



Framing en reframing: op weg naar de destigmatisering van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

Framing en reframing: op weg naar de destigmatisering van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

Instituut voor Mediastudies, KU Leuven

Prof. Dr. Baldwin Van Gorp

Dr. Gregory Gourdin

COLOFON

Framing en reframing: op weg naar de destigmatisering van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

Cette publication est également disponible en français sous le titre: Framing et reframing: vers une déstigmatisation de l'incapacité de travail et de l'invalidité

Een uitgave van de Koning Boudewijnstichting, Brederodestraat 21,
1000 Brussel

Deze studie is uitgevoerd in opdracht van het RIZIV.

AUTEURS

Baldwin Van Gorp & Gregory Gourdin,
Instituut voor Mediastudies - KU Leuven

COÖRDINATIE VOOR DE KONING BOUDEWIJNSTICHTING

Gerrit Rauws,
Yves Dario,
Prabhu Rajagopal,
Pascale Prête

GRAFISCH CONCEPT VORMGEVING PRINT ON DEMAND

PuPiL
Jean-Pierre Marsily
Manufast-ABP vzw, een bedrijf voor aangepaste arbeid

Deze uitgave kan gratis worden gedownload van onze website www.kbs-frb.be

Een afdruk van deze elektronische uitgave kan (gratis) besteld worden:
online via www.kbs-frb.be, per e-mail naar publi@kbs-frb.be
of telefonisch bij het contactcentrum van de Koning Boudewijnstichting,
tel +32-02-500 45 55 fax 02-511 52 21

WETTELIJK DEPOT: BESTELNUMMER:

D/2893/2014/18
3254

Oktober 2014

Met de steun van de Nationale Loterij

SAMENVATTING

België kent, net zoals vele andere Europese landen, een stijging van het aantal personen die onder het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit vallen. Deze stijging is problematisch, omdat ze aantoont dat gezondheidsproblemen één van de voornaamste redenen voor het verlaten van de arbeidsmarkt vormen. Betaald werk hebben, is binnen onze samenleving een zeer hoog aangeschreven waarde (na de familie en de vrienden). Het heeft niet enkel een financiële betekenis, maar verleent de betrokkene ook een gevoel van verantwoordelijkheid en controle, het zorgt voor sociale contacten, biedt structuur aan het leven enzovoort. Uitgesloten zijn van arbeidsparticipatie staat al deze aspecten in de weg. Ook betekent een niet-participatie een grotere kans voor de betrokken personen om in armoede te vallen. Deze precaire situatie wordt extra belast door de gehanteerde terminologie: 'arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit' hebben immers een pejoratieve bijklank. Dit werkt de stigmatisering van de betrokkenen in de hand en staat hun re-integratie in de weg. Dit onderzoek levert een bijdrage aan de vorming van een evenwichtiger beeld rond beide statuten door gebruik te maken van het concept *framing*.

Framing houdt in dat men (bewust of onbewust) kiest voor een welbepaald perspectief of invalshoek om naar een onderwerp te kijken. Hierbij worden bepaalde aspecten van dit thema meer onder de aandacht gebracht dan andere. Naargelang het geselecteerde frame zullen arbeidsongeschiktheid en invaliditeit een andere betekenis krijgen, en meer of net minder als problematisch worden ervaren.

Vijf frames en vijf counterframes werden via een inductieve frameanalyse in kaart gebracht. De eerste vijf frames leggen een verband tussen de noties van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, en een probleem. De vijf counterframes daarentegen doen het tegenovergestelde. Ze 'ontproblematiseren' als het ware arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, en bieden er hierdoor een alternatieve kijk op. Bij frames en counterframes gaat het niet om respectievelijk een 'foute' en een 'goede' visie. Waar het om draait is dat de counterframes in combinatie met het problematiserende frame een meer genuanceerd en evenwichtiger beeld van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit bieden.

Een eerste problematiserend frame is deze van de 'Kanarie in de Mijn'. In dit frame zijn arbeidsongeschiktheid en invaliditeit indicatoren van een ziekmakende interactie tussen de behoeften en capaciteiten van de personen, de wijze waarop men in de samenleving arbeid organiseert en concipieert, en de bredere financieel-economische context. Het counterframe 'Win-win' stelt dat werknemers (gezond of ziek) en werkgevers in een symbiotische situatie leven waar iedereen wel bij vaart. Gezondheid en welzijn op de werkvloer zijn belangrijke troeven waarbij zowel de personen, de bedrijven als de samenleving te winnen hebben.

Een tweede problematiserend frame, 'Abnormaal', gaat in op de sociale uitsluiting waarmee personen in arbeidsongeschiktheid en invaliditeit geconfronteerd worden. Omdat ze afwijken van verwachtingen inzake ziekte en gezondheid worden de betrokken personen door de omgeving als abnormaal bestempeld. Het counterframe 'Anders Leven' ziet de ziekte of beperking als een probleem, niet de personen. Deze laatste focussen op de behandeling van hun ziekte, het leren ermee om te gaan en het een plaats te geven in hun leven.

In het frame 'Gatekeeper' wordt de institutionele discrepantie tussen het woord van de patiënt en het woord van de arts geproblematiserd. Meer bepaald gaat het erom dat men in geval van twijfel voorrang geeft aan het oordeel van de arts. Het counterframe 'Polyfonie' gaat ervan uit dat 'arbeid' en 'arbeids-capaciteit' niet enkel geneeskundige vraagstukken zijn. Omdat het gaat om materies met verschillende facetten (biologisch, sociaal en psychologisch), is het noodzakelijk om meerdere stemmen op te nemen, inclusief deze van de betrokken personen.

Binnen het frame 'Labyrint' lopen arbeidsongeschikte en invalide personen verloren in een regelgeving-doolhof. Dit verkleint de handelingscapaciteit van de betrokkenen, die zich ultiem blootstellen aan sociaal isolement en neergang. Het counterframe 'Draad van Ariadne' ziet in het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit de draden van een net dat er is om de zieken te ondersteunen en hen helpt een uitweg uit de preciaire situatie te vinden.

'Fraude', het laatste problematiserende frame, legt een verband tussen arbeidsongeschiktheid en invaliditeit enerzijds en het malafide overtreden van publieke regels anderzijds. Het counterframe 'Plantrekker' erkent wel dat er sprake is van een overtreding van publieke regels, maar heeft hierbij ook oog voor 'verzachtende omstandigheden'.

De problematiserende frames hebben gemeen dat ze wijzen op de exclusie van de betrokken personen, terwijl de counterframes zich juist richten op inclusie.

RÉSUMÉ

À l'instar de nombreux pays européens, la Belgique est confrontée à une augmentation du nombre de personnes relevant du système d'incapacité de travail et d'invalidité. Cette augmentation est problématique, parce qu'elle montre que les problèmes de santé sont une des principales raisons pour lesquelles on quitte le marché du travail. Disposer d'un travail rémunéré est une valeur hautement appréciée dans notre société (derrière la famille et les amis). Un travail a non seulement une signification financière, mais il donne aussi à la personne concernée un sentiment de responsabilité et de contrôle. Il assure des contacts sociaux, offre une structure à la vie, etc. Être exclu de la participation au travail fait obstacle à l'ensemble de ces éléments. La non-participation des personnes concernées signifie aussi qu'elles risquent davantage de tomber dans la pauvreté. Cette situation précaire est encore plus pénible en raison de la terminologie utilisée, car 'incapacité de travail' et 'invalidité' ont une connotation péjorative, ce qui contribue à stigmatiser les intéressés et fait obstacle à leur réintégration. Cette étude cherche à donner une image plus équilibrée des deux statuts en utilisant le concept de *framing*.

Le *framing* signifie que l'on choisit (consciemment ou non) une certaine perspective ou un certain point de vue pour examiner un sujet. De ce fait, l'attention se concentre davantage sur certains aspects du thème que sur d'autres. En fonction du frame sélectionné, l'incapacité de travail et l'invalidité auront une signification différente et seront perçues comme plus ou moins problématiques.

Cinq frames et cinq counterframes ont été examinés via une analyse de frames inductive. Les cinq premiers frames associent les notions d'incapacité de travail et d'invalidité à un problème. Quant aux cinq counterframes, ils font l'inverse: ils 'déproblématisent' pour ainsi dire l'incapacité de travail et l'invalidité et, de ce fait, portent sur elles un regard alternatif. Lorsque l'on parle de frames et de counterframes, il n'est pas question respectivement de 'mauvaise' vision et de 'bonne' vision. L'élément-clé est que les counterframes combinés au frame problématisant offrent une image plus nuancée et plus équilibrée de l'incapacité de travail et de l'invalidité.

Un premier frame problématisant est celui du 'Canari dans la mine'. Dans ce frame, l'incapacité de travail et l'invalidité sont les indicateurs d'une interaction pathogène entre les besoins et les capacités des personnes, la manière dont on organise et conçoit le travail dans la société et le contexte financier et économique plus large. Le counterframe 'Gagnant-gagnant' suppose que les travailleurs (en bonne santé ou malades) et les employeurs vivent une situation symbiotique qui profite à tous. La santé et le bien-être sur le lieu de travail sont des atouts importants dont bénéficient tant les personnes que les entreprises et la société.

Un deuxième frame problématisant, 'Anormal', traite de l'exclusion sociale à laquelle les personnes en incapacité de travail et invalides sont confrontées. Parce qu'elles ne répondent pas aux attentes en termes de maladie et de santé, elles sont jugées 'anormales' par l'entourage. Le counterframe 'Vivre autrement' considère que c'est la maladie ou la déficience qui est le problème et non les malades. Ceux-ci se concentrent sur le traitement de leur maladie, apprennent à gérer celle-ci et à l'intégrer dans leur vie.

Dans le frame du 'Gardien', le décalage institutionnel entre la parole du patient et celle du médecin est problématisé. En cas de doute, on privilégie l'avis du médecin. Le counterframe 'Polyphonie' part du principe que le 'travail' et 'la capacité de travail' ne se limitent pas à des questions médicales. Étant donné qu'il s'agit de matières à plusieurs facettes (biologiques, sociales et psychologiques), il est nécessaire de recueillir plusieurs voix, y compris celle des personnes concernées.

Dans le frame 'Labyrinthe', les personnes en incapacité de travail et invalides se perdent dans le dédale des réglementations, ce qui réduit la capacité d'action des intéressés, qui s'exposent finalement à l'isolement et au déclin sociaux. Le counterframe 'Fil d'Ariane' voit dans le système d'incapacité de travail et d'invalidité les mailles d'un filet qui est là pour soutenir les malades et les aider à trouver une issue à leur situation précaire.

'Fraude', le dernier frame problématisant, associe incapacité de travail et invalidité, d'une part, et infraction malhonnête aux règles publiques, d'autre part. Le counterframe du 'Débrouillard' reconnaît qu'il y a bien infraction aux règles publiques, mais tient compte de circonstances atténuantes.

Les frames problématisants ont en commun le fait qu'ils soulignent l'exclusion des personnes concernées, alors que les counterframes se concentrent précisément sur leur inclusion.

SUMMARY

Belgium is, just like many other European countries, facing an increasing number of people in work incapacity and invalidity. Such increase is problematic, it indicates that health problems are one of the most important reasons for leaving the labour market. Having a paid job, is within the context of our society a highly praised value (just after family and friends). It does not only have a financial meaning, it also provides the concerned person a sense of responsibility and control, social contacts, a structured life etcetera. Being excluded from labour participation interferes with all of these aspects. A non-participation also enhances the probability for the involved persons of falling into poverty. Such precarious situation is further complicated due to the used terminology: 'work incapacity' and 'invalidity' have indeed a pejorative connotation. This paves the way for the stigmatisation of the involved persons and obstructs their re-integration. The present research seeks to contribute to the creation of a more balanced image regarding both statutes by making use of the *framing* concept.

Framing involves a choice (consciously or unconsciously) in favour of a certain perspective or point of view for looking at a topic. Doing this certain aspects of this topic get more attention than others. According to the selected framework work incapacity and invalidity will get a different meaning, and considered as more or as less problematic.

Five frames and five counterframes were mapped by way of an inductive framing analysis. The first five frames make a connection between the notions of work incapacity and invalidity, and a problem. The five counterframes on the contrary do the opposite. They 'de-problematize' in a way work incapacity and invalidity, and by doing so offer an alternative view on these. Frames and counterframes do not imply respectively a 'wrong' and a 'correct' perspective. The point is that the counterframes in combination with the problematizing frame offer a more nuanced and balanced view on work incapacity and invalidity.

A first problematizing frame is this of the 'Canary in the Mine'. In this frame work incapacity and invalidity are indicators of a pathogenic interaction between the people's needs and capacities, the way labor is organized and conceived within society, and the broader financial-economical context. The counterframe 'Win-win' posits that employees (healthy or ill) and employers live in a mutually beneficial symbiotic situation. Health and wellbeing on the work floor are important assets whereby the persons, the companies and society as well have everything to gain.

A second problematizing frame, 'Abnormal', pays attention to the social exclusion people in work incapacity and invalidity face. Because they deviate from expectation regarding illness and health the concerned people are labelled as abnormal by their environment. The counterframe 'Living differently' sees the illness or constraint as the problem, not the persons. These focus on their illness' treatment, on learning how to handle it and give it a place in their life.

The frame 'Gatekeeper' problematizes the institutional discrepancy between the patient's word and this of the doctor. To be exact, it is about that in case of doubt there will be a bias in favour of the doctor's point of view. The counterframe 'Polyphony' assumes that 'labour' and 'work incapacity' are not merely medical issues. Because it concerns topics with multiple facets (biological, social and psychological), it is necessary to incorporate several voices, including these of the concerned persons.

Within the frame 'Labyrinth' work incapacitated and invalid persons get lost in a regulatory maze. This reduces the person's ability to act, who in the end are exposed to social isolation and downfall. The counterframe 'Ariadne's thread' sees in the system of work incapacity and invalidity the threads of a net aimed at supporting the ill and helping them to find a way out of the precarious situation.

'Fraud', the last problematizing frame, establishes a link between on the one hand work incapacity and invalidity, and on the other hand the dishonest violation of public rules. The counterframe 'Opportunist' acknowledges the existence of a violation of public rules, but it also takes some 'mitigating circumstances' into account.

The problematizing frames have in common that they point at the exclusion of the concerned people, while the counterframes focus on inclusion.

VOORWOORD VANWEGE HET RIZIV

De uitkeringsverzekering is lang de 'schone slaapster' van de sociale zekerheid geweest. Onder druk van zowel de vergrijzing van de bevolking als veranderingen in het arbeidsmilieu kende dit deel van de sociale zekerheid sinds het begin van de nieuwe eeuw een constante toename van het aantal begunstigden en bijgevolg een stijging van de budgetten voor de uitkeringen aan werknemers die om medische redenen tijdelijk of definitief de arbeidsmarkt moeten verlaten.

Zich beschermen tegen het risico van invaliditeit was oorspronkelijk een van de eerste bekommernissen van de werknemers. Lang voor het ontstaan van de sociale zekerheid organiseerden de eerste verzorgskassen zich al om werknemers die invalide waren geworden de kans te geven hun gezin een fatsoenlijk levenspeil te blijven bieden. Er was toen nog geen sprake van werkloosheidsverzekering of zelfs ouderdomsuitkeringen.

De term invaliditeit is nauw verbonden met de aard van het werk dat in die tijd werd gepresteerd en de toenmalige arbeidsmarkt. De term dook op in de context van de industrialisering en het grootste deel van de arbeidskracht was toen gewijd aan zware taken in de industrie. Het spreekt vanzelf dat de invaliditeitsverzekering dan ook sterk is afgestemd op beroepsrisico's (arbeidsongevallen en beroepsziekten). Maar ook toen al vormden ongevallen in het dagelijks leven en vooral niet-beroepsgebonden ziekten een niet-verwaarloosbaar deel van de gevallen van invaliditeit. Die trend is geleidelijk aan verder geëvolueerd. Naarmate de arbeidsomstandigheden verbeterden en de levensverwachting verhoogde, nam het aantal gevallen van niet-beroepsgebonden invaliditeit toe. Op dit moment ontvangen bijna 300.000 mensen een invaliditeitsuitkering (dat wil zeggen dat ze al langer dan één jaar met ziekteverlof zijn) en elk jaar zijn ook bijna 450.000 personen afwezig voor een periode van arbeidsongeschiktheid van minder dan één jaar.

De tijd van de industrialisering ligt intussen achter ons. De gevallen van invaliditeit en arbeidsongeschiktheid betreffen nu vooral de zogenaamde "welvaartsziekten": psychische problemen, aandoeningen van het spierstelsel of reumatologische problemen.

Ondanks die evolutie staat het concept invaliditeit nog altijd vermeld in onze wetteksten. In het dagelijkse taalgebruik doet invaliditeit in de eerste plaats denken aan oorlogsinvaliden, mensen die verminkt zijn, oudstrijders. Mensen die onomkeerbare schade hebben opgelopen, waardoor het onmogelijk is om op gelijk welke manier weer aan het werk te gaan. Het is een term die vertrouwen wekt. Hij herinnert eraan hoe sterk de nationale solidariteit was na de grote conflicten van de vorige eeuw. Maar is de term nog wel aangepast aan de huidige sociaaleconomische situatie?

Naar aanleiding van zijn vijftigste verjaardag wilde het RIZIV bakens uitzetten voor zijn toekomstige opdracht. In die context werd bijzondere aandacht besteed aan de invaliditeit. Dankzij de vooruitgang van de geneeskunde en de ontwikkeling van nieuwe concepten van sociale bijstand (zoals disability management) wordt invaliditeit niet langer beschouwd als een noodlot. Zowel de werknemers als de instellingen van sociale zekerheid streven in veel gevallen naar een werkhervatting. Kwaliteitsvolle arbeid wordt (opnieuw) een factor om de gezondheidstoestand en de socialisatie te verbeteren. Is het in die omstandigheden nog opportuun om werknemers die om medische redenen van de arbeidsmarkt zijn verdwenen, zo'n stigmatiserend statuut toe te kennen? Dat is de vraag die het RIZIV de Koning Boudewijnstichting wilde voorleggen in het kader van een uitgebreid denkproces over de toekomst van de uitkeringsverzekering. Het voorliggend rapport over de 'framing' van arbeidsongeschiktheid is de eerste bouwsteen van dit project.

François Perl, Directeur-generaal Dienst voor uitkeringen, RIZIV

VOORWOORD VANWEGE DE KONING BOUDEWIJN- STICHTING

Naar aanleiding van zijn vijftigste verjaardag vroeg het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) aan de Koning Boudewijnstichting (KBS) om een burgerdialoog te organiseren over de toekomst van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

In die context gaf het RIZIV de KBS onder andere de opdracht om op zoek te gaan naar een nieuw denkkader om de concepten 'arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit' een nieuwe invulling te geven.

De termen 'ongeschiktheid' en 'invaliditeit' lijken immers steeds meer verouderd en stemmen in elk geval niet meer helemaal overeen met het model van de 'actieve' samenleving dat we vandaag kennen. In het systeem van sociale bescherming van de 21e eeuw zijn de begunstigden niet enkel bekommerd om de uitkeringen. Zij hechten ook belang aan hun integratie in de samenleving en aan maatschappelijke betrokkenheid.

In dit rapport biedt de KBS daarom een kader voor een evenwichtiger beeldvorming van mensen in een situatie van 'arbeidsongeschiktheid' of 'invaliditeit'. Zij doet dit via 'framingonderzoek': een inductieve analysemethode, waarbij men op basis van een analyse van teksten en beelden probeert weerkerende mechanismen te onderscheiden. Die 'frames' worden vervolgens vergeleken met de wetenschappelijke literatuur en ten slotte ondergebracht in een matrix, waarmee het mogelijk is om genuanceerder over het bestudeerde onderwerp te communiceren.

Baldwin Van Gorp en Grégory Gourdin van het Instituut voor Mediastudies van de KULeuven voerden dit onderzoek uit. Het omvatte onder andere workshops met een groep verzekerden om na te gaan hoe zij het statuut van 'arbeidsongeschiktheid' of 'invaliditeit' beleven of hebben beleefd, en met een groep van professionals uit diverse sectoren – sociale sector, tewerkstelling, gezondheid... – die hun ervaringen inbrachten rond deze statuten. De KBS wil graag alle mensen die aan deze workshops hebben deelgenomen, bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

Met dit rapport biedt de KBS het RIZIV een referentiekader aan waarmee het in een later stadium op zoek kan gaan naar (een) nieuwe definitieve naam/namen ter vervanging van de termen 'arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit'. Maar, meer dan enkel nieuwe terminologie, hoopt de KBS dat dit referentiekader ook een bijdrage kan leveren aan de bredere denkoefening over de hervorming van het stelsel van arbeidsongeschiktheid die het RIZIV heeft opgestart.

Veel leesplezier!

Koning Boudewijnstichting

INHOUDSTAFEL

Samenvatting	3
Résumé	5
Summary.....	7
Voorwoord vanwege het RIZIV	9
Voorwoord vanwege de Koning Boudewijnstichting	11
Inhoudstafel	13
Introductie	15
1. Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit	17
1.1 Begripsbepaling	17
1.2 Ziekte, gezondheid en sociale participatie	20
2. Methodologie	25
2.1 Het vormgeven van de werkelijkheid via framing	25
2.2 De gehanteerde methode	27
2.2.1 Frame packages	27
2.2.2 Een inductieve zoekstrategie	27
3. Resultaten	31
3.1 Problematiserende frames en counterframes	33
3.1.1 Problematiserend frame: Abnormaal	33
3.1.2 Counterframe: Anders Leven	36
3.1.3 Problematiserend Frame: Gatekeeper	39
3.1.4 Counterframe: Polyfonie	41
3.1.5 Problematiserend frame: Labyrint	42
3.1.6 Counterframe: Draad van Ariadne	43
3.1.7 Problematiserend frame: Fraude	45
3.1.8 Counterframe: De Plantrekker.....	47
3.1.9 Problematiserend frame: Kanarie in de Mijn	48
3.1.10 Counterframe: Win-win.....	51
3.2 Uitdagingen en oplossingen	53
3.2.1 Arbeid	53
3.2.2 Competenties	54
3.2.3 Regulering	55
Toegang & Uitgang	55
In het stelsel	55
Overtreden van de regels	56
4. Communicatieadvies	57
4.1 Een geordende gereedschapskoffer.....	57
4.2 De praktische inzet van de gedefinieerde frames	60
4.3 Naar alternatieve benamingen.....	62
Besluit	65
Bibliografie	67
Bijlage 1: Overzicht van analyse materiaal	71
Bijlage 2: Framematrix	74

INTRODUCTIE

"Uiteindelijk heb ik invaliditeit moeten aanvaarden maar dat was tegen mijn goesting want ik voelde mij 'ne zot', vernederd, tekort gedaan. Ik heb dat nooit echt aanvaard, ik voel me nu nutteloos en ik voel me ne last voor de maatschappij"

(Netwerk Tegen Armoede, 2 juli 2013)

Bovenstaand citaat wijst op een belangrijk spanningsveld in het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. De betrokken personen ervaren namelijk een contradictie (Crooks et al. 2008). Enerzijds, de betrokken personen hebben nood aan een dergelijk statuut om officieel toegang te kunnen krijgen tot de voordelen die het stelsel biedt. Anderzijds, de betrokkenen kunnen worstelen met het officiële label dat hen als 'ongeschikt' en 'invalide' bestempelt, wat ze aanvoelen als een 'vernederd'.

Maar de hierboven aangekaarte contradictie is niet het enige probleem waarmee de personen geconfronteerd worden. Ze zijn namelijk eveneens het onderwerp van wantrouwen door de andere leden van de samenleving. Een meerderheid van de Belgische bevolking gelooft namelijk dat er sprake is van een ernstige mate van misbruik van de ziekteverzekering. Bijna 4 op de 10 vindt hierbij dat veel mensen die een invaliditeitsuitkering krijgen die eigenlijk niet verdienen. Meer nog, 6 op de 10 Belgen stelt dat veel mensen die in ziekteverlof zijn eigenlijk best zouden kunnen werken (Elchardus & Te Braak 2014). Met andere woorden, een niet te onderschatten deel van de bevolking associeert arbeidsongeschiktheid en invaliditeit met negatieve stereotypen, zoals de "zongebruinde uitkeringstrekker". Het spreekt voor zich dat deze perceptie de stigmatisering van de betrokken personen in de hand werkt.

Zoals andere Europese landen kent België sinds enkele jaren een belangrijke toename van het aantal personen dat omwille van een arbeidsongeschiktheid de arbeidsmarkt tijdelijk of definitief verlaat. Die toename zette het RIZIV in 2010 ertoe aan een taskforce 'Arbeitsongeschiktheid' op te richten. Deze taskforce stelt dat de tot op heden gehanteerde terminologie van 'arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit' een pejoratieve bijklank heeft. Dit staat bovendien hun re-integratie in de weg (RIZIV 2011).

Het RIZIV heeft de Koning Boudewijnstichting gevraagd om een reflectie te organiseren rond de terminologie 'arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit'. Voor deze opdracht heeft de Koning Boudewijnstichting met het Instituut voor Mediastudies van de KU Leuven samengewerkt. De medewerkers van het onderzoekscentrum onderzochten hierbij de frames en counterframes die betrekking hebben op het onderwerp, wat inhoudt dat de verschillende perspectieven of invalshoeken van waaruit er naar de thematiek door verschillende stakeholders gekeken wordt in kaart zijn gebracht. Met de resultaten

van dit onderzoek kan het RIZIV aan de slag om de begeleiding van de betrokken personen op vernieuwende wijze in te vullen, met aandacht voor een duurzame samenwerking tussen werk en zorg. Dit onderzoek hoopt zodoende een bijdrage te leveren aan de vorming van een meer evenwichtig beeld van de statuten van 'arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit', zowel bij de betrokkenen in kwestie – er is namelijk ook sprake van 'zelfstigmatisering' – en de diverse stakeholders als bij de globale samenleving.

Men moet dit rapport niet slechts zien als de neerslag van een geïsoleerde denkoefening. Integendeel, het maakt deel uit van een paradigmashift inzake arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Dit impliceert dat de nadruk in de praktijk niet enkel komt te liggen op het garanderen van een vervangingsinkomen, maar ook op de uitbouw van instrumenten die de betrokkenen helpen de weg naar de arbeidsmarkt terug te vinden. Een trend die men eveneens op internationaal vlak waarneemt (RIZIV 2014b; OCDE 2010). Het dient hierbij opgemerkt te worden dat in België recent de fundamenten van een dergelijke hervorming gelegd werden. Dit impliceert onder meer (RIZIV 2014b):

- Het meer in kaart brengen van de resterende mogelijkheden en de nog aanwezige competenties van de betrokkenen. Het evaluatieproces van arbeidsongeschiktheid moet op een uniforme wijze gebeuren op basis van wetenschappelijke aanbevelingen en richtlijnen;
- Het wegwerken van eventuele inactiviteitsvallen;
- Meer een beroep doen op regionale diensten voor beroepsopleiding en arbeidsbemiddeling om arbeidsongeschikte personen socioprofessioneel te re-integreren. Recent heeft het RIZIV hierrond belangrijke samenwerkingsakkoorden afgesloten;
- Het creëren van netwerken en samenwerking tussen alle betrokken actoren (adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen, arbeidsgeneesheren, behandelende artsen);
- Het opzetten van initiatieven inzake '*disability management*' bij het begeleiden van arbeidsongeschikte personen naar werk;
- Het bevorderen van een nieuwe cultuur van preventie inzake arbeidsongeschiktheid door verhoogde aandacht voor vermijdbare risico's (psychosociale problemen);
- Het invoeren van stimulansen voor de werkgevers.

