

Studie Aangepaste Werkhervatting

Nederlandstalige samenvatting

Inleiding

Het aantal personen in langdurige arbeidsongeschiktheid in België overschrijdt vandaag het half miljoen en blijft voortdurend toenemen¹. Deze evolutie vormt een belangrijke maatschappelijke en beleidsmatige uitdaging. Als centrale actor binnen de ziekteverzekering speelt Solidaris een sleutelrol in het analyseren van deze problematiek, het in kaart brengen van de uitdagingen en het formuleren van onderbouwde beleidsaanbevelingen.

In deze studie focussen wij specifiek op de aangepaste werkherhervatting. Dit instrument wordt vaak ingezet als vorm van geleidelijke terugkeer naar een beroepsactiviteit gedurende een periode van arbeidsongeschiktheid. Het laat toe om arbeid en herstel te combineren, om zo de link met de werkvloer te behouden of opnieuw op te nemen.

Het doel van dit rapport is drieledig: (1) Het gebruik en de evolutie van aangepaste werkherhervatting in kaart brengen, (2) het potentieel en de beperkingen van dit instrument analyseren, en (3) beleidsaanbevelingen formuleren om de effectiviteit ervan te versterken.

Met deze studie wil Solidaris bijdragen tot een bredere reflectie over gezondheid en beroepsactiviteit, met een duidelijk doel: iedereen in staat stellen zijn gezondheid te behouden en tegelijk een duurzame plaats te vinden in de arbeidswereld.

We behandelen in deze studieresultaten en hypothesen voor personen in (primaire) arbeidsongeschiktheid (i.e., arbeidsongeschiktheid onder één jaar) en personen in invaliditeit (i.e., arbeidsongeschiktheid houdt langer dan één jaar aan). Er wordt telkens duidelijk aangegeven over welke groep we het hebben.

Context

Met een arbeidsparticipatiegraad van 72,3% ligt België 3,5 procentpunt onder het Europese gemiddelde van 75,8%². Dit vormt een grote uitdaging. Het thema staat centraal in het publieke debat en de (re)activering van werkloze/arbeidsongeschikte personen vormt al jaren een prioritair beleidsthema.

Mensen in arbeidsongeschiktheid vormen een aanzienlijk aandeel van de beroepsgeschikte bevolking. Meer dan een half miljoen mensen zijn al langer dan een jaar arbeidsongeschikt, en de huidige trends bieden weinig hoop op verbetering. Het is daarom essentieel om deze dynamiek beter te begrijpen en te onderzoeken welke instrumenten kunnen worden ingezet om deze evolutie te keren of tenminste in te perken.

Deze evolutie wordt in belangrijke mate verklaard door structurele factoren.

- Vergrijzing en pensioenhervormingen: Bijna de helft van de werknemers in invaliditeit is ouder dan 55 jaar en bijna twee derde is ouder dan 50 jaar³. Deze evolutie houdt verband met opeenvolgende hervormingen die de toegang tot vervroegd pensioen beperkten,

¹ <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-2023/statistieken-over-de-invaliditeit-van-werknemers-en-werklozen-in-2023>

² https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Employment_-_annual_statistics

³ Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs, Note : CI 2024/67, novembre 2024

waardoor er een stijging plaatsvond van het aantal werknemers in arbeidsongeschiktheid. Profielen die voorheen aanspraak zouden maken op een vervroegd pensioen komen nu vaker in de groep (langdurig) arbeidsongeschikte personen terecht.

