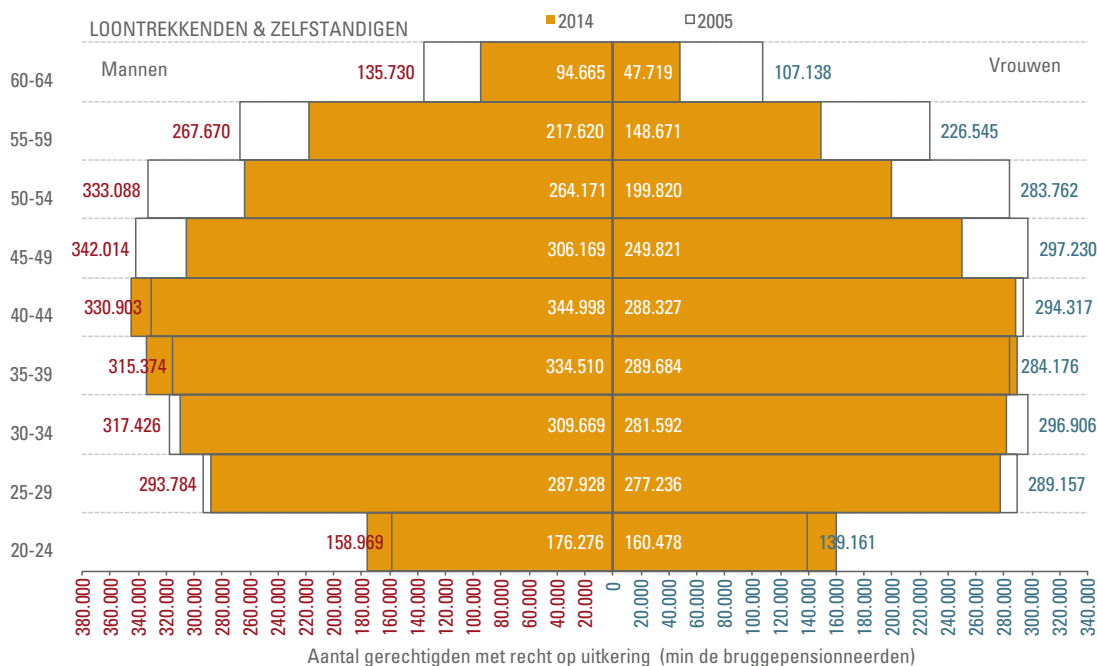
categorieën 50+, zoals we kunnen zien in Figuur 2 en Tabel 3, die de evolutie aan toont van de leeftijds piramide van werknemers in de **privésector** (werknemers en zelfstandigen samen beschouwd⁷):

- Wat betreft de mannen tussen 50 en 54 jaar, stijgt het aantal werknemers van 264.000 (in 2005) tot 333.000 (2014), dus een toename van 26 %.
- Wat betreft de mannen tussen 55 en 59 jaar, stijgt het aantal werknemers van 218.000 (in 2005) tot 268.000 (2014), dus een toename van 23 %.
- Voor de mannen tussen 60 en 64 jaar, is er een toename van 43 %.
- Deze toenames zijn veel groter bij de vrouwen: de toenamepercentages zijn respectievelijk 42 %, 52 % en 125 %.

Er zijn ook **"epidemiologische" evoluties**. Het RIZIV onthult: "Er doen zich belangrijke verschuivingen voor in de pathologieën die leiden tot invaliditeit (figuur 3). Met name dankzij onze

7 Het RIZIV houdt hierbij echter geen rekening met bruggepensioneerden: "Theoretisch gezien heeft deze groep personen ook recht op uitkeringen maar zij zullen van dit recht nooit gebruik maken aangezien ze hier geen enkel financieel voordeel bij krijgen". http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_verklarende_factoren_stijging_invaliden.pdf pagina 9

Figuur 2: Leeftijdspiramide van werknemers in de privésector



Bron: RIZIV http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_verklarende_factoren_stijging_invaliden.pdf

Tabel 3: Evolutie van de leeftijds­piramide van werknemers in de privésector - 2005 tot 2014

	MANNEN	VROUWEN
50-54 jaar	van 264.171 tot 333.088 (+26%)	van 199.820 tot 283.762 (+42%)
55-59	van 217.620 tot 267.670 (+23%)	van 148.671 tot 226.545 (+52%)
60-64	van 94.665 tot 135.730 (+43%)	van 47.719 tot 107.138 (+125%)

