

Dossier

Ziekte en Werk: Mensen in armoede aan het woord



Over ziekte en duurzaam werk: Mensen in armoede aan het woord

Inhoudstafel

Inleiding	4
In een notendop	5
Armoede, ziekte en re-integratie op de arbeidsmarkt	6
• Over wie gaat het?	6
• Wat is de omvang van het probleem?	7
• Wat is het risico op armoede bij mensen in ziekte?	8
Beleidscontext 2025-2029	10
• Federaal regeerakkoord	10
• Vlaams regeerakkoord	12
Aanbevelingen van mensen in armoede	13
• Inkomenszekerheid en financiële transparantie	15
• Samenwerking tussen professionele actoren	23
• Betaalbare en toegankelijke zorg	28
• Zelfregie in het traject van ziekte naar werk	33
• Vrijwilligerswerk en opleiding als bruggen naar herstel	38
• Inclusieve arbeidsmarkt met armoedesensitief HR-beleid	42
CONCLUSIE	50
BRONNEN	51
FOTOLEGENDE	52

Inleiding

“Onze maatschappij is sterk gericht op het hebben van werk. Bijdragen aan de samenleving wordt vaak heel eng bekeken en betaalde arbeid wordt gezien als de enige manier om bij te dragen. Als mens die ziek is, is het niet eenvoudig om terug aan die standaard te voldoen. Nochtans kan ik op vele manieren bijdragen aan de samenleving, ook als mens waarvan de gezondheid niet zo goed is.”

Mensen die uit de arbeidsmarkt vallen omwille van ziekte, ervaren een verhoogd armoederisico. Er is een sterke relatie tussen gezondheid, werk en armoede: **arm maakt ziek, ziek maakt arm.** Ziek worden zorgt vaak voor het verlies van werk met een minder gunstige financiële situatie en een verhoogd armoederisico tot gevolg.

Het aantal mensen in langdurige arbeidsongeschiktheid neemt jaar na jaar toe. Sinds 2019 zijn er in België meer mensen met langdurige arbeidsongeschiktheid dan mensen in werkloosheid. Eind 2023 rapporteerde het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) 526.507 langdurig zieken en invaliden in België. Afgelopen 5 jaar zijn er zo'n 100.000 langdurig zieken bijgekomen.

Mensen in (langdurige) ziekte zijn het onderwerp van gesprek in verschillende regeerakkoorden en het politieke/publieke debat. De (her)tewerkstelling van deze groep is het doel achter verschillende Vlaamse en federale beleidsmaatregelen. Verschillende middenveldpartners hebben als opdracht de re-integratie en activering van mensen met een langdurige ziekte en mensen met een (erkende) arbeidsbeperking.

Er wordt veel gezegd en geschreven over deze groep van mensen, maar mensen in de situatie zelf komen weinig aanbod. **Het is hoog tijd dat ervaringsdeskundigen met armoede en ziekte het woord nemen.** Het Netwerk tegen Armoede bestaat uit 61 lokale verenigingen waar mensen in armoede het woord nemen die zo'n 22.000 mensen in armoede bereiken. Van deze mensen is een substantieel deel (langdurig/chronisch) ziek en/of voor tijdelijk/onbepaalde duur arbeidsongeschikt.

Mensen willen werken maar botsen op verschillende drempels tot aan de arbeidsmarkt. Ook de arbeidsmarkt zelf, is niet inclusief en afgestemd op noden van groep van mensen in ziekte en armoede.

In dit dossier formuleren ervaringsdeskundigen in armoede en sociale uitsluiting zes aanbevelingen voor de stap van langdurige ziekte naar duurzame tewerkstelling. We kruisen in dit dossier wetenschappelijke kennis rond langdurige ziekte en een analyse van beleidscontext met ervaringskennis uit 15 armoedeverenigingen* en de opgebouwde kennis binnen het project Sterk Vrouwenwerk.

* Betonne Jeugd, BMLIK Gent, Centrum Kauwenberg, De Mozaort, De Springplank, De Keeting, De RuimteVaart, De Vrolijke Kring, Jong Gent in Actie, Ons Gedacht, Mensen voor Mensen Aalst, PSC Open Huis, Project Sterk Vrouwenwerk, T'ANTWOORD, 'T Hope, Recht-op

In een notendop

Problemen

- **Invaliditeits- en inkomensvallen:** Er is een verlies van inkomen tijdens de periode van ziekte en bij de (her)opstart naar werk, zeker bij minder dan/deeltijdse tewerkstelling.
- Naast de **betalbaarheid**, is ook de **beschikbaarheid van gezondheidszorg** een groot probleem.
- Wie langdurig ziek wordt, krijgt te maken met een **complex en vaak ontoegankelijk zorgsysteem met vele betrokken actoren** (werkgevers, werknemers, artsen en ziekenfondsen).
- De stap van ziekte naar werk is geen vast uitgestippeld pad. Mensen voelen zich vaak een **speelbal tussen diensten** en ervaren te weinig inspraak en zeggenschap.
- Om **vrijwilligerswerk te kunnen doen of te starten met een opleiding** in een periode van ziekte, ervaren mensen in armoede heel wat **stress, onzekerheid en mogelijk verlies van uitkering**.
- Veel mensen ervaren **drempels en discriminatie in hun zoektocht** naar een plek op de arbeidsmarkt. Deze zijn verbonden aan armoede, ziekte en/of andere persoonlijke achtergrondkenmerken.

Aanbevelingen

- **Inkomenszekerheid** en financiële transparantie is nodig om herstel en (her)opstart naar werk te stimuleren.
- **Betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg** zodat ziek niet arm maakt.
- Verbeterde **samenwerking tussen de professionele actoren** (werkgevers, werknemers, artsen en ziekenfondsen) met een duidelijk aanspraakpunt.
- **Zelfregie en inspraak** in traject van ziekte naar werk is cruciaal.
- **Vrijwilligerswerk en opleiding** fungeren als bruggen naar herstel uit ziekte.
- Inclusieve arbeidsmarkt met **aandacht voor armoedesensitief HR-beleid en aangepast werk**

Armoede, ziekte en re-integratie op de arbeidsmarkt

Over wie gaat het?

Arbeidsongeschiktheid is een complexe uitdaging die een aanzienlijk deel van de bevolking treft. In dit dossier hebben we een brede focus genomen en gaat het over verschillende groepen mensen met diverse statuten:

- Personen in primaire arbeidsongeschiktheid (tot 12 maanden) met ziekte-uitkering via ziekenfonds
- Personen in secundaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit (vanaf 12 maanden) met ziekte-uitkering via ziekenfonds
- Personen met een arbeidsongeschiktheid omwille van een erkende handicap met uitkering via FOD Sociale zekerheid
- Personen met erkende handicap bij VAPH wachtend op een Persoonsvolgend budget (PVB)



Wat is de omvang van het probleem?

Tussen 2008 en 2022 is het aantal mensen in invaliditeit verdubbeld. Sinds 2021 neemt het aantal langdurig zieken jaarlijks toe. In 2023 lag de jaarlijkse groei van het aantal mensen in langdurige ziekte op 5%, in 2022 en 2022 op 3%. De toename van de groep langdurig zieken ligt in tien jaar tijd op 69% (De Coen, De Rouck, Valsamis, 2022).

Zowel kortdurende (primaire arbeidsongeschiktheid onder 12 maanden) als langdurige arbeidsongeschiktheid (invaliditeit, langer dan 12 maanden) zijn gestegen. Ook het aandeel mensen met een inkomensvervangende en Integratietegemoetkoming, voor mensen met een erkende arbeidshandicap, stijgt jaar na jaar. In Vlaanderen ontvangt 2% van de bevolking een IVT/IT via de FOD Sociale Zekerheid (Hoge Raad voor Werkgelegenheid, 2024).

Mensen in langdurige ziekte hebben het vaakst problemen met de geestelijke gezondheid (37%) en spier- en skeletaandoeningen (32%) (Hoge Raad voor Werkgelegenheid, 2024). Tussen 2016 en 2022 is het aantal personen in invaliditeit omwille van psychische aandoeningen, zoals depressie en burn-out, met bijna 50% gestegen (AIM en RIZIV, 2024). In 2018 was het achterliggende ziektebeeld bij de start van een periode van arbeidsongeschiktheid een psychosociale problematiek (AIM en RISIV, 2024).

De stijging van arbeidsongeschiktheid (primair en secundair) laat zich vooral merken bij vrouwen. Hun aandeel stijgt naargelang leeftijd (Gelade en Saks, 2024). De stijging is gedeeltelijk te verklaren door de vergrijzing van de bevolking. Het heeft ook te maken met de verhoging van pensioenleeftijd en de stijging van aandeel werkende vrouwen in de beroepsactieve bevolking door de jaren heen. De combinatie zorg, gezin en werk weegt harder door bij vrouwen, maar ook het psychisch welbevinden van vrouwen is gemiddeld ongunstiger dan bij mannen (Gelade en Saks, 2024).



Wat is het risico op armoede bij mensen in ziekte?

Werk biedt bescherming tegen armoede, maar dat is geen garantie. Kenmerken zoals werkregime, contracttype, functietype of beroep, spelen naast gezinskenmerken een grote rol in het verklaren van het verhoogd armoederisico voor werkende armen (Horemans, Marx, Cantillon, 2024).

Werkbaar werk is cruciaal om ziekte en langdurige arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Uit de Vlaamse werkbaarheidsmonitor werknemers van de SERV in 2023 blijkt dat het ziekteverzuim sterk samenhangt met werkgerelateerde factoren zoals werkstress, motivatie, leermogelijkheden en werk-privébalans. In jobs die positief scoren op al deze factoren, ligt het aandeel werknemers met problematische afwezigheid op 14,4%. Als werknemers twee of meer knelpunten rond werkbaarheid van hun job aangeven, verdubbelt de problematische afwezigheid tot 28%.

Mensen met een langdurige ziekte of beperking lopen een groter risico op armoede (34%) of sociale uitsluiting, omdat ze niet kunnen werken of dat maar slechts deels kunnen doen (Hoge Raad voor Werkgelegenheid, 2024). Personen met een arbeidshandicap hebben het extra moeilijk op de arbeidsmarkt. Slechts 51,3% is aan het werk, en dan vaak in deeltijdse, onzekere of aangepaste statuten.

Ziekte of het hebben van een beperking hoeft geen automatische veroordeling tot armoede te zijn. **De sociale zekerheid fungeert als een belangrijke hefboom via vervangingsinkomen en via aanvullende uitkering voor mensen in ziekte op het inkomen uit werk.** Wanneer personen met een erkende handicap werken, is het armoederisico van vergelijkbare hoogte met het armoederisico van personen zonder handicap. Hoewel personen met een beperking vaker in instabiele, deeltijdse en/of lager betaalde tewerkstellingen zitten, zorgt de combinatie van een loon met een uitkering voor een substantiële daling van het verwachte armoederisico (Horemans, 2024).