- Oververtegenwoordiging van vrouwen: De toenemende participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt gaat gepaard met een verhoogd aantal vrouwen in de groep arbeidsongeschikte personen. De stapsgewijze verhoging van de pensioenleeftijd voor vrouwen heeft deze trend nog versterkt. Bovendien wijst de sociale realiteit op een nog steeds ongelijke verdeling van huishoudelijke taken & informele arbeid en blijven vrouwen oververtegenwoordigd in sectoren met een hoge fysieke of emotionele belasting (zorg, thuishulp, schoonmaak en handel)⁴.
- Arbeiders versus bedienden: We zien dat arbeiders vaker arbeidsongeschikt zijn dan bedienden. Dit verschil wordt hoofdzakelijk gedreven door de hogere fysieke belasting en minder gunstige arbeidsomstandigheden in sectoren waar voornamelijk arbeiders actief zijn. Terwijl bedienden vaker te maken krijgen met psychosociale risico's, worden arbeiders vaker blootgesteld aan cumulatieve fysieke slijtage, wat de kans op langdurige musculoskeletale aandoeningen vergroot. Daarnaast spelen sociaaleconomische determinanten een rol: arbeiders hebben gemiddeld genomen minder autonomie over hun werktaken en vaak beperktere mogelijkheden tot bijvoorbeeld ergonomische aanpassingen, wat een snelle terugkeer naar de werkvloer na ziekte bemoeilijkt.
- Musculoskeletale aandoeningen en psychische aandoeningen (waaronder depressie en burn-out) zijn de belangrijkste diagnosegroepen bij personen in arbeidsongeschiktheid. We spreken telkens over ongeveer één derde van de totale groep.

Om op deze situatie in te spelen, wordt er gebruikgemaakt van verschillende procedures en instrumenten die de terugkeer van arbeidsongeschikten naar de arbeidsmarkt ondersteunen. We onderscheiden 3 mechanismen.

- Het re-integratie traject en het bezoek voorafgaand de werkhervatting zijn twee specifiek ontworpen instrumenten om de volledige terugkeer naar de oorspronkelijke werkgever te faciliteren. Het re-integratietraject is een gereguleerde procedure met verplichtingen voor de werkgever. Het bezoek aan de arbeidsarts voorafgaand de werkhervatting is informeler. Dit is bedoeld om de terugkeer naar werk voor te bereiden en af te stemmen op de noden van de werknemer.
- Beroepsherscholing: Deze ondersteunende maatregel helpt arbeidsongeschikte personen om hun interesses en capaciteiten opnieuw in kaart te brengen. Er worden opleidingstrajecten aangeboden die tot doel hebben om nieuwe vaardigheden te ontwikkelen en een duurzame re-integratie op de arbeidsmarkt te faciliteren.
- Aangepaste werkhervatting: Dit mechanisme is een tijdelijk en vrijwillig mechanisme dat personen in arbeidsongeschiktheid toelaat om hun beroepsactiviteit gedeeltelijk te hervatten, in overeenstemming met hun gezondheidstoestand. Dit kan bij de oorspronkelijke werkgever, bij een nieuwe werkgever of als zelfstandige, en kan gepaard gaan met taakaanpassingen of een aangepast werkritme. Het centrale doel van dit instrument is het behoud of herstel van de band met de arbeidsmarkt, met het oog op een duurzame re-integratie.

Deze studie focust op de aangepaste werkhervatting.

⁴ IBID

Resultaten

Participatie

Aangepaste werkhervatting is het meest gebruikte re-integratie instrument voor personen in invaliditeit. In 2022 maakte bij Solidaris 16% van de werknemers en 23% van de zelfstandigen in invaliditeit gebruik van deze maatregel. Volgens cijfers van het RIZIV bedraagt dit aandeel 16.6% van de langdurig zieken in 2023⁵. Recente ramingen schatten bovendien in dat dit percentage in 2024 verder is gestegen richting 20%⁶.

Dit betekent concreet dat ongeveer één op vijf personen in invaliditeit, ondanks een medische erkenning van arbeidsongeschiktheid, professionele activiteit herneemt. Deze vaststelling doorbreekt het hardnekkige beeld van langdurig zieken als een volledig inactieve groep.

Bovendien is het gebruik van aangepaste werkhervatting sterk toegenomen. Tussen 2019 en 2024 steeg het aantal met meer dan 70% bij leden van Solidaris, een groei die aanzienlijk sneller verloopt dan de toename van het totale aantal personen in invaliditeit.