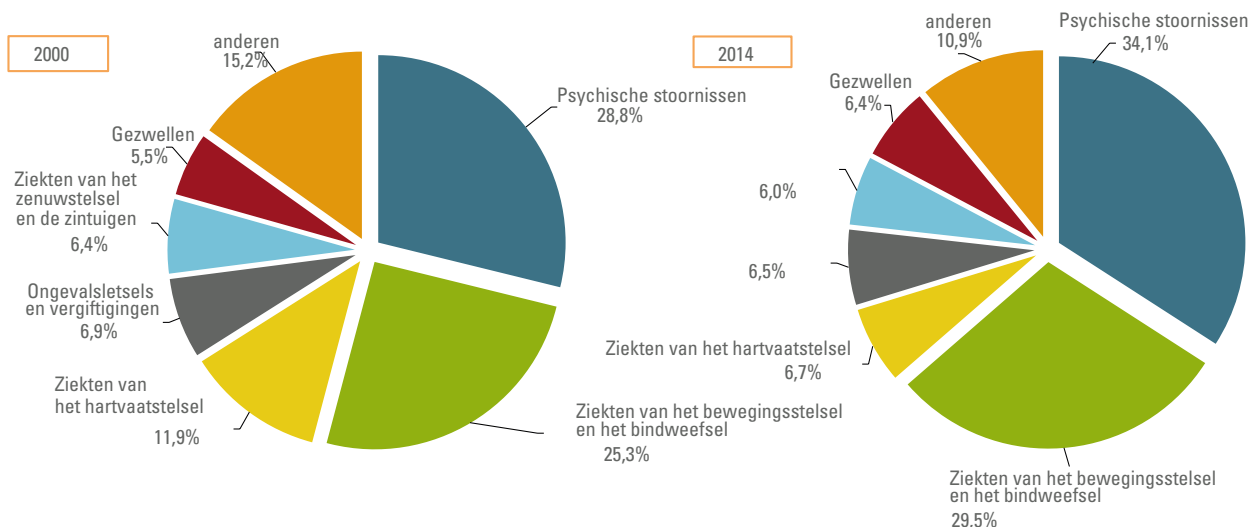
voortgang in de geneeskunde, kunnen bepaalde ziekten correct worden behandeld. Dit is het geval bij hart- en vaatziekten. Daarentegen stijgt **het aantal invaliden die lijden aan psychische problemen en ziekten aan het osteo-articulair stelsel, de spieren en het bindweefsel, aanzienlijk**. Depressie, stress en burn-out zijn ziekten van onze tijd en zetten het behoud van een job op het spel. Dit alles verwijst in het algemeen naar het probleem van psychisch welzijn⁸ binnen onze samenleving, maar ook naar het welzijn op het werk en naar de professionele reïntegratie. Het RIZIV stelt vast: "De impact van de werkomgeving op de werkhervatting is erg belangrijk. De

relaties met de collega's, de hiërarchie en de sfeer op het werk in het algemeen, zijn bepalende factoren in de motivatie van een arbeidsongeschikte persoon om een activiteit al dan niet deeltijds te hervatten."

Tot slot moeten we rekening houden met het feit **dat de invaliditeitsgraad niet lineair is, maar stijgt in functie van de leeftijd van de werknemers**. De invaliditeitsgraad weerspiegelt een risico, namelijk het risico dat een werknemer een invalide is. Zoals we kunnen zien in Figuur 4, stijgt de invaliditeitsgraad voor werknemers in de privésector snel naargelang de leeftijd:

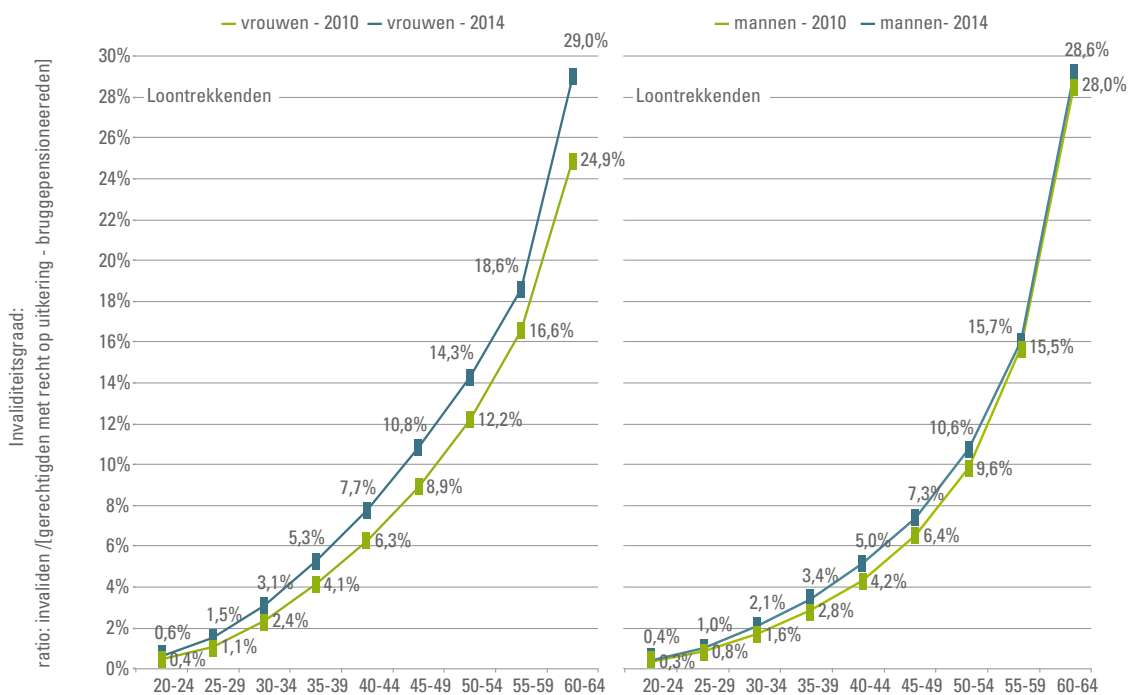
8 Resultaten van de gezondheidsenquête 2013 tonen het volgende: "In termen van verhoudingen, blijkt dat een op drie personen (meer bepaald 32% van de bevolking van 15 jaar of ouder) te kampen heeft met psychologische problemen, terwijl 18% een periode kende die een mentale ziekte deed vermoeden. Deze verhoudingen zijn sinds 2008 allebei aan het stijgen. Drie symptomen worden veel vaker gerapporteerd, en dit zowel in 2013 als in 2008: het gaat om **slaapgebrek** door zich zorgen te maken (21% in 2013 ten opzichte van 18% in 2008), het **gevoel van voortdurend gespannen of gestrest te zijn** (27% in 2013 ten opzichte van 20% in 2008) en het **gevoel ongelukkig en depressief te zijn** (19% in 2013 ten opzichte van 16% in 2008)." bron: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/WB_FR_2013.pdf, p. 815