Hoe langer je ziekte duurt, hoe minder de kans op succesvolle werkhervatting

(Godderis, 2024). Twee derde van de mensen gaat terug aan het werk na zes maanden ziekte, maar bij langdurige afwezigheid (meer dan één jaar) blijft 80% langdurig arbeidsongeschikt. Re-integratietrajecten starten vaak laat. Slechts 3 op de 10 beginnen binnen de eerste zes maanden, terwijl meer dan de helft pas na twee jaar op gang komt.

Meer en meer mensen starten met een gedeeltelijke werkhervatting vanuit ziekte. In 2021 maakten 120.000 mensen hier gebruik van, een verdubbeling ten opzichte van 2015. De helft van hen hervatte het werk volledig binnen zes maanden (Hoge Raad voor Werkgelegenheid, 2024).

Werkhervatting is niet altijd financieel voordelig. Invaliditeitsvallen en inkomensvallen zijn een reëel probleem. Onderzoek naar Progressieve tewerkstelling in diverse uitkeringsstelsels van Derboven, Marx en Verbist in 2024 toont aan dat in verschillende soorten van de uitkeringstelsels waarbij je meer uren werkt, of zelfs gaat werken tegen een hoger loon, er niet automatisch een hoger beschikbaar gezinsinkomen volgt. Het onderzoek bevestigt dat er nood is aan ondersteunende maatregelen om werkhervatting bij het leefloon, de inkomensvervangende/integratietegemoetkoming vanuit FOD Sociale Zekerheid en de werkloosheidsuitkering te stimuleren.

Werkgevers beschikken bovendien niet altijd over het inzicht of de middelen om mensen met diverse achtergronden en kwetsbare profielen succesvol te re-integreren (Hoge Raad voor Werkgelegenheid, 2024). Er is nood aan maatwerk en ondersteuning op de werkvloer, afgestemd op de noden van die werknemers. Daarbij is het essentieel om praktijkinzichten van werkgevers te verzamelen, te verbinden met andere expertise en dit te vertalen naar effectief beleid.

Beleidscontext 2025-2029

Federaal regeerakkoord

De werkzaamheidsgraad in België bedraagt 72,1% (75,4% gemiddelde EU). Het centrale doel in het federaal regeerakkoord is een tewerkstellingsgraad van 80% op de totale Belgische bevolking. In het federaal regeerakkoord 2025-2029 is **een aangescherpt activeringsbeleid voor mensen met langdurig ziekte een speerpunt**.

De begeleiding en re-integratie van langdurig zieken wordt onderstreept in het federaal regeerakkoord 2025-2029. Er wordt een **'allesomvattend plan voor preventie en re-integratie van langdurig zieken'** voorzien waarbij de nadruk ligt op responsabilisering van de vijf betrokken actoren:

- werkgevers
- werkenden
- artsen (behandelend artsen, arbeidsartsen en adviserend artsen)
- ziekenfondsen
- de regionale diensten voor arbeidsbemiddeling (VDAB, Actiris en Le Forem)

De Terug Naar Werk-barometer wil **drie centrale krachtlijnen monitoren**:

1. voorkomen dat mensen ziek worden
2. voorkomen dat mensen met gezondheidsproblemen (langdurig) uitvallen op het werk
3. faciliteren dat mensen die uitvallen snel terug (deeltijds) aan het werk gaan, en mensen die ernstig ziek zijn ondersteunen in hun traject terug naar werk

De aangescherpte responsabilisering van de persoon in ziekte is onmiskenbaar.

Mensen in ziekte, zonder arbeidscontract, met arbeidspotentieel (bepaald via regelmatige screening door de controlearts) zullen zich verplicht moeten inschrijven bij VDAB. Zij die wel een arbeidscontract en arbeidspotentieel hebben, moeten een verplicht re-integratietraject naar werk volgen.

Bij onvoldoende medewerking (re-integratietraject of terug naar werk-traject) **kan een sanctie volgen**. Die sanctie houdt een vermindering van de uitkering met 10% in voor wie de verplichtingen niet nakomt. Een afwezigheid zonder geldige motivering op een uitnodiging van een arts (arbeidsarts én adviserend arts) in functie van re-integratie, geeft bij de werknemer aanleiding tot een schorsing van het recht op uitkeringen of gewaarborgd loon.

De nieuwe federale regering roept de rol van 'verantwoordelijke behandelende arts' in het leven. Die arts heeft een coördinerende rol bij de opvolging en begeleiding van patiënten in langdurige arbeidsongeschiktheid.



[Lees het federaal regeerakkoord](#)

Zowel naar artsen als naar werknemers wordt vanuit het federaal beleidsniveau gewerkt met plichten en sancties als centrale beleidsinstrumenten. Zo komt er een digitaal meldpunt voor verdachte ziekte-attesten en getuigschriften arbeidsongeschiktheid om zo artsen extra te controleren.

De rol van de ziekenfondsen verbreedt zich naar de activering van (langdurig) zieken waarbij ze de begeleidingsrol versterkt opnemen in de terug naar werk-coaching.

Ziekenfondsen worden financieel afhankelijk van de mate waarin zij er effectief in slagen om langdurig zieken te activeren. Werkgevers waren al verplicht tot het voeren van een actief verzuimbeleid via re-integratietrajecten. Er komt een versterkte rol van de preventie-arts die werknemers moet uitnodigen tot gesprek en een quick scan met 15 vragen afnemen na 1 maand afwezigheid.

Ook VDAB zal een actievere rol opnemen naar mensen met langdurige ziekte. De VDAB moet mensen in arbeidsongeschiktheid na 1 maand contacteren en sneller een traject aanbieden. Behalve een samenwerkingsakkoord tussen VDAB en federale overheid legt het regeerakkoord de nadruk op een betere samenwerking tussen de beleidsdomeinen Gezondheid en Werk. Gezien de aanzienlijke besparingsoperatie bij VDAB, is het afwachten welke vorm dit aanbod van VDAB vorm zal krijgen.

Vlaams Regeerakkoord

De Vlaamse Regering herbevestigt in haar Regeerakkoord 2025-2029 de ambitie om een werkzaamheidsgraad van 80 procent te bereiken. Het regeerakkoord bevat dezelfde recepten als op het federale niveau. Het adagium is een versterkte nadruk op terugkeer van ziekte naar werk.

In het Vlaamse regeerakkoord staat de ambitie om de terugkeer naar werk via een multidisciplinaire aanpak (medische benadering naast de arbeidsmarktgerichte benadering) te bewerkstelligen. **Er komt een nieuw samenwerkingsakkoord tussen de VDAB en het RIZIV** met jaarlijks 12.000 terug naar werk-trajecten en minstens 20.000 terug naar werk-trajecten in 2029.

De VDAB wijst een individuele trajectbegeleider aan elke ingeschreven langdurig zieke toe. Die sluit met hen een individuele trajectovereenkomst af uiterlijk 6 weken na hun inschrijving. De VDAB geeft door aan het RIZIV en aan de ziekenfondsen dat iemand niet ingaat op de trajectovereenkomst of ze niet naleeft voor een evaluatie van de arbeidsongeschiktheid.

De ziekenfondsen worden aangemoedigd om actief werk te maken van de toeleiding van langdurig zieken met een arbeidspotentieel naar een traject naar werk. De diverse instellingen werken aan gegevensuitwisseling in het kader van de samenwerking rond de groep van langdurig zieken.



[Lees het Vlaamse Regeerakkoord](#)

Aanbevelingen van mensen in armoede

Heel wat mensen, politici, onderzoekers, werkgevers, professionals uit gezondheid en tewerkstellingssector, hebben een visie over langdurig zieken en hoe zij terug aan het werk kunnen (of moeten) gaan. De stem van mensen met langdurige ziekte ontbreekt vaak of is ten minste weinig gehoord in het politieke en maatschappelijke debat. **In dit dossier staat de stem van ervaringsdeskundigen centraal.** Het gaat om mensen die met een langdurige ziekte op of onder de armoedegrens leven.

Er is een **sterke relatie tussen gezondheid en armoede: arm maakt ziek, ziek maakt arm.** Ziek worden zorgt voor het verlies van werk met een minder gunstige financiële situatie en een verhoogd armoederisico tot gevolg. Leven met een ziekte-uitkering betekent nog al te vaak overleven met een inkomen onder de armoedegrens.

Om (een terugkeer naar) werk mogelijk te maken, formuleerden we de **volgende zes aanbevelingen vanuit ervaringskennis van mensen die langdurig ziek zijn.**

- **Inkomenszekerheid en financiële transparantie:** Meer zekerheid over je inkomen zowel tijdens periode van ziekte (invaliditeitsvallen) als bij overgang naar werk. Er is nood aan een hybride statuut waarbij de combinatie van (ziekte-)uitkering en werk financieel haalbaar wordt.
- **Betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg** is essentieel voor het herstel en stabilisatie bij ziekte en uiteindelijk de weg naar werk mogelijk te maken.
- **Verbeterde samenwerking tussen de professionele actoren** (werkgevers, werknemers, artsen en ziekenfondsen) is broodnodig om te voorkomen dat mensen in ziekte zich als speelbal tussen instanties voelen.
- **Zelfregie in traject van ziekte naar werk** maken vooruitgang in gezondheid en de stap naar werk mogelijk. Daarbij zijn inspraak, erkenning, werken op maat sleutelwoorden.
- **Vrijwilligerswerk en opleiding als bruggen naar herstel:** Ze bieden ruimte om vanuit ziekte een nieuw ritme, competenties te versterken en op eigen tempo het zelfvertrouwen kunnen laten groeien.
- **Inclusieve arbeidsmarkt waarbij werkgevers inzetten op een armoedesensitief HR-beleid maakt het verschil.** Werkgevers die investeren in een mensgericht HR-beleid bouwen aan sterkere en efficiëntere teams én aan een meer duurzame arbeidsmarkt.

Inkomenszekerheid en financiële transparantie

Belemmeringen, drempels en moeilijkheden

“Ik heb heel wat verandering van inkomen gehad tijdens de periodes waarin ik ziek was. Na 1 jaar ziekte, werd ik invalide en daalde mijn inkomen aanzienlijk. Uiteindelijk heb ik een periode een uitkering via FOD Sociale Zekerheid gehad. Ik begon na mijn herstel terug te werken, werd opnieuw ziek omwille van kanker. Na die behandeling, heb ik ook progressieve tewerkstelling opgestart. Telkens veel onzekerheid over mijn inkomen ervaren.”

Ziekte en uitval op het werk zorgen voor een aanzienlijke inkomensdaling. Mensen die terugvallen op een ziekte-uitkering lopen daardoor een verhoogd risico op armoede of sociale uitsluiting.

Het **beschikbare inkomen daalt** al in de eerste periode van gewaarborgd loon bij bedienden (met behoud van basisloon maar zonder bijkomende voordelen zoals maaltijdcheques, verplaatsingsvergoeding of premies). Tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid (het eerste jaar), na de periode van gewaarborgd loon krijgt de werknemer een uitkering van het ziekenfonds. De uitkering bedraagt 60% van het begrensde brutoloon, met een wettelijk maximum grensbedrag/loonplafond.