Uitstroom en trajecten

De doelstelling van aangepaste werkhervatting is tweeledig: het kan fungeren als een opstap naar een volledige terugkeer naar werk, maar evengoed als een middel om een duurzame aangepast activiteit te bestendigen die in balans is met de gezondheidstoestand.

De uitstroomgegevens weerspiegelen deze diverse uitkomsten: ongeveer 36% van de werknemers gaat na afloop opnieuw voltijds aan het werk. Daarnaast is er een aanzienlijke groep voor wie het instrument de weg opent naar een langdurige deeltijdse tewerkstelling. Tegelijkertijd keert bijna de helft terug naar volledige arbeidsongeschiktheid.

Deze cijfers illustreren enerzijds het potentieel van het instrument om de band met de arbeidsmarkt te behouden. Anderzijds benadrukken ze de intrinsieke kwetsbaarheid van de betrokken populatie.

Een terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid dient hierbij niet gezien te worden als een tekortkoming van het instrument zelf, maar is veeleer een weerspiegeling van de ernst van de medische toestand van de werknemer, waardoor het risico op terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid groot blijft.

Verschillen tussen groepen

We vergelijken het profiel van personen die het werk deeltijds hervatten met personen die in een toestand van volledige arbeidsongeschiktheid/invaliditeit verkeren. Deze vergelijking kent beperkingen, maar hiermee kunnen we wel enkele relevante trends en cijfers benadrukken.

1. Uitsplitsing naar geslacht

In de analyses zien we duidelijke verschillen tussen mannen en vrouwen. Vrouwen starten vaker én sneller met aangepaste werkhervatting. Maar vrouwen hervatten het werk met minder uren, blijven langer deeltijds werken en hervatten minder vaak een voltijdse beroepsactiviteit.

⁵ <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/terug-naar-werk-barometer-over-werknemers/toegelaten-werkhervattingen>

⁶ <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/terug-naar-werk-barometer-over-werknemers/toegelaten-werkhervattingen>

	Vrouwen	Mannen
% van de AO (arbeidsongeschiktheid)	54,85%	45,15%
Duur PAO (primaire AO) (gemiddelde in dagen)	1.582	1.408
% met AWH (aangepaste werkhervatting)	13,56%	8,10%
Delta AWH (mediaan in dagen)	207	251
Duur AWH (mediaan in dagen)	395	341
Volume AWH (gemiddelde)	45%	50%
Volledige terugkeer naar werk (100%)	35%	38%

2. Uitsplitsing naar diagnose

Voor personen met een burn-out tekenen we atypische resultaten op. De resultaten zijn bijvoorbeeld sterk verschillend van die voor personen met een depressie. Personen met burn-out starten sneller met aangepaste werkhervatting, en stappen sneller dan gemiddeld terug in een voltijdse tewerkstelling. De deeltijdse werkhervatting lijkt dan ook een heel effectieve manier te zijn voor heropname van voltijdse tewerkstelling bij deze doelgroep.

	Burn-out	Overige
% van de AO	4%	96%
Duur PAO (gemiddelde in dagen)	893	1.532
% met AWH	24%	11%
Delta AWH (mediaan in dagen)	176	228
Duur AWH (mediaan in dagen)	214	395
Volume AWH (gemiddelde)	46%	47%
Volledige terugkeer naar werk (100%)	53%	34%

3. Uitsplitsing naar leeftijd

Werknemers ouder dan 55 jaar vertegenwoordigen bijna de helft van de werknemers in invaliditeit. We zien dat 55-plussers langer inactief blijven voordat ze terug deeltijds aan de slag gaan. Daarnaast blijven ze ook langer deeltijds aan de slag én is het aandeel dat terug voltijds aan de slag gaat ook duidelijk lager. Deze verschillen benadrukken de moeilijkheden die werknemers boven de 55-jaar ervaren om na een periode van arbeidsongeschiktheid terug volledig aan de slag te gaan. Het is mogelijk dat deze doelgroep ernstiger gezondheidsproblemen ervaart en/of langer moet herstellen. Een volledige tewerkstelling volgend op arbeidsongeschiktheid is voor deze groep niet altijd mogelijk.