Figuur 3: Herverdeling van invaliden per pathologie, evolutie van 2000 tot 2014



Bron: RIZIV http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_verklarende_factoren_stijging_invaliden.pdf

Figuur 4: Invaliditeitsgraad in functie van de leeftijd



Bron: RIZIV

http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_verklarende_factoren_stijging_invaliden.pdf

- Voor de mannen: 7,3 % in de categorie 45-49 jaar, 10,6 % voor 50-54 jaar, 15,7 % voor 55-59 jaar, 28,6 % voor 60-64 jaar. Van 2010 tot 2014 nemen deze percentages lichtjes toe.
- De invaliditeitsgraad voor de vrouwen is hoger dan die voor de mannen: 10,8 % in de categorie 45-49 jaar, 14,3 % voor 50-54 jaar, 18,6 % voor 55-59 jaar, 29,0 % voor 60-64 jaar. Merk ook op dat deze percentages niet stabiel zijn maar stijgen van 2010 tot 2014.

1.3. Waarop kunnen we anticiperen, op basis van de recent waargenomen tendensen?

We hebben een prognose uitgevoerd. Wat zal er, op basis van de beschikbare informatie⁹, gebeuren, rekening houdend met de recente evoluties en als er niets verandert, als de veroudering op de werkvloer zich blijft doorzetten en de invaliditeitsgraad blijft evolueren? Natuurlijk moeten we voorzichtig zijn. Er zijn veel onzekerheden rond deze prognose en de resultaten (opgenomen in Tabel 4) van deze prognose geven slechts een grootteorde.

Ruwweg kunnen we verwachten dat de kaap van 500.000 invaliden in 2021 zal worden overschreden. Deze stijging wordt ook weerspiegeld in de uitgaven: *ceteris paribus* moeten we van 2016 tot 2022 nog bijna 1,6 miljard euro extra voorzien voor de basisuitkeringen die aan deze invaliden moeten worden uitbetaald.

1.4. Wat moeten we hiervan denken?

Denkpistes ter gelegenheid van de persconferentie

We beweren natuurlijk niet dat het dramatische scenario dat hierboven is geschetst ook werkelijk zal gebeuren! Nee, maar dit is wel wat er zou kunnen gebeuren als we de grote uitdaging van invaliditeit niet aanpakken.

- Indien het budgettaire traject dat hierboven is geschetst moeilijk zou blijken, zal de verleiding groot zijn om te besparen door de uitkeringen te verlagen. Maar dit is zeker niet de oplossing. De resultaten van onze studie, uitgevoerd bij 500 invaliden, zijn duidelijk: er leven al teveel mensen in een situatie van sociale kwetsbaarheid. Door de middelen die voor deze gezinnen beschikbaar zijn nog verder terug te dringen, zakken de meesten onder hen nog verder weg in armoede. Dat zou een echte sociale ramp zijn.

We kunnen echter zelfs in de andere richting pleiten: om deze gezinnen in staat te stellen om waardig te leven, zouden de uitkeringen moeten worden geherwaardeerd!

Laten we een concreet voorbeeld nemen (tabel 5): een alleenstaande invalide, zonder kind. De minimumuitkering (op voorwaarde dat hij/zij wordt beschouwd als een regelmatige werknemer) bedraagt 1.169 euro per maand. We kunnen dit bedrag vergelijken met het referentiebudget, wat gelijk staat met een minimuminkomen waaronder het

Tabel 4: Prognose van het aantal invaliden en de invaliditeitsuitkeringen

	2016	2018	2020	2022
Invaliden	390.000	434.000	475.000	516.000
Kosten voor de uitkeringen*	€ 5,2 miljard	€ 5,7 miljard	€ 6,3 miljard	€ 6,8 miljard

* Inhaalpremie en hulp van derden niet inbegrepen

Tabel 5: Invaliditeit voor alleenstaande (maandelijks bedrag)

Invaliditeitsuitkeringen (8/2016)	1.169 euro (1)
Minimumuitkering voor een reguliere werknemer	
Bestaanszeker inkomen voor een alleenstaande persoon (referentiebudget 2015)	1.231 euro (2)
	(1) – (2) = Tekort van 62 euro
Bijkomende gezondheidskosten	172 euro (3)
	(1) – (2) – (3) = Reëel tekort van 234 euro

⁹ cf. nota 2

onmogelijk is om menswaardig te kunnen leven in onze samenleving. Dit referentiebudget is niet hetzelfde als de armoedegrens. Het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck (Universiteit Antwerpen) evalueert dit referentiebudget¹⁰ voor verschillende soorten gezinnen. Voor een alleenstaande persoon die niet werkt (en een woning huurt) bedraagt het referentiebudget 1.231 euro per maand. Dit is het bedrag dat een dergelijke persoon zou moeten kunnen uitgeven om waardig te leven, wat geen overdreven luxe is. Er is nu al een tekort van 62 euro per maand dat moet worden ingevuld ten opzichte van een minimumuitkering. En dat is nog niet alles. Het referentiebudget gaat uit van de veronderstelling dat de personen in goede gezondheid verkeren. Dat is absoluut niet het geval bij een invalide persoon. Er moeten dus gemiddelde uitgaven voor gezondheidszorg worden toegevoegd. Met behulp van onze studie, ramen we deze kosten op 172 euro per maand. Er moet dus een tekort van bijna 234 euro worden ingevuld, om waardig te kunnen leven.