Voor mensen in **laagbetaalde sectoren en bij deeltijdse tewerkstellingen** zijn de gevolgen van ziekte vaak nog zwaarder. Aangezien ziekte-uitkeringen gebaseerd zijn op het voorgaande loon, leidt dat automatisch tot lagere vervangingsinkomens. Voor eenoudergezinnen, meestal vrouwen, heeft dat een rechtstreekse impact op het gezinsinkomen en het armoederisico voor het gehele gezin.

Ook het **statuut als werknemer** heeft invloed op het vervangingsinkomen tijdens ziekte. De eerste zeven ziektedagen hebben arbeiders een volledig gewaarborgd loon. Daarna behouden arbeiders gedurende zeven dagen 85,88% van hun normale loon. Van de 15e tot de 30e dag arbeidsongeschiktheid hebben arbeiders recht op een percentage van hun loon, betaald door de werkgever. Tijdens die laatste periode wordt het gewaarborgd loon aangevuld met een uitkering van het ziekenfonds die arbeiders moeten aanvragen. Bedienden hebben een maand gewaarborgd loon bij ziekte.

Verskillende mensen vragen na een periode van ziekte-uitkering of vanuit andere statuten een uitkering aan bij de FOD Sociale Zekerheid. Dit omwille van een erkende arbeidsbeperking waardoor werken niet langer mogelijk is. Die uitkering bestaat uit een inkomensvervangende tegemoetkoming en een integratietegemoetkoming. De hoogte van de uitkering is gekoppeld aan de erkenning en inschaling van de (arbeids)handicap door de artsen van FOD Sociale Zekerheid.

Een belangrijk knelpunt in de periode van ziekte is de **onzekerheid over het maandelijks inkomen tijdens je periode van ziekte** als (her)opstart naar werk. Mensen zijn vaak afhankelijk van meerdere instanties voor hun (vervangings)inkomen in periode van ziekte, wat leidt tot administratieve last en onzekerheid over de hoogte van het inkomen. Dit zijn invaliditeitsvallen die een enorme impact hebben en armoederisico verhogen tijdens ziekte. Ook bij (her)opstart naar (minder dan/deeltijds) werk is financiële vooruitgang niet verzekerd.



“Transparantie over je inkomen en de financiële gevolgen van een tewerkstelling, is heel belangrijk. Ik moet bijvoorbeeld 3.000 euro belastingen betalen omdat ik 6 maanden werkte. In die periode verloor ik vele sociale voordelen, zoals verhoogde tegemoetkoming, sociale tarieven, verhoogde kinderbijslag etc. Bovendien kreeg ik via de werkgever geen sociale voordelen zoals maaltijdcheques. Ik wilde werken, maar ik ben er dus slechter uitgekomen. Welke mensen zouden dit risico nemen? Ik was zo stom om dat risico te nemen, maar zit nu in de problemen.”

Overgangen tussen werk, ziekte, werkloosheid en sociale bijstand brengen heel wat administratie, periodes zonder inkomen en vaak ook inkomensverlies met zich mee. De sociale zekerheid fungeert als een belangrijke hefboom via vervangingsinkomen en via aanvullende uitkering voor mensen in ziekte op het inkomen uit werk. Er is nood aan een hybride statuut dat inkomen uit werk en vervangingsinkomens combineert.

“Ik vertelde de adviserend geneesheer over mijn plannen om een opleiding te starten. Omdat ik in deze opleiding stages moest lopen, zei hij dat ik dan ook kon gaan werken. Een week later kreeg ik een brief dat mijn uitkering werd geschrapt. De gaf me de boodschap: ‘Je depressie is over’. Ik moest me dan inschrijven bij de VDAB en heb toen een werkloosheidsuitkering aangevraagd bij het ABVV. Dat betekende financieel voor mij dat ik moest rondkomen met 300 euro minder per maand.”

Bij een invaliditeitsuitkering voor secundaire arbeidsongeschiktheid via ziekenfonds of bij uitkering via FOD Sociale Zekerheid, worden sommige mensen geconfronteerd met hoge aanvullende belastingbedragen. Dat heeft te maken met de bedrijfsvoorheffingen (het voorschot op je belastingen) die bij invaliditeitsuitkering en het afgehouden percentage op je ziekte-uitkering. Er werden in 2025 maatregelen voorzien om dit probleem aan te pakken via aanslagvoet van 11,11%. Deze aanslagvoet is niet op maat van gezinnen met een heel laag of net een hoger inkomen. Zij dreigden opnieuw in financiële problemen terecht te komen.

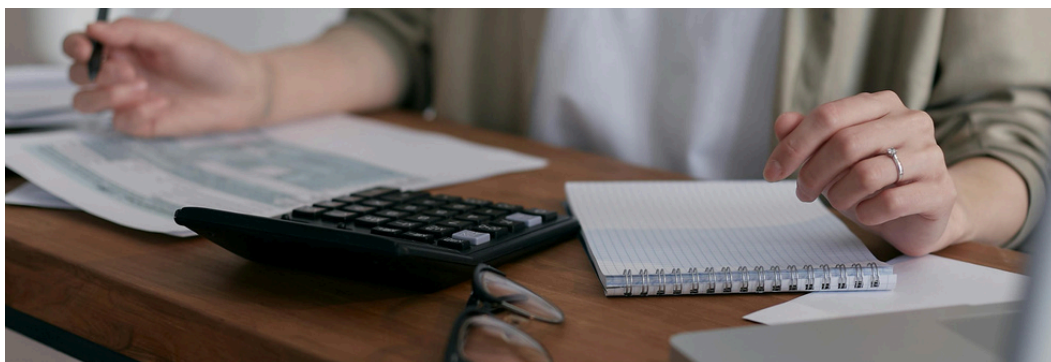
De fiscale gevolgen bij de combinatie van deeltijds werk en invaliditeitsuitkering of de opstart van werken in het jaar waar je ook nog invaliditeitsuitkering verkreeg, zorgt ook voor veel financiële onzekerheid. De fiscaliteit rond werk/ziekte zorgt voor nadelige financiële gevolg voor mensen die terug aan het werk zijn.

“Tijdens de aanvraag van een leefloon zat ik een tijdje zonder inkomen. Nadien heb ik via mijn sociaal assistente van het OCMW een aanvraag ingediend bij de mutualiteit én bij de FOD Sociale Zekerheid. Dat zorgde voor veel onzekerheid en extra stress tijdens mijn ziekte.”



Lees het advies van het Vlaams Patiëntenforum rond belastingafrekening bij ziekte-uitkering

"Als persoon met een invaliditeitsuitkering moet ik veel belastingen betalen en toch zien rondkomen met een beperkt inkomen. Ik krijg een netto bedrag zonder belastingsaftrek, maar op het einde van het jaar moet ik tot 1.500 euro belastingen betalen."



"Vanaf juli moet je zeker erop letten om vakantiedagen te laten opnemen, anders heb je minder uitkering in december. Je krijgt in ruil wel je vakantiegeld maar dat krijg je in het voorjaar. In december heb je daar dus niets aan. Ook moet je opletten dat er genoeg wordt afgehouden voor de belastingen."

De overgang vanuit ziekte naar werk is financieel niet altijd voordelig. Mensen willen werken en starten in deeltijds werk of zelfs in een arbeidstijd die lager ligt dan halftijds. Jobs met een lagere tewerkstellingsbreuk dan deeltijds, zijn heel moeilijk te vinden en vaak niet financieel voordelig. De combinatie werk en uitkering, vraagt heel wat administratie en zorgt voor onzekerheid. Toch willen mensen met ziekte graag werken en zijn (minder dan) deeltijdse arbeidstijden het meest haalbare in combinatie met de gezondheid. Mensen zijn vaak slechter af wanneer ze opnieuw gaan werken, onder andere door de **combinatie van hoge fiscale lasten, verlies van sociale voordelen of bijkomende kosten verbonden aan het werk, zoals kinderopvang en mobiliteit.**

"Als je gaat werken, verlies je voordelen zoals de verhoogde tegemoetkoming, maar je vaste kosten blijven wel gelijk. Het bijkomend loon is vaak onvoldoende om de extra kosten te dekken."

“Als alleenstaande moeder krijg ik 1.600 euro leefloon van het OCMW. Nu werk ik met een IBO-contract en krijg ik een premie. Maar omdat ik een equivalent leefloon krijg, hou ik uiteindelijk evenveel over dan voordien. Ik werk dus gratis, terwijl ik mijn werkuren moeilijk kan combineren met de zorg voor mijn kinderen.”



“Ik wil graag voltijds werken, maar dat gaat niet omdat ik ook voor de kindjes moet zorgen. Mijn man is vrachtwagenchauffeur en gaat vroeg werken, soms al om vier uur 's ochtends. Ik moet dus de kinderen naar school brengen. Vast weekendwerk lukt wel, omdat mijn man dan op de kinderen kan passen.”

Het systeem van progressieve tewerkstelling – waarbij mensen deeltijds hervatten met behoud van gedeeltelijke ziekte-uitkering – **is zeer waardevol, maar in de praktijk brengt het vele onzekerheden met zich mee**. Mensen ontvangen hun loon via twee verschillende systemen (werkgever en mutualiteit), wat leidt tot onregelmatige betalingen en onzekerheid.

Het systeem van progressieve tewerkstelling werkt altijd curatief en zet in op re-integratie op de werkvloer na ziekte. Daarbij moet iemand dus al uitgevallen zijn in ziekte. Een piste die mensen in armoede naar voor schuiven is het exploreren van een preventieve maatregel waarbij je niet volledig moet uitvallen.

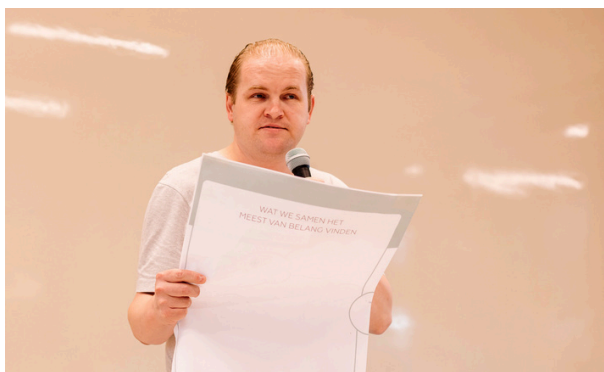
“Ik zat verschillende keren zonder inkomen omdat de mutualiteit en de werkgever slecht communiceerden. Er is geen regel die bepaalt wanneer mijn loon moet worden gestort. Ik moest zelf attesten doorgeven en wachten op mijn uitkering.”



Lees meer over het systeem van progressieve tewerkstelling

Bij een verslechterde gezondheid zou je er dan voor kunnen kiezen om een gedeeltelijke schorsing van het arbeidscontract te voorzien en te combineren met een ziekte-uitkering. Een soort degressieve tewerkstelling die je kan combineren met ziekte-uitkering om volledige uitval in ziekte te vermijden.

“In de periode waarin ik ziek was, heb ik te lang gewacht om te rusten, nog verder gewerkt. Ik moest rondkomen met 1.000 euro van mijn deeltijdse job. Ik wist niet dat ik recht had op aanvullende uitkering. Mijn huur is 800 euro en zo stapelde ik de schulden op. Uiteindelijk kwam er loonbeslag en zat ik er helemaal onderdoor. Ik heb nu een ziekte-uitkering en heb een oplossing voor mijn schulden gevonden.”



