



Eindrapport studie:

## Zelfstandigen, kanker, en werk

Een onderzoek uitgevoerd door de Vrije Universiteit van Brussel, in opdracht van het Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid van het RIZIV en de Stichting tegen Kanker

prof. dr. Elke Van Hoof

Onderzoekers: Evelien Philips, Sophie Hochrath en Wolfgang Jacquet



© Copyright by Vrije Universiteit Brussel

*Uitgegeven in eigen beheer, Elke Van Hoof, Vrije Universiteit Brussel, plein 2, 1050 Brussel, België.*

*Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, elektronisch of op welke andere wijze ook zonder voorafgaandelijke schriftelijke toestemming van de uitgever. All rights reserved. No part of the publication may be reproduced in any form by print, photoprint, microfilm, electronic or any other means, without written permission from the publisher. ISBN: 9789077130148*

*Reference:*

*Van Hoof E., Philips E., Hochrath S., Jacquet W., Godderis L., Van Limbergen G. & Decuman Saskia (2022). Zelfstandigen, kanker en werk. Vrije Universiteit Brussel, ISBN 9789077130148.*



## **Proloog**

*Auteur: Elke Van Hoof*

Binnen de onderzoekswereld worden zelfstandigen vaak over het hoofd gezien, ook als er beleid en beslissingen uit dienen voort te vloeien. Vaak wordt dit voor arbeidsongeschikte zelfstandigen gebaseerd op inzichten en data die gelden voor mensen in loondienst, waar een duidelijk (inter-)nationaal kader met concrete regelgeving en beproefde rehabilitatietrajecten na langdurige ziekte voorzien is.

Zelfstandigen zijn echter in veel opzichten anders dan loontrekkenden, in het bijzonder met betrekking tot werk en werkhervatting. Willen we de levenskwaliteit van zelfstandigen die terugkeren naar het werk na kanker verhogen, dan is er dringend behoefte aan een aangepast beleid.

Met dit rapport willen we de grondslag leggen voor een duidelijke omschrijving van de populatie en hun behoeften met betrekking tot arbeidsongeschiktheid en werkhervatting. Het is een van de eerste studies in Europa en de eerste in België die zich uitsluitend richt op het perspectief van de zelfstandigen.

Het voorliggend rapport is het narratief van de resultaten uit een meerjaren-onderzoek naar de beleving van kanker bij zelfstandigen. Hierin zijn we vooral op zoek gegaan naar de eigenheid van zelfstandigen in vergelijking met werknemers. Waar gelijklopende ervaringen zijn, kunnen we immers al stoelen op een uitgebreid pakket van ondersteuning en maatregelen.

Onderzoek bij zelfstandigen daagt ons als onderzoekers uit. Dit zal blijken uit dit narratief. Het is immers een erg verscheiden groep en niet goed gestructureerd zoals we terugvinden bij werknemers en zelfs werklozen. Door de manier waarop hun werkcontext en/of opvolgingscontext is opgebouwd, wordt opvolging en onderzoek gefaciliteerd. Willen we de eigenheden van zelfstandigen verder verfijnen, dienen we als onderzoekers en beleidsmakers andere onderzoeksmethoden naar voren te schuiven.

# Inhoudsopgave

Proloog .....	5
Inleiding.....	9
<i>Wie zijn de zelfstandigen met kanker?</i> .....	9
<i>De motivatie voor dit onderzoek</i> .....	12
<i>Doelstellingen van het onderzoek</i> .....	14
<i>Opbouw van het rapport</i> .....	14
Hoofdstuk 1: Inventaris van de bestaande kennis .....	16
<i>Doel en opzet</i> .....	16
<i>Design</i> .....	17
<i>Algemene resultaten</i> .....	18
<i>7 kernboodschappen</i> .....	36
<i>Implicaties</i> .....	37
Hoofdstuk 2: Wettelijk kader in België .....	39
<i>Doel, opzet en kader</i> .....	39
<i>Europese verschillen</i> .....	41
<i>Belgische wetgeving</i> .....	43
<i>6 kernboodschappen</i> .....	48
<i>Implicaties</i> .....	48
Hoofdstuk 3: Conceptueel Model voor werkhervatting bij zelfstandigen.....	51
<i>Doel en opzet</i> .....	51
<i>Design</i> .....	51
<i>Algemene resultaten</i> .....	56
<i>10 kernboodschappen</i> .....	60
<i>Implicaties</i> .....	61
Hoofdstuk 4: Een procesevaluatie van het onderzoek naar de beleving van kanker bij zelfstandigen .....	63
<i>Doel en opzet</i> .....	63
<i>De start van het onderzoek</i> .....	63
<i>De impact van covid-19</i> .....	71
<i>Uitdagingen bij het bereiken van de zelfstandigen</i> .....	72
<i>7 kernboodschappen</i> .....	76
<i>Implicaties</i> .....	77
Hoofdstuk 5: De behoeften van zelfstandigen .....	79
<i>Doel en opzet</i> .....	79
<i>Design</i> .....	79

<i>Resultaten</i> .....	82
<i>Sufficiency</i> .....	99
<i>13 Kernboodschappen</i> .....	100
<i>Implicaties</i> .....	101
<b>Conclusies en aanbevelingen</b> .....	<b>102</b>
<b>Epiloog: Kunnen de voorliggende resultaten geëxtrapoleerd worden naar chronische aandoeningen bij zelfstandigen?</b> .....	<b>108</b>
<b>Referentielijsten per hoofdstuk</b> .....	<b>113</b>
<i>Referentielijst Inleiding</i> .....	114
<i>Referentielijst Hoofdstuk 1</i> .....	115
<i>Referentielijst Hoofdstuk 2</i> .....	119
<i>Referentielijst Hoofdstuk 3</i> .....	120





## Inleiding

*Betrokken auteurs: Evelien Philips, Sophie Hochrath en Elke Van Hoof*

### ***Wie zijn de zelfstandigen met kanker?***

#### **a. Het aandeel van zelfstandigen binnen de werkende populatie**

Wereldwijd heeft bijna 30% van de werkende bevolking een zelfstandigenstatuut (Ryan, 2014). In 2018 bedraagt dat aandeel binnen de Europese Unie gemiddeld 15.3% van de arbeidsmarkt in 2018 (OECD, 2022). Vooral in Zuid-Europese landen worden veel ondernemers geteld. Griekenland staat met 31.9% bovenaan. Onderaan de lijst staat Denemarken, met 8,5%.

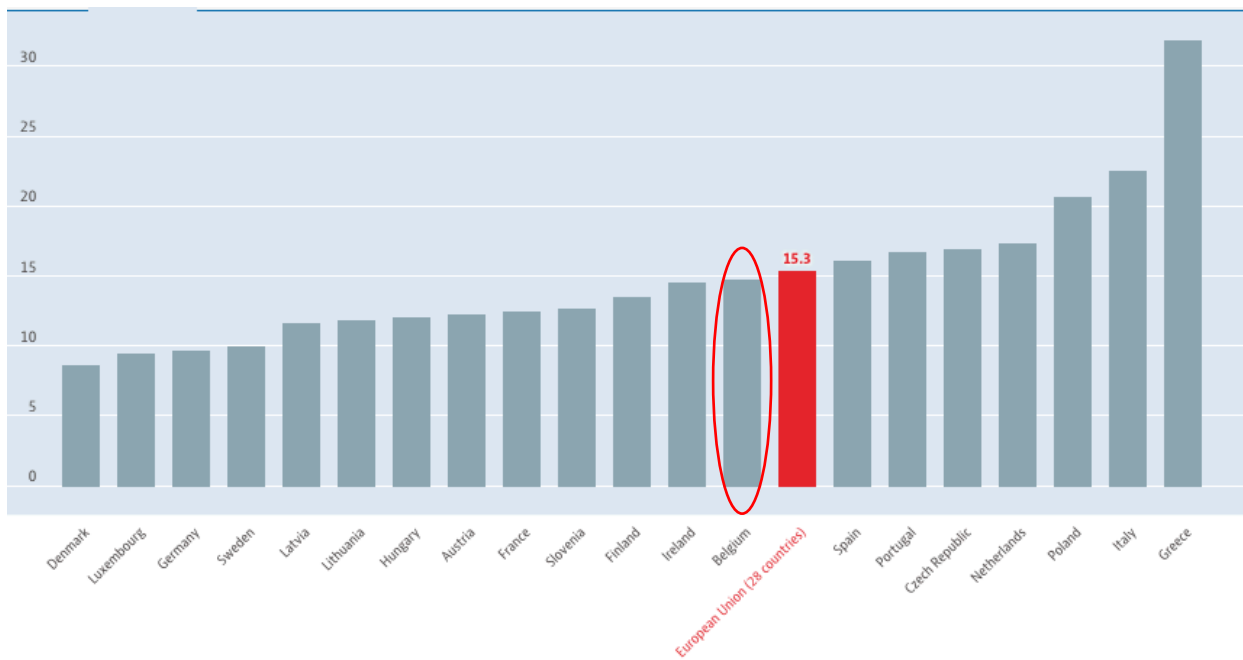
In 2018 bedroeg het aandeel aan zelfstandigen in België 14.7%, net onder het EU-28<sup>1</sup> gemiddelde van 15.3% (OECD, 2022).

*Zie figuur 1 voor een visuele weergave van de proporties zelfstandigen binnen de EU (Bron: OECD (2022), Self-employment rate [indicator]).*

---

<sup>1</sup> De 28 landen die deel uitmaken van de Europese Unie: België, Bulgarije, Duitsland, Cyprus, Denemarken, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slowakije, Slovenië, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden

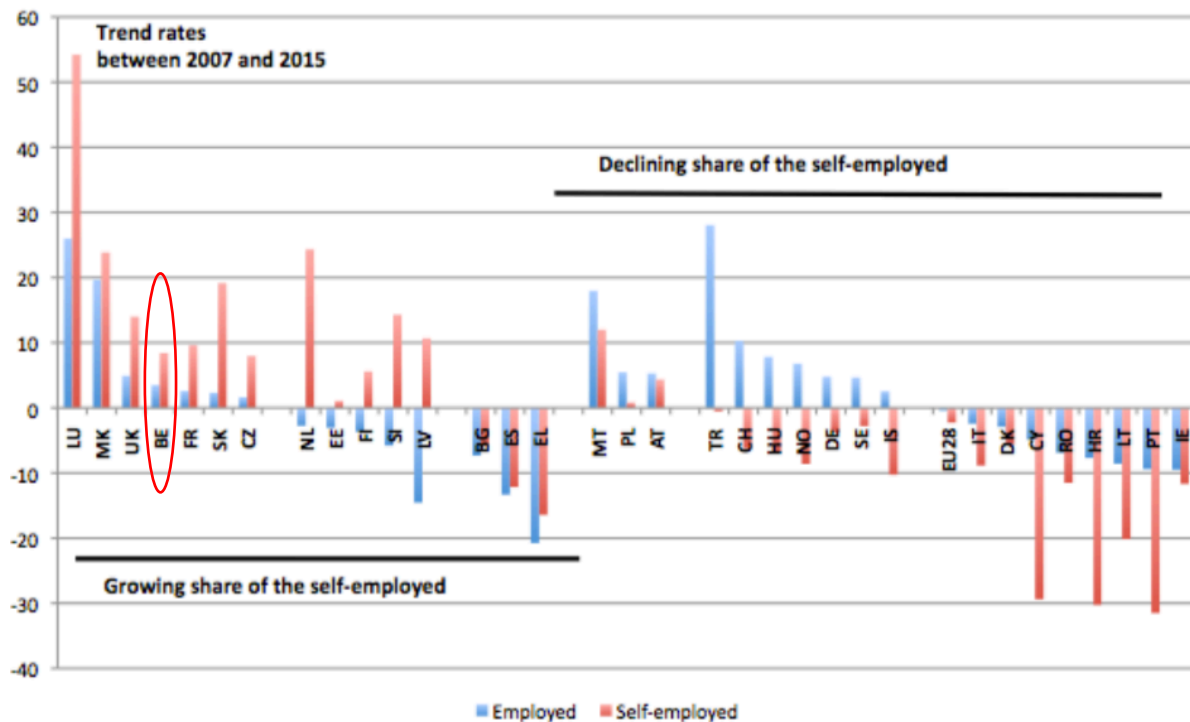
Figuur 1. Overzicht van de proporties zelfstandigen tegenover totale tewerkstelling binnen de EU



Het aantal zelfstandigen binnen Europa schommelt. Terwijl sommige landen een toename in het aantal zelfstandigen noteren tussen 2007 en 2015, neemt het aandeel in andere landen drastisch af. Zie figuur 2 voor een visuele weergave van de trends van het aantal zelfstandigen binnen Europa (bron: Eurostat, Employment by sex, age and professional status [lfsa\_egaps]). In België is het aandeel zelfstandigen tussen 2017 en 2018 gestegen met 2,3% (RSVZ, 2021). Een verklaring hiervoor kan deels teruggevonden worden in het statuut van de zelfstandige, dat per land verschilt. Door een verschillende definitie in statuut, kan het zijn dat de aantallen verschillen tussen landen (Fondeville et al., 2015). Daarnaast worden bepaalde statuten aantrekkelijker over de tijd heen, gevoerd door de economische toestand op dat moment. Zo zou een deel van de groei aan zelfstandigen verklaard worden door economische crisissen die leiden tot meer werkloosheid, waardoor meer mensen kiezen voor een zelfstandig statuut wegens een gebrek aan opties als werknemer (Fondeville et al., 2015).

Zie figuur 2 voor een visuele weergave van de trends van het aantal zelfstandigen binnen Europa (bron: Eurostat, Employment by sex, age and professional status [lfsa\_egaps]).

Figuur 2. Overzicht van de respectievelijke toename dan wel afname van het aantal zelfstandigen tussen 2007 en 2015 binnen Europa



## b. Enkele cijfers over kanker

In 2020 werden wereldwijd zo'n 19.3 miljoen nieuwe gevallen van kanker gerapporteerd (Sung et al., 2021), waarvan 2.7 miljoen binnen de Europese Unie. Hoewel kanker beschreven wordt als een ziekte die vooral de oudere populatie treft, krijgt ook een significant aandeel van de actieve populatie ermee te maken (Roser & Ritchie, 2020<sup>2</sup>). Gemiddeld komen 20% van de kankerdiagnoses voor bij mensen jonger dan 50 jaar. 70% van de diagnoses situeert zich bij de leeftijdsgroep tussen 50 en 70 jaar (Ferlay et al., 2015). Onderzoek stelt dat volgens de recentste gegevens in België 1 vrouw op vier en 1 man op drie voor de leeftijd van 75 een kankerdiagnose zal krijgen (Van Hoof, 2015). Er zijn geen gegevens om te veronderstellen dat deze verdeling anders zou zijn wanneer we inzoomen op zelfstandigen. In het kader van de toenemende pensioenleeftijd binnen Europa en België, wordt verwacht dat een groter aandeel van de actieve bevolking ermee geconfronteerd zal worden.

<sup>2</sup> <https://ourworldindata.org/cancer#age-breakdown-of-people-with-cancer>

UNIZO en UCM voerden in 2017 een onderzoek met als titel “Het project met als doel de context van Belgische zelfstandigen en hun verzekering in geval van arbeidsongeschiktheid te onderzoeken”<sup>3</sup>. Dit onderzoek gaat na hoe arbeidsongeschiktheid door zelfstandigen ervaren wordt. De deelnemers geven aan dat ze ontevreden zijn over hun wettelijke bescherming. In het bijzonder bestaat er een sterke verontwaardiging tegenover het bestaan van de carenzaand<sup>4</sup>, waarin zelfstandigen een maand wachttijd moeten doorlopen voordat ze een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen. Ook bracht deze studie aan het licht dat tot 85% van de zieke zelfstandigen tegen doktersadvies in toch blijft doorwerken, o.a. omwille van financiële overwegingen en druk van klanten. In deze studie werd echter niet doorgevraagd naar de daadwerkelijke impact van arbeidsongeschiktheid op hun leven en welzijn, aangezien dit niet tot het doel van de studie behoorde, waardoor nog veel vragen onbeantwoord blijven.

### ***De motivatie voor dit onderzoek***

In de wetenschappelijke literatuur wordt al langer onderzocht wat de impact is van kanker op arbeidsongeschiktheid en terugkeer naar het werk. Eerder aangehaalde inzichten tonen echter aan dat Belgische zelfstandigen tot op vandaag een onderbelichte doelgroep vormen in het onderzoek rond arbeidsongeschiktheid en reïntegratie. Kennis over hun situatie ontbreekt. Voor zelfstandigen die geconfronteerd worden met kanker ontbreekt specifiek onderzoek al zeker. Bovendien zijn er vanuit wetenschappelijk onderzoek sterke aanwijzingen voor een verband tussen een vlotte terugkeer naar werk en welzijn. Arbeidsongeschiktheid gaat gepaard met een verminderd welzijn, waardoor duidelijk wordt dat hierop ingezet moet worden.

Dit wordt o.a. aangetoond door een onderzoek van het Europese *Cancer and Work Network* (CANWON) uit 2013. Het doel was om wetenschappelijke kennis en inzichten te verzamelen als basis voor richtlijnen ter verbetering van de levenskwaliteit van kankerpatiënten. Ook dit onderzoek toont een lacune op het vlak van kennis over zelfstandige kankerpatiënten en hun

---

<sup>3</sup> Rapport enkel beschikbaar in het Frans. Zie website UNIZO voor een persbericht in het NL: <https://www.unizo.be/nieuws-pers/unizo-en-ucm-eisen-even-sterke-ondersteuning-voor-zieke-zelfstandigen-als-voor>

<sup>4</sup> De wettelijke regeling waarbij zelfstandigen gedurende hun eerste maand arbeidsongeschiktheid geen recht hebben op een ziekte-uitkering. Deze werd sinds 1 juli 2019 teruggedroefd naar 7 dagen.

uitdagingen. Het probleem werd aangehaald in de CANWON review, opgesteld door Sharp et al. in 2017, die uitdrukkelijk opriep om meer onderzoek over dit thema te verrichten. Pas dan kunnen richtlijnen op maat van zelfstandigen worden uitgewerkt.

In navolging van deze oproep werd in opdracht van de Stichting tegen Kanker een Belgisch rapport opgesteld (Van Hoof, 2015). Dat rapport vermeldt als doelstelling om de specifieke kenmerken van de beleving van kanker, arbeidsongeschiktheid en terugkeer naar het werk bij zelfstandigen in kaart te brengen op basis van een literatuurstudie. Een uitgebreide zoektocht in 5 verschillende databanken leverde uiteindelijk slechts 6 papers op met betrekking tot zelfstandigen, kanker en werk. De algemene conclusie bevestigt dat wetenschappelijke kennis rond zelfstandigen beperkt en moeilijk te vinden is. Dit komt enerzijds omdat zelfstandigen een heel diverse doelgroep vormen met een brede waaier van profielen, en anderzijds omdat ze moeilijk te bereiken zijn. Bovendien is het een grote uitdaging om hen te motiveren om aan onderzoek deel te nemen. Het rapport concludeert dat er een grote nood is aan het beschrijven van de beleving van kanker bij zelfstandigen, en dat een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek hier aangewezen is.

Deze vaststelling vormde de aanleiding tot de opstart van de studie 'Zelfstandigen, kanker, en werk' in 2017, een samenwerking<sup>5</sup> tussen het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid van het Nationaal Instituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), de Stichting tegen Kanker (StK), en de Vrije Universiteit van Brussel (VUB), faculteit PSYC. Onderhavig rapport beschrijft het verloop van deze studie, de resultaten en de conclusies.

---

<sup>5</sup> Zie bijlage voor de overeenkomst aan de basis van deze samenwerking.

## ***Doelstellingen van het onderzoek***

De doelstellingen zoals ze beschreven werden in de oorspronkelijke overeenkomst worden hier hernomen:

Het **primaire doel** van de studie is **het in kaart brengen van de manier waarop zelfstandigen kanker beleven**. Hierbij staat het thema 'werk' centraal, met een uitdrukkelijke focus op de kwaliteit van leven, financiële en administratieve uitdagingen van de zelfstandigen.

De secundaire doelstellingen kunnen als volgt opgedeeld worden:

- Het **centraliseren van alle beschikbare informatie** over de beleving van kanker bij zelfstandigen, met inbegrip van wetenschappelijke kennis, rapporten en ander beschikbaar materiaal
- Het stimuleren van **informatie-uitwisseling** tussen de betrokken stakeholders van het onderzoek.
- Onderzoeken hoe real-time data kan worden verzameld binnen de afgebakende doelgroep, welke beschikbare informatie geschikt is om *evidence based* te werk te gaan in het onderzoek bij zelfstandigen en hoe databanken het best kunnen worden gecombineerd.

## ***Opbouw van het rapport***

In **hoofdstuk 1** wordt bestaande kennis verzameld en geïdentificeerd waar nog lacunes zitten. Omdat zelfstandigen verschillen van werknemers kijken we in **hoofdstuk 2** naar het wettelijke onderscheid en in **hoofdstuk 3** naar ruimere verschillen op het gebied van diverse levensdomeinen. Er wordt ingezoomd op het thema werkhervatting, aangezien dit een focuspunt vormt van het onderzoek.

In **hoofdstuk 4** laten we onze zelfstandigen aan het woord en voorzien we de juiste theoretische omkadering om te schetsen op welke wetenschappelijke inzichten het huidige onderzoek gebaseerd wordt. Om de strategie van deze bevraging voor te bereiden, gingen

we eerste te rade bij experts, professionals die een bijzondere ervaring hebben met onze doelgroep.

Tot slot vatten we de **belangrijkste conclusies** samen die nadien vertaald worden in beleidsaanbevelingen. Deze worden aangereikt aan de overheid, zodat de levenskwaliteit van zelfstandigen met kanker kan worden verbeterd en hun proces van arbeidsongeschiktheid kan worden vergemakkelijkt. Specifieker wordt de hulpvraag van zelfstandigen met betrekking tot hun uitdagingen tijdens het betreden van arbeidsongeschiktheid en latere terugkeer naar het werk vertaald naar concrete beleidsaanbevelingen.

## **Hoofdstuk 1: Inventaris van de bestaande kennis**

*Betrokken auteurs: Evelien Philips en Elke Van Hoof*

In dit hoofdstuk wordt de bestaande internationale, wetenschappelijke kennis over zelfstandigen, kanker en werk geïnventariseerd. Voor deze *scoping review*<sup>6</sup> werden artikels geïncorporeerd tot en met 15 november 2021. Er is geen ondergrens wat publicatiedatum betreft, aangezien het doel is om alle bestaande relevante literatuur op te sporen. Deze review wordt besproken aan de hand van enkele overkoepelende concepten die in de weerhouden papers geïdentificeerd worden. Bij de analyse van de artikels is rekening gehouden met het belang voor de onderzoeksvragen onder studie en of de resultaten wel veralgemeend kunnen worden.

### ***Doel en opzet***

In dit hoofdstuk wordt gestart met het in kaart brengen van de beschikbare wetenschappelijke literatuur, zowel nationaal als internationaal. Zo kunnen we de huidige inzichten en leemten identificeren, en met het eigen onderzoek lacunes aanvullen.

### **Scoping review**

Het is belangrijk om de beschikbare inzichten aangaande zelfstandigen, kanker, en werk in de internationale literatuur te bundelen. Er werd beslist tot het uitvoeren van een *scoping review* met 3 doelstellingen:

- Het in kaart brengen van ‘gaps’ of lacunes in de literatuur.
- Het opsporen van beschikbare evidentie voor een bepaald onderwerp, in dit geval met betrekking tot zelfstandigen en kanker. Hierbij wordt voor een specifieke, gedetailleerde onderzoeksvraag bekeken welke kennis momenteel beschikbaar is.

Binnen bestaande literatuur kijken welke de gangbare gebruikte methodes zijn om onderzoek naar een bepaald onderwerp of binnen een bepaalde doelgroep te verrichten.

---

<sup>6</sup> Een review waarbij het voornaamste doel eruit bestaat om een helder zicht te krijgen over de bestaande literatuur en mogelijke lacunes in de huidige kennis



## ***Design***

### **Stap 1: Inclusiecriteria**

Artikels die in aanmerking komen, voldoen aan deze eigenschappen:

- (a) ze maken een specifiek onderscheid tussen zelfstandigen en andere statuten
- (b) ze bespreken werk gerelateerde uitkomsten na een kankerdiagnose
- (c) er worden specifieke uitkomsten besproken voor de zelfstandigen
- (d) de brontaal is Engels, Nederlands of Frans.

### **Stap 2: Afbakenen van het bronmateriaal**

Wat **datbanken** betreft, werd beslist dat de review zou uitgevoerd worden op basis van Pubmed, PsycInfo en Google Scholar. In de datbanken werd een Booleaanse zoekmethode toegepast. Dit houdt in dat vooropgestelde zoektermen gecombineerd worden met 'AND' en 'OR'. Variaties op een zoekterm worden gevonden door gebruik te maken van een \* achteraan. Deze manier van zoeken maximaliseert de gevonden papers, aangezien er rekening gehouden wordt met verschillende variaties op een woord (Atkinson & Cipriani, 2018). Er werd enkel gebruik gemaakt van deze PICO zoekmethode in de vorm van 'vrije zoektermen'. Er werden geen Mesh-termen gebruikt.

Daarnaast werd gebruik gemaakt van de zogenaamde **sneeuwbalmethode**, waarbij de referentielijst van relevant bevonden papers geraadpleegd wordt om andere relevante artikels op te sporen. Om de doelstellingen van het onderzoek te behalen, werd tenslotte ook grijze literatuur geanalyseerd zoals beleidsrapporten en rapporten ter beschikking gesteld via websites van (kanker)organisaties. Hiervoor raadpleegden we Google, Google Scholar en specifieke overheidswebsites m.b.t. kanker.

*Zie tabel 1 voor een overzicht van de gebruikte vrije zoektermen:*

Tabel 1. Overzicht van de gebruikte vrije zoektermen

Zoektermen werk	Zoektermen kanker	Zoektermen zelfstandigen
Return to work	Cancer*	Employ*
RTW	Tumor*	Self-employ*
Career	Tumour*	
Occupational rehabilitation	Neoplas*	
Disability	Carcinoma*	
	Adenocarcin*	
	Malignan*	
	Oncol*	

### Stap 3: Zoekprocedure en selectieproces

Vervolgens werd de zoekprocedure uitgevoerd, gevolgd door het selectieproces in 3 fasen.

In **fase 1** werden de zoektermen ingebracht in de databanken met Booleaanse operatoren. Artikels die op basis van titel duidelijk niet relevant waren (vb. focus op kinderen), werden in deze fase uitgesloten. Artikels waar op basis van de titel geen oordeel geveld kon worden, schoven door naar een volgende fase.

In **fase 2** werden de abstracts van de artikels gelezen en beoordeeld op relevantie. Artikels die een duidelijk andere focus hadden dan de beschreven onderzoeksvraag, werden geëlimineerd. Abstracts waaruit niet duidelijk bleek of de resultaten relevant waren om de vraag van de review te beantwoorden, gingen naar de volgende selectieronde.

In **fase 3** werden de artikels in hun totaliteit doorgelezen, met extra aandacht voor de resultaten. Hier werden de eerder vermelde inclusie- en exclusiecriteria gehanteerd om te beslissen of het artikel voldeed en opgenomen werd in de review.

Deze stappen werden in de 3 databases onafhankelijk van elkaar toegepast. Eventuele duplicaten werden weggehaald.

### Algemene resultaten

Fase 1 leverde 2.653 resultaten op. De meeste artikels werden geëlimineerd omdat er geen zelfstandigen onderscheiden werden in de besproken doelgroepen of resultaten. We vermoeden dat het aandeel zelfstandige deelnemers doorgaans te klein was om een betrouwbare uitspraak toe te laten. Ook stelden we vast dat er in deze papers een post-hoc

opdeling is van de beroepen en dat zelfstandigen niet de focus van het onderzoek vormden. De auteurs geven echter zelf geen toelichting, waardoor er niet met zekerheid geconcludeerd kan worden waarom in deze gevallen er geen uitspraken gemaakt worden over de betrokken zelfstandigen. Uiteindelijk worden 30 artikels weerhouden in de review. In het overzicht werden de reviews in het rood aangeduid om het verschil duidelijk te maken.