- Het is ook niet nodig om de invaliden een schuldgevoel te geven. Het zijn mensen die echt ziek, echt verzwakt zijn. Het is niet nodig om hier wantrouwen over te laten bestaan. En als het aantal invaliden snel groeit, kunnen we hiermee rekening houden, zoals het RIZIV regelmatig doet. Zoals we eerder zagen, zijn de verklarende factoren die naar voren zijn gebracht, tendensen van sociodemografische en beleidsmatige aard, die het individueel niveau overstijgen.
- Het zijn in feite onze eigen politieke beslissingen die in vraag moeten worden gesteld. Hoe zit het bijvoorbeeld met de verhoging van de pensioenleeftijd? Beperkingen omtrent vervroegd pensioen en tijdskrediet? Dit alles draagt bij tot de druk op de sector van de uitkeringen. Anderzijds kunnen we de nadruk ook leggen op preventie. Er moet dan worden nagedacht over de eindeloopbaanregeling, het welzijn op het werk moet worden bevorderd en we moeten aandacht besteden aan de arbeidsomstandigheden (zowel fysiek als psychosociaal¹¹). Op die manier zijn een verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd en zeker de reële pensioenleeftijd misschien voor meer mensen haalbaar.

En het is mogelijk. Zoals vaak kunnen we in de Scandinavische landen inspirerende voorbeelden vinden. Zo "experimenteert Zweden al langer met de 6-urendag. In heel wat bedrijven en organisaties die de verandering al hebben

ingevoerd, merkt men dat het personeel gelukkiger, productiever en creatiever is. Het is een bewijs voor de stelling dat wanneer het personeel zich beter voelt, ze ook beter gaan werken. Een win-winsituatie, dus" concludeert Trui Engels¹².

In de jaren '90 startte Finland een specifiek programma op voor oudere werknemers, waarbij men investeerde in gezondheids promotie op het werk en een verbetering van de arbeidsomstandigheden, met behoud van het menselijk kapitaal doorheen de hele levensloop. Bijvoorbeeld: flexibele werkuren, bevordering van intergenerationale contacten op de werkvloer, opwaardering van het imago van oudere werknemers door het accent te leggen op het feit dat hun ervaring heel waardevol is. De kern van het programma ligt in de aandacht die men besteedt aan het welzijn van de werknemer. "De doelstelling is niet om de werknemer te forcereen om langer aan het werk te blijven, maar om hem hiertoe aan te zetten door allerlei zaken te ondernemen waardoor hij zich goed voelt in zijn job en in zijn bedrijf."¹³ Dit vrijwillig beleid werpt vruchten af: de perceptie van oudere werknemers is positiever geworden, discriminatie op grond van leeftijd is verminderd en de toegang tot opleidingen voor oudere werknemers is toegenomen. Allemaal positieve elementen om oudere werknemers aan het werk te houden. Een andere vermeldenswaardige succesfactor van deze evolutie is het komen tot een consensus tussen sociale partners".

2. Besprekingsmomenten onderzoek 'financiële en sociale situatie invaliden'

De resultaten van het onderzoek zijn op verschillende momenten besproken. Na een voorstelling van de belangrijkste resultaten, werd op elk besprekingsmoment een debat gehouden. Hierin werd gevraagd naar reacties op de resultaten, eigen ervaringen van invaliden, mogelijke oplossingen voor aangehaalde problemen, aanbevelingen, ... Hierna geven we een samenvatting van de aanbevelingen en bedenkingen die de deelnemers aanhaalden op deze besprekingsmomenten.

Op de volgende momenten werden de onderzoeksresultaten besproken, gevolgd door een debat¹⁴:

10 Storms, B., Penne, T., Vandellannoote, D., Van Thielen, L. (2015), **Is de minimuminkomensbescherming in ons land doeltreffender geworden sinds 2008? Wat leren we uit de geüpdatete referentiebudgetten?** VLAS-Studies 21, Antwerpen: Vlaams armoedesteunpunt.

11 Sinds 2014 worden stress en burn-outs officieel erkend als psychologische risico's op het werk en moeten ze het voorwerp zijn van een preventieplan.

12 Engels T. Waarom de Zweden amper burn-outs kennen. Knack. 14-12-2016. <http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/waarom-de-zweden-amper-burn-outs-kennen/article-normal-789621.html>

13 Bardaro E. 2015. L'allongement de la vie dans le contexte européen. Dossier du CEPESS. <http://www.cepess.be/wp-content/uploads/2015/03/20150309-serie-cepess-vol-1-no-6-UE-eb.pdf>, p. 23

14 Het onderzoek werd eveneens voorgesteld op de CM-beleidsorganen (onder andere de gezondheidscel), op een CM middagconferentie (open voor alle medewerkers op de landsbond) en aan parlementairen. Maar dit gebeurde zonder echt gestructureerd debat achteraf.