Ziekte gaat vaak gepaard met **mentale en fysieke vermoeidheid**. Net dan wordt van mensen verwacht dat zij complexe procedures volgen en hun rechten zelf uitzoeken. Gebrek aan informatie en (administratieve) begeleiding kan leiden tot fouten, vertragingen of het volledig wegvallen van inkomen. Systemen kunnen zelfs voor hulpverleners moeilijk te begrijpen en op te volgen zijn.

Wanneer mensen van de ene inkomenscategorie naar de andere gaan (bv. van ziekte naar werkloosheid, van ziekte naar leefloon, van ziekte naar werk), is er zelden begeleiding. Bij de overgang en aanvraag van een ander (vervangings)inkomen is er altijd administratie en vaak ook periode van wachttijd, sociale controle en periode met onzekerheid over je inkomen en wanneer het op je rekening zal staan. Dat leidt tot periodes zonder inkomen, tot het niet opnemen van sociale rechten en tot een toename van armoede met problemen als schulden, dakloosheid of uitstel van gezondheidszorg.

“Ik heb gemerkt hoe belangrijk het is om ergens terecht te kunnen, zoals een vereniging waar mensen in armoede het woord nemen. Ze hielpen me contact op te nemen met de vakbond en mutualiteit en te strijden voor mijn rechten. Dankzij de voedselbedeling en tips van anderen ben ik stilaan uit mijn problemen geraakt.”



Een gezamenlijke aanpak van overheidsinstanties die voorzien in vervangingsinkomens en de overgang tussen deze verschillende uitkeringssystemen ontbreekt. Meer samenwerking tussen diensten in het begeleiden van het verkrijgen en de wissel van (vervangings)inkomens is noodzakelijk. Uitkeringen zouden zoveel mogelijk automatisch toegekend moeten worden om de toegang tot inkomen te verzekeren bij wissel van uitkeringsinstelling.

Inkomenszekerheid en financiële transparantie

Aanbevelingen

- **Waarborg een inkomen boven de Europese armoedegrens**, zodat een menswaardig en kwaliteitsvol leven mogelijk is, zowel tijdens de ziekte en/of werkhervatting. Vermijd invaliditeitsvallen en verdere daling van inkomen, tijdens periodes van ziekte.
- **Versterk de samenwerking tussen instanties** (ziekenfondsen, vakbonden, hulpkas, OCMW, FOD Sociale Zekerheid) om inkomensverlies te voorkomen. Zorg bij de overgang naar een ander (vervangings-)inkomen voor administratieve begeleiding en doorverwijzing.
- Zet in op zoveel mogelijk **automatische toekenning van uitkeringen en sociale rechten**.
- Voorzie een **hybride statuut** voor mensen die vanuit ziekte terug aan het werk gaan met ziekte-uitkering.
- **Zorg voor transparantie over de fiscale en financiële gevolgen** van ziekte-uitkeringen, leefloon of werkhervatting. Mensen moeten vooraf weten waar ze financieel aan toe zijn bij de stap naar (gedeeltelijk) werk. Voorzie een financieel en fiscaal voordelige combinatie tussen werk en behoud van vervangingsinkomen zoals ziekte-uitkering.
- **Werk inkomensvallen bij de heropstart naar werk weg**. Bij herstart van werk na langdurige ziekte moet iemand kunnen terugvallen op uitkeringen zonder bijkomende drempels. De angst voor herval en/of inkomensverlies belemmert mensen om opnieuw aan het werk te gaan.
- **Pas het systeem van progressieve tewerkstelling breder toe**, ook als preventieve maatregel waarbij minder uren werken in combinatie met ziekte-uitkering mogelijk worden en volledige uitval vermeden kan worden.
- Voorzie bij (her)opstart naar werk vanuit ziekte, een mogelijke terugval naar volledige invaliditeit toe zonder bijkomende administratie of medisch onderzoek.
- **Zet in op automatische rechtentoekenning**. Zorg bij de overgang naar ander (vervangings)inkomen voor administratieve begeleiding en doorverwijzing op maat.

Betaalbare en toegankelijke zorg

Belemmeringen, drempels en moeilijkheden

"Ik heb maandelijks een grote aandeel facturen voor mijn gezondheidsproblemen. Wekelijkse bezoeken aan de kinesist zijn niet goedkoop. Ik moet in één keer 190 euro betalen, ik krijg het nadien wel terugbetaald, maar daar moet je twee weken op wachten."

Ziek zijn betekent vandaag niet alleen fysieke en/of mentale problemen ervaren, maar ook **financiële en sociale onzekerheid om juiste zorg te verkrijgen**. Wie langdurig ziek wordt, krijgt te maken met een zorgsysteem dat niet alleen extra geld kost, maar ook complex en vaak ontoegankelijk is. Dat heeft directe gevolgen voor het herstelproces uit ziekte en de terugkeer naar werk.

Het systeem van verhoogde tegemoetkoming, de maximumfactuur in gezondheidszorg en de derdebetalersregeling in de eerste lijn van gezondheidszorg bieden een goede bescherming. Toch is er ruimte voor verbetering en is er een trend van geneeskunde met twee snelheden. De financiële lasten voor gezondheidszorg lopen snel op. Voor mensen in armoede is het betalen van supplementen en het betalen van voorschotten voor consultaties bij specialisten of kinesisten een reden om zorg uit te stellen of zelfs helemaal te vermijden.

"Veel kinesisten en specialisten zijn heel duur. Ik had onlangs een MRI maar ik moest in het weekend komen om wachttijd te vermijden en moest dat surplus betalen. Maar met verhoogde tegemoetkoming moest ik dat eigenlijk niet betalen. Dat kom je dan pas achteraf te weten. Maar ik had anders veel langer moeten wachten."

Een algemene toepassing van de derdebetalersregeling en de uitbreiding naar andere eerstelijnsdisciplines zoals tandzorg, kinesithérapie en psychologische hulp dringen zich op. Zo hoeven patiënten enkel het remgeld te betalen. Tegelijk moet het beleid resoluut inzetten op geconventioneerde zorgverleners en vermijden dat patiënten voorschotten moeten betalen.

"Ik hou mijn hart vast voor het moment waarop de verpleging betalend wordt. Het is nu al heel strikt afgebakend wat de thuisverpleging mag doen. Ze moeten ook heel snel werken. Ze komen binnen, ze wassen u maar je haar wordt niet gedroogd. Je krijgt direct je kleren aan. Je badkamer ligt in een zootje. Dat ruimen ze dan niet op, want ze zijn geen poetsdienst."

De kostprijs van hulpmiddelen en vervoer legt een zware druk op het herstel en de mogelijkheid om maatschappelijk te participeren en op termijn te gaan werken. De kosten, de administratieve procedures en kennis over de rechten tot hulpmiddelen, zijn heel gespecialiseerd en weinig bekend, zeker bij mensen in armoede. Bovendien zijn sommige ingrepen, protheses en hulpmiddelen gekoppeld aan regels en termijnen die niet altijd stroken met de realiteit van de zorgnood.

"Het aankoppelwiel voor mijn rolstoel werd geweigerd. Je hebt daar maar om de zeven jaar recht op. Voor een rolstoel heb je om de vier jaar terugbetaling voor een nieuwe. Maar mijn wiel was versleten, wat moet je dan doen?"



"Ik moet regelmatig naar de pijnkliniek in het UZA. Eigenlijk moet ik twee nieuwe knieën hebben, maar de dokters raden aan om de operatie uit te stellen omdat er per persoon maar 2 knieën worden terugbetaald door de mutualiteit. De knieprothesen gaan maar 15 jaar mee. Ik zal dus moeten wachten tot mijn 60 vooraleer ik deze prothese zal nemen. Tegen dan zal ik helemaal niet meer kunnen gaan werken."

Vervoerskosten lopen snel op en er is vaak een gebrek aan het bezit van

vervoermiddelen. Van en naar het ziekenhuis, de pijnkliniek of de kinesist gaan, is vaak onmogelijk met het openbaar vervoer. Vervoer per ambulance of gepland vervoer voor wie moeilijk te been is, is vaak de enige optie maar is zeer duur en onbetaalbaar. Mensen moeten sterk een beroep doen op eigen netwerk en charitatieve zorg.



“Ik heb mijn factuur van de ziekenwagen gehad, twee keer 70 euro voor twee kilometer. Terwijl ik geen keuze had, het was een noodgeval.”

Naast betaalbaarheid van gezondheidszorg en vervoer, is ook **de beschikbaarheid van zorg een groot probleem.** Wachtlijsten gekoppeld aan de wachtlijsten voor psychologische hulp, dagtherapie of specifieke consultaties kunnen tot verschillende maanden oplopen. Mensen verliezen hierdoor kostbare tijd in hun herstelproces. De vertraagde toegang tot zorg door wachtlijsten, geldt ook voor kinderen en mensen voor wie dringend noodzakelijke tests of behandelingen nodig zijn.

“Ik wacht om in opname en nadien in dagtherapie te gaan. Ik had een intake in december. Mogelijk is er in juni plaats.”

“Gelukkig kan ik via verhoogde tegemoetkoming bij een aantal dokters terecht aan een geconventioneerd tarief. Maar overal zijn wachtlijsten, dus dat vertraagt veel.”

Een toegankelijke, kwaliteitsvolle eerstelijnszorg is essentieel om de weg naar werk mogelijk te maken. Wijkgezondheidscentra en huisartsen kunnen een cruciale rol spelen in het gidsen van mensen in (langdurig) zieken. In Gent ontwikkelden sociaal werkers van wijkgezondheidscentrum 'De Kaai' een gids die een mooi voorbeeld geeft van de rol die wijkgezondheidscentra op kunnen nemen. Ook een breed geïntegreerd onthaal waar mensen terechtkunnen voor hun gezondheid, budget, sociale rechten én psychosociaal contact is dringend nodig.

De vereniging waar mensen in armoede het woord nemen, 't Hope maakte een inspiratienota rond toegankelijke zorg met aandacht voor bereikbaarheid, betaalbaarheid en begrijpbaarheid.



- 'Wegwijzer bij ziekte' van Wijkgezondheidscentrum De Kaai
- Inspiratienota Vinger aan de Pols, 't Hope

"Het zou goed zijn dat als ik op één plek binnenstap en ik daar geholpen kan worden met meerdere zaken zoals mijn gezondheid, mijn budget, mijn uitkering en bijkomende sociale voordelen. Maar ook wat sociaal contact en bijvoorbeeld zaken die ik via de computer in orde moet brengen."



"Ik ben nu medisch goed omkaderd. Ik volg kine en psychotherapie en heb budgetbegeleiding via het CAW. Dankzij de verhoogde tegemoetkoming kan ik nu de facturen betalen."