Het rapport bestaat uit vier onderdelen. Het eerste daarvan verschaft een introductie in het onderwerp arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Vervolgens schetst het tweede deel de hierbij gehanteerde methodologie. Meer bepaald zal dit onderdeel kort aangeven wat framingonderzoek inhoudt, en de werkwijze ervan expliciteren. Een derde deel presenteert de resultaten van het onderzoek. Ten slotte formuleert het laatste deel van het rapport een aantal concrete communicatieadviezen.

1. ARBEIDS- ONGESCHIKTHEID EN INVALIDITEIT

1.1 Begripsbepaling

De geleidelijke oprichting sinds de late negentiende eeuw van de Belgische verzorgingsstaat hield een breuk met het idee van 'de individuele fout' in. Bijvoorbeeld, het risico dat iemand loopt zonder werk te vallen, was niet langer de individuele verantwoordelijkheid van de betrokkene, maar een collectieve verantwoordelijkheid. Dergelijk sociaal verzekeringsmodel verbindt de noties van sociale verzekering en van arbeid. Deze laatste is hierbij cruciaal. Het verleent het individu het genot van bepaalde sociale rechten. Zo is de toegang tot de sociale zekerheid niet gekoppeld aan het burgerschap – zoals bijvoorbeeld in het Britse *Beveridge model* – maar een gevolg van de 'arbeid' van de betrokkene. Echter, de Besluitwet van 28 december 1944 introduceerde de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering in eerste instantie enkel voor arbeiders en hun afhankelijken. Pas in de loop van de jaren zestig van de vorige eeuw zou de rest van de Belgische bevolking geleidelijk aan in dit stelsel opgenomen worden (Hassenteufel & Palier 2007; Deferme 2007; Vanthemsche 1995; Blank & Burau 2004; Engels 1970).

Dergelijk verzekeringsmodel impliceert eveneens een wettelijke regulering van de niet-arbeid omwille van ziekte en invaliditeit. Wat hier primeert is de compensatie van het loonverlies, of preciezer de afname van het verdienvermogen van de persoon in kwestie, door middel van de toekenning van een vervangingsinkomen. Dit laatste heeft tot doel de getroffen en een zekere levensstandaard te garanderen. Het systeem maakt hierbij wel een onderscheid tussen werknemers (waaronder de werklozen vallen) en zelfstandigen. Het verschil is dat daar waar de werknemers in een eerste fase kunnen rekenen op een gewaarborgd inkomen, de zelfstandigen tijdens deze periode op hun eigen financiën zijn aangewezen. Na deze initiële periode van arbeidsongeschiktheid krijgen beide groepen een ziekenfondsuitkering. Verder maakt het systeem van arbeidsongeschiktheid een onderscheid tussen de *primaire arbeidsongeschiktheid* en de *invaliditeit*. De eerste verwijst naar het eerste jaar waarin de persoon arbeidsongeschikt is. De bevoegdheid tot erkenning van de arbeidsongeschiktheid ligt hier in handen van de adviserende geneesheer van het ziekenfonds van de betrokkene. Invaliditeit vangt aan wanneer deze laatste langer dan een jaar als arbeidsongeschikt is erkend. Op aanvraag van de adviserende geneesheer oordeelt de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (RIZIV) over de erkenning en verlenging van de invaliditeit (RIZIV 2014a).

In 2010 ontving bijna 6% van de actieve Belgische bevolking een invaliditeitsuitkering binnen het stelsel van arbeidsongeschiktheid (RIZIV 2011). Gedetailleerde cijfers tonen aan dat in 2011 de werknemers in 46,22% van de gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid minder dan 71 dagen afwezig waren op hun werk. Het valt op dat meer dan 1 op de 10 gevallen (11,25%) zich echter reeds op de drempel van de invaliditeit bevond. Wanneer men de leeftijd onder de loep neemt, stelt men vast dat de personen tussen 45 en 49 jaar het meest getroffen zijn (15,67%). De ruimere categorie 40 t.e.m. 54

jaar vertegenwoordigt zelfs bijna 44% van het totaal aantal gevallen. In bijna 1 op de 5 gevallen is de primair arbeidsongeschikte een mannelijke arbeider tussen de 40 en 54 jaar. Er is sprake van 174,07 gevallen per 1000 mannelijke arbeiders en 132,73 bij de vrouwelijke arbeiders. Daartegenover is er bij de vrouwelijke en mannelijke bedienden sprake van respectievelijk 81,58 en 46,10 gevallen. De gemiddelde uitkeringduur was het langst bij de vrouwelijke arbeiders (79,43 dagen), gevolgd door de vrouwelijke (77,98 dagen) en mannelijke (74,38 dagen) bedienden, en de mannelijke arbeiders (69,20 dagen). Voor de zelfstandigen ziet men inzake de ziekteduur van de primaire arbeidsongeschiktheid twee gelijkwaardige groepen. Enerzijds duurt ongeveer 3 op 10 gevallen tussen de 338 en 365 dagen, en voor nog eens 3 op 10 is dit tussen de 29 en 98 dagen. Inzake leeftijd is de categorie 50 t.e.m. 54 jaar het meest getroffen (17,99%). De leeftijdscategorie 45 t.e.m. 59 jaar vertegenwoordigt meer dan de helft van de gevallen (51,02%). Het gemiddelde aantal ziektegevallen per 1000 gerechtigden is in 2011 23,14 voor de vrouwelijke zelfstandigen, en 19,97 voor hun mannelijke collega's. De gemiddelde uitkeringsduur voor diezelfde periode bedraagt 142,90 dagen voor de vrouwen, en 141,83 dagen voor de mannen (RIZIV 2012).

Invaliditeit treft voornamelijk vrouwen (53,33%) en arbeiders (73,5%). Wanneer men beide categorieën kruist, ziet men dat in bijna 4 op de 10 de invalide een mannelijke arbeider is (39,49%), gevolgd door de vrouwelijke arbeiders (34%), en de vrouwelijke (19,3%) en mannelijke (7%) bedienden. Inzake de leeftijd van de invaliden ziet men dat meer dan 1 op de 5 invaliden (22,14%) zich bevindt in de groep tussen 55 en 59 jaar. De leeftijdscategorie 50 t.e.m. 64 jaar groepeerd dan weer 6 op de 10 invaliden (59,38%).

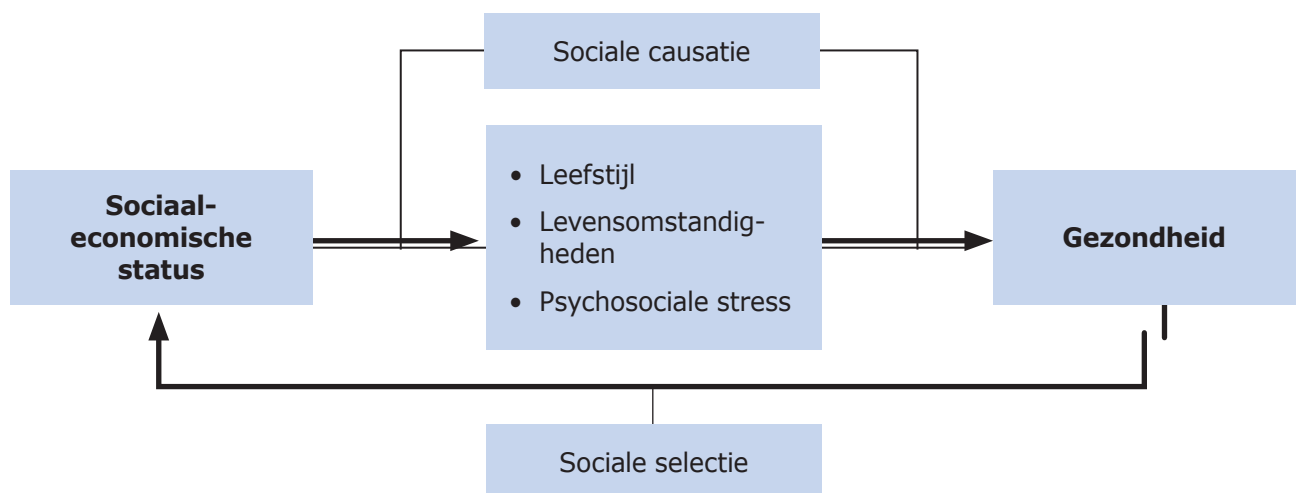
In meer dan 1 geval op 3 (34,47%) is er sprake van een psychische aandoening (meestal vrouwen). De tweede grootste groep (27,53%) wordt gevormd door de ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel (voornamelijk vrouwen). Ten slotte is minder dan 1 op 10 (7,25%) het slachtoffer van ziekten van het hart vaatstelsel (voornamelijk mannen). Inzake de zelfstandigen ziet men dat vooral mannen (63,48%) en de leeftijdsgroep tussen 60 en 64 jaar (36,67%) getroffen zijn. De leeftijdscategorie 50 t.e.m. 64 jaar vertegenwoordigt bijna 8 op de 10 invalide zelfstandigen (78,48%). In bijna 3 op de 10 gevallen is er sprake van een ziekte van het bewegingsstelsel en het bindweefsel (28,95%). De psychische stoornissen zijn goed voor ongeveer een vijfde van het aantal invaliden (19,59%), en ten slotte zijn iets meer dan 1 op de 10 invalide zelfstandigen het slachtoffer van ziekten van het hart vaatstelsel (12,21%) (RIZIV 2012).

Vanuit een longitudinaal perspectief bekeken, kenmerkt het cijfermateriaal zich door een opwaartse trend. Er is een duidelijke groei van het aantal arbeidsongeschikten in België. Tussen 2005 en 2011 stijgt het aantal primaire arbeidsongeschikten van 368.157 tot 426.212. Voor diezelfde periode neemt het aantal invaliden toe van 225.951 tot 304.452. Daarbij komt dat de gemiddelde uitkeringsduur bij de werknemers toeneemt. Ook is er sprake van een toenemend aantal personen (zowel werknemers als zelfstandigen) die door een psychische aandoening of een ziekte van het bewegingsstelsel en het bindweefsel getroffen worden (RIZIV 2012, 2010). Deze stijging is zodanig problematisch dat gezondheidsproblemen één van de voornaamste redenen voor het verlaten van de arbeidsmarkt zijn (Bruyninx et al. 2012). Zeker de toename van het aantal invaliden is een zorgwekkend fenomeen. Hoe langer een persoon namelijk uit de arbeidsmarkt weg is, des te moeilijker het voor deze wordt om opnieuw een tewerkstelling te vinden (zie bijvoorbeeld Sigg 2009). De OESO (2010) geeft aan dat het aantal arbeidsongeschikten reeds voor de economische recessie van 2008 het aantal werklozen overtrof. Hierbij lagen de kosten voor de arbeidsongeschiktheid tot twee maal hoger, en in de Scandinavische en Engelstalige landen zelf tot 5 of 10 keer hoger, dan die voor de werkloosheid.¹

¹ We verwijzen hier naar het gegeven dat in België de uitkering voor arbeidsongeschiktheid hoger is dan deze voor werkloosheid. Bijvoorbeeld, een werkloze samenwonende met gezinslast heeft recht tijdens de eerste drie maanden werkloosheid op een uitkering die ligt tussen de 43,65 (min.) en 61,66 (max.) euro per dag. In geval van arbeidsongeschiktheid gaat het om een uitkering van 78,96 euro per dag (Steunpunt tot bestrijding van armoede 2014).

Deze situatie betekent niet enkel een zorglast voor de verzorgingsstaten. Ook de betrokkenen ondergaan de consequenties hiervan. Betaald werk is binnen onze samenleving namelijk een zeer hoog aangeschreven waarde, na de familie en de vrienden (Abts et al. 2011). Betaald werk verrichten heeft niet enkel een financiële betekenis, maar verleent de betrokkene een gevoel van verantwoordelijkheid en controle, sociale contacten, een structuur in het leven enzovoort (Neefs et al. 2012). Uitgesloten zijn van participatie aan de arbeidsmarkt sluit dat alles uit. Ook betekent een niet-participatie een grotere kans voor de betrokken personen om tot armoede te vervallen (OCDE 2010), wat nefast is voor de betrokkene. Armoede leidt er namelijk toe gezondheidszorg uit te stellen. Dit gedrag neemt men onder meer waar bij personen die leven van een vervangingsinkomen (Gezondheidsenquête 2008).

De sociaaleconomische gezondheidsverschillen hebben niet enkel betrekking op de (financiële) toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Ook is er sprake van een ongelijke sociale verdeling van de aandoeningen. Chronische problemen, lichamelijke beperkingen en lichamelijke pijn vindt men vooral terug in de lagere regionen van de samenleving. Eenzelfde vaststelling kan worden gedaan voor de psychische en emotionele problemen, en het suïcidale gedrag (Jadot 2008; Gezondheidsenquête 2008). Zoals te zien is in Figuur 1 is er hierbij sprake van een complexe interactie tussen de gezondheid van een persoon en diens sociaaleconomische positie door middel van mechanismen van sociale selectie (gezondheid als oorzakelijk factor) en sociale causatie (sociaaleconomische status als oorzakelijke factor). De sociaaleconomische status heeft niet enkel een invloed op de gezondheid van de betrokkene. Ook hangt de (sociale) impact van een aandoening in sterke mate af van de sociaaleconomische status van de getroffene. Een gunstige sociale positie biedt een betere bescherming dan een lagere sociale positie (Beck 2001). Het gevaar bestaat dat de huidige economische crisis de sociaal zwakkeren nog harder zal treffen, en dat men op termijn een verdere stijging van het aantal invaliden mag verwachten (OCDE 2010).

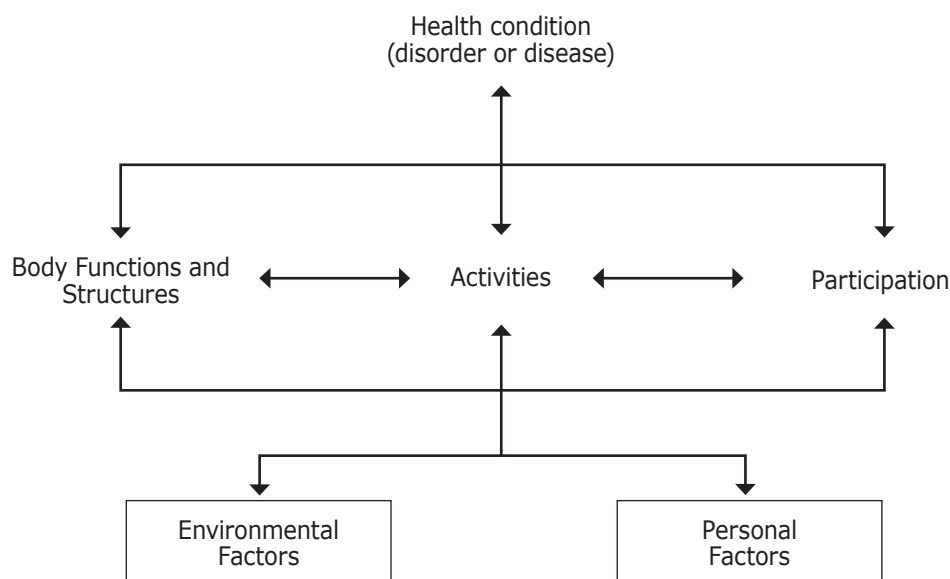


Figuur 1. Interactie tussen gezondheid en sociaaleconomische status

(Bron: Beck 2001).

1.2 Ziekte, gezondheid en sociale participatie

Met betrekking tot de verklaring van de sociale (non-)participatie van zieken en invaliden zijn in de literatuur drie grote modellen voorhanden: *het medische model*, *het sociale model* en *het biopsychosociale model*. Binnen het *medische model* is de verminderde sociale deelname het gevolg van de beperking van het individu. Deze visie legt de volledige verantwoordelijkheid van de niet-deelname bij de persoon zelf. Het *sociale model* daarentegen legt de verantwoordelijkheid bij de samenleving. De beperking wordt hier omschreven als een sociale constructie. Het gaat hier niet om een kenmerk van het individu maar om het resultaat van omgevingsfactoren. Het *biopsychosociale model* combineert beide modellen. Hier is de (niet-)participatie het resultaat van een interactie tussen de gezondheidstoestand van de betrokkene (ziekte, lichamelijke functies en structuren) en contextuele factoren. Contextuele factoren zijn onder meer zowel de milieugebonden (bijvoorbeeld de maatschappelijke attitude, architecturale kenmerken, het wettelijke systeem) als persoonsgebonden kenmerken (bijvoorbeeld geslacht, leeftijd, etnische afkomst). Er is sprake van een dynamische interactie tussen deze diverse componenten, wat impliceert dat een interventie in één van deze een impact kan hebben op één of meerdere van de overige componenten. Dit kan inhouden dat een toegenomen activiteit en participatie van de betrokkenen een positieve invloed kunnen hebben op de gezondheid van de betrokkene (WHO 2001). Dit model is voorgesteld in Figuur 2.

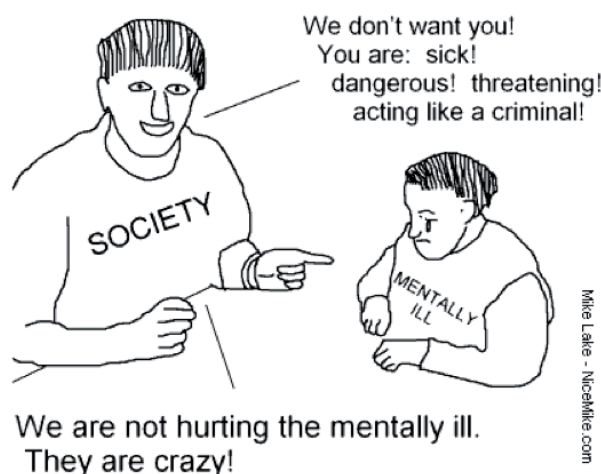


Figuur 2. Het biopsychosociale model

(Bron: WHO 2001).

Figuur 2 geeft aan dat de betrokkenen niet enkel de effecten van hun aandoening ondergaan. Ook sociaal-culturele processen, zoals stigmatisering, spelen hier een rol. Met stigmatisering verwijzen we naar het samenvalen van de onderdelen van het stigmatiseren – etikettering, stereotypering, afscheiding ('wij' en 'zij'), statusverlies en discriminatie – binnen een machtssituatie die de ontwikkeling van deze componenten toelaat (Link & Phelan 2001). Met andere woorden, de medische toestand van de betrokkene wordt het allesomvattende kenmerk van een identiteit die men associeert met (negatieve) stereotypingen en vooroordelen. De 'zieke' is dan ook de gedeprecieerde 'andere' die men uitsluit. Deze stigmatisering is bijvoorbeeld werkzaam in de wijze waarop personen met een mentale aandoening in onze samenleving worden benaderd.

Figuur 3 illustreert de beleving van een persoon met een psychische ziekte. De ongelijke machtsverhouding tussen de samenleving en de persoon is hier duidelijk onevenwichtig (groot en breed versus klein en smal). En binnen deze ongelijke relatie sluit men de zieke persoon uit, associeert men die met negatieve zaken en wordt het lijden van de betrokkene ontkend. Dit legitimeert men door de betrokkene aan te duiden met negatieve termen zoals gevaarlijk, bedreigend en crimineel.



Figuur 3. Stigmatisering van personen met een mentale aandoening

(Bron: www.WhyHope.com)

Gevaarlijkheid en onvoorspelbaarheid zijn ruim verspreide stereotyperingen voor personen met mentale aandoeningen (Verhaeghe 2008). Volgens onderzoek zouden deze negatieve voorstellingen regelmatig in de populaire media aan te treffen zijn. Het gaat dan over psychische aandoeningen in combinatie met negatieve elementen zoals gevaar, geweld, criminaliteit, werkloosheid, armoede, anders-zijn, mislukking, hulpeloosheid en machteloosheid (Signorielli 1989; Rose 1998; Olstead 2002). Angst en afstand zijn verdere kenmerken van de publieke houding ten aanzien van personen met mentale aandoeningen. Hoewel er een variatie is in de houding naargelang het vermeende 'gevaar' van de aandoening, is de persoon met een mentale aandoening fundamenteel de 'Andere' die men mijdt (Link et al. 1999; Schnittker 2013). Onderzoek toont hierbij een weigerachtige houding om met deze personen samen te werken (Schnittker 2013; Verhaeghe 2008; Verhaeghe et al. 2010), en (sterk) verminderde tewerkstellingskansen (Verhaeghe 2008).

Om stigmatisering te kunnen vatten, is het aangewezen om stil te staan bij de hedendaagse, dominante culturele opvattingen inzake ziekte en gezondheid. Zonder twijfel is deze laatste in de hedendaagse Westerse samenlevingen verheven tot een norm. Men kan zelfs spreken van een nieuwe beschavingnorm (de Vries 1999). Binnen dergelijke culturele context definiëren mensen zich via het al dan niet succesvol aanwenden van gezonde praktijken, en via de karakter- of persoonskenmerken waarvan men gelooft dat deze gezond gedrag ondersteunen. Anderen worden eveneens op basis van deze criteria geëvalueerd.

In de literatuur gebruikt men voor deze norm de term *healthism* (Crawford 2006). Deze houdt nauw verband met een cultuur die steunt op de noties van functionele rationaliteit, instrumenteel activisme en individualisme (autonomie, zelfontplooiing en competitie) (Schepers 2007). Het instrumenteel activisme legt de nadruk op de prestatie. Wat daaraan bijdraagt, zoals gezondheid, wordt hoog gewaardeerd. Functionele rationaliteit impliceert de prioriteit van efficiëntie en effectiviteit. Ziekte maakt het de persoon onmogelijk om deze doelstel-

lingen te bereiken. Gezond-zijn is ook een voorwaarde om maatschappelijk gewaardeerde idealen van autonomie en zelfontplooiing te kunnen verwezenlijken. Ten slotte verhemelt het vigerende neo-liberalisme de notie van competitie (Foucault 2008). Een fit en gezond lichaam symboliseert dan de bereidheid en het vermogen om te presteren in een competitieve omgeving (Waring & Waring 2009) (zie Figuur 4).



Figuur 4. Hedgefund office workout

(Bron: <http://www.mazorin.com/blog/hedgefund-office-workout/>)

Binnen het kader van het *healthism* is gezondheid een individuele en morele verantwoordelijkheid, die men via het eigen handelen kan bereiken. Zodoende legt het een verband tussen enerzijds zelfdiscipline en -controle, en anderzijds gezondheid en ziekte. De gezonde persoon is hier diegene die ervoor kiest om gezond te zijn/blijven, en eraan werkt. Gezondheid is vanuit dergelijk standpunt dan ook een 'verdienste' (de Vries 1999), waarbij '*appearance management*' en '*self-management*' de uitdrukking zijn van het verinnerlijken van de vereiste om het eigen lichaam te onderhouden (Pond et al. 2010; Rysst 2010).

Deze specifieke benadering van gezondheid (en ziekte) is kenmerkend voor de professionele middenklasse (Crawford 2006). Gezondheid is voor deze een eigenschap die het individu zich kan toe-eigenen (D'Houtaud & Field 1984). Vanuit deze groep heeft dit beeld zich echter verspreid naar de rest van de samenleving (de Vries 1999). Hierbij spelen de populaire media een belangrijke rol. Binnen deze stelt men vast dat *healthism* een dominante positie geniet (Rysst 2010; Lee & Macdonald 2010; Roy 2008; Hodgetts et al. 2005). Aangezien deze media individuen in contact brengen met publieke discoursen, sociale voorstellingen of vertogen die meewerken aan de constructie van 'gezondheid' (Hodgetts et al. 2005), ondersteunen en verspreiden ze dit specifieke beeld. Figuur 5, een cover van het magazine *Men's Health* is hiervan een illustratie.



Figuur 5. Cover ter illustratie van het begrip 'healthism'

(Bron: <http://magazine-covers.lucywho.com/mens-health-magazine-philippines-january-2009-magazine-cover-t2804910.html>)

Wanneer gezondheid een verdienste wordt, valt een morele barrière weg om zieken sociaal te gaan uitsluiten (de Vries 1999). Een ander gevaar ligt in het samengaan van een welbepaald esthetisch ideaal en het gezondheidsideaal van het lichaam (Rysst 2010). Anders geformuleerd, de gedachte hierbij is dat een gezond lichaam een mooi lichaam is, en andersom. Elementen zoals de dood, teloorgang, de verminking van dit lichaam zijn te vrezen zaken. Ingrepen op het lichaam die verband houden met de ziekte (zoals bijvoorbeeld amputatie, haarverlies...) kunnen een negatieve impact hebben op de sociale relaties van de getroffen personen (Palacios-Espinosa & Zani 2012).

Door het benadrukken van de persoonlijke verantwoordelijkheid – en het verzwijgen van de sociale oorzaken – is *healthism* in essentie een sterk moraliserende benadering van ziekte en gezondheid. Dit gaat gepaard met een toenemende afkeuring van de personen die zich in arbeidsongeschiktheid bevinden. Het staat namelijk haaks op het beeld van de 'goede burger' die actief deelneemt in het economisch en sociaal leven, rationeel handelt, en autonoom, zelfvoorzienend en verantwoordelijk is (Galvin 2002; Ayo 2011). Binnen dergelijke optiek is de zieke een persoon zonder wilskracht en/of die er een verkeerde levensstijl op nahoudt. De zieke is met andere woorden verantwoordelijk voor de eigen toestand.

De stigmatisering van personen die arbeidsongeschikt zijn en die voorkomt uit het niet voldoen aan de gezondheidsnorm, wordt bovendien bijkomend versterkt door de toestand van niet aan het werk te zijn. Men is niet actief, of alleszins men is niet in staat betaald werk te verrichten. Een inkomen uit arbeid hebben, wordt echter in de samenleving als een voornaam levensdoel gezien, om autonoom te kunnen functioneren en als het ultieme middel voor zelfontplooiing. Bijvoorbeeld huismoeders en huisvaders kunnen eveneens met dit (zelf)stigma te maken krijgen. Bij personen die arbeidsongeschikt zijn, is er bovendien een verdere bezwaring omdat ze een vervangingsinkomen ontvangen, en in dat opzicht een 'kost' vormen, of cru uitgedrukt: "op de kap van de anderen leven". Kortom, mensen in het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit krijgen af te rekenen met een stigmatisering vanuit drie invalshoeken: ze zijn niet gezond, ze zijn niet aan het werk en ze ontvangen een uitkering.

2. METHODOLOGIE

2.1 Het vormgeven van de werkelijkheid via framing

Zodra er in de samenleving algemene onvrede rondom een bepaald onderwerp ontstaat, groeit het uit tot een kwestie. Die onvrede houdt verband met de kijk op zulke kwesties, of met het denkkader dat men aanwendt om een kwestie te definiëren. In de regel gaat het niet over één kijk, maar over verschillende perspectieven op dezelfde kwestie, waarbij telkens een ander denkkader wordt aangesproken. Vanuit het ene denkkader is dít de kern van het probleem en moet er dringend dát gebeuren, vanuit het andere denkkader is nochtans dít waar het om draait en heeft díe oplossing de voorkeur. Of nog: vanuit een specifieke invalshoek bekeken, is er helemaal geen probleem en kan er bezwaarlijk over een kwestie worden gesproken.

Ieder perspectief of denkkader van waaruit een kwestie wordt bekeken, vertegenwoordigt een *frame*. Daardoor krijgen bepaalde aspecten van de werkelijkheid meer aandacht dan andere, en blijven andere aspecten buiten het blikveld. Indien men bijvoorbeeld het algemene denkkader 'onschuldig slachtoffer' gebruikt om betekenis te verlenen aan de asielproblematiek dan gaat het over mensen die op de vlucht zijn voor vervolging en dus noodgedwongen het thuisland hebben verlaten. Vanuit die redenering bekeken, ligt het meer voor de hand asielzoekers gastvrij op te vangen en hen te helpen voorzichtig een nieuw en veilig bestaan op te bouwen. Indien echter het denkkader 'vijandige indringer' als invalshoek wordt gekozen, dan hebben die zelfde mensen vrijwillig het thuisland verlaten om zich elders te vestigen en er te profiteren van de verwezenlijkingen van anderen. In dat geval zit er schijnbaar weinig anders op dan de dijken te verhogen en een strikt ontradings- en terugkeerbeleid te handhaven om de toestroom aan asielzoekers een halt toe te roepen (Van Gorp 2006).