- Forum van de patiënt (Samana) op 24 september 2016 op de workshop 'Voorstelling resultaten onderzoek invaliden' (Gent)
- Werkgroep belangenbehartiging chronisch zieken Samana (Limburg) op 30 september 2016
- Studiedag Onderzoek invaliden (Bouge) op 18 oktober 2016, met de vrijwilligers van Altéo en de maatschappelijk werkers van de MCFG
- Nationale raad belangenbehartiging mensen met een chronische ziekte van Samana op 15 november 2016 (Elewijt)

De besprekingsmomenten werden ook aangevuld met reacties van de vrijwilligers en maatschappelijk werkers die de enquêtes afgenomen hebben.

In de tekst hieronder worden de elementen opgesomd die op verschillende momenten naar voor kwamen en dus het standpunt van verschillende personen weergeven.

2.1. De term invaliden is dringend aan vervanging toe

Er is een unaniem akkoord dat de term invaliden dringend vervangen moet worden. Het begrip invalide, ontstaan in een ver verleden, betekent letterlijk niet gezond. De focus ligt dus op ziek zijn, op wat men niet meer kan. Velen associëren het met iets negatiefs. Het geeft een bepaalde kijk op mensen. Maar vandaag de dag gaat men meer en meer uit van de herstelvisie waar men bij langdurig zieken in de eerste plaats kijkt naar de overgebleven capaciteiten, naar wat men nog wel kan in plaats van wat niet meer mogelijk is. De term invaliden is in die zin dus achterhaald. Misschien is men zich hiervan onvoldoende bewust en / of lijkt dit minder essentieel in het geheel van uitdagingen binnen dit domein. Nochtans kan een nieuw begrip bijdragen tot een meer constructieve kijk op de groep mensen die door ziekte langdurig arbeidsongeschikt is.

"Soms is het belangrijk om wetgevers erop te wijzen dat sommige termen echt compleet achterhaald zijn"

2.2. Transversale werking vereist in de begeleiding van langdurig zieken

Eén van de taken van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds is de arbeidsongeschiktheid van de leden te beoordelen. Deze wordt niet enkel beoordeeld op basis van het laatst uitgeoefende werk, maar op basis van het volledig professioneel profiel van de persoon: de opleiding, eerder uitgeoefend werk, ... Daarnaast is het evenzeer de taak van de adviserend geneesheer om de zin om weer te gaan werken te heractiveren. Het is belangrijk om hierover met de langdurig zieke regelmatig in gesprek te gaan, en er mee voor te zorgen dat deze openstaat voor een terugkeer naar het werk indien dit mogelijk is. Maar de adviserend geneesheer beschikt over een beperkte tijd en het aantal adviserend geneesheren is beperkt in verhouding met het stijgend aantal langdurig zieken. Het is

dus belangrijk om de adviserend geneesheer bij te staan in zijn taak door personen van een andere horizon. Binnen CM hebben we verschillende expertises zoals maatschappelijk werkers, paramedici, onze bewegingen (Altéo, Samana), ... Als we van deze verschillende expertises gebruik maken, kunnen we als mutualiteit een goede transversale begeleiding bieden aan langdurig zieken. Dit zou niet enkel de werklast van de adviserend geneesheren verlichten, maar zou ook een bredere blik werpen op de persoon, zijn talenten en zijn resterende capaciteiten. Samen kan bepaald worden wat de eventuele mogelijkheden zijn tot werkhervatting (op de oude job of eventueel een andere job). Indien dit niet meer mogelijk blijkt, kan samen gekeken worden naar welke nieuwe invulling de persoon aan zijn leven kan geven. Een transversale werking is een verrijking voor elke partner in het verhaal. Dit gebeurt tegenwoordig al, maar er is duidelijk een vraag om dit verder uit te breiden.

2.3. Aanpassingen op het werk zijn noodzakelijk om werkhervatting te faciliteren

Het is een foutieve opvatting dat langdurig zieken niet meer zouden willen werken. Diegenen die nog kunnen werken, zouden niets liever willen, maar op dezelfde manier werken als vóór hun ziekteperiode gaat vaak niet meer. Er is dan ook een grote nood aan systemen van werkaanpassing die werkhervatting na langdurige afwezigheid (wegens ziekte) kunnen faciliteren en duurzaam maken.

De werktijd is een factor die telkens terug kwam in de besprekingen en van essentieel belang is voor langdurig zieken. Het gaat niet enkel over het feit dat voltijds weer aan de slag gaan heel moeilijk is en men de systemen van deeltijds werken verder moet ontplooien. Het gaat er ook over dat de capaciteit om te kunnen werken fluctueert. De ene week kan dit goed lukken, terwijl het de volgende week niet meer of veel minder goed lukt. Dus waarom geen systeem van deeltijds werken invoeren waarin men de ene week (bijna) voltijds kan werken en de week erop veel minder werkt? De capaciteit tot werken varieert soms ook in de loop van de dag. Dus waarom niet meer gebruik maken van thuiswerk, zodat men zelf zijn werk kan invullen volgens de momenten dat men in staat is om te werken. De werkcapaciteit fluctueert en het ene moment gaat werken al beter dan het andere moment. De mogelijkheid om de momenten waarop men werkt af te kunnen stemmen op zijn werkcapaciteit, zou langdurig zieken meer kansen bieden op een geslaagde werkhervatting. Er zijn al werkgevers bij wie dergelijke flexibiliteit mogelijk is, maar een verdere veralgemening en versterking ervan dringen zich op.