	55-plus	Jonger dan 55
% van de AO	30%	70%
Duur PAO (gemiddelde in dagen)	2.627	1.025
% met AWH	10%	11%
Delta AWH (mediaan in dagen)	233	216
Duur AWH (mediaan in dagen)	726	302
Volume AWH (gemiddelde)	47%	46%
Volledige terugkeer naar werk (100%)	22%	41%

Conclusie/Discussie

De resultaten tonen aan dat personen in arbeidsongeschiktheid geenszins inactief zijn. Integendeel: een substantiële en groeiende groep engageert zich actief in een hervatting van activiteit, ondanks een kwetsbare gezondheidstoestand.

Beoordeling van de effectiviteit van deeltijdse werkhervatting

Het evalueren van de effectiviteit van een dergelijke regeling is complex. Statistische gegevens maken het mogelijk om het aantal mensen te kwantificeren dat deze stap zet en het aandeel dat er volledig hersteld uitkomt dan wel opnieuw volledig arbeidsongeschikt wordt. Het blijft echter onmogelijk om te bepalen of deze personen een vergelijkbaar traject zouden hebben doorgemaakt zonder deze regeling. De aanzienlijke verschillen tussen persoonlijke, professionele en medische situaties maken elke rigoureuze vergelijking moeilijk. Bijvoorbeeld, wie gedeeltelijk het werk kan hervatten heeft doorgaans een verbeterde gezondheidstoestand en valt in dat opzicht niet te vergelijken met personen voor wie dergelijke gedeeltelijk hervatting (nog) niet mogelijk is.

Toch hebben onze analyses het mogelijk gemaakt om de uitdagingen in verband met deze regeling beter te begrijpen en het potentieel ervan te belichten in het kader van de groei van het aantal personen in langdurige arbeidsongeschiktheid. We kunnen aan de hand van deze analyse ook de doelgroepen identificeren voor wie deeltijdse werkhervatting een valabele optie is, en voor wie de effectiviteit voorlopig beperkt blijft. Dit kan leiden tot een gericht en efficiënter beleid.

Is deeltijdse werkhervatting een effectieve hefboom voor re-integratie?

Over het algemeen kunnen we deze maatregel positief evalueren. Dat de werkhervatting vrijwillig en op initiatief van de persoon in arbeidsongeschiktheid wordt opgestart, garandeert dat de stap naar werk wordt gezet door diegenen die daar ook effectief gemotiveerd voor zijn. Daardoor vormt het een grote meerwaarde voor de re-integratie-inspanningen.

Daarnaast tonen de participatiecijfers aan dat dit mechanisme een aanzienlijk deel van de arbeidsongeschikten in staat stelt een connectie te behouden met de werkvloer. Meer dan 1 op 5 werknemers gaat terug deeltijds aan het werk. Omdat zij erkend blijven als arbeidsongeschikt, blijven zij in de statistieken genoteerd als arbeidsongeschikte personen.

Doordat deze mensen deeltijds aan de slag gaan, dalen ook de uitgaven aan uitkeringen voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering, waardoor deze middelen elders kunnen worden ingezet. Wanneer iemand het werk hervat met meer dan 20% van een voltijdse betrekking, daalt de uitkering. Slechts 5% van de werknemers hervat het werk met 20% of minder.

De beperkingen van de regeling

De resultaten van de studie benadrukken ook enkele beperkingen.