Figuren 6 en 7 tonen aan hoe subtiel, maar waarschijnlijk evenzeer hoe onbewust dergelijke framingprocessen verlopen. Beide figuren zijn artikelen die verschenen zijn in dezelfde Vlaamse krant, de eerste één week eerder dan de tweede. Figuur 6 toont twee asielzoekers die in het onderschrift met de naam worden genoemd. "Wij konden geen kant meer uit, vandaar deze wanhoopsvlucht," luidt de titel. In de heading staat: "Aangeslagen en verkleumde asielzoekers vertellen schrijnende verhalen." Er is weinig ruimte voor interpretatie: de twee mensen op de foto zijn onschuldige slachtoffers en verdienen onze bescherming. Eigenaardig genoeg verschijnt de jongen met de muts een week later opnieuw in de krant. Dit keer luidt de titel echter: "Zo'n EU-paspoort is goud waard voor een crimineel". Intussen is de jongeman zijn identiteit kwijt: hij heeft geen naam meer. En hij heeft het schijnbaar niet meer koud, maar hij verbergt zijn ware gelaat achter een deken. Dit is duidelijk een schurk.



Figuur 6. De asielzoeker als slachtoffer



Figuur 7. Deze zelfde asielzoeker (vgl. Fig. 6) als crimineel

Het voorbeeld uit de krant toont aan dat het eenvoudiger voorstellen van ingewikkelde kwesties per definitie op verschillende manieren kan gebeuren. Daarom zijn er meerdere frames denkbaar die ieder afzonderlijk aanleiding geven tot een specifieke interpretatie van de werkelijkheid. Daarmee gaat vaak enige controverse gepaard. Dat maakt het interessant om na te gaan hoe verschillende actoren in hun communicatie iets framen, want welke frame de bovenhand haalt, staat niet bij voorbaat vast.

Een belangrijke nuance is dat hoe een actor een onderwerp kadert niet per se bepaalt hoe er uiteindelijk over dat onderwerp gedacht en gesproken wordt. Framing speelt namelijk niet alleen aan de kant van de boodschapper een belangrijke rol, maar ook aan de kant van de ontvanger. Het frame zoals bedoeld door de boodschapper is te bestempelen als een *hint* hoe een kwestie begrepen kan worden. Echter, door een frame of

een perspectief te hanteren waarmee iedereen al vertrouwd is, is de kans reëel dat het publiek een denkkader gebruikt dat in de lijn van het gehanteerde frame ligt. Op basis van die individuele denkkaders interpreteert het publiek de boodschap en verleent het er betekenis aan. Zo krijgt de sociale werkelijkheid vorm.

2.2 De gehanteerde methode

2.2.1 Frame packages

De bewuste keuze om op zoek te gaan naar frames die ingebed zijn in de cultuur maakt het uitvoeren van een framinganalyse er niet eenvoudiger op. Deze vorm van framing gebeurt immers doorgaans bijna onopgemerkt. Een frame staat dus niet altijd zomaar letterlijk in een boodschap geëxpliciteerd. Het is nodig om tussen de regels te lezen welke frame er in een tekst schuilgaat. Wat echter vast staat, is dat er minstens één frame aanwezig moet zijn, want zonder 'denkkader' is een tekst betekenisloos. Daarbij is enige interpretatie niet uit te sluiten, wat de vraag oproept of het niet de onderzoeker is die de eigen denkkaders aan de tekst oplegt (Van Gorp 2010)? Een frameanalyse uitvoeren is alvast geen exacte wetenschap. Het is nochtans mogelijk, en ook noodzakelijk, om een aantal principes te handhaven (het hanteren van een 'open blik', het systematisch te werk gaan, het materiaal voortdurend vergelijken,...) zodat de resultaten voldoende geldigheid hebben.

Bij een frameanalyse is het de bedoeling om op basis van het systematisch bestuderen van teksten of communicatie-uitingen op zoek te gaan naar een beperkt aantal framebundels, *frame packages* in het Engels (Van Gorp 2007). Zo'n framebundel bestaat uit drie groepen elementen: het centrale frame, *framing devices* en *reasoning devices*.

Ten eerste is er de aanduiding van het eigenlijke frame, dus de specifieke waarde, het archetype, de metafoor, de deugd, de norm enzovoort die als een bril gebruikt wordt om naar arbeidsongeschiktheid en invaliditeit te kijken. Een stelregel daarbij is dat een frame niet samenvalt of direct verbonden is met arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, maar op een abstracter niveau opereert.

Omdat het frame in de regel niet expliciet in een tekst vermeld staat, is het nodig op zoek te gaan naar alle tekstuele elementen die ervoor kunnen zorgen dat het abstracte denkkader dat het frame vertegenwoordigt bij het publiek mentaal geactiveerd wordt. Alle elementen die als 'trigger' voor het frame kunnen fungeren, zijn de *framing devices*. Hierbij horen vooral metaforen, woord- en beeldkeuze en slagzinnen.

Een derde groep van elementen zijn alle bouwstenen die een verhaal over arbeidsongeschiktheid en invaliditeit vormen, van de definitie van het probleem, het aangeven van oorzaken en gevolgen tot het suggereren van een oplossing en het vellen van een moreel oordeel. In deze *reasoning devices* schuilt de eigenlijke kracht van framing: iedere frame vertelt een verhaal zonder dat het van a tot z uitgewerkt moet worden. Alle denkstappen dienen dus niet noodzakelijk in de tekst concreet te worden gemaakt.

2.2.2 Een inductieve zoekstrategie

Bij het reconstrueren van de frames die inzetbaar zijn in de communicatie over arbeidsongeschiktheid en invaliditeit hanteerde het onderzoeksteam een inductieve aanpak. Dit betekent concreet dat de onderzoekers niet zochten naar een vooraf gedefinieerde set aan frames om na te gaan of die effectief als frames in de communicatie opdoken (= deductie), maar dat ze vertrokken zijn vanuit concrete boodschappen over arbeids-

ongeschiktheid en invaliditeit. Stapsgewijs werd er vanuit de concrete teksten naar een beperkt aantal *frame packages* toegewerkt. In de analyse werden vier stappen parallel doorlopen: (1) het verzamelen van analyse-materiaal; (2) het open coderen; (3) het axiale coderen; (4) het opstellen van een framematrix.

1. *Het verzamelen van analyse-materiaal.* De analyse is gestart met het verzamelen van teksten over arbeidsongeschiktheid en invaliditeit die enerzijds afkomstig waren van de media en anderzijds van stakeholders (bijvoorbeeld van ondernemersorganisaties en patiëntenverenigingen). Via gespecialiseerde zoekmachines (o.m. GoPress Academic) werd naar teksten afkomstig uit de Belgische kranten en magazines (Franstalig en Nederlandstalig) gezocht. Hierbij werden volgende zoektermen gehanteerd: *arbeidsongeschiktheid, invaliditeit, burn-out, (ziekte)verzuim, chronische ziekte* en *ziekteverlof* (zie Bijlage 1 voor een volledig overzicht van de geanalyseerde teksten).
2. *Het open coderen.* Met een 'open geest' werden alle teksten systematisch bekeken. Alle tekstfragmenten die verband hielden met arbeidsongeschiktheid en invaliditeit werden opgenomen in een databestand. De *framing devices* omvatten de volgende tekstuele aspecten: metaforen, woordkeuzes en slagzinnen. De *reasoning devices* hadden betrekking op: definiëringen (waar staat arbeidsongeschiktheid en invaliditeit voor?), problematiseringen (wat gaat er fout bij arbeidsongeschiktheid en invaliditeit of wat is voor verbetering vatbaar?), oorzaken van problemen, gevolgen van problemen, beleidsmatige uitdagingen en oplossingen voor de problemen.

Uit de 43 Franstalige en 44 Nederlandstalige teksten die de steekproef uitmaakten, zijn er gaandeweg 851 relevante citaten geselecteerd. Alle werden ze opgenomen in een Excelbestand.

Het aanmaken van een dergelijk bestand is niet noodzakelijk bij een frameanalyse, maar door het grote aantal teksten vergemakkelijkte deze werkwijze het vinden van patronen tijdens de volgende stap van het onderzoek. Aan de verschillende citaten werden namelijk een volgnummer, identificatie- en analysecodes gehecht. Zodoende konden de opgenomen citaten gerangschikt worden (bv. om alle metaforen te groeperen) of konden er zoekopdrachten worden uitgevoerd (bv. om alle citaten op te zoeken waarin de term 'fraude' voorkwam).

3. *De axiale codering.* Door het ordenen van de codes is gezocht naar terugkerende patronen in het databestand. Daarbij werd het onder meer duidelijk dat het niet eenvoudig is om 'arbeidsongeschiktheid en invaliditeit' strikt af te bakenen. De begrippen omvatten namelijk drie aspecten. Ten eerste is er de link met het onderwerp arbeid. Ten tweede zijn er de competenties van de betrokkenen, of het gebrek eraan. Ten derde wordt arbeidsongeschiktheid en invaliditeit in verband gebracht met de regulering ervan.
4. *Het opstellen van een framematrix.* Het ingeven van honderden citaten in een spreadsheet en het axiale coderen dienden slechts één doel: het stapsgewijs opbouwen van een framematrix met alle denkbare *frame packages*. Deze framematrix was het eindproduct van de uitgevoerde frameanalyse en beoogt inzicht te bieden in de cultureel ingebedde frames die betekenis verlenen aan arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Deze matrix is opgenomen als Bijlage 1, waarbij iedere rij een *frame package* weergeeft, en iedere kolom een *reasoning* dan wel *framing device*.

Het opstellen van een dergelijke matrix is als het leggen van een puzzel: er zijn verschillende bouwstenen (metaforen, probleemdefiniëringen, oplossingen, ...) die allen een plaats moeten krijgen. Er golden daarbij een aantal toetsingscriteria. Ten eerste, het moest mogelijk zijn om per frame een redenering op te bouwen, vertrekkende vanuit een definiëring van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit tot het formuleren van een oplossing en het aanduiden van een handelingsperspectief. Ten tweede, er mocht geen overlap zijn tussen de

verschillende frames. De uiteindelijke frames sloten elkaar zodoende uit. Bovendien werd zo voorkomen dat de lijst met frames eindeloos lang werd. Varianten van een zelfde frame werden als zodanig onderkend en onder één noemer geplaatst. Ten derde, er werd naar gestreefd om de inventarisatie van mogelijke frames uitputtend te maken. Dit betekent concreet dat ieder citaat uit de teksten bij een van de *frame packages* onder te brengen moest zijn.

Anders dan bij een klassieke inhoudsanalyse gold voor deze vorm van frameanalyse niet dat verschillende onderzoekers op basis van hetzelfde materiaal en na het volgen van hetzelfde stappenplan tot dezelfde conclusies moesten komen. Deze vorm van betrouwbaarheid van de resultaten is niet haalbaar voor een interpretatieve vorm van inhoudsanalyse, waarbij het net de bedoeling is om achterliggende ideeën in teksten boven tafel te krijgen. Vandaar dat er twee *workshops* werden georganiseerd op 13 en 20 februari 2014 waaraan acht onderzoekers van het Instituut voor Mediastudies deelnamen. Aan de onderzoekers werd expliciet gevraagd om vanuit hun eigen achtergrond (als communicatiewetenschapper, gezondheidssocioloog, historicus,...) met creativiteit en inzicht naar de teksten te kijken. Eerst gingen de onderzoekers in duo met een aantal teksten aan de slag, waarna zij samen naar de teksten keken en de bevindingen naast elkaar legden.

Op 10, 13, en 17 maart 2014 vonden er *focusgroepen* plaats bij de Koning Boudewijnstichting in Brussel. Deze focusgroepen waren niet louter als een laatste 'member check' bedoeld, maar maakten integraal deel uit van het onderzoeksproject. De workshops waren zo opgezet dat ze maximale input zouden opleveren. Concreet namen 8 Franstalige en 7 Nederlandstalige ervaringsdeskundigen aan deze focusgroep deel. De leeftijd van deze deelnemers schommelde tussen 34 en 68 jaar. Het ging daarbij vooral om hoogopgeleide deelnemers (12), waarvan een groot aantal lid was van een zelfhulpgroep (10). Na een korte introductie over 'framing' gingen de stakeholders en ervaringsdeskundigen per taalgroep (Nederlands en Frans) rond de tafel zitten waarna ze in bijzijn van de onderzoekers de verschillende frames en counterframes doornamen en bespraken. Naast deze focusgroepen in Brussel vond ook een interview plaats in Namen tussen het onderzoeksteam en vertegenwoordigers van een stakeholder die op de workshops niet aanwezig kon zijn. Zodoende werden de frames en counterframes uitgebreid afgetoetst bij de voornaamste stakeholders: ervaringsdeskundigen, ziekenfondsen (adviserende artsen, geneesheer-directeur...), vakbonden, de regionale arbeidsdiensten, de integratiesector, en de werkgevers.

3. RESULTATEN

De thema's 'arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit' lenen zich tot een framing-onderzoek omdat het kwesaties zijn die als problematisch worden ervaren en die het onderwerp van een maatschappelijk debat vormen. Het is van belang om voor ogen te houden dat de mogelijkheid bestaat dat men in één tekst elementen van verschillende frames aantreft. Dit kan vooreerst het geval zijn omdat de tekst in dialoog treedt met andere teksten waarin een welbepaalde frame domineert. Met andere woorden: ze antwoorden op elkaar. Daarenboven is het eveneens mogelijk dat een auteur (on)bewust verschillende frames gaat combineren.

Zoals reeds aangegeven, zijn arbeidsongeschiktheid en invaliditeit concepten die verbonden zijn met een status van 'niet-werkend' omwille van ziekte binnen het kader van de (wettelijke gereguleerde) Belgische Ziekteverzekering. Bij de ordening van de verschillende frames omtrent arbeidsongeschiktheid en invaliditeit werd dan ook vertrokken van de gedachte dat men hier te doen heeft met concepten die als het ware een brug slaan tussen diverse domeinen, namelijk *arbeid*, de aan- of afwezigheid van *competenties*, en *regulering*. Voor ieder van de drie aspecten is er tenminste één frame en één counterframe te onderscheiden die arbeidsongeschiktheid en invaliditeit 'problematiseren' (zie Tabel 1).

Tabel 1. Overzicht van frames en counterframes met betrekking tot arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

Niveau	Problematiserend frame	Deproblematiserend counterframe
Competenties	1. Abnormaal	2. Anders Leven
Regulering	3. Gatekeeper 5. Labyrint 7. Fraude	4. Polyfonie 6. Draad van Ariadne 8. De Plantrekker
Arbeid	9. Kanarie in de Mijn	10. Win-win

Op het niveau van de *competenties* zijn het de betrokken personen die worden geproblematiseerd. Deze worden namelijk aanzien als personen die van 'de' norm afwijken doordat ze niet beschikken over een aantal competenties: ze zijn niet gezond en kunnen geen betaalde arbeid verrichten, wat resulteert in stigmatisering en sociale uitsluiting. Binnen het niveau dat betrekking heeft op de *regulering* konden niet minder dan drie problematiserende frames geïdentificeerd worden, waarbij de problematisering slaat op de verhouding tussen de regelgeving en de personen die er gebruik van maken. Een eerste daarvan betreft de in- en uitstroom in het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Dit frame ziet de wanverhouding tussen de artsen en de zieken als problematisch. Daar waar dit laatste frame betrekking heeft op de in- en uitgang van het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, focust het frame 'Labyrint' op de personen die in het stelsel vertoeven. Meer bepaald gaat het erom dat deze verloren lopen in het regelgevingdoolhof. Dit zet de

betrokken personen klem en veroordeelt hen tot isolement en mogelijk een gestage neergang. Verder problematiseert het 'Fraude'-frame de noties van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit door deze in verband te brengen met doelbewust misbruik maken van de regelgeving. Ten slotte, bij het niveau *arbeid* focust het problematiserende frame 'Kanarie in de Mijn' zich op de relatie tussen arbeid en ziekte en bij uitbreiding ook op de plaats van de arbeidsongeschikte persoon binnen een breder economisch en maatschappelijk kader.

In wat volgt zal omstandig worden toegelicht hoe deze frames als culturele denkkaders dienst doen om arbeidsongeschiktheid en invaliditeit als 'problematisch' te definiëren. Dit zal onder meer gebeuren aan de hand van concrete fragmenten en illustraties uit de bestudeerde teksten en de georganiseerde focusgroepen met ervaringsdeskundigen en andere stakeholders. Bij een aantal illustraties komen de frames vrij expliciet tot uiting, maar bij andere gebeurt dat eerder impliciet. Deze voorbeelden hebben ook tot doel aan te tonen dat enige subjectiviteit en ambiguïteit in de analyse niet uit te sluiten zijn. Naast deze variëteit aan verschijningsvormen van de frames zal ook de achterliggende redenering bij iedere frame kort worden geschetst. Een overzicht van alle redeneringen en een selectie van de verschijningsvormen worden weergegeven in de uitgebreide framematrix die als bijlage is toegevoegd.

De derde kolom van de tabel geeft voor ieder problematiserend frame een counterframe weer. Een counterframe helpt een onderwerp als *niet* problematisch voor te stellen, of alleszins als een probleem dat minder urgent is dan wel als 'wenselijk', in die zin dat eraan verholpen kan worden. Met andere woorden, de counterframes in de tabel hebben als doel arbeidsongeschiktheid en invaliditeit op zodanige wijze voor te stellen dat ze een tegengewicht bieden voor de aangehaalde problematiseringen.

In tegenstelling tot de problematiserende frames, die rechtstreeks afgeleid zijn uit het analysemateriaal, zijn de 'counterframes' niet zomaar afgeleid uit de verzameling teksten (Van Gorp 2011). Voor 'Win-win' geldt dat nog wel. De overige vier, 'Anders Leven', 'Meerstemmigheid', 'Draad van Ariadne' en 'Plantrekker', zijn de vrucht van een combinatie van de empirie, inzichten uit de onderzoeksliteratuur en de 'creativiteit' van de deelnemers aan de workshops. Dit gebeurde door te vertrekken vanuit de problematiserende frames en deze ideeën in vraag te stellen, om te draaien en desnoods binnenstebuiten te keren. Bepaalde fragmenten konden wel degelijk als inspiratie dienstdoen, maar het einddoel was om bij counterframes uit te komen die niet zomaar een negatie van de problematiserende frames mochten zijn. Indien een counterframe immers uit hetzelfde arsenaal aan woordkeuzes en andere verschijningsvormen put, al is het om deze te ontkrachten, dan is de kans reëel dat ze bij de toehoorder toch het denkkader van het problematiserende frame activeren. Het is zoals Lakoff stelt: zodra je zegt 'denk niet aan een olifant', is het eerste wat mensen voor de geest verschijnt... een olifant (Lakoff 2008).

Bij het formuleren van de counterframes wordt er vertrokken vanuit de problematiserende frames. Een gevolg daarvan is dat er geen counterframes zijn die niet gerelateerd zijn aan een problematiserend frame. Theoretisch is dat nochtans mogelijk. Echter, omdat in deze studie de counterframes niet in het 'luchtledige' werden bedacht – de onderzoekers hebben steeds voeling met het empirische analysemateriaal blijven houden – is er in het eindresultaat een duale opdeling merkbaar.

In het hierna volgende deel worden de vijf problematiserende frames en de vijf counterframes voorgesteld. Na iedere problematiserend frame zal onmiddellijk het bijhorende counterframe gepresenteerd worden.

3.1 Problematiserende frames en counterframes

3.1.1 Problematiserend frame: Abnormaal



Figuur 8. D'r is niks van te zien

(Bron: <http://www.ruggensteun.be/Boekje%20Soorten%20pijn.htm>)

Algemeen – Binnen het frame 'Abnormaal' staat de (negatieve) reactie van de leden van de samenleving op de persoon die arbeidsongeschikt is centraal, omdat deze niet gezond is en niet meer over de competenties blijkt te beschikken om betaalde arbeid te verrichten. Bovendien ontvangt deze een uitkering. Vaak volgt een stigmatisering die de sociale legitimiteit van de betrokken persoon in vraag stelt, en ultiem nog meer ziek en incompetent maakt.

Om dit frame te vatten, is het van belang te erkennen dat de concepten van *ziekte* en *gezondheid* inherent sociale fenomenen zijn. Dit houdt in dat wat men binnen een samenleving aanduidt en erkent als *ziekte* en *gezondheid* in se sociale constructies zijn. Hierdoor vertonen deze concepten naargelang tijd (Conrad & Angell 2004), cultuur en etnische afkomst (Ravindran & Myers 2012; Zola 1966), sociale klasse (D'Houtaud & Field 1984; Pierret 1993; Blair 1993), gender (Blaxter 1990) en leeftijd (Nuyens 1980), verschillende invullingen. Zo schrijft men in een aantal samenlevingen ziekte toe aan zwarte magie, terwijl men in andere samenlevingen de impact van micro-organismen zal benadrukken. Ondanks deze variaties is het wel mogelijk om een algemene regel te ontwaren. Fatalistische opvattingen inzake ziekte en gezondheid houden verband met een lage mate aan (sociale) macht (Nettleton 1998). Anders verwoord, hoe kleiner de (sociale) sturingscapaciteit waarover (groepen van) mensen binnen een samenleving beschikken, des te meer ze ziekte en gezondheid opvatten als zaken die hen overkomen en waaraan ze niks kunnen doen.

De sociale dimensie van *ziekte* is ook manifest in het feit dat deze een sociale status inhoudt. De betrokkenen – de *zieken* – zijn het voorwerp van verwachtingen en verplichtingen vanwege hun samenleving. De leden van deze laatste hebben namelijk welbepaalde verwachtingen inzake het gedrag van personen die binnen de samenleving als ziek gedefinieerd worden. Dit maakt dat *ziekte* intrinsiek verbonden is met de in een samenleving vigerende waarden en normen. Het niet navolgen van dit 'gepaste gedrag' leidt de omgeving ertoe de

persoon in kwestie te ervaren als zijnde abnormaal, wat tot gevolg heeft dat de betrokken persoon het voorwerp van afkeuring en zelf vijandigheid kan ervaren.

Verschijningsvormen – De bouwstenen van het 'Abnormaal'-frame zijn, zoals hierboven aangegeven, maatschappelijke verwachtingen inzake gepast gedrag voor zieken. Hierbij hanteert men een zeer specifieke standaard. Meer bepaald gaat het erom dat de levenswijze van de 'niet-zieken' (of althans de voorstelling die men ervan heeft) het criterium is waarmee men het leven van de zieke persoon gaat omschrijven, en ook evalueren, zodat deze laatste een negatieve versie van de eerste is. Dit mechanisme leidt ertoe het leven van de zieke te definiëren als zijnde een 'beperkt leven', een gelimiteerde versie van het 'echte' leven. Een visie die, zoals blijkt uit volgende uitspraak, eveneens bij de zieke aanwezig kan zijn.

"Mais je n'ai pas choisi cette vie à l'horizon limité"

(Flair, 3 december 2013)

Deze negatieve omschrijving van het leven van de zieke impliceert dat binnen dit frame sprake is van een gelijkshakeling tussen *ziekte* en *non-activiteit*. Het gaat erom dat dit frame het beeld ophoudt van de zieke als een persoon met een afwezige of beperkte handelingscapaciteit die niet over de mogelijkheid beschikt om betaalde arbeid te verrichten. Er is hier dus sprake van een sterk binaire opvatting tussen non-actief (ziekte) en actief (gezondheid).

"Echte zieken liggen in het ziekenhuis, komen hun bed niet uit, of hangen in het beste geval verzwakt in hun zetel"

(Het Laatste Nieuws, 8 oktober 2013)

Zoals duidelijk wordt uit onderstaande citaten veroorzaakt de overtreding van dit gepast gedrag een (scherpe) veroordeling vanwege de leden van de samenleving ten aanzien van de overtreder. Non-actief betekent werkelijk *niets* doen. Bij een arbeidsongeschikt verklaarde persoon ligt dit nog meer problematisch dan bij bijvoorbeeld zieke kinderen of zieke ouderen. Bij de eersten wordt, bijvoorbeeld, zich ontspannen of sporten namelijk als een contradictie ervaren en is het zelfs 'verdacht'. Iemand die niet kan werken omwille van een ziekte mag immers niets ondernemen waaruit zou kunnen worden afgeleid dat deze wel tot werken in staat is, luidt de drogredenering. Met andere woorden, personen die arbeidsongeschikt of invalide zijn, kunnen maar *mogen* ook geen zinvolle handelingen verrichten. Belangrijk ten slotte is dat dit niet alleen in de hoofden leeft van buitenstaanders, maar ook bij de betrokkenen. Hierin gaat een belangrijke vorm van zelfstigma schuil.

"Hij kan zijn job niet meer aan, maar amuseert zich nu met de buurtjongeren op een basketbalpleintje."

(Het Nieuwsblad, 9 januari 2014)

"Ik kon niet meer gaan werken, maar ging wel nog eens iets drinken met vrienden. Mensen vonden dat raar en spraken erover."

(Flair, 3 december 2013)

"'Moet je haar zien fietsen', hoor je dan."

(Het Laatste Nieuws, 21 augustus 2013)

Het bezwarende gegeven bij arbeidsongeschiktheid en invaliditeit dat het niet alleen een stigma betreft dat verband houdt met het niet gezond zijn, maar ook met het niet geschikt zijn om te werken, is bijzonder bepalend. Bovendien zijn er verdere associaties denkbaar. Deze steunen namelijk op de visie dat zieken ontheven worden van algemeen geldende maatschappelijke verplichtingen, bijvoorbeeld dat voor het geld dat men heeft, gewerkt moet worden. Hier gaat het erom dat de zieken door de niet-zieken als het ware benijd kunnen worden omwille van deze toestand. Er is zelfs sprake van een zekere jaloezie. Niet-zieken omschrijven namelijk de ziekte als een 'vakantie' (Focusgroep, 17 maart 2014) of – zoals blijkt uit onderstaand fragment – als een luxepositie.

"Les gens qui ne me connaissent pas voient ma maladie comme un 'luxe'."

(Flair, 4 december 2013)

Evaluatie – Dit eerste frame is zeer stigmatiserend omdat het de zieke persoon zelf centraal stelt binnen een problematiserende definiëring van arbeidsongeschiktheid. Kort gesteld, de persoon in kwestie vormt een probleem omdat deze niet past in het plaatje van de gezonde mens voor wie werk noodzakelijk is als vorm van zelfverwerkelijking (zie ook de impact van het *healthism* – p.17-19). Dit heeft eveneens betrekking op gedragingen die het gevolg zijn van de ziekte (bijvoorbeeld de manier van stappen), maar die door de omgeving niet met deze in verband worden gebracht. Hierbij stelt de persoon zich eveneens bloot aan een veroordeling omwille van het overtreden van regels inzake gepast gedrag in het openbaar (zie bijvoorbeeld Nijhof 2011). Dit frame kan men ook in verband brengen met de wijze waarop de personen met psychische aandoeningen bejegend worden (zie p.15 & 16).

De zieke wordt zodoende binnen dit frame de 'Andere' (scheiding tussen *zij* en *wij*) die men in verband brengt met negatief geladen stereotypen. Dat deze negatieve zienswijze ook leeft bij de zieken zelf, en hen met schuldgevoelens op kan zadelen, blijkt uit het volgende fragment.