Betaalbare en toegankelijke zorg

Aanbevelingen

- **Voer een algemene derdebetalersregeling in** voor huisartsen en andere eerstelijnszorg (zoals tandzorg, kinesithérapie en psychologische hulp). Voorzie laagdrempelige toegang tot geconventioneerde zorgverleners, inclusief specialisten, en vermijd voorschotten – laat enkel remgeld betalen.
- **Verlaag de kosten voor hulpmiddelen en vervoer voor mensen met een langdurige ziekte** (ambulance, gepland vervoer, vervoer naar kine of pijnkliniek). Maak hulpmiddelen financieel toegankelijker.
- **Werk de wachttijden in de zorg drastisch weg** door extra investeringen in de gezondheidszorg en de sociale sector.
- **Investeer structureel in wijkgezondheidscentra** en andere vormen van toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg.
- Bereid de **eerstelijns psychologische functie** uit, met specifieke aandacht voor de noden van mensen in armoede.
- **Ondersteun integrale hersteltrajecten** die hulp en ondersteuning rond gezondheid, werk, welzijn, administratie, budget en sociaal contact combineren, bijvoorbeeld via een breed geïntegreerd onthaal.



Samenwerking tussen professionele actoren

Belemmeringen, drempels en moeilijkheden

"Ik verhuisde van Mechelen naar Lier. De adviserend geneesheer wisselde dan en dat zorgde voor vele problemen. Ik raakte mijn uitkering kwijt, mijn verhoogde tegemoetkoming. Ze zagen mij en de geneesheer zei: "je hebt toch je orthopedische schoenen, je kan toch werken." Terwijl al de medische verslagen wel wat anders aantoonde."

Wanneer iemand langdurig ziek wordt, verandert het leven op alle fronten. Niet alleen fysiek of mentaal, maar ook **administratief, sociaal en financieel ontstaat er vaak een wirwar van verplichtingen, onzekerheden en beslissingen die moeilijk te dragen zijn.** In zo'n kwetsbare periode is het belangrijk dat alle betrokken actoren – van artsen en ziekenfondsen tot werkgevers en bemiddelaars naar werk – samen de schouders zetten onder het herstelproces. Maar in de realiteit voelen mensen zich vaak alleen.

De samenwerking tussen behandelende artsen, adviserend en controlerende artsen, ziekenfondsen, arbeidsbemiddelaars en werkgevers loopt vaak moeizaam. Mensen worden geconfronteerd met dubbele boodschappen, onenigheid tussen professionals en een gebrek aan onderlinge afstemming. Er is ook veel informatie die niet altijd wordt gedeeld en op de juiste plek terechtkomt. De verantwoordelijkheid voor het verduidelijken en verzoenen van al die informatie komt terecht op de persoon die ziek is. De regie en toestemming over het delen van informatie moet bij de persoon liggen. Maar de administratieve last en coördinatie rond het delen van die informatie is in de periode van ziekte te vermijden.

"Ik kreeg in 1996 een werkongeval bij de vuilnisophaaldienst, ik was toen 19 jaar. Ik ben geplet tussen de camion omwille van het feit dat de automatische stopfunctie niet werkte bij het achteruitrijden. Er volgde een hele procedure bij de arbeidsrechtbank en een verzekeringskwestie die ik alleen heb opgevolgd. Ik heb toen een uitkering verkregen via de verzekering van toen ongeveer 1.200 euro (nu is dat 1.500 euro door indexering). Ik mocht niet meer gaan werken van de verzekering. Ik heb daartegen geprocedeerd bij de rechtbank. Met 1.200 euro in de maand is overleven, niet leven. Ik was toen 22 jaar."

“Elke keer als ik een brief krijg, heb ik stress en ben ik onzeker want ik begrijp niet altijd wat er in de brieven staat. Als je dan belt en uiteindelijk een afspraak krijgt, weet je niet wie er voor u komt zitten.”

De communicatie tussen diensten is vaak onduidelijk, dwingend of sterk gericht op administratieve procedures.

Brieven van mutualiteiten of overheidsinstanties zijn vaak geformuleerd in een ingewikkelde taal die voor veel mensen moeilijk te begrijpen is. Mensen worden soms pas op het einde van een traject geïnformeerd over belangrijke beslissingen, zonder dat ze vooraf inspraak hadden of zonder een heldere motivering van de beslissing krijgen. Heldere communicatie kan veel onzekerheid, stress en frustratie vermijden. Netwerk tegen Armoede en de verenigingen waar mensen in armoede het woord nemen, kunnen instellingen hierin bijstaan en gebruikersperspectief inbrengen.



“Op een bepaald moment, toen ik nog een arbeidscontract had bij mijn vorige werkgever, zei de adviserend geneesheer dat ik mocht gaan werken. Maar de arbeidsarts van het werk oordeelde daar anders over. Terwijl werken een soort van ontsnapping had kunnen zijn uit mijn zorgen. Thuiszitten was een ramp en ik werd zot om zo alleen thuis te zitten met mijn donkere gedachten.”

Mensen in ziekte moeten regelmatig op controle en voelen zich bij deze controles vaak weinig gehoord.

De beslissingen over het behoud van ziekte-uitkering zijn sterk verankerd bij de adviserende artsen van de ziekenfondsen. Belangrijke aspecten zijn: al dan niet erkennen van ziekte, in het beoordelen van werkonbekwaamheid, het behouden van je ziekte-uitkering en het stimuleren van re-integratie en aangaan van een terug-naar-werk traject. Stuk voor stuk zeer belangrijke aspecten met een grote impact op het leven van de persoon in kwestie.

“Weet je, ik vergelijk het een beetje met het volgende: als crimineel ben je onschuldig tot je schuld bewezen is. Hier is het omgekeerd. Als je ziek bent, ben je gezond tot je het hebt bewezen.”

Continuïteit in medische omkadering, toegang tot sociale begeleiding en een transparante, onderbouwde besluitvorming door de adviserende arts zijn cruciaal.

Mensen in armoede geven aan zich telkens opnieuw te moeten bewijzen. Een verandering van adviserend arts, bijvoorbeeld door een verhuis, kan grote gevolgen hebben voor mensen die langdurig ziek zijn. Een andere adviserende arts kan tot een heel andere inschatting van de situatie komen. Dat kan ernstige gevolgen hebben, zoals het wegvallen van een ziekte-uitkering of andere rechten. Mensen in armoede ervaren die onverwachte wendingen als willekeurig en onrechtvaardig.

Een centraal aanspreekpunt die het traject mee opvolgt, de persoon versterkt en een coördinerende rol opneemt in het herstelproces, kan voor de samenwerking en afstemming zorgen.

“Mijn uitkering bij FOD Sociale Zekerheid is weggefallen na een controle. Ik had gezegd dat ik eten gaf aan mijn kinderen en was dus te zelfredzaam. Terwijl dat het enige was waar ik me aan vasthield.”

Ook binnen Terug-naar-werktrajecten die mensen kunnen volgen bij mutualiteiten, en de afstemming die op dat vlak nodig is rond de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, is **communicatie tussen alle betrokken actoren** (huisarts, arbeidsarts, adviserende artsen) heel belangrijk. Het RISIV lanceerde recent het TRIO-platform*, een nieuwe digitaal beveiligde communicatieplatform dat de contacten en informatie-uitwisseling vergemakkelijkt tussen deze actoren. Belangrijk pijnpunt is dat het platform de toegang van de mens in kwestie, namelijk de patiënt die terug aan het werk wil, niet heeft voorzien.



*TRIO-Platform

Ervaringsdeskundigen geven aan dat zij zich pas echt erkend voelen als de arts die hen al langere tijd begeleidt, betrokken wordt in beslissingen rond hun ziekte en mogelijke werkhervatting. Mensen in armoede hebben ook de indruk dat de stem van de behandelende artsen en vooral de huisarts minder gewicht krijgt in de beslissing rond hun arbeidsongeschiktheid. Belangrijk is dat beslissingen van de adviserende maar ook controlerende artsen begrijpelijk en gemotiveerd meegedeeld worden, zodat die de motivering van de toekenning of weigering van een uitkering begrijpt.

“De adviserend geneesheer zei: “Je hebt toch je orthopedische schoenen, je kan toch werken. Terwijl al de medische verslagen van mijn huisarts en specialisten wel wat anders aantoonden.”

Ziekte en het herstelproces van mensen staan in sterke verbinding met de context waarin iemand leeft. Mensen in armoede hebben naast problemen met hun gezondheid vaak ook te maken met problemen op andere levensdomeinen, zoals mobiliteit, taal, kinderopvang, combinatie met zorg voor gezin, onderwijs/opleiding ... Die voorwaarden zijn heel bepalend maar té onderbelicht in hoe bepalend ze zijn voor de mogelijkheid tot herstel, ook voor de stap naar werk.

“Over gesprekken met de personeelsdienst rond hertewerkstelling zeggen ze dat je een goed verslag moet hebben van de dokter en je adviserend geneesheer. Ik heb daar zelf voor gezorgd en ben alleen naar dat gesprek gegaan. Het gaf me veel stress, ook omdat ik niet goed Nederlands kan.”

De mogelijkheid om door een vertrouwenspersoon bijgestaan te worden tijdens de gesprekken met de adviserend arts vanuit ziekenfonds, is helpend en moet expliciet gemaakt worden in de uitnodiging. Dat kan een sociaal werker zijn, een vakbondsvertegenwoordiger, of iemand uit het eigen netwerk. Het is een eenvoudige ingreep, maar het geeft mensen meer controle, zelfvertrouwen en bescherming tegen stress of onbegrip.

“Ik bracht altijd heel mijn medisch dossier mee om de controleartsen te woord te kunnen staan. Ik heb die gesprekken altijd alleen gedaan, maar ik denk wel dat het kan helpen als je iemand kan meenemen.”

Samenwerking tussen professionele actoren

Aanbevelingen

- **Versterk de samenwerking tussen behandelend en adviserend arts.** Deel beslissingen over ziekte(uitkering en erkenning) schriftelijk, in begrijpelijke taal en gemotiveerd mee. Betrek behandelende arts hierin en laat beslissingen rond werkhervatting in overleg verlopen, met respect voor de expertise van de behandelend arts en de mens in kwestie.
- **Bied ondersteuning bij medische controles en gesprekken met adviserende arts.** Laat mensen de mogelijkheid om een vertrouwenspersoon, vakbondsafgevaardigde of sociale professional mee te nemen. Creëer ruimte voor erkenning, empathie en dialoog in plaats van controle en wantrouwen.
- **Verduidelijk en verbeter de communicatie over ziekte-uitkering en bijbehorende processen.** Zorg voor brieven en formulieren in begrijpelijke, toegankelijke taal. Gebruik hiervoor ervaringskennis en ga in gesprek met het Netwerk tegen Armoede om communicatie te verbeteren. Geef duidelijke uitleg bij beslissingen rond vervangingsuitkering, met schriftelijke motivering van de adviserend arts.
- **Maak werk van gecoördineerde begeleiding tussen professionele actoren.** Zorg voor afstemming tussen mutualiteiten, arbeidsbemiddelaars, werkgevers en sociale diensten. Vermijd dat de persoon zelf als boodschapper moet optreden tussen diensten. Voorzie een centraal aanspreekpunt die het traject mee opvolgt en de persoon versterkt in plaats van belast.