1. Geen aantoonbare rem op groei: Hoewel de inzet van dit mechanisme de toename van het aantal arbeidsongeschikten tot op heden niet heeft kunnen afremmen, blijft de exacte impact ervan op de groeicijfers genuanceerd. Enerzijds wijzen de uitstroomgegevens (waarbij meer dan een derde het werk volledig hervat) op een remmend effect op de instroom in langdurige invaliditeit. Anderzijds blijft het moeilijk om aan te tonen in welke mate deze werkhervattingen direct toe te schrijven zijn aan het instrument zelf, dan wel of zij ook zonder dit kader zouden hebben plaatsgevonden. Het idee dat deze geïndividualiseerde aanpak voldoende zou zijn om deze trend om te keren, moet worden genuanceerd.
2. Diverse uitkomsten van deeltijdse werkhervatting: De cijfers tonen aan dat een traject van deeltijdse werkhervatting tot uiteenlopende resultaten leidt. De integratie in een

aangepast werkhervattingstraject garandeert geen volledige professionele re-integratie op langere termijn. Bijna één op de twee personen valt terug in volledige arbeidsongeschiktheid na een aangepaste werkhervatting. Dit terwijl ruim één op de drie terug voltijds aan de slag gaat. Voor anderen biedt het de mogelijkheid om een aangepaste activiteit duurzaam te onderhouden. Deze resultaten benadrukken dat de uiteindelijke uitkomst nauw samenhangt met de medische situatie en evolutie van de gezondheidstoestand van de werknemer en illustreren duidelijk de complexiteit van een volledige terugkeer naar het werk, ook wanneer het geleidelijk verloopt.

3. Grote verschillen tussen groepen: Het eindresultaat van dit mechanisme verschilt naar gelang de groepen werknemers. Voor sommige categorieën tekenen we op dat zij na een periode van aangepaste werkhervatting vaker en in grotere mate in verhoogde arbeidsongeschiktheid terechtkomen. Dit is het geval bij vrouwen en werknemers ouder dan 55. Hun kansen op een duurzame terugkeer naar werk liggen sowieso onder het gemiddelde. Deze profielen zijn sterk vertegenwoordigd onder arbeidsongeschikte werknemers.
4. Structurele factoren: De groei van het aantal arbeidsongeschikten wordt naar alle waarschijnlijkheid of ten minste ten dele verklaard door structurele factoren zoals de vergrijzing van de actieve bevolking, hogere participatiegraad van vrouwen, toegenomen flexibilisering van arbeidscontracten, hogere pensioenleeftijd, ... De deeltijdse werkhervatting biedt geen volledig antwoord op deze structurele factoren, maar is voornamelijk een individueel antwoord op deze transformaties. Het is dan ook logisch dat dit op zichzelf de effecten niet kan omkeren.

Om de stijgende trend van het aantal arbeidsongeschikten om te buigen lijken structurele hefboomen nodig. Preventie en gezondheidsbevordering gericht op het verminderen van de instroom in arbeidsongeschiktheid zijn aangewezen. Hier spelen arbeidsomstandigheden in de brede zin (zekerheid, balans werk en privé, remuneratie, veiligheid, ...) ook een bepalende rol.

Een te perfectioneren maatregel

De effectiviteit van de aangepaste werkhervatting hangt grotendeels af van de modaliteiten en operationalisering. Een beter begrip van de ondersteunende mechanismen is onontbeerlijk om de effectiviteit te verbeteren. Toekomstig onderzoek moet daarom deze mechanismen verder onderzoeken.

Ten eerste, zoals eerder aangegeven, een meer fijnmazige analyse van de verschillende factoren die de terugkeer naar werk beïnvloeden kan een beleid mogelijk maken dat beter afgestemd is op de specifieke profielen van personen in arbeidsongeschiktheid. Dit biedt adviserend artsen de mogelijkheid om een fijnmaziger terugkeer traject op te stellen, dat beter afgestemd is op de noden en perspectieven van de betrokkenen en gericht is op een duurzamere re-integratie. Een beter begrip van deze dynamieken zou bijdragen tot een verhoogde effectiviteit van de beleidsmaatregel en de interventie beter doen passen bij de specifieke personen in arbeidsongeschiktheid.