"Ik ben hoger opgeleid. De vuilnismannen gaan werken om mij te betalen, ik vind dat verschrikkelijk. Als je dan ziet wat die maar verdienen, die dragen dan bij om mij een hogere uitkering te geven. Dat wringt."

(Focusgroep, 17 maart 2014)

Dit impliceert dat men de sociale legitimiteit van de betrokkenen in vraag stelt. Hetgeen de zieke ertoe dwingt zich steeds weer opnieuw te moeten verantwoorden en te legitimeren ten opzichte van de rest van de samenleving en ten aanzien van zichzelf (Focusgroep, 13 & 17 maart 2014).

Dit frame is zonder twijfel problematisch. De ziekte verzwakt de maatschappelijke positie van de betrokken personen, of brengt deze alleszins onder druk. Dit omwille van het verlies aan inkomen, aan sociale interacties enzovoort. Dit frame geeft aan dat de personen daarenboven het slachtoffer worden van al dan niet rechtstreeks uitgesproken morele veroordelingen, en van sociale uitsluiting. Hier is het als het ware de samenleving die de zieken uitsluit en 'wegduwt'. Het gevaar bestaat dat de persoon geconfronteerd wordt met een verlies aan sociale steun en een toenemende sociale stress. Hierdoor ontstaat een ziekmakende wanverhouding tussen kwetsbaarheid en ondersteuning (Schepers 2007). Met andere woorden, er ontstaat een vicieus mechanisme die bij de persoon negatieve gevoelens en zelf depressies teweegbrengt.

3.1.2 Counterframe: Anders Leven

Algemeen – Het counterframe 'Anders leven' houdt in vergelijking met het vorige frame een perspectiefwissel in, en is daarom aan te duiden als een counterframe. Deze keer staat namelijk niet de reactie van de omgeving en het leven van de niet-zieken centraal. In plaats daarvan ligt de nadruk op de zieke persoon zelf, en op de wijze waarop deze met de ziekte en de gevolgen ervan omgaat. De ziekte wordt hier dan ook opgevat als een soort van leerproces waaruit zich voor de betrokkenen een nieuw leven ontwikkelt. De nadruk verschuift van de competenties waarover men (tijdelijk) niet meer beschikt naar de competenties waarover men nog wél beschikt.

Uitgangspunt van dit frame is de stelling dat ziekte als het ware 'snijdt' in het volledige leven van de betrokkenen. Het heeft een ontwrichtend effect. Hiermee wordt bedoeld dat de ziekte de doordeweekse patronen en de kennis die de personen hanteren om deze patronen te onderpinnen overhoop haalt (Bury 1982). De ziekte doorbreekt de alledaagse vanzelfsprekendheid waarin mensen vertoeven. Door de onvoorspelbaarheid die het met zich meebrengt, brengt de ziekte het leven van de persoon aan het wankelen (Nijhof 2002). Dit is echter geen onoverkomelijke situatie en is daarom in se niet als problematisch te bestempelen. De zieken kunnen de greep op hun leven herwinnen door de ontwikkeling van een eigen verhaal, een persoonlijk ziekteverhaal. Dit doen ze door antwoorden te formuleren op vragen als 'waarom ik?', 'waarom nu?', en 'wat kan eraan gedaan worden?' (Schepers 2007). Door toedoen van dit ziekteverhaal trachten de betrokkenen de ziekte (en de gevolgen ervan) een plaats te geven in hun leven, hetgeen hen helpt opnieuw een gevoel van orde en eigenwaarde te krijgen. Hierdoor wensen ze de breuk tussen hun lichaam, 'ik' en wereld te reconstrueren en te herstellen. Via deze reconstructie streven ze ernaar hun verleden, heden en henzelf opnieuw op één lijn met de samenleving te brengen (Williams 1984). Hierbij gaan de personen zich aanpassen aan de situatie via het ontwikkelen van nieuwe attitudes, activiteiten en identiteit. In antwoord op de ziekte ontwikkelt de betrokkene een andere manier van zijn en leven (Nijhof 2002; Asbring 2001).

Verschijningsvormen – Het wegvallen van de alledaagse vanzelfsprekendheid vormt een belangrijk onderdeel van het frame 'Anders Leven'. Dit impliceert dat de ziekte als een probleem wordt ervaren. Het belemmert namelijk de betrokken personen bij het uitvoeren van taken die voor de niet-zieken als banaal worden aanzien. Door de ziekte worden deze echter voor de betrokken persoon een lastige karwei, zoals blijkt uit het volgende fragment.

"Uit bed komen is moeilijk. Koffie zetten lukt nog net. De fles melk opendraaien iets minder."

(De Morgen, 13 februari 2014)

Maar in dit frame impliceren deze belemmeringen niet – zoals in het eerste frame – dat *ziekte* en *non-activiteit* samenvallen, integendeel. Naast het hierboven aangekaarte biografische werk leggen de zieken (en hun naaste omgeving) zich ten eerste toe op het *ziekenwerk*: dit zijn alle taken die verband houden met het beheeren en voorkomen van crisissen, het beheeren van de symptomen, de kuur, en alle taken die verband houden met de diagnose. Daarnaast is er het *doordeweekse leven werk*, wat verwijst naar alle dagelijkse taken die het huishouden draaiende houden (Corbin & Strauss 1985; Nijhof 2002; Parsons et al. 2008). De zieke is hier dan niet een passieve persoon die men herleidt tot een ziekte. Het gaat eerder om een tegenovergestelde visie, zoals duidelijk blijkt in onderstaande fragmenten. De zieke is een menselijk wezen en een volwaardig lid van de samenleving. Hierbij vechten de betrokkenen de visie aan als zouden ze een last zijn (Galer 2012).

"On n'est pas que des malades, on avance dans la vie."

(Focusgroep, 17 maart 2014)

"Wij zijn geen zielige elementen, maar stuk voor stuk sterke mensen."

(Het Laatste Nieuws, 17 mei 2013)

"Nous sommes des gens comme les autres."

(Femmes d'Aujourd'hui, 4 oktober 2012)

Een belangrijke stap in de reconstructie van de betrokkene is de aanvaarding van de eigen situatie, de eigen limiet(en) en bijzondere aandacht over de competenties waarover men nog beschikt. De zieke moet zich als het ware verzoenen met het eigen lichaam. Zonder dit is het voor de betrokkenen moeilijk om verder te gaan, en te werken aan hun nieuwe leven, wat noodzakelijk is om de opinies van de niet-zieken over de zieken in een gunstige zin te beïnvloeden (Focusgroep, 17 maart 2014).

"Het is belangrijk om de knop te draaien. Het is beter om gelukkig te zijn met het enige dat je nog hebt, in plaats van ongelukkig te zijn over alles wat je niet meer niet hebt."

(Focusgroep, 17 maart 2014)

"S'accepter soi-même, nous d'abord, pour changer les opinions des autres."

(Focusgroep, 17 maart 2014)

De aanvaarding van de limieten loopt echter niet van een leien dakje. Het gaat hier om een moeilijke opdracht waarbij de persoon nood heeft aan ondersteuning, aan vaardigheden en tips die de persoon moet helpen in het dagelijkse leven met de gevolgen van de ziekte om te gaan. Hierbij kan het gaan om diverse zaken zoals het aanleren van ademen en stappen, het begeleiden van de persoon bij administratieve procedures, het inwerken op de voorstellingen van de betrokkene inzake de ziekte, het verlenen van financiële hulp bij het dragen van de kosten van de behandeling van de ziekte of de gevolgen ervan, of het aanleren van praktische regelingen die het dagelijkse leven gemakkelijker maken. In zeker zin gaat het erom de persoon in kwestie

een 'gereedschapskist' mee te geven waarmee hij zelf verder kan werken aan het nieuwe leven (Femme d'Aujourd'hui, 13 december 2013; Focusgroep, 17 maart 2014).

Deze hulp komt niet enkel van 'buitenaf'. Het beeld van de actieve persoon is hier eveneens aanwezig, meer bepaald door de plaats die activiteiten als vrijwilligerswerk en zelfhulpgroepen hebben binnen het frame. Niet enkel bieden beide de mogelijkheid om zich zinvol in te zetten in de samenleving. Ook gelden zelfhulpgroepen als belangrijke kanalen waarlangs de betrokkenen nuttige informatie uitwisselen. Daarenboven functioneren ze als plaatsen waar ze in contact kunnen komen met elkaar. Zo ervaren ze dat ze niet alleen zijn in de samenleving. Door hun bijdrage aan de integratie van personen in sociale netwerken werken zelfhulpgroepen de sociale isolatie waaraan zieken blootgesteld zijn tegen. Ze dragen bij tot een grotere ondersteuning en een verminderde kwetsbaarheid van de betrokkenen, wat – zoals ook blijkt uit onderstaande fragmenten – op deze een positieve invloed hebben (Schepers 2007).

"Als je psychische problemen hebt, is vrijwilligerswerk doen wat je recht houdt; het doorbreekt de eenzaamheid, geeft zin aan je leven."

(Focusgroep, 17 maart 2014)

"Sans le bénévolat, j'aurais été sous terre. Cela m'a permis de survivre et à dépasser ça."

(Focusgroep, 17 maart 2014)

Een laatste belangrijk aspect die dit counterframe benadrukt, is dat via hun 'leerproces' de zieken een eigen expertise opbouwen met betrekking tot hun ziekte, de gevolgen ervan en de manieren om hiermee om te gaan. Deze eigen volwaardige expertise heeft niet enkel een impact op het persoonlijke leven van de betrokkene. Deze kan namelijk als ervaringsdeskundige de opgebouwde expertise met lotgenoten delen. Ultiem kan de opbouw van een eigen expertise er ook toe leiden dat de onevenwichtige verhouding die normaliter bestaat tussen de zieke en professionele werkkrachten (bv. artsen) vermindert, of zich zelf omkeert (Focusgroep, 17 maart 2014).

Evaluatie – Doordat dit frame niet de persoon van de zieke als problematisch ziet, kan het aanzien worden als een belangrijk destigmatiserend frame. Het vraagt namelijk aandacht voor problemen als de ziekte en de gevolgen ervan voor de zieke en diens naasten, en het gebrek aan steun en begrip die de zieken ondervinden. Hierbij herleidt het de persoon niet tot een van de deelaspecten (de ziekte, het niet-werken) van deze. De persoon is hier een volwaardig menselijk wezen. Des te meer, het frame ziet zieken en niet-zieken en werkenden en niet-werkenden als volwaardige en gelijke leden van de samenleving. Deze gelijkheidsgedachte trekt zich door in het opeisen van een plaats in het beheren van de ziekte. De arbeidsongeschikte en invalide personen zijn binnen dit frame dan ook geen passieve subjecten, maar de creatieve actoren van hun zorg en eigen leven, wat een sterke *empowering* impliceert.

"Le malade doit devenir le gestionnaire de sa maladie, il doit devenir son gestionnaire."

(Focusgroep, 17 maart 2014)

3.1.3 Problematiserend Frame: Gatekeeper

Algemeen – Dit frame plaatst de regulering van de in- en uitgang van het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit centraal. In het bijzonder stelt het de institutioneel lagere positie van de zieke ten aanzien van de arts aan de kaak. De eerste loopt hierbij het gevaar niet te worden geloofd, hetgeen de legitimiteit van het statuut van deze persoon aantast.

Deze problematiek is een gevolg van de wijze waarop doorheen de vorige eeuw onze verzorgingsstaat zich heeft ontwikkeld. Kenmerkend voor deze is dat overheid de criteria vastlegt die de toegang tot de voordelen van het systeem van de sociale zekerheid reguleert. De officiële bepaling van wie ziek is ligt hierbij in de (exclusieve) handen van een specifieke groep, de artsen. Deze beschikken hierbij niet enkel over een wettelijk ondersteund monopolie op de uitoefening van de geneeskunde, ook genieten ze van een wettelijk beschermde technische autonomie. Dit houdt in dat het stellen van een diagnose en voorschrijven van een behandeling een exclusieve medische bevoegdheid is (Freidson 1970; Moran 2000).

In het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit wordt dan ook institutioneel bepaald dat het de artsen zijn die dienen te bepalen wie kan en mag genieten van de voordelen die de sociale verzekering biedt. Deze situatie impliceert echter dat er een onevenwicht bestaat tussen de arts(en) en de betrokken personen. De artsen zijn immers de poortwachters, of de 'gatekeepers'. Meer bepaald gaat het erom dat er hier sprake is van een institutionele tweespalt waarbij het verhaal van de leek van ondergeschikt belang is, vermits de arts deze naast zich neer kan leggen. Het is de mening van de professional die telt. Het probleem voor de betrokkene is echter dat deze de arts nodig heeft om de eigen situatie te kunnen legitimeren (Telles & Pollack 1981).

Verschijningsvormen – Binnen dit frame wordt de invloed op de positie van de betrokkene van de strikt binaire keuze (*arbeidsongeschikt* versus *arbeidsgeschikt*) die men op institutioneel niveau van de arts verwacht als problematisch ervaren (Focusgroep, 10, 13 & 17 maart 2014; Zie ook Lightman et al. 2009). Hierbij spitst het frame zich toe op zowel de interactie tussen de arts(en) en de betrokken personen, als op de geneeskunde zelf.

Deze interactie is een ontmoeting tussen twee perspectieven: dat van de 'professional' en dat van de 'leek'. Anders gesteld, hier heeft men te maken met het samenkomen tussen enerzijds wat men kan aanduiden als een *ziekte hebben* en anderzijds het *ziek-zijn*. De vraag is in hoeverre respectievelijk de door de artsen gehanteerde categorieën en de ervaringen van de betrokkene samenvallen. Een oefening die, zoals duidelijk blijkt uit volgend fragment, niet altijd eenvoudig is.

"Iemand met ontregelde suikerziekte, of iemand die een gezwel heeft of een arm gebroken, kan eenvoudig 'ziek' verklaard worden. Het is echter veel moeilijker om vermoeidheid, psychische klachten of chronische hoofdpijn objectief vast te stellen."

(De Standaard, 21 augustus 2013)

Het feit dat beide partijen verschillende talen hanteren (Freidson 1970) kan deze oefening bemoeilijken. Het gaat niet zozeer om het feit dat de betrokkenen verschillende talen spreken (bv. het Nederlands, Frans enzovoort), maar wel om de verschillende invullingen die deze personen geven aan noties zoals ziekte en gezondheid. Daarenboven kan men er op wijzen dat personen met bijvoorbeeld verschillende culturele achtergronden op een andere wijze hun symptomen beschrijven en duiden (Focusgroep, 10 & 14 maart 2014; Zie ook Zola 1966). Zo werd in een van de focusgroepen het voorbeeld aangehaald dat in bepaalde culturen iemand met de

diagnose diabetes meent dat het een legitieme reden is om arbeidsongeschikt verklaard te worden, hoewel de aandoening goed behandelbaar is. Ook heeft een verschil tussen de artsen en de betrokken persoon inzake hun sociale klasse een significante negatieve impact op de communicatie tussen beide partijen (Schepers 2007).

Niet alleen is er sprake van verschillen tussen de arts en de betrokkene. Tussen artsen onderling is eveneens sprake van belangrijke verschillen, en disputen. Dit betreft niet enkel hun behandelingswijzen (Payer 1988), maar ook de gehanteerde medische categorieën. Zo is in België '66% arbeidsongeschikt' de grens om te bepalen of iemand 'invalide' is, wat betekent dat de persoon tweederde van zijn of haar *verdienvermogen* heeft verloren. Hoe dat zo objectief gemeten kan worden, is een raadsel. De precieze aanduiding zou naar verluidt terug te voeren zijn naar het bepalen van de graad van invaliditeit bij oudstrijders, waarbij bijvoorbeeld het verlies van ieder vingerkootje voor een bepaald percentage invaliditeit stond. Een vingerkootje hier, een teen daar en ook nog een knieschijf, en dan alles optellen om het precieze percentage te berekenen. Zo luidde althans een van de sterke verhalen die in de focusgroepen aan bod kwamen.

Het moge duidelijk zijn dat medische categorieën, zeker in het geval van psychische aandoeningen, geen eenduidige (neutrale) weergave zijn van een biologische realiteit, maar ook taalkundig en dus in se sociale constructies. Dit houdt in dat ze fluctueren doorheen tijd en plaats (Schepers 2007), en het voorwerp van debatten en disputen tussen artsen kunnen zijn. Dit heeft tot gevolg dat betreffende het vraagstuk van de realiteit van een aandoening (bv. het Chronisch Vermoeidheidssyndroom – CVS) artsen zich kunnen opsplitsen tussen 'believers' en 'non-believers'. Disputen waarvan de zieke uliem de dupe is (Focusgroep, 10, 13 & 17 maart 2014; Zie ook Oldfield 2013).

"De huisarts kleefde er eindelijk een etiket op... maar de adviserend geneesheer was het niet mee eens en maande haar aan terug werk te hervatten."

(De WereldMorgen, 14 september 2013)

"Ils ont l'impression que "tout le monde à commencer par le corps médical est indifférent à ce qui leur arrive, parce qu'ils passent pour des affabulateurs ou des hypocondriaques, chez qui tout est 'dans la tête'..."

(Femmes d'Aujourd'hui, 13 december 2014)

"[ik] ben (...) bij verschillende dokters geweest. Ze zeiden allemaal hetzelfde: ga wat meer wandelen, dat zal je goed doen. En: het zit allemaal tussen de oren. Ik heb het geluk gehad dat ik bij een pas afgestudeerde huisarts terecht kwam die mijn klachten wél serieus nam en mij doorverwees."

(Het Laatste Nieuws, 17 mei 2013)

Evaluatie – Hoewel dit frame niet rechtstreeks bijdraagt aan de stigmatisering van de betrokken persoon heeft het wel een belangrijke rol te spelen. Het is namelijk hier dat deze al dan niet een institutionele goedkeuring verkrijgt, behoudt of verliest. Er is niet enkel sprake van de toegang tot de voordelen van de sociale verzekering, maar ook van de bepaling van de sociale legitimiteit van de situatie van de betrokkene in de samenleving.

Verschillende partijen (artsen en zieken) ontmoeten elkaar en trachten hun respectievelijke perspectieven te laten samenvallen. Dit kan eenduidig gebeuren (bv. bij een beenbreuk). Achter de institutioneel vastgelegde interactie tussen universeel geachte rollen als 'arts' en 'zieke' schuilt echter een realiteit waarin de particulariteiten van de betrokkenen een belangrijke rol spelen. De interactie tussen beiden ondervindt hierdoor de

invloed van de eigen bagage (bv. de taal, believer of non-believer) die elke partij met zich meedraagt. Dit frame wijst erop dat er een spanning bestaat tussen de wens om iedereen op een objectieve wijze te behandelen en een realiteit waarin de eigenheid van ieder een invloed heeft op de onderlinge interactie, zoals aangegeven werd in één van de focusgroepen (13 maart 2014):

"Un patient n'est pas l'autre, tout comme un médecin n'est pas l'autre."

Dit frame geeft dus aan dat een 'mismatch' tussen beide perspectieven mogelijk is. Hierbij lopen de zieken het risico dat de arts hen niet gelooft. Het probleem is dat deze laatste in vergelijking met de andere over een sterkere institutionele positie beschikt, wat tot gevolg heeft dat bepaalde personen ofwel niet in het stelsel geraken ofwel dat ze eruit geweerd worden, met frustraties en gevoelens van onrechtvaardigheid bij de betrokkenen als gevolg.

3.1.4 Counterframe: Polyfonie

Algemeen – Het centrale idee van het frame 'Polyfonie' is dat het nodig is om stemmen van meerdere (diverse) actoren in te schakelen indien de opzet is om de complexiteit van arbeids(on)geschiktheid te kunnen vatten. Het stelt met andere woorden dat het nodig is om de medische stem te combineren met een psychologische stem, een sociaal werkerstem, de stem van de patiënt... Dit moet het mogelijk maken om een verfijnd en beter onderbouwd oordeel op te stellen. De metafoor die dit frame vertegenwoordigt, is polyfonie, zoals bij een orkest de instrumenten op elkaar afgestemd zijn om een harmonisch geheel te kunnen vormen.

Verschijningsvormen – Wat dit frame aankaart, is dat arbeidsongeschiktheid en invaliditeit geen strikt geneeskundige vraagstukken zijn. Het gaat hier om bredere kwesties. Daarom is het ook beter om deze door meerdere personen te laten bepalen. Hierbij is elk van deze verbonden aan één van de facetten van arbeid, namelijk het biologische, psychologische en het sociale.

Binnen dit frame wordt dan ook gesteld dat de artsen, hoe bekwaam die ook zijn, niet alles kunnen weten. Het gaat hier over hoogopgeleide en ervaren professionals. Maar deze zullen de fenomenen steeds vanuit een medisch standpunt bekijken, zoals de wet hen ook voorschrijft. Dit brengt met zich mee dat het oordeel op medische gronden geveld zal worden. Echter, hierbij rijst de vraag in hoeverre men hiermee een 'correcte' en omvattende visie op een onderwerp als arbeids(on)geschiktheid bekomt. Uit de focusgroepen (10, 14 & 17 maart 2014) blijkt dat er meer bij komt kijken om te bepalen hoeveel van het verdienvermogen iemand verloren heeft. Dit wordt eveneens aangegeven in het volgende fragment uit de krant.

"En nog ingewikkelder is het om uit te maken in welke mate die aandoeningen al dan niet een persoon verhinderen om een bepaalde job uit te oefenen."

(De Standaard, 21 augustus 2013)

Evaluatie – Dit frame is van belang omdat het aangeeft dat er een andere manier kan zijn waarop men de arbeids(on)geschiktheid van de betrokken personen kan evalueren, zonder noodzakelijk de positie, de rol en de medische expertise van de artsen in deze in vraag te stellen. Hun kennis, kunde en ervaring in deze zijn nodig, maar er kan nood zijn aan meerdere visies om bepaalde vormen van arbeidsongeschiktheid adequaat in te schatten, niet in het minst aandoeningen met een psychische oorsprong. Psychologen, maatschappelijk werkers, en kinesitherapeuten zijn enkele die deel kunnen uitmaken van een multidisciplinair team. Ten slotte is er de stem van de persoon die arbeidsongeschikt is, of die dat niet meer is. Deze is eveneens van belang, als de voornaamste ervaringsdeskundige bij de beoordeling. Een goed werkend evaluatiesysteem is niet enkel belangrijk omdat hier de legitimiteit van de betrokkene op het spel staat. Ook kan hier reeds gewerkt worden aan de pistes die de persoon opnieuw naar een maatschappelijke participatie kunnen brengen.

3.1.5 Problematiserend frame: Labyrint

Algemeen – Het frame 'Labyrint' richt zich op hen die zich reeds in het systeem van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit bevinden. Het probleem hierbij is dat de regelgeving, die op zich gericht is op het helpen van mensen, hun participatie en herintegratie in de samenleving mogelijk ook kan hinderen. Het centrale framingbeeld dat daarvoor gebruikt wordt, is dat van het labyrint. De regels en procedures vormen een kluwen, waardoor de betrokkenen de uitgang van het doolhof niet meer vinden, erin verloren lopen, ook al kan aan de oorzaak waardoor ze erin verzeild zijn geraakt inmiddels verholpen zijn. In het labyrint sterven ze "een stille dood" (Focusgroep, 14 maart 2014), of zoals verwoord in onderstaande uitspraak:

"Deze patiënten zouden liever werken, maar boksen op tegen het systeem van arbeidsongeschiktheid waarin 'maar een beetje' kunnen werken lang niet zo eenvoudig is."

(Vlaams Patiëntenplatform, 20 augustus 2014)

Verschijningsvormen – Binnen dit frame wordt opgemerkt dat het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit niet meer afgestemd is op de hedendaagse samenleving. Zo kan het stelsel als 'verouderd' worden bestempeld omdat het verbonden is met de oorlogen van de twintigste eeuw (Focusgroep, 13 & 17 maart 2014). Onderstaande uitspraak legt de oorsprong van de wetgeving zelf nog verder in de tijd:

"De Belgische wetgeving die arbeidsongeschiktheid reguleert, stamt echter uit de tijd van Napoleon."

(De WereldMorgen, 14 september 2013)

Een volgend element dat aangekaart wordt, is het 'negatieve' karakter van het stelsel. Hiermee wordt erop gewezen dat het stelsel zich toespitst op de beperkingen van de betrokken personen. Daarbij komt dat ook het strikt karakter van het stelsel als een hinder wordt ervaren. Het feit dat het 'alles of niks' en 'zwart of wit' is, wordt ervaren als een rem op de (her)integratie van de betrokkenen (Focusgroep, 10, 14 & 17 maart 2014).

Daarbij komt dat de betrokkenen ervaren dat de personen van wie men verwacht dat ze het stelsel kennen (bijvoorbeeld ziekenfondsen en sociale secretariaten) de indruk geven zelf het stelsel onvoldoende in de vingers te hebben. Zo worden de betrokken personen bijvoorbeeld geconfronteerd met papierwerk dat niet cor-

rect is ingevuld, of krijgen ze uit verschillende hoeken tegenstrijdige informatie voorgeschoteld (Focusgroep, 17 maart 2014). Het volgende fragment is daarvan een illustratie.

"Ik werk via progressieve werkhervatting halftijds en zit halftijds op invaliditeit. Een paar maand geleden wou mijn baas me een opslag geven door een verhoging van mijn anciënniteit. Ik kreeg zo een loonopslag van 100 euro netto. Maar toen ik mijn eerste loonbriefje kreeg, bleek mijn inkomen (samen met invaliditeitsuitkering) uiteindelijk 90 euro minder te zijn! Nochtans was ik op voorhand naar de sociale dienst van de ziekteverzekering geweest om advies in te winnen, die hadden me echter verzekerd dat ik niet minder zou krijgen."

(Netwerk tegen Armoede, 2 juli 2013)

Evaluatie – Dit frame problematiseert arbeidsongeschiktheid en invaliditeit door te wijzen op een paradox binnen het stelsel. Hoewel het gericht is op het helpen van zieke personen kan het deze laatste ook schaden.

De personen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit hebben het gevoel verloren te lopen in een complex systeem, dat daarenboven hun handelingscapaciteit beperkt. Dit is problematisch omdat het stelsel zo de maatschappelijke participatie van de betrokkenen dreigt af te remmen, en zelfs teniet te doen. De ambiguïteit van deze situatie kan het best weergegeven worden door onderstaande uitspraak:

"Invaliditeit, een tweesnijdend zwaard."

(Netwerk Tegen Armoede, 2 juli 2013)

Dit frame richt zich zodoende op de ongewenste effecten van het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Dit impliceert niet dat dit frame het stelsel 'as such' in vraag stelt, of wenst te ondergraven, wel komt naar voor dat er een nood bestaat om het stelsel te verbeteren, en het met zijn tijd mee te laten evolueren.

3.1.6 Counterframe: Draad van Ariadne

Algemeen – In dit frame staat het idee centraal dat iedereen ziek kan worden, en dat dit risico een bedreiging voor ieders levenskwaliteit kan inhouden. Maar dit risico wordt opgevangen door de hulp en bescherming die de sociale zekerheid biedt. Meer bepaald gaat het erom dat dankzij het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit mensen aan de benarde situatie waarin ze zich bevinden kunnen ontkomen. Te meer, het stelsel is er om hen te helpen de weg naar de samenleving te hervinden. Het stelsel is de draad (de steun, het baken) die hen uit de gevarezone leidt.