Zelfregie in het traject van ziekte naar werk

Belemmeringen, drempels en moeilijkheden

“Ik ben net terug gestart met een terug naar werk-traject. Ik voel me een speelbal tussen de diensten. Mijn psycholoog zegt dat ik nog niet klaar ben om terug te gaan werken. Ook andere behandelende artsen geven aan om nog even te wachten. Ondertussen kreeg ik vanuit mutualiteit wel een terug naar werk-coach. Die vraagt me dan: kan uw arts of psycholoog geen briefje schrijven? Waar zijn jullie mee bezig in de therapie? Maar mijn psycholoog deelt niet zomaar informatie. Die is gebonden aan geheimplicht en zelf voel ik me niet veilig om die info te delen.”

De stap van ziekte naar werk is geen vast uitgestippeld pad, maar een individueel proces waarin voldoende inspraak en zelfregie moet zijn. Mensen voelen zich vaak een speelbal tussen diensten en ervaren te weinig inspraak en zeggenschap. Vooruitgang in gezondheid en de stap naar werk is pas mogelijk als iemand erkend wordt in zijn of haar eigen tempo, keuzes en mogelijkheden. Dat begint bij een fundamenteel andere houding van hulpverleners, waarbij een generalistische basishouding essentieel is.

Zelfregie betekent ook dat mensen kunnen beslissen bij wie ze professionele ondersteuning krijgen. Keuzevrijheid in begeleiding is belangrijk: iemand moet kunnen veranderen van hulpverlener, dokter en begeleider als het niet klikt, liefst via een eenvoudige en laagdrempelige procedure.



Laat je inspireren door de generalistische basishouding.(Recht-op).

“Ik ben net terug gestart met een terug naar werk-traject op eigen vraag. Maar toen ik belde, kreeg ik direct te horen: 'Aah mevrouw, bent u doorverwezen door de ziekenkas?' Nee, ik wil zelf terug werken. En het feit dat ze meteen die veronderstelling maken, dat is totaal niet fijn.”

“Ik had een goed contact met mijn huisarts. Ik ging veel naar de huisarts, voor mijn zelfmoordpoging soms zelfs drie keer per week. Tijdens mijn opnames minder, maar hij is ook betrokken geweest in het multidisciplinair team en mijn hersteltraject. Sinds 2018 heb ik mijn medicatie afgebouwd en ging ik er uiteindelijk minder langs. Toen ik vorig jaar nog eens naar mijn huisarts ging, zei hij me dat het twee jaar geleden was dat hij mij nog had gezien. Hij was heel belangrijk voor mijn herstel.”

Een traject naar werk, herstel of maatschappelijke participatie vraagt een goed afgestemd samenspel tussen adviserend artsen, huisartsen, trajectbegeleiders, hulpverleners van OCMW's, en andere actoren, zoals VDAB en trajectbegeleiders naar werk. Al die schakels moeten de persoon centraal blijven zien.

De continuïteit en overleg tussen cliënt en zijn professioneel netwerk is essentieel, zelfs wanneer het beter gaat. Een multidisciplinair overleg (een MDO) kan daarin een belangrijke rol spelen. In de praktijk zijn er vaak wachtlijsten om zo'n overleg te organiseren en is er een beperkte tijd en heel wat agendaproblemen van (medische) professionals. Het is voor een herstelproces nochtans cruciaal om alle actoren in kaart te brengen, hun precieze positie en rol bepalen. Pas als die puzzel volledig is, kan er een evenwichtige rolverdeling komen die de samenwerking versterkt en onduidelijkheid en/of overlap vermijdt.

“Over gesprekken met de personeelsdienst rond hertewerkstelling zeggen ze dat je een goed verslag moet hebben van de dokter en je adviserend geneesheer. Ik heb daar zelf voor gezorgd en ben alleen naar dat gesprek gegaan. Het gaf me veel stress, ook omdat ik niet goed Nederlands kan.”



[Lees meer over Multidisciplinair overleg \(MDO\).](#)

Om mensen in armoede te kunnen bereiken maar ook te werken aan een vertrouwensrelatie, is het van **groot belang respect voor de privacy te hebben**. Een gedeeld deontologisch kader bij samenwerkingen is en wordt gecreëerd tussen diensten zoals dokters, ziekenfondsen en diensten zoals VDAB en OCMW.

Er moeten duidelijk afspraken zijn waarvan de betrokken persoon op hoogte is. Zodat de informatie wordt gedeeld, met toestemming gedeeld wordt. Zonder dat dit onnodige extra druk op de schouders legt. Bij de creatie van **een gedeeld deontologisch kader en informatiedeling tussen diensten zoals VDAB, ziekenfondsen en OCMW's**, zal de inspraak en medewerking van mensen in armoede kunnen helpen om tot een gebalanceerd en efficiënt afsprakenkader te komen.

Een grote uitdaging zal ook liggen bij het opbouwen van een vertrouwensrelatie bij mensen met negatieve ervaringen in het verleden. Deze groep zal minder in beeld komen en minder snel zelf de stap zetten naar zowel medische, sociale als bemiddelingsdiensten gericht op werk. **Voor deze groep is een outreachende aanpak essentieel**, eventueel in samenwerking met lokale partners of welzijnsorganisaties. Inspraak, zelfregie en respect voor de privacy binnen de hulpverlening rond gezondheid en werk zullen hier toe kunnen bijdragen.



“Die samenwerking tussen welzijn en werk is essentieel, met als belangrijke opmerking dat mensen ook zelfregie moeten houden en dat er aandacht moet zijn voor de privacy van gegevens van de langdurig werkzoekenden. Je kan niet zomaar alle informatie over werkzoekenden met heel wat diensten beginnen delen. Daarvoor moet je toestemming hebben.”

Het is cruciaal dat mensen in ziekte **een uniek en betrouwbaar aanspreekpunt** krijgen. Dat aanspreekpunt kan hen oriënteren binnen het versnipperde aanbod van diensten, premies, rechten en verplichtingen die nodig zijn om terug aan het werk te geraken. De rol als gids tussen deze diensten, kan mogelijk bij lokale besturen liggen, bij sociale professionals uit CAW's, VDAB maar organisaties zoals verenigingen waar mensen in armoede het woord nemen of mensen in armoede zelf. De beslissing over wie die rol opneemt, moet bij de mensen zelf liggen.

De rol van hulpverlening gaat verder dan informeren of bemiddelen. Hulpverlening moet actief inzetten op het toekennen van rechten, en nadenken over hoe de rechten eenvoudiger of automatisch toegekend kunnen worden.

De relatie tussen hulpverlener en cliënt speelt een sleutelrol. **Vertrouwen kan niet afgedwongen worden, het moet groeien.** Hulpverleners moeten de tijd nemen om mensen écht te leren kennen, hun verhaal te begrijpen, en hen niet enkel te beoordelen op formulieren en/of eerste indrukken.

Het is van groot belang dat hulpverleners hun eigen deskundigheid blijven versterken. Ze moeten goed op de hoogte zijn van bestaande instrumenten, bestaande sociale rechten en die op een begrijpelijke manier kunnen vertalen naar de realiteit van de cliënt. In een hersteltraject vanuit ziekte naar werk moet de persoon zelf centraal staan.

“Via CAW en Centrum Geestelijke Gezondheid krijg ik gelukkig nog wat ondersteuning. Ze heb ik samen met hen via de sociale verslagen de arts tot inzicht doen komen. Ik moest mij niet inschrijven bij VDAB maar ik deed het toch. Ik wilde vooruit en kijken naar wat er mogelijk was. Dat was en is geen gemakkelijke zoektocht.”

Zelfregie in het traject van ziekte naar werk

Aanbevelingen

- **Zorg voor inspraak van de persoon in het traject van ziekte naar werk**
Betrek de persoon actief in beslissingen over werkhervatting of re-integratie. Laat het tempo en de mogelijkheden aansluiten bij de realiteit van de persoon. Laat mensen zelf beslissen over het doel en tempo van hun traject, afgestemd op hun gezondheid. Laat hen kiezen bij wie ze professionele ondersteuning krijgen. Werk aan een deontologisch gedeeld kader tussen de verschillende diensten bezig met welzijn, werk en gezondheid.
- **Bouw een betrouwbare, menselijke en armoedesensitieve begeleiding van ziekte naar werk uit.** Organiseer actief overleg tussen actoren met een centrale rol voor de persoon in kwestie zelf. Zorg voor een complementaire en coherente aanpak rond de persoon. Voorzie een centraal en uniek aanspreekpunt doorheen de begeleiding. Zet in op het opbouwen van een vertrouwensrelatie.



Vrijwilligerswerk en opleiding als bruggen naar herstel

Belemmeringen, drempels en moeilijkheden

“Toen ik vrijwilligerswerk begon te doen, durfde ik dat bijna niet tegen de mutualiteit zeggen omdat ik schrik had gestraft te worden.”

Vrijwilligerswerk en opleiding kunnen waardevolle tussenstappen zijn op weg naar herstel en hernieuwde maatschappelijke participatie. Ze bieden ruimte om opnieuw ritme op te bouwen, competenties te versterken en het zelfvertrouwen te laten groeien. Toch botsen mensen die die weg willen inslaan op structurele obstakels.

Om vrijwilligerswerk te doen of te starten met een opleiding in een periode van ziekte, is schriftelijke toestemming en advies nodig van adviserend arts. Mensen in armoede geven aan dat dat heel wat stress en onzekerheid met zich meebrengt. Veel mensen leven met de angst hun ziekte-uitkering te verliezen, soms terecht en volgt er effectief een verlies van uitkering.

“Vrijwilligerswerk zit er een beetje tussen: je kan het op je eigen tempo doen. Mensen zijn blij om je te zien, er wordt wel op je gerekend maar op een andere manier. De druk is minder hoog.”

Vrijwilligerswerk wordt soms onterecht gezien als een verdoken vorm van werk. Terwijl het voor velen juist een veilige manier is om terug actief te worden op een manier die aansluit bij hun mogelijkheden. Wie zich engageert als vrijwilliger of zich wil herscholen via een opleiding, moet daarbij ondersteund worden, niet ontmoedigd.



“Ik ben ook vrijwilliger in een vereniging en bij de ondersteuningsgroep voor moeders. Dankzij vrijwilligerswerk leerde ik hier mensen kennen. En ik ben vrij om even naar huis te gaan als er iets is met mijn zoon of als ik me niet zo goed voel. Anders zou ik geen vrijwilligerswerk kunnen doen.”

Voor mensen in armoede in de verenigingen waar mensen in armoede het woord nemen, speelt vrijwilligerswerk in de vereniging een sleutelrol in hun herstel. In de verenigingen kregen ze eerst hulp. Die plekken bieden vertrouwen, erkenning en een sociaal netwerk. Ze geven mensen ruimte om op hun tempo opnieuw hun plaats in de maatschappij in te nemen. Om dan nadien zelf een rol op te nemen als vrijwilliger, betekent een groei in eigenwaarde.