Ten tweede, een studie met meer kwalitatieve methodologie is aangewezen. De hier gebruikte kwantitatieve gegevens laten ons niet toe de gehele complexiteit van de verschillende ervaringen van personen in een progressief re-integratietraject te vatten. Aangepaste werkhervatting impliceert doorgaans een belangrijke reorganisatie van de arbeid(somstandigheden) en dit kan moeilijkheden met zich meebrengen. Een medische opvolging die aanpassingen in de arbeidsomstandigheden ten aanzien van de evolutie van de gezondheidstoestand van de persoon in arbeidsongeschiktheid mogelijk maakt is ook essentieel voor een aangepaste werkhervatting. Kwalitatieve analyses van de realiteit op het terrein lijken ons daarom bijzonder relevant.

Ten derde, een blik op de remmende factoren op een aangepaste werkhervatting kan ons nog heel wat waardevolle informatie opleveren. Immers, al staat de wetgeving enige flexibiliteit toe, er wordt aan de werkgevers geen verplichting opgelegd om de aangepaste werkhervatting te aanvaarden. Noch wordt van de werkgever verwacht dat deze aantoonbaar flexibel op te stellen. De mogelijkheid dat een verzoek tot aangepaste werkhervatting door de werkgever geweigerd wordt kan een rem zijn voor sommige werknemers die in een dergelijk traject willen instappen. Ook dit verdient verder onderzoek.

Ten slotte, een adequaat beheer van zieke werknemers en hun specifieke situatie, zowel voorafgaand als tijdens de aangepaste werkhervatting, lijkt een cruciaal element om tot een volledige werkhervatting te komen. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt - naast het feit dat een arbeidsongeschikte persoon uit eigen initiatief dit proces kan opstarten - zowel bij de adviserend artsen als bij de arbeidsartsen. De tekorten aan artsen in beide beroepsgroepen brengen een snelle goedkeuring van opstart en/of effectieve en aangepaste begeleiding in het gedrang. Deze vaststelling wordt verontrustender wetende dat de tekorten bij de artsen naar de toekomst toe verder dreigen toe te nemen en de aantallen personen in arbeidsongeschiktheid blijven evolueren zoals zij dit op heden doen. In die optiek lijkt een versterking van het artsenkorps bij de adviserend artsen en arbeidsartsen onontbeerlijk om een aangepast en effectief kader voor partiële werkhervatting mogelijk te maken. In de tussentijd moet er in de opleiding van zorgverleners voldoende aandacht voorzien worden over arbeidsongeschiktheid en de mogelijkheden inzake een aangepast werkhervatting. Het is belangrijk dat er van bij de opleiding op een goede samenwerking tussen (huis)arts, arbeidsarts en adviserend-arts gehamerd wordt opdat de beperktere groep zorgverleners zo efficiënt mogelijk kan samenwerken._

De aangepaste werkhervatting moet gebruikt worden waarvoor het effectief bedoeld is: als een geïndividualiseerd middel om de beroepsactiviteit te hervatten. We moeten de voor- en nadelen erkennen.

Als middel gericht op individuele trajecten kan de maatregel op zich niet beantwoorden aan de structurele uitdagingen die de toename en diversificatie van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid met zich meebrengen. Een meer duurzaam antwoord vereist een politieke herpositionering die de arbeidsomstandigheden en eindeloopbaantrajecten kritisch bijstelt om de intrede in arbeidsongeschiktheid af te remmen.

Als mutualiteit blijft een goede begeleiding van zieke personen een essentiële missie. De re-integratie in een stabiel en kwalitatief arbeidsmilieu faciliteren draagt volgens ons bij tot de autonomie en het welzijn van onze leden. Aangepaste werkhervatting kan daar een belangrijk onderdeel van uitmaken. Op dit moment maakt deze maatregel het voor meer dan 100.000 personen die anders ver van de arbeidsmarkt zouden komen te staan mogelijk om een aan hun gezondheidstoestand aangepaste taak uit te voeren. Zo blijft een op termijn volledige hervatting binnen handbereik. Maar enkel met zicht op een vervullende en houdbare dagtaak, één die vooral niet ziek maakt, kan aangepaste werkhervatting een succesverhaal worden.