Bij dit frame behoort de assumptie dat mensen in se sociale wezens zijn, die om te overleven anderen nodig hebben. Tussen mensen bestaan zowel op persoonlijk, psychologisch en sociaal vlak wederkerige relaties. Allen zijn onderling verbonden door toedoen van meerdere onzichtbare draden die wederzijdse beïnvloeding mogelijk maken. Dit impliceert dat de handelingen van de ene persoon een invloed hebben op anderen, en vice versa (Elias 1998, 1997). De Ziekte- en Invaliditeitsverzekering is een dergelijk net van onzichtbare draden tussen een veelheid aan personen. Hierbij beïnvloeden de handelingen van zowel deze met wie de zieke rechtstreeks in contact staat (de artsen, de sociaal werkers...), als van deze met wie geen dergelijk rechtstreeks

contact bestaat, de levensomstandigheden van de zieke. Al deze draden zijn gericht op het ondersteunen en helpen van de personen geconfronteerd met arbeidsongeschiktheid. Zonder dit opvangnet zou het veel moeilijker zijn om de eigen levensloop weer op te bouwen.

Verschijningsvormen – Ziekte kan werkelijk iedereen overkomen in een arbeidscontext. De oorzaken kunnen erg divers zijn: het gevolg van bijvoorbeeld een ongeluk, de arbeidsomstandigheden, een relationele crisis, de druk(te) van de moderne samenleving enzovoort. De reden doet er in dit frame niet toe. Wat wel telt is dat de ziekte hier voor de betrokkenen fungeert als een signaal dat er iets schort. En dat, zoals blijkt uit onderstaand fragment, het voor hen beter is om 'een stap uit de tredmolen te zetten' (De Morgen, 1 februari 2014), en zich met zichzelf bezig te houden.

"Comme tout entrepreneur, j'étais sous pression, en suractivité permanente, explique-t-il. J'étais devenu esclave de mon cerveau. Sans cesse en mouvement, en création. Et petit à petit, ça m'est tombé dessus. Je n'ai rien vu venir. Ce sont mes collaborateurs qui ont mis le doigt sur le problème. J'étais moins organisé, moins cohérent. Mais je n'en avais pas conscience. Dans ces moments-là, on se sent invincible. Il n'en est évidemment rien! J'ai consulté et les médecins m'ont dit: il faut dire stop! Six mois d'arrêt au total. Je devais clairement débrancher la prise, c'était une question de survie."

(Le Soir, 4 december 2012)

Zonder het lijden van de betrokkenen te minimaliseren, erkent dit frame ook dat de ziekte een opportuniteit voor deze personen kan betekenen. Dankzij de afstand die ze (moeten) nemen en de ervaringen die ze opdoen omwille van hun ziekte, ontstaat voor hen de mogelijkheid om zich te 'vernieuwen'. Hetgeen impliceert dat ze beter of sterker uit de beproeving zijn gekomen. Dit komt duidelijk aan bod in volgende uitspraken.

"Je leert anders te denken, je relativeert en staat gelukkiger in het leven."

(De Tijd, 7 november 2013)

"Aujourd'hui, je suis bien plus heureuse qu'avant: je suis aussi productive que dans ma vie précédente, mais bien plus proche de moi-même."

(Gael, 22 mai 2013)

Hier zou men kunnen opmerken dat dit aspect overeenkomt met het frame 'Anders Leven'. In beide frames wordt de ziekte immers geschetst als een 'leerschool'. Het fundamentele onderscheid tussen beide frames is echter dat bij het 'Anders Leven'-frame de betrokken personen nog ziek zijn, terwijl deze in het frame 'Draad van Ariadne' de ziekte achter de rug kunnen hebben en de ondersteunende aspecten van het verzekeringsstelsel meer aandacht krijgen.

De ziekte is niet enkel een opportuniteit om een andere visie op het leven in het algemeen aan te nemen, of om (vroegere) problemen op te lossen. Ook kan het een moment zijn waardoor men nieuwe wegen inslaat, of nieuwe passies ontdekt. Dat is een element dat aan bod komt in volgende uitspraak:

"Je me suis retrouvée du jour au lendemain en arrêt de travail...et je suis allée acheter des perles. J'ai commencé à faire des bijoux et, de fil en aiguille, je me suis mise à les vendre."

(Le Soir, 30 november 2011)

Evaluatie – Dit frame is een prima deproblematiserend frame. Bij dit frame vindt men namelijk de meest ideale voorstelling van het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit terug. Dit systeem biedt de zieke, de persoon in nood, hulp en bescherming waar deze recht op heeft. Het gaat er ook om dat de betrokkenen deze steun nodig hebben om zich opnieuw op de been te krijgen. Het stelsel doet met andere woorden op passende wijze waar het voor ontworpen werd.

Men kan zeggen dat binnen dit frame het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit een legitieme veiligheidsklep is, zowel voor de samenleving als voor de betrokken personen. Deze laatste krijgen zo de mogelijkheid om te focussen op de ziekte, en het herstel. Ook voor de samenleving is het stelsel nuttig. Het maakt het mogelijk om de werkende leden ervan bij te staan eens ze door ziekte getroffen worden. Eens hersteld kunnen ze hun rol in de samenleving weer opnemen, of een nieuwe rol aannemen.

3.1.7 Problematiserend frame: Fraude



Figuur 9. Ziek zijn is een keuze

(<http://www.dub.uu.nl/trefwoord/cartoon?page=2>)

Algemeen – Binnen het 'Fraude'-frame wordt een verband gelegd tussen het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit en de notie van fraude. Het gaat hier dus om personen wiens genot van een vervangingsinkomen door de rest van de samenleving als illegitiem erkend wordt. Hierbij is sprake van een scherpe veroordeling van personen die met kwade bedoelingen doelbewust eropuit zijn om publieke middelen te misbruiken.

Verschijningsvormen – Binnen dit frame is fraude – en de daarbij betrokken personen – een 'bedreiging' en een 'last' voor de rest van de samenleving. Met bedreiging wordt verwezen naar het feit dat de fraude een

zodanig grote proportie heeft aangenomen dat het de Sociale Zekerheid bedreigt, omdat het de middelen van deze laatste danig onder druk zet. Hierbij schaden de 'bedriegers' deze personen die echt nood hebben aan de steun van de Sociale Zekerheid. Vervolgens vormen de personen in kwestie een last. Voor hun werkgever betekenen ze een financiële last. Daarbij komt nog dat ze hun collega's ook benadelen. Deze dienen namelijk de taken van de misbruiker over te nemen. Deze aspecten komen aan bod in onderstaande fragmenten.

"La fraude (...) est ignoble. Elle produit des coûts sociaux immenses pour les entreprises et les contribuables."

(Le Soir, 24 december 2012)

"We moeten ervoor zorgen dat diegenen die het echt nodig hebben, meer krijgen."

(De Tijd, 14 december 2013)

De oorzaak voor dit misbruik is de verkeerde mentaliteit van de betrokken personen of dat deze niet – of niet meer – willen werken, wat scherp veroordeeld wordt. Dit kan erop wijzen dat arbeid binnen dit frame bijna als een verplichting geldt.

"Ze willen niet meer werken."

(De Standaard, 20 augustus 2013)

Een andere mogelijkheid is dat de betrokken personen nog wel willen werken, maar dan in het 'zwart'. Naast hun uitkering wensen ze ook nog een financieel voordeel te halen uit dit 'zwart werken'. Dat de betrokkenen doelbewust te werk gaan, komt extra in de verf te staan doordat er in dit frame gebruik gemaakt wordt van het beeld van een complot, en/of van het beeld van de listige fraudeur (Focusgroep, 10, 14 & 17 maart 2014). De volgende uitspraken illustreren dit passend:

"Ook de bazen van de ziekenfondsen werken de misbruiken mee in de hand."

(De Standaard, 20 augustus 2013)

"Samen met enkele schimmige dokters adviseerden ze de uitgebluste brandweer- en politiemannen hoe ze de dokters en controleurs van hun blijvende arbeidsongeschiktheid moesten overtuigen."

(Het Nieuwsblad, 9 januari 2014)

Evaluatie – Dit frame bevat een sterk moraliserende (negatieve) ondertoon. Daardoor gaat het hier om een veroordeling van zij die men als fraudeurs voorstelt. Dergelijke veroordeling gaat gepaard met een scherp onderscheid tussen de echte zieke en de valse zieke. Er is dus sprake van een sterk binair denken. Deze denkwijze wordt nog versterkt door de nadruk die hier op de individuele oorzaak van de fraude gelegd wordt, namelijk de (verkeerde) mentaliteit van de daders. De betrokken personen worden krachtig veroordeeld, en hun daden voorgesteld als het 'absolute kwade'.

Door dit scherp onderscheid tussen het goede en het kwade, en door de sterke focus op de mentaliteit van het individu bezit dit frame een sterk stigmatiserend potentieel. Het maakt een strikt onderscheid tussen twee groepen die als absolute tegenpolen worden voorgesteld, namelijk die van de wetsgetrouwe burgers enerzijds

en de criminele fraudeurs anderzijds. Het brengt hierbij beide groepen in verband met een scherpe binaire morele evaluatie van deze groepen. Daardoor verbindt het in zekere zin de personen die in arbeidsongeschiktheid en invaliditeit vertoeven met negatieve voorstellingen, en dan in het bijzonder met het 'criminele'.

3.1.8 Counterframe: De Plantrekker

Algemeen – Het centrale idee van dit frame is dat er mensen zijn die de regels en afspraken die er bestaan in het eigen voordeel proberen te benutten, maar daarom niet uit kwade bedoelingen. In het Vlaams wordt zo iemand een 'plantrekker' genoemd: een opportunist, maar met een eerder positieve connotatie. De beweegredenen kunnen bijvoorbeeld zijn dat men het vrij interpreteren en aftasten van het toelaatbare binnen een regelgevend systeem als een spel ziet of dat men wil aantonen dat er 'gaten' in zitten. Belangrijk daarbij is dat het hierbij geen fraude betreft, ondanks dat persoonlijk geldgewin een motivatie kan zijn, maar dat men ernaar streeft het maximaal mogelijke uit de regelgeving te halen, net zoals er een verschil is tussen belastingontwijking en belastingontduiking. Er kan hierbij sprake zijn van onwetendheid, maar evenzo kan het zijn dat de plantrekker een specialist in de materie is en dus doelbewust de regelgeving naar zijn hand zet, zoals een fiscalist bij het belastingsysteem. Toegepast op arbeidsongeschiktheid en invaliditeit houdt deze opvatting in dat de personen in kwestie erg actief zijn en ernaar streven binnen de eigen leefsituatie zelf vorm te geven aan hun leven, en er het beste van te maken naargelang de gegeven omstandigheden. Hierbij kan het echter voorkomen dat ze bewust of onbewust ethische regels overtreden. Dit is vergelijkbaar met de discussie rond belastingparadijzen.

Op het eerste gezicht vertoont dit frame een gelijkenis met het 'Fraude'-frame. Beide hebben namelijk een gemeenschappelijke basis: de overtreding door de betrokken personen van publieke regels. Maar er is een belangrijk verschil. In het 'Fraude'-frame is er sprake van een vrij radicaal zwart-wit perspectief. Het 'Plantrekker'-frame hanteert een meer genuanceerd beeld, omdat het rekening houdt met motiveringen die men als 'verzachtende omstandigheden' zou kunnen aanduiden. De veroordeling van de betrokken personen is hier dus in vergelijking met het 'Fraude'-frame minder scherp. In bepaalde omstandigheden (ziekte, kinderen, een leven in armoede enz.) worden zij die arbeidsongeschikt of invalide zijn misschien gedwongen om te bekijken wat het systeem mogelijk maakt. Naast onwetendheid kan het dus ook gaan om bewuste fraude die te vergelijken valt. Het is dan hun 'overlevingsinstinct' dat mensen ertoe aanzet niet te doen wat wettelijk, maar wat nodig is. Het frame wijst erop dat niet alle inbreuken op de publieke regels vanuit slechte of zelfs criminele bedoelingen gepleegd worden. Er kan begrip voor de achterliggende motiveringen worden opgebracht, zonder ze noodzakelijk goed te keuren.

Verschijningsvormen – Dit frame wijst in eerste instantie op de verhouding tussen de betrokken personen en de regelgeving als oorzaak van de vermeende fraude. Hiermee wordt ook duidelijk dat het systeem dat arbeidsongeschiktheid en invaliditeit regelt zeer complex is, en dat de betrokkenen hierbij in feite weinig tot geen kennis van de regels van het spel hebben. Hierdoor kan het gebeuren dat ze daden gaan stellen die men wettelijk gezien als fraude kan omschrijven, bijvoorbeeld als arbeidsongeschikte persoon een buur helpen met het metselen van een muurtje, voornamelijk als vriendendienst maar er toch wat voor betaald krijgen. Het is mogelijk dat hierbij de regels niet moedwillig overtreden worden. Het is eerder het gevolg van onwetendheid. Ten tweede kan het zijn dat personen er bewust voor kiezen om in het stelsel van arbeidsongeschiktheid te stappen of te blijven, omdat de voordelen ervan opwegen tegen deze van het opnieuw aan de slag gaan (*le piège à l'emploi*) (Focusgroep, 10 & 14 maart 2014).

Een ander belangrijke component van dit frame is dat het ook verwijst naar de culturele elementen die het gedrag van mensen beïnvloeden. Zo kan het zijn dat men binnen bepaalde culturele groepen spanningen tussen familieleden of diabetes gaat aandragen als reden om arbeidsonbekwaam verklaard te worden. Een andere illustratie is dat men binnen een bepaalde groep er liever voor kiest om als arbeidsongeschikte/invalide erkend te worden dan als werkloze door het leven te gaan. Binnen bepaalde culturele groepen kan dit immers als uiterst beschamend voor de betrokken persoon gepercipieerd worden. Een erkenning als arbeidsongeschiktheid kan de betrokkene dan ook helpen de eer hoog te houden (Focusgroep, 10 & 14 maart 2014).

Eveneens wordt in dit frame erop gewezen dat mensen het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit wensen te gebruiken als een vluchtweg uit de professionele wereld. Hierbij wordt de notie van arbeid niet in vraag gesteld. Eerder gaat het erom dat de betrokkene bijvoorbeeld uitgeblust is geraakt, of niet meer de energie heeft om nog mee te draaien. Ook kan de professionele context zodanig zijn geëvolueerd dat de betrokkene niet meer meekan. Ten slotte kan het ook zijn dat de werkgever zich wenst te ontdoen van de persoon in kwestie, maar zonder deze te moeten ontslaan (Focusgroep, 10 & 14 maart 2014).

Evaluatie – Dit frame heeft een zeker destigmatiserend potentieel omdat het niet zozeer de betrokken personen viseert, maar de aandacht vraagt voor de interactie tussen de betrokkenen en de bredere context waarin deze handelen. Dit laatste wordt zodoende niet vanuit een eng individueel perspectief bekeken, zoals in het 'Fraude'-frame. Hier is eerder sprake van een contextualisering van het handelen door het perspectief van regelgeving, cultuur en werk. Zodoende oppert het in feite de vraag wat men zou doen moest men zich in een gelijkaardige context bevinden.

Het is van belang om hierbij in te zien dat begrijpen waarom iemand handelt niet een vergoelijken van deze handelingen impliceert. Het frame zou kunnen helpen om meer nuance in het debat te brengen. Echter, voor een overheidsinstelling als het RIZIV lijkt dit counterframe minder gunstig om te gebruiken, omdat het geïnterpreteerd kan worden als een vergoelijken van fraudeurs.

3.1.9 Problematiserend frame: Kanarie in de Mijn



Figuur 10. Modern Times

(Bron: La Libre Belgique, 28 november 2013)

Algemeen – Dit frame gaat expliciet in op de relatie tussen ziekte en arbeid, en gebruikt daarvoor de 'mijn-kanarie' als metafoer. Kanaries werden namelijk mee de mijn ingenomen omdat ze bijzonder gevoelig zijn voor giftige gasvorming. Zodra zij het loodje legden, wisten de mijnwerkers dat er gevaar dreigde. Net zo legt het

stelsel van arbeidsongeschiktheid een intrinsieke band tussen ziekte en arbeid. Maar in dit frame gaat het niet zozeer om de visie dat de ziekte een belemmering van de arbeid vormt. Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit zijn geen, of niet louter, tekenen van een (individuele) biologische storing (de ziekte), maar waarschuwingssignalen van ruimere fenomenen, zoals de arbeidsorganisatie en het functioneren van de arbeidsmarkt. In dat opzicht vormt niet de persoon met de arbeidsongeschiktheid de kern van het probleem, maar de sociaal-economische context waarbinnen die zich bevindt. Het is deze bredere context die voor verbetering vatbaar is (zie ook Figuur 10), net zoals in de mijn de aandacht moet gaan naar de gasontwikkeling als centraal probleem dat de aandacht verdient. Het heeft immers geen zin om alleen maar de kanarie te vervangen.

Men kan de gedachtegang van dit frame illustreren aan de hand van de binnen de studie van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen befaamde *Wilksonhypothes*e. Deze stelt dat de mate van waarschijnlijkheid op overlijden varieert met de mate van sociale gelijkheid in een samenleving. Kort gesteld, mensen in een ongelijke samenleving hebben een hogere waarschijnlijkheid op overlijden dan deze die in een gelijke(re) samenleving leven, en vice versa (Beck 2001). Factoren die het strikt biologische overstijgen beïnvloeden zodoende een biologisch fenomeen als overlijden. Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit vormen in dat opzicht tekenen aan de wand voor een onderliggende, veel meer omvattende problematisering.

"Door het in kaart brengen van verzuim kan u heel wat te weten komen over de organisatiecultuur, de stijl van leidinggeven en de impact ervan, de organisatie van het werk, de individuele werkbelasting, de emotionele, fysieke en mentale gezondheid van uw medewerkers en vele andere knelpunten. Verzuim is vaak de aanleiding om heel wat meer aan te pakken."

(VOKA, 1 mei 2013)

"Le burn-out met en évidence un nouveau rapport au travail."

(Le Vif, 7 juin 2013)

"Quand un employé va mal, ça veut dire que l'organisation du travail n'est pas optimale."

(Moustique, 15 januari 2014)

Versijningsvormen – De kern van het 'Kanarie in de mijn'-frame bestaat uit een relationele benadering van ziekte en invaliditeit. Dit houdt in dat deze gezien worden als het gevolg van een interactie tussen elementen die zich op verschillende niveaus bevinden. Meer bepaald is er sprake van een (ziekmakende) wisselwerking tussen de vereisten van het kapitalisme (*macroniveau*), de manier waarop arbeid is opgevat en georganiseerd (*mesoniveau*), en de capaciteiten en behoeften van de personen (*microniveau*). Door deze wisselwerking ontstaat een spanningsveld dat de personen zodanig onder druk kan zetten dat deze als het ware 'breken'.

Binnen dit frame kunnen sterk moraliserende oordelen voorkomen. In onderstaand fragment bijvoorbeeld wordt een duidelijk verband tussen het kapitalisme en ziekte als gevolg van arbeid gelegd. Deze wordt dan ook opgevat als zijnde een gevolg van de situatie van 'uitpersing' (zie Figuur 11) waaraan personen blootstaan (Focusgroep, 17 maart 2014; Zie ook Schepers 2007).



Figuur 11. De citroenloopbaan

(Bron: De Standaard, 24 augustus 2013)

"Le capitalisme tue! Il tue à petit feu les travailleurs rendus malades par la pression et les nouvelles techniques de management destinées à les pressurer un maximum en un minimum de temps, tout en les isolant de leurs collègues. Loin d'être le fruit d'une fragilité psychologique individuelle, l'explosion de la consommation d'anxiolytique et la multiplication des 'burn-out' sont le produit d'un fonctionnement étudié et enseigné dans les écoles de management avec pour seul but l'augmentation des profits à court terme."

(Le Soir, 19 februari 2013)

Ook worden binnen dit frame – dit keer zonder noodzakelijk het kapitalisme te veroordelen – de waarden en kenmerken van neoliberale kapitalistische samenlevingen als schadelijk voorgesteld. Deze zijn namelijk verantwoordelijk voor de ziekte van de betrokken personen, zoals verwoord in het volgende fragment.

"Nous évoluons dans une société qui met en avant des valeurs qui ne nous conviennent pas: l'individualisme, la vitesse, la compétition, le peu de soin porté aux autres. Ces valeurs usent les salariés, tuent le collectif."

(Le Vif, 3 januari 2014)

Ten slotte kan er op gewezen worden dat dit frame ook een historisch perspectief bevat. Hierbij wordt aangegeven dat door de historische wijzigingen, de personen met een aandoening die vroeger wel nog konden meedraaien in de samenleving en op de arbeidsmarkt, voortaan door deze wijzigingen als het ware weggeduwd worden (Focusgroep, 13 maart 2014). Met andere woorden, historische ontwikkelingen kunnen eveneens arbeidsongeschiktheid produceren (Qureshi et al. 2014).

"Doordat jobs zo complex geworden zijn, door de vraag om flexibiliteit en het hoge arbeidstempo kunnen mensen die vroeger met een bepaalde chronische aandoening nog hun taak konden verrichten, dat nu niet meer aan."

(De Standaard, 21 augustus 2013)

Evaluatie – Dit frame legt de nadruk niet op de zieken, maar op de onderliggende, oorzakelijke contextuele factoren. Dit frame is dus interessant omdat het de betrokken persoon niet problematiseert. Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit (en ziekte) vormen wel degelijk een probleem binnen dit frame, maar om eraan te verhelpen moet er meer gebeuren dan de arbeidsongeschikte en invalide persoon te genezen en weer aan het werk te zetten. Deze personen worden hier gezien als indicatoren van een problematische verhouding tussen diverse niveaus, en dit binnen specifieke historische ontwikkelingen. Hoewel het hier gaat om een problematiserend frame bezit het een destigmatiserend potentieel omdat het frame een ruimere definitie voorschrijft die het individu overstijgt. Hierbij maakt dit frame de arbeid niet zwart, noch stelt dit frame arbeid als waarde of norm binnen de samenleving in vraag, maar benadrukt dat de wisselwerking van de verschillende niveaus (werkgevers, werknemers, arbeidsvoorwaarden, economisch bestel enzovoort) eveneens werkende mensen arbeidsongeschikt kan maken.

3.1.10 Counterframe: Win-win

Algemeen – Daar waar het vorige frame focust op het thema ziekte en arbeid, gaat het 'Win-win'-frame in op de aandacht die nodig is voor de gezondheid en het welzijn van de werknemers, omdat deze een integraal onderdeel van arbeid vormen. Indien men een systeem verkiest waarbij mensen ingezet worden om arbeid te verrichten, zij het tegen betaling, dan moet men ervoor zorgen dat dit in goede omstandigheden kan gebeuren. Dit frame kan men bijgevolg plaatsen binnen de *corporate social responsibility* gedachte: een bedrijf dient het 'goede' te doen op vlak van een ruim aantal maatschappelijke thema's, zoals vervuiling, discriminatie en welzijn (L'Etang 1994; Carroll 1999; Dyllick & Hockerts 2002). Louter focussen op bedrijfsresultaten en winstmarges volstaat dan niet.

Indien een organisatie mensen inhuurt om arbeid te verrichten, moet dit bedrijf ook bereid zijn om eventuele uitval van werknemers op te vangen. Het een kan niet zonder het andere. Er moet sprake zijn van een symbiose, waarbij *alle* partijen voordeel halen uit de samenwerking en er zich goed bij voelen. Daardoor ontstaat een win-winsituatie: de organisatie realiseert een meerwaarde uit de inzet van arbeid en de ingehuurd werkrachten weten dat tegenover hun engagement en inzet niet alleen een loon staat, maar ook een verzekering tegen arbeidsongeschiktheid.

Verschijningsvormen – Allereerst is het van belang om aan te geven dat dit frame een vernieuwing aankaart. Dit impliceert dat het frame staat voor een (radicale) breuk met het verleden, en met de praktijken van deze. Vooral wordt hierbij aangegeven dat een bredere kijk op de fenomenen noodzakelijk is, wat moet bijdragen aan een vlottere aanvaarding van dit frame.

"Le bonheur est la nouvelle valeur en hausse dans le monde du travail. Après avoir mis les employés sous pression, après avoir chanté la productivité sur tous les tons, après avoir installé un climat anxigène lié à la crise, les managers les plus avant-gardistes se penchent sur une nouvelle donne: le bien-être de leurs collaborateurs"

(Gael, 22 mei 2013)

Interessant aan dit frame is dat het de aandacht voor de gezondheid (welzijn) van de werknemers omschrijft als een vereiste voor de organisatie, en bij uitbreiding voor de samenleving (zie fragment). In lijn met maatschappelijk verantwoord ondernemen wordt deze noodzaak hier echter niet negatief verwoord, in de zin van een gebod. Het is zodanig verpakt dat het voor de bedrijven als een *vanzelfsprekendheid* overkomt. Meer bepaald gaat het erom dat de voordelen van de aandacht voor de gezondheid van de werknemers worden aangekaart. Wanneer organisaties zich inzetten voor het geluk van de personen betekent dit niet enkel een voordeel voor deze laatste, maar ook voor de organisaties (bijv. hogere productiviteit, toegewijde medewerkers, grotere medewerkertevredenheid enzovoort). Dit blijkt uit de volgende tekstfragmenten.

"Je suis un capitaliste et je fais des bénéfices. Mais plus je me soucie du bien-être dans mon entreprise, plus la courbe de mes profits se hisse vers les hauteurs. La seule solution pour être rentable est d'être bien."

(Le Vif, 3 januari 2014)

"La prise en compte de la parentalité des travailleurs n'est pas génératrice de coûts, bien au contraire. Ne rien faire à ce niveau coûte cher, en absentéisme, en congés maladies dus au stress, en manque d'implication dans l'entreprise..."

(Femme d'Aujourd'hui, 5 september 2013)

"Door begrip op te brengen, krijg je gelukkigere werknemers die zich in ruil wellicht ook dankbaar en loyaal zullen opstellen."

(Het Laatste Nieuws, 15 januari 2014)

Het is en blijft een frame dat zich toespitst op de bedrijfswereld, vandaar dat productiviteit, dus de economische pijler, nog steeds voorop staat, maar waarbij een evenwicht met de sociale pijler als cruciaal wordt gezien. Hierdoor is er oog voor de impact van de interactie tussen de werkvloer en de personen die op deze werkvloer vertoeven. Met andere woorden, dit frame erkent dat deze dimensies een structureel onderdeel van arbeid vormen.

Een voornaam aspect van dit 'Win-win'-frame is de specifieke definitie van gezondheid waar het voor staat, wat gevolgen heeft voor de wijze waarop de werkende persoon dient te worden benaderd. Meer bepaald maakt dit frame gebruik van een brede definitie van gezondheid. In tegenstelling tot de enge definitie van gezondheid – de afwezigheid van ziekte of handicap – geeft deze brede definitie er een positieve invulling aan: een toestand van volledige lichaam, geestelijk en sociaal welzijn (Schepers 2007). Gezondheid en welzijn zijn hier dus synoniemen. Het hanteren van dergelijke definitie impliceert dat dit frame de werknemer niet abstract ziet als een 'arbeidskracht', maar als een menselijk wezen met een biologische, psychologische en sociale dimensie.

Om deze win-wingedachte verder te illustreren kan het beeld van de acacia als metafoor gebruikt worden. Bij een bepaalde variant van deze plantensoort (*Acacia cornigera*) is er namelijk een bijzondere vorm van symbiose tussen de plant en mieren vast te stellen. De plant scheidt een zoetstof af waar de mieren verlekkerd op zijn. In ruil beschermt de kolonie mieren de plant tegen parasieten. Een dergelijk natuurlijk evenwicht, waar alle partijen wel bij varen en allen hun onafhankelijke positie bewaren, vormt hier het centrale framingidee. De mieren bieden bijkomend als voordeel dat ze de idee van 'werken' symboliseren.