Er werd in de debatten ook aangegeven dat de bestaande mogelijkheden tot werkaanpassing bij werkhervatting onvoldoende gekend zijn. Zo bestaat bijvoorbeeld nog steeds het misverstand dat een gedeeltelijke werkhervatting een halftijdse werkhervatting moet zijn, terwijl meer of minder dan halftijds werken ook tot de mogelijkheden behoort. En een werkhervat-

ting hoeft geen terugkeer te zijn naar exact dezelfde job die men voordien uitvoerde, maar de vorige job kan een andere invulling krijgen. Door onvoldoende of onjuiste kennis van de mogelijkheden worden mensen vaak (ten onrechte) medisch ongeschikt verklaard voor hun vorige functie, terwijl het met (doorgedreven) werkaanpassingen misschien niet zover had moeten komen. Er is nood aan een brede en aangehouden sensibilisering over deze mogelijkheden. Dit zou toelaten om het werk te hervatten in functie van de capaciteiten en de noden van iemand die langdurig afwezig was wegens ziekte. Een eerste gedeeltelijk antwoord op deze noden kwam er met de aankondiging van minister De Block in november 2016 over de invoering van een financiële aanmoediging om langdurig zieken weer aan het werk te krijgen.

In het huidige systeem van toegelaten arbeid heeft het loon dat men uit deze activiteit verdient een zekere invloed op de hoogte van de uitkering. Van het bedrag van de uitkering wordt het loon afgetrokken volgens een schijvensysteem. De eerste 15 euro per dag is vrijgesteld, daarna is er een procentuele aftrek naargelang de schijf waarin het inkomen zich bevindt.

In het nieuwe systeem van toegelaten arbeid zou deze berekeningswijze van de uitkering veranderen. Er zal dan niet meer gekeken worden naar hoeveel men verdient met de toegelaten arbeid, maar wel hoeveel dagen (uren) men werkt via toegelaten arbeid. Op de concrete uitwerking blijft het wachten, maar in het nieuwe systeem zou een financiële aanmoediging uitgewerkt worden om weer aan het werk te gaan. Die zou erop neerkomen dat iemand 20% (ongeveer 1 dag per week dus) terug het werk kan hervatten, zonder dat dit een invloed heeft op zijn uitkering. Dit nieuwe systeem zou vanaf 1 juli 2017 in voege treden.

Een misvatting echter is dat in het huidige systeem maximaal halftijdse werkhervatting mogelijk is en dat met het nieuwe systeem een waaier aan mogelijkheden van deeltijdse werkhervatting wordt aangeboden. Ook in het huidige systeem is het mogelijk om minder of meer dan halftijds aan de slag te gaan en kan men het aantal uren dat men wil (kan) werken zelf kiezen. Op dat vlak verandert er dus niets. Het is enkel de financiële kant van het verhaal die wijzigt om een financiële aanmoediging te bieden voor langdurig zieken die (langzaam aan) weer aan het werk willen gaan.

Om een antwoord te kunnen bieden op het probleem van de fluctuerende gezondheidstoestand wordt op het RIZIV een werkgroep opgestart met verzekeringsinstellingen, vakbonden en werkgeversorganisaties om hierover na te denken. Wat hier uit de bus zal komen, is nog afwachten.

2.4. In het verhaal van de werkhervatting is nog een lange weg af te leggen voor de werkgevers

Werkhervatting na langdurige afwezigheid wegens ziekte is een verhaal met twee kanten. Langs de ene kant heb je de

langdurig zieke die weer aan de slag wil gaan. Voor hem zijn een goede transversale begeleiding van het ziekenfonds en aanpassingen op het werk een extra stimulans en steun. Langs de andere kant heb je natuurlijk de werkgever die dit moet aanvaarden en kansen moet creëren. Uit de besprekingen werd gauw duidelijk dat daar vaak het schoentje wringt.

“Je hoort altijd ‘de langdurig zieke moet weer geactiveerd worden’, maar langs de andere kant staat daar een werkgever die dat moet toestaan. Ik ben in die situatie. Ik heb toegelaten arbeid aangevraagd en het is me geweigerd. Dan zet je als langdurig zieke de stap om weer deeltijds te gaan werken, maar dan is daar een werkgever die dit gewoon kan weigeren. Waar sta je dan met je verhaal van reactivering?”

De wil van de langdurig zieke om weer (deeltijds) aan het werk te gaan is niet voldoende, als er geen werkgever is die bereid is hierop in te gaan. Zonder bereidwilligheid van de werkgevers stopt het verhaal van werkhervatting, elke poging tot reactivering ten spijt. Hier is dringend nood aan een mentaliteitsverandering bij werkgevers. Dit is uiteraard niet altijd evident voor de werkgever, maar focussen op de mogelijkheden en niet enkel op de beperkingen, is hierbij al een eerste belangrijke stap.

En uiteraard is alles nog ingewikkelder voor werklozen of invaliden die in de tussentijd hun C4 hebben gekregen (omdat sommige werkgevers de arbeidsovereenkomst van een invalide persoon beëindigen). Voor hen is het zeker niet gemakkelijk om opnieuw een job te vinden!