*Zie Tabel 2 voor een overzicht van de opgenomen papers en een beknopte samenvatting van hun resultaten.*

Tabel 2. Overzicht van de opgenomen papers in de review met land van herkomst, nadruk op zelfstandigen, en beknopt overzicht van de resultaten

Studie	Land van herkomst	Aandacht voor zelfstandigen	Belangrijkste bevindingen	% zelfstandigen tegenover aantal deelnemers in de sample	Type studie	Level of evidence
Arndt et al. (2019)	Duitsland	Gering*	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z. vertonen een grotere kans tot werkhervatting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>484 van 6057 (8%)</li> </ul>	Cross-Sectioneel	Level III
Bennet et al. (2018)	UK	Gering*	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z. hebben minder kans tot vervroegd pensioen na kanker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>821 van 3913 (21%)</li> </ul>	Case Control Study	Level III
Crawford et al. (2017)	<i>Systematic Review</i>	Gering*	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z. vertonen een lagere WA</li> </ul>	-	Systematic Review	Level V
Geeraerts et al. (2019)	Nederland	Uitgebreid***	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z. vertonen vaker een “volledig professioneel herstel”</li> <li>Z. zijn minder lang afwezig van werk</li> <li>Beperkte financiële zekerheid als mogelijke verklaring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>19 van 86 (23%)</li> </ul>	Cohort studie	Level III

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer passie voor hun werk als mogelijke verklaring</li> </ul>			
Ha-Vinh et al. (2009)	Frankrijk	Doelgroep****	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Z. hebben meer kans op business failure wanneer ze (a) ouder zijn (b) slechtere kankerprognose hebben en (c) meer fysieke arbeid verrichten</li> <li>• Geen relevante verschillen meer na 5 jaar</li> <li>• Z. hebben steun nodig om die 5 jaar te overbruggen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9% (3587 van 31275)</li> </ul>	Cohort studie	Level III
Lauzier et al. (2008)	Canada	Uitgebreid***	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Z. hebben meer loonverlies dan andere groepen</li> <li>• Bovenop loonverlies betalen Z. bijkomend bedrag om vervanging in te huren</li> <li>• Z. hebben minder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 136 van 800 (17%)</li> </ul>	Cohort studie	Level III

			<ul style="list-style-type: none"> <li>lange AO</li> <li>Z. hebben lagere ziekte-uitkeringen</li> <li>Verzekering voor Z. in Canada is optioneel en duur</li> </ul>			
Marino et al. (2013)	Frankrijk	Beperkt**	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z. stoppen minder met werken tijdens behandeling</li> <li>Z. hebben minder lange AO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>341 van 4270 (8%)</li> </ul>	Cross-sectioneel	Level III
Nakamura et al. (2016)	Japan	Beperkt**	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iets <b>minder</b> Z. vertonen RTW</li> <li>Z. vertonen vaker een verandering van job</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>32 van 199 (16%)</li> </ul>	Cross-sectioneel	Level III
Paalman et al. (2016)	Nederland	Beperkt**	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z. vertonen <b>minder</b> risico op verlies van persoonlijk inkomen (moeten minder vaak persoonlijke reserves aanspreken tijdens AO)</li> <li>Z. ontvangen minder vaak een ziekte-uitkering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet toegelicht</li> </ul>	Case Control Study	Level III

Paltrinieri et al. (2018)	<i>Systematic review</i>	Gering*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Z. nemen minder vaak ziekteverlof</li> </ul>	-	Systematic Review	Level V
Pearce et al. (2015)	Ierland	Beperkt**	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Z. hebben tot twee keer zoveel kans om teruggekeerd te zijn naar het werk</li> <li>• Hypothese dat financiële incentive speelt om aan het werk te blijven</li> <li>• Z. hebben meer flexibiliteit om het werk te plannen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 98 van 264 (37%)</li> </ul>	Cross sectioneel	Level III
Sharp en Timmons (2010)	Ierland	Uitgebreid***	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Z. vertonen meer kans op financiële gevolgen na kankerdiagnose</li> <li>• Z. keren sneller terug naar het werk en werken vaker door tijdens behandeling, desnoods part-time</li> <li>• Z. vertonen meer RTW</li> <li>• Veel minder Z. in de sample ontvangen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 348 van 740 (47%)</li> </ul>	Kwalitatief onderzoek	Level III

---

een ziekte-uitkering  
in vgl met WN (5% vs.  
63%)

- Z. rapporteren meer financiële impact/stress en kunnen minder vaak hun leningen betalen (46% vs. 31%)
- Z. moeten meer aangemoedigd worden tot het afsluiten van een verzekering

---

Sharp en Timmons  
(2011)

Ierland

Uitgebreid\*\*\*

- Z. hebben tot meer dan 2 keer zoveel kans om door te werken tijdens hun behandeling
- Z. tot de helft minder lang afwezig van het werk
- Z. ontvangen minder vaak ziekte-uitkering en dit zijn vaak lagere bedragen

- 178 van 742 (24%)

Cross  
Sectioneel

Level III

---



			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiële verschillen als verklaring voor doorwerken en RTW</li> </ul>			
Sharp et al. (2017)	<i>Review</i>	Doelgroep****	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is weinig kennis over Z. en kanker te vinden</li> <li>• Z. zijn vaak niet de focus van onderzoek</li> <li>• Conclusie: onderzoek op maat van de Z. is dringend nodig</li> </ul>	-	Systematic Review	Level V
Tiedtke et al. (2011)	België	Gering*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volgens artsen blijven Z. vaker aan het werk tijdens hun behandeling omwille van de financiële bezorgdheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0% (artsen bevroegd over Z.)</li> </ul>	Kwalitatief onderzoek	Level III
Tikka et al. (2016)	<i>Systematic Review</i>	Beperkt**	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er worden weinig tot geen RTW interventies specifiek voor Z. geformuleerd</li> <li>• Er is te weinig onderzoek naar de noden en ervaringen van Z.</li> </ul>	-	Systematic Review	Level V
Tison et al. (2016)	Frankrijk	Doelgroep****	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er worden geen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 674 van</li> </ul>	Case	Level III

			<p>significante verschillen gevonden tussen Z. en WN mbt duur van AO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Z. worden wel vermeld als mogelijk extra kwetsbaar door financiële gevolgen</li> </ul>	3967 (17%)	Control Study	
Torp et al. (2011)	Noorwegen	Beperkt**	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z. maken vaker veranderingen in hun job na kanker</li> <li>Mogelijke verklaringen hiervoor zijn (a) job als Z. heeft meer eisen, (b) Z. hebben minder collega's die hen terug naar het werk trekken (c) Z. zijn minder verzekerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100 van 1115 (9%)</li> </ul>	Cross Sectioneel	Level III
Torp et al. (2012)	Noorwegen	Beperkt**	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z. vertonen lagere WA na kanker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>34 van 563 (6%)</li> </ul>	Cross Sectioneel	Level III
Torp et al. (2013)	Noorwegen	Beperkt**	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z. vertonen meer werkparticipatie 5 jaar na hun kankerdiagnose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1158 van 9646 (12%)</li> </ul>	Cross sectioneel	Level III

Torp et al. (2016)	Noorwegen	Doelgroep****	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Z. zijn ouder, minder opgeleid, vaker mannen, vaker tewerkgesteld binnen manuele arbeid</li> <li>• Z. vertonen <b>minder</b> vaak een RTW dan WN</li> <li>• Financiële stress zou een oorzaak zijn voor lagere WA bij Z</li> <li>• Z. zullen vaker hun aantal geweerkte uren per week verminderen</li> <li>• Z. veranderen vaker hun job na kanker</li> <li>• Z. rapporteren lagere QoL, algemene gezondheid, en WA</li> <li>• Z. laten een grotere negatieve financiële verandering zien na kanker</li> </ul>	• 88 van 1115 (8%)	Case Control Study	Level III
--------------------	-----------	---------------	---	--------------------	--------------------	-----------

Torp et al. (2019a)	<i>Review</i>	Doelgroep****	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenvatting van resultaten</li> </ul>	-	Case Control study	Level III
Torp et al. (2019b)	Noorwegen	Doelgroep****	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Z. zijn een zeer heterogene groep</li> <li>• Z. werken vaker door tijdens de behandeling</li> <li>• Meer autonomie en engagement voor hun zaak als mogelijke verklaring</li> <li>• Z. rapporteren meer Financiële zorgen</li> <li>• Z. vertonen een lagere WA</li> <li>• Z. werken vaker in een functie met hogere jobeisen</li> <li>• Z. rapporteren vaker een gevoel van schaamte nav hun ziekte, financiële zorgen en arbeidsongeschiktheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 van 14 (50%)</li> </ul>	Kwalitatief Onderzoek	Level III

Torp et al. (2021)	Noorwegen	Doelgroep****n	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Z. geven aan het gevoel te hebben weinig steun of hulp te ontvangen van de dienst die de uitkeringen regelt</li> <li>• Z. hebben veel engagement naar hun zaak toe en willen snel terug naar werk</li> <li>• Er bestaat een mismatch tussen de goede bedoelingen van de dienst uitkeringen en de manier waarop Z. dit interpreteren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 van 14 (50%)</li> </ul>	Kwalitatief Onderzoek	Level III
Norredam et al. (2009)	VS	Beperkt**	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Z. blijven vaker aan het werk</li> <li>• Meer autonomie, flexibiliteit en onafhankelijkheid als verkaring</li> <li>• Alternatieve verklaring is de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4589 van 15.297 (30%)</li> </ul>	Case Control Study	Level III

Noot:

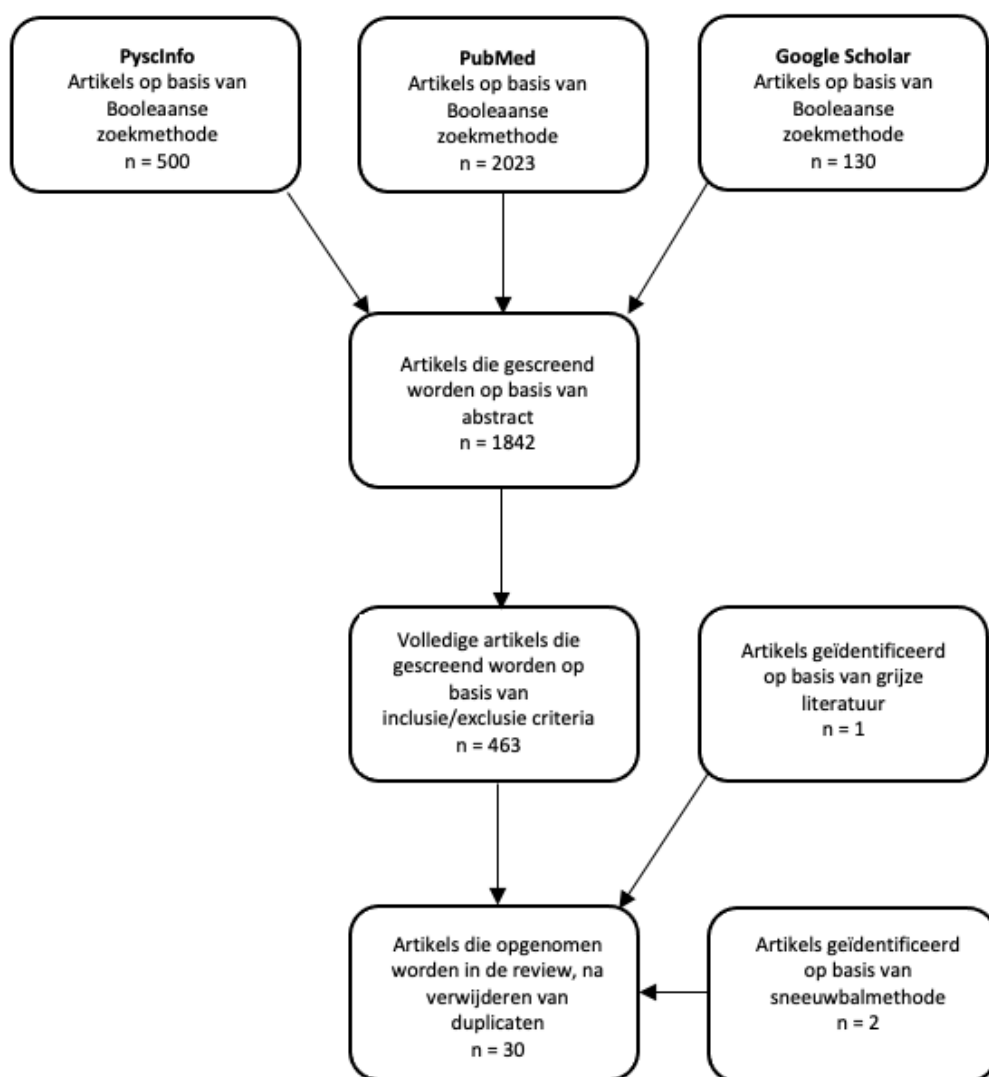
			discriminatie tov werknemers die kanker hebben, waardoor ze Z. moeten worden			
Van Hoof (2015)	<i>Systematic Review</i>	Doelgroep****	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weinig literatuur dat specifiek rond Z. draait</li> <li>Meer onderzoek nodig</li> </ul>	-	Systematic Review	Level V
Van Maarschalkerweerd et al. (2019)	Nederland	Gering*	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z. hebben vaker het gevoel dat ze controle hebben over hun RTW proces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 van 19 (16%)</li> </ul>	Kwalitatief onderzoek	Level III
Van Muijen et al. (2013)	<i>Systematic Review</i>	Beperkt**	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z. vertonen een snellere RTW</li> <li>Ook Z. helpers zijn vaker aan het werk dan WN</li> </ul>	-	Systematic Review	Level V
Villaverde et al. (2008)	Spanje	Gering*	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z. nemen minder vaak tijd vrij van werk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>28 van 96 (29%)</li> </ul>	Cross Sectioneel	Level III

\*Zelfstandigen besproken in 1 of 2 zinnen; \*\*Zelfstandigen besproken in een korte paragraaf; \*\*\*Zelfstandigen krijgen uitgebreide aparte aandacht en worden herhaaldelijk besproken;

\*\*\*\*Zelfstandigen waren de uitdrukkelijke doelgroep bij aanvang van de studie

Noot: Z.: Zelfstandigen; WN: Werknemers; WA: Workability; AO: Arbeidsongeschiktheid; RTW: Return to Work (terugkeer naar het werk); QoL: Quality of Life

Zie figuur 3 voor de werkwijze waarop de geselecteerde artikels per stap en per databank worden beschreven.



Figuur 3. Overzicht procedure selectie artikels

Elk opgenomen artikel werd gewogen op basis van het aandeel zelfstandigen in het onderzoek (zie bijlage 2). Conclusie: **slechts 3** artikels bevatten minstens **50%** zelfstandigen (Torp et al., 2019b; 2021, Sharp & Timmons, 2010), het grootste aandeel dat momenteel kan worden teruggevonden in de wetenschappelijke literatuur. In de uitwerking van het wetenschappelijk artikel moet er een extra analyse gebeuren naar de impact van het level-of-evidence en de

power van de resultaten van elk van de papers. Er moet nagegaan worden hoeveel power elke paper bevat, om zo de uitspraken met betrekking tot zelfstandigen beter naar waarde te schatten.

Alleszins is dit lage aantal publicaties een belangrijke indicatie voor het pertinente gebrek aan focus op zelfstandigen binnen de onderzoekswereld. Het leert ons ook dat conclusies m.b.t. zelfstandigen tot op vandaag nooit gebaseerd zijn op een dataset van uitsluitend zelfstandigen waarin hun visie expliciet aan bod kwam.

### **Een weergave van de literatuur**

Van de 30 weerhouden artikels, zijn 6 systematic reviews (Crawford et al., 2017; Paltrinieri et al., 2019; Sharp et al., 2017; Tikka et al., 2017; Torp et al., 2019a; Van Hoof, 2015).

In de reviews wordt eveneens vastgesteld dat onderzoek m.b.t. zelfstandigen schaars en moeilijk te vinden is, en aangegeven dat er nood is aan meer focus op deze doelgroep (Sharp et al., 2017; Tikka et al., 2017; Van Hoof, 2015). Tikka et al. (2017) concluderen in hun onderzoek naar Return-to-Work programma's voor kankerpatiënten *'dat er geen programma's op maat van zelfstandige zijn, en dat hier dringend meer onderzoek voor nodig is'*.

### **Het omschrijven van 'de zelfstandige'**

De groep van zelfstandigen wordt expliciet omschreven als 'heterogeen en divers' door Torp et al. (2019b). Ook in België kunnen we bevestigen dat zelfstandigen een allegaartje vormt van verschillende statuten ( zie inleiding, p. 6-8). Zelfstandigen zijn werkzaam in heel wat verschillende sectoren. Bovendien is deze groep moeilijk te vatten in typerende kenmerken. Torp et al. (2016) stelden wel vast dat zelfstandigen in hun onderzoek over het algemeen minder hoogopgeleide mannen zijn. Daarnaast ligt de gemiddelde leeftijd bij zelfstandigen vaker iets hoger dan in andere statuten. Tenslotte ziet men dat zij vaker tewerkgesteld zijn in jobs die manuele arbeid vereisen. Dit leidt ertoe dat zelfstandigen mogelijk grotere (fysieke) eisen of 'fysieke job demands', hebben in vergelijking met werknemers. (Torp et al., 2016; Torp et al., 2019b). Over bijkomende 'mentale job demands', wijden de artikels van Torp et al. (2016, 2019b) niet uit.



### **De gezondheid van de zelfstandige**

De fysieke en mentale gezondheid van zelfstandigen levert tegenstrijdige uitspraken op in de literatuur. Zo zouden zelfstandigen over het algemeen een lagere algemene gezondheid en kwaliteit van leven rapporteren na kanker in vergelijking met mensen in loondienst (Torp et al., 2017). Een andere studie toont dan weer het omgekeerde aan (Torp et al., 2019a).

Een consistentere bevinding zien we wanneer gekeken wordt naar de '*workability*' van zelfstandigen: de algemene toestand van functioneren die ervoor zorgt dat men zijn of haar job naar behoren kunnen uitvoeren. De *workability* zou volgens verschillende onderzoeken aanmerkelijk lager liggen voor zelfstandigen dan voor wie in loondienst werkt (Crawford et al., 2017; Torp et al., 2012; 2016; 2019b). Daarnaast voegen Torp et al. (2019b) toe dat zelfstandigen vaker dan loontrekkenden een gevoel van schaamte rapporteren in verband met niet alleen hun ziekte, maar ook hun arbeidsongeschiktheid en eventuele financiële gevolgen hiervan. Een deel hiervan zou verklaard worden door het taboe dat rust op "business failure" onder zelfstandigen, een aspect dat niet heerst onder de loontrekkenden.

### **Werk gerelateerde uitkomsten bij zelfstandigen**

Het proces van arbeidsongeschiktheid verloopt bij zelfstandigen op een andere manier dan bij loontrekkenden, zo blijkt duidelijk uit de literatuur. Zo blijkt dat zelfstandigen veel vaker doorwerken tijdens hun kankerbehandeling (Marino et al., 2013; Sharp & Timmons, 2010; Tiedtke et al., 2011; Torp et al., 2019b). Ze proberen arbeidsongeschiktheid te vermijden en zullen hun job zo lang mogelijk uitoefenen. (Geeraerts et al., 2019; Lauzier et al., 2008; Paltrinieri et al., 2018; Sharp & Timmons, 2010; 2011; Torp et al., 2019a; Van Hoof, 2015; Villaverde et al., 2008). Sharp en Timmons (2011) stellen dat zelfstandigen tot zelfs meer dan 2 keer zoveel kans vertonen om te blijven doorwerken tijdens hun kankerbehandeling in vergelijking met andere statuten. Wel opteren ze dan om part-time te werken (Sharp & Timmons, 2011) of om het aantal gewerkte uren per week te reduceren (Torp et al., 2016; 2019a). Dit is niet onlogisch, aangezien zelfstandigen meer flexibiliteit en autonomie hebben in hun job, waardoor het voor hen meer voor de hand ligt om te blijven doorwerken tijdens het ziekteproces (Norredam et al., 2009; Pearce et al., 2015; Torp et al., 2019b).

We moeten niet alleen kijken naar het vermijden van uitval, maar eveneens naar de periode van arbeidsongeschiktheid. Wat we hier zien, is dat de nodige aanpassingen doen niet altijd mogelijk is. Arbeidsongeschiktheid is soms onvermijdelijk. Wanneer zelfstandigen dan toch arbeidsongeschikt worden, stellen verschillende studies dat zelfstandigen in vergelijking met mensen in loondienst tot de helft minder afwezig blijven (Lauzier et al., 2008; Marino et al., 2013; Sharp & Timmons, 2011; Van Muijen et al., 2013). Eén studie vond echter geen significant verschil wat de lengte van de arbeidsongeschiktheid betreft (Tison et al., 2016). Zelfstandigen zouden in elk geval wel zelf aangeven dat ze sneller terug naar het werk willen gaan (Torp et al., 2021). Ook vermelden ze meer gevoel van controle te ervaren over hun terugkeer naar het werk dan loontrekkenden (Van Maarschalkerweerd et al., 2019).

De algemene tewerkstellingsgraad van zelfstandigen na kanker ligt over het algemeen hoger dan die van wie in loondienst werkt (Norredam et al., 2009; Sharp & Timmons, 2010; Torp et al., 2019a). Zelfstandigen zouden tot twee keer meer kans hebben om weer terug aan het werk te zijn bij opvolging dan andere statuten (Pearce et al., 2015). Ook zelfstandige helpers in een zaak zouden vaker aan het werk zijn dan werknemers (Van Muijen et al., 2013). Meewerkende echtgenoten worden niet onderscheiden in dit onderzoek, waardoor helaas geen uitspraken gemaakt kunnen worden over deze deelgroep. Dit onderzoek werd gevoerd in Nederland, waar de wetgeving met betrekking tot meewerkende echtgenoten anders geregeld is. In een groot deel van de gevallen wordt de meewerkend partner beschouwd als een werknemer. Dit kan een verklaring zijn waarom deze groep niet onderscheiden wordt in het onderzoek van Van Muijen et al. (2013).

Er wordt geopperd dat zelfstandigen een grotere passie voor hun job vertonen, waardoor zij met een grote verantwoordelijkheidszin naar hun zaak kijken en hierdoor sneller terugkeren naar het werk (Geeraerts et al., 2019; Torp et al., 2021). Ook dit spreken sommige studies echter tegen. Zo zijn er ook aanwijzingen dat zelfstandigen net meer moeite hebben met hun terugkeer naar het werk, omdat zij in vergelijking met andere beroepen vaker nog arbeidsongeschikt zijn bij opvolging (Nakamura et al., 2016; Torp et al., 2016). Hier zouden de zwaardere *job-demands* een rol spelen, en zouden zelfstandigen het gemis voelen van collega's die hen terug naar de job trekken en een terugkeer aantrekkelijk maken (Torp et al., 2011; 2019b).

Ook vaststellingen op langere termijn<sup>7</sup> laten tegenstrijdige uitkomsten zien. Enerzijds vertonen zelfstandigen een hogere tewerkstellingsgraad dan loontrekkenden (Torp et al., 2013) en laten ze vaker een ‘volledig professioneel herstel’ (terugkeer naar eenzelfde werkregime in aantal uren als voor de diagnose) zien (Geeraerts et al., 2019), terwijl ze anderzijds volgens Tison et al. (2015) op lange termijn net geen verschillen in tewerkstelling laten zien in vergelijking met werknemers.

Er is dus niet alleen onduidelijkheid over de exacte graad van terugkeer naar het werk, maar ook over de kansen van zelfstandigen om hun bestaande zaak verder te zetten. Zo stellen sommige studies dat zelfstandigen vaker dan andere statuten van job veranderen na hun ervaringen met kanker (Nakamura et al., 2016; Torp et al., 2011; 2016; 2019a), terwijl een andere studie net uitspreekt dat zelfstandigen meer kans hebben om terug te keren naar hetzelfde werk (Arndt et al., 2018). Ook hier leeft nog heel wat onduidelijkheid binnen de onderzoekswereld.

Ook vonden we een studie terug die aantoont dat zelfstandigen minder kans hebben om vervoegd op pensioen te gaan na hun kankerdiagnose, terwijl andere statuten hier net een grotere kans op vertonen (Bennet et al., 2018).

### **Financiële bezorgdheden**

Zelfstandigen worden herhaaldelijk genoemd als groep die meer kans heeft op negatieve financiële gevolgen tijdens en na een kankerdiagnose (Sharp & Timmons, 2010; Tison et al., 2016; Torp et al., 2016; 2019a). Specifiek stellen Sharp en Timmons (2010) dat zelfstandigen veel vaker rapporteren dat ze als gevolg van hun ziekte hun leningen niet meer kunnen aflossen. Ook Lauzier et al. (2008) spreken van een groter financieel verlies voor zelfstandigen dan voor werknemers. Deze factoren leiden ertoe dat men kan spreken van een grotere financiële stress bij zelfstandigen (Sharp & Timmons, 2010; Torp et al., 2019b).

Een belangrijke verklaring ligt in het feit dat zelfstandigen minder goed verzekerd zijn tegen inkomensverlies na ziekte (Lauzier et al., 2008; Sharp & Timmons, 2010; Torp et al., 2011; 2019a). Torp et al. (2021) stelden bij onderzoek in Noorwegen eveneens vast dat zelfstandigen ervaren dat ze zeer weinig hulp krijgen van de dienst uitkeringen en het gevoel

---

<sup>7</sup> De tewerkstellingsgraad 5 jaar of langer na de kankerdiagnose

hebben grotendeels aan hun lot overgelaten worden<sup>8</sup>. Daarnaast is er de bijkomende uitdaging dat verzekerde zelfstandigen vaak een lagere uitkering krijgen dan werknemers, waardoor zij dus sowieso een groter verlies lijden (Lauzier et al., 2008; Sharp & Timmons, 2011; Torp et al., 2019a). Wanneer zieke zelfstandigen een vervanger inhuren, komt er een extra loonkost bij voor de zelfstandige. (Lauzier et al., 2008). Hoewel zijn verliezen beperkter zullen blijven door het voortzetten van de zaak, is het loon dat bovenop de lopende kosten betaald moeten worden een significant verlies tegenover het gewoonlijke inkomen van de zelfstandige.

Financiële uitdagingen en de bijhorende stress vormen de belangrijkste verklaring waarom zelfstandigen zo veel mogelijk willen doorwerken tijdens hun behandeling of zo snel mogelijk terug aan de slag willen (Geeraerts et al., 2019; Pearce et al., 2015; Tiedtke et al., 2011; Torp et al., 2011). Torp et al. (2016) benoemen deze financiële bezorgdheden als reden voor de eerdere vermelde lagere *workability*.

## **7 kernboodschappen**

1. **Onderzoek over zelfstandigen blijft beperkt**, en dan vooral onderzoek waar volledig wordt gefocust op deze doelgroep. Zelfstandigen zijn te vaak een *afterthought*, wat de resultaten minder betrouwbaar maakt. Het aandeel zelfstandigen in de opgenomen papers is maximum 50% van de totale sample. **ez** Resultaten van deze onderzoeken moeten met de nodige voorzichtigheid bekeken worden.
2. Het verschil in aandeel van zelfstandigen over de studies heen vormt mogelijk de verklaring voor de **tegenstrijdige resultaten** in de review. Een voorbeeld hiervan is levenskwaliteit. Sommige onderzoeken (met een lager gewicht) spreken van een lagere kwaliteit van leven voor zelfstandigen met kanker, terwijl andere onderzoeken (met een hoger gewicht) net een hogere kwaliteit van leven aantonen.
3. Zelfstandigen zijn een **heterogene groep**. Dit maakt het nog moeilijker om algemene resultaten te formuleren.

---

<sup>8</sup> De 'Labour and Welfare administration' in Noorwegen staat in voor praktische en financiële ondersteuning van mensen in geval van ziekte

4. Er leeft consensus over de bevinding dat zelfstandigen vaker **doorwerken** tijdens hun kankerbehandeling. Hoewel de resultaten inconsistent zijn, is er in de geïnccludeerde wetenschappelijke papers meer ondersteuning voor de stelling dat zelfstandigen een **kortere arbeidsongeschiktheid** laten zien. Hun terugkeer naar het werk verloopt sneller dan voor werknemers<sup>9</sup>.
5. Zelfstandigen vertonen een **verhoogd risico op financiële problemen** wanneer zij getroffen worden door kanker. Ze zijn over het algemeen minder vaak verzekerd en ontvangen lagere uitkeringen. Dit leidt tot een grotere financiële stress, die mogelijk mee verklaart waarom zelfstandigen doorwerken tijdens hun behandeling of sneller terugkeren naar het werk.
6. Er bestaan tot op heden **geen programma's op maat van de zelfstandige**. Ook hier worden de inzichten uit onderzoek van werknemers toegepast op zelfstandigen.

### ***Implicaties***

Deze 7 bevindingen bevestigen dat zelfstandigen een op zichzelf staande doelgroep vormen, die een **specifieke aanpak** en **aangepast traject** verdient. Hoe zelfstandigen verschillen van werknemers, en op welke vlakken deze op maat gemaakte aanpak moet doorwegen, blijft echter onduidelijk.

De financieel kwetsbare positie van zelfstandigen wordt echter vaak benadrukt, wat alvast een aanleiding kan vormen tot verbetering van de **financiële omkadering**. Het optimaliseren van de verzekeringssystemen en de communicatie hierover, vormt een eerste, logische stap in het beschermen van de zelfstandigen. Daarnaast geven zelfstandigen aan dat de huidige **ondersteuning** in de vorm van een verplichte minimum verzekering niet voldoende afgestemd is op hun specifieke behoeften. Het is belangrijk om bij de zelfstandigen zelf na te vragen waar zij nood aan hebben en op welke manier hierop kan worden ingespeeld. Dit kadert ook de vraag of binnen België de nood bij zelfstandigen wel accuraat ingeschat wordt (Zie hoofdstuk 4). De flexibiliteit van het zelfstandig statuut kan een belangrijke hulpbron zijn

---

<sup>9</sup> Hoewel de wetenschappelijke literatuur aangeeft dat zelfstandigen een kortere arbeidsongeschiktheid laten zien, schetst registerdata in België een ander beeld. Hieruit blijkt namelijk dat, in België, zelfstandigen langer aan het werk blijven om vervolgens een langere periode arbeidsongeschikt te blijven. Dit benadrukt de gap tussen wetenschap en registerdata (zie bespreking)

in het faciliteren van het proces van werkhervatting bij zelfstandigen. Er moet nagegaan worden op welke manier deze flexibiliteit ingezet kan worden om aan de behoeften van de zelfstandigen te voldoen.

Daarnaast moet ook verder onderzoek verricht worden naar **alternatieve werkvormen**, zoals flexijobs, parttime werk, of interim werk. Deze statuten krijgen, net als zelfstandigen, minder sociale bescherming en zijn dus ook kwetsbaar. Deze groepen vormen niet de focus van deze review, maar moeten zeker ook verder onderzocht worden.

## Hoofdstuk 2: Wettelijk kader in België

*Betrokken auteurs: Evelien Philips, Guido Van Limbergen, en medewerkers van de directie RDQ en de directie reglementering en geschillen van de dienst voor uitkeringen van het RIZIV-INAMI*

DATUM WAAROP HET HOOFDSTUK WERD OPGEMAAKT: maart 2022

### **Doel, opzet en kader**

In België zijn er 6 soorten zelfstandigen (FOD Economie, 2021a):

1. **Een zelfstandige in hoofdberoep:** de zelfstandige activiteit(en) is (zijn) de enige of belangrijkste bezigheid en vormt de enige of voornaamste bron van inkomen. Denk aan uitbaters van een horecazaak, schoonheidsspecialisten, of bestuurders van een of meerdere vennootschappen.
2. **Een zelfstandige in bijberoep:** iemand die de zelfstandige activiteit combineert met een statuut als ambtenaar of loontrekkende. De job in loondienst moet minstens een halftijdse betrekking op maandbasis omvatten. Denk aan een bediende die 4 dagen per week voor een bedrijf werkt, maar op zijn vrije dag of in het weekend taarten bakt en deze verkoopt. Ook psychologen in bijberoep zijn hiervan een voorbeeld.
3. **Een helper in de zaak:** dit betreft mensen die (tijdelijk) bijspringen in de zaak. Vaak gaat het om een vriend of familielid van de zaakvoerder. Er wordt niet gewerkt in contractueel verband. De helper is onderworpen aan hetzelfde sociaal statuut als een zelfstandige in hoofdberoep voor de 1ste januari van het jaar waarin hij 20 jaar wordt, tenzij de zelfstandige en de helper gehuwd zijn voor deze datum. Wanneer de helper in kwestie slechts occasioneel bijspringt of nog student is, is hij niet aan het sociaal statuut van de zelfstandige onderworpen.
4. **Een meewerkende echtgenoot:** de partner van een zelfstandige (in hoofd- of bijberoep) die minstens 90 dagen per jaar én regelmatig meehelpt in de zaak. Hierbij

geldt wel dat de partner geen ander inkomen heeft, dus ook geen vervangingsinkomen. De meewerkende echtgenoot is aan hetzelfde statuut onderworpen als de zelfstandige in hoofdberoep, hoewel de minimumbijdrage veel lager ligt. Wanneer een partner minder dan 90 dagen per jaar en niet regelmatig meehelpt in de zaak, wordt deze als een 'toevallige helper' beschouwd.