Opleidingen bieden een kans om maatschappelijk te participeren. Daarnaast kan het mensen helpen om te groeien naar werk dat fysiek of mentaal wel opnieuw te combineren is met hun gezondheid. Mensen die omwille van hun ziekte niet langer het beroep dat ze voor hun ziekte uitoefenden, hebben vaak nood aan bijkomende opleiding en kansen om tewerkstelling te vinden in andere sectoren.

Het huidige opleidingsaanbod sluit niet altijd aan bij de noden van personen die in ziekte en in hun herstelproces zitten. Veel opleidingen zijn voltijds en vragen een beschikbaarheid die het herstel van mensen kunnen bemoeilijken. Er is weinig ruimte voor deeltijdse opleidingen binnen de VDAB. Bovendien is het cruciaal dat mensen mét behoud van ziekte-uitkering aan hun opleiding kunnen beginnen.

“Ik heb de vraag gesteld om mij te mogen omscholen en het antwoord was: ‘Als je een opleiding kan volgen, dan kan je ook gaan werken.’ Terwijl er wel een immens verschil is tussen een opleiding volgen of fulltime gaan werken, laat staan de twee combineren.”

De toenemende digitalisering van dienstverlening en opleidingen brengt bijkomende uitdagingen met zich mee en het sluit groepen uit. Online opleidingen vragen eigen toestellen, een internetverbinding, maar ook veel zelfsturing en motivatie en digitale vaardigheden. Fysieke opleidingen zijn een meerwaarde omdat ze nabijheid, begeleiding en structuur geven aan mensen.

“Veel hulpaanbod vertrekt vanuit het idee dat iedereen online zijn weg vindt. Bij de VDAB moet je je online aanmelden. Veel opleidingen en hulp die ze je aanbieden, moet je online volgen. Maar wie niet mee is, wie niet de nodige middelen zoals een goedwerkende computer en internet heeft, valt uit de boot. De persoonlijke opvolging ontbreekt. Ik heb een fysieke afspraak gekregen bij de VDAB, maar nadien moest ik zelf via Mijn loopbaan opdrachten online in orde brengen.”



Vrijwilligerswerk en opleiding als bruggen naar herstel

Aanbevelingen

- **Garandeer behoud van ziekte-uitkering bij vrijwilligerswerk en opleiding.** Mensen in herstel mogen niet gestraft worden als ze zich willen engageren of bijscholen op hun tempo.
- **Maak vrijwilligerswerk echt vrijwillig en zonder overmatige controle.** Vrijwilligerswerk is een veilige, laagdrempelige stap blijven in het herstelproces.
- **Voorzie flexibele en deeltijdse opleidingstrajecten met behoud van uitkering.** Opleidingen moeten haalbaar zijn voor wie (nog) niet voltijds inzetbaar is.
- **Investeer in persoonlijke begeleiding, ook bij digitale dienstverlening.** Digitalisering mag geen uitsluiting veroorzaken. Bied altijd een fysiek alternatief met menselijk contact.
- **Erken de waarde van niet-betaald werk en alternatieve vormen van maatschappelijke participatie.** Vrijwilligerswerk en het opnemen van zorgtaken zijn betekenisvolle bijdragen en verdienen maatschappelijke erkenning.



Inclusieve arbeidsmarkt met armoedesensitief HR-beleid

Belemmeringen, drempels en moeilijkheden

“Er wordt vaak gedacht dat mensen niet willen werken. Mijn ervaring is net het tegenovergestelde. Mensen willen wél terug aan de slag, maar de kansen worden hen niet geboden. Er zijn te weinig aangepaste en geleidelijke mogelijkheden.”

Een inclusieve arbeidsmarkt vertrekt vanuit het idee van werk op maat van de werknemer. Werk is meer dan economische zekerheid en toegang tot inkomen. Het geeft mensen een gevoel van eigenwaarde, maakt hen zichtbaar en verbindt hen met de samenleving. Veel mensen ervaren drempels en discriminatie in hun zoektocht naar een plek op de arbeidsmarkt verbonden aan armoede, ziekte en/of andere achtergrondkenmerken.

Mensen die langdurig ziek zijn, met een beperking leven of in armoede leven, is **toegang tot de arbeidsmarkt vaak allesbehalve vanzelfsprekend. De arbeidsmarkt is verre van inclusief.** Discriminatie op basis van gezondheid, leeftijd of afkomst speelt nog te vaak mee. Deze vooroordelen en discriminatie maken dat mensen zich onzeker voelen of afhaken in hun zoektocht naar werk. Tegelijk weten we dat de motivatie om te werken er wél is. Wat ontbreekt, zijn kansen en passende omkadering op de arbeidsmarkt waardoor kunnen en mogen werken en het werk uiteindelijk te kunnen volhouden, niet vanzelfsprekend is.

“Ik wil graag werken, maar ik moet het op mijn tempo kunnen doen. Ik ken mijn grenzen. Als ik erover ga, val ik terug. Waarom wordt daar zo weinig naar geluisterd?”

Werkgevers die écht inclusief willen zijn, breken met klassieke aanwervingssystemen en hanteren bredere selectiecriteria. Ze kijken naar motivatie, leervermogen en veerkracht, niet enkel naar een cv zonder gaten of een vlekkeloos arbeidstraject. Dit zal de kans van mensen met (chronische) ziekte op de arbeidsmarkt vergroten. Via open hiring, samenwerking met welzijnsorganisaties of laagdrempelige kennismakingen, kunnen deuren opengaan die anders gesloten blijven.

Werkgevers hebben er baat bij om na te denken over job(re)design waarbij ze minder top down kijken. Bij job(re)design gaat de werkgever op basis van de kandidaten die ze aantrekken en werknemers die ze al in dienst hebben, kijken naar aanpassingen in de functie en taken, zowel op lange als korte termijn. Op die manier kan je als werkgever proactief werken aan een inclusieve werkvloer waarbij gebied van taakeisen en werkmiddelen afgestemd zijn op je team. Zo bouw je aan veerkrachtige teams en een inclusieve werkvloer waar ook atypische profielen en talenten een kans krijgen op de arbeidsmarkt.

“Maar eerlijk, welke werkgever gaat mij aannemen? Ik heb al jaren rugproblemen, maar ik wil wél werken. Alleen heb ik een job nodig die te combineren is met mijn gezondheid. Neem vandaag: ik kan moeilijk vooruit door de pijn. Gisteren ging het beter. Morgen? Wie weet. Welke werkgever houdt daar rekening mee?”



“Ik wil werken, maar wie houdt er rekening mee dat ik één keer per maand naar de pijnkliniek moet en daarna moet rusten? Mijn goede en slechte dagen zijn onvoorspelbaar. Zeggen tegen je baas: ‘Ik voel me niet goed, ik ga naar huis’ – dat doe je toch niet?”

Werkgevers kunnen een groot verschil maken op de werkvloer door ruimte te creëren voor open communicatie, vertrouwen en een aangepast werkritme, aangepast werk, het installeren van gepaste ondersteuningssystemen. Door als werkgever samen met je personeel te zoeken naar wat er wel kan, creëer je gemotiveerde en loyale werknemers. Gezond en werkbaar werk is in het belang van elke werknemer, niet alleen van mensen in armoede en/of ziekte.

“Ik wil terug gaan werken. Zo stilaan voel ik dat het beter gaat, en met mijn werkgever heb ik daarover opnieuw gesprekken. We zoeken samen uit wat aangepast werk voor mij zou kunnen zijn.”

De sociale economie bewijst dat het anders kan. Daar is er ruimte voor begeleiding, voor maatwerk, voor mensen die wat meer ondersteuning nodig hebben. **Toch is de sociale economie niet voor iedereen een passende oplossing.** Toeleiding naar de sociale economie en/of werken in de sociale economie voelt voor sommige mensen nog altijd als een stigma.

Mensen in armoede geven aan dat werk in de sociale economie vaker beperkt is tot een aantal specifieke sectoren en het werk zelf vaak repetitief is. Sommige mensen willen meer uitdaging, anderen haken af omdat het werktempo alsnog hoog ligt.

Een knelpunt voor mensen in armoede binnen de sociale economie is dat de begeleiding zich vaak beperkt tot het werk, evenals dat de verloning binnen de sociale economie niet alle werknemers in staat stelt om een inkomen boven de armoedegrens te hebben.



“Ik heb in een beschutte werkplaats gewerkt. Ik deed washandjes en handdoeken, maar ik was niet snel genoeg. Het werktempo lag daar heel hoog.”

“Ze komen de mensen ophalen met een busje, dan allemaal samen naar de fabriek, en je moet daar echt hard werken. Je werkt in een bedrijf samen met gewone werkers, maar je wordt niet hetzelfde betaald. Ze profiteren van ons.”

“Ik ben bang dat mijn werkgever geen begrip gaat hebben als ik eens te laat kom, vroeger wil stoppen of gewoon een slechte dag heb. Soms lig ik dan de hele nacht wakker na een werkdag.”

Het is van groot belang dat ook binnen de reguliere economie ruimte en aandacht ontstaat voor begeleiding op de werkvloer.

Werkgevers kunnen een waardevolle rol spelen in het herstelproces na ziekte en dat hoeft niet complex te zijn. Met relatief eenvoudige aanpassingen, zoals aanbieden van rustmomenten, begeleiding of coaching, wordt vaak al veel mogelijk gemaakt. De openheid naar systemen, zoals progressieve tewerkstelling, het voorzien van aangepast bureaumateriaal, telewerk en het toekennen van sociaal verlofstelsels, kunnen de balans tussen werken en gezondheid ten goede komen. Wat telt, is de bereidheid om samen te zoeken naar wat wél werkt, voor zowel werknemer als werkgever.

“Mijn zoontje zit in een pleeggezin. Hij belt mij soms van school met de vraag of ik hem kom halen. Ik heb schrik hoe dat moet als ik weer werk en een vast uurrooster heb.”

“Mijn schoondochter heeft al vanalles geprobeerd – kinderopvang, poetshulp – maar ze krijgt nooit een echte kans. Het blijft maar vrijwilligerswerk. Ze weent thuis. Ze voelt zich afgekeurd, alsof ze een profiteur is.”

Werkgevers die investeren in een mensgericht HR-beleid bouwen aan sterke teams én een meer duurzame arbeidsmarkt.

Ze zorgen er niet alleen voor dat mensen aan het werk kunnen blijven, maar ook dat ze zich verbonden en gezien voelen. Dat voorkomt uitval, stimuleert herstel én verhoogt de loyaliteit op de werkvloer.

“Mijn werkgever had vertrouwen in mij. Hij zei: ‘We zoeken samen uit wat werkt voor jou.’ Dat gaf me zoveel kracht.”

Werkgevers en personeelsverantwoordelijken kunnen niet alle problemen zelf oplossen, daarvoor is er omkadering en ondersteuning nodig. Kennis over en informatie van hulpverlening en organisaties, is een belangrijke expertise die een inclusieve werkvloer kan inzetten in het voorkomen van uitval door ziekte. Ook overheden kunnen bijdragen door ondersteunende maatregelen meer op elkaar af te stemmen en toegankelijker te maken. De tools bestaan vaak al, maar zijn weinig gekend of versnipperd.