Tijdens de besprekingen werd eveneens aangehaald dat ook de begeleiding van collega's noodzakelijk is. Zelfs als een werkgever bereid is tot aanpassingen, loopt het soms verkeerd omdat de collega's niet op dezelfde golflengte zitten. Het is belangrijk dat ook de collega's bij de werkhervatting betrokken worden, zodat ze voldoende op de hoogte zijn en begrip kunnen opbrengen voor de nieuwe situatie. Niet enkel van de werkgever wordt een aanpassing gevraagd, in de dagelijkse werkrealiteit vraagt dit een aanpassing van alle betrokken collega's.

2.5. De vrijwillige basis is van essentieel belang bij werkhervatting (of vrijwilligerswerk)

De vrijwillige basis bij werkhervatting is van essentieel belang. Bij iemand die niet gemotiveerd is om terug te keren naar het werk of zich nog niet klaar voelt, is het heel moeilijk om dit gedwongen te doen lukken. De kans op herval is dan heel reëel. Uit de ervaringen van de adviserend geneesheren blijkt dat er een goede overeenkomst is tussen de beleving van de langdurig zieke en de beoordeling van de adviserend geneesheer. Invaliden zijn doorgaans goed in staat om zelf te beoordelen of ze al dan niet weer aan het werk kunnen. Het is de taak van de adviserend geneesheer om de zin om weer te gaan werken te reactiveren, om een perspectief voor werkhervatting voorop te stellen. Dit kan door de langdurig zieke hier regelmatig over aan

te spreken en open te blijven voor terugkeer naar het werk als dit medisch gezien mogelijk is. Maar werkhervatting onder dreiging van een sanctie is gedoemd te mislukken. De laatste tijd wordt soms aangehaald dat één van de mogelijke maatregelen is om sancties op te leggen (bijvoorbeeld door 10% van hun uitkering af te nemen) aan langdurig zieken die niet willen meewerken aan hun re-integratie, die niet aan het werk willen. CM blijft zich hiertegen verzetten. Op het moment dat dit artikel werd geschreven (december 2016), was hier nog geen uitsluiting over.

Er wordt ook gewaarschuwd voor het gevaar van voorgeschreven vrijwilligerswerk. Dit kan contraproductief zijn. Sommige invaliden komen naar huis met het gevoel – uiteraard een subjectief gevoel – dat hun arts hen vrijwilligerswerk heeft voorgeschreven. Het is onduidelijk in welke mate de arts effectief vrijwilligerswerk heeft voorgeschreven of dat de persoon dit op deze manier (verkeerd) heeft begrepen. Dit doet psychologisch gezien vaak meer slecht dan goed, omdat deze mensen niet klaar zijn, niet omringd waren om personen te begeleiden. Tijd geven aan anderen kan constructief zijn voor iemand. Maar het moet iets zijn waar men zelf zin in heeft, dat constructief voor iemand kan zijn, volgens zijn eigen inschatting. Vrijwilligerswerk mag niet verplicht worden, anders gaat men volledig voorbij aan wat vrijwilligerswerk is.

Langs de andere kant brengt onvoldoende kennis van de wetgeving over vrijwilligerswerk ook misvattingen met zich mee. Er zijn langdurig zieken die graag vrijwilligerswerk zouden doen en die hier baat bij kunnen hebben, maar hiervan afzien uit schrik hun uitkering te verliezen. Voor vrijwilligerswerk moet in principe geen toestemming gevraagd worden aan de adviserend geneesheer, enkel een kennisgeving dat men vrijwilligerswerk uitvoert. Binnen CM wordt echter aangeraden om voor de aanvang van het vrijwilligerswerk wel contact op te nemen met de adviserend geneesheer. Er is namelijk een wet die duidelijk omschrijft wat vrijwilligerswerk is¹⁵. Elke activiteit die niet onder de wet op het vrijwilligerswerk valt, wordt gezien als een werkhervatting, waarvoor andere regels gelden. Daarom is het in eerste instantie altijd interessant om na te gaan of de activiteit die iemand voor ogen heeft wel degelijk onder de wet op vrijwilligerswerk valt. Dit is om elk misverstand te vermijden. Zo kan iemand bijvoorbeeld denken dat vrijwillig helpen in de

winkel van een familielid vrijwilligerswerk is, maar deze activiteit valt niet onder de wet op vrijwilligerswerk. Ten tweede moet de adviserend geneesheer vaststellen of dit vrijwilligerswerk verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand. Als hij vaststelt dat de activiteit wel degelijk onder de wet op het vrijwilligerswerk valt en verenigbaar is met de gezondheidstoestand, heeft dit geen gevolg voor de uitkering. De debatten maakten echter duidelijk dat het belangrijk blijft om hierover duidelijk te informeren om de huidige misverstanden uit de weg te helpen.

2.6. Isolement bij langdurig zieken

Zowel de vrijwilligers die de enquêtes afnamen als vrijwilligers die bijvoorbeeld via ziekenvervoer met langdurig zieken in contact komen, halen het prangende probleem van het isolement aan. Er moet nog veel gebeuren om dit isolement te doorbreken. De moeilijke financiële situatie maakt dat er voor langdurig zieken weinig geld overblijft om zich te ontspannen of om deel te nemen aan een sociaal leven. Iets gaan drinken met vrienden of op restaurant gaan, kost allemaal geld. Geld dat er niet is.