5. **Student-zelfstandige:** een student tussen de 18 en 25 jaar die een zelfstandige activiteit uitvoert naast de studies. De student is onderworpen aan hetzelfde statuut als de zelfstandige in hoofdberoep, als deze dezelfde sociale bijdragen betaalt.
6. **Een gepensioneerd zelfstandige:** gepensioneerden die ervoor kiezen om hun zelfstandige activiteit verder te zetten. Wie ouder is dan 65 of een zelfstandige pensioenloopbaan heeft van 45 jaar of langer, mag onbeperkt verder verdienen tijdens het pensioen.

Wat ondernemingen betreft, zien we 6 vormen (FOD Economie, 2021b):

1. **De besloten vennootschap (bv):** kleine tot middelgrote bedrijven die door 1 of meerdere ondernemers opgericht worden.
2. **De naamloze vennootschap (nv):** grote bedrijven die een minimum startkapitaal vereisen voordat ze opgericht kunnen worden.
3. **De coöperatieve vennootschap (cv):** wanneer ten minste drie ondernemers het bedrijf samen oprichten met een gemeenschappelijk doel dat niet gericht is op zoveel mogelijk winst maken.
4. **De vennootschap onder firma:** een personenvennootschap zonder minimumkapitaal die grotendeels afhangt van de vennoten.
5. **De commanditaire vennootschap:** een combinatie van stille en werkende vennoten, ingedeeld volgens geldschieter of bestuursleden



6. **De maatschap:** wanneer minstens 2 ondernemers of ‘maten’ overeenkomen om hun middelen te bundelen en winst te delen.

Volgens de sociale wetgeving worden zelfstandigen in bijberoep in geval van ziekte beschermd op basis van hun betrekking in loondienst of als ambtenaar. Zelfstandigen in hoofdberoep, helpers, en meewerkende echtgenoten vallen terug op een apart en uniek statuut. Daarom laten we in dit onderzoek zelfstandigen in bijberoep buiten beschouwing en focussen we op zelfstandigen in hoofdberoep en gelijkgestelde categorieën.

Om duidelijk te maken waarom zelfstandigen in hoofdberoep een ander beleid verdienen dan werknemers, wordt eerst uitgebreid stilgestaan bij het wettelijk kader en de verschillen tussen deze groepen. Belangrijk om in het achterhoofd te houden, is dat wetgeving voortdurend in beweging is en jaarlijks wordt aangepast. In dit rapport wordt de situatie geschetst volgens de actuele wetgeving van 2021, online te vinden als ‘living document’.

### ***Europese verschillen***

Op Europese schaal zien we belangrijke verschillen tussen diverse landen, wat maakt dat bevindingen uit andere landen niet zomaar toegepast kunnen worden op de Belgische context. Binnen het European Social Policy Network of ESPN, een groepering van onafhankelijke deskundigen op het vlak van sociale integratie en bescherming, worden 35 landen<sup>10</sup> opgenomen. Dit betreft de 27 EU-landen, de landen met een lopende aanvraag tot toetreding, en Zwitserland. Binnen het ESPN zijn zelfstandigen in slechts 25 van de 35 landen verplicht om zich te verzekeren tegen ziekte (Belin et al., 2016). Dit wil zeggen dat het nemen van een ziekteverzekering volledig optioneel is in maar liefst 10 verschillende landen.

---

<sup>10</sup> België, Bulgarije, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, IJsland, Italië, Kroatië, Letland, Liechtenstein, Lithouwen, Luxemburg, Macedonië, Malta, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Servië, Slovenië, Slovakije, Spanje, Turkije, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk, Zwitserland, Zweden

Zie Tabel 3 voor een overzicht van welke landen een wettelijk verplichte minimumverzekering hebben.

Tabel 3. Overzicht ESPN landen met en zonder verplichte verzekering

ESPN-Land	Wettelijk verplichte minimumverzekering bij ziekte	Geen wettelijk verplichte minimumverzekering bij ziekte
België	X	
Bulgarije		X
Cyprus	X	
Denemarken	X	
Duitsland	X	
Estland	X	
Finland	X	
Frankrijk	X	
Griekenland		X
Hongarije	X	
Ierland		X
IJsland	X	
Italië		X
Kroatië	X	
Letland	X	
Liechtenstein		X
Litouwen	X	
Luxemburg	X	
Macedonië	X	
Malta	X	
Nederland		X
Noorwegen	X	
Oostenrijk	X	
Polen		X
Portugal	X	
Roemenië		X
Servië	X	
Slovenië	X	

Slowakije	X	
Spanje	X	
Turkije	X	
Tsjechië		X
Verenigd Koninkrijk	X	
Zwitserland		X
Zweden	X	

Onderzoek toont aan dat slechts een kleine minderheid van de zelfstandigen ervoor kiest om zich volledig te verzekeren in de landen met optionele verzekeringssystemen, met gemiddeld slechts 10 tot 15% die volledig gedekt is in geval van ziekte. De rest van de zelfstandigen is slechts gedeeltelijk of helemaal niet verzekerd. In de 25 landen waar een ziekteverzekering wel verplicht is voor zelfstandigen zijn de regels voor het afsluiten van deze verzekering vaak flexibel.

De manier waarop de verzekering georganiseerd wordt, verschilt sterk tussen de landen. In de praktijk komt het er vaak op neer dat zelfstandigen aan andere regels onderworpen zijn dan werknemers. Hierdoor zijn zij op het einde van de rit vaak minder goed verzekerd, ontvangen ze lagere uitkeringen en moeten ze vaak langere wachttijden doorlopen. Daarnaast omvat de wettelijke verplichting een minimumverzekering, waardoor zij niet volledig gedekt zijn tegen inkomensverlies.

Omwille van deze internationale verschillen, is het belangrijk om de wetgeving van het betreffende land steeds mee in rekening te brengen tijdens het beoordelen van resultaten over zelfstandigen. Daarom wordt in het volgende hoofdstuk de Belgische wetgeving grondig toegelicht.

### ***Belgische wetgeving***

#### **Aangifte van arbeidsongeschiktheid**

De eerste stap van de aangifte van arbeidsongeschiktheid verloopt op dezelfde manier voor zelfstandigen als loontrekkenden: er moet een getuigschrift voor arbeidsongeschiktheid

bezorgd worden aan de adviserende arts van het ziekenfonds. Vanaf dan verloopt het proces anders. Voor zelfstandigen moet deze aangifteverplichting vervuld worden binnen een termijn van 7 dagen, te beginnen op de dag na de datum waarop de arbeidsongeschiktheid aanving. Voor arbeiders moet dit binnen 14 dagen vanaf het begin van de arbeidsongeschiktheid gebeuren en voor bedienden moet dit binnen de 28 dagen vanaf het begin van de arbeidsongeschiktheid gebeuren. Dit geldt ook voor arbeiders en bedienden die geen gewaarborgd loon ontvangen. De andere verzekerden (bijvoorbeeld een werkloze verzekerde) moeten uiterlijk op de 7<sup>de</sup> kalenderdag na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid de aangifte indienen.

### **Aanvraag van recht op uitkering**

Wanneer we kijken naar de voorwaarden voor het recht op een uitkering, zien we nog meer verschillen. Als loontrekkende moet je minstens 180 dagen gewerkt hebben gedurende een wachttijd van de laatste 12 maanden om recht te hebben op een uitkering. Als zelfstandige moet je minstens 2 kwartalen gewerkt hebben als zelfstandige, en dus een wachttijd van 6 maanden doorlopen, om recht te kunnen hebben op uitkering. In beide gevallen start de toekenning van de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid dus pas na het verstrijken van deze wachttijd (in het stelsel van de zelfstandigen kan de arbeidsongeschiktheid bovendien slechts worden erkend na het vervullen van de wachttijd). Ook wordt in beide situaties een financiële voorwaarde verbonden aan het recht op uitkering: de sociale bijdragen die betaald dienden te worden tijdens de wachttijd. Daarnaast moeten alle werkzaamheden volledig stopgezet worden. Terwijl een werknemer een vermindering van het verdienvermogen van minstens 66% dient te hebben, wordt de arbeidsongeschiktheid voor zelfstandigen niet uitgedrukt in een percentage.

De adviserend arts beoordeelt de duurtijd van de arbeidsongeschiktheid. Dit verloopt voor loontrekkenden en zelfstandigen op dezelfde manier. In een eerste stap vult de behandelend arts op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid een begin- en einddatum van de arbeidsongeschiktheid in. Deze datum wordt door de adviserende arts van de mutualiteiten bevestigd of aangepast, eventueel na medisch onderzoek.

*Voor een volledig overzicht van de belangrijkste verschillen tussen werknemers en zelfstandigen, opgesplitst in de verschillende processtappen met betrekking tot arbeidsongeschiktheid, verwijzen we naar tabel 6 in de bijlage.*

### **De carenztijd**

Bij het ontvangen van de uitkering van arbeidsongeschiktheid, vallen enkele belangrijke verschillen op tussen zelfstandigen en loontrekkenden. In beide gevallen wordt de uitkering toegekend in een zesdagenstelsel, en wordt deze uitbetaald door het ziekenfonds. Bedienden krijgen doorgaans voor de eerste 30 dagen van de arbeidsongeschiktheid een gewaarborgd loon van de werkgever. Voor arbeiders is dit het geval voor de eerste 14 dagen. Vanaf de 31ste of 15de dag arbeidsongeschiktheid zal de werknemer dus een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen.

Voor zelfstandigen werd sinds juli 2019 de carenztijd van 14 dagen afgeschaft. Dit wil zeggen dat zelfstandigen tot dan minstens 15 dagen arbeidsongeschikt moesten zijn, voordat ze recht hadden op een uitkering (vanaf de 15<sup>de</sup> dag van arbeidsongeschiktheid). Tegenwoordig is deze periode teruggeschroefd naar 7 dagen. Wanneer een zelfstandige minstens 8 opeenvolgende dagen arbeidsongeschikt erkend is door de adviserend arts, kan hij een uitkering ontvangen vanaf de eerste dag van zijn ongeschiktheid. Wanneer een zelfstandige echter minder dan 8 dagen arbeidsongeschikt is, heeft hij geen recht op uitkering. Als de periode van erkende arbeidsongeschiktheid meer dan 14 dagen vóór de datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts aanvat, kan het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen slechts ingaan vanaf de 14de dag vóór deze datum van ondertekening.

### **Het berekenen van de uitkering**

Ook het berekenen van de uitkering verloopt anders. De werknemer ontvangt 60% van zijn brutoloon als uitkering afhankelijk van de eventuele stabiliteit van zijn tewerkstelling<sup>11</sup>. De gezinssituatie van de verzekerde speelt in principe geen rol, tenzij de werknemer vanaf de

---

<sup>11</sup> Indien de tewerkstelling stabiel is gebleven vanaf de laatste dag van het tweede kwartaal voorafgaandelijk het kwartaal waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen tot en met de aanvang van de arbeidsongeschiktheid, wordt rekening gehouden met het gederfde loon van toepassing op deze laatste dag van het tweede kwartaal voorafgaandelijk het kwartaal waarin de arbeidsongeschikt is aangevangen. Indien de tewerkstelling niet stabiel is, wordt het gederfde loon van toepassing op het begin van de arbeidsongeschiktheid weerhouden.

vierde maand van arbeidsongeschiktheid aanspraak kan maken op een minimumuitkering omdat deze uitkering hoger is dan 60% van het in aanmerking genomen brutoloon. Vanaf 1 januari 2022 bedraagt de maximumuitkering voor werknemers €92,76 per dag.

Voor zelfstandigen worden forfaitaire bedragen uitgekeerd. Dit wil zeggen dat er geen rekening gehouden wordt met de laatst verdiende beroepsinkomsten. Wel wordt de gezinslast vanaf het begin van de arbeidsongeschiktheid in rekening gebracht. De bedragen voor zelfstandigen zijn vanaf 1 januari 2022 als volgt:

(a) €66,20 per dag voor een zelfstandige met gezinslast

(b) €52,72 voor alleenstaande zelfstandigen

(c) €40,43 voor samenwonende zelfstandigen.

Wegens het forfaitaire karakter van hun arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen sommige zelfstandigen een lagere arbeidsongeschiktheidsuitkering in vergelijking met een werknemer die een gelijk bedrag aan beroepsinkomen ontvangt.

## **Invaliditeit**

Wanneer de arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar aanhoudt, spreekt men van invaliditeit. Ook hier zien we verschillen tussen zelfstandigen en mensen in loondienst. De invaliditeitsuitkering van loontrekkenden wordt, net als voor zelfstandigen, berekend volgens de gezinssituatie. Ook hier wordt rekening gehouden met een zesdagenstelsel. Zelfstandigen ontvangen een forfaitair bedrag, terwijl werknemers een proportioneel bedrag ontvangen. Dit wordt eventueel opgetrokken tot een minimumbedrag, of begrensd tot het maximumbedrag. De uitkering is niet altijd gelijk aan het maximumbedrag. De bedragen verschillen echter per groep.

*Zie tabel 4 voor een overzicht van de maximumbedragen in het werknemersstelsel en de forfaitaire bedragen in het zelfstandigenstelsel per gezinssituatie op 1 januari 2022.*

*Tabel 4. Overzicht bedragen invaliditeitsuitkering per dag op 1 januari 2022 (maximumbedrag in het werknemersstelsel)*

	Werknemers	Zelfstandigen
Alleenstaand	€ 85,03	€ 52,72
Samenwonend	€ 61,84	€ 40,43 (zonder stopzetting van het bedrijf)

		/ € 45,20 (met stopzetting van het bedrijf)
Met gezinslast	€ 100,49	€ 66,20

### **Toelating tot gedeeltelijke terugkeer**

Ook met betrekking tot het aanvragen van de toelating tot gedeeltelijke terugkeer naar het werk noteren we een aantal verschillen. In beide gevallen moet de adviserende arts toestemming geven. Een werknemer die een traject opstart naar aangepast werk moet medisch gezien als minstens 50% arbeidsongeschikt beoordeeld worden. De adviserend arts geeft duidelijke instructies over de aard, het volume en de voorwaarden van het werk.

Een zelfstandige zal beoordeeld worden volgens de mate waarin een volledige re-integratie mogelijk is. Zo ja, dan mag hij het werk gedurende 6 maanden hervatten. Dit kan tussentijds verlengd worden, tot een maximum van 18 maanden. Als een volledige re-integratie niet (langer) mogelijk is, kan de zelfstandige de toestemming ontvangen om de activiteit zonder beperking in de tijd uit te voeren. Hij zal tussentijds onderzocht worden om de toestand op te volgen. De zelfstandige kan na toestemming kiezen om (a) zijn zelfstandige activiteit verder te zetten, (b) een andere zelfstandige activiteit uit te voeren of (c) in dienstverband te gaan werken.

Bij loontrekkenden zal de uitkering eventueel verminderd worden in functie van de tewerkstellingsbreuk van de toegelaten activiteit als loontrekkende (geen vermindering als het aangepaste werk geen 20% van een voltijdse tewerkstelling overschrijdt). Indien de arbeidsongeschikt erkende werknemer een activiteit als zelfstandige hervat, is dezelfde regeling als in het stelsel van de zelfstandigen van toepassing. Bij zelfstandigen wordt de uitkering volledig behouden gedurende de eerste 6 maanden van de werkhervatting. Vanaf de zevende maand is er een vermindering van 10% van de uitkering, en dit tot en met 31 december van het derde kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de toegelaten activiteit is opgestart. Daarna, vanaf het vierde kalenderjaar, wordt de uitkering volledig of gedeeltelijk geschorst als de zelfstandige meer verdient dan een maximum toegelaten bedrag (een volledige schorsing bij een overschrijding met minstens 15%; indien een lagere overschrijding gebeurt er een vermindering in functie van het percentage van overschrijding).

## **6 kernboodschappen**

1. Binnen Europa zijn er grote **verschillen** tussen de landen wat de **wettelijke bescherming** van zelfstandigen betreft. 10 van de 35 ESPN landen kennen geen wettelijke verplichting voor een minimumverzekering.
2. Zelfstandigen zijn binnen Europa **zelden volledig verzekerd** voor inkomensverlies door ziekte en vallen terug op een minimumuitkering, waardoor zij een financieel kwetsbare groep vormen wanneer zij getroffen worden door kanker.
3. In België zien we een aantal **verschillen** op het vlak van **sociale zekerheid tussen zelfstandigen en loontrekkenden**. Vandaag geldt voor zelfstandigen een carenztijd van 7 dagen, waardoor zij pas na 8 dagen arbeidsongeschiktheid recht hebben op een vorm van uitkering (die dan vanaf het begin van de arbeidsongeschiktheid wordt gewaarborgd).
4. De uitkering van loontrekkenden bestaat uit een percentage van hun verworven loon. Voor zelfstandigen gaat het om een forfaitair bedrag dat geen rekening houdt met hun inkomen. Hierdoor ligt de **uitkering van zelfstandigen** in verhouding vaak **lager**. Dit versterkt hun financieel kwetsbare positie in geval van ziekte.
5. Ook wanneer het statuut van **invaliditeit** na 1 jaar arbeidsongeschiktheid van toepassing wordt, zijn de forfaitaire uitkeringen voor zelfstandigen meestal lager dan de uitkeringen voor mensen in loondienst. Er is een duidelijke financiële ongelijkheid tussen beide groepen.
6. Zelfstandigen kunnen het **werk hervatten** zonder initieel verlies van hun uitkering gedurende 6 maanden, terwijl loontrekkenden eventueel meteen een vermindering van hun uitkering zien afhankelijk van de tewerkstellingsbreuk van de toegelaten loontrekkende activiteit.

## **Implicaties**

Zelfstandigen vormen een financieel kwetsbare groep wanneer zij geconfronteerd worden met ziekte. Zoals we in hoofdstuk 1 zagen op internationaal niveau, voelen ze zich niet alleen minder ondersteund, maar zijn ze ook slechter financieel beschermd. Dat laatste zien we nu ook bevestigd in België.



Om in België recht te hebben op een uitkering in geval van ziekte, moet de zelfstandige sociaal verzekerd zijn (RSVZ, 2021) via een sociaal verzekeringsfonds. Dit is wettelijk verplicht. Om te kunnen aansluiten moet de zelfstandige sociale bijdragen betalen. Elk kwartaal dienen sociale bijdragen betaald te worden aan het sociaal verzekeringsfonds. Deze worden berekend op basis van de netto beroepsinkomsten van de zelfstandige. In principe kan een zelfstandige in België dus niet onverzekerd zijn tegen ziekte.

In 2019 werd de carenztijd teruggeschoefd tot 7 dagen. Hoewel dit een onmiskenbare stap vooruit is op het vlak van bescherming van zelfstandigen tegen ziekte, vormen deze 7 dagen nog steeds een belangrijke discrepantie tussen zelfstandigen en loontrekkenden. Het gevolg is dat zelfstandigen hoogst waarschijnlijk zullen doorwerken tijdens die periode, aangezien zij anders inkomen verliezen. Dit stemt overeen met de bevindingen uit hoofdstuk 1, waar vastgesteld wordt dat zelfstandigen vaker doorwerken tijdens ziekte.

Daarnaast valt op dat, ondanks de wettelijke bescherming, zelfstandigen bij langdurige ziekte een groter inkomensverlies lijden dan mensen in loondienst. Waar werknemers terugvallen op een percentage van hun loon voor de aanvang van de arbeidsongeschiktheid, wordt bij zelfstandigen totaal geen rekening gehouden met hun inkomen. Ook bij invaliditeit liggen de forfaitaire bedragen voor zelfstandigen aanmerkelijk lager dan de uitkeringen van loontrekkenden. Dit verschil zorgt voor een financiële kloof tussen beide groepen, en dit in een situatie die op zich al als stresserend wordt ervaren.

Naast de wettelijk verplichte minimumverzekering kan de zelfstandige zelf opteren voor een bijkomende verzekering gewaarborgd inkomen (Liantis, 2021). In dit geval zal de zelfstandige een extra bedrag ontvangen, bovenop de eerder besproken forfaitaire bedragen. Deze bijkomende uitkering wordt begrensd tot 80% van het maandelijkse bruto-inkomen, maar ligt wel beduidend hoger dan de vaste wettelijke uitkeringen. Bovendien houdt deze uitkering wel rekening met de beroepsinkomsten van de zelfstandige, en is daarmee beter afgestemd op diens levensstandaard. Het nadeel van dit type verzekering is dat deze een behoorlijke kost met zich meebrengt (Zie hoofdstuk 5). Er zijn geen vaste bedragen voor het afsluiten van deze verzekering, aangezien er rekening gehouden wordt met factoren zoals leeftijd of de

algemene gezondheidstoestand van de zelfstandige die de verzekering wil afsluiten. Het afsluiten van een dergelijke verzekering kan, zeker voor startende zelfstandigen, misschien een drempel vormen. Het is belangrijk om na te gaan in welke mate zelfstandigen gebruik maken van deze bijkomende ondersteuning en, als ze dit niet doen, welke drempels ze ervaren. Er moet onderzocht worden hoe deze bijkomende verzekeringen niet alleen kenbaar, maar ook aantrekkelijk gemaakt kunnen worden voor de zelfstandigen. Momenteel zijn ze fiscaal aftrekbaar, maar er zijn misschien wel andere incentives mogelijk. Daarnaast moet worden bekeken om ook voor zelfstandigen de bestaande forfaitaire uitkeringen om te vormen tot een procentuele uitkering op basis inkomsten.

## **Hoofdstuk 3: Conceptueel Model voor werkhervatting bij zelfstandigen**

*Betrokken auteurs: Evelien Philips, Elke Van Hoof en Lode Godderis*

Zelfstandigen worden niet ziek in vacuüm, het is belangrijk hun leefwereld en werkcontext te betrekken om hun beleving van het ziekteproces in kaart te brengen. In dit hoofdstuk wordt dus een conceptueel model voor arbeidsongeschiktheid en werkhervatting voorgesteld, specifiek voor zelfstandigen. Dit model kan dienen als basis om te begrijpen op welke domeinen zelfstandigen ondersteuning kunnen gebruiken tijdens hun ziekteproces en werkhervatting. Initiatieven om zelfstandigen beter te helpen, kunnen gebaseerd worden op de domeinen die in dit model aan bod komen.

### ***Doel en opzet***

In hoofdstuk 1 en 2 van dit onderzoek werd al aangetoond dat er voldoende wetenschappelijke basis is om aan te nemen dat zelfstandigen op een aantal vlakken verschillen van loontrekkenden. Hun financiële kwetsbaarheid wordt niet alleen in de internationale literatuur genoemd, maar ook bevestigd door onze Belgische wetgeving.

Dat leidt tot de vraag of er ook in andere levensdomeinen verschillen zijn die een rol zullen spelen bij hun ervaring van het ziekteproces. Dit is relevant, aangezien dit een impact zal hebben op het traject van arbeidsongeschiktheid en werkhervatting. Daarom is het belangrijk om ze in kaart te brengen, met ook hier een uitdrukkelijke focus op de verschillen tussen loontrekkenden en zelfstandigen die teruggevonden worden in de literatuur.

### ***Design***

#### **Narratieve review**

Om de verschillen m.b.t. het ziekteproces duidelijk te maken, werd gekozen voor een *narratieve review*, met de volgende kenmerken (UAB, 2021):

- Het doel is om een breed perspectief in kaart te brengen m.b.t. een bepaald onderwerp.
- Het gaat over een algemene discussie, niet over het toetsen van een specifieke hypothese.

- Het doel is samenvattend. Het is dus niet de bedoeling om alle bestaande kennis over een onderwerp te selecteren en op te nemen.
- Gezien het vooropgestelde doel, moet de review niet systematisch uitgevoerd worden. Het is niet nodig om te noteren hoeveel artikels er in elke stap gevonden of weerhouden werden.
- De uiteindelijke doelstelling is om te helpen een theoretisch kader uit te bouwen op basis van enkele relevante papers.

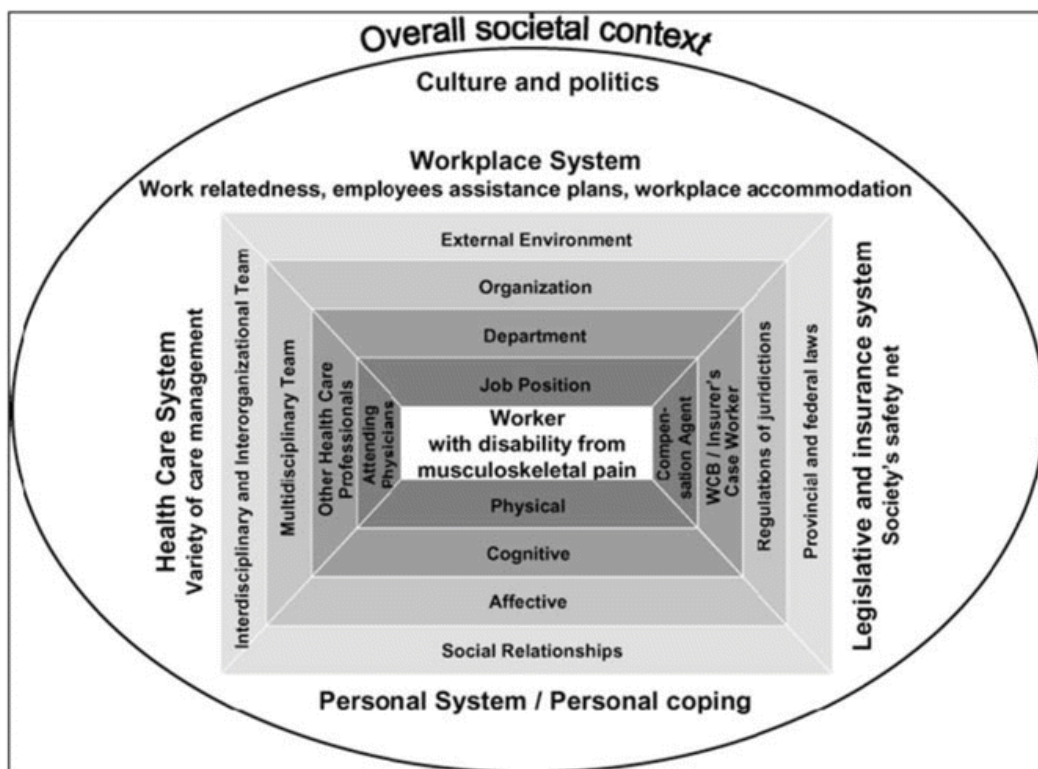
### **Omschrijving van het proces en keuze van het model**

Als eerste stap werd de concrete probleemstelling geformuleerd waarop deze review een antwoord tracht te vinden: het zichtbaar maken van de verschillen tussen zelfstandigen en loontrekkenden m.b.t. hun ziekteproces. Hierbij wordt er bijzondere aandacht besteed aan de terugkeer naar het werk die we beschouwen als essentieel onderdeel van het ziekteproces. In de literatuur zijn talloze voorbeelden te vinden van modellen om een goede terugkeer naar het werk te beschrijven. De eerste pogingen hiertoe zijn ontstaan vanuit de biomedische kijk op ziekte, waarbij vooral de klinische kant sterk wordt belicht (Farre & Rapley, 2017). Terugkeer naar het werk wordt in deze modellen altijd ingeschat door een arts die hoofdzakelijk naar de fysieke beperkingen of mogelijkheden van de patiënt kijkt. Mentale beperkingen komen slechts beperkt aan bod. Wanneer iemand fysiek in staat is de job uit te voeren, wordt een terugkeer naar het werk goedgekeurd. Wanneer dit niet het geval is, zal de onderliggende, medische oorzaak van de beperking eerst behandeld worden (Wade & Halligan, 2004). Het wordt bij deze biologische modellen al snel duidelijk dat mentale aandoeningen niet aan bod komen, wat algemeen bekeken wordt als de grootste tekortkoming van deze modellen.

Omwille van deze tekortkoming deden de bredere biopsychosociale modellen hun intrede (Frazier, 2020). Dit type modellen neemt ook andere welzijnsaspecten van ziekte mee in rekening via 'sociale determinanten van gezondheid', zoals sociale en psychologische factoren (Bolton & Gillet, 2019). Het bekendste model is het ICF-model (Fong et al., 2019). Dit wordt nog steeds wereldwijd toegepast door de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie). Arbeidsongeschiktheid is zo niet langer een kwestie van puur fysieke kenmerken, maar ook van persoonlijke- en omgevingsinvloeden (Hoefsmit et al., 2014).

Wanneer kritisch gekeken wordt naar deze modellen, valt echter op dat zij niet in staat zijn om chronische ziekte goed in kaart te brengen (Wade & Halligan, 2017). Zij houden namelijk geen of weinig rekening met bredere contexten zoals wetgeving, gezondheidszorg of de werkvloer waar iemand terecht komt na herstel. Daarom werden de ‘ecologische modellen’ ontwikkeld, op basis van een aantal inclusieve en complexe factoren die een rol spelen bij ziekte en onderling samenhangen (Schultz et al., 2007). Het gaat hier niet alleen om aspecten van fysiek of emotioneel functioneren, maar ook om elementen die deel uitmaken van de werkvloer, gezondheidssysteem of wetgeving. Het meest uitgebreide ecologische model werd opgesteld door Loisel (2005). Hoewel elementen zoals wetgeving of gezondheidssystemen ook onderdeel uitmaken van het ICF model, treden deze aspecten in het ecologische model van Loisel meer naar de voorgrond. In de ecologische modellen krijgen ze meer gewicht en wordt er uitgebreider stilgestaan bij hun impact op het ziekteproces (Goorts, 2020).

*Zie figuur 4 voor het ecologische model voor ziekte en werkhervatting zoals ontwikkeld door Loisel et al. (2005).*



Loisel (2005) ontwikkelde een conceptueel model om arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een chronische ziekte in kaart te brengen. Hierbij besteedde hij bijzondere aandacht aan de ondersteuning van de terugkeer naar het werk. Daardoor is het model een geschikt framework voor het in kaart brengen van de uiteenlopende factoren die een rol kunnen spelen in de terugkeer naar het werk. Gezien de eerdere vaststelling dat kanker steeds meer een chronische ziekte wordt, kozen we voor dit model om de zelfstandige populatie verder te onderzoeken. De onderzoeksvraag van deze review werd als volgt geformuleerd: ‘Wat zijn de verschillen tussen zelfstandigen en loontrekkenden met betrekking tot de levensdomeinen die beschreven worden in het ecologische model van Loisel et al. (2005)’. Na het formuleren van de onderzoeksvraag, werden de belangrijkste zoektermen geïdentificeerd.