Evaluatie – Dit is mogelijk een goed inzetbaar frame. Het geeft namelijk aan dat ziekte en gezondheid een structureel onderdeel van arbeid zijn. Hierdoor vormt arbeidsongeschiktheid geen oncontroleerbaar extern probleem. Door de gehanteerde definitie van gezondheid komt de nadruk te liggen op de notie van welzijn, en men gaat er bovendien vanuit dat het mogelijk is om deze gezondheid te beïnvloeden en te sturen. Arbeidsongeschiktheid wordt zodoende een door de betrokken personen en organisatie beheersbaar probleem.

Bij het 'Win-win'-frame zijn het de organisaties zelf van wie men verwacht dat ze de voorwaarden (de omgeving) creëren waarin het welzijn van de individuen zich kan ontwikkelen. Gezondheid als norm wordt hier een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid, waaraan men uiteindelijk ook het gedrag van bedrijven en organisaties kan gaan toetsen (Focusgroep, 14 & 17 maart 2014). Echter, deze verplichting is ook voordelig voor de betrokken organisaties. Gelukkige mensen zetten zich meer in en zijn uiteindelijk productiever.

3.2 Uitdagingen en oplossingen

Een frame creëert niet enkel een specifieke visie op wat al dan niet een probleem vormt, de oorzaken en gevolgen ervan. Ook kaart het uitdagingen en oplossingen aan. Dit onderdeel van het rapport gaat hierop in.

Bij de bespreking van de resultaten van het onderzoek tijdens de focusgroepen bleek duidelijk dat onder de deelnemers een sterke consensus bestond. Het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit vertoont mankementen. Een verbetering van het stelsel houdt in dat het dient te focussen op de sociale participatie van de betrokken personen. Uit de contacten met de verschillende stakeholders bleek ook dat ze zich konden terugvinden in de uitdagingen en frames die het onderzoeksteam hen voorhield. Deze werkwijze leverde verdere waardevolle inzichten en aanvullingen op voor het onderzoek. Op basis hiervan werden drie principes geformuleerd die naar een andere kijk op arbeidsongeschiktheid en invaliditeit kunnen leiden, en die de herintegratie van de betrokken personen gunstig kunnen beïnvloeden.

3.2.1 Arbeid

Aangezien de arbeidsongeschikte en invalide personen een dieper probleem aanwijzen, is het zinloos om enkel en alleen de personen te viseren. Het is nodig om de onderliggende oorzaken aan te pakken (= 'Kanarie in de Mijn'-frame) en te streven naar een gezond evenwicht en optimale symbiose (= 'Win-win'-frame). Dit impliceert dat het werken zo wordt georganiseerd dat het niet of minder uitgaat van een persoon die steeds beschikbaar moet zijn en zich flexibel moet opstellen. In plaats daarvan zou men kunnen opteren voor een organisatie van de arbeid op maat, waarbij de individuele behoeften en capaciteiten centraal staan. Hierbij is het echter van belang om steeds rekening te houden met de grootte van de organisatie en met de karakteris-

tieken van de sector waarin de personen werken. Sommige types arbeid laten namelijk een grotere flexibiliteit toe dan andere. Ten slotte werd ook gewezen op de dispariteiten tussen het statuut van de werknemer en de zelfstandige. Hetgeen door deze laatste als uiterst problematisch ervaren wordt (= 'Kanarie in de Mijn'-frame).

Alle deelnemers aan de focusgroepen stellen duidelijk dat welzijn en gezondheid op de werkvloer collectieve verantwoordelijkheden zijn. Een resem aan actoren (werknemers, werkgevers, overheid...) dienen deze ook op te nemen. Een goede (sociale) dialoog is meer dan ooit een vereiste om gezondheid en welzijn op de werkvloer te ondersteunen. Investerings in welzijn en gezondheid mogen daarbij ook niet opgevat worden als een economische last of als een hinder voor de organisaties. Gezondheid en welzijn op de werkvloer zijn immers belangrijke troeven waarbij zowel de personen, de bedrijven als de samenleving te winnen hebben. Gelukkige en gezonde personen zetten zich meer in en zijn ultiem productiever, en zijn geen 'kost' voor de bedrijven en de ziekteverzekering (= 'Win-win'-frame).

3.2.2 Competenties

Met het oog op de bevordering van de aanvaarding en destigmatisering van de getroffen personen is het belangrijk om de lekenopvattingen inzake ziekte, gezondheid en geen betaalde arbeid verrichten te nuanceren of te wijzigen. Deze mentaliteitswijziging kan gebeuren door relevante en accurate kennis inzake deze onderwerpen te verspreiden (= 'Abnormaal'-frame).

Voor de betrokken personen is het nodig om hun ziekte en de gevolgen ervan te kunnen integreren in hun (nieuwe) dagelijkse leven. Over welke competenties beschikt men nog wél? Iedere hulp is daarbij welkom, niet in het minst deze van het RIZIV. Het is van belang dat men bij deze hulp de zieke niet benadert als een 'passieve ontvanger' van zorg, maar wel als de actieve 'uitvinder' van deze. De biografische reconstructie waaraan de betrokkenen werken, kan via zelfhulpgroepen bestaande uit ervaringsdeskundigen ondersteund worden (= 'Anders Leven'-frame).

Met betrekking tot de relatie met de werkvloer stelt dit frame dat in de mate van het mogelijke maatwerk vanwege de werkgever aangemoedigd moet worden. Dit is niet enkel van toepassing op zij die wensen terug te keren naar het werk, maar ook op zij die reeds of nog aan de slag zijn. Met andere woorden, men dient evenveel aandacht te hebben voor het 'terugbrengen' van de persoon, als voor deze elementen die het 'blijven' ervan ondersteunen en stimuleren (= 'Anders Leven'-frame).

Daarenboven werd in de focusgroepen opgemerkt dat er risico's verbonden zijn met het weer aan de slag gaan van de betrokkenen. Meer bepaald, het gaat hier, ten eerste, om het gevaar voor *demotie*, een degradatie als tegengestelde van een 'promotie'. De persoon wordt als het ware opgesloten in jobs die niet in lijn zijn met zijn of haar competenties. Ten tweede zijn er de mogelijk kwalijke gevolgen van deeltijds werken op de uitkeringen bij hervatting. Om dit te counteren is het nodig om uit te gaan van een '*droit à l'essai*' voor de betrokken personen. Dit zou impliceren dat ze op een veilige wijze kunnen werken aan hun terugweg naar de arbeidsmarkt. Dit maakt het voor de betrokken personen mogelijk om het eigen zelfvertrouwen én de vertrouwensrelatie met de werkgever op te bouwen en/of te versterken. Natuurlijk impliceert dit dat men afstapt van het huidig binair denken *arbeidsgeschikt* versus *arbeidsongeschikt*, en een gradueel denken omarmt. Ten slotte is er sprake van mogelijke conflicten met collega's. De terugkeer naar de werkvloer – of naar een deeltijdse tewerkstelling – kan echter ook voor spanningen met deze laatste zorgen. Hierbij kan eraan gedacht worden om de leidinggevenden een rol te laten spelen. De terugkeer vanuit een langtermijnperspectief benaderen, kan aan deze de mogelijkheid bieden om duidelijke afspraken met de verschillende partijen te maken (= 'Anders Leven'-frame).

3.2.3 Regulering

Toegang & Uitgang

Inzake de toegang/uitgang is er sprake van een belangrijk probleem, zoals weergegeven in het 'Gatekeeper'-frame. Het is namelijk zo dat bij twijfel inzake de diagnose men mogelijk het verhaal van de patiënt in vraag stelt. Dit heeft tot gevolg dat de betrokken persoon in een wetenschappelijk en juridisch vacuüm belandt. Er is dus nood aan meer maatwerk. Met betrekking tot de betrokken artsen kan gewerkt worden aan een betere communicatie tussen de betrokken partijen, en aan het opstellen van aanbevelingen inzake 'good practices' voor de betrokken artsen.

De oplossing voor het hierboven aangekaarte probleem ligt deels in een demedicalisering van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Eerder dient gezocht te worden naar oplossingen die de betrokken artsen ondersteunen. Een piste bestaat erin de evaluatie van de toestand van de betrokken personen te gaan pluraliseren (= 'Polyfonie'-frame). Concreet hanteert men hierbij een biopsychosociaal model, waarbij de evaluaties in een multidisciplinair verband (artsen, psychologen, sociaal werkers, kinesisten, arbeidsgeneesheer,...) plaats vinden. Het multidisciplinaire team neemt niet alleen de persoon en de aandoening die tot arbeidsongeschiktheid heeft geleid in ogenschouw, maar de hele context. Dit zou dan bijvoorbeeld kunnen gaan over de gezinssituatie van de persoon – staat men er alleen voor? – of de mate van mobiliteit. In dit pluralistisch perspectief dient ook nagedacht te worden aan een opname van het woord van de betrokken personen. Dit kan gebeuren via deze verenigingen die de belangen van de patiënten verdedigen. Deze kunnen namelijk de betrokken personen bijstaan of vertegenwoordigen.

In het stelsel

Met betrekking tot deze personen die zich reeds in het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit bevinden, zijn eveneens duidelijke uitdagingen voor handen. Het huidige, al te complexe systeem van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit werkt namelijk de re-integratie van de betrokkenen tegen (= 'Labyrint'-frame). Het systeem richt zich immers vooral op de beperkingen, en niet op de capaciteiten van de betrokkenen. Ook kan men opmerken dat weinigen weten wat mag en niet mag. Dit geldt zowel voor de betrokken personen als voor zij die geacht worden deze te helpen.

Ook hier is er een kritiek op te tekenen wat het strikt binaire karakter van het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit betreft. Vanuit die optiek moet het systeem eenvoudiger, en zich richten op re-integratie. Hierbij is het fundamenteel om naar de betrokken personen toe meer en beter communiceren over wat mag en niet mag. Een piste is de inzet van '*gidsen*' of '*personnes ressources*' (= 'Draad van Ariadne'-frame).

Het gevaar bestaat dat de personen die in het stelsel vertoeven nooit meer de weg naar de arbeidsmarkt terugvinden, verstrikt in het kluwen van de arbeidsongeschiktheidsregelgeving. Hierbij is het belangrijk om niet te kijken naar de beperkingen van de betrokken personen, maar naar hetgeen ze (nog) kunnen (= 'Anders Leven'-frame). Daarom is het nodig om vrij vroeg afspraken te maken en de nodige informatie uit te wisselen betreffende een re-integratie op de arbeidsmarkt. Hier wordt ook gewezen op de gevaren van demotie en voor de kwalijke gevolgen van deeltijds werken op de uitkeringen bij hervatting.

Voor de personen in het stelsel is het nodig ruimte te scheppen die het hen mogelijk maakt om zich bezig te houden met hun ziekte. Ook moet er ruimte gelaten worden aan een zekere reflexiviteit. Dit impliceert een ondersteuning van de persoon bij diens zelfreflectie over de eigen manier van doen, het aanbieden van vor-

mingen en mogelijkheden tot herscholing. Hierbij dient eveneens niet gekeken te worden naar de beperkingen van de persoon, maar eerder naar hetgeen die nog kan en zelf in de toekomst zou kunnen doen. Ten slotte werd ook gepleit voor een flexibele arbeidsmarkt die een mogelijke carrièreswitch van de betrokkenen mogelijk maakt (= 'Draad van Ariadne'-frame).

Overtreden van de regels

Bij het 'Fraude'-frame komt naar voor dat men aangeeft dat de controle die misbruik moet indijken en de regels die het in de kiem moeten smoren, falen of dat ze alleszins te kort schieten, omdat ze niet goed georganiseerd of te laks zijn. Binnen het kader van dit frame wordt er dan ook voor gepleit om de controlemechanismen strenger te maken en ze strikter toe te passen. Ook moet men de controle-instanties uitbreiden en ze meer middelen ter beschikking stellen.

Het dient op te merken dat, hoewel de deelnemers aan de verschillende focusgroepen wel het bestaan van de fraude en de noodzaak van controle erkennen, ze toch een meer genuanceerde visie hanteren dan waar dit frame voor staat. Zo nemen zij de omvang van de fraude – zoals voorgesteld in het frame – op de korrel (= 'Plantrekker'-frame). Ook stellen ze dat het niet mag gaan om 'controleren om te controleren', maar eerder om een effectieve bestrijding van de fraude, en dat niet met het oog op 'de cijfers te doen dalen'. De controle mag de sociale participatie van de betrokken personen niet hinderen. Daarom is een duidelijke communicatie over hetgeen mag en niet mag van belang. Hierdoor is een belangrijke rol voor de 'gidsen' van de betrokkenen weggelegd (= 'Draad van Ariadne'-frame).

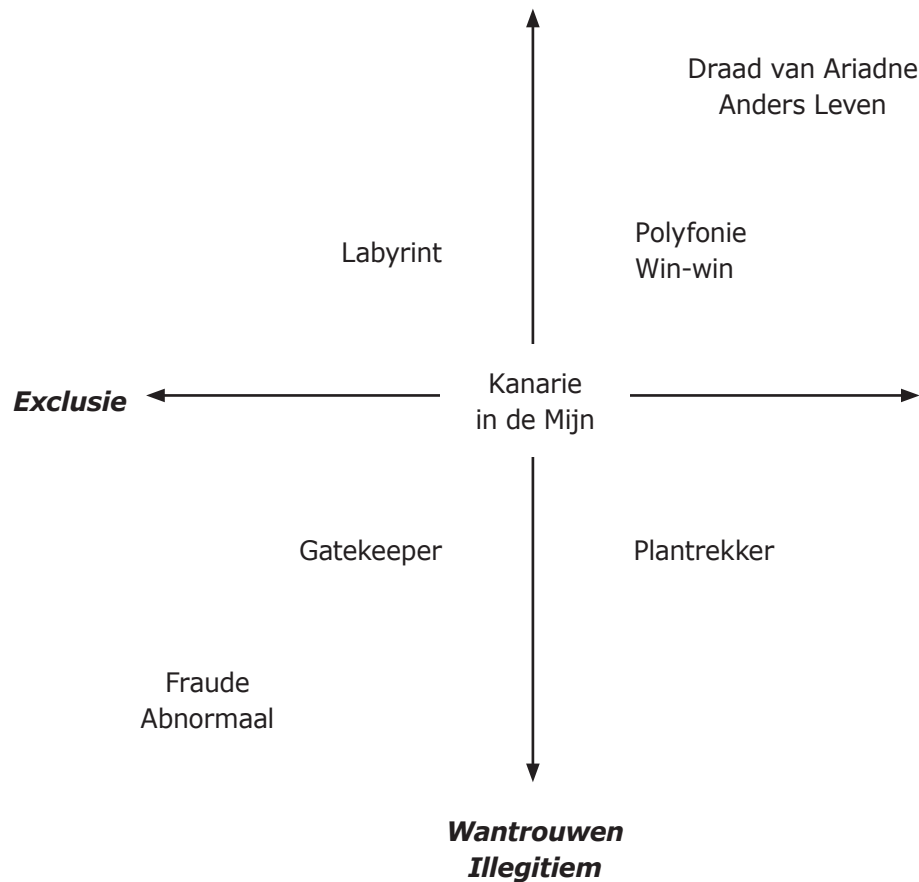
Om fraude tegen te gaan, bepleiten de deelnemers aan de focusgroepen voor een vereenvoudiging van het stelsel. Men dient hierbij de achterpoortjes in het systeem te dichtten, zonder echter het solidariteitsprincipe in gevaar te brengen. Een element waarop vele deelnemers terugkwamen, was het idee dat men bij de betrokken personen de juiste attitude moet stimuleren. In het kort, het gaat erom dat men bij de bevolking de nodige '*bürgerzin*' of '*culture citoyenne*' stimuleert waardoor men minder snel geneigd zal zijn om 'creatief' met de regels om te gaan.

4. COMMUNICATIE- ADVIES

4.1 Een geordende gereedschapskoffer

De vijf frames en vijf counterframes vormen samen een 'gereedschapskoffer' die iedereen die over arbeidsongeschiktheid en invaliditeit wil communiceren naar eigen inzicht kan aanwenden. De onderzoekers schuiven dus niet één frame naar voor dat in alle omstandigheden inzetbaar is. De frames hebben geen universeel karakter, wat inhoudt dat er eerst een afweging moet gebeuren in welke context ze ingezet moeten worden, om welke boodschap het gaat en wie de toehoorders zijn. Het is alvast niet zo dat alle problematiserende frames te mijden zijn en alle deproblematiserende frames de voorkeur hebben. Het counterframe 'De Plantrekker', bijvoorbeeld, geldt als een deproblematiserende variant voor 'Fraude', maar levert niet noodzakelijk een gewenst beeld op.

Het is niet zo dat de aangeboden gereedschapskoffer een bak is met een ongeordende hoop frames waarin de communicator op goed geluk kan graaien. De frames en counterframes verhouden zich namelijk op een specifieke manier tot elkaar. Dergelijke ordening werd hier bekomen door twee perspectieven te kruisen. Ten eerste werd vertrokken vanuit de doelstelling van dit onderzoek, namelijk het bevorderen van inclusie en het tegengaan van exclusie. De verschillende frames werden dan ook geëvalueerd volgens hun inclusief of exclusief karakter. Met andere woorden, staat er een verhaal van uitsluiting of insluiting centraal in de frame? In een tweede stap werd vertrokken vanuit overwegingen afkomstig uit de geraadpleegde literatuur, namelijk is er sprake van legitimiteit en vertrouwen of juist niet. Staan de eerste centraal in de frame, of is er eerder sprake van een frame dat de nadruk legt op het illegitiem karakter van de positie van de betrokken personen en wordt er verwezen naar een wantrouwen ten aanzien van deze laatste? Door de antwoorden op deze vragen te ordenen, werd het zodoende mogelijk om de frames in te delen volgens een as vertrouwen/legitiem enerzijds en wantrouwen/illegitiem anderzijds. Het resultaat van het kruisen van beide oefeningen is weergegeven in figuur 12.



Figuur 12. Verdeling van de frames en counterframes op twee dimensies: exclusie - inclusie en vertrouwen/legitiem - wantrouwen/illegitiem

Uit dit assenstelsel blijkt dat de problematiserende frames zich situeren aan de exclusiekant, dit in tegenstelling tot de deproblematiserende counterframes die neigen naar inclusie. Ook toont het assenstelsel aan dat de frames die zwaar ingaan op (negatieve) elementen van wantrouwen en exclusie, de frames 'Fraude' en 'Abnormaal' zijn. Hun tegenpolen zijn hierbij de frames 'Draad van Ariadne' en 'Anders Leven'.

Een aantal overwegingen is van belang bij het maken van een keuze tussen de frames en counterframes. Ten eerste is in achterhoofd te houden wat er 'leeft' bij de Belgische bevolking. Zoals blijkt uit de gegevens van Elchardus en Te Braak (2014) gelooft een meerderheid van de Belgen dat velen die zich in arbeidsongeschiktheid bevinden eigenlijk wel zouden kunnen werken, zoals reeds eerder in dit rapport aan de orde kwam. Deze vaststelling kadert binnen een breder geloof in het bestaan van een grootschalige fraude in België. Het 'Fraude'-frame vertegenwoordigt deze opvatting. Relevant is verder dat Elchardus en Te Braak suggereren dat inzake arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, de Belgen misschien verwachten dat de betrokken personen op alle vlakken inactief zouden moeten zijn, dat ze met andere woorden niet veel meer mogen doen dan in bed te liggen; de auteurs spreken hier over 'een onzichtbare medeburger'. Men zou kunnen stellen dat men blijkbaar van de zieke verwacht dat die zich aan het zicht van de anderen onttrekt. Dergelijke samengaan van ziekte en passiviteit vinden we terug in het 'Abnormaal'-frame. Net zoals het 'Fraude'-frame is dit een frame dat niet enkel problematiseert, maar ook gericht is op sociale uitsluiting en stigmatisering.

Als tegengewicht voor beide stigmatiserende frames is er het 'Plantrekker'-frame dat ons leert dat fraude bestaat en altijd zal bestaan. Het potentieel van dit frame schuilt er onder meer in dat het de mensen een spiegel voorhoudt: 'Wat zou u doen indien...?' Omdat het echter fraude met de mantel der liefde lijkt te bedekken, zou het een betere strategie zijn om het 'Abnormaal'-frame expliciet in vraag te stellen, waardoor ook het 'Fraude'-frame begint te wankelen. Het ondergraven van het 'Abnormaal'-frame moet het duidelijk maken dat buitenstaanders het gedrag van de personen in arbeidsongeschiktheid en invaliditeit onjuist beoordelen (Zie o.a. Nijhof 2011). Ook van belang is om daarbij het counterframe 'Anders Leven' een centrale plaats toe te kennen in de communicatie. Het stelt immers de persoon in arbeidsongeschiktheid centraal, zodat die als *actief* wordt gezien en beschikt over restcapaciteiten. Het frame wijst bovendien op de positieve rol van de Verzorgingsstaat: het solidair helpen en ondersteunen van personen.

De positieve rol van de Verzorgingsstaat komt eveneens aan bod in het 'Draad van Ariadne'-frame. Deze wijst erop dat de Verzorgingsstaat er is om de mensen te helpen wanneer ze zwak staan in het leven en de samenleving. Hier ligt een opportuniteit, want een overgrote meerderheid van de Belgen is zich bewust van de positieve gevolgen van de ziekteverzekering (Elchardus & Te Braak 2014). De 'Draad van Ariadne' vertegenwoordigt het ideale scenario, omdat deze helpt om te re-integreren in het reguliere arbeidscircuit. Indien de aard van de aandoening dit niet mogelijk maakt, zoals bij chronische of zeer ingrijpende aandoeningen, moet ingezet worden op het 'Anders Leven'-frame.

Ook leert het onderzoek van Elchardus en Te Braak dat in de bevolking twee opvattingen bestaan wat de hedendaagse toename van de arbeidsongeschiktheid betreft. Een eerste ervan legt de nadruk op het gebrek aan arbeidswil. De tweede daarentegen ziet in de toename van de arbeidsongeschiktheid een gevolg van de hedendaagse onzekerheid en werkdruk, dus van factoren die buiten de persoon liggen. Het is deze laatste opvatting die door een meerderheid van de Belgen gevolgd wordt en die perfect aansluit bij het problematiserende frame 'Kanarie in de Mijn'. Dit maakt meteen ook duidelijk dat een *problematiserend* frame niet per definitie een *problematisch* frame is en dat dus niet inzetbaar zou zijn in de communicatie. Ieder van de frames en counterframes bevat een kern van waarheid, maar kan niet de hele realiteit vatten. Het is in de combinatie ervan dat de nuance schuilgaat en een evenwichtigere beeldvorming mogelijk is.

4.2 De praktische inzet van de gedefinieerde frames

De praktische inzetbaarheid van de frames kan erg letterlijk worden genomen, in die zin dat het mogelijk is om ze uitdrukkelijk aan te duiden, ze te benoemen om zodoende mensen aan het denken te zetten. Zoals reeds aangehaald, het stigmatiserende karakter van de labels 'arbeidsongeschikt' en 'invalide' komen vooral tot uiting bij de frames 'Abnormaal' en 'Fraude'. Ondanks hun stigmatiserende karakter zijn het potentieel nuttige frames in de communicatie. De voornaamste reden hiervoor is dat de frames niet alleen denkkaders in de hoofden van buitenstaanders vormen, maar ook in de hoofden van mensen die arbeidsongeschikt zijn. Bij het proces van stigmatisering speelt het internaliseren van de stigma's bij de betrokkenen namelijk ook een rol. Zelfstigma in de context van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit houdt concreet in dat de betrokkenen schuldgevoelens ontwikkelen en erg begaan zijn met wat anderen over hen denken. Zo vertelde een getuige hoe ze, hoewel ze aan een ernstige vorm van de ziekte van Crohn lijdt, overdag het huis niet durfde te verduisteren om te kunnen slapen, "want wat zouden de burens dan wel niet denken?"

De samenleving is niet vrij te pleiten van het oordelen over mensen ("moet die niet in haar bed liggen, ze kon toch niet gaan werken?"), maar uit de focusgroepen blijkt dat de betrokkenen zich ook heel wat inbeelden, anticiperen op mogelijke reacties van anderen, vaak van wildvreemden. Dit weerhoudt mensen ervan om aan het sociale leven te participeren, en dingen te ondernemen die hun een gevoel van eigenwaarde kunnen geven, en zelfs in positieve zin kunnen bijdragen aan het genezingsproces. In een dialoog met deze mensen is het daarom goed om de denkkaders die zij hanteren te benoemen en ze in vraag te stellen. Hierna volgen enkele fragmenten uit de focusgroepen waaruit dit 'zelfstigma' blijkt. In het eerste fragment worstelt iemand ermee dat ze zichzelf erop betrapt de dingen die ze graag doet buitenshuis niet meer te ondernemen. In het tweede geval is er ook begrip voor het oordeel van anderen, net omdat ze de reacties ook bij zichzelf herkennen. In het derde voorbeeld zijn er ook schuldgevoelens ten aanzien van de werkende mensen.

"Ik ga soms niet naar het toneel, hoewel ik graag zou willen gaan. Niemand verwacht mij daar, denk ik dan. Zal ik er wel iemand kennen? Of gaat men het over dingen hebben die me niet interesseren? Als ik terug thuis kom, dan mag ik weer alleen thuis zitten, in een koud huis, maak ik me zelf wijs. Dat is waarom ik bepaalde dingen niet onderneem. Ik ken die momenten."

(Focusgroep 17 maart 2014)

"Maar ik dacht ook zo vroeger. Als ik zo iemand zag fietsen op de dijk, schoon gebruid: die heeft nogal tijd om te fietsen op de dijk. Als ik nu zo iemand zie fietsen op de dijk, zeg ik: Die heeft de moed om te gaan fietsen. (...) Ik heb het maar gesnapt toen ik het zelf had."

(Focusgroep 17 maart 2014)

"Ik besef heel duidelijk dat ik in België, dat ik hier ziek kan zijn, dat geeft bij mij een conflict. Ik ben ziek, ik ben niet ziek, heb ik recht op arbeidsongeschiktheid? Ik besef dat goed."

(Focusgroep 17 maart 2014)

Indien de rol van en de beperkingen van het wettelijk kader en de procedure geproblematiseerd worden, komen de frames 'Labyrint' en 'Gatekeeper' in aanmerking, waarbij het eerste frame vooral verwijst naar de regelgeving en het tweede naar de toekenning van de labels. Het problematiserende frame dat geschikt lijkt om de complexiteit van de problematiek aan te duiden, is het frame 'Kanarie in de Mijn'. Het trekt de hele problematisering wat meer open door het in te bedden in een maatschappelijke context. Het kan ten slotte ook nuttig zijn om, bijvoorbeeld in een debat, het gebruik van deze problematiserende frames bij een discussiepartner te herkennen en het gebruik ervan in vraag te stellen.

Indien de bedoeling is om op een andere manier over arbeidsongeschiktheid en invaliditeit te denken, kunnen de gedefinieerde counterframes soelaas bieden. In de focusgroepen die in het kader van dit onderzoek georganiseerd zijn, konden het 'Win-win'-frame en het 'Anders Leven'-frame op het meeste steun rekenen. Zij bleken de deelnemers het meest aan het denken te zetten. Om de counterframes 'Polyfonie' en 'Draad van Ariadne' echt voluit in de communicatie te kunnen inzetten, moet er ook op het terrein wat veranderen door aan de procedures en regelgeving te sleutelen. Als de meeste betrokkenen aanvoelen dat de regelgeving van die aard is dat je er in verloren loopt (dus het 'Labyrint'-frame) dan is er heel wat overtuigingskracht nodig om hen aan te tonen dat deze toch kan fungeren als de 'Draad van Ariadne'. Beide frames kunnen in ieder geval goed dienst doen om aan te geven waar men naartoe wil werken.