Aanbevelingen

Aan werkgevers:

- Stimuleer en faciliteer aangepaste werkhervatting wanneer de werknemer dit zelf initieert. Het behoud van de connectie met de werkvloer heeft een positief effect op het ziekteverloop en werkt een duurzame re-integratie in de hand. Wanneer een werknemer progressief wil hervatten, ondersteunt de werkgever dit en stemt hij af met de preventieadviseur/arbeidsarts.
- *Progressief* is niet hetzelfde als *aangepast*. Wij pleiten voor werkbaar werk en preventieve acties vanuit de werkgever.
- Wanneer de werkgever een verzoek tot aangepaste werkhervatting weigert moet deze daar een voldoende duidelijke reden voor geven. De werkgever moet ernstig onderzoeken of aangepast/ander werk of aanpassingen redelijk en proportioneel mogelijk zijn. Kan het niet, dan volgt een gemotiveerd verslag (Codex). Een weigering kan gerechtvaardigd zijn om diverse redenen (objectieve onmogelijkheid, onevenredige belasting).

Aan overheid, data-analisten en media:

- Maak in rapporten, publicaties en statistieken een duidelijk onderscheid tussen arbeidsongeschikten die geen activiteit opnemen en zij die progressief werken. Dit is een belangrijke nuance die nu momenteel helemaal over het hoofd gezien wordt.

Specifieke aandachtspunten voor beleid en vervolgonderzoek:

- Vrouwen starten vaker en sneller met aangepaste werkhervatting, maar blijven ook langer volgens dit regime werken én keren minder vaak voltijds terug. Dit vraagt bijkomend onderzoek naar onderliggende verklarende factoren.
- 30% van de mensen in arbeidsongeschiktheid (in 2022) is ouder dan 55 jaar. Daarenboven bouwt deze groep veel minder terug op naar 100% dan mensen jonger dan 55 jaar. Volledige werkhervatting lijkt vaak geen realistisch einddoel meer. Dat noopt tot onderzoek naar bijkomende maatregelen om deze groep te ondersteunen?
 - Een mogelijke piste is een specifiek einde-loopbaantraject waarbij deze mensen dus niet meer in arbeidsongeschiktheidstrajecten zitten. Dit bestaat al in verschillende sectoren
 - In het onderwijs kan men vanaf de leeftijd van 55 4/5 gaan werken met behoud van extralegale voordelen en pensioenopbouw (i.e. VVP 55+).
 - Ook in de zorg zijn er dergelijke maatregelen.
 - Het kan interessant zijn om een gedetailleerdere analyse uit te voeren per tewerkstellingssector.
 - Sector analyse opsplitsen naar leeftijd en geslacht.
 - Per sector gaan kijken naar de cijfers (%AO, duur van AO, % die progressief aan de slag gaat, hoelang het duurt voor iemand progressief het werk hervat, gemiddeld aantal dagen in aangepaste werkhervatting, werkvolume dat ze terug opnemen, % dat terug voltijds gaat werken.

Slotbeschouwing

De aangepaste werkhervatting is in essentie een krachtig instrument om de connectie met het werk te onderhouden en de drempel tussen ziekte en werk te verlagen. Dat vandaag al één op vijf langdurig zieken deeltijds werkt, is een cruciale vaststelling die meer erkenning verdient in het publieke debat.

Tegelijkertijd kan dit instrument slechts slagen binnen een breder beleid dat inzet op werkbaar werk, preventie, aangepaste loopbanen en structurele verbeteringen van arbeidsomstandigheden. Alleen dan kan aangepaste werkhervatting uitgroeien tot een duurzaam en rechtvaardig onderdeel van het arbeidsmarktbeleid. Het is echter geen “one-size-fits-all” systeem en er moet rekening gehouden worden met de diverse noden van specifieke doelgroepen. Terug naar werk begeleiding is en blijft een individueel traject, op maat van de persoon.