*Zie tabel 5 voor een overzicht van de gebruikte zoektermen.*

*Tabel 5. Gebruikte vrije zoektermen voor de narratieve review*

	<b>Zoekterm</b>
Employment status (tewerkstelling)	Employ* Self-Employ* Salaried work* Non-standard* work*
Return to work (terugkeer naar het werk)	Return to work RTW Rehabilit*
Functioning (functioneren)	Affect* Emotion* Mental disorder* Mental* Cogn* Physical* Impair*
Illness (Ziekte)	Cancer

---

	Treatment*
	Consequence*
Work environment (Werkomgeving)	Work
	Demand*
	Environment*
	Support
	Flexib*
Legislation (Wetgeving)	Legisl*
	Govern*
	Framework
Health care systems (Gezondheidssystemen)	Healthcare
	System*
	Worker*
	Professional*

---

Deze zoektermen werden op een Booleaanse manier met elkaar gecombineerd om het zoekproces te optimaliseren (zie hoofdstuk 1) en ingegeven in PubMed, PsycInfo, en Google Scholar. Het gaat om het gebruik van 'vrije zoektermen'. Er werd geen gebruik gemaakt van MESH-termen. De gebruikte literatuur is op het moment van de review dus maximum 10 jaar oud<sup>12</sup>.

De eerste pagina's met resultaten werden doorlopen om mogelijk relevante literatuur op te nemen. Artikels werden als relevant beschouwd wanneer ze:

- Uitspraak doen over werkhervatting bij zelfstandigen **of** werknemers
- Uitspraak doen over een relevant domein<sup>13</sup> bij zelfstandigen **of** werknemers, voor of na kanker.

---

<sup>12</sup> In tegenstelling tot de systematische review in hoofdstuk 2, die geen begrenzing qua publicatiedatum had, werd het jaar van publicatie in deze review begrensd op 2011. Dit omdat het doel van de systematische review was om **alle** literatuur in beeld te brengen, terwijl dat in deze narratieve review niet tot het doel behoort.

<sup>13</sup> Een domein beschreven binnen het ecologische model van Loisel et al. (2005).

Tot slot werden de belangrijkste bevindingen van de artikels tevens beknopt weergegeven en bijgehouden tijdens het analyseproces om globale beschouwingen volgens het model van Loisel et al. (2005) mogelijk te maken.

### ***Algemene resultaten***

De verschillen tussen zelfstandigen en mensen in loondienst worden in de volgende paragrafen beschreven in de niveaus die Loisel et al. (2005) hebben uitgewerkt.

#### **Persoonlijke systeem**

Het persoonlijke systeem omvat alle fysieke, affectieve en cognitieve aspecten die verband houden met ziekte. Ook de sociale relaties worden hieronder opgenomen.

Op het fysieke domein worden zaken zoals pijn of vermoeidheid herhaaldelijk genoemd als de meest voorkomende symptomen na een kankerbehandeling (Weis & Horneber, 2014). Daarnaast bestaat er nog een waaier aan andere klachten, zoals verminderde eetlust of beweeglijkheid, die een terugkeer naar het werk kunnen verhinderen. Onderzoek toont aan dat meer fysieke klachten na een kankerbehandeling gerelateerd zijn aan een moeilijkere terugkeer naar het werk (Islam et al., 2014; Porro et al., 2019). Vooral vermoeidheid en algemene fysieke beperkingen hebben een grote impact (Ruiz-Casado et al., 2021). De literatuur doet geen uitspraak over de vraag of zelfstandigen meer of minder fysieke klachten zouden ondervinden. Op basis van de uitgevoerde review kunnen we ook niet besluiten dat zelfstandigen andere fysieke klachten ondervinden dan werknemers. Het fysieke domein brengt dus geen uitgesproken verschillen tussen zelfstandigen en werknemers aan het licht.

Cognitieve achteruitgang vormt een belangrijk en vaak voorkomend gevolg van kankerbehandelingen (Lange et al., 2019). Zowel het type behandeling als de leeftijd van de patiënt zijn hier bepalend (Oh, 2017; Ahles & Root, 2018). Vooral oudere patiënten zouden risico lopen op grotere cognitieve beperkingen na hun behandeling. In hoofdstuk 1 werd aangetoond dat zelfstandigen over het algemeen ouder zijn dan werknemers (Torp et al., 2017). Deze bevinding wordt ook in ander onderzoek ondersteund (Ben-Galim & Silim, 2013). Een mogelijke verklaring is het feit dat oudere personen minder kansen krijgen op de reguliere jobmarkt, en daardoor gedwongen zelfstandig worden (Torp et al., 2019) of zich net gesterkt



voelen door de door hen opgedane competenties in het reguliere circuit om de stap te zetten naar een zelfstandig statuut. De gemiddeld hogere leeftijd van zelfstandigen in vergelijking met loontrekkenden verklaart dus het grotere risico op cognitieve beperkingen na een kankerbehandeling. Dit vormt dan weer een hindernis in de terugkeer naar het werk van zelfstandigen.

Tenslotte speelt ook het emotioneel functioneren een rol in de terugkeer naar het werk. Angst en depressie worden vaak genoemd als mogelijke gevolgen op lange termijn van kanker (Yi & Syrjala, 2017) en hebben een negatief effect op de terugkeer naar het werk (Gragano et al., 2018). Met andere woorden: negatieve emoties worden gelinkt aan een kleinere kans op terugkeer, terwijl een goed mentaal welzijn gerelateerd is aan betere kansen.

In hoofdstuk 1 zagen we tegenstrijdige boodschappen met betrekking tot het welbevinden van zelfstandigen na kanker. Wanneer we echter kijken naar het dagelijks functioneren, wordt vastgesteld dat zelfstandigen gemiddeld meer psychologische stress ervaren dan mensen in loondienst (Lee, et al., 2020). Hoe langer iemand zelfstandig is, hoe duidelijker dit verschil. Daarnaast zien we ook een link tussen stress op de werkvloer en mentale gezondheid (Gigantesco & Lega, 2013). Meer stress zou leiden tot het vaker voorkomen van ‘common mental disorders’ (CMD) (Harvey et al., 2017). Hoewel de literatuurreview geen concrete ondersteuning oplevert, kan men de hypothese stellen dat zelfstandigen op basis van hun hogere stressniveaus meer kans lopen op CMD in vergelijking met loontrekkenden. Dit sluit aan bij de bevindingen van Torp et al. (2016) die stelt dat zelfstandigen na kanker een lagere levenskwaliteit rapporteren. Conclusie: zelfstandigen vormen een kwetsbare groep als het over emotioneel welbevinden gaat. Extra ondersteuning is noodzakelijk.

### **De werkomgeving**

Ook de werkomgeving heeft invloed op de terugkeer naar het werk. Onderzoek toont aan dat grotere ‘work demands’ een doorslaggevend effect hebben op de snelheid waarmee kankerpatiënten terugkeren naar het werk. Hogere eisen veroorzaken een langere arbeidsongeschiktheid (Cancelliere et al., 2016; Mehnert & Koch, 2013). Onderzoek van Mehnert (2011) stelt dat vooral bij jobs met fysieke eisen latere werkhervatting vastgesteld wordt (Mehnert, 2011). Hoewel zelfstandigen tewerkgesteld zijn in een brede waaier aan sectoren, zien we hen inderdaad vaak in sectoren zoals de bouw, agricultuur, of industrie

(Eurofound, 2018 Torp et al., 2018), waar de job uit een belangrijke fysieke component bestaat. Op basis van dit alles kan worden aangenomen dat zelfstandigen een minder goede kans tot werkhervatting vertonen<sup>14</sup>, een schril contrast met de bevinding in hoofdstuk 1 dat zelfstandigen sneller zouden terugkeren naar het werk dan loontrekkenden. Naast de fysieke uitdagingen van de job, wordt in menig onderzoek gekeken naar steun op de werkvloer bij werkhervatting. Zo zou een aangepaste jobinhoud de terugkeer naar het werk kunnen versnellen (Gagnano et al., 2018; Parkinson & Maheu, 2019; Tammiga et al., 2019; Goorts et al., 2020). Daarnaast werkt ook steun van collega's bemoedigend (Cancelliere et al., 2016; Lee et al., 2017). Volgens Eurostat zijn er in België tussen 2013 en 2015 69% zelfstandigen zonder werknemers en 31% met werknemers. Dit aandeel blijft stabiel (Eurostat, 2016, as cited in Beuker et al., 2016). De meerderheid van de zelfstandigen heeft bijgevolg geen collega's die sociale steun kunnen bieden. Dit wordt in hoofdstuk 1 al aangehaald als verklaring waarom zelfstandigen het moeilijker hebben wanneer ze terugkomen uit ziekteverlof na kanker. (Torp et al., 2011, 2019), een mogelijke barrière die zeker verder verkend moet worden.

Het zelfstandige-statuut brengt hier echter ook een voordeel met zich mee. Onderzoek toont aan dat de mogelijkheid tot het flexibel aanpassen van het werkregime leidt tot een vlottere werkhervatting (Lee et al., 2017; Mehnert et al., 2013; Cocchiara et al., 2018). Uit hoofdstuk 1 nemen we mee dat zelfstandigen deze flexibiliteit inderdaad toepassen, niet alleen bij hun werkhervatting, maar vooral om door te werken tijdens de behandelingen (Norredam et al., 2009; Pearce et al., 2015; Torp et al., 2019 ). Dit domein zou dus nog verder ingezet kunnen worden ter ondersteuning van de zelfstandigen.

Tenslotte verwijzen we naar de *workability* en de relatie met werkhervatting. Zoals in Hoofdstuk 1 beschreven, betekent *workability* de mate waarin iemand in staat is om de job naar behoren uit te oefenen. Dit concept steunt op de eigen beoordelingen van het kunnen, en is dus subjectief. Onderzoek toont aan dat een hogere inschatting van de eigen *workability* samengaat met een snellere werkhervatting (Etuknwa et al., 2019; Tamminga et al., 2019). Torp et al. (2017) toonden aan dat zelfstandigen na kanker een significant lagere *workability*

---

<sup>14</sup> Dit is echter wel in overeenstemming met de Belgische registerdata, die laat zien dat zelfstandigen een langere periode van arbeidsongeschiktheid kennen in vergelijking met werknemers.

rapporteren dan werknemers (zie hoofdstuk 1). Interventies gericht op het bevorderen van de *workability* van zelfstandigen kunnen dus nuttig zijn in het faciliteren van hun werkhervatting.

### **Het wettelijke kader**

Ook de wetgeving heeft een impact op werkhervatting na kanker. In hoofdstuk 2 wordt uitvoerig aangekaart hoe Europese landen op verschillende manieren omgaan met sociale zekerheid bij zelfstandigen. Globaal genomen zien we dat zelfstandigen vaak minder volledig verzekerd zijn tegen inkomensverlies bij ziekte én dat hun uitkeringen vaak lager liggen dan die van loontrekkenden (Spasova et al., 2017). Daarnaast zijn er ook verschillen wat rehabilitatietrajecten betreft. Het European Agency for Safety and Health at Work (EASHW, 2016) stelt vast dat Europese landen verschillende graden van inclusiviteit vertonen met betrekking tot rehabilitatietrajecten na ziekte. Terwijl sommige landen uitvoerige programma's ontwikkelen ter bevordering van de werkhervatting, schieten andere landen hier tekort. Werkhervattingsprogramma's die recent ontwikkeld werden, leggen de nadruk op fysiek én emotioneel welbevinden (Curtin et al., 2019; Riedl et al., 2017). Deze programma's werden ontwikkeld na vragenlijstenonderzoek bij kankerpatiënten waar helaas geen zelfstandige deelnemers bij betrokken waren. Dit bevestigt de aanname dat rehabilitatietrajecten binnen Europa niet afgestemd zijn op zelfstandigen.

### **Het gezondheidssysteem**

De impact van de kankerbehandeling op de terugkeer naar het werk wordt veelvuldig aangetoond. Intensievere of drastischere behandelingen zoals zware operaties of chemotherapie hebben een negatieve invloed op de kans op werkhervatting (Arfi et al., 2018; den Bakker et al., 2018). Deze behandelingen brengen vaker grotere fysieke of cognitieve beperkingen met zich mee.

Binnen het proces van arbeidsongeschiktheid vormt het zorgpersoneel een belangrijke schakel. Zo geven kankerpatiënten aan dat ze meer steun en begeleiding zouden kunnen gebruiken van zorgpersoneel tijdens en na hun behandeling (Tamminga et al., 2012). Een multidisciplinaire ondersteuning van de patiënt creëert betere kansen tot werkhervatting in vergelijking met de standaardbehandeling (de Boer et al., 2015). Het inschakelen van

zorgpersoneel zou voor zelfstandigen een belangrijke tool kunnen zijn ter ondersteuning van hun proces tot werkhervatting.

## **10 kernboodschappen**

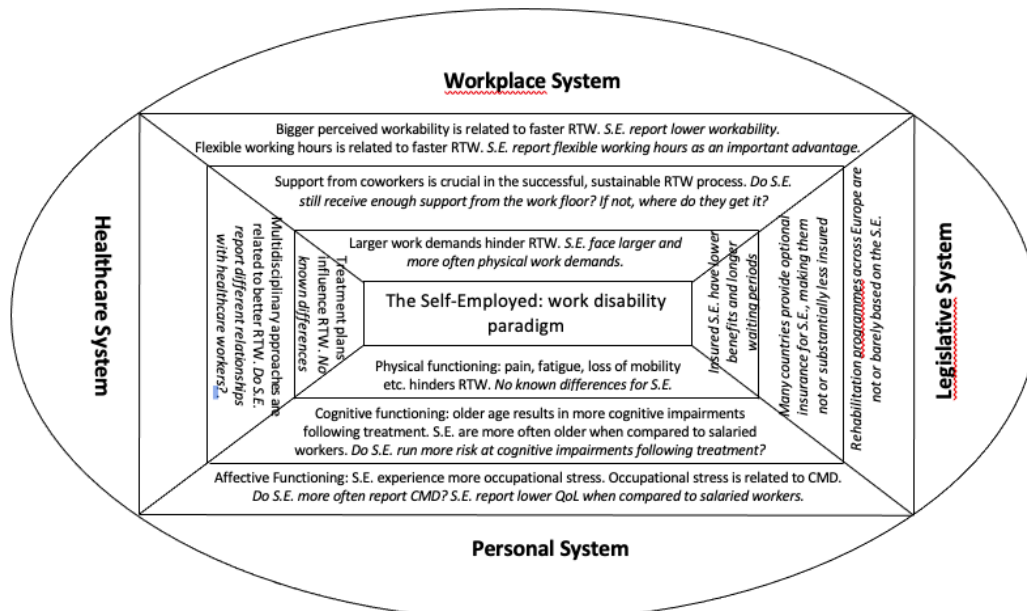
1. Er zijn geen aanwijzingen dat bij zelfstandigen en loontrekkenden de **fysieke gevolgen** van kanker of de behandeling anders zijn.
2. Zelfstandigen omvatten meer 50-plussers in vergelijking met andere tewerkstellingsgroepen. Mogelijk hebben zelfstandigen vaker **cognitieve problemen** na kanker, aangezien er een sterk verband is tussen cognitieve problemen en de leeftijd na de behandeling van kanker.
3. **Psychologische stress** op het werk wordt in verband gebracht met een grotere kans op angst en depressie. De prevalentie van angst en depressie voorspelt een langere arbeidsongeschiktheid na kanker. Zelfstandigen ervaren meer psychologische stress dan mensen in loondienst, waardoor zij mogelijk meer kans hebben op mentale problemen. Dit kan leiden tot een moeilijkere terugkeer naar het werk na kanker.
4. **Hogere fysieke eisen** aan de job worden in verband gebracht met een moeilijkere werkhervatting. Zelfstandigen worden vaker tewerkgesteld in fysiek veeleisende sectoren. Dit kan het proces van werkhervatting bemoeilijken.
5. **Sociale steun** van werkgevers of collega's kan kankerpatiënten helpen bij de terugkeer naar het werk. Deze elementen ontbreken vaker bij zelfstandigen, wat de werkhervatting voor hen in verhouding nog moeilijker maakt.
6. De grote mate van **flexibiliteit** bij zelfstandigen is een groot voordeel bij de terugkeer naar het werk of het doorwerken tijdens de behandeling.
7. Een hogere **workability** bevordert de werkhervatting. Zelfstandigen rapporteren na kanker een lagere **workability** dan loontrekkenden, wat extra druk legt op de terugkeer naar het werk.
8. De nadruk die **Europese landen** leggen op het ontwikkelen en implementeren van **rehabilitatietrajecten** verschilt sterk onderling.
9. Deze trajecten zijn gebaseerd op onderzoek bij mensen in **loondienst**. De noden van zelfstandigen worden hier niet in kaart gebracht.

10. **Zorgpersoneel** kan belangrijke ondersteuning bieden tijdens en na de behandeling van zelfstandige kankerpatiënten.

### Implicaties

Op basis van bovenstaande bevindingen worden verschillen tussen zelfstandigen en loontrekkenden een stuk duidelijker. Deze verschillen worden toegepast op het basismodel van Loisel et al. (2005), om zo tot een nieuw model voor zelfstandigen te komen ( zie figuur 5).

Zie figuur 5 voor het *aangepast ecologische model van ziekte en werkhervatting voor zelfstandigen van Loisel et al. (2005)* dat deze domeinen illustreert.



Figuur 5. Aangepast ecologische model voor werkhervatting bij zelfstandigen

Dit ontwikkelde conceptuele model kan de basis vormen van de beleidsaanbevelingen die deze studie tot doel heeft. Een bijkomende vraag is in welke mate dit model overeenkomt na bevraging bij zelfstandigen en welke aanpassingen of aanvullingen nog verder nodig zijn.

Er moet ook onderzocht worden in welke mate zelfstandigen mentale problemen zoals angst of depressie ervaren. Gezien de link met werkhervatting, is het belangrijk om in te zetten op het versterken van de mentale veerkracht tijdens en na de kankerbehandeling en het verhogen van de *workability*. Gezondheidsmedewerkers kunnen hier een sleutelrol spelen.

Er dient nagevraagd te worden waar zelfstandigen steun kunnen en willen verwachten, gezien hun beperkte sociale vangnet op het werk. De flexibiliteit van een zelfstandig statuut vormt een groot voordeel met betrekking tot werkhervatting. Er moet verder verkend worden op welke manier deze benut kan worden ter bevordering van de werkhervatting.

## **Hoofdstuk 4: Een procesevaluatie van het onderzoek naar de beleving van kanker bij zelfstandigen**

*Auteurs betrokken: Evelien Philips en Elke Van Hoof*

In dit hoofdstuk evalueren we het proces van het studie en bespreken we alle barrières die we hebben ervaren tijdens de uitrol ervan. We staan stil bij de verschillende pistes die we uitprobeerden tijdens de lancering, de uitdagingen en de oplossingen.

### ***Doel en opzet***

Hoofdstuk 1, en in het bijzonder het rapport van Van Hoof (2017), leert ons dat zelfstandigen moeilijk te bereiken en motiveren zijn voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Dit hebben we ook zelf ervaren. Gedurende de looptijd van dit onderzoek werden verschillende pistes verkend om zelfstandigen te betrekken. Regelmatig was bijsturing nodig. Tijdens de deze procesevaluatie brengen we dit in kaart.

### ***De start van het onderzoek***

#### **Stap 1: Het in kaart brengen van de partners**

Als eerste stap hebben we verschillende organisaties gecontacteerd die rechtstreeks in verbinding staan met zelfstandigen. Hen werd gevraagd om een uitnodiging voor het onderzoek te versturen naar hun klantenbestand. Wanneer we onderzoek doen bij andere doelgroepen, gaan we immers op zoek naar de beste ingangspoort om de doelgroep te bereiken. Bij zelfstandigen zochten we dus ook naar de beste ingangspoort.

In eerste instantie werden 3 soorten organisaties of partners aangesproken:

- **Zelfstandigenorganisaties:** Zij behartigen de belangen van de zelfstandigen en bieden de nodige informatie. Ook organiseren ze regelmatig bijeenkomsten om zelfstandigen te ondersteunen en te informeren. Een zelfstandige kan zich lid maken van een dergelijke organisatie en zo genieten van de voordelen die ze bieden. Gezien hun directe verbinding

met de zelfstandigen en een klantenbestand dat uitsluitend uit zelfstandigen bestaat, vormen zij een belangrijke bron met potentiële deelnemers. Bovendien hebben zij zelf veel ervaring met het bereiken van zelfstandigen voor onderzoek.

- **Sociale verzekeringsfonds:** Elke zelfstandige in België is wettelijk verplicht om zich aan te sluiten bij een sociaal verzekeringsfonds om een uitkering te kunnen krijgen bij ziekte. Hun klantenbestand is voor dit onderzoek dus erg interessant. Zelfstandigen hebben regelmatig contact met hun sociale verzekeraar, en deze vormen dus ook een interessante piste om zelfstandigen te bereiken.
- **Ondernemersnetwerken:** Dit zijn organisaties die zelfstandigen met elkaar in contact brengen, met het oog op het versterken van hun netwerk. Ze leveren vaak opleidingen aan en faciliteren de uitwisseling van ervaringen, klantenbestanden, en meer. Lidmaatschap is nodig om te genieten van de voordelen.

Via online research werden bovenstaande organisaties in kaart gebracht. In Q3 2017 werden zij via e-mail benaderd met een korte introductie van het onderzoek en de vraag om dit verder toe te lichten in een meeting.

De meetings met mogelijke partners gingen door in de loop van november/december 2017. Het was niet evident deze organisaties te motiveren tot de organisatie van een meeting. Meerdere contacten vonden plaats met diverse organisaties.

In deze meetings kwamen enkele onderwerpen aan bod:

- Een introductie en uitgebreide toelichting over de achtergrond en doelstellingen van het onderzoek
- De inclusie- en exclusiecriteria voor de deelnemers
- Een verkenning van de verschillende manieren waarop de partners het onderzoek kunnen faciliteren
- Tips om zelfstandigen te motiveren en te bereiken
- Aanbevelingen voor andere organisaties die een rol kunnen spelen in het verspreiden van het onderzoek



Uiteindelijk bleken enkele partners bereid zich te engageren voor het onderzoek, en dit op een aantal manieren:

- Het versturen van de link naar het onderzoek of de vragenlijst naar hun klantenbestand
- Het vermelden van de link in de nieuwsbrief van de organisatie
- Vermelding op de social media-kanalen van de organisatie

Het vermelden van de betrokken partners vormde een belangrijk onderdeel van de aanvraag van dit onderzoek bij de ethische commissie.

*Zie Tabel 6 voor een overzicht van de partners, de samenwerking die afgesproken werd, en hun bereik.*

*Tabel 6. Overzicht van de partners, de samenwerking die afgesproken werd, en hun bereik*

Wie	Wat	Afspraken	Bereik
Multipen	Sociaal verzekeringsfonds voor zelfstandigen	Plaatsen link naar vragenlijst in nieuwsbrief en op website	11 500 zelfstandigen, maar geen zicht op hoeveel actieve
NSZ	Ondernemersorganisatie	Stellen database open*	Ongeveer 22 000 vennootschappen, 20 000 eenmanszaken Overgrote meerderheid hoofdberoep
Partena	Sociaal Secretariaat	Stellen database open*	55 000 zelfstandigen in hoofdberoep: “representatieve weergave over vormen”
UNIZO	Ondernemersorganisatie	Openstellen databanken	80 000 leden
VOKA	Netwerk voor ondernemingen	Bezorgen extra contactgegevens voor	3500 leden

---

mogelijke partners,  
plaatsen link op website  
en in nieuwsbrief

---

\*Noot: Openstellen databank = de partner stuurt een gerichte mail naar hun klantenbestand met hierin de uitnodiging. Deze bevat een link naar de vragenlijst. De **onderzoekers nemen zelf geen contact op** met de mogelijke deelnemers.

Via de oorspronkelijk aangesproken partners werden enkele suggesties gedaan voor samenwerkingen met bijkomende partners (sneeuwbalmethode).

*Zie tabel 7 voor een overzicht van deze potentiële partners en de afspraken die gemaakt werden.*

*Tabel 7. Overzicht van de potentiële partners en gemaakte afspraken*

Naam	Wat	Contact via	Afspraken
UCM	Ondernemersorganisatie	UNIZO	Openstellen databestand
BIBF	Beroepsorganisatie boekhouders en fiscalisten	UNIZO	Interesse om onderzoek te horen
Domuc Medica	Huisartsen vereniging	VOKA	Openstellen databestand
Mederi	Organisatie zelfstandige verpleegkundigen	VOKA	Versturen link in maandblad, social media, en internetpagina
Unieko	Beroepsvereniging zelfstandige kinderopvang	VOKA	Geen interesse
APB	Beroepsfederatie zelfstandig apothekers	VOKA	Geen interesse

Tijdens het afsluiten van de samenwerkingsovereenkomsten doken enkele procesmatige uitdagingen op. Deze worden uitgebreid besproken op het einde van dit hoofdstuk.

Zie tabel 8 voor een overzicht van de uiteindelijke partners en de manier waarop deze bijgedragen hebben.

Tabel 8. Overzicht van de uiteindelijke partners en hun bijdrage

Naam	Afspraak
UNIZO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verspreiden van de link binnen hun netwerk</li> <li>• Plaatsen link op website</li> <li>• Plaatsen link in nieuwsbrieven</li> <li>• Plaatsen link op social media</li> </ul>
Mederi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanmaken pagina op hun website</li> <li>• Verspreiden link in nieuwsbrief</li> <li>• Verspreiden link op social media</li> </ul>
Multipen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verspreiden link in nieuwsbrief</li> <li>• Verspreiden link op social media</li> </ul>
VOKA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doorgeven van namen/organisaties voor onderzoek</li> <li>• Verspreiden via social media</li> </ul>
NSZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verspreiden via social media</li> </ul>

## Stap 2: Het bereiken van de zelfstandigen

De oorspronkelijke opzet van het onderzoek bestond uit het afnemen van interviews bij zelfstandigen en het gebruik van deze data om een vragenlijst te ontwikkelen om aan kwantitatief onderzoek te doen. Concreet was het doel om een cohorte aan zelfstandigen uit te bouwen die gedurende 2 jaar met 6-maanden intervallen bevestigd zouden worden via de vragenlijst (4 bevestigingen over 2 jaar heen).

Aangezien het langer duurde dan voorzien voor gestart kon worden met de rekrutering van zelfstandigen, was het niet meer mogelijk om de interviews te gebruiken als voorbereiding voor de vragenlijst. Ook was het niet langer haalbaar om de bevestiging 2 jaar te laten lopen. Het plan werd bijgesteld en er werd beslist om de enquête en de interviews gelijktijdig te laten verlopen. De interviews zouden voor diepgang zorgen bij de informatie die in de vragenlijsten verkregen werd.

Na het lanceren van het onderzoek in augustus 2019 werd een eerste evaluatiemoment voorzien in maart 2020, dus 6 maanden later. Hieruit bleek dat er zo goed als geen respons was gekomen in deze maanden (n = 8). Zelfstandigen werden onvoldoende bereikt. De strategie leek dus niet te werken. Hierna werd een nieuwe meeting met de operationele partners ingepland om een nieuwe aanpak uit te werken. Deze aanpak bekeek zowel de lengte van de vragenlijst als het design op de zelfstandigen te bereiken. Na evaluatie werd de vragenlijst ingekort op basis van de resultaten van de eerste reviews van de beschikbare wetenschappelijke literatuur. Ook het design werd herbekeken.

Via de verschillende kanalen van de Stichting tegen Kanker werd een bericht verspreid, en ook de Majin Foundation, een organisatie die kankerpatiënten ondersteunt, werd aangesproken om meer draagkracht te faciliteren. Tenslotte werd de oproep ook via de website van het RIZIV gedeeld.

Via UNIZO werd ingezet op het bereiken van de verschillende sectoren via een presentatie tijdens de 3-maandelijke bijeenkomst. De aanwezigen reageerden enthousiast en ontvingen nadien een mail met extra uitleg en een link naar het onderzoek (zie bijlage 7).

Via NSZ werd gezorgd voor verspreiding van de vragenlijst via de regioverantwoordelijken die huisbezoeken doen bij leden die kanker gehad hebben.

Via een uitgebreide social media-campagne werden mogelijk relevante groepen op Facebook, Twitter, en LinkedIn aangesproken, met beperkt resultaat (zie tabel 8 voor een overzicht van de gecontacteerde groepen en wie er toestemming tot medewerking verleende).

Ook de investeerders en promotoren van het onderzoek hebben de social media oproep mee gelanceerd en gedeeld in hun kringen.

*Zie tabel 9 voor een overzicht van de gecontacteerde groepen*

*Tabel 9. Overzicht van de gecontacteerde social media groepen*

	Toestemming	Geen toestemming
Naam vereniging		
Altrio Thuisverpleging		X
Axxon		X
Belgische Beauty Federatie	x	
Belgische Massage Federatie		X
Confederatie Bouw		X

Federatie Vrije Beroepen	x	
Groep voor Startende Zelfstandigen	X	
Horeca met een Hart		X
Horeca Vlaanderen		X
Kappers en Kapsters		X
Ondernemend Vlaanderen	x	
Partena Professional		X
Provinciale Beroepsvereniging Limburgse Marktkramers		X
SDZ – interprofessionele Federatie voor Zelfstandig Ondernemers		X
United Hairdressers	x	
Vlaamse Beroepsfederatie Vroedvrouwen		X
Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen		X
Vlaamse Beroepsvereniging Zelfstandig Verpleegkundigen	x	

Zelfs na deze extra inspanningen bleef de respons beperkt. De te bereiken doelgroep van zelfstandigen is zo specifiek dat de inspanningen onvoldoende bleken. Al snel werd duidelijk dat de aanpak die gebruikelijk is bij het bevragen van loontrekkenden niet zomaar toegepast kon worden bij zelfstandigen. Bij werknemers leveren social media, flyers, en nieuwsbrieven meestal wel voldoende respondenten op. Hoewel reeds uit het voorgaand onderzoek van Van Hoof (2015) bleek dat zelfstandigen een moeilijk te bereiken doelgroep zijn, was het nog niet helder dat de courante manieren van rekrutering in deze mate tekort zouden schieten. Er werd verwacht dat het gebruiken van operationele partners die betrokken zijn bij zelfstandigen een snellere toegangsweg zouden vormen en meer respons zouden faciliteren. Om zelfstandigen te bereiken is een andere onderzoeksstrategie nodig die een nauwere en/of lokale samenwerking met de partners vraagt. Vaak zijn lokale afdelingen van partners goed op de hoogte van wat er leeft bij hun leden, waardoor zij een mogelijk laagdrempelige en gerichte aanpak kunnen faciliteren.