'De Plantrekker' is een bijzonder frame omdat het heel wat oproept bij mensen en voor flink wat discussie kan zorgen. Het frame duidt op de beweegredenen van de betrokkenen om gebruik te maken van de bestaande statuten: met de beste bedoelingen, uit onwetendheid, met het oog op maximalisering van het eigen nut, en mogelijk net omdat het gewoon niet anders kan. Dit counterframe geeft ook aan dat het niet zomaar zaak is om volop counterframes in te zetten, en de problematiserende frames te mijden. Het counterframe 'De Plantrekker' biedt een alternatieve kijk op het (vermeende) misbruik van het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, maar bij het gebruik ervan door officiële instanties zou er een boemerangeffect kunnen optreden: frauderen mag, zolang de beweegredenen goedgepraat kunnen worden.

Een verder advies dat op basis van de focusgroepen geformuleerd kan worden, is de inzet van beeldspraak. Voor ieder van de gedefinieerde 'frame packages' is immers gezocht naar een metafoer die zo goed mogelijk de redenering binnen het frame kon weergeven. Dit viel het meest op bij het frame 'Kanarie in de Mijn'. De meeste mensen kennen het verhaal van de kanarie, zodoende dat het bruikbaar is om uit te leggen waar het bij dit frame om draait. Deze metafoer bleek zo sterk dat ze voortdurend opdook in de spontane reacties van de deelnemers aan de workshops, ook bij het bespreken van andere frames. Hierbij enkele fragmenten uit de focusgroepen om het communicatieve potentieel van dit frame te illustreren:

- *"Het heeft geen zin om alleen maar aandacht te besteden aan de kanarie, die te willen reanimeren, terwijl het hele systeem niet deugt"* (om aan te geven dat het neervallen van de kanarie als een teken gezien moet worden, dat niet de kanarie het probleem vormt waaraan verholpen moet worden, maar wel aan de 'onzichtbare' reden waarom de kanarie van zijn stokje is gevallen). (focusgroep, 13 maart 2014)
- *"Een slimme kanarie zoekt de frisse lucht op. Maar dan moet het deurtje wel open staan"* (om aan te duiden dat het systeem voldoende moet faciliteren, zodat een arbeidsongeschikte persoon eenvoudig uit het systeem kan stappen en er niet in verstrikt geraakt). (focusgroep, 13 maart 2014)
- *"Dan is het aan de kanarie om keuzes te maken."* (om bij het 'Anders Leven'-frame aan te geven dat de betrokkenen veel zelf in handen hebben) (focusgroep, 17 maart 2014)

Belangrijk bij de inzet van beeldspraak is dat de gebruikte metafoer goed moet afgetast worden, zodat het vooraf duidelijk is wat alle denkbare interpretaties kunnen zijn. Dit kan mogelijkheden bieden, maar ook valkuilen vertegenwoordigen. Het 'Labyrint'-frame bijvoorbeeld lijkt op het eerste gezicht erg geschikt om de hele regelgeving als verantwoordelijke voor de problematiek aan te duiden. Indien er echter doorgedacht wordt, kan de vraag rijzen of er geen sprake is van een *gedeelde* verantwoordelijkheid. De regelgeving is inderdaad best ingewikkeld, maar de complexiteit ervan is grotendeels te verklaren doordat de regels gaandeweg zijn aangepast aan de grote diversiteit aan casussen, precies om de vele vormen en oorzaken van arbeidsongeschiktheid mee in rekening te kunnen brengen. De verantwoordelijkheid komt nog meer aan de

kant van de personen in het labyrint te liggen wanneer deze zich er comfortabel bij beginnen te voelen, en 'nestgedrag' gaan vertonen. Binnen het labyrint voelen ze zich op hun gemak en enigszins afgeschermd van de 'boze buitenwereld'. Ze zoeken een plekje in het doolhof, ergens in een doodlopende gang, en vlijen er zich neer. Daarom dat de regelgeving erop gericht zou moeten zijn de personen binnen het stelsel aan te moedigen initiatief te nemen om het labyrint te verlaten, mogelijk met zelfgebouwde vleugels, zoals Daedalus voordeed in de Griekse mythologie.

Het voorbeeld van het 'Labyrint'-frame toont aan dat het een frame is waarbij het centrale frame-idee expliciet in de communicatie aangeduid kan worden, net omdat ze meerdere aspecten van de redenering kunnen toelichten en ook bepaalde discussies op gang brengen (vormen de ingewikkelde regels het probleem, of is er een gedeelde verantwoordelijkheid?).

4.3 Naar alternatieve benamingen

De resultaten van deze framingstudie kaderen in een ruimer project waarbij het ook de bedoeling is om te bekijken of het mogelijk is om de begrippen 'arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit' door een term te vervangen. Bij wijze van afsluiting van het rapport wordt in deze paragraaf enkele suggesties gedaan voor een alternatieve terminologie en dat gebaseerd is op de resultaten van het onderzoek.

'Dwerg', 'gehandicapte', 'dementerende', 'allochtoon' en 'senior' zijn enkele benamingen die gebruikt werden, of worden, om mensen aan te duiden, maar die allemaal, in meer of mindere mate, bijdragen aan stigmatisering. Het zijn ook typische benamingen die door de personen die klaarblijkelijk tot de aangeduide categorie behoren niet zélf worden gebruikt, maar hen door buitenstaanders worden opgelegd. De vermeende leden van de categorieën ontlenen er allerm minst hun identiteit aan, maar ervaren de termen als een label, een etiket dat hen *door anderen* wordt opgekleefd. Zodra de betrokkenen aanstoot nemen aan deze etikettering, ligt het voor de hand om het gebruik ervan te voorkomen of alleszins voor een minder beladen variant te kiezen. Neutrale termen die geen enkele (negatieve) associatie oproepen, zijn er niet, maar termen die niet of minder stigmatiserend ervaren worden wel.

Kenmerkend voor de labels is immers dat ze een 'reductie' inhouden: de betrokken persoon lijkt samen te vallen met dat ene kenmerk, en alle andere eigenschappen lijken niet van tel te zijn. Daarom ligt het voor de hand om een formulering te gebruiken die geen beknotting van het individu inhoudt. Zo heeft het de voorkeur om te spreken van 'personen met dementie', 'personen met een migratieachtergrond', 'personen met een visuele beperking' enzovoort. Nieuwe termen voor arbeidsongeschiktheid en invaliditeit zouden dus alvast kunnen beginnen met 'personen met...', 'individuen met...', 'mensen met...'.

Bij de termen 'arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit' volstaan deze toevoegingen niet, want 'personen die arbeidsongeschikt zijn' en 'invalide personen' houden nog steeds een stigmatisering in. Dit komt ten eerste omdat de terminologie zich geen rekenschap geeft van het tijdelijk karakter van het statuut en schijnbaar uitsluit dat de betrokken personen wel degelijk nog over capaciteiten beschikt die hen tot werken in staat stelt. 'Arbeidsongeschikt' en 'invalide' maken te zeer een uitvergroting van een vaak tijdelijke aandoening waardoor iemand in het stelsel van arbeidsongeschiktheid valt. Na één jaar krijgt de betrokkene al een stempel als 'invalide'. De termen doen uitschijnen dat deze mensen inherent niet geschikt zijn om om het even welke werkzaamheden te verrichten. Vandaar dat het voor de hand ligt, om te spreken over 'personen met verminderde arbeids*capaciteiten*'.

Ook hierbij zijn nog drie alternatieven en verbeteringen denkbaar. Ten eerste is het niet strikt noodzakelijk dat de 'restcapaciteiten' van mindere aard zijn dan de capaciteiten waarover men aanvankelijk beschikte. Het zijn *andere* capaciteiten, dat wel, maar het kunnen capaciteiten zijn die de personen in staat stellen om arbeid te verrichten, zij het van een andere aard. Dit zou ervoor pleiten om te spreken van 'mensen met een *gewijzigde* arbeidscapaciteit'. Ten tweede suggereert de term 'arbeid' mogelijk te veel dat het om fysiek werk gaat, daarom zou 'werkcapaciteit' een alternatief kunnen zijn. Ten slotte kan het verschil tussen arbeidsongeschiktheid en invaliditeit aangegeven worden door respectievelijk de aanduidingen 'tijdelijk' en 'langdurig'. De alternatieve termen voor arbeidsongeschiktheid en invaliditeit zouden dus kunnen zijn:

- Personen met een tijdelijk gewijzigde werkcapaciteit
- Personen met een langdurig gewijzigde werkcapaciteit

BESLUIT

Natuurlijk, door 'arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit' anders te gaan betitelen, verandert er weinig. Of zelfs helemaal niets, want iedere nieuwe term kan gaandeweg ook als foutief aangevoelde associaties oproepen. Ook een alternatieve, deproblematiserende framing kan weinig zoden aan de dijk brengen, zeker als het resultaat van counterframing is dat de achterliggende problematiek helemaal niet meer als problematisch wordt ervaren. Eén van de redenen waarom soms de meest betrokken en geëngageerde actoren zélf bijdragen aan een problematiserende framing die stigmaversterkend kan werken, is dat die problematisering vaak een roep om aandacht is. Pas als een thema als problematisch wordt ervaren, is er aandacht van beleidsvoerders, van geldschietters, van mecenasen, zodat eraan verholpen kan worden. Vandaar dat het belangrijk is om als communicator een goed evenwicht te zoeken tussen problematiserende frames en deproblematiserende counterframes. Daarachter gaat de meest evenwichtige en genuanceerde beeldvorming schuil.

Bij de voorliggende kwestie rond arbeidsongeschiktheid en invaliditeit is het echter zo, en dat wordt ook zo aangevoeld door de diverse stakeholders die bij de studie betrokken waren, dat alleen al de gebruikte terminologie stigmatiserend werkt. En verder is er de kijk van buitenstaanders op de fenomenen, en de *vermeende* kijk, dus hoe de betrokkenen deze ervaren, ingegeven vanuit zelfstigma, schuldgevoelens en schaamte.

Het RIZIV is zich van deze problematiek terdege bewust, vandaar immers ook dit onderzoek, en aanpassingen in de regelgeving, gaande van de afstemming tussen verschillende adviseurs en – enigszins paradoxaal – een meer *complexe* regelgeving met het oog op het stimuleren van het re-integratieproces van de betrokkenen. Ongetwijfeld zullen nog andere meer tastbare initiatieven volgen om in te grijpen in de 'realiteit'. Het samenbrengen van de visies en opinies van de deelnemers aan de focusgroepen met de doorgenomen teksten brengt alvast drie basiselementen aan het licht waarover een consensus bestaat. Het zijn deze elementen die mede aan de basis kunnen liggen van een verdere vernieuwing van het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Meer bepaald gaat het om:

- Een simplificatie én flexibiliteit (i.e. oog hebben voor de specificiteit van de betrokkene) van het stelsel
- Een dialoog en communicatie tussen de betrokken partijen
- Het scheppen van 'bruggen' tussen de zieke en de samenleving (i.e. overgang van een binaire – geschikt versus ongeschikt – naar een graduele visie – capaciteiten en 'recht op proberen')

De specifieke bijdrage van de resultaten van deze framingstudie daarbij is dat ieder frame en ieder counterframe een ander perspectief biedt op de realiteit, zelfs als deze objectief gezien ongewijzigd blijft. Specifieke frames (bv. 'Kanarie in de Mijn') en counterframes (bv. 'Polyfonie' en 'Anders leven') uit deze

studie hebben het potentieel om de denkkaders, de 'mindset', van de verschillende betrokken partijen ten minste te verruimen, zodat een aantal bijkomende perspectieven mee in rekening kunnen worden gebracht. Het uiteindelijke doel zou immers kunnen zijn om niet zozeer bepaalde frames uit te bannen, maar om het bewustzijn aan te scherpen dat er *meerdere* frames denkbaar zijn. Eens men de breedte van het aantal mogelijke frames voor ogen heeft, kan het debat ook op een andere manier gevoerd worden. Het overzicht aan frames en counterframes in deze studie beoogt ook dat: meer en bijkomend inzicht in de problematiek. De getuigenissen en de inbreng van de verschillende deelnemers aan de workshops en focusgroepen gaven aan dat daarin een grote verbetering zou kunnen schuilgaan, namelijk dat meerdere perspectieven op arbeidsongeschiktheid en invaliditeit aannemen nodig is om niet te grijpen wat het makkelijkst voor handen is, namelijk een stereotiepe en ongenueanceerde kijk op personen met een tijdelijk of langdurig gewijzigde werkcapaciteit.

BIBLIOGRAFIE

- Abts, Koen, Karel Dobbelaere, and Liliane Voyé, eds. 2011. *Nieuwe tijden, nieuwe mensen: Belgen over arbeid, gezin, ethiek, religie en politiek*. Leuven: LannooCampus.
- Asbring, Pia. 2001. Chronic illness – a disruption in life: identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing* 34 (3):312-319.
- Ayo, Nike. 2011. Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health* 22 (1):99-105.
- Beck, Miriam. 2001. Theoretische achtergrondstudies in verband met ongelijkheid en gezondheid. Deel 2.: Vrije Universiteit Brussel in opdracht van Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden.
- Blair, Alan. 1993. Social class and the contextualization of illness experience. In *Worlds of Illness. Biographical and cultural perspectives on health and disease*, edited by A. Radley. London & New York: Routledge.
- Blank, Robert H., and Viola Desideria Burau. 2004. *Comparative health policy*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire; New York: Palgrave Macmillan.
- Blaxter, Mildred. 1990. *Health and lifestyles*. London: Routledge.
- Bruyninx, Katrien, Brigitte Cosemans, Marc De Greef, Lieven Eeckelaert, Nele Roskams, and Odette Wlodarski. 2012. Return to work. Een project gericht op de vrijwillige (re)integratie van werknemers die genieten van uitkeringen ten gevolge van een arbeidsongeschiktheid. Brussel: Prevent. Instituut voor preventie en welzijn op het werk.
- Bury, Michael. 1982. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness* 4 (2):167-182.
- Carroll, A.B. 1999. Corporate Social Responsibility: Evolution of a definitional construct. *Business & Society* 38 (3):268-295.
- Conrad, peter, and Alison Angell. 2004. Homosexuality and Remedicalization. *Society* 41 (5):32-39.
- Corbin, Juliet, and Anselm Strauss. 1985. Managing chronic illness at home: Three lines of work. *Qualitative sociology* 8 (3):224-247.
- Crawford, Robert. 2006. Health as a meaningful social practice. *Health: 10* (4):401-420.
- Crooks, Valorie A., Vera Chouinard, and Robert D. Wilton. 2008. Understanding, embracing, rejecting: Women's negotiations of disability constructions and categorizations after becoming chronically ill. *Social Science & Medicine* 67 (11):1837-1846.
- D'Houtaud, A., and Mark G. Field. 1984. The image of health: variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health & Illness* 6 (1):30-60.
- de Vries, G. 1999. Wordt gezondheid een verdienste? *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 26 (3):423-431.
- Deferme, Jo. 2007. *Uit de ketens van de vrijheid: het debat over de sociale politiek in België 1886 - 1914, Kadoc-Studies* Leuven: Universitaire Pers.
- Dyllick, Thomas, and Kai Hockerts. 2002. Beyond the business case for Corporate Sustainability. *Business Strategy and the Environment* 11 (2):130-141.

- Elchardus, Mark, and Petrus Te Braak. 2014. *Uw gezondheidszorg, Uw mening telt!* Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Elias, Norbert. 1997. *La société des individus*. Paris: Pocket.
> 1998. *Qu'est-ce que la sociologie?* Paris: Pocket.
- Engels, J. 1970. *L'évolution de L'assurance maladie-invalidité obligatoire (1945-1970)*. Bruxelles: Institut Nationale d'Assurance Maladie-Invalidité.
- Foucault, Michel. 2008. *The Birth of Biopolitics. Lectures at the Collège de France, 1978-1979*. Translated by G. Burchell. Edited by M. Senellart, F. Ewald & A. Fontana. Basingstoke & New York: Palgrave Macmillan.
- Freidson, Eliot. 1970. *Profession of medicine; a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead.
- Galer, Dustin. 2012. Disabled Capitalists: Exploring the Intersections of Disability and Identity Formation in the World of Work. *Disability Studies Quarterly* 32 (3).
- Galvin, Rose. 2002. Disturbing Notions of Chronic Illness and Individual Responsibility: Towards a Genealogy of Morals. *Health: 6* (2):107-137.
- Gezondheidsenquête. *Volledige rapporten: Gezondheidsenquête door Interview België 2008*. Available from https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige_rapporten_2008.aspx.
- Hassenteufel, Patrick, and Bruno Palier. 2007. Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems. *Social Policy & Administration* 41 (6):574-596.
- Hodgetts, Darrin, Bruce Bolam, and Christine Stephens. 2005. Mediation and the Construction of Contemporary Understandings of Health and Lifestyle. *Journal of Health Psychology* 10 (1):123-136.
- Jadot, Jean. 2008. Incapacité de travail temporaire et troubles anxio-dépressifs. *Santé Publique* 20 (5):455-464.
- L'Etang, Jacqui. 1994. Public Relations and Corporate Social Responsibility: Some issues arising. *Journal of Business Ethics* 13 (2):111-123.
- Lakoff, George. 2008. *Don't think of an elephant: Know your values and frame the debate*. White River Junction, VT: Chelsea Green Publishing.
- Lee, Jessica, and Doune Macdonald. 2010. "Are they just checking our obesity or what?" The healthism discourse and rural young women. *Sport, Education and Society* 15 (2):203-219.
- Lightman, Ernie, Andrea Vick, Dean Herd, and Andrew Mitchell. 2009. 'Not disabled enough': Episodic disabilities and the Ontario Disability Support Program. *Disability Studies Quarterly* 29 (3).
- Link, Bruce G, Jo C Phelan, Michaeline Bresnahan, Ann Stueve, and Bernice Pescosolido. 1999. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health* 89 (9):1328 - 1333.
- Link, Bruce G., and Jo C. Phelan. 2001. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology* 27:363-385.
- Moran, Michael. 2000. Understanding the welfare state: the case of health care. *British Journal of Politics and International Relations* 2 (2):135-160.
- Neefs, Hans, Hedwig Verhaegen, and Brecht Desplenter. 2012. *Werken na kanker: welke problemen ervaren (ex-) patiënten die het werk hervatten?* Brussel: Vlaamse Liga tegen Kanker.
- Nettleton, Sarah. 1998. *The sociology of health & illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nijhof, Gerard. 2002. *Ziekenwerk. Een kleine sociologie van alledaagse ziekenleven*. Amsterdam: Aksant.
> 2011. Problemen bij gratieverlies van mensen met de ziekte van Parkinson. Ongewoon en bekeken, onwelvoegelijk en gedevalueerd. *Sociologie* 7 (2):135-155.
- Nuyens, Yvo. 1980. *De eerste lijn is krom*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- OCDE. 2010. *Maladie, invalidité et travail. Surmonter les obstacles - Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*. edited by E. OCDE: OCDE.

- Oldfield, Margaret. 2013. "It's not all in my head. The pain I feel is real": How Moral Judgment Marginalizes Women with Fibromyalgia in Canadian Health Care. *Women's Health & Urban Life* 12 (1).
- Olstead, Riley. 2002. Contesting the text: Canadian media depictions of the conflation of mental illness and criminality. *Sociology of Health & Illness* 24 (5):621-643.
- Palacios-Espinosa, X., and B. Zani. 2012. La stigmatisation de la maladie physique: le cas du cancer. *Psycho-Oncologie* 6 (4):189-200.
- Parsons, Janet A, Joan M Eakin, Robert S Bell, Renée-Louise Franche, and Aileen M Davis. 2008. "So, are you back to work yet?" Re-conceptualizing 'work' and 'return to work' in the context of primary bone cancer. *Social Science & Medicine* 67 (11):1826-1836.
- Payer, Lynn. 1988. *Medicine & Culture. Varieties of treatment in the United States, England, West-Germany and France*. New York: PenguinBooks.
- Pierret, Janine. 1993. Constructing discourses about health and their social determinants. In *Worlds of Illness. Biographical and cultural perspectives on health and disease*, edited by A. Radley. London & New York: Routledge.
- Pond, Rachael, Christine Stephens, and Fiona Alpass. 2010. Virtuously Watching One's Health: Older Adults' Regulation of Self in the Pursuit of Health. *Journal of Health Psychology* 15 (5):734-743.
- Qureshi, Kaveri, Sarah Salway, Punita Chowbey, and Lucinda Platt. 2014. Long-term ill health and the social embeddedness of work: a study in a post-industrial, multi-ethnic locality in the UK. *Sociology of Health & Illness*:n/a-n/a.
- Ravindran, Neeraja, and BarbaraJ Myers. 2012. Cultural Influences on Perceptions of Health, Illness, and Disability: A Review and Focus on Autism. *Journal of Child and Family Studies* 21 (2):311-319.
- RIZIV. *Statistieken van de Uitkeringen* 2010. Available from <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/statistics/allowances/2010/pdf/statisticsallowances2010all.pdf>.
- > 2011. Jaarverslag 2010. Brussel: RIZIV.
- > *Statistieken van de Uitkeringen* 2012. Available from <http://www.riziv.be/information/nl/statistics/allowances/2012/pdf/statisticsallowances2012all.pdf>.
- > *Arbeidsongeschiktheid* 2014a. Available from https://riziv.fgov.be/citizen/nl/allowances/PROTH_6.htm.
- > 2014b. Belgisch verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Mijlpalen van het verleden, bakens voor de toekomst. Brussel: RIZIV.
- Rose, Diana. 1998. Television, madness and community care. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 8 (3):213-228.
- Roy, Stephannie C. 2008. 'Taking charge of your health': discourses of responsibility in English-Canadian women's magazines. *Sociology of Health & Illness* 30 (3):463-477.
- Rysst, Mari. 2010. "Healthism" and looking good: Body ideals and body practices in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 38 (5 suppl):71-80.
- Schepers, Rita. 2007. *Ziekte en Zorg. Inleiding in de medische sociologie*. Leuven & Voorburg: Acco.
- Schnittker, Jason. 2013. Public beliefs about mental illness. In *Handbook of the sociology of mental health*: Springer.
- Sigg, Roland. 2009. Lombalgies, incapacité de travail et réinsertion professionnelle: résultats d'une étude comparative. *Douleur et Analgésie* 22 (1):29-48.
- Signorielli, Nancy. 1989. The stigma of mental illness on television. *Journal of Broadcasting & Electronic Media* 33 (3):325-331.
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. *Feiten en cijfers* 2014. Available from http://www.armoedebestrijding.be/cijfers_minimum_uitkeringen.htm.

- Telles, Joel Leon, and Mark Harris Pollack. 1981. Feeling sick: The experience and legitimation of illness. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 15 (3, Part 1):243-251.
- Van Gorp, Baldwin. 2006. *Framing asiel: Indringers en slachtoffers in de pers*. Leuven & Voorburg: Acco.
- > 2007. The constructionist approach to framing: Bringing culture back in. *Journal of communication* 57 (1): 60-78.
- > 2010. Strategies to take subjectivity out of framing analysis. In *Doing news framing analysis: Empirical and theoretical perspectives*, edited by P. D'Angelo & J. Kuypers. New York: Routledge.
- > 2011. Inhoudsanalyse: het reconstrueren van frames. In *Benaderingen in kwalitatief onderzoek. Een inleiding*, edited by F. de Boer & A. Smaling: Boom Lemma (Den Haag).
- Vanthemscche, Guy. 1995. *De beginjaren van de sociale zekerheid in België 1944-1963*. Tweede ed. Brussel: VUBPress.
- Verhaeghe, Mieke. 2008. Stigma, een wereld van verschil? Een sociologische studie naar stigma-ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg, UGent, Gent.
- Verhaeghe, Mieke, Elise Pattyn, and Piet Bracke. 2010. Belgen over psychische problemen en psychische hulpverlening. Stigma in a global context - Belgian mental health survey: enkele eerste resultaten. *Psyche* 22 (4):16-18.
- Waring, Amanda, and Justin Waring. 2009. Looking the Part: Embodying the Discourse of Organizational Professionalism in the City. *Current Sociology* 57 (3):344-364.
- WHO. 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Williams, Gareth. 1984. The genesis of chronic illness: narrative re-construction. *Sociology of Health & Illness* 6 (2):175-200.
- Zola, Irving Kenneth. 1966. Culture and Symptoms--An Analysis of Patient's Presenting Complaints. *American Sociological Review* 31 (5):615-630.