WorkOut Poverty

Met WorkOut Poverty bieden we een trajectbegeleiding op maat aan bedrijven die willen groeien naar een meer armoedesensitief personeelsbeleid en willen bouwen aan een inclusieve onderneming. Met bedrijven als partner gaan we voor een arbeidsmarkt waar werk een hefboom is uit armoede. Samen kunnen we bouwen aan een arbeidsmarkt die niemand achterlaat. Een arbeidsmarkt die ruimte maakt voor ieders tempo, ieders verhaal, en ieders talent.



[Lees meer over WorkOut Poverty.](#)

Welzijn op het werk moet een centrale plaats hebben. Armoede is niet altijd duidelijk aanwezig op de werkvloer, maar vaak een realiteit. Een groter aantal loonbeslagen, vragen naar voorschotten op het loon, regelmatige afwezigheid, te laat komen, etc., Dat zijn maar enkele signalen die als werkgever vastgenomen kunnen worden om te bouwen aan welzijnsbeleid met een armoedesensitieve blik op de werkvloer. Dit zal ook de werkgever ten goede komen want het heeft een grote impact op het behoud en volhouden van werk.

“Een vertrouwenspersoon, als in iemand die dichtbij je staat, in je eigen ploeg of ten minste een dichtere collega, is heel belangrijk. Ik heb dat gemist op mijn vorige werkplaats. Het gesprek over mijn loonbeslag en schulden werd door mijn werkgever niet opgenomen. Ook met mijn mentale problemen en afwezigheid, gingen ze dat gesprek niet aan. Een gesprek had toch het verschil gemaakt.”

“Mijn werkgever had niks meer laten horen toen ik ziek werd. Toen ik terugkeerde, was mijn plaats ingenomen. Alsof ik niet meer bestond.”



“Ik was aan het wachten op mijn loon dat maar niet kwam. Dus ik ging naar het bureau van de personeelsdienst. Daar wisten ze mij te zeggen dat er loonbeslag was. Mijn werkgever heeft dat zelf niet komen melden. Ik moest zelf gaan vragen en verder heb ik van mijn werkgever geen ondersteuning gekregen”

Om van werk een hefboom uit armoede en in het herstelproces uit ziekte te maken, is er nood aan duurzame tewerkstelling. Duurzame tewerkstelling gaat uit van een loon boven de armoedegrens en arbeidstijden die te combineren zijn met je gezondheid en gezinssituatie. De duurzaamheid van werk heeft ook betrekking op de zekerheid en duur van het arbeidscontract. Wie telkens opnieuw in tijdelijke jobs of vrijwillig werk terechtkomt, mist financiële zekerheid, is toegewezen op de sociale zekerheid en heeft meer kans om in armoede terecht te komen.



“Ik ben de laatste 18 jaar veel aan het werk geweest, eerst in interimjobs, daarna in ‘aangepaste jobs’. Maar het is telkens van korte duur. Eén conflict, en je staat weer op straat.”

“Poetshulp is oké, ik ben blij dat ik werk heb. Maar als je 1.500 euro verdient en 800 euro huur betaalt, hoe geef je je kinderen dan te eten? Hoe moet ik als alleenstaande en werkende vrouw dit rondkrijgen?”

Vele mensen komen terecht in onzeker en hyperflexibel werk. Deze tewerkstellingen stellen de mensen niet in staat om uit de armoede te geraken. De sociale zekerheid heeft een belangrijke aanvullende rol te spelen om ervoor te zorgen dat werken loont. De arbeidsmarkt zelf heeft daarbij cruciale rol te spelen, aan de hand van loon en arbeidsvoorwaarden die mensen in staat stellen om uit financiële onzekerheid en armoede geraken.

Inclusieve arbeidsmarkt met armoedesensitief HR-beleid

Aanbevelingen

- **Zet werkgevers aan tot een inclusief, armoedesensitief HR-beleid.** Voorzie een integraal ondersteunend kader om werkgevers daarin bij te staan. Voorzie vorming voor werkgevers rond armoede en (chronisch) ziekte. Zet in op een nieuwe aanpak van aanwervingsbeleid. Bouw bruggen naar ondersteuning buiten de werkvloer om werknemers te versterken.
- Pak discriminatie van (langdurig) zieken op en naar de arbeidsmarkt aan.
- **Voorzie werk op maat en aangepaste jobs zodat mensen in ziekte kansen krijgen op de arbeidsmarkt.** Zet in op jobs op maat zowel in reguliere als sociale economie. Relatief eenvoudige aanpassingen zorgen voor een inclusievere werkvloer, zoals het aanbieden van rustmomenten, begeleiding of coaching, het voorzien van aangepast bureaumateriaal, telewerk en het toekennen van sociaal verlofstelsels.
- **Zet in op duurzaam werk.** Zorg voor stabiele contracten en een loon boven de armoedegrens. Voorzie een hybride statuut voor mensen die (minder dan) halftijds werken waarbij het loon uit betaalde arbeid aangevuld is met een menswaardige uitkering



Conclusie

Ziek maakt arm, arm maakt ziek. Een slechte gezondheid en armoede stimuleren elkaar negatief. Mensen in armoede ervaren op verschillende levensdomeinen moeilijkheden. Vaak speelt gezondheid een grote belemmerende factor in hun leven. De arbeidsmarkt maakt te weinig plaats voor mensen die niet in het standaardprofiel van gevraagde arbeidskrachten vallen. Veel mensen willen werken, maar botsen op praktische, financiële en structurele drempels waarbij discriminatie nog altijd een rol speelt.

Verschillende beleidsinitiatieven in het kader van activering en werkhervatting richten zich vandaag op mensen met langdurige ziekte. **Luisteren naar de stem van mensen in armoede zal bijdragen tot een effectiever beleid.** Dit dossier draagt de ervaringen van mensen in armoede en ziekte naar voren om bij te dragen aan zo'n effectiever beleid.

Mensen in armoede pleiten voor een brede kijk op re-integratie vanuit ziekte. In 2024 ging het Netwerk tegen Armoede in dialoog met 13 verenigingen waar mensen in armoede het woord nemen over ziekte en de weg naar duurzame tewerkstelling. **Dat resulteerde in zes aanbevelingen over hoe het beleid de structurele drempels op de weg naar duurzaam werk kan pakken.** De aanbevelingen tonen hoe mensen stappen naar werk kunnen zetten richting herstel en werk.

Een eerste belangrijke stap is meer inkomenszekerheid en transparantie over je inkomen bij de stap naar werk. **Voorzie een menswaardig inkomen boven de armoedegrens.** Tijdens de periode van ziekte ervaren mensen heel wat onzekerheid over hun inkomen (invaliditeitsvallen). Er is bij de overgang naar werk bovendien vaak een verlies aan inkomsten of negatieve fiscale gevolgen (hoge belastingen). **Zet in op automatische rechtentoekenning en versterk samenwerking tussen instanties** (ziekenfondsen, vakbonden, hulpkas, OCMW, FOD Sociale Zekerheid) om inkomensverlies te voorkomen. Een hybride statuut dat een inkomen uit werk en vervangingsinkomens combineert, is daarbij essentieel.

Een betaalbare en toegankelijke zorg is een belangrijke hefboom om herstel van ziekte te waarborgen. Nauwere **samenwerking tussen de verschillende professionele actoren**, verbonden aan de erkenning van je ziekte(uitkering), geeft mensen meer houvast. Belangrijke fundamenteën in het hersteltraject zijn een duidelijke en begrijpelijke communicatie, evenals **meer inspraak en zelfregie in het herstelproces**. Dat zal de uiteindelijke stap naar (her)tewerkstelling ten goede komen. Ook **vrijwilligerswerk en opleiding** zijn belangrijke hefbomen.

Ten slotte zal de stap naar werk voor mensen uit ziekte stimulerend werken als de **arbeidsmarkt gerichte inspanningen rond inclusie en armoedesensitief HR-beleid** neemt. Beleidsmaatregelen die hierop inspelen en werkgevers die daaraan willen bouwen, maken het verschil.

Bronnen

AIM en RIZIV (2024), 'Langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit omwille van psychosociale aandoeningen Sociaal-demografisch, medisch en zorgconsumptieprofiel'

De Coen, A., De Rouck, E. en Valsamis, D. (2022) "Uitvallen, opstaan en opnieuw aan de slag gaan Activering van langdurig arbeidsongeschikten in cijfers", Een studie van IDEA Consult in opdracht van Federgon). Brussel: Federgon.

Derboven, Marx, Verbist (2024) 'Progressieve tewerkstelling in diverse uitkeringsstelsels Verkennend onderzoek naar de opportuniteiten en valkuilen', UAntwerpen

Gelade, W. en Saks, Y. (2024) 'Rising number of sick pay recipients in Belgium : causes and results of reintegration policies', NBB Economic Review, 2024 No 3.

Godderis, L. (2024) 'Re-integratiemanifest', IDEWE.

Horemans, J., Marx, I., Cantillon, B., (2024) 'Omvang en onderliggende oorzaken van armoede onder werkenden in België', Themaboek "Armoede en werk", studiedag die op 3 oktober 2024- () p. 1-19

Horemans, J. (2024), 'Handicap zonder armoede? Het kan, wanneer personen met een handicap hun verdienpotentieel realiseren met bijkomende inkomststeun', Themaboek "Armoede en werk", studiedag die op 3 oktober 2024- () p. 1-19

SERV Rapport 'Hoe werkbaar is je job?' Werkbaarheidsmeting bij werknemers 2023' van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen/Stichting Innovatie & Arbeid, Wetstraat 34-36, 1040 Brussel.

FOTOLEGENDE

- © Eva Van De Putte, Netwerk tegen Armoede. Forumdag Participatie, Maart 2025 (p. 37, 39, 40)
- © Eva Van De Putte, Netwerk tegen Armoede. Betoging Koopkracht, februari 2025 (p. 43, 48)
- © Frida Zonja, Netwerk tegen Armoede, Groepswerking Sterk Vrouwenwerk, 2024, (p.21)
- © Gert Van Tittelboom, Netwerk tegen Armoede, Millennium conferentie Aalst, 2024, (p.49)
- © Laura Van Raemdonck, Netwerk tegen Armoede Forumdag Inkomen, november 2024 (p. 16 en 24)
- © Laura Van Raemdonck, Netwerk tegen Armoede Forumdag Wonen, Mei 2025 (p. 7, 27, 32 en 25)
- © Pexels Stockfoto's (titelblad, p. 6, 8, 18, 29, 44, 47)
- © Veerle Frissen, Netwerk tegen Armoede, Lanceerevent Sterk Vrouwenwerk (p.9)
- © Veerle Frissen, Netwerk tegen Armoede, Summit Meerjarenplan, September 2025 (p. 20, 25, 30, 41)
- © WorkOut Poverty logo (p 46)
- © WorkOut Poverty, Netwerk tegen Armoede, WorkOut Wednesday, Maart 2025 (p.46)

Contact



Vooruitgangstraat 323 b6
1030 Brussel



02 204 06 50



info@netwerktegenarmoede.be



www.netwerktegenarmoede.be



ondernemingsnummer
0864.536.155