Een van de conclusies uit dit onderzoek is dat het niet voor alle partners even duidelijk was wat er exact van hen verwacht werd. ‘Onderzoek’ werd immers door verschillende

betrokkenen anders geïnterpreteerd. Bij toekomstige onderzoeken dient dit dus vooraf goed en concreet te worden gecommuniceerd. Wanneer van hen een grotere inspanning verwacht wordt dan gebruikelijk, zal goed nagedacht moeten worden over een manier van werken die het ook voor hen interessant maakt.

Uiteindelijk werden 38 ingevulde vragenlijsten verzameld. De dataset bestaat voornamelijk uit vrouwen (76%) met borstkanker (58%). De helft van de deelnemers is eigenaar van een eenmanszaak (52%). Op het ogenblik van het invullen van de vragenlijst, heeft de meerderheid van de zelfstandigen het werk intussen hervat (68%). Jongere deelnemers hebben het werk vaker hervat dan oudere deelnemers. Gemiddeld werkten de zelfstandigen 55 uur per week voor hun diagnose. Sinds hun werkhervatting werkt de helft van de zelfstandigen (51%) even veel of zelfs méér uren dan voor hun diagnose. Een belangrijk deel van de zelfstandigen beoordeelt hun algemene gezondheid (35%) en levenskwaliteit (44%) als laag (5/10 of lager). De meerderheid van de zelfstandigen (65%) geeft echter aan 'nooit' of 'soms' neerslachtige gevoelens te ervaren. Er is mogelijk meer sprake van gevoelens van angst en/of boosheid. Meer dan de helft van de zelfstandigen (55%) geeft angst voor herval aan (8/10 of hoger). Eénmanszaken rapporteren meer angst voor herval dan andere bedrijfstypen. Er is geen significant verband te vinden tussen 'angst voor herval' en 'levenskwaliteit'. Minder dan de helft van de zelfstandigen (39%) beschrijft hun werkvermogen als 'goed' of 'zeer goed'. Rapporteren van een lager werkvermogen hangt samen met een lagere rapportage van algemene gezondheid en levenskwaliteit. Rapporteren van een hoger (psychisch) werkvermogen hangt samen met een groter gevoel van controle over de ziekte. Ervaren van een lager gevoel van controle over de ziekte hangt samen met meer angst voor herval. Deelnemers die minder gevoelens van steun uit de omgeving ervaren, rapporteren meer neerslachtige gevoelens. Deelnemers die meer steun ervaren, rapporteren een hogere levenskwaliteit. Er wordt geen verband gevonden tussen arbeidsongeschiktheid en levenskwaliteit of neerslachtige gevoelens. Er wordt geen verband gevonden tussen arbeidsongeschiktheid en financiële ontevredenheid. Zelfstandigen die meer tevredenheid met hun huidige financiële situatie rapporteren, hebben over het algemeen ook een groter gevoel van controle over de ziekte en een hoger psychisch werkvermogen. Deze inzichten werden gebruikt om de kwalitatieve bevraging van de doelgroep verder te verfijnen.

## ***De impact van covid-19***

Ook covid-19 heeft een impact op dit onderzoek, waardoor niet alle pistes ten volle konden worden uitgewerkt.

- Er werden pogingen ondernomen tot een samenwerking met de oncologie-afdelingen van ziekenhuizen om flyers en posters te voorzien in de wachtzalen. Tijdens het begin van de pandemie bleken de ziekenhuizen zo goed als onbereikbaar om verdere afspraken te maken.
- Er werden flyers ontworpen om te verspreiden op congressen en bijeenkomsten die relevant zijn voor zelfstandigen (zie bijlage 8). Ook werden verschillende steungroepen voor kankerpatiënten aangesproken die op regelmatige basis bijeenkomsten organiseren voor hun leden. Ondanks de grote bereidheid is deze piste grotendeels onbenut gebleven omdat de bijeenkomsten werden geannuleerd.
- Door de inperking van niet-essentiële verplaatsingen en de strenge contactregels, was het niet mogelijk voor NSZ en Mederi om huisbezoeken uit te voeren bij zelfstandigen met een voorgeschiedenis met kanker. Hierdoor werden een aantal deelnemers die zeker voldeden aan de inclusiecriteria niet uitgenodigd.
- De jaarlijkse infosessie van UNIZO kon niet live doorgaan. Tijdens het online alternatief lag de focus op andere actuele onderwerpen (zoals tijdelijke werkloosheid wegens verplichte sluiting van bepaalde sectoren), waardoor het onderzoek niet aan bod kon komen.
- Op het Pink Ribbon congres van oktober 2019 na werden verder alle congressen en evenementen geannuleerd. Hierdoor misten we belangrijke contactmomenten om deelnemers te werven voor het onderzoek.
- Een aantal federaties gaven aan het onderzoek liever niet mee te promoten omdat ze hun kanalen wilden openhouden voor informatie over de covid-19-maatregelen. Het is natuurlijk mogelijk dat deze organisaties ook in andere omstandigheden geen medewerking zouden verleend hebben.
- Ook de zelfstandigen zelf waren wellicht moeilijker te bereiken. De kans is groot dat hun aandacht voornamelijk uitging naar het draaiende houden van hun zaak, waardoor het onderzoek niet op hun radar is verschenen. Zelfstandigen die in andere omstandigheden

misschien wel hadden deelgenomen, waren mogelijk niet op de hoogte van het onderzoek.

Dit gezegd zijnde, moeten we duidelijk stellen dat groot deel van de uitdagingen om zelfstandigen te bereiken al zichtbaar was voor covid-19, aangezien de eerste lancering tussen augustus 2019 en maart 2020 ook weinig succesvol bleek. Er spelen dus een aantal andere factoren. De belangrijkste uitdagingen worden hieronder besproken.

### ***Uitdagingen bij het bereiken van de zelfstandigen***

Tijdens het afsluiten van de samenwerkingen met de partners kwamen enkele procesmatige uitdagingen naar boven die het onderzoek ernstig vertraagd hebben. Dit aspect heeft veel inzichten opgeleverd met betrekking tot het kunnen bereiken van zelfstandigen, en verdient dus extra aandacht.

#### **1. GDPR**

In mei 2018 ging de nieuwe GDPR wetgeving van kracht die zorgt voor een betere bescherming van de persoonsgegevens van Europese (Europese Commissie, 2021).

Deze nieuwe, behoorlijk strenge wet, zorgde voor bezorgdheid bij de overgrote meerderheid van de potentiële partners m.b.t. het onderzoek. Er was nog onvoldoende duidelijkheid over de toelaatbaarheid van de afgesproken acties (o.a. het versturen van mails naar de adressenbestanden). Binnen de meeste organisaties was er nog geen uitgewerkt GDPR-beleid.

Door deze onzekerheid beperkten een aantal organisaties zich tot het plaatsen van een algemene oproep op de website, wat natuurlijk veel minder effect heeft dan een gerichte uitnodiging verstuurd naar een klantenbestand van zelfstandigen.

#### **2. Exclusiviteit**

Het bleek dat sommige organisaties niet bereid waren om het onderzoek te ondersteunen als zij geen exclusieve partner konden zijn. Deze onderlinge concurrentie leidde tot grote vertragingen in het onderzoek, aangezien het moeilijk kwam tot een samenwerking. Partners bleken afzonderlijk bereid hun database beschikbaar te stellen en zouden gezamenlijk een



bereik van meer dan 120.000 zelfstandigen hebben. Het was dus een alles-of-niets verhaal waarbij het geen optie was om ook maar een partner te verliezen.

De kwestie kon niet opgeklaard worden door de onderzoekers en werd overgedragen aan het RIZIV. Zij konden in december 2018 een overeenkomst bereiken, waarbij alle partners hun actieve deelname aan het onderzoek bevestigden en bereid waren hun database open te stellen.

Omdat deze belangengroepen afhankelijk zijn van het aantal betalende leden, zal deze concurrentiestrijd altijd een bijzondere uitdaging vormen bij onderzoek naar zelfstandigen. Er moet actief nagedacht worden over de manier waarop deze concurrentie overstegen kan worden, en hoe deelname aan onderzoek aantrekkelijker gemaakt kan worden voor partners.

### **3. Bereikbaarheid van de partners**

Hoewel sommige partners hun bereidheid om samen te werken hadden uitgesproken, bleken zij achteraf moeilijk bereikbaar, bijvoorbeeld wanneer de contactpersoon met wie de overeenkomst was gesloten de organisatie had verlaten en nieuwe contactgegevens had doorgegeven. Hierdoor moesten de gemaakte afspraken ook telkens opnieuw toegelicht worden. Wij stellen vast dat in deze organisaties bepaalde onderzoeksprocedures en -structuren ontbreken waardoor er nog geen taal is voor wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor zijn de verwachtingen van onderzoekers en organisaties onvoldoende op elkaar afgestemd, wat een onvoorziene en zeer belangrijke hindernis vormt in niet alleen dit en toekomstige onderzoeken.

Aangezien dit een van de eerste onderzoeken is naar zelfstandigen, was er tot nu toe geen vertrekbasis en kwam deze hindernis pas aan het licht tijdens het proces. Het afstemmen van de werking tussen onderzoeker en organisatie is een belangrijk werkpunt waar het zelfstandigen betreft, terwijl het voor loontrekkenden al jaren geleden in gang werd gezet. Een aanspreekpunt binnen de organisaties die een onderzoekscoördinerende rol opneemt en een brug maakt tussen organisatie en wetenschap, zou een antwoord kunnen bieden hierop.

### **De gegevens van het Kankerregister**

De nationale Kruispuntbank van Sociale Zekerheid (KSZ) bewaart en centraliseert de gegevens m.b.t. sociale zekerheid tussen diverse instellingen binnen België (KSZ, 2021). Er wordt automatisch data uitgewisseld tussen verschillende databanken, waarbij de privacy van de

burger steeds bewaakt en beschermd wordt. De KSZ is in dus in staat om gegevens aan elkaar te koppelen en zo zelfstandigen te selecteren die kanker hebben gehad.

Via de Kruispuntbank kan een selectie gemaakt worden van de databanken die nodig zijn om de relevante data te verzamelen. Voor het vrijgeven van data via deze databanken moet toestemming gegeven worden. Er werd gekozen voor het Kankerregister, aangezien zij de enige databank zijn in België met een volledig overzicht van alle kankerdiagnoses. Wel moet rekening worden gehouden met een 2-jarige vertraging van de data, waardoor de data van bijvoorbeeld 2019 pas beschikbaar zijn in 2021.

In 2017, nog voor de start van de studie, gaf het Kankerregister toestemming voor dit project. Er liep echter iets mits met deze mondelinge toezegging en ondertussen waren deze data vrijgegeven in het kader van een ander, gelijkaardig onderzoek, dat niet focust op zelfstandigen, maar hun data wel gebruikt. Daarom was men niet meer bereid om de gegevens opnieuw vrij te geven voor onderhavig onderzoek. Zonder deze gegevens kon de KSZ niet weten welke zelfstandigen kanker hebben of hadden. Hierdoor kon deze enkel een algemene uitnodiging sturen in goede hoop een zelfstandige met kanker te bereiken, , wat niet kostenefficiënt noch praktisch is. Ook de KSZ besliste hierdoor om de samenwerking stop te zetten.

De gegevens van het Kankerregister bleken dus cruciaal om verder te kunnen gaan met deze piste. De kwestie werd overgedragen naar het RIZIV dat overlegde met de organisatie. Na lange onderhandelingen die maanden aansleepten, verklaarde het Kankerregister zich uiteindelijk toch bereid om hun databank beschikbaar te stellen. Bij de KSZ bleek echter dat een nieuw dossier voor goedkeuring bij de privacy commissie ingediend moest worden, wat ook weer een aantal maanden tijd zou kosten. Daarnaast was er enkel een mogelijkheid om uitnodigingen voor het onderzoek via de post te versturen, met hoge kosten als gevolg.

Gezien de vele vertragingen die het onderzoek omwille van alle administratieve uitdagingen al had opgelopen, bleek deze piste niet meer haalbaar binnen de resterende looptijd en werd beslist om niet met de KSZ te werken.

## **Conclusie**

Het is intussen duidelijk dat samenwerking met operationele partners een bijzondere uitdaging vormt.

Het begint al bij het vinden van de juiste contactpersoon binnen een organisatie. Dit blijkt een moeizaam proces te zijn. Interne verschuivingen binnen deze organisaties, wat soms logisch is gezien de lange looptijd van dit soort onderzoeken, maken de zaken nog moeilijker. Vaak is de onderzoeker niet op de hoogte van de personeelwissel, is er geen nieuwe contactpersoon en dus geen of een zeer beperkte overdracht. Wanneer er een nieuwe contactpersoon gevonden is, moeten weer nieuwe afspraken gemaakt worden, wat vaak een impact heeft op de organisatie van het onderzoek. Ook binnen het onderzoeksteam was er een wissel en ging dit gepaard met moeilijkheden in overdracht en continuïteit van het onderzoek.

Wanneer we wetenschappelijk onderzoek vlot willen laten verlopen, is het cruciaal om de betrokken organisaties te ondersteunen bij het uitbouwen van een structuur die hierop voorzien is. Een vaste contactpersoon voor onderzoek die binnen de hele organisatie gekend is, dit ook als verantwoordelijkheid draagt en wiens gegevens vermeld staan op de website, zou alvast een grote stap vooruit zijn. Daarnaast moet een protocol worden uitgewerkt in geval van vertrek van deze contactpersoon. Dit moet een duidelijke overdracht naar zowel onderzoeker als opvolger bevatten en moet de reeds gemaakte afspraken waarborgen, zodat lopende zaken zo weinig mogelijk vertraging oplopen. Omdat dit nu niet voorzien was, heeft het al snel een jaar gekost voordat de partners opnieuw gemobiliseerd konden worden, een niet te onderschatten vertraging.

Dit soort elementen kon bij aanvang van het onderzoek onmogelijk voorzien worden, zeker aangezien er binnen België nog maar weinig concrete pogingen ondernomen zijn om zelfstandigen te bereiken. Het levert echter relevante inzichten op voor toekomstig onderzoek.

Van zodra het duidelijk werd dat het kwantitatieve onderzoek niet verder kon worden uitgewerkt, verschoof het gewicht van het project van kwantitatief naar kwalitatief. In de voorbereiding van de kwalitatieve bevraging van de doelgroep, gingen we te rade bij experts, professionals met een uitzonderlijke ervaring bij zelfstandigen. Deze beschikken immers over specifieke kennis, *information power* genoemd, die dit onderzoek een valide inblik kan geven in de uitdagingen waarmee zelfstandigen met kanker geconfronteerd worden. Zelfstandigen hebben tijdens de eerste periode na hun diagnose vooral praktische vragen. De eerste vragen die opduiken gaan vooral over part-time blijven doorwerken, toegelaten activiteiten tijdens ziekte en werkhervatting. De snelle werkhervatting van

zelfstandigen gaat in de praktijk regelmatig gepaard met een weerslag, waarbij zelfstandigen later opnieuw uitvallen. Het blijvend bestaan van de carenstijd wordt als problematisch ervaren, ook al werd de termijn ingekort van een maand naar een week. De forfaitaire bedragen die zelfstandigen momenteel krijgen als ziekte-uitkering creëert financiële problemen. Dit moet dus zeker herbekeken worden. Zelfstandigen moeten nog meer aangemoedigd worden tot het afsluiten van een verzekering gewaarborgd inkomen. Het feit dat zelfstandigen hun aangifte van arbeidsongeschiktheid vaak te laat indienen creëert extra administratieve rompslomp. Er moeten meer sensibiliserende informatiecampagnes komen gericht op zelfstandigen. Eén overzichtelijk werkbaar document – op welke drager dan ook - waar alle relevante informatie gebundeld wordt zou een enorme hulp zijn. Ook werknemers kunnen mogelijk baat hebben bij een dergelijke tool. Het begeleiden van zelfstandigen bij het opstellen van een noodplan, rekening houdend met diverse worstcasescenario's, zou een goede ondersteuning vormen. Het concept van tijdelijke overname in geval van ziekte moet opnieuw bekeken en verder uitgewerkt worden. Er moet meer aandacht komen voor beroepsherscholing bij zelfstandigen

## **7 kernboodschappen**

1. Zelfstandigen zijn een **moeilijk te bereiken** doelgroep.
2. Zelfstandigen vragen een **specifieke manier van onderzoek voeren**, die nog niet helemaal uitgewerkt is.
3. Werken via **partners** die in contact staan met zelfstandigen heeft onder de huidige manier van werken (ontbreken procedures) een beperkte impact.
4. Organisaties ontbreken een bepaalde **maturiteit** die nodig is voor het voeren van gericht wetenschappelijk onderzoek.
5. De juiste **contactpersonen** identificeren binnen verschillende organisaties blijkt een grote uitdaging.
6. **Interne verschuivingen** hebben een enorme impact op lopend onderzoek.
7. **Concurrentie** tussen de partnerorganisaties weegt zwaar door en belemmert wetenschappelijk onderzoek.

## ***Implicaties***

Belgische organisaties zijn momenteel niet **voorbereid** op wetenschappelijk onderzoek bij zelfstandigen. **Onderzoek voeren valt vandaga niet onder de verantwoordelijkheden van de Belgische organisaties en beroepsfederaties.** Er moeten betere samenwerkingen voorzien worden die onderzoek faciliteren in plaats van belemmeren. Het is duidelijk dat verschillende organisaties geen duidelijk aanspreekpunt hebben dat instaat voor woordvoering en coördinatie van onderzoek, waardoor het vaak een heel proces is om een geschikte contactpersoon te vinden. De gebruikelijke doorstroom van personeel gaat gepaard met een drastisch gebrek aan overdracht, zowel binnen als buiten de organisatie. Hierdoor worden onderzoekers vaak met lege handen achtergelaten, zonder nieuwe contactpersoon of iemand die op de hoogte is van het onderzoek en eventueel gemaakte afspraken. Deze elementen vormen een grote belemmering. Er moet geïnvesteerd worden via onderzoeksverantwoordelijken die de continuïteit waarborgen. Bovendien moeten deze contactpersonen grondig opgeleid worden in de werking van onderzoek en de verwachtingen die hiermee gepaard gaan.

Het is duidelijk dat er nog geen 'vaste gang van zaken' is voor onderzoek bij zelfstandigen, waardoor er een verschil is tussen de verwachtingen van organisaties en onderzoekers rond het gevraagde engagement. Dit leidt tot teleurstelling aan beide kanten en heeft een nefaste invloed op onderzoek in zijn totaliteit, wat absoluut vermeden moet worden bij toekomstige initiatieven.

Voor het bereiken van de zelfstandigen moeten andere strategieën uitgewerkt worden die ook een ander soort samenwerking met partners vereisen. Deze toekomstige samenwerkingen zullen rusten op een groter en diepgaander engagement langs beide kanten met een return of investment voor de partners. Niet alleen dienen de methodes aangepakt afhankelijk van de sector maar dient er tevens een onmiddellijke meerwaarde te zijn voor de deelnemers. Onderzoeker en partner zullen nauwer moeten samenwerken om de geleverde inspanningen te laten renderen. Het zal de taak worden van de onderzoeker om de partners voldoende op voorhand te briefen over de aard van de samenwerking, het gevraagde engagement en de return-on-investment, zodat de partners een weloverwogen keuze kunnen maken voordat ze hun samenwerking uitspreken.

We moeten komen tot een *common practice* voor wetenschappelijk onderzoek bij zelfstandigen dat langs beide kanten helder is.

Tenslotte moeten we de vraag stellen in welke mate zelfstandigen deze uitdagingen zelf ook ervaren. Voor onderzoekers is het een behoorlijke beproeving om de juiste aanspreekpunten of informatie te verkrijgen. We kunnen ons dan ook voorstellen dat zelfstandigen gelijkaardige hindernissen ervaren bij hun vraag naar ondersteuning. We moeten dus zeker nagaan in welke mate zelfstandigen deze frustraties ook vervoemen in hun trajecten.

## Hoofdstuk 5: De behoeften van zelfstandigen

*Betrokken auteurs: Evelien Philips en Elke Van Hoof*

### **Doel en opzet**

Na het raadplegen van alle achtergrondliteratuur, het overleg met de partners over de rekrutering van zelfstandigen en het creëren van een theoretisch kader voor *sufficiency* kunnen we tenslotte overgaan tot het interviewen van de zelfstandigen. Het doel van deze interviews is om hun unieke ervaringen en uitdagingen tijdens hun ziekteproces in kaart te brengen.

### **Design**

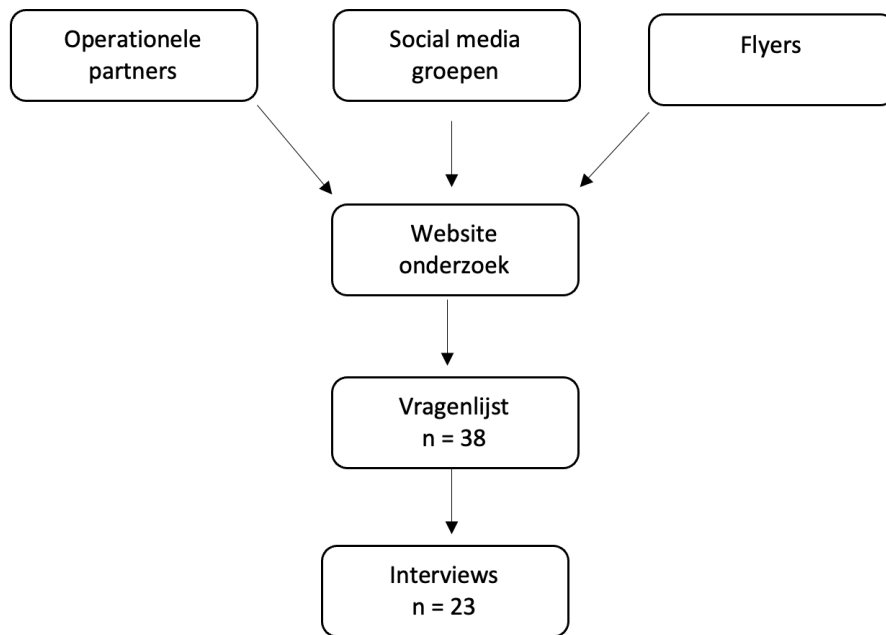
Er werd gewerkt met semigestructureerde interviews volgens een interviewleidraad op basis van de inzichten uit de literatuurreviews en bevraging van de experts (zie bijlage 10). Tijdens de gesprekken werd nagegaan in welke mate deze inzichten overeind blijven.

Zoals besproken in hoofdstuk 4, werd de informatie over het onderzoek verspreid via een link naar een website<sup>15</sup> met uitleg over het onderzoek, de online vragenlijst en contactgegevens van de onderzoekers voor deelname aan de interviews. Bereidheid tot deelname aan de interviews kon worden aangegeven na het invullen van de vragenlijst of door de onderzoekers rechtstreeks te contacteren via e-mail. Alle gerekruteerde zelfstandigen hebben de vragenlijst ingevuld. Sommige zelfstandigen vroegen eerst nog extra informatie via e-mail om de vragenlijst alsnog in te vullen. Na het invullen van de vragenlijst nam de onderzoeker op met de deelnemer, telefonisch of via e-mail. Tijdens deze contactmomenten werden ze bedankt voor het invullen van de vragenlijst en werd nogmaals getoetst of zij bereid waren om deel te nemen aan een interview.

*Zie figuur 6 voor een overzicht van de rekruteringsprocedure.*

---

<sup>15</sup> Link naar de studie: <https://www.vub.be/onderzoek/klp/zelfstandigenkanker#home>



*Figuur 6. Overzicht van de rekruteringsprocedure*

Bij toezegging werden de volgende zaken overlopen:

- Toelichting over het onderzoek en de doelstelling (het formuleren van beleidsaanbevelingen)
- Praktische afspraken over het inplannen van het interview (volgens de agenda van de zelfstandigen)
- Praktische afspraken over het verloop van het online-interview (gezien de COVID-19 situatie)
- Extra check of aan de inclusiecriteria voldaan werden
- Extra check of de deelnemers nog steeds bereid waren tot een interview.

Er werden in totaal 23 interviews afgenomen en de opnames werden getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van Nvivo Software. Via een thematische analyse werden terugkerende thema's geïdentificeerd.

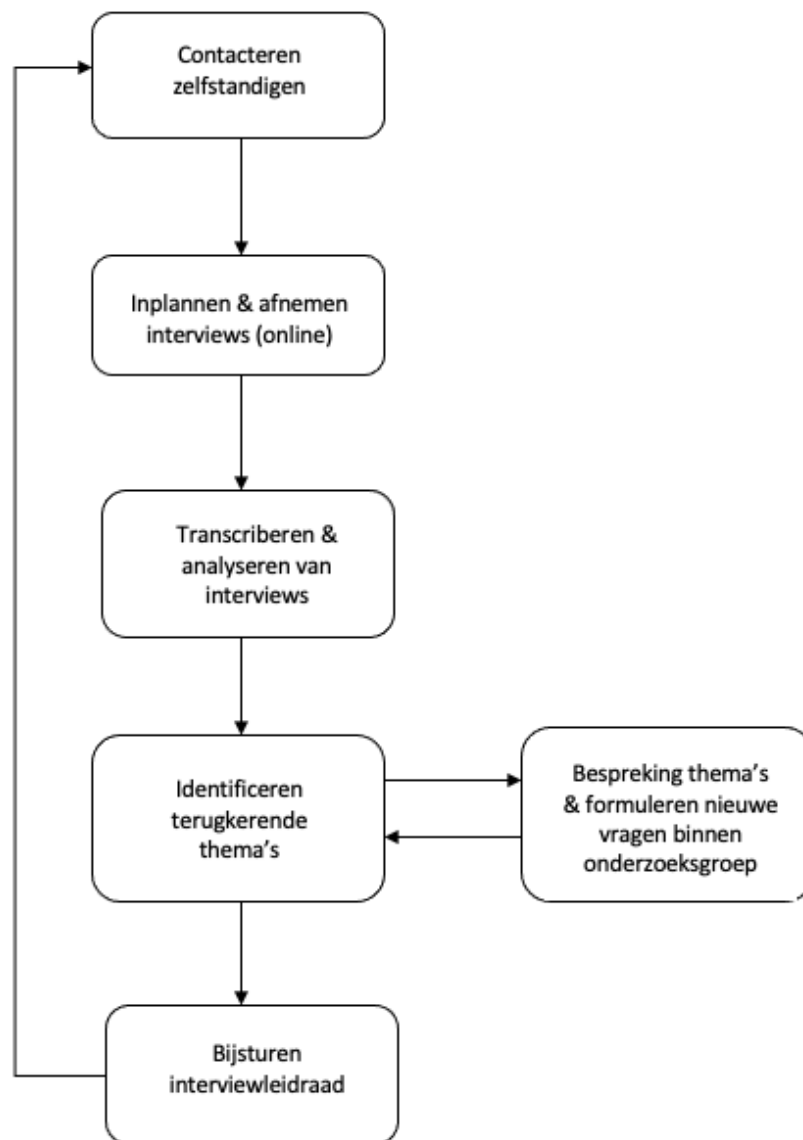
Kwalitatief onderzoek impliceert het toepassen van een iteratief proces. In dit geval werden de afgenomen interviews tussentijds geanalyseerd om de eerste resultaten te bekomen. Aan de hand van deze resultaten werd geëvalueerd welke vragen nog niet duidelijk beantwoord werden en welke eventuele nieuwe vragen naar boven kwamen. De interviewleidraad werd



aangepast op basis van deze inzichten, waardoor er nieuwere versies ontstonden. Dit iteratief proces werd regelmatig herhaald zodat zoveel mogelijk relevante informatie aan bod kwam. Wanneer analyse van de interviews geen nieuwe pertinente vragen opleverde, en wanneer de verkregen antwoorden goed begrepen werden, werd beslist dat *sufficiency* bereikt was. In oktober 2019 werd gestart met het afnemen van 7 interviews. In 2020 werden 4 interviews afgenomen en in 2021 12 interviews.

Nieuw geïdentificeerde thema's werden tussentijds binnen de onderzoeksgroep besproken en nieuwe vragen werden gezamenlijk naar voor geschoven. Deze werden toegevoegd aan de bestaande interviewleidraad, waardoor deze na elke stap aangepast werd op basis van de nieuwste inzichten en vragen. Bij kwalitatief onderzoek draait het om het capteren van de nuances in het verhaal en het bereiken van *sufficiency* (cf. Bijlage 11). In de bespreking van de resultaten van de interviews zal aldus vrijwel niet gesproken worden over aantallen, wat wel gebruikelijk is bij kwantitatief onderzoek, maar zal eerder ingezet worden op illustraties van de gevonden thema's door treffende quotes van de zelfstandigen die deelnamen aan de interviews.

Zie figuur 7 voor een overzicht van deze procedure.



Figuur 7. Overzicht van de analyseprocedure

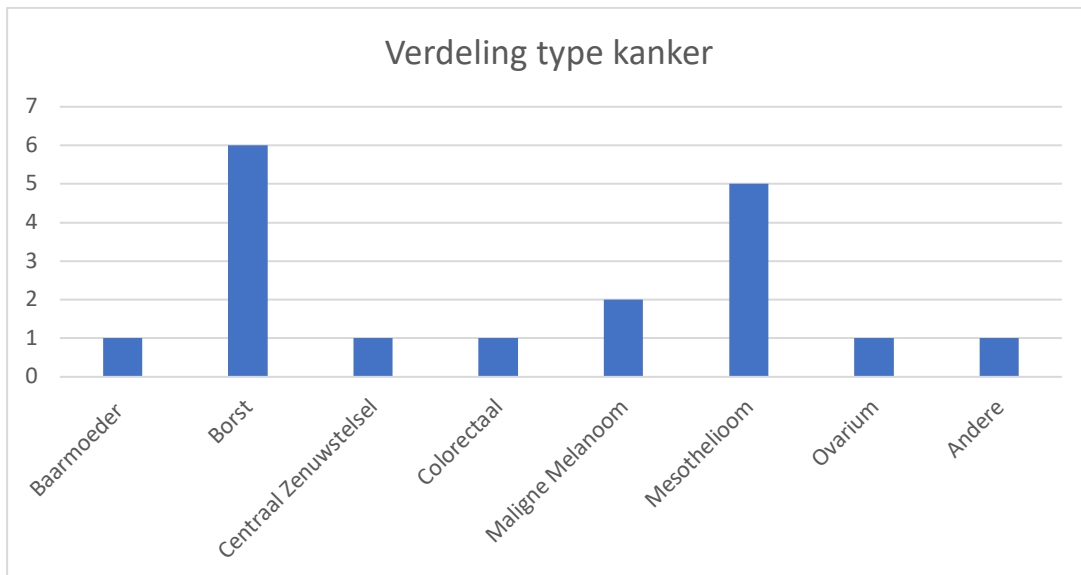
## Resultaten

### Demografische variabelen

In de periode tussen oktober 2019 en december 2021 werden in totaal 23 interviews bij zelfstandigen afgenomen, waarvan 1 Franstalige en 22 Nederlandstalige. Er namen 19 vrouwen en 4 mannen deel. Wat kankerdiagnoses betreft, waren er 9 deelnemers met borstkanker, 6 met mesotheliom, 3 met maligne melanoom, 2 met colorectale kanker, en 1

met baarmoeder-, lymfatische-, ovarium-, centrale zenuwstelsel – of andere kanker. 3 Deelnemers waren op het ogenblik van het interview nog arbeidsongeschikt, de rest heeft het werk reeds hervat.

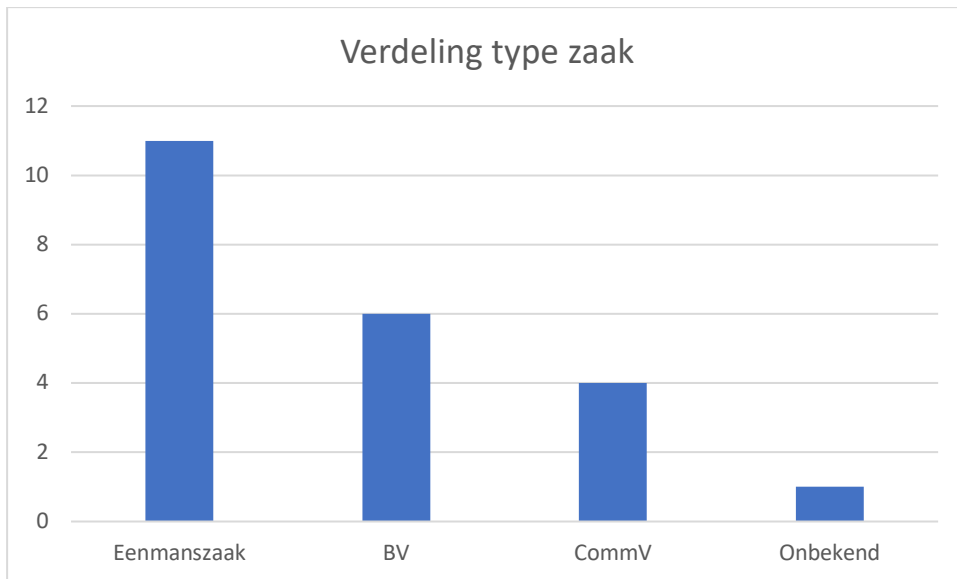
Zie Figuur 8 voor overzicht van de verschillende kankerdiagnoses



Figuur 8. Verdeling volgens type kanker

Wat de ondernemingsvorm betreft, ging het om 11 eenmanszaken, 6 BV's, 4 CommV's, en 1 freelancer zonder specificatie over de ondernemingsvorm.

Zie Figuur 9 voor een overzicht van de ondernemingsvormen



Figuur 9. Verdeling volgens type bedrijfsvorm (Onbekend = Freelancer zonder specificatie van de ondernemingsvorm)

Sector	Aantal geïnterviewden
Accountancy	1
Bloemen en planten	1
Boekhouding	1
Bouw	2
Coaching	1
Consultancy	3
Detailhandel	1
Fotografie	1
Gezondheidszorg	3
Horeca	3
HR	1
Kapster	2
Marketing en Communicatie	1
Ontwerp	1
Opvang	1

Tabel 10. Overzicht van de verdeling van de sectoren in de interviews

Er werden zelfstandigen uit verschillende sectoren geïnterviewd. Zie tabel 10 voor een overzicht van de vertegenwoordigde sectoren en hoeveel zelfstandigen geïnterviewd werden.

### **Fysieke impact**

Op de vraag waar de zelfstandigen zich vandaag nog het meest zorgen over maken, antwoorden de deelnemers dat hun fysieke draagkracht nog steeds een stuk minder is. *'Het gaat voornamelijk om vermoeidheidsklachten. Dat kan je moeilijk op voorhand inschatten. Je staat 's morgens op en je voelt je fit, maar het kan zijn dat je na drie uur geen energie meer hebt.'*

Daarnaast eisen ook de fysieke gevolgen van kankerbehandelingen zoals chemo, hormoontherapie en chirurgie hun tol. Deelnemers die chemo ondergingen benoemen het effect van de fysieke bijwerkingen op hun arbeidsleven. *'Ik zit nog onder de chemo en dat haalt me fysiek onderuit. Mentaal overeind blijven lukt me nog aardig, maar het fysieke aspect maakt elke vorm van zelfstandige activiteit onmogelijk.'* Ook hormoontherapie komt ter sprake bij de helft van de geïnterviewden die deze behandeling kregen. Deelnemers die daarnaast nog bijkomende ingrepen ondergingen hebben het ten slotte ook over pijn als gevolg daarvan. *'De grote incisie vormt nog altijd een probleem. Ik voel dat nog regelmatig, voornamelijk als ik zware activiteiten moet uitvoeren.'* Dit heeft ook een impact op hun levenskwaliteit. *'Ik kan het vergelijken met leven met de rem op.'*

Ook een verminderd concentratievermogen wordt vermeld als klacht.

### **Psychologische impact**

Bij meer dan de helft van de zelfstandigen is er sprake van een verminderde emotionele draagkracht als gevolg van de kankerdiagnose en behandelingen. *'Ik was heel gevoelig voor stress. Ik voelde dat ik geen veerkracht had om hiermee om te gaan.'* De fysieke en emotionele last die volgt op een kankerdiagnose en -behandeling heeft volgens de zelfstandigen grote gevolgen voor de levenskwaliteit. *'Mijn emotionele en fysieke draagkracht is niet meer hetzelfde. Daar zit ik wel mee. Mijn grootste bekommernis is nu mijn werk.'* De participanten benadrukken dat ze regelmatig geconfronteerd worden met hun grenzen op professioneel

vlak. *'Dan merkte ik dat mijn grens bereikt was. Vroeger deed ik alles tegelijkertijd en dat ging vanzelf. Maar ik merk dus nu dat ik een grens heb.'*

De helft van de deelnemers benoemt gevoelens van onmacht en frustratie in verband met de fysieke beperkingen. *'Mentaal heb ik niet zoveel last. Wel vind ik het vervelend dat ik niet meer zoveel kan. Ik word daar gefrustreerd van. Wanneer ik bezig ben, krijg ik vaak een klop. Ik voel dat niet aankomen. Het geeft een gevoel van onmacht.'*

De participanten hebben het daarnaast over gevoelens van eenzaamheid. *'Je voelt je alleen. Het is psychologisch moeilijk.'*

Ook geven de zelfstandigen aan dat ze kampen met depressieve gevoelens die voortkomen uit het niet kunnen aanvaarden van de ziekte. *'Ik heb er met mijn huisarts over gepraat en heb een antidepressivum gekregen. Ze had me wel gezegd dat ik naar de psycholoog zou moeten gaan als het antidepressivum niet zou helpen.'*

De meerderheid van de zelfstandigen geven aan dat ze meer emotionele ondersteuning hadden kunnen gebruiken tijdens hun ziekte. *'Er ligt zoveel nadruk op het fysieke kunnen van iemand en daardoor wordt de emotionele draagkracht en het mentale welzijn vaak genegeerd. Dat is een belangrijk aspect waar veel meer op zou kunnen ingezet worden. Nu wordt vooral met een medische bril gekeken naar het traject van de patiënt.'* Hoewel er in het ziekenhuis psychologen ter beschikking zijn, worden deze niet als de beste oplossing gezien, aangezien er dan een extra verplaatsing naar het ziekenhuis nodig is, wat als een hindernis wordt ervaren.

### **Sociale steun**

Een kankerdiagnose heeft zowel positieve als negatieve gevolgen voor sociale relaties, aldus de deelnemers. De helft van de participanten heeft het moeilijk met de reactie van de omgeving op het moment dat de behandelingen achter de rug zijn. *'Zodra de chemo en bestraling achter de rug is, ben je 'genezen' voor de buitenwereld. Voor mij is dit deel van het proces het zwaarste, want ik ben nog niet genezen. Niemand begrijpt dat. Het is niet omdat ik er goed uit zie en dat ik terug haar heb, dat ik terug kan functioneren.'*

Maar de kankerdiagnose heeft ook positieve gevolgen voor de sociale relaties. De zelfstandigen geven aan dat ze sinds de diagnose op een andere manier naar hun leven kijken. *'Het feit dat je zo'n ziekte hebt doorgemaakt, maakt dat je anders naar het leven kijkt.'*

*Essentiële basisbehoeften volstaan.* Er worden ook nieuwe prioriteiten gesteld, waarbij persoonlijke relaties belangrijker worden dan hun zaak. *'Het is deels veranderd in de zin dat ik nu meer tijd neem voor mezelf en mijn gezin, dat deed ik vroeger minder.'* Nog andere deelnemers voegen hier nog aan toe dat zij het gevoel hebben dat hun vriendschappen op een positieve manier zijn geëvolueerd dankzij de kankerdiagnose. *'We hebben een grote vriendenkring. De vriendschapsbanden zijn veel sterker geworden. Er is meer empathie, en ze houden ook extra rekening met mij.'* De aanwezigheid van een goede relatie en steun uit de omgeving heeft bovendien een positieve invloed op het fysieke en emotionele herstel: *'Ja, ik ben goed hersteld, o.a. dankzij de steun van mijn omgeving.'*

In eerste instantie gaat het om het sociale netwerk van familie, vrienden, collega's, en werknemers. Daarnaast wordt het contact met lotgenoten door de participanten als helpend omschreven, omdat lotgenoten zich meestal beter kunnen inleven in de situatie van de zelfstandige. *'Iedereen probeert er op zijn manier voor jou te zijn. Het verschil met lotgenoten is dat zij veel beter begrijpen wat je doormaakt.'* Tenslotte wordt er volgens alle deelnemers ook ondersteuning aangeboden door professionals zoals een gespecialiseerde arts, consulent, trajectbegeleider, coach, huisarts en psycholoog. Een paar zelfstandigen voegen toe dat ook een revalidatieprogramma ook een goede hulpbron vormde. *'Ik heb een intensief oncologisch revalidatieprogramma gevolgd om me zo snel mogelijk terug fit te voelen. Dit werd aangeboden in het ziekenhuis. Je wordt gemonitord op je grenzen en gestimuleerd om deze systematisch grens op te bouwen in de mate van het mogelijke.'*

De deelnemers beklemtonen dat ze enorm veel steun hebben ervaren vanuit het ziekenhuis, meer bepaald van de artsen, verpleegkundigen en sociale werkers. *'Zij waren altijd helder in hun communicatie, ook als ik vragen had. Nu nog steeds, ik heb altijd een lijstje met vragen. Die wachtkamer zit vaak vol, maar de dokter gaat dan achteruit zitten en luistert naar hoe het met me gaat.'* De artsen en het andere ondersteunende personeel geroemd voor hun heldere uitleg en de mate waarin ze tijd namen om de vragen te beantwoorden. *'De oncoloog had ook gezegd dat ik altijd iemand mee mocht brengen om mee te luisteren, want er duiken altijd nog vragen op na het gesprek. Er is ook altijd een borstverpleegkundige die nog eens apart bij jou komt voor je vragen. Het feit dat dat een vrouw was, vond ik erg aangenaam. Ze begeleiden dat heel goed, daar kan ik echt niets over zeggen.'* Het feit dat er altijd tijd werd genomen om de volgende stappen uit te leggen, werd ook erg gewaardeerd. *'Ik ben zeer goed opgevangen. Ik was enorm tevreden over het ziekenhuis waar ik behandeld ben. Ze hebben*

*mij daar echt goed behandeld en opgevolgd. Ze namen de tijd en ik kreeg altijd de nodige uitleg. Ook bij de tussendoor werd altijd uitgelegd waartoe die dienden. Alles verliep vlot en ik heb er geen klachten over.'*

### **Financiële impact en de rol van verzekeringen**

Het is duidelijk dat de financiële impact van de kankerdiagnose behoorlijk kan doorwegen. *'Ik vond het moeilijk omdat mijn sociale bijdragen, belastingen, en andere zaken gebaseerd zijn op een vast systeem dat ik heb. Ik zet een bepaald bedrag opzij voor mijn sociale bijdragen, een ander voor mijn belastingen. Er is dus een vast stramien, en die zekerheid ben je op een bepaald moment kwijt.'* De geïnterviewden erkennen vooral het belang van de uitkeringen van de mutualiteiten en verzekeringen. Ook benoemen ze de voordelen van een financieel stabiele situatie en het feit dat ze kunnen rekenen op financiële steun uit hun omgeving. *'Ik had het geluk dat ik een partner heb met een goed loon. Wat als je er echt alleen voor staat en je bent niet voldoende verzekerd?'*

Er wordt herhaaldelijk aangegeven dat er meteen een grote financiële stress opduikt bij het krijgen van een kankerdiagnose. Dat gaat niet enkel over het inkomen tijdens de arbeidsongeschiktheid, maar ook over de ruimere impact op langere termijn. Zo gaven enkele zelfstandigen aan dat ze meteen bezorgd waren over de impact van hun arbeidsongeschiktheid op de opbouw van hun pensioenrechten. Daarnaast worden de jaarlijkse belastingen van een zelfstandige berekend op basis van inkomsten en aftrekposten, een geldstroom die nagenoeg stilvalt bij arbeidsongeschiktheid. Dit levert een bijkomende financiële zorg op, waar men niet meteen bij stilstaat.

Naast de gekende uitkeringen, vermeldt een van de deelnemers een alternatieve financiële ondersteuningsmaatregel: de Vlaamse ondersteuningspremie (VOP). *'Wat veel ondernemers niet weten, is dat in bepaalde omstandigheden, zoals bij kanker, de overheid gedeeltelijk kan tussenkomen in de loonkost. Daarvoor moet de een oncoloog een attest opstellen. De VDAB volgt dat verder op. Ze vragen regelmatig medische rapporten.'*

De zelfstandigen vermelden 3 factoren die hun financiële zekerheid bepalen.



## 1) Ziekteverzekering

Zoals eerder aangehaald is het in België verplicht om jezelf aan te sluiten bij een ziekenfonds en een bijdrage te betalen voor de ziekteverzekering. De voordelen van deze verplichte verzekering worden door de ondervraagden duidelijk erkend. *'De rekeningen van de mutualiteit kwamen maandelijks binnen, en dan zag ik wat het werkelijk gekost had en hoeveel ik moest betalen. Uiteindelijk heeft me dat in totaal nog zelf nog 2000 euro gekost. Gelukkig dat we in België wonen, want in de VS zou je ten dode opgeschreven zijn.'* Het belang van die ziekte-uitkering wordt door alle zelfstandigen benadrukt. *'Dankzij het aandeel van het ziekenfonds en mijn gewaarborgd inkomen moest ik geen geld van mijn zaak naar mijn privé doorsluizen.'* Zonder deze ondersteuning zou het financieel niet haalbaar zijn om de kosten van de kankerbehandeling, de zaak en privékosten te dekken. *'Zonder die uitkering van de CM [mutualiteit] zou het moeilijk zijn. Nu is het de RVA die betaalt. Zolang ik steun krijg, maak ik mij geen zorgen over het financieren van mijn behandelingen.'*

Daarnaast wordt wel duidelijk aangegeven dat enkel de verplichte ziekteverzekering eigenlijk niet voldoende is om alle kosten te dekken, en dat er vaak teruggevallen wordt op de financiële stabiliteit van de partners.

## 2) Hospitalisatieverzekering

Een hospitalisatieverzekering, de terugbetaling van de kosten bij hospitalisatie, is daarentegen optioneel in België. De zelfstandigen die aangeven een hospitalisatieverzekering te hebben afgesloten, lijken hier tevreden mee. *'Ik had een hospitalisatieverzekering die ook de kosten van de behandelingen dekte. Daar was ik heel blij mee.'*

Toch wordt er opgemerkt dat het niet eenvoudig is om bijstand bij medische kosten te verlengen wanneer er mogelijk sprake is van een zware ziekte. *'Via de hospitalisatieverzekering heb ik een aanvraag gedaan voor "zware ziekte" omdat de bijstand bij medische kosten dan met drie maanden kon verlengd worden. Ik kwam er niet voor in aanmerking omdat ik geen nabehandeling kreeg.'* Zonder het afsluiten van een hospitalisatieverzekering worden de kosten bij opname niet gedekt. Aangezien dit binnen de Belgische wetgeving niet verplicht is, kan dit rampzalige gevolgen hebben.

### 3) Verzekering gewaarborgd inkomen

De verzekering gewaarborgd inkomen is ook optioneel. De meningen hierover zijn vooral positief in de zin dat zelfstandigen met een gewaarborgd loon dankbaar zijn voor de bijkomende financiële zekerheid. *'Ik vind het nog altijd duur, namelijk 3000 euro, maar het heeft me in dit hele traject een enorme geruststelling gegeven.'* Deze inkomstenverzekering wil echter niet zeggen dat men dan ook het gevoel heeft goed voorbereid te zijn op de confrontatie met kanker en de administratieve stappen die dan moeten worden gezet. *'Je bent daar niet op voorbereid. Ik miste daar een draaiboek van wie ik moest contacteren. Dat je een nummer of contactpersoon krijgt, en welke stappen je moet nemen.'*

Wie geen verzekering gewaarborgd inkomen heeft, ervaart dit als een belemmerende factor tot arbeidsongeschiktheid. *'Op de eerste dag van mijn chemo moest ik nog iets belangrijks doen voor mijn zaak. Twee assistenten zijn op voorhand op locatie gegaan om alles op te stellen en voor te bereiden. Om 10u kon ik daar zijn en meteen beginnen. Ik moest wel blijven werken. Ik heb geen verzekering voor gewaarborgd inkomen. Ik kon mij dat gewoonweg niet permitteren.'*

Er worden ook een aantal belemmerende factoren vermeld voor het afsluiten van de verzekering gewaarborgd inkomen. Er wordt gesteld dat je als jonge, gezonde zelfstandige niet altijd stil staat bij het risico dat je ooit ziek kan worden en plots niet meer zal kunnen werken. *'Ik heb die verzekering niet. Dat zijn heel dure verzekeringen, en omdat gezond was, wilde ik dat risico niet nemen. Achteraf denk je: had ik maar...'* Deze wordt wel beoordeeld als een erg 'dure' verzekering, wat het voor beginnende zelfstandigen moeilijker maakt. De zelfstandigen die wel bijkomende verzekerd zijn, kunnen de hoge kost wel plaatsen. *'Het is een beetje als de omniumverzekering van een auto. Hopelijk heb je het nooit nodig, en het is wel duur. Ik heb er nu geen probleem meer mee om het te betalen. Uiteindelijk heb ik van vorig jaar april tot nu geen problemen gehad op het vlak van inkomsten, want als dat er nog eens bijkomt... Dat zou wel doorwegen.'* Daarnaast wordt aangekaart dat niet enkel de kostprijs een hindernis vormt, maar dat er ook gewoonweg te weinig informatie gedeeld wordt.

## **Arbeidsongeschiktheid en terugkeer naar het werk**

De meerderheid van de zelfstandigen geven aan dat ze zo lang mogelijk hebben geprobeerd om door te werken tijdens de behandeling. *'Ik kon werken en ik kon het aan. Ik was er op dat moment ook niet bij blijven stilstaan dat ik niet zou werken. Ik heb tijdens mijn voorbehandeling zelfs het ziekenfonds niet verwittigd omdat ik gewoon bleef meedraaien, behalve op de dagen van de chemo.'* Sommigen geven zelfs aan nooit helemaal gestopt te zijn. *'Nee, ik ben niet volledig gestopt met werken. Tot de dag voor de operatie ging ik nog naar klanten. Nadien heb ik een maand thuisgezeten en deed ik geen klantenbezoeken. Maar ik was wel altijd bereikbaar via mail en telefoon. In theorie moest ik 100% stoppen met werken. Ik heb nooit 100% volledige rust gehad.'*

Waarom de zelfstandigen blijven doorwerken, wordt volgens henzelf verklaard door het typische 'karakter' van een zelfstandige. Ze omschrijven zichzelf als iemand die leeft voor de zaak, waardoor ze deze niet zomaar kunnen vergeten terwijl ze zich richten op het aanpakken van hun ziekte. *'Ik ben nog naar het bedrijf gegaan met dat bidonneke. Mijn man is met mij naar daar gereden. Dat is de aard van het beestje. Ik kan dat niet loslaten.'* Ook intensieve behandelingen in het ziekenhuis waren voor sommigen geen reden om niet door te werken. *'Tijdens de behandeling, nog voor de operatie, heb ik nog deeltijds kunnen werken. Ik moest wel 5 weken lang elke dag naar het ziekenhuis voor bestraling. Daarna nog een paar weken na elkaar 1 dag per week voor chemotherapie. Maar ik trok mijn plan, ik kon dat niet loslaten.'* Daarnaast vormt ook de angst om klanten te verliezen een belangrijke reden om door te werken. *'Stoppen is doodgaan als je zelfstandige bent. Ik heb een klantenbestand opgebouwd van 250 klanten. Ik werk met een aantal consultants, maar ik ben wel het aanspreekpunt voor de klant. Ik ben dus tussendoor wel aan de slag gebleven, op mijn tempo.'*

De financiële onzekerheid speelt een belangrijke rol bij de beslissing om te blijven werken. Zo hadden verschillende zelfstandigen het gevoel dat ze niet meteen durven stoppen met werken na hun diagnose omdat ze onzeker waren over de gevolgen. *'Je werkt, en ik was niet van plan om te stoppen, want ik had geen idee van welke uitkering ik moest gaan leven. Ik dacht zelfs dat ik niets zou krijgen. Ik dacht dat ik op niets kon rekenen. In het begin was ik dus in paniek. Ik wou niet stoppen, want ik was bang dat ik alles kwijt zou zijn.'* Sommige zelfstandigen geven aan dat ze bleven werken omwille van de financiële tekorten die zich anders zouden voordoen.

Verrassend is dat de meerderheid van de zelfstandigen aangeven dat hun werk en zaak een positieve invloed hebben op hun mentale welzijn. Ze werken dus niet enkel door omdat het zou moeten, maar ook omdat het hen net meer kracht en steun oplevert. *'Ik ben blijven werken omdat ik anders thuis zou zitten piekeren. Ik werk met kinderen en die stellen geen vragen, dus hielp om mijn gedachten te verzetten. Maar eens de chemo gestart was, vooral ook omdat ik dan vatbaar was voor infecties, een groter risico als je met kinderen werkt, heb ik niet meer gewerkt.'*

Toch zijn tot de helft van de geïnterviewde zelfstandigen meteen na hun diagnose gestopt met werken. Zo leek stoppen voor sommigen een 'logische' beslissing omwille van de zware periode van behandelingen en medische onderzoeken die hen te wachten stond. *'Een logische stap. Het enige wat ik toen wilde, was van die kanker af geraken en ertegen gaan vechten.'* Voor sommigen was er zelfs geen twijfel. Daarnaast vormt ook de fysieke last als gevolg van de kankerdiagnose en de behandeling door zelfstandigen benoemd als reden om te stoppen werken. *'Je moet een brutale behandeling ondergaan. Je wordt geamputeerd. Je hebt pijn en je ondergaat chemotherapie. Niet alle chemotherapieën zijn hetzelfde, maar sommigen zijn heel zwaar.'*

Het hebben van collega's die bepaalde taken kunnen overnemen, kan de beslissing om te stoppen met werken vergemakkelijken. *'Mijn zakenpartner heeft alles op zich genomen en heeft dat ook zeer goed gedaan. Ik wist dat mijn zaak in goede handen was.'*

Soms zijn er ook positieve gevolgen voor de zaak. Zo wordt benadrukt dat een kankerdiagnose ook tijd en ruimte kan geven. *'Ik heb soms wel afstand genomen om aan de zaak te werken en nieuwe dingen te ontwikkelen. In feite is mijn zaak mijn therapie geweest en heeft het mij een aantal nieuwe ideeën gebracht. Ik kon niet altijd meedraaien op de vloer, daarvoor had ik de kracht en energie niet. Maar ik ben wel inspirerend en creatief met de zaak bezig geweest.'*

De gelegenheid om tijdens de afwezigheid op een andere manier aan de zaak te werken, wordt verschillende keren genoemd door de deelnemers. Het kan dus in sommige gevallen ook een opportuniteit betekenen. *'Ik heb in 2019 heel hard aan mijn zaak kunnen werken omdat ik gedwongen was om die noodstop te maken. Die 'gedwongen zelfzorg' was dus ook een soort opportuniteit.'*

Ondanks dat sommige zelfstandigen volledig achter hun besluit stonden om meteen te stoppen met werken, hadden alle deelnemers de wens om snel het werk te hervatten. Bijna

alle zelfstandigen hebben het werk dan ook al hervat op het moment van het interview. Ook hier wordt steevast de impact op het mentale welzijn genoemd als voornaamste reden. Zo verklaren enkele zelfstandigen dat ze zich eenzaam begonnen te voelen, en dat werkhervatting hierbij zou helpen. *'Ik wou niet meer thuis zitten. Ik wou weer tussen de mensen zijn. Ik woon op het platteland en als ik naar buiten kijk, zie ik alleen maar velden. Soms is dat heel leuk, maar op dat moment had ik er genoeg van.'* Ook wordt aangegeven dat het werk een dankbare afleiding vormde. *'Mij heeft het geholpen omdat ik kon vooruitdenken. Ik ben nooit iemand geweest die kon stilzitten. Hadden ze me gezegd dat ik 6 maanden thuis in de zetel moest zitten, dan zou ik de muren opgelopen zijn. Wanneer ik me goed voelde, kon ik mijn mails beantwoorden en zo had ik toch wat contact met de buitenwereld.'*

Het verantwoordelijkheidsgevoel dat de zelfstandigen voelen tegenover hun zaak en klanten speelt niet alleen een rol in het doorwerken, maar ook in de behoefte om spoedig terug te keren naar het werk. Zo gaf de aanwezigheid van collega's enerzijds een gerust gevoel, maar was dit in beperkte mate ook een reden voor schuldgevoelens. *'Omdat ik wist dat mijn 2 collega's er alleen voor stonden. Voor hen werd het heel lastig. Ze hebben mij enorm geholpen, maar het werd tijd dat ik hen ook weer ging helpen.'* Daarnaast noemen 5 zelfstandigen ook een gevoel van loyaliteit naar hun klanten toe.

De flexibiliteit die het zelfstandig statuut met zich meebrengt vormt een faciliterende factor bij werkhervatting. *'De taken blijven hetzelfde. Ik heb als zelfstandige het voordeel dat ik mijn uren zelf kan kiezen. Het is een groot voordeel dat je er niet alle dagen van 9 tot 5 moet zijn. Want soms voel je je toch niet zo goed en dan ben je ook niet productief. Dan kan ik kiezen om eerder te stoppen. Ik zou geen andere manier van werken willen.'* Ook feit dat ze hun job zelf kunnen invullen en taken kunnen variëren, vormt een groot voordeel.

Tegelijk wordt door de zelfstandigen vermeld dat de regeling tot werkhervatting in hun situatie net onvoldoende flexibel is, wat een drempel vormt om terug te keren. *'Dinsdag 8 uur werken, woensdag 8 uur werken en donderdag 4 uur werken. Je moet echt vastleggen wanneer je werkt. Dus je hebt geen enkele flexibiliteit in je agenda.'* Ze vinden het moeilijk om vooraf te beslissen in welke mate ze het werk zullen hervatten, hun werkvermogen is namelijk erg onvoorspelbaar. *'Het is niet voorspelbaar genoeg om terug aan de slag te gaan.'*

Het is dan ook niet altijd evident om het werk te hervatten, en zijn er enkele factoren die de werkhervatting kunnen verhinderen. Ten eerste wordt gesteld dat de ernst en prognose van hun kankerdiagnose het proces van werkhervatting belemmerde. *'Het zat overal. In de*

*klieren, de twee borsten en het borstbeen, het was helemaal uitgezaaid. Nu weet ik dat ik nooit meer volledig zal kunnen werken.’* Maar dezelfde zelfstandige vult aan dat ze zich ervoor al niet goed genoeg voelde om terug te keren. *‘Eigenlijk nog voor de uitzaaingen er waren, wist ik dat ik niet meer opnieuw kon opstarten omdat ik me niet goed genoeg voelde.’* Ook wordt de invloed van de fysieke en mentale gevolgen benadrukt van die kankerdiagnose en behandeling als belemmerende factor voor werkhervatting. *‘Ik ben nog niet terug aan de slag omdat ik voel dat ik tijd nodig heb, om te bekomen. Ik ervaar nog veel drempel, zowel fysiek als mentaal.’*

Ook wordt een financiële factor genoemd als drempel tot werkhervatting: de meerderheid van de arbeidsongeschikte zelfstandigen rapporteren dat ze wel meer of opnieuw zouden willen werken, maar dat het risico om uitkeringen te verliezen hen tegenhoudt. *‘Ik zou wel meer willen werken, maar de angst zit erin om de uitkering te verliezen. Of te voelen dat het toch te veel is, en dan uiteindelijk niet meer te kunnen terugvallen op een uitkering.’* Ze durven de verzekeringen niet te contacteren in verband met mogelijke opties voor werkhervatting, uit angst dat van hen zal worden verwacht dat ze opnieuw gaan werken. *‘Ik wil geen slapende honden wakker te maken. Als ik dat nu ga vragen, dan staat het wel ergens genoteerd dat ik op zoek ben naar een bezigheid.’*

Ook formuleren de participanten ook de behoefte aan meer ondersteuning bij werkhervatting. Het valt hen op dat een dergelijke begeleiding beschikbaar is voor loontrekkenden, maar niet voor zelfstandigen. *‘Er is een initiatief van Kom op tegen Kanker dat begeleiding en revalidatie biedt bij werkhervatting. Maar dat is dus enkel voor werknemers.’*

### **Informatienood**

Volgens de helft van de zelfstandigen is er niet genoeg geweten over de verzekering gewaarborgd inkomen. Ze wijten dit voor een deel door een gebrek aan informatie tijdens de opleiding of opstart als zelfstandige. *‘Er is niemand van mijn collega’s die een verzekering gewaarborgd inkomen heeft. Het kwam amper aan bod tijdens de opleiding die ik heb gevolgd toen ik zelfstandige werd. Je moet er echt zelf werk van maken, en dan komt dat er niet van.’* Ze geven toe dat ze zelf niet spontaan op zoek gingen naar informatie, maar dat ze op aanraden van anderen toch de verzekering gewaarborgd inkomen afsloten. *‘Ik heb dat niet gedaan toe ik nog jong was. Uiteindelijk heb ik het wel gedaan op aanraden van iemand*

*anders. En nu ben ik heel blij dat ik dat gedaan heb.’ Een aantal zelfstandigen is van mening dat er te weinig informatie wordt gegeven door de verzekeraars. Een andere zelfstandige benadrukt dat de verzekeringsinstellingen zelf te weinig concrete informatie verschaffen, aangezien ze weinig of geen kennis hebben van het dossier en de context van de zelfstandige op het moment dat deze ziek wordt. ‘Ze waren duidelijk niet op de hoogte van mijn toestand. Terwijl dat eigenlijk toch wel op een eenvoudige manier zou kunnen geregeld worden.’*

Ook over de mogelijke opties rond werkhervatting is te weinig informatie beschikbaar. Tot de helft van de zelfstandigen geeft aan dat ze regelmatig **het gevoel hebben** onvoldoende geïnformeerd te zijn. Het is in hun beleving niet altijd duidelijk wie ze moeten bellen om antwoorden te krijgen. De contacten met de mutualiteiten worden als weinig empathisch en moeizaam omschreven. *‘Heb je al eens contact gehad met de mutualiteit als patiënt? Dat is heel rigide, en totaal niet op maat van zelfstandigen. Men is niet echt met je dossier begaan.’* Vooral de behulpzaamheid laat te wensen over. *‘Dan bel ik naar de mutualiteit met de vraag waarom mijn uitkering werd stopgezet en ik naar de controlearts moet, en dan krijg ik als antwoord dat ik dat zelf beter weet dan zij. Als ik dat zou weten, waarom bel ik hen dan?’* Deze vraag naar empathie wordt mogelijks beïnvloed door een verminderde draagkracht tijdens hun ziekte.

Er is duidelijk behoefte aan een standaardpakket met belangrijke informatie bij aanvang van een kankerbehandeling. Vandaag moet iedereen zelf alles opzoeken of navragen. *‘Er zijn wel zaken die je als zelfstandige kan doen, maar daar ben ik niet ofwel te laat achter gekomen. Via de sociale kas bijvoorbeeld kan je je BV op non-actief zetten of je loon terugschroeven, niemand heeft mij dat gezegd. Ik had van mijn ziekenfonds graag informatie gekregen over een vervangingsinkomen, want hier had ik waarschijnlijk recht op gehad. Niemand heeft daar iets over gezegd, je moet het allemaal zelf vragen.’*

Wat herhaaldelijk terugkomt, is dat een kankerdiagnose op zich al een hele verwerking vraagt, en dat het zelf op zoek gaan naar extra informatie of antwoorden te veel energie vraagt. Die heeft men gewoon niet op dat moment.

### **Administratieve last**

Ook de administratieve uitdagingen bij kankerdiagnose komen ter sprake. De meningen zijn hierover verdeeld. De helft van de zelfstandigen geeft aan dat ze het in orde brengen van alle

administratieve aspecten als een grote uitdaging hebben ervaren, en zich niet altijd meester van de situatie voelden. *‘De administratie verliep wat moeilijk. Instanties helpen je wel, maar je ziet op een gegeven moment echt door het bos de bomen niet. Het is zwaar, omdat je ook emotioneel een wrak bent.’* Vooral de verzekering gewaarborgd inkomen brengt volgens de deelnemers veel administratieve rompslomp met zich mee. Anderen specificeren dat ze eerst wel tevreden waren met hun verzekering gewaarborgd inkomen, maar dat zich moeilijkheden voordeden op het moment dat er sprake was van een terugkeer naar het werk. *‘Op zich ben ik daar tevreden over, het was snel in orde. Ik kreeg mijn uitkering heel correct, zolang ik ziek was. Zodra ik begon te werken, moest ik om de 3 maanden op controle. Dat was bijna niet te doen, wat een ellende.’* Een grote frustraties bij meer dan de helft van de participanten wat betreft de verzekering gewaarborgd loon, is het verplichte driemaandelijke bezoek aan de controlearts. *‘Waarom moet die arts mij om de 3 maanden opnieuw zien? Mijn borst groeit na 3 maanden niet opnieuw. Elke keer terug die confrontatie.’* Ook de administratie die hierbij komt kijken wordt als erg vervelend ervaren. De controleartsen van de verzekeringen worden daarnaast door enkele deelnemers omschreven als koud en met een gebrek aan empathie: Ook melden enkele participanten dat de plotse stopzetting van het gewaarborgd loon, zonder waarschuwing, erg vervelend is. *‘Je wordt niet op voorhand verwittigd, bijvoorbeeld dat je eerst naar de controlearts moet vooraleer ze je gewaarborgd loon stopzetten. Het wordt eerst stopgezet, en daarna krijg je een brief. Dat is de omgekeerde wereld.’*

De helft van de zelfstandigen kon het administratieve gedeelte uitbesteden aan familie of partner, wat een grote hulp was. *‘Wat met mijn zaak te maken had, zoals de sociale zekerheid en gewaarborgd inkomen, heb ik zelf gedaan. De rest, zoals de hospitalisatieverzekering, heeft mijn moeder een lange tijd gedaan. Ik liet het aan haar voer, want anders werd het te veel’.* Het kunnen doorgeven van alle administratieve zaken geeft ruimte voor rust, die er anders niet geweest zou zijn.

### **Suggesties voor toekomst**

Op basis van de gesprekken komen al een aantal duidelijke behoeften naar boven. Wanneer concreet gevraagd wordt naar beleidsaanbevelingen van de zelfstandige zelf, komen nog een aantal nieuwe ideeën naar boven.

De nood aan een coach of trajectbegeleider die de zelfstandige blijft volgen wordt benadrukt, ook na de ziekenhuisopname, waarbij men altijd terecht kan met allerlei vragen: *‘Een coach*



*die ook helpt met alle dingen buiten het ziekenhuis en die ondersteuning biedt bij alle zaken waar zelfstandigen zich mee bezig houden.'*

Daarnaast benadrukken zelfstandigen het gebrek aan emotionele ondersteuning, begeleiding en informatie over mentaal welzijn. Er wordt bijvoorbeeld voorgesteld om om psychologen en psychiaters te betrekken. *'Misschien zou er een psycholoog of psychiater moeten betrokken zijn. Zodat iemand ook de emotionele aspecten onder de loep kan nemen.'*

Op financieel vlak formuleren de deelnemers enkele suggesties voor de toekomst. Zo wordt gesteld dat het nuttig zou zijn om bepaalde lopende kosten in geval van ziekte te kunnen uitstellen, zodat ze hier al minder zorgen over hebben. *'Het gaat om bepaalde lasten en leningen die je hebt lopen. Als je daar uitstel van kan krijgen, geen afstel, is het makkelijker om het financiële plaatje in evenwicht te houden.'*

Het informatietekort komt ook uitgebreid aan bod. Er is vooral behoefte aan meer concrete of direct door hen toepasbare informatie die tevens op een geschikt moment aangeboden wordt. De helft van de zelfstandigen zou graag hapklare informatie krijgen aan de hand van een document of een lijst die een overzicht geeft van de te regelen administratie en verzekeringen, inclusief waarom dit op specifieke momenten nuttig kan zijn voor de zelfstandigen.. *'Het zou handig zijn om dit te ontvangen zodra je je diagnose krijgt. Het zou een soort checklist moeten zijn, met daarop alle zaken die nagekeken moeten worden en de instanties die gecontacteerd moeten worden. Een soort traject.'* Een andere suggestie is om die informatie te laten verschaffen door de mutualiteit of het ziekenhuis, omdat daar een goed contact is met het personeel.

Een deel van de zelfstandigen zijn bezorgd over het verliezen van uitkeringen bij werkhervatting. Ook hier is een meer proactieve aanpak nodig wat informatie betreft. *'Gewoon proactief voorleggen aan de patiënt wat de beste manier is om terug op te starten en wat de gevolgen zijn.'* Ook de invloed van de verzekeraar op werkhervatting is belangrijk. *'Ik denk dat verzekeraars nog veel meer kunnen doen voor zelfstandigen. Hen motiveren om deeltijds te werken in combinatie met een uitkering, bijvoorbeeld.'*

Er is ook vraag naar meer flexibiliteit bij werkhervatting. Momenteel is het zo dat zelfstandigen moeten vastleggen voor hoeveel procent ze het werk zullen hervatten. In de praktijk is dit niet zo eenvoudig door de vaak onvoorspelbare fysieke en psychische gevolgen van de ziekte. *'Het is niet zinvol om verplicht aan het werk te gaan op dagen waarop je je niet goed voelt. Je gaat dan over je grenzen omdat je geen inkomen wil verliezen, en dan lig je er*

*mogelijk nog voor een langere tijd uit.’ Progressieve werkhervatting wordt als mogelijke oplossing gesuggereerd. ‘Er zou een manier moeten zijn om progressief op te starten of te experimenteren met wat goed voelt. Zonder meteen die grote sprong te maken.’*

Er moet ook meer ingezet worden op begeleiding bij werkhervatting, vergelijkbaar met sommige lokale initiatieven die binnen bepaalde regio’s een subpopulatie aanspreken. Deze zijn doorgaans gericht op werknemers, omdat hun statuut beter gestructureerd is. *‘Ik kreeg op een gegeven moment te horen dat er trajecten met psychologen en sociale assistenten beschikbaar waren om mij te begeleiden naar mijn werkgever. Toen ik aangaf dat ik zelfstandige was, was het antwoord “Sorry, daar hebben we geen trajecten voor”. Dan stopt het verhaal. Dat is de realiteit’.* Een dergelijke begeleiding moet volgens de zelfstandigen meer focussen op coaching en progressieve re-integratie. *‘Ik zou het accent leggen op kaderen, coachen en progressieve re-integratie. Net zoals men dat doet bij bedienden.’* Een zelfstandige suggereert om een initiatief op te richten dat zich toelegt op het revalidatieproces en begeleiding bij werkhervatting voor zelfstandigen. *‘Een instantie zoals Rentree [organisatie die loontrekkenden begeleidt die terug aan het werk gaan na kanker] waar bijvoorbeeld ook juristen je kunnen bijstaan. Die kunnen meekijken met je werksituatie en voor jou onderhandelen met de arts van de mutualiteit en de andere artsen. Iemand die het hele plaatje kan analyseren en de capaciteit van de ondernemer in kwestie kan inschatten.’*

Bovendien merken de zelfstandigen op dat er bij de verzekeraars en andere instanties zoals mutualiteiten die een rol spelen bij werkhervatting, te weinig rekening gehouden wordt met de specifieke context van elke individuele zelfstandigen. *‘Ik vroeg of ze wisten dat ik zelfstandige ben. Het antwoord was dat ze niet op de hoogte waren van het dossier maar gewoon het algemene schema volgden.’* Eenzelfde verhaal horen we als het gaat over de controleartsen. *‘Wanneer ik op controle ga, wordt niet naar mijn context gekeken. Dat voelt voor mij heel kortzichtig.’*

In plaats van aanmoediging om -al dan niet gedeeltelijk- het werk te hervatten wordt soms het omgekeerde aangeraden.

Ook voor de zelfstandigen zelf is het duidelijk dat er op verschillende vlakken te weinig onderscheid wordt gemaakt met tussen hun situatie en die van loontrekkenden. *‘Werknemers, ondernemers en zelfstandigen worden over dezelfde kam geschoren.’*

## ***Sufficiency***

Er werden in totaal 23 interviews afgenomen, waarna beslist werd om verdere dataverzameling te stoppen omdat *sufficiency* bereikt werd. De interviewleidraad werd na elke set van interviews en tussentijdse analyse bijgestuurd volgens nieuwe vragen die naar boven kwamen. Gezien de beperkte hoeveelheid onderzoek die in het verleden gevoerd werd bij zelfstandigen, gaan we ervan uit dat er steeds nieuwe vragen zullen blijven opduiken. De huidige studie vormt een belangrijke eerste stap.. Het is, gezien de beperkte hoeveelheid onderzoek die reeds bestaat bij zelfstandigen, niet mogelijk om op basis van één enkel onderzoek alle antwoorden te formuleren die er te vinden zijn. De heterogeniteit van de doelgroep maakt het bovendien bijzonder moeilijk om te kunnen stellen dat de visie van ‘de zelfstandige’ voldoende vertegenwoordigd werd in de hier besproken sample. Wel kunnen we stellen dat er op basis van deze 23 interviews voldoende nieuwe pistes voor toekomstig onderzoek gegenereerd werden én dat er een belangrijke stap gezet is in het formuleren van beleidsaanbevelingen ter ondersteuning van de zelfstandige, vooral op het vlak van thema’s die door de doelgroep zelf worden benoemd. Wij stellen daarom dat er “sufficiency”<sup>16</sup> in de dataverzameling bereikt werd: er werd aan de doelstelling van het onderzoek voldaan op basis van de huidig verzamelde data.

De hierboven besproken thema’s worden door de zelfstandigen zelf steeds opnieuw benoemd als elementen die hun proces van arbeidsongeschiktheid moeizamer doen verlopen, of frustratie opleveren. Bij nieuwe interviews kwamen dezelfde thema’s steeds weer naar voor waardoor we veilig kunnen concluderen dat dit de thema’s zijn waar een bepaalde subgroep van zelfstandigen mee worstelt. Er is dus voldoende wetenschappelijke ondersteuning voor het formuleren van beleidsaanbevelingen op basis van deze thema’s. Dit wordt verder ondersteund door de inzichten uit de andere hoofdstukken.

Dit betekent niet dat er geen andere ondersteuningsbehoeften zijn bij de diverse groep die de zelfstandigen vormt. Bijkomend onderzoek om nieuwe thema’s verder te verkennen is nog steeds nodig. Wel kunnen we stellen dat de geformuleerde aanbevelingen die uit dit onderzoek voortvloeien beantwoorden aan minstens een deel van de ondersteuningsnood bij een representatief aandeel van de zelfstandigen in België.

---

<sup>16</sup> Sufficiency vs. saturatie: een nieuw concept voor kwalitatief onderzoek dat door de onderzoekers geformuleerd wordt – zie bijlage 11.

### **13 Kernboodschappen**

- 1) Fysieke klachten na kankerbehandeling omvatten vooral **vermoeidheid**.
- 2) Op mentaal vlak meldt meer dan de helft van de zelfstandigen een **verminderde emotionele draagkracht**, waarbij 75% aangeeft dat meer emotionele ondersteuning nodig was.
- 3) **Sociale relaties** zijn erg belangrijk tijdens het doormaken van kanker en krijgen daardoor ook meer gewicht.
- 4) Indien ze aangeboden worden, dan worden de contacten met het multidisciplinair **personeel in de ziekenhuizen** als erg waardevol en ondersteunend beschouwd, wat een schril contrast vormt met het contact met de administratieve instanties.
- 5) In het algemeen is men tevreden over de **verplichte minimumverzekering via de mutualiteit** in geval van ziekte.
- 6) De meerderheid zelfstandigen sluit een **verzekering gewaarborgd inkomen** af, ondanks de hoge kost. Dit wordt als een zinvolle investering gezien.
- 7) **Hospitalisatieverzekering** is niet verplicht, wat tot ernstige financiële gevolgen kan hebben.
- 8) De helft van de zelfstandigen **werkt zo lang mogelijk door** of **stopt nooit** met werken. Dit doen ze niet alleen omwille van het financiële aspect, maar vooral ook omdat het hun emotionele welbevinden bevordert.
- 9) Zelfstandigen keren liefst zo **snel mogelijk terug naar het werk**. Hier speelt vooral een groot verantwoordelijkheidsgevoel naar hun klanten toe, evenals de positieve impact op hun emotionele welbevinden.
- 10) **Flexibiliteit** vormt een belangrijk hulpmiddel bij de terugkeer naar het werk.
- 11) Toch geeft de meerderheid van de zelfstandigen aan **meer ondersteuning** bij werkhervatting te willen, en dit vooral in de vorm van meer informatie.
- 12) Er is behoefte aan **duidelijkere en sneller beschikbare informatie** betreffende uitkering, toegelaten werk, en werkhervatting, en dit in de vorm van een checklist of online platform dat meteen bij diagnose beschikbaar gesteld wordt.
- 13) **Administratie** vormt voor de helft van de zelfstandigen een uitdaging. Er is een duidelijke behoefte aan stroomlijning van dit proces.

## ***Implicaties***

De ondersteuningsnoden die duidelijk naar voor kwamen in dit hoofdstuk worden uitgebreid besproken in de conclusies en beleidsaanbevelingen op het einde van dit document.

## **Conclusies en aanbevelingen**

*Betrokken auteur: Elke Van Hoof*

Een beleidskader creëren voor zelfstandigen die geconfronteerd worden met kanker is een gedeelde verantwoordelijkheid. Enerzijds hebben we de ervaringen van de zelfstandigen zelf nodig, en anderzijds dient het beleid dit ondersteunende kader zoveel mogelijk af te stemmen op hun leefwereld.

Tot voor kort was al het beleid rond arbeidsongeschiktheid en werkhervatting gebaseerd op inzichten vergaard uit de beleving van loontrekkenden. De context waarbinnen zij leven en werken is beter gestructureerd en onderzoekers hebben voor deze doelgroep al een waaier aan onderzoeksstrategieën ontwikkeld. Dit onderzoek focust uitsluitend op zelfstandigen met kanker en vormt dus een primeur in de wetenschappelijke literatuur.

Internationale vergelijkingen zijn erg moeilijk, gezien de verschillen op het vlak van beleid, definities van statuten en het aandeel van deze statuten per land. Zelfstandigen vormen bovendien een groep in beweging, niet alleen op vlak van beleid en statuut. Binnen de groep zelfstandigen zien we verschillende statuten, zoals zelfstandige in bijberoep, de eenmanszaak en de ondernemer of bedrijfsleider. Zo zagen we recent ook nieuwe vormen van zelfstandigheid, zoals de flexwerker en de student-ondernemer. Zelfstandigen nemen ook in aantallen toe, met een stijging van 2,3% tussen 2017 en 2018 in België.

Ziekte, en dus kanker, maakt geen onderscheid wat statuut betreft. Gemiddeld wordt 1 op 5 geconfronteerd met kanker voor de leeftijd van 50 jaar. Dit geldt dus ook voor de zelfstandigen. Gemiddeld wordt verwacht dat 1 op 4 vrouwen en 1 op 3 mannen geconfronteerd wordt met kanker voor de leeftijd van 75 jaar. De vraag is in hoeverre het beleidskader is aangepast ten opzichte van deze confronterende cijfers. Worden de Belgische zelfstandigen voldoende ondersteund tijdens en na kanker?

Dit onderzoek wil de beleving van zelfstandigen met kanker in kaart brengen en de gelijkenissen en verschillen identificeren tussen de beleving van zelfstandigen en werknemers. Op die manier kunnen gerichte aanbevelingen worden geformuleerd voor

domeinen die een betere afstemming vergen tussen het beleidskader en de leefwereld van de zelfstandigen.

Zelfstandigen met kanker staan voor gelijkaardige uitdagingen als loontrekkenden in die situatie. Niet alleen vanwege de aandoening en de bijhorende behandelingen maar ook vanuit de impact die diagnose met zich meebrengt, lijden ze onder kanker. De ziekte wordt nog steeds beleefd als een breuk met onbezorgdheid en een confrontatie met sterfelijkheid. Deze complexe interactie tussen de impact van de diagnose, de eigenlijke aandoening en de bijhorende behandeling kan kwetsbaarheid veroorzaken, zowel welzijn in het algemeen als en werkhervatting betreft. Hoe meer fysieke en emotionele klachten tijdens kanker, hoe moeilijker de terugkeer.

Bij het bouwen van een model zien we dezelfde aspecten als bij loontrekkenden terugkomen. Het belang van het sociale netwerk, premorbide kwetsbaarheden, de leeftijd en de mate van fysieke belasting op het werk zijn slechts enkele voorbeelden. Specifiekere aspecten bij zelfstandigen zijn de sociale draagkracht. Meer dan 70% van de zelfstandigen geeft aan geen collega's te hebben, waardoor contact met anderen moeilijker verloopt. Sociaal contact is nochtans een belangrijke hefboom voor emotionele draagkracht en oplossingsgerichtheid. De financiële stabiliteit lijkt bij zelfstandigen ook zwaarder door te wegen en dient als belangrijke factor te worden meegenomen bij nieuwe ondersteunende maatregelen.

Wanneer we kijken naar financiële onzekerheid, dienen we ook te kijken naar de sector. Er zijn sectoren met meer of minder concurrentiële activiteit. Een hoge concurrentiële activiteit leidt tot een hogere vervangbaarheid. Men kan hier meer financiële onzekerheid en onrust verwachten, wat de emotionele draagkracht ondermijnt. Systemen die het risico op langdurige afwezigheid inschatten of aangeven welke ondersteunende maatregelen van toepassingen zijn dienen hiermee rekening te houden. Psychosociale ondersteuning die al bestaat in ziekenhuizen, via de onco-psycholoog, de onco-coach of de onco-verpleegkundige, moet ook ter beschikking worden gesteld van zelfstandigen zonder bijkomende administratieve overlast en ook buiten de zorg.

Zelfstandigen verschillen van loontrekkenden op heel wat punten. Zelfstandigen blijven langer doorwerken en verkiezen zelfs werk boven arbeidsongeschiktheid. Dit wordt niet enkel gedreven door financiële incentives maar ook door concurrentie, marktpositie en passie. Bovendien zou ziekte een reden kunnen zijn om de betrouwbaarheid in vraag te stellen. Een klant wil immers continuïteit van de diensten of producten. Er zijn alternatieven nodig om deze continuïteit te verzekeren, zodat een volwaardige herstelperiode kan worden voorzien zonder financiële onzekerheid en bijkomende stress. Er bestaat wel een systeem van vervanging voor ondernemers, maar dit wordt niet gebruikt. Op het moment van de opmaak van dit eindrapport (Februari 2022) stond er in de databank slechts 1 persoon als mogelijke vervanger. Dus zelfs wanneer het gebruik zou verhogen, zijn er te weinig kandidaten om vervangingen in te vullen. Om dit verder uit te bouwen kan men verder bouwen op bestaande initiatieven met bedrijven die hun ervaring willen blijven inzetten op de arbeidsmarkt. Zo werd bijvoorbeeld recent het initiatief “Sixie” opgericht, waar gepensioneerde 60-plussers ingeschakeld worden op de werkvloer. Ook Nestor, een uitzendkantoor dat zich specifiek richt op 50-plussers en gepensioneerden, werkt op een gelijkaardige manier. Een dergelijk initiatief zou ook ingezet kunnen worden voor (arbeidsongeschikte) zelfstandigen te ondersteunen.

Ook dienen we in te zetten op demystificatie van ziekte; kanker is geen teken van zwakte. Het kan iedereen overkomen. Flexibiliteit lijkt verder van primordiaal belang in het beleid. Vandaag moet de zelfstandige stoppen met werken om financiële steun te kunnen krijgen. Deze studie toont aan dat zelfstandigen dit niet verkiezen en dat dit het ondernemerschap mogelijk kan ondermijnen. Progressieve werkhervatting of behoud van werk door deeltijds werk met uitkering, zou hier uitkomst kunnen bieden. De periode van volledige arbeidsongeschiktheid zou overgeslagen moeten kunnen worden en een diagnose zou voldoende moeten zijn om in een dergelijk ondersteunend systeem te stappen. De administratieve stappen moeten zowel qua snelheid als qua criteria afgestemd worden op de leefwereld van zelfstandigen. We kunnen hierbij denken aan een one-stop shop in de vorm van een oplijsting waar niet alle informatie en links gebundeld worden maar ook wordt uitgelegd wanneer en waarom men daar terecht kan. Op die manier krijgt de zelfstandige een overzicht. .



De bereidheid om aan het werk te blijven heeft ook een keerzijde: de lagere *workability*. Door te blijven werken wordt de herstelperiode langer. Werk is wel een hefboom voor herstel, maar het gaat trager. Er is een risico op een weerslag op lange termijn. Dit kan worden opgevangen door behouden van de ondersteunende maatregelen tot bijvoorbeeld 1 jaar na genezing, zodat het risico op weerslag tot een minimum wordt herleid.

De huidige bestaande ondersteuning voor zelfstandigen, via de verzekeringsinstellingen en beroeps- of sectorvertegenwoordiging, wordt door zelfstandigen als ondermaats ervaren. Het aanbod is niet afgestemd op hun leefwereld en laat op veel vlakken te wensen over. Wachttijden voor hulp, onbegrip voor wie wil blijven doorwerken, uitblijven van beslissingen waardoor de planning misloopt, gebrek aan empathie: ervaringen die een kankerpatiënt er niet kan bijnemen. Real-time ondersteuning zoals oplossingen die gebruikt worden in het bankwezen (bijvoorbeeld besprekingen via app) zouden hier een interessante oplossing kunnen vormen.

Wanneer een zelfstandige arbeidsongeschikt wordt verklaard, krijgt hij forfaitaire bedragen uitgekeerd die niet zijn afgestemd op zijn inkomen. De levensstandaard kan hierdoor niet worden behouden. Zelfs wanneer men bereid is om de levensstandaard aan te passen aan de nieuwe realiteit, is een overgangperiode nodig. Op die manier kan financiële onzekerheid en stress worden vermeden. Onderzoek toont immers dat financiële onzekerheid een belangrijke voorspeller is van psychisch onwelbevinden, en dus een risico vormt voor secundaire psychische problemen zoals angst en depressie. Binnen het stelsel van loontrekkenden wordt wel gewerkt met proportionele bedragen. Als kanker geen onderscheid maakt tussen statuten, waarom doet het beleid dat dan wel?

Welke ondersteunende maatregelen ook worden opgenomen in het beleidskader: voor zelfstandigen moet het proces simpel, snel en efficiënt verlopen. Zo zou naast een overzicht van alle beschikbare kanalen, ook het sociaal secretariaat of misschien wel de boekhouder als eerste aanspreekpunt kunnen fungeren. Dergelijke partners kunnen adviseren over de uitkering, meedenken over vervanging en andere alternatieven om het hoofd boven water te houden. Sociale secretariaten en boekhouders kunnen dus ook een aanspreekpunt vormen voor psychosociale hulpverlening (zie ook boven). Psychosociale steun zou via deze kanalen onder dezelfde voorwaarden moeten kunnen gebeuren als binnen de zorg.

Binnen het Federale Actieplan Mentaal Welzijn werden een aantal projectoproepen gedaan naar zelfstandigen toe. Inzichten uit deze projecten kunnen de leerpunten uit dit onderzoek nog versterken.

Er moet echter snel gehandeld worden. De groep zelfstandigen met verhoogde kwetsbaarheid groeit vandaag het snelste, denk aan het flex-statuuat en alle afgeleiden ervan. De beperkte bescherming binnen dit statuut versterkt de risicofactoren waar zelfstandigen mee te maken hebben. Ziekte zou vandaag niet meer tot armoede mogen leiden. De Belgische overheid beschikt al over heel wat bouwblokken en kan hier al snel mee aan de slag, terwijl parallel de blinde vlekken intussen verder kunnen worden onderzocht.

Over de verschillende gehanteerde onderzoeksmethoden heen, reviews, bevraging en interview komen steeds dezelfde inzichten naar boven: een voorkeur voor doorwerken, indien arbeidsongeschikt zo snel mogelijk weer terug naar werk, lage *workability*, beperkte psychosociale draagkracht, niet noodzakelijk negatieve emoties, belang van het gevoel van controle en de noodzaak aan financiële zekerheid.

Met dit onderzoek kunnen we niet inzoomen op de drivers, noch causale verbanden aantonen. Om deze tekortkoming tegemoet te komen, hebben we een conceptueel model naar voren geschoven waarmee actief aan de slag kan gegaan worden.

Toekomstig onderzoek dient in de leefwereld van de zelfstandige te gebeuren en inspelen op bepaalde *milestones*, zoals de opstart of de kwartaalafsluiting. Zo kan men een bevraging structureel inbedden bij de start en het afsluiten van het boekhoudkundig jaar. Een ander voorstel is het opnemen van de interviews binnen huishoudens zoals deze door Sciensano worden gecoördineerd. Men zou hier een specifieke module rond zelfstandigen en chronische aandoeningen kunnen opnemen. Het uitbouwen van een kwantitatieve dataset bleek de grootste uitdaging in dit onderzoek. Verschillende aspecten lagen hieraan de grondslag, geheel buiten de controle van de onderzoekers. Vooraleer dit onderzoek kan verdergaan dient men een duidelijke definitie van onderzoek te definiëren met alle partners samen. Heel wat operationele partners hebben een andere blik op onderzoek dan de academische onderzoekers betrokken bij dit project. Verwachtingen dienen worden afgestemd. Data is

kennis. Kennis is macht. Er dient ingezet te worden op een systeem waar partners en providers *data-driven* worden. Hierbij kan gedacht worden aan incentives die partners en providers niet kunnen weerstaan. We denken hierbij aan onderzoeksincentives én fiscale incentives waarbij bepaalde targets worden vooropgesteld die een specifiek marktvoordeel geven. Zo kan men bv. denken aan providers op het werkveld de target op te leggen dat 70% van de dossiers arbeidsongeschiktheid moet leiden tot werkhervatting. Men kan ook denken aan providers die data rond arbeidsongeschiktheid kunnen delen - data rond arbeidsongeschiktheid, maar ook de drivers voor werkhervatting - een fiscaal voordeel te geven om op deze manier andere providers aan te moedigen ook een grondige datacaptatie te doen. Vandaag de dag blijven de beschikbare data immers hoofdzakelijk beschrijvend en kunnen geen causale verbanden worden getrokken. Deze causale verbanden zijn noodzakelijk om verdere inzichten hoe werkhervatting kan gefaciliteerd worden, bloot te leggen. Een kwantitatieve bevraging met voldoende power is immers belangrijk om in te zetten op verdere datakoppeling met andere databronnen zoals bijvoorbeeld het kankerregister. Er wordt in deze context aan herinnerd dat een koppeling aan databanken een van de doelstellingen was binnen dit onderzoek. Deze koppeling bleek niet mogelijk binnen het kader van dit onderzoek, doch biedt het mogelijke toekomstpistes voor verder onderzoek.

## **Epiloog: Kunnen de voorliggende resultaten geëxtrapoleerd worden naar chronische aandoeningen bij zelfstandigen?**

*Betrokken auteurs: Sophie Hochrath & Elke Van Hoof*

De eerdere hoofdstukken geven een goed beeld van de beleving van kanker bij zelfstandigen. En dan rijst de vraag of we deze resultaten ook kunnen uitbreiden naar andere chronische aandoeningen waar zelfstandigen mee geconfronteerd worden. Hiertoe werden enkele interviews afgenomen met experts<sup>17</sup>. Daarnaast werd een feedbackgesprek gehouden met de vertegenwoordigersorganisaties. Hoewel het positief is dat er de voorbije jaren veel aandacht is gegaan naar het hervormen van re-integratietrajecten voor werknemers, zijn zelfstandigen op hun honger blijven zitten. Gelet op de financiële en psychosociale gevolgen in de nasleep van de pandemie is nu het ideale moment om deze doelgroep de hand te reiken, en niet in het minst zelfstandigen die aan een chronische aandoening lijden. Gezondheid is immers geen statisch gegeven; de ene dag gaat beter dan de andere, en ook daar zijn variaties in – zelfs als er geen sprake is van aanslepende pathologieën. Daarbij komt ook nog eens kijken dat er een taboe heerst over chronische (en dan vooral psychische) aandoeningen. Om tegemoet te komen aan deze fluctuaties én om tegemoet te komen aan de realiteit van de zelfstandige, is meer flexibiliteit belangrijk.

De huidige arbeidswetgeving dateert van kort na de Tweede Wereldoorlog. In de jaren '90 is er weliswaar een aanpassing geweest, maar werk is sindsdien, en zeker in het laatste decennium op alle gebieden veranderd. Waar we in België, en bij uitbreiding in West-Europa, veel meer naar een kenniseconomie, dienstverlening en intellectueel werk zijn doorgeschoven, om nog maar te zwijgen van hybride werken en de mix van statuten in organisaties en sectoren, zoals de deeleconomie.

Op basis van die wetgeving is onder andere de controlerende en adviserende rol van de arbeidsarts ingericht. Deze is echter niet voor iedereen toegankelijk. Binnen de huidige wetgeving komen bijvoorbeeld lang niet alle werknemers op regelmatige basis in contact met een arbeidsgeneesheer – denk maar aan administratieve werknemers. Zelfstandigen zonder personeel vallen daarbij al helemaal uit de boot. Indien ze personeel hebben, staan ze wel in

---

<sup>17</sup> Eén expert die een overzicht had van het beleid alsook regelmatig contact had met sociale partners en vertegenwoordigers; een expert-GTB; expert-arbeidsarts met ervaring met zelfstandigen; expert vertegenwoordigers alsook de vertegenwoordigers van zelfstandigen (onze operationele partners).

contact met een controleorgaan, en kunnen ze via die weg – indirect - hun problemen aankaarten. Ongeacht de aard van het contract, het statuut of de aard van het werk – iedereen kan met een chronische aandoening geconfronteerd worden. Er zou dus ondersteuning moeten komen voor elke volwassene die actief is op de arbeidsmarkt ongeacht het statuut.

Het is belangrijk om die veranderende realiteit te omarmen, en de confrontatie niet uit de weg te gaan. Het is evenzeer nodig om te kijken naar de specifieke noden van de persoon in kwestie, en die in een vertrouwde omgeving bespreekbaar te maken. Zo is er op dit moment weinig flexibiliteit in functie van de wisselende gezondheidstoestand – zelfs bij deeltijdse werkhervatting is er geen ruimte om af te wijken van wat in een nieuwe overeenkomst werd gegoten, aangezien er streng op gecontroleerd wordt – met de nodige sancties en boetes tot gevolg. Het gebrek aan flexibiliteit uit zich ook in de administratieve afhandeling.

Eén van de andere grote uitdagingen is dan ook het financiële luik. Een zelfstandige is minder beschermd tegen uitval door (langdurige) ziekte dan een werknemer. Ook naar de uitvoering van de dagelijkse activiteiten, zeker bij eenmanszaken – een dag niet gewerkt is een dag zonder inkomsten, maar om het recht op uitkeringen te behouden mag er -op de minimale bedrijfsvoering na- niet gewerkt worden. Dat creëert een spanningsveld, dat ook bijdraagt tot een toegenomen stressniveau. De kloof tussen de forfaitaire bedragen en de inkomsten uit reguliere activiteit is groot – dat maakt dat zelfstandigen soms voor hun beurt opnieuw aan de slag gaan. Daarbij dienen we uiteraard ook te vermelden dat zelfstandigen op een andere manier bijdragen aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Een totaalbenadering dringt zich uiteraard op.

Werkhervatting wordt vanuit de curatieve sector ook nog niet systematisch opgenomen in het “reguliere traject” van de behandeling. Arbeidsongeschiktheid wordt daarbij vanuit een beperkende mindset bekeken; wat is niet meer mogelijk, in plaats van wat wél kan. De huidige aanpak is reactief, en er wordt pas ingezet op werkhervatting aan het eind van het hersteltraject, terwijl dit er net een wezenlijk onderdeel van kan zijn. Ook wordt er te weinig vanuit de specifieke situatie gekeken – bij de ziekenfondsen gaan er alarmbellen af als iemand meerdere maanden een uitkering ontvangt, en wordt er enkel gekeken naar de gevraagde capaciteit op de arbeidsmarkt, zonder daarbij stil te staan bij de eigenschappen van de persoon in kwestie of de specifieke werkcontext waarbinnen de zelfstandige functioneert.

Werk moet voor voldoening zorgen en bij zelfstandigen dient de bedrijfscontinuïteit steeds mee in afweging genomen te worden, en die sensibilisering moet worden voortgezet.

Daarnaast zijn er nog tal van uitdagingen die arbeidsongeschiktheid en daaropvolgende werkhervatting bij zelfstandigen tegenwerken, niet in het minst de informatieverstrekking. Er is geen eenduidige richtlijn, wat verwarring veroorzaakt. Een eerste uitdaging is om te weten waar een zelfstandige met een chronische aandoening recht op heeft – de arbeidsongeschiktheidsverzekering is in België te weinig gekend. Bijkomend is de procedure rigide, complex en streng opgevat; als er iets niet klopt in de procedure wordt er gesanctioneerd, of minder uitgekeerd.

Het spanningsveld tussen behandelende en controlerende artsen zorgt ook niet voor een gedragen plan van aanpak. De onduidelijkheid sijpelt ook door naar andere instanties; vragen komen bij de verkeerde organisaties terecht. Nochtans zijn de sociale partners en ziekenfondsen vaak het eerste aanspreekpunt. In hun wettelijke verplichtingen staat namelijk opgenomen dat ze zelfstandigen moeten informeren en begeleiden in het dagelijks beheer en het uitoefenen van hun rechten als zelfstandige. Daarnaast is het ook belangrijk om enkel relevante informatie te verstrekken, zodat de persoon in kwestie niet overstelpt wordt met een toestroom aan informatie waar de nuttige informatie nog uitgefilterd moet worden.

Wanneer vragen worden gesteld, gaat het om concrete gevallen, waarbij er vragen zijn over het sociaal statuut, arbeidsongeschiktheid, maar ook moederschapsrust en dergelijke meer. De toepassing van de wetgeving wordt dan weer behandeld door het RIZIV – en dan vooral het luik rond de juridische aspecten en de wetgeving rond arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Dat zijn vaak technische antwoorden waarbij een aantal zaken nagekeken moeten worden.

Aanvullend ligt veel van de verantwoordelijkheid bij de zelfstandige; van daaruit moet er geïnitieerd en opgevolgd worden. Dat maakt dat het als een bijkomende belasting wordt ervaren. Het vereenvoudigen van de administratie heeft als mogelijk gevolg dat er te veel gestandaardiseerd wordt, en er geen ruimte is om de nuances voor het specifieke geval in kaart te brengen. Het lijkt aangewezen om op korte termijn in te zetten op betere begeleiding, zodat de complexiteit dient als verrijking voor het viseren van zoveel mogelijk verschillende situaties en belangen.

Er moet dringend werk gemaakt worden van een vereenvoudiging van de processen. Het moet mogelijk zijn om gegevensstromen die binnen gescheiden systemen circuleren samen

te brengen. Maar als er informatieoverdracht zou zijn tussen de verschillende diensten en instanties, rijst de vraag hoe het zit met de privacy-wetgeving. In essentie wordt er dan bij een arbeidsongeschiktheid een signaal gegeven aan een resem partijen dat een zelfstandige met medische problemen kampt. Anderzijds laat het wel toe om persoonsgerichter te communiceren over beschikbare resources en voorstellen op maat, zoals het tijdelijk stopzetten van de bijdragen aan sociale zekerheid.

Het is bovendien bijzonder moeilijk om de doelgroep te bereiken – het is noodzakelijk om daar een goede structuur voor op te zetten. Een mogelijke piste is om zelfstandigen via de eerstelijns ondersteuning te bereiken; huisartsen, kinesisten, maar ook in algemene ziekenhuizen. Een andere optie is om dit via de bankier, boekhouder, middenstandsorganisaties, sociale secretariaten, ... aan te kaarten – zij vangen vaak onbedoeld de eerste signalen op van medische/ psychosociale problemen bij zelfstandigen, maar daarin speelt het ethische en juridische aspect een rol zoals eerder aangehaald, versterkt door het feit dat niet iedereen te koop loopt met zijn of haar medische toestand. Algemeen kunnen we stellen dat zelfstandigen bedrijfscontinuïteit laten primeren over gezondheid. Met andere woorden, zolang er een bedrijfsactiviteit kan blijven uitgevoerd worden, wordt gewoon verder gewerkt. Wat dat betreft lijkt het systeemdenken een beter theoretisch kader. In het systeemdenken kijken we naar het laten draaien van het systeem, eerder dan te focussen op klachten. Het huidige beleid is geënt op dysfunctioneren op basis van klachten. Aangezien de zelfstandige, niet evalueert op basis van klachten maar op basis van bedrijfscontinuïteit, dient de eigenheid van de zelfstandige opgenomen te worden in de ondersteuning en/of opvolging tijdens ziekte.

Het is belangrijker om het huidige beleid naar de toekomst toe op duurzame wijze uit te denken, eerder dan snelle acties te implementeren die op korte termijn winst voor één partij opleveren, maar op middellange termijn tot waardevernietiging voor meerdere betrokken partijen leiden. Zo ziet men al te vaak een politieke keuze die op korte termijn een kiezersvoordeel dient op te leveren, dan de keuze voor een structurele hervorming van het ondersteuningsbeleid voor zelfstandigen. Anderzijds ziet men vaak de onderhandeling over de budgetaire implicaties tov een duurzame impact. Daarvoor is structureel overleg met alle stakeholders noodzakelijk om elk deelthema (financieel, flexibiliteit, administratie en emotioneel welzijn) duurzaam te verankeren in een beleid specifiek voor zelfstandigen.

Op basis van de diepte-interviews met experten en vertegenwoordigers van zelfstandigen, kunnen we afleiden dat de kernboodschappen die naar boven kwamen in het onderzoek naar zelfstandigen geconfronteerd met kanker, gelijklopen met de beleving van zelfstandigen met andere chronische aandoeningen.



## **Referentielijsten per hoofdstuk**

## **Referentielijst Inleiding**

Cancer and Work Network (CANWON) (2013). Retrieved on 19/11/2021 from <https://www.cost.eu/cost-action/cancer-and-work-network-canwon/>

Eurostat (2019). Annual Activity Report 2018. *European Commission*.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, J., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, D., & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), 359-386.

Fondeville, N., Ozdemir, E., Lelkes, O., & Ward, T. (2015) *Recent changes in self-employment and entrepreneurship across the EU*. European Commission.

OECD (2022), *Self-employment rate (indicator)*. doi: 10.1787/fb58715e-en (Accessed on 15 June 2022)

Ritchie, H., & Roser, M. (2019). Causes of Death. *Our World in Data*.

Ryan, B. (2014). Nearly Three in 10 Workers Worldwide are Self-Employed. *Gallup*.

Sociale Zekerheid Zelfstandige Ondernemers (RSVZ) (2021). Basisstatistieken en detailtabellen zelfstandigen. Retrieved from <https://websta.rsvz-inasti.fgov.be/nl> on 19/11/2021

Statistical Office of the European Communities. (2022). *Eurostat, Employment by sex, age and professional status [lfsa\_egaps]*. Luxembourg: Eurostat.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Van Hoof, E. (2015). Hoe beleven personen met een statuut van de zelfstandigen de herinschakeling na kanker. *Stichting tegen Kanker*.

### **Referentielijst Hoofdstuk 1**

Arndt, V., Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Pritskuleit, R., Waldeyer-Sauerland, M., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Doege, D., Thong, M. S. Y., & Brenner, H. (2019). Return to work after cancer. A multi-regional population-based study from Germany. *Acta Oncologica*, 58

Atkinson, L. Z., & Cipriani, A. (2018). How to carry out a literature search for a systematic review: a practical guide. *BJPsych Advances*, 24(2), 74-82.

Bennett, D., Kearney, T., Donnelly, D. W., & Downing, A. (2018). Factors influencing job loss and early retirement in working men with prostate cancer – findings from the population based Life After Prostate Cancer Diagnosis (LAPCD) study. *Journal of Cancer Survivorship*, 12(5).

Crawford, J. O., Davis, A., Sleuwenhoek, A., Dixon, K., McElvenny, D., Munir, F., McDermott, H., & Donaldson-Feilder, E. (2017). Occupational safety and health considerations of returning to work after cancer. *Institution of Occupational Safety and Health*.

Geeraerts, M., Corten, L. C. S., van Det, M., Luyer, M., Nieuwenhuijzen, G., Vermeer, M., Ruurda, J., van Hillegersberg, R., & Kouwenhoven, E. (2019). Insights in work rehabilitation after minimally invasive esophagectomy. *Surgical Endoscopy*

Ha-Vinh, P., Régnard, P., Huiart, L., Sauze, L., & Eisinger, F. (2015). Self-employed and small business owners diagnosed with cancer: effect on entrepreneurial survival. *Sante Publique*, 27, S145–S154.

Lauzier, S., Maunsell, E., Drolet, M., Coyle, D., Hebert-Croteau, N., Brisson, J., ... Robert, J. (2008). Wage losses in the year after breast cancer: extent and determinants among Canadian women. *Journal of the National Cancer Institute*, *100*(5), 321–332. <https://doi.org/10.1093/jnci/djn028>

Marino, P., Sagaon, T. L., Laetitia, M., & Le Corroller-Soriano, A. (2013). Sex Differences in the Return-to-Work Process of Cancer Survivors 2 Years After Diagnosis: Results From a Large French Population-Based Sample. *Journal of Clinical Oncology*, *31*(10)

Nakamura, K., Masuyama, H., Nishida, T., Haraga, J., Ida, N., Saijo, M., ... Hiramatsu, Y. (2016). Return to work after cancer treatment of gynecologic cancer in Japan. *BMC Cancer*, *16*, 558. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2627-0>

Paalman, C. H., van Leeuwen, F. E., Aaronson, N. K., de Boer, A. G. E. M., van de Poll-Franse, L., Oldenburg, H. S. A., & Schaapveld, M. (2016). Employment and social benefits up to 10 years after breast cancer diagnosis: a population-based study. *British Journal of Cancer*, *114*(1), 81–87. <https://doi.org/10.1038/bjc.2015.431>

Paltrinieri, S., Fugazzaro, S., Bertozzi, L., Bassi, M. C., Pellegrini, M., Vicentini, M., Mazzini, E., & Costi, S. (2018). Return to Work in European Cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer*, *26*(9), 2983-2994.

Pearce, A., Timmons, A., O’Sullivan, E., Gallagher, P., Gooberman-Hill, R., Thomas, A. A. Iforque, ... Sharp, L. (2015). Long-term workforce participation patterns following head and neck cancer. *Journal of Cancer Survivorship : Research and Practice*, *9*(1), 30–39. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0382-2>

Sharp, L., & Timmons, A. (2010). The financial impact of a cancer diagnosis. *National Cancer Registry Ireland*

Sharp, L., & Timmons, A. (2011). Social welfare and legal constraints associated with work among breast and prostate cancer survivors: Experiences from Ireland. *Journal of Cancer*

*Survivorship*, 5(4), 382–394. <https://doi.org/10.1007/s11764-011-0183-9>

Sharp, L., Torp, S., Van Hoof, E., & de Boer, A. G. E. M. (2017). Cancer and its impact on work among the self-employed: a need to bridge the knowledge gap. *European Journal of Cancer Care*, (in press). <https://doi.org/10.1111/ecc.12746>

Tiedtke, C., Donceel, P., Knops, L., Désiron, H., Dierckx de Casterlé, B., & de Rijk, A. (2011). Supporting Return-To-Work in the Face of Legislation: Stakeholders' Experiences with Return-to-Work After Breast Cancer in Belgium. *Journal of occupational rehabilitation*, 22, 241-251

Tikka, C., Verbeek, J., Tamminga, S., Leensen, M. C., & De Boer, A. G. (2017). Rehabilitation and return to work after cancer: literature review. *European Risk Observatory*

Tison, A., Sagaon-Teyssier, L., Sansonetti, C., Blatier, J.-F., Paraponaris, A., Aparicio, T., ... Verger, P. (2016). Transitions in the labor market after cancer: a comparison of self-employed workers and salaried staff. *Supportive Care in Cancer*, 24(12), 4879–4886. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3343-7>

Torp, S., Gudbergsson, S. B., Dahl, A. a, Fosså, S. D., & Fløtten, T. (2011). Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6 Suppl), 33–42. <https://doi.org/10.1177/1403494810395827>

Torp, S., Nielsen, R. A., Gudbergsson, S. B., & Dahl, A. A. (2012). Worksite adjustments and work ability among employed cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 20(9), 2149–2156. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1325-3>

Torp, S., Nielsen, R. A., Fosså, S. D., Gudbergsson, S. B., & Dahl, A. A. (2013). Change in employment status of 5-year cancer survivors. *European Journal of Public Health*, 23(1), 116–122. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr192>

Torp, S., Syse, J., Paraponaris, A., & Gudbergsson, S. S. (2016). Return to work among self-

employed cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 1–12.  
<https://doi.org/10.1007/s11764-016-0578-8>

Torp, S., Paraponaris, A., Hoof, E. V., Lindbohm, M. L., Tamminga, S. J., Alleaume, C., Gavin, A. T., Campenhout, N. V., De Boer, A. G. E. M., & Sharp, L. (2018). 796 Return to work among self-employed cancer survivors: a european comparative study. *10.1136/oemed-2018-ICOHabstracts.1486*

Torp, S., Paraponaris, A., Van Hoof, E., Lindbohm, M. L., Tamminga, S. J., Alleaume, C., Van Campenhout, N., Sharp, L., & de Boer, A. (2019a). Work-Related Outcomes in Self-Employed Cancer Survivors: A European Multi-country Study. *Journal of occupational rehabilitation*, 29(2), 361–374. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9792-8>

Torp, S., Brusletto, B., Withbro, T., Nygaard, B., & Sharp, L. (2019b). Work Experiences During and After Treatment Among Self-Employed People with Cancer. *Journal of occupational rehabilitation*, 1-10.

Torp, S., Brusletto, B., Nygaard, B., Withbro, T. B., & Sharp, L. (2021). Supporting Self-Employed Cancer Survivors to Continue Working: Experiences of Social Welfare Counsellors and Survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 4164.

Norredam, M., Meara, E., Landrum, M. B., Huskamp, H. A., & Keating, N. L. (2009). Financial status, employment, and insurance among older cancer survivors. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 438–445. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1034-5>

Van Hoof, E. (2015). Hoe beleven personen met een statuut van de zelfstandigen de herinschakeling na kanker. *Stichting tegen Kanker*.

Van Maarschalkerweerd, P. E. A., Schaapveld, M., Paalman, C. H., & Aaronson, N. (2019). Changes in employment status, barriers to, and facilitators of (return to) work in breast cancer survivors 5-10 years after diagnosis. *Disability and Rehabilitation*, 42(21), 1-7

Van Muijen, P., Weevers, N. L. E. C., Snels, I. A. K., Duijts, S. F. A., Bruinvels, D. J., Schellart, A. J. M., & van der Beek, A. J. (2013). Predictors of return to work and employment in cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 22(2), 144–160. <https://doi.org/10.1111/ecc.12033>

Villaverde, R. M., Batlle, J. F., Villalba Yllan, A., Gordo, A. M. J., Sánchez, A. R., Valiente, V. S. J., & Baron, M. G. (2008). Employment in a cohort of breast cancer patients. *Occupational Medicine*, 58(7), 509–511. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn092>

## **Referentielijst Hoofdstuk 2**

Belin, A., Dupont, C., Oulès, L., Kuipers, Y., & Fries-Tersch, E. (2016). Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes. *European Agency for Safety and Health at Work*.

FOD Economie (2021a). Zelfstandigen in België. Retrieved on 19/11/2021 on <https://economie.fgov.be/nl/themas/ondernemingen/kmos-en-zelfstandigen-cijfers/zelfstandigen-belgie>

FOD Economie (2021b). Vennootschapsvormen in België. Retrieved on 19/11/2021 on <https://economie.fgov.be/nl/themas/ondernemingen/een-onderneming-oprichten/belangrijkste-stappen-om-een/de-vennootschapsvormen>

Liantis (2021). Gewaarborgd inkomen: verzekering voor zelfstandigen bij ziekte of ongeval. Retrieved on 19/11/2021 from <https://www.liantis.be/nl/ik-ben-zelfstandige/verzekering/gewaarborgd-inkomen>

### **Referentielijst Hoofdstuk 3**

Ahles, T. A., Root, J. C., & Ryan, E. L. (2012). Cancer- and cancer treatment-associated cognitive change: An update on the state of the science. In *Journal of Clinical Oncology* (Vol. 30, Issue 30, pp. 3675–3686). American Society of Clinical Oncology. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.43.0116>

Arfi, A., Baffert, S., Soilly, A. L., Huchon, C., Reyal, F., Asselain, B., Neffati, S., Rouzier, R., & Héquet, D. (2018). Determinants of return at work of breast cancer patients: Results from the OPTISOINS01 French prospective study. *BMJ Open*, 8(5), 20276. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020276>

Aumayr-Pintar, C., Cerf, C., Gaughan, S., & Torres-Revenga, Y. (2018). Annual Review of Working life 2017. *Eurofound*.

Belin, A., Dupont, C., Oulès, L., Kuipers, Y., & Fries-Tersch, E. (2016). Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes. *European Agency for Safety and Health at Work*.

Ben-Galim D and Silim A (2013) The sandwich generation: Older women balancing work and care. *Institute for Public Policy Research*.

Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments*. Cham (CH): Palgrave Pivot.

Beuker, L., Naedenoen, F., & Pichault, F. (2017) *I-WIRE Independent Workers and Industrial Relations in Europe: Belgian Country Case Study*. [https://www.i-wire.eu/wp-content/uploads/2018/04/i-wire\\_final-report.pdf](https://www.i-wire.eu/wp-content/uploads/2018/04/i-wire_final-report.pdf).

Cancelliere, C., Donovan, J., Stockkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: Best



evidence synthesis of systematic reviews. In *Chiropractic and Manual Therapies* (Vol. 24, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z>

Cocchiara, R. A., Sciarra, I., D'Egidio, V., Sestili, C., Mancino, M., Backhaus, I., Mannocci, A., De Luca, A., Frusone, F., Di Bella, O., Di Murro, F., Palmeri, V., Lia, L., Paradiso, G., Aceti, V., Libia, A., Monti, M., & La Torre, G. (2018). Returning to work after breast cancer: A systematic review of reviews. *Work (Reading, Mass.)*, *61*(3), 463–476. <https://doi.org/10.3233/WOR-182810>

Curtin, S., Galvin, R., & Robinson, K. (2019). The relationship between cancer survivors' well-being and participation in work, activities of daily living and social engagement: Findings from the European Social Survey (2014). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1695932>

De Boer, A. G. E. M., Taskila, T. K., Tamminga, S. J., Feuerstein, M., Frings-Dresen, M. H. W., & Verbeek, J. H. (2015). Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Issue 7). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007569.pub3>

den Bakker, C. M., Anema, J. R., Zaman, A. G. N. M., de Vet, H. C. W., Sharp, L., Angenete, E., Allaix, M. E., Otten, R. H. J., Huirne, J. A. F., Bonjer, H. J., de Boer, A. G. E. M., & Schaafsma, F. G. (2018). Prognostic factors for return to work and work disability among colorectal cancer survivors; A systematic review. *PLOS ONE*, *13*(8), e0200720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200720>

Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of occupational rehabilitation*, *29*(4), 679–700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>

Farre, A., & Rapley, T. (2017). The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare*, *5*(4), 88.

- Fong, C, Rana, Y., Xiangli, C., Jia-Rung, W., Beatrice, L., Kanako, I., & Jing, K. (2019). The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability and Health as a Framework for Rehabilitation Assessment. *Assessment in Rehabilitation and Mental Health Counseling*. DOI: 10.1891/9780826162434.0002
- Frazier, L. D. (2020). The past, present, and future of the biopsychosocial model: A review of *the biopsychosocial Model of Health and Disease: New philosophical and scientific developments* by Derek Bolton and Grant Gillet. *New Ideas in Psychology*, 57.
- Gigantesco, A., & Lega, I. (2013). Occupational stress and mental health. *Epidemiologia e prevenzione*, 37(1), 67-73
- Goorts, K. (2020). Screening for the risk for long-term sickness absence. Development & validation of a questionnaire to support re-integration. Dissertation presented in partial fulfilment for the degree of Doctor in 'Biomedical Science'. KULeuven.
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M., & Corbière, M. (2018). Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach. In *Journal of Occupational Rehabilitation* (Vol. 28, Issue 2, pp. 215–231). Springer New York LLC. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H., & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational Environmental Medicine*, 0, 1-10.
- Hoefsmit, N., Houkes, I., & Nijhuis, F. (2014). Environmental and personal factors that support early return-to-work: A qualitative study using the ICF as a framework. *Work*, 48(2), 203-215

- Islam, T., Dahlui, M., Majid, H. A., Nahar, A. M., Taib, N. A. M., & Su, T. T. (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health, 3*(3).
- Lange, M., Joly, F., Vardy, J., Ahles, T., Dubois, M., Tron, L., Winocur, G., De Ruiter, M. B., & Castel, H. (2019). Cancer-related cognitive impairment: an update on state of the art, detection, and management strategies in cancer survivors. *Annals of oncology, 30*(12), 1925-1940.
- Lee, S. H., Patel, P. C., & Phan, P. H. (2020). Are the self-employed more stressed? New evidence on an old question. *Journal of Small Business Management, 1*–27. <https://doi.org/10.1080/00472778.2020.1796467>
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Van Tulder, M., & Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation, 15*(4), 507–524. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8031-2>
- Mehnert, A. (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical reviews in Oncology/Hematology, 77*(2), 109-30.
- Mehnert, A., de Boer, A., & Feuerstein, M. (2013). Employment challenges for cancer survivors. *Cancer, 119 Suppl 11*, 2151–2159. <https://doi.org/10.1002/cncr.28067>
- Mehnert, A., & Koch, U. (2013). Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation - a prospective study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 39*(1), 76–87. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3291>
- Oh, P. J. (2017). Predictors of cognitive decline in people with cancer undergoing chemotherapy. In *European Journal of Oncology Nursing* (Vol. 27, pp. 53–59). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.12.007>

Parkinson, M. & Maheu, C. (2019). Cancer and Work. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 29(4), 258-266.

Porro, B., Michel, A., Zinzindohoué, C., Bertrand, P., Monrigal, E., Trentini, F., Baussard, L., & Cousson-Gélie, F. (2019). Quality of life, fatigue and changes therein as predictors of return to work during breast cancer treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 467–477. <https://doi.org/10.1111/scs.12646>

Riedl, D., Giesinger, J. M., Wintner, L. M., Loth, F. L., Rumpold, G., Greil, R., Nickels, A., Licht, T., & Holzner, B. (2017). Improvement of quality of life and psychological distress after inpatient cancer rehabilitation: Results of a longitudinal observational study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(19–20), 692–701. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1266-z>

Ruiz-Casado, A., Álvarez-Bustos, A., de Pedro, C. G., Méndez-Otero, M., & Romero-Elías, M. (2021). Cancer-related Fatigue in Breast Cancer Survivors: A Review. *Clinical Breast Cancer*, 21(1), 10-25.

Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M., & Gatchel, R. J. (2007). Models of Return to Work for Musculoskeletal Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 327-352.

Spasova, S., Bouget, D., Ghailani, D., & Vanhercke, B. (2017). Access to social protection for people working on non-standard contracts and as self-employed in Europe. *European Commission*.

Tamminga, S. J., Coenen, P., Paalman, C., de Boer, A. G. E. M., Aaronson, N. K., Oldenburg, H. S. A., van Leeuwen, F. E., van der Beek, A. J., Duijts, S. F. A., & Schaapveld, M. (2019). Factors associated with an adverse work outcome in breast cancer survivors 5–10 years after diagnosis: a cross-sectional study. *Journal of Cancer Survivorship*, 13(1), 108–116. <https://doi.org/10.1007/s11764-018-0731-7>

Torp, S., Syse, J., Paraponaris, A., & Gudbergsson, S. S. (2017). Return to work among self-

employed cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 1–12.  
<https://doi.org/10.1007/s11764-016-0578-8>

Torp, S., Paraponaris, A., Hoof, E. V., Lindbohm, M. L., Tamminga, S. J., Alleaume, C., Gavin, A. T., Campenhout, N. V., De Boer, A. G. E. M., & Sharp, L. (2018). *796 Return to work among self-employed cancer survivors: a european comparative study*.  
*10.1136/oemed-2018-ICOHabstracts.1486*

Torp, S., Paraponaris, A., Van Hoof, E., Lindbohm, M. L., Tamminga, S. J., Alleaume, C., Van Campenhout, N., Sharp, L., & de Boer, A. (2019a). Work-Related Outcomes in Self-Employed Cancer Survivors: A European Multi-country Study. *Journal of occupational rehabilitation*, 29(2), 361–374. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9792-8>

Torp, S., Paraponaris, A., Hoof, E. V., Lindbohm, M. L., Tamminga, S. J., Alleaume, C., Gavin, A. T., Campenhout, N. V., De Boer, A. G. E. M., & Sharp, L. (2018). *796 Return to work among self-employed cancer survivors: a european comparative study*.  
*10.1136/oemed-2018-ICOHabstracts.1486*

University of Alabama at Birmingham (UAB) (2021). Reviews: from systematic to narrative: narrative review. Retrieved on 26/11/2021 from  
<https://guides.library.uab.edu/c.php?g=63689&p=409774>

Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*, 329(7479), 1398-1401

Wade, D. T., & Halligan, P.W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Rehabilitation in theory*, 31(8).

Weis, J. & Horneber, M. (2014). Cancer Related Fatigue. *Springer Tarporley Heidelberh New York Dordrecht London*.

Yi, J. C., & Syrjala, K. L. (2017). Anxiety and Depression in Cancer Survivors. In *Medical Clinics*  
125

*of North America* (Vol. 101, Issue 6, pp. 1099–1113). W.B. Saunders.  
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.005>