‘Door nu bij de mensen thuis te komen, werd ik geconfronteerd met hun dagelijkse realiteit. Hoe moeilijk vele chronisch zieke mensen het hebben om de eindjes aan elkaar te knopen, maar ook hoe eenzaam zij vaak zijn.’

‘Veel chronisch zieke mensen zijn eenzaam, voelen zich sociaal uitgesloten. Omdat ze niet meer werken en een laag inkomen hebben, komen ze nauwelijks nog buiten. Waardoor ze nog meer vereenzamen. Sommigen willen wel als vrijwilliger aan de slag, om zich toch nog nuttig te voelen. Om af en toe eens buiten te komen. Maar ook dan botsen zij op hun financiële grenzen: zich verplaatsen kost geld, met zijn allen iets gaan drinken kunnen ze zich niet veroorloven. Maar er is ook een sociale drempel: de schrik om over niets te kunnen meepraten. En nog verontrustender: de schrik voor de sociale veroordeling. Want als ze buiten komen, krijgen ze soms als reactie dat ze er toch ‘nog goed uitzien’ en dat het precies allemaal zo erg niet is. En ook: ‘toch vreemd dat ze zich wel als vrijwilliger kunnen engageren, maar niet kunnen werken. Hoe moeilijk is het niet om daar tegenop te moeten boksen?’

15 1° vrijwilligerswerk: elke activiteit:

a) die onbezoldigd en onverplicht wordt verricht;

b) die verricht wordt ten behoeve van één of meer personen, andere dan degene die de activiteit verricht, van een groep of organisatie of van de samenleving als geheel;

c) die ingericht wordt door een organisatie anders dan het familie- of privé-verband van degene die de activiteit verricht;

d) en die niet door dezelfde persoon en voor dezelfde organisatie wordt verricht in het kader van een arbeidsovereenkomst, een dienstencontract of een statutaire aanstelling;

2° vrijwilliger: elke natuurlijke persoon die een in 1° bedoelde activiteit verricht;

3° organisatie: elke feitelijke vereniging of private of publieke rechtspersoon zonder winstoogmerk die werkt met vrijwilligers, waarbij onder feitelijke vereniging wordt verstaan elke vereniging zonder rechtspersoonlijkheid van twee of meer personen die in onderling overleg een activiteit organiseren met het oog op de verwezenlijking van een onbaatzuchtige doelstelling, met uitsluiting van enige winstverdeling onder haar leden en bestuurders, en die een rechtstreekse controle uitoefenen op de werking van de vereniging.

3. Besluit

De resultaten van het onderzoek 'financiële en sociale situatie van invaliden' legden een aantal pijnpunten bloot, die besproken werden in een vorig CM-Info artikel¹⁶. Op de nationale persconferentie van 14 oktober 2016 werden de eerste aanbevelingen naar aanleiding van deze resultaten voorgesteld.

Dit artikel besprak deze aanbevelingen, die drieledig zijn:

- Verhoog de uitkeringen tot een bestaanszeker niveau.
- Geef de langdurig zieken geen schuldgevoel. De verklaring voor de sterke stijging van het aantal langdurig zieken ligt niet bij hen zelf. Ze is het gevolg van enkele beleidsmatige beslissingen (zoals het optrekken van de pensioenleeftijd voor vrouwen), enkele sociologische fenomenen (de toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen en de vergrijzing gecombineerd met het feit dat de invaliditeitsgraad toeneemt met een stijgende leeftijd) en epidemiologische gegevens (een stijging van de psychische aandoeningen en de ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel). Indien de regering haar beleid niet wijzigt, kan men enkel een verdere stijging van het aantal langdurig zieken verwachten.
- Investeer daarentegen in de preventie van arbeidsongeschiktheid. Dit betekent aandacht hebben voor de

werkomstandigheden, zowel fysiek als psychosociaal, en een aanpassing van de eindeloopbaan.

Deze aanbevelingen waren een eerste stap. In de weken en maanden na het onderzoek werden de resultaten op meerdere momenten besproken met als doelstelling de aanbevelingen aan te vullen en te verfijnen. Deze besprekingen brachten onder andere de nood naar boven om de term 'invaliden' te vervangen en het isolement van langdurig zieken te doorbreken. Wat werkhervatting betreft werd aangehaald dat een transversale begeleiding van invaliden door het ziekenfonds noodzakelijk is. Er moeten eveneens voldoende structurele werkaanpassingen uitgebouwd worden om werkhervatting te faciliteren en deze moeten beter bekend gemaakt worden. In het verhaal van de werkhervatting is nog een lange weg af te leggen voor de werkgevers, die de langdurig zieken meer kansen op re-integratie moeten bieden. Tot slot is het vrijwillig aspect bij werkhervatting van essentieel belang.

Maar daarmee is het eindpunt van ons werk nog niet bereikt. De resultaten van het onderzoek en de aanbevelingen die tot nog toe geformuleerd werden, zullen blijvend gebruikt worden in de strijd om de situatie van langdurig zieken te verbeteren. We zullen ze blijven gebruiken om keer op keer met de hamer op de nagel te kloppen. In de hoop dat een volgend onderzoek eindelijk een reële verbetering van hun financiële en sociale situatie kan aantonen. Er is werk aan de winkel!

16 Avalosse H, Vancorenland S & Verniest R. 2016. De financiële en sociale situatie van invaliden. *CM-Informatie* 266: 3-15.