BIJLAGE 1: OVERZICHT VAN ANALYSEMATERIAAL

Item	Bron	Datum	Titel	Taal
1	Knack	27/11/2013	Terug aan het werk na borstkanker	NI
2	De Standaard	26/11/2013	Bewijzen wie in fout was, is niet eenvoudig	NI
3	De Tijd	14/12/2013	Wij zijn geen poppetjes van Bart De Wever	NI
4	De Standaard	15/01/2014	Dubbel zoveel aanvragen voor woonverzekering	NI
5	De Morgen	15/01/2014	Pensioen	NI
6	Het Nieuwsblad	9/01/2014	Helden van 9/11 blijken ordinaire oplichters	NI
7	De Standaard	20/08/2013	Ziekenfonds wordt misleid door neppatiënt	NI
8	De Standaard	14/08/2013	Liever ziek dan langer aan het werk	NI
9	De Standaard	16/08/2013	Helpt invaliden kan gewoon werken	NI
10	Vlaams Patiëntenplatform	20/08/2013	Een aanfluiting voor alle chronische zieken die willen werken	NI
11	VOKA	1/05/2013	Werkverzuim in uw onderneming	NI
12	Het Belang van Limburg	7/08/2013	"Ik wil graag werken, maar het gaat niet"	NI
13	De Tijd	8/11/2013	Burn-outs aanpakken betekent loopbaan hertekenen	NI
14	Gazet van Antwerpen	16/08/2013	ACV hekelt uitlating van Unizo over zieke vijftigplussers	NI
15	Het Laatste Nieuws	21/08/2013	"Bij OCMW beland omdat artsen ons niet geloven	NI
16	De Standaard	21/08/2013	Hoe het ziekenfonds een vangnet werd	NI
17	Netwerk Tegen Armoede	2/07/2013	Advies 'Invaliditeit en participatie'	NI
18	Gazet van Antwerpen	30/03/2013	Strijd tegen de verzuimcultuur	NI
19	Trends	24/01/2013	Alle achterpoortjes moeten dicht	NI
20	Trends	24/01/2013	INV & AOG pieken	NI
24	De Morgen	17/01/2014	Alleen je problemen oplossen kun je niet	NI
25	Trends	16/01/2014	Goed verzekerd tegen burn-out	NI
26	TV Familie	15/01/2014	Stevent Filip af... op burn-out?	NI
27	Het Nieuwsblad	11/01/2014	Leerkrachten gaan ten onder aan stress	NI
28	Het Laatste Nieuws	27/12/2013	Het is pauze nemen of burn-out	NI
29	Knack	5/02/2013	Een stempel op het voorhoofd	NI
30	Knack	25/12/2013	41894	NI
31	Dag Allemaal	24/12/2013	Ik geef nu les in burn-outpreventie	NI
32	De Standaard	21/12/2013	Laten we af en toe de overvloed terugschroeven	NI
33	De Standaard	13/12/2013	Preventie van burn-out ondermaats	NI
34	Metro	4/12/2013	Verplichte vrije tijd als middel tegen burn-out	NI
35	Trends	5/12/2013	Alarmbel	NI
36	TV Familie	22/01/2014	maar hij zal volledig revalideren	NI
50	De Morgen	13/02/2014	Het leven houdt niet op met parkinson. Het begint opnieuw	NI

Item	Bron	Datum	Titel	Taal
52	DeWereldMorgen	14/09/2013	De paradox van de invaliditeit: hoe het RIZIV omgaat met chronische vermoeidheid en pijn	Nl
53	Trends	31/05/2012	Meer zorg, minder beheer	Nl
54	De Tijd	5/11/2013	Ondernemingen moeten signalen burn-out herkennen	Nl
55	De Tijd	7/11/2013	Een zieke werknemer kost meer dan een gezonde. Doe iets aan burn-outs	Nl
69	Het Laatste Nieuws	15/01/2014	Gebroken harten kosten economie bom geld	Nl
70	Het Nieuwsblad	5/10/2013	Ik wens niemand een burn-out toe, maar misschien toch wel een beetje	Nl
71	Het Laatste Nieuws	8/10/2013	Mag er alstublieft controle zijn op mogelijk misbruik	Nl
72	De Standaard	22/08/2013	Het onnodige hindernissenparcours na kanker	Nl
73	Het Laatste Nieuws	17/05/2013	Diverse brieven	Nl
74	Het Laatste Nieuws	14/01/2014	Elke beweging is een messteek	Nl
21	Le Soir	23/01/2013	Toujours plus de travailleurs invalides	Fr
22	Le Soir	17/08/2012	Plus de 350 faux malades démasqués en 2011	Fr
23	Le Soir	14/12/2012	Record d'incapacités de travail	Fr
37	Le Soir	7/07/2001	Un travailleur défaillant peut couter 10000F au patron. Taux d'absentéisme de 23% dans les entreprises	Fr
38	Le Soir	4/09/2012	"L'entreprise dépend à 100% de l'humain"	Fr
39	Le Soir	25/01/2013	La justice donne raison à une fibromyalgique	Fr
40	Le Soir	13/11/2004	Les entreprises se vaccinent contre l'absentéisme	Fr
41	Le Soir	16/01/2013	La Belgique pénalise les malades de longues durées	Fr
42	Le Vif	3/01/2014	La conviviale attitude comme seconde nature	Fr
43	Moustique	15/01/2014	Travaillez heureux	Fr
44	Le Soir	30/11/2013	Créativité: faut-il être deux pour être un entrepreneur heureux?	Fr
45	Le Soir	19/02/2013	Non à la criminalisation du mouvement social!	Fr
46	Le Soir	4/12/2012	Le patron de PME "On devient esclave de son cerveau"	Fr
47	Le Soir	20/04/2012	La santé mentale face au burn-out	Fr
48	Le Soir	2/02/2012	Le stress au travail nuit à l'efficacité	Fr
49	Le Soir	26/10/2011	"La pression sur les travailleurs devient quasi inévitable"	Fr
51	Flair	4/12/2013	Je suis malade	Fr
56	Femmes d'Aujourd'hui	7/11/2013	Je burn-oute, tu burn-outes	Fr
57	Moustique	19/12/2012	Gare au présentisme	Fr
58	Femmes d'Aujourd'hui	13/12/2014	Quand la douleur s'installe	Fr
59	Femmes d'Aujourd'hui	4/10/2012	Je souffre de la maladie	Fr
60	Le Vif	7/06/2013	Le burn-out est une maladie de civilisation	Fr
61	Gael	22/05/2013	Quand les boss misent sur notre bonheur	Fr
62	Gael	22/05/2013	Finally, ce burn-out est la meilleure chose qui me soit arrivée	Fr

Item	Bron	Datum	Titel	Taal
63	Le Vif	8/04/2011	Et si on prenait du temps pour soi?	Fr
64	Moustique	20/03/2013	Comment les entreprises nous brutalisent	Fr
65	Femmes d'Aujourd'hui	5/09/2013	Place aux papas!	Fr
66	PlusM	21/10/2010	Démarrer la semaine sans stress	Fr
67	Metro	5/11/2013	Les congés maladies de longue durée explosent	Fr
68	Le Soir	24/12/2012	médecin fraudeur: les patients toujours complices	Fr
75	La Libre Belgique	18/04/2013	Un travailleur sur 4 proche du burn-out. Et vous?	Fr
76	La Libre Belgique	5/06/2010	Burn-out au travail: vers plus d'humanité!	Fr
77	La Libre Belgique	6/04/2013	Burn-out: il n'y a pas de fumée sans feu	Fr
78	La Libre Belgique	21/09/2013	Améliorer santé et sécurité au travail	Fr
79	La Libre Belgique	18/03/2013	Vague de burn-out en raison de la crise	Fr
80	La Libre Belgique	11/07/2012	Oui, le capitalisme tue	Fr
81	La Libre Belgique	18/02/2014	Le burn-out, "face visible d'un problème plus global"	Fr
82	La Libre Belgique	28/03/2013	Toujours plus d'absents au travail	Fr
83	La Libre Belgique	30/10/2013	De plus en plus de travailleurs en congé de maladie de longue durée	Fr
84	La Libre Belgique	25/04/2013	Les indépendants sont trop stressés	Fr
85	La Libre Belgique	26/10/2013	Les indépendants sont rongés par le stress et menacés par le burn out	Fr
86	La Libre Belgique	6/04/2013	L'oeil du philosophe sur une pathologie de civilisation	Fr
87	La Libre Belgique	19/04/2012	L'assurance-maladie insuffisante	Fr

BIJLAGE 2: FRAMEMATRIX

Frame	Cultuureel thema	Problematische definitie van arbeidsongeschiktheid / invaliditeit	Oorzaak van het probleem	Gevolg van de situatie	Beleidsmatige uitdagingen	Beleidsmatige oplossingen	Woordkeuze en metaforen	Catchphrases
1. Abnormaal	Het veroordelen van mensen die schijnbaar afwijken van een (arbitraire) norm	Arbeidsongeschikte personen en invaliden worden, buiten hun intieme kring, bestempeld als abnormaal omdat ze afwijken van normen zoals vitaliteit en zelfverwerkelijking door arbeid; buitenstaanders vinden "thuis zitten en een uitkering krijgen zonder iets te doen" als afwijkend van de norm	De aandoening is ofwel weinig tot niet zichtbaar (cf. een gebroken been) en/of gekend; ook kan deze een cyclisch karakter vertonen die buitenstaanders die reactie ontlokken vanuit hun opvattingen inzake passend gedrag, ziekte en gezondheid; ook de betrokkene die zich inbeeldt hoe een buitenstaander hem/haar met de vinger zal wijzen, speelt hierbij een rol	Personen worden het slachtoffer van afwijzing, eventueel zelfs hostiliteit; dit stigmatiserend gedrag, of de (ingebeelde) vrees ervoor, ontlokt negatieve emoties, eventueel zelfs depressies, en zet een verdere rem op re-integratie	Het nuanceren of wijzigen van de lekenopvattingen inzake ziekte en gezondheid	Door relevante en accurate kennis inzake ziekte en gezondheid te verspreiden de aanvaardiging en destigmatisering van de getroffen personen bevorderen	Angst, verlikking; luiwijnziekte; de zongebruinde uitkeringstrekker; kritiek; vooroordelen; 'het zit tussen de oren'; een façade ophouden; het idee nagekeken te worden, "hoe gaan de mensen (ook collega's) reageren?"; l'impression de toujours devoir prouver son incapacité; angoisse d'être pris à faire quelque chose	"Doe niet zo onnozel, wees gewoon wat sterker."; "Ik kon niet meer gaan werken, maar ging wel nog eens iets drinken met vrienden. Mensen vonden dat raar en spraken erover."

Frame	Cultuureel thema	Problematische definitie van arbeidsongeschiktheid / invaliditeit	Oorzaak van het probleem	Gevolg van de situatie	Beleidsmatige uitdagingen	Beleidsmatige oplossingen	Woordkeuze en metaforen	Catchphrases
2. Counterframe: Anders Leven	Omgan met een ziekte (en de gevolgen ervan) Is een leerproces dat een nieuwe manier van leven voort brengt	De ziekte of beperking vormt het probleem, niet de personen; zij zijn druk doende met de behandeling ervan, het leren ermee om te gaan en/of geven in hun leven; het een plaats te dit kan een proces zijn dat tijd vergt; problematisch kan zijn dat ze te weinig omkaderd worden	Het leven (werk, relaties en toekomstplannen) van de getroffen personen wordt door de ziekte of beperking overhoop gehaald; aanvaarden dat men met een beperking verder door het leven moet gaan, kan hard aankomen	De vroegere vanzelfsprekendheid van het eigen lichaam en 'ik' gaat verloren	Personen moeten hun ziekte en de gevolgen ervan kunnen integreren in hun (nieuwe) dagelijkse leven en iedere hulp is daarbij welkom, niet in het minst deze van het RIZIV; maatwerk vanwege de werkgever moet worden aangemoedigd; indien weer aan het werk opletten voor: (1) demotie (2) de kwalijke gevolgen van deeltijds werken op de uitkeringen bij hervat en (3) conflicten met collega's	De biografische reconstructie van de betrokkenen bijstaan via zelfhulpgroepen; de ziekte niet benaderen als 'passieve ontvanger' van zorg maar als actieve 'uitvinder' van deze; de betrokkenen ondersteunen hun lotgenoten als ervaringsdeskundigen; maatwerk inzake tewerkstelling; persoon heeft mogelijkheid om veilig de arbeidswereld te re-integreren	Zelfzorg; vrijwilligerswerk; "illness work", ziek zijn is werken geblazen, ziekenwerk; la capacité de la personne comme point de départ; le droit à l'essai et à la sécurité sociale	"Sommige mensen denken dat het leven ophoudt met Parkinson. Voor mij begint het gewoon opnieuw. Ik zal misschien nooit zo oud worden als ik me nu voel. Maar ik wil zinvol blijven leven, en me zo veel mogelijk inzetten voor lotgenoten."

Frame	Cultueel thema	Problematische definitie van arbeidsongeschiktheid / invaliditeit	Oorzaak van het probleem	Gevolg van de situatie	Beleidsmatige uitdagingen	Beleidsmatige oplossingen	Woordkeuze en metaforen	Catchphrases
3. Gatekeeper	Een persoon (doel - of poortwachter) die waakt over de toegang en uitgang van een gebouw, een systeem, ...	De huidige regelgeving schept een asymmetrische verhouding tussen de controleartsen en de arbeidsongeschikte of invalide personen; hierbij bestaat de kans dat beide partijen verschillende 'talen' (cultuur, sociale klasse...) spreken; de personen lopen hierbij het gevaar niet te worden geloofd, waardoor hun legitimiteit in vraag wordt gesteld	De opkomst van Evidence Based Medicine wijst erop dat tussen artsen divergerende opinies en praktijken bestaan, hetgeen tot twijfel kan leiden; vooral psychische aandoeningen zijn moeilijker te diagnosticeren; het verschil tussen een 'ziekte hebben' (medische categorie) en 'ziek zijn' (ervaring van de betrokkene); de alles-of-niets wetgeving, het is wit of zwart, terwijl de grens tussen geschikt en ongeschikt vaag kan zijn	Het ziekenfonds schrapte de betrokkene, met als gevolg een terugval op de werkloosheidsuitkering en ulthet het OCMW	Bij twijfel inzake de diagnose steit men het verhaal van de patiënt in vraag; de personen voelen zich in een wetenschappelijk en juridisch vacuüm	Er is nood aan een snelle wetenschappelijke en wettelijke erkenning van ziektes; een betere communicatie tussen de betrokken partijen; opstellen van aanbevelingen inzake goede praktijken voor de controleartsen	Aanstellen, anstelleritis, 'onbekende' en ingebeelde ziektes, niet eenduidig gediagnosticeerd; vernedering, kwetsen, ongelof; ontnemen, uitsluiting; préjugés du médecin; problème de communication; objectivité versus subjectivité; rôle ingrat; les gardiens du temple	"Onze soort ziektes hebben geen duidelijke symptomen en dus stoten we op ongelof."; 'ziek zijn' is niet altijd objectief vast te stellen; un patient n'est pas l'autre, tout comme un médecin n'est pas l'autre; "artsen denken medisch, vanuit hun beroep, terwijl ze de bredere context mee in kaart zouden moeten kunnen brengen"

Frame	Cultuureel thema	Problematiese definitie van arbeidsongeschiktheid / invaliditeit	Oorzaak van het probleem	Gevolg van de situatie	Beleidsmatige uitdagingen	Beleidsmatige oplossingen	Woordkeuze en metaforen	Catchphrases
4. Counterframe: Polyfonie	Diverse melodische lijnen worden simultaan uitgevoerd waardoor een rijke en complexe tonaliteit ontstaat	'Arbeid' en 'arbeids capaciteit' zijn niet enkel geneeskundige vraagstukken, maar materies met verschillende facetten (biologisch, sociaal en psychologisch)	Binnen de systemen van sociale verzekering is de evaluatie echter volledig gemedicaliseerd; te weinig tot geen communicatie tussen de verschillende artsen (huisarts, adviserend geneesheer, controlearts...)	De artsen staan er alleen voor, en dragen alleen de volle verantwoordelijkheid van de genomen beslissingen	De evaluatie niet demedicaliseren, maar pluraliseren. Dit met het oog op een ondersteunen van de betrokken artsen	Een evaluatie uitgaand van een biopsychosociaal model waarbij de evaluaties in een multidisciplinair verband (artsen, psychologen, sociaal werkers, kinesisten...) plaats vinden; meer communicatie tussen de verschillende artsen	Pluraliser le débat; déléguer des tâches; approche globale; Différentes compétences et connaissances requises	"Ce n'est pas au médecin à tout prendre en charge"; "niet alleen sessies kiné voorschrijven, maar ook sessies van de arbeidscoach"; "het gaat niet over een diagnose, maar bepalen hoe iemand functioneert"

Frame	Cultuureel thema	Problematische definitie van arbeidsongeschiktheid / invaliditeit	Oorzaak van het probleem	Gevolg van de situatie	Beleidsmatige uitdagingen	Beleidsmatige oplossingen	Woordkeuze en metaforen	Catchphrases
5. Labyrint	<i>Een ingewikkeld stelsel van gangen en ruimtes waarin men verdwaalt en niet meer uitgeraakt</i>	Arbeidsongeschikte en invalide personen lopen verloren in een regelgevingdoolhof	De regelgeving reduceert de handelingscapaciteit van de betrokkenen; de wetgeving heeft een strikt binair karakter, het is alles (arbeidsongeschikt) of niks (arbeidsongeschikt); daarbij komt dat het bij de betrokkenen als zeer complex overkomt; de betrokkenen krijgen soms (tegenstrijdige) adviezen en informatie	De betrokkenen raken de weg kwijt, raken geïsoleerd waardoor sociale neergang dreigt	Het huidige, al te complexe systeem van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit werkt de re-integratie van de betrokkenen tegen; het is gericht op de beperking en niet op de capaciteiten van de betrokkenen; weinigen weten wat mag en niet mag	Het systeem moet eenvoudiger en zich richten op de re-integratie; meer en beter communiceren over wat mag/niet mag (nood aan gidsen); ook is er maatwerk nodig inzake tewerkstelling, hierbij opletten voor spanningen met collega's bij terugkeer op de werkvloer	Le parcours est semé d'embûches, valkuilen, inactiviteitsval; complex; statut rigide, système rigide, pas de gradation; tourner en rond; petite mort, vies perdues, stagnation, fini, pas d'avenir	"Deze patiënten zouden liever werken, maar boksen op tegen het systeem van AOG waarin 'maar een beetje' kunnen werken lang niet zo eenvoudig is."; "niet mogen meedoen."; "ze durven geen stap meer te verzetten uit angst iets verkeerd te doen";

Frame	Cultuureel thema	Problematische definitie van arbeidsongeschiktheid / invaliditeit	Oorzaak van het probleem	Gevolg van de situatie	Beleidsmatige uitdagingen	Beleidsmatige oplossingen	Woordkeuze en metaforen	Catchphrases
6. Draad van Ariadne	<i>Uit lieftde gaf Ariadne aan Theseus een zwaard en een draad waardoor hij de Minotaurus kon doden en heelhuids ontkomen</i>	Wat er ook gebeurt, de ziekteverzekering staat garant dat de samenleving mensen niet aan hun lot overlaat en hen begeleidt zodat ze de draad van het leven weer kunnen oppakken	Personen krijgen signalen en symptomen die aangeven dat ze het professionele leven tijdelijk moeten verlaten	Er is de financiële kost voor het RIZIV, maar de betrokkene heeft de mogelijkheid om aan zichzelf te werken, en mogelijk een nieuwe wending aan diens leven te geven	Verhinderen dat de persoon de arbeidsmarkt definitief verlaat, en/of hervalt na de genezing; eveneens opletten voor demotie en voor de kwalijke gevolgen van deeltijds werken op de uitkeringen bij hervalt	Reflexiviteit: nadenken over de eigen manier van doen; het aanbieden van vormen en mogelijkheden tot herscholing; kijken naar de restcapaciteiten; flexibele arbeidsmarkt die switch mogelijk maakt	Adempauze, time-out; de helpende en ondersteunende hand van onder meer arbeidscoaches, adviserende artsen en therapeuten	"Iedereen vaart wel bij afstand."; "een stap uit de tredmolen zetten."; "accuraat reageren op signalen van het lichaam."

Frame	Cultuureel thema	Problematische definitie van arbeidsongeschiktheid / invaliditeit	Oorzaak van het probleem	Gevolg van de situatie	Beleidsmatige uitdagingen	Beleidsmatige oplossingen	Woordkeuze en metaforen	Catchphrases
7. Fraude	<i>Kwaadwillig uit zijn op collectieve middelen</i>	Personen met kwade bedoelingen misbruiken de ziekteverzekering vermits ze niet 'echt' ziek zijn of zich zeker voordoen dan ze werkelijk zijn; op die manier ondernemen ze het solidariteitsprincipe	De verkeerde mentaliteit van de misbruikers, ze willen niet, of niet meer, werken; of ze wensen te gaan werken in het zwart; ook spelen welwillende huisartsen hier een rol;	Door de grootschalige fraude komen de middelen van het RIZIV onder druk te staan, en worden de echte zieken benadeeld; ze betekenen een last voor hun werkgever en voor collega's die hun taken moeten overnemen	De controle die misbruik moet indijken en de regels die het in de kiem moeten smoren, falen of schieten alleszins te kort, omdat ze niet goed georganiseerd of te laks zijn; controleartsen die zich als politieagenten gedragen	De controlemechanismen strenger maken en strikter toepassen; de controle-instanties uitbreiden en ze meer middelen ter beschikking stellen; ook moet gezorgd worden voor een mentaliteitsverandering bij de betrokkenen; simplificatie van het systeem	Zogezegd ziek, pseudodepressie, veinzen, faken; sluw, misbruiken, langs de kassa passeren, oplichten, onterecht geld incasseren; verspilling en fraude bekampen, indijken, aanpakken, er korte metten mee maken	"De ziekenfondsen laten zich inpakken door patiënten die doen alsof ze arbeidsongeschikt zijn" / "het aantal invaliden zou de helft lager kunnen liggen als er grondig gecontroleerd wordt."

Frame	Cultuureel thema	Problematische definitie van arbeidsongeschiktheid / invaliditeit	Oorzaak van het probleem	Gevolg van de situatie	Beleidsmatige uitdagingen	Beleidsmatige oplossingen	Woordkeuze en metaforen	Catchphrases
8. Counterframe: De Plantrekker	<i>Iemand die zich altijd wel op een of andere manier aan de situatie weet aan te passen</i>	Personen gebruiken het opvangnet dat arbeidsongeschiktheid hen biedt in het eigen voordeel, ze spelen met de bestaande regels, niet vanuit criminele bedoelingen maar omdat ze achten dat het voor hen nodig of zelfs noodzakelijk is (bewuste variant); arbeidsongeschikte en invalide personen wensen nog actief te blijven, ze zijn zich hierbij onbewust van het feit dat ze publieke regels overtreden (onbewuste variant)	Het leven moet 'doenbaar' blijven voor mensen, men wil over een minimum aan comfort beschikken; dat het op de kap van de samenleving gebeurt, kunnen ze uit het oog verliezen; onwetendheid van mensen die aanleiding geeft tot vermeende fraude; te klein verschil tussen uitkering en arbeidsvergoeding; de preciaire positie waarin men zich bevindt	De onverwachte gevolgen van een wetgeving en de perverse effecten van een systeem	Achterpoortjes in systeem dichtend zonder het solidariteitsprincipe in gevaar te brengen; controleren zonder de onderlinge hulp tussen mensen in het gedrang te brengen	Simplificatie en rationalisatie van het systeem; legalisering van 'kleine arbeid' door de betrokkenen	De sympathieke boef; wie niet sterk is moet slim zijn; de weg van de minste inspanning; Tijd Uilenspiegel; spanning tussen de vereisten van het privéleven en het professionele leven; trous dans l'économie; rendre service, entreaide, coup de main	"ze vergeten dat arbeidsongeschiktheid geen recht, maar een gunst is"; "als je zo slim bent dat je met de regels kunt spelen, kan je natuurlijk weer aan het werk, met felicitaties van de jury"

Frame	Cultuureel thema	Problematische definitie van arbeidsongeschiktheid / invaliditeit	Oorzaak van het probleem	Gevolg van de situatie	Beleidsmatige uitdagingen	Beleidsmatige oplossingen	Woordkeuze en metaforen	Catchphrases
9. Kanarie in de Mijn	<i>De kanarie die dood valt waarschuwt vroegtijdig voor giftige gassen in de mijn</i>	De arbeidsongeschikte en invalide personen vormen niet het probleem; zij zijn slechts een vroegtijdig, alarme-rend signaal voor een dieperliggend probleem, namelijk van een kwalijke symbiose tussen de financieel-economische context, de arbeidsorganisatie en de betrokken personen	Het ziekmakend spanningsveld tussen de vereisten van het kapitalisme, de manier waarop arbeid is opgevat en georganiseerd, en de capaciteiten en behoeften van de personen zet deze laatste zodanig onder druk dat ze 'breken'	Individuele mensenlevens worden overhoop gehaald; de (directe en indirecte) financiële gevolgen ervan zijn voor de organisaties en het RIZIV	Aangezien de arbeidsongeschikte en invalide personen een dieper probleem aanwijzen, is het zinloos om de personen te gaan vervangen; het is nodig om de onderliggende oorzaken aan te pakken en naar een gezond evenwicht en optimale symbiose te zoeken	Het werken zo organiseren dat het niet of minder uitgaat van een persoon die steeds beschikbaar is en die zich flexibel moet opstellen; opteren voor een organisatie van de arbeid op maat waarbij de individuele behoeften en capaciteiten centraal staan	Gebrek aan preventie; werkbare jobs; gebrekkige coaching; overbelasting, uitgeblust, opgebrand, burn-out; Citroenloopbaan; compétition; surprésentisme; ne pas savoir fonctionner dans le système, le prix du système, c'est l'exclusion	<i>se tuer au travail; "een slimme kanarie zoekt de frisse lucht op; maar het deurtje van de kooi moet dan wel open staan"</i>

Frame	Cultueel thema	Problematische definitie van arbeidsongeschiktheid / invaliditeit	Oorzaak van het probleem	Gevolg van de situatie	Beleidsmatige uitdagingen	Beleidsmatige oplossingen	Woordkeuze en metaforen	Catchphrases
10. Counterframe: Win-win	<i>Een situatie of overeenkomst waaruit alle betrokkenen voordeel halen; winst voor de ene betekent geen verlies voor de andere</i>	Arbeidsongeschiktheid is niet te voorkomen, omdat het de 'prijs' is die betaald moet worden om mensen in te kunnen schakelen in een werkcontext; ziekte en gezondheid (mentaal en/of lichamelijk) maken inherent deel uit van de arbeid; werknemers (gezond of ziek), werkgevers leven in een symbiotische situatie waar iedereen wel bijvaart	De persoon wordt niet herleid tot een 'arbeidskracht'; de nadruk ligt niet op de 'productiviteit', maar op de aandacht voor de interactie tussen de werkvloer en de biologische, sociale en psychologische aspecten van de betrokkene	Wanneer er oog is voor de interactie, en voor de persoon, zijn of haar gezondheid en welzijn, maken deze structureel deel uit van de arbeid, en is deze makkelijker te bevatten	Wezijn en gezondheid zijn een collectieve aangelegenheid waarvoor iedereen (werknemers, werkgevers, overheid...) verantwoordelijk is; investeringen in deze mogen niet opgevat worden als een economische last of als een hinder voor de organisaties	Gezondheid en wezijn op de werkvloer zijn belangrijke troeven waarbij zowel de personen, de bedrijven als de samenleving te winnen hebben; gelukkige en gezonde personen, zetten zich meer in en zijn ultiem productiever	coresponsabiliteit; RSE/CSR; wezijn, bonheur; de acacia en de mieren	<i>Le bonheur au travail, durable et rentable</i>

www.kbs-frb.be

Meer info over onze projecten,
evenementen en publicaties vindt u op
www.kbs-frb.be.

Een e-news houdt u op de hoogte.

Met vragen kunt u terecht op
info@kbs-frb.be of 02-500 45 55.

Koning Boudewijnstichting,
Brederodestraat 21, B-1000 Brussel
02-511 18 40.

Giften op onze rekening
IBAN: BE10 0000 0000 0404
BIC: BPOTBEB1
zijn fiscaal aftrekbaar vanaf 40 euro.

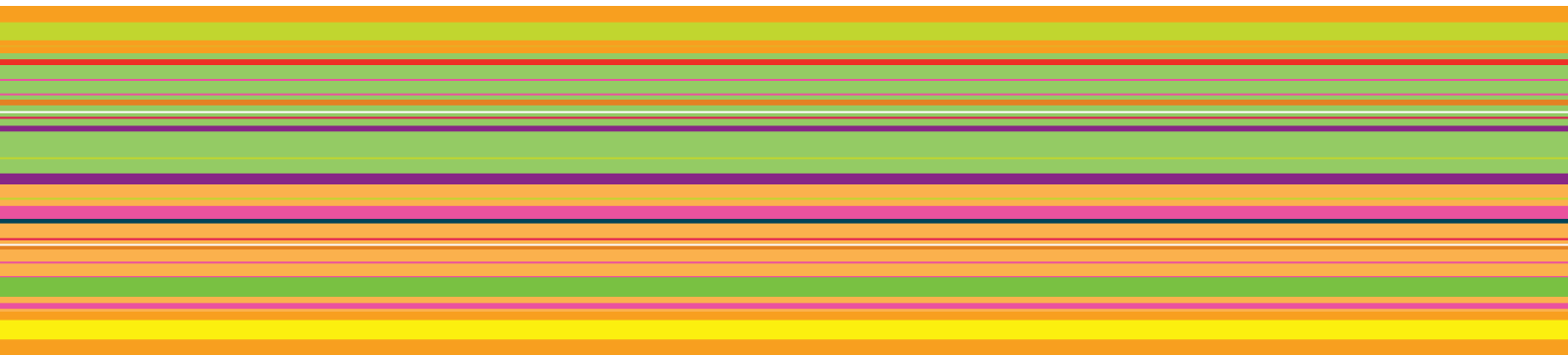
De Koning Boudewijnstichting is een onafhankelijke en pluralistische stichting die actief is in België en op Europees en internationaal niveau. We willen de maatschappij ten goede veranderen en investeren daarom in inspirerende projecten of individuen.

In 2013 steunden we 2.000 organisaties en individuen voor een totaalbedrag van 28 miljoen euro. 2.000 personen in onafhankelijke jury's, stuurgroepen en begeleidingscomités stelden vrijwillig hun expertise ter beschikking. De Stichting organiseert ook rondetafels over belangrijke maatschappelijke thema's, deelt onderzoeksresultaten via (gratis) publicaties, gaat partnerschappen aan en stimuleert filantropie 'via' en niet 'voor' de Koning Boudewijnstichting.

De Stichting werd opgericht in 1976, toen Koning Boudewijn 25 jaar koning was.

Dank aan de Nationale Loterij en aan alle schenkers voor hun gewaardeerde steun.

Volg ons op   



pub n° 3254

Framing en refframing: op weg naar de destigmatisering van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit