

Werkhervatting na een langdurige
afwezigheid
Retour au travail après une absence de
longue durée

[HUT/P/MS-BB/PSY15/2]

Samenvatting van het
onderzoeksrapport
25 mei 2012



Santé au Travail et Education pour la Santé (STES)
Université de Liège
Pr. Philippe Mairiaux
Nathalie Schippers



Unité de droit social
Université de Liège
Pr. Fabienne Kéfer
Sabine Cornélis

Afdeling Arbeids-, Milieu-, en Verzekeringsgeneeskunde
Katholieke Universiteit Leuven
Pr. Peter Donceel
Pierre-René Somville



INHOUDSTAFEL

Inleiding	3
1. Achtergrond van het project	3
2. Doelstellingen van het project	3
3. Definities en begrippen	4
Hoofdstuk 1 - Inventaris van de reglementering	6
Hoofdstuk II - Literatuuronderzoek: belemmerende en faciliterende factoren voor de terugkeer naar het werk	6
Hoofdstuk III – De rol van de verschillende actoren	9
Hoofdstuk IV - Inventaris van de bestaande praktijken in de bedrijfswereld mbt de terugkeer naar het werk	11
Hoofdstuk V – Synthese van de voornaamste onderzoeksresultaten	12
1. Analyse van de wetenschappelijke literatuur	12
2. De tijdsdimensie van langdurige ongeschiktheid en haar gevolgen	13
3. Invloed van de wetgeving op de terugkeer naar werk.....	13
4. Goede praktijken in de bedrijfswereld.....	14
5. Financiële stimuli voor de terugkeer naar werk	15
Hoofdstuk VI - Aanbevelingen	15
1. Principe n°1 : Professionele re-integratie op de agenda plaatsen van bedrijven en de IDPBW en EDPBW	16
A. Kennis van de bestaande instrumenten bevorderen	16
B. De bestaande maatregelen beter toepassen	16
C. De re-integratieprocedure van langdurig ongeschikte werknemers herzien	17
D. Een gestructureerd beleid ontwikkelen voor de terugkeer naar werk	18
2. Principe n°2: Samenwerking tussen verschillende beleidsdomeinen mbt de uitwerking van « individuele re-integratietrajecten »	19
A. Synergie tussen het « Back to work » plan van de uitkeringsverzekering (RIZIV) en projecten en initiatieven van de FOD WASO	19
B. Procedures ontwikkelen voor de begeleiding van de individuele werknemer	20
C. Concepten en begrippen verduidelijken	21
D. De vrijwillige herstelinspanning van de werknemer ondersteunen, financiële en juridische zekerheid bieden aan de werknemer die terugkeert naar het werk	21
3. Principe n°3 : Wetgevende initiatieven om de knelpunten op te lossen	22
A. Toepassen van de beginselen van de wet van 2006 in de arbeidsongevallenwet	22
B. Naar een nieuw artikel 34 inzake de arbeidsovereenkomsten?	22
C. Coördinatieprocedures instellen tussen de (verschillende) wetgevingen	23
D. Informatiebrochures van de federale overheid voor werknemers	23
E. Uitkeringsvallen wegwerken	23
F. Stimuli voor bedrijven die inspanningen doen voor een actief re-integratiebeleid	24

Inleiding

1. Achtergrond van het project

Werknemers die geconfronteerd worden met gezondheidsproblemen omwille van ziekte, ongeval of beroepsgebonden overbelasting lopen per definitie een groter risico om hun job te verliezen. Als zij zich niet kunnen handhaven op de arbeidsmarkt heeft dat belangrijke gevolgen, zowel op persoonlijk als op maatschappelijk vlak.

Verlies van werk leidt doorgaans tot één van volgende situaties: het statuut van arbeidsongeschikte in de ziekteverzekering, het statuut van werkzoekende (RVA) en tenslotte het statuut van vroegtijdig rustpensioen (eventueel via het stelsel van brugpensioen). Ook op maatschappelijk vlak heeft de langdurige opschorting of de beëindiging van het arbeidscontract verschillende consequenties: verlies van competentie voor de onderneming en voor de maatschappij in het algemeen, vermindering of wegvallen van sociale zekerheidsbijdragen, en ten slotte het betalen van een vervangingsinkomen aan de verzekerde. Vanuit financieel oogpunt leidt dit dus tot belangrijke kosten die op termijn en a fortiori binnen de huidige demografische context, met een daling van de instroom op de arbeidsmarkt en een stijging van de gepensioneerden, het budgettaire evenwicht van de sociale zekerheid in gevaar kunnen brengen.

Langdurige afwezigheden op het werk zijn vaak de eerste stap in een proces dat uiteindelijk leidt tot invaliditeit of tot werkloosheid. Een Europese peiling naar de arbeidsvoorwaarden die uitgevoerd werd in 2005 toont aan dat bij een werkonderbreking van 3 tot 6 maand de kans op terugkeer naar het werk met de helft vermindert. Daarenboven kan de afwezigheid voor de betrokkene ernstige gevolgen hebben: inkomensverlies, toenemende gezondheidsproblemen, sociaal isolement, en vaak ook een voortijdige en ongewenste uittrede uit de arbeidsmarkt met alle psychische gevolgen vandien. Op dit ogenblik bestaat er consensus op politiek en wetenschappelijk vlak dat men de re-integratie van werknemers na een langdurige ongeschiktheid actiever moet bevorderen. Het is in dit kader dat de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg voorliggend project heeft opgestart.

2. Doelstellingen van het project

Het doel van dit onderzoek bestond erin een analyse te maken van de maatregelen van de verschillende instanties die betrokken zijn bij de re-integratie van de werknemers na langdurige afwezigheid op het werk en die tot doel hebben om de schade te beperken voor de werknemer en hem/haar de kans te geven zich terug in de werkomgeving te integreren op de beste mogelijk manier voor hem-/haarzelf, maar ook voor de werkgever en de ganse werkomgeving. Het onderzoek spitst zich toe op werknemers die nog steeds een arbeidsovereenkomst hebben

en die afwezig zijn wegens een (beroeps-)ziekte, psychische of psychologische aandoeningen, arbeidsongevallen,...

Naast de vigerende wetgeving en reglementering werden ook de rol van de verschillende actoren en bestaande goede praktijken opgenomen in het onderzoek.

Vanuit deze algemene doelstelling vermeldde het lastenboek van de FOD Werkgelegenheid vier specifieke taken:

1. Een inventaris van de in België geldende reglementering en van de definities van de verschillende gebruikte termen (ongeschiktheid, langdurige afwezigheid,);
2. De definitie van de rol van de verschillende actoren (publiek en privaat), van de instellingen (federale en regionale) en van de procedures die worden gevolgd in functie van het statuut, van het soort contract (arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd, tijdelijke uitzendkracht, ..), van de arbeidsvoorwaarden (telewerk, ...), van de sector, van het geslacht, van de oorzaak van afwezigheid, ...;
3. Een inventaris van de huidige goede praktijken, van nieuwe initiatieven, van ervaringen, van pilootprojecten en van goede praktijken in België en in andere Europese landen;
4. Een reflectie (terminologie, invloed van de oorzaak van het absenteïsme, analyse van eventuele discrepanties tussen de voorschriften en de praktijk, ...) over deze eerste drie punten met de klemtoon op de factoren die de terugkeer naar het werk verhinderen of net bevorderen. Dit laatste deel moest eveneens uitmonden in aanbevelingen.

3. Definities en begrippen

Vooreerst is het van belang de bevordering van de terugkeer naar het werk van langdurig afwezige werknemers te situeren in een breder kader, namelijk dat van het behoud van tewerkstelling. Het is inderdaad van belang de verschillende mogelijke acties goed te onderscheiden en te situeren.

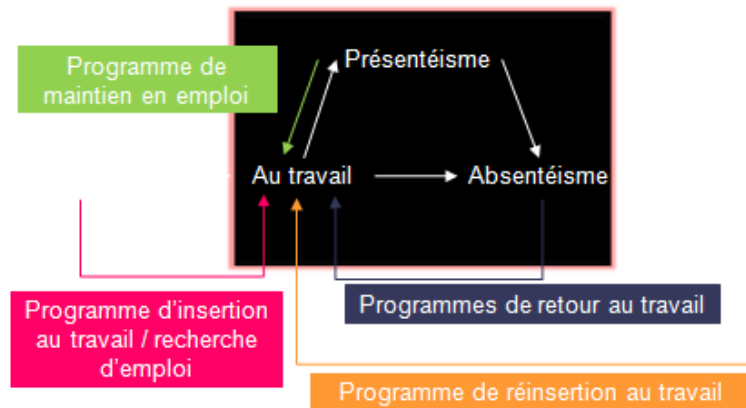
Zoals wordt geïllustreerd in figuur 1 onderscheidt de internationale literatuur doorgaans drie concepten:

- Programma's die gericht zijn op behoud van werk:

Deze programma's en maatregelen zijn erop gericht om de tewerkstelling te behouden, hetgeen kan omschreven worden als een vorm van primaire preventie.

In de praktijk gaat het om het voorkomen van beroepsgebonden overbelasting door het verbeteren van de kwaliteit van de arbeidsvoorwaarden zowel op fysisch als op psychosociaal niveau. Hier hebben ergonomische interventies die de arbeidsparticipatie ondersteunen een belangrijke rol.

Een tweede aspect van de programma's die gericht zijn op het behoud van werk betreft de vroegtijdige opsporing van werknemers die het risico lopen op arbeidsongeschiktheid. Het gaat erom, vooral in het kader van een periodiek gezondheidstoezicht, die werknemers te identificeren die door hun gezondheidstoestand moeilijkheden ondervinden bij het uitoefenen van hun taken en die herhaalde afwezigheden van korte duur beginnen te vertonen. Deze methode van opsporen hoort thuis in de sfeer van de secundaire preventie en kan gebruik maken van instrumenten zoals de Work Ability Index (WAI).



(d'après MJ Durand 2010)

- Programma's van terugkeer naar het werk:

Deze programma's en maatregelen richten zich op de werknemers die het werk voor langere periode onderbreken en die het risico lopen dat ze hun arbeidscontract verliezen en terecht komen in de werkloosheid of de invaliditeit. Deze studie heeft specifiek betrekking op interventies die de bestaande arbeidsrelatie herstellen.

- Programma's van re-integratie in het werk:

Hier gaat het om maatregelen die zich richten tot werknemers van wie het arbeidscontract beëindigd is en die al naargelang het geval terechtkomen in de werkloosheid of de invaliditeit. Hier kunnen interventies de vorm aannemen van begeleiding bij het zoeken naar een nieuwe tewerkstelling of van programma's van arbeidsrevalidatie die gericht zijn op het verwerven van nieuwe vak- of beroepsbekwaamheden. Dit soort maatregelen past op zich niet binnen dit onderzoek maar werden dikwijls spontaan ter sprake gebracht door deelnemers die bevroegd werden tijdens dit onderzoek. Dit is niet zo verrassend omdat eenzelfde interventie zowel nuttig kan zijn voor een werknemer die nog een arbeidscontract heeft als voor de werknemer die zijn job heeft verloren.

Hoofdstuk 1 - Inventaris van de reglementering

Deze inventaris werd opgesteld door de afdeling sociaal recht van de Universiteit van Luik (Ulg, Prof. F. Kéfer, Mevr. S. Cornelis). In de relevante wetgeving werden de specifieke regels geanalyseerd met betrekking tot behoud van werk, terugkeer naar het werk of de onderbreking van het arbeidscontract. De wetten die het voorwerp zijn van deze analyse zijn de volgende:

1. De Gecoördineerde wet van 3 juni 1970 betreffende de preventie van beroepsziektes en de vergoeding van de schade die uit die ziektes voortvloeit
2. De Wet van 10 april 1971 betreffende de arbeidsongevallen
3. De Wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten
4. Het Koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering
5. Het Besluit van de regering van de Duitstalige Gemeenschap van 26 april 1994 ter bevordering van de tewerkstelling personen met een handicap op de vrije arbeidsmarkt
6. De Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
7. De Wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk
8. Het Decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 4 maart 1999 betreffende de sociale en professionele integratie van personen met een handicap
9. De Richtlijn 2000/78/CE van de Raad van 27 november 2000 tot instelling van een algemeen kader ten voordele van gelijke behandeling in arbeid en beroep.
10. Het Koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het toezicht op de gezondheid van de werknemers
11. De Wet van 13 juli 2006 houdende diverse voorschriften op gebied van beroepsziektes, arbeidsongevallen en re-integratie
12. De Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie.
13. Het Besluit van de Waalse regering van 29 november 2007 strekkende tot bevordering van gelijke kansen van personen met een handicap op de arbeidsmarkt
14. Het Besluit van de Vlaamse regering van 18 juli 2008 betreffende de integratie van mensen met een handicap in de werkomgeving

De resultaten van deze analyse vormen het eerste hoofdstuk van het onderzoeksrapport.

Hoofdstuk II - Literatuuronderzoek: belemmerende en faciliterende factoren voor de terugkeer naar het werk

Een systematisch overzicht van de wetenschappelijke literatuur over de determinanten van ziekteverzuim werd gerealiseerd in de bibliografische databank van MEDLINE, weliswaar beperkt tot Engelstalige publicaties van de laatste 10 jaar. Bij de definitie van het begrip 'ziekteverzuim' werd gebruik gemaakt van de volgende zoektermen: 'sick leave, disability, return-to-work, work rehabilitation', en bij de beschrijving van zijn determinanten kwamen volgende zoektermen voor: 'predictors, facilitators, barriers, obstacles'. Een derde reeks zoektermen werd gebruikt om de preventie maatregelen te vinden: 'prevention, intervention, communication, workplace, stakeholders, collaboration'.

De belangrijkste factoren die geïdentificeerd werden als belemmerend of vertragend voor de terugkeer naar het werk zijn samengevat in Tabel 1. De bevorderende factoren worden niet beschreven in de mate dat ze het spiegelbeeld vormen van de voorgaande factoren (bijvoorbeeld: geslacht mannelijk versus vrouwelijk, goede versus slechte relaties op de werkplek).

Zo blijkt vooreerst dat in de beginfase van de ongeschiktheid vooral de ernst van het probleem, de intensiteit van de pijn en van de functionele stoornis een rem vormen op de terugkeer naar het werk. In een acute fase is een adequate medische behandeling derhalve essentieel voor de preventie van langdurige arbeidsongeschiktheid en zij moet dus prioriteit krijgen. Naarmate de tijd vordert, zijn de economische situatie van de werknemer en van de onderneming en de aard en het niveau van de voorgestelde (financiële) vergoeding eveneens een remmende dan wel een bevorderende factor voor de hervatting van het werk. Hier is dus een preventiebeleid vereist op niveau van sociale wetgeving en reglementering.

Een hogere leeftijd, het bestaan van antecedenten van arbeidsongeschiktheid en van negatieve verwachtingen met betrekking tot de genezing en tot de terugkeer naar het werk, en een slechte professionele psychosociale context vormen belemmerende factoren voor de re-integratie. Dit geldt voor alle pathologie.

Bij lage rugpijn blijkt de aanwezigheid van angst-vermijdingsgedrag op het werk zowel als in het privéleven een bepalende hinderpaal voor de terugkeer naar het werk. Zo suggereren de resultaten van dit overzicht dat er werknemers zijn met een hoger risico, maar eveneens dat sommige karakteristieken mogelijk voor wijziging vatbaar zijn. Daardoor zal hier de preventie zowel betrekking hebben op de individuele behandeling van bepaalde psychosociale kenmerken, als op collectieve maatregelen die gericht zijn op het verbeteren van de arbeidsomstandigheden.

Dit overzicht heeft ook de inhoud bestudeerd van diverse interventie-strategieën die een positieve impact hebben aangetoond op de terugkeer naar het werk (Tabel 2). Zo bestaat er consensus over de noodzaak aan participerende interventies met ergonomische aanpassingen op de werkplaats. Er werd ook aangetoond, weliswaar minder duidelijk, dat deze maatregelen ook gunstige effecten kunnen hebben bij oudere werknemers met psychosociale risicofactoren. Deze vaststelling pleit voor een vroegtijdige opsporing van deze werknemers door de tussenkomst van de adviserend geneesheren of van de bedrijfsartsen.

Tabel 1: Factoren die de terugkeer naar het werk belemmeren of vertragen

Factoren	Gezondheidsprobleem	Auteurs
Individuele demografische		
Hoge leeftijd	Alle behalve psychische stoornissen	[Beemsterboer et al., 2009 ; Dekkers et al., 2009 ; Detaille et al., 2009 ; Steenstra et al., 2005 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004].
Vrouwelijk geslacht	Alle	[Beemsterboer et al., 2009 ; Detaille et al., 2009 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004]
Vrouwelijk geslacht	Musculo-skeletaal	Heymans et al. 2009 ; Steenstra et al., 2005]
Vrouwelijk geslacht	Stress	[Blank et al. 2008]
Mannelijk geslacht	Depressie	[Blank et al. 2008]
Verbonden aan de algemene gezondheidstoestand		
Pijn en belang van het functioneel symptoom	hoofdzakelijk Musculo-skeletaal	[Dekkers et al. 2009 ; Detaille et al., 2009 ; Heymans et al. 2009 ; Melloh et al. 2009 ; Hansson et al., 2006 ; Steenstra et al. 2005]
Ernst van het probleem	Geestelijke gezondheid, kankers, chronische ziektes	[Detaille et al., 2009 ; Peters et al. 2007 ; Spelten et al. 2002]
Koppeling van een slechte geestelijke gezondheid aan spier-skelet stoornissen		[Dekkers et al.,2009 ; Melloh et al., 2009 ; Werner et Côté, 2009 ; Lloyd et al., 2008]
Antecedenten van (arbeids-) ongeschiktheid	Musculo-skeletaal	[Borg et al., 2004]
Psychosociale		
Negatieve verwachtingen betreffende het genezingsproces	Alle	[Werner et Côté, 2009 ; Iles et al., 2008 ; Kapoor et al., 2006]
Verkeerde voorstellingen, angstvermijdingsgedrag m.b.t. de pijn	Lage rugpijn	[Heymans et al., 2009 ; Melloh et al., 2009 ; Werner et Côté, 2009 ; Iles et al., 2008 ; Kapoor et al., 2006 ; Pincus et al., 2002]
Angstgevoel en somatisering	Mentale gezondheid	[Brouwers et al., 2009]
Stress en neigingen tot somatisering	Musculo-skeletaal	[Pincus et al., 2002]
Gebrek aan sociale steun	Alle	[Melloh et al., 2009 ; Steenstra et al., 2005]
Professionele context		
Zware fysieke bezigheid	Alle	[Detaille et al., 2009 ; Peters et al., 2007 ; Steenstra et al., 2005 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 ; Werner et côté, 2004 ; Spelten et al., 2002]
Ontevredenheid op het werk, gebrek aan controle, aan steun, slechte relaties met de collega's	Alle	Beemsterboer et al., 2009 ; Dekkers et al., 2009 ; Heymans et al., 2009 ; Duijts et al., 2007 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 ; Werner et côté, 2004 ; Spelten et al. 2002]
Reacties door angstvermijdingsgedrag verbonden aan werksituaties	Lage rugpijn	[Melloh et al. 2009]
Verwachtingen over de geschiktheid tot werkhervatting/ zich niet welkom voelen bij terugkeer op het werk	Alle	[Ekbaladh et al., 2010 ; Dekkers et al., 2009 ; Melloh et al., 2009]
Economische context		
Schadeloosstellingssysteem of 'te' gunstige verzekering	Alle	[Blank et al., 2008 ; Hansson et al., 2006 ; Steenstra et al., 2005 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 ; Werner et côté, 2004]
Werkzekerheid	Alle	[Hansson et al., 2006]

Tabel 2: Interventiestrategieën die de terugkeer naar het werk bevorderen (*)

Geïdentificeerde factoren	Auteurs
Vroegtijdige raadpleging, in het begin van de arbeidsongeschiktheid, door de arbeidsgeneesheer op basis van selectiecriteria in vastgelegd formulier	Kant et al. [2008]
Koppeling aan de klinische opsporing van het slepend karakter van de ziekte; beroepsriteria herkend als "blauwe vlaggen"	Shaw et al. [2009]
Interventies met ergonomische aanpassingen in de werkomgeving	[Caroll et al. 2010 ; Anema et al., 2004]
Interventies van participerende aard, met inschakeling van referentiepersonen	[Shaw et al., 2008 ; Werner et al., 2007]
Goede communicatie tussen arbeidsgeneesheren, werkgever, het verzekeringssysteem en de werknemers zelf	[Briant et al., 2008 ; Loisel et al., 2005 ; Mortelmans et al., 2006 ; Pransky et al., 2004 ; Anema et al. 2002]
Erkenning van het medische situatie door de onderneming en het verzekeringssysteem	[Mairiaux 2011]
Interventies met als doelgroep de arbeiders ouder dan 44 jaar, die een voorgeschiedenis vertoont van arbeidsongeschiktheid in het afgelopen jaar en ongunstige psychosociale factoren (ontevredenheid, uitsluiting, zwakke zelfstandigheid, ongunstige socio-economische context)	[Stapelfeldt et al., 2011 ; Heitz et al., 2009 ; Steenstra et al., 2009]

(*)(de beschreven interventies betreffen hoofdzakelijk lage rugpijn)

Hoofdstuk III – De rol van de verschillende actoren

De rol van de verschillende actoren wordt vanzelfsprekend in grote mate bepaald door het specifieke wettelijk kader waarin de betrokkene zijn/haar opdracht uitvoert. De onderzoeksgroep wilde een zicht krijgen op de concrete aanpak in de praktijk. Met dit doel heeft de onderzoeksgroep 22 diepte-interviews gevoerd (zie tabel 3) met ervaren actoren uit de diverse betrokken sectoren. De interviews duurden ongeveer één tot anderhalf uur. Als de deelnemers akkoord waren werd het gesprek opgenomen en vervolgens volledig uitgeschreven. De deelnemers waren hoofdzakelijk artsen en juristen, alsook een arbeidsconsulent, een arbeidspychologe, een ergonomoom en een verpleegster.

Tabel 3 : Overzicht van de interviews bij de personen die een rol spelen in de terugkeer naar het werk

	Plan-ning	Gecontac-teerd	Gereali-seerd	Geïnterviewde personen
Raadsgeneesheren	2 FR 2 NL	4	4	Etienne Laurent (FR) (MC) Jean-Philippe Vaiser (FR) (UNML) Christophe Van den Bremt (NL) (UNML) Philiep Berkein (NL) (Socmut)
Arbeids-geneesheren	2 FR 2 NL	4	4	Florence Laigle (FR) (SPMT) Edelhart Kempeneers (NL) (Arista) Katrien Mortelmans (NL) (Groep IDEWE) Patrick Libouton (FR) (Securex)
Geneesheren-RVA	1 FR 1 NL	0	0	
VDAB FOREM		1	1	Wendy Ranschaert (NL) (VDAB)
Revalidatiecentrum Universiteit Gent	1 NL	1	1	Katrien Vermeulen (NL)
ActDesiron	1 NL	1	1	Huget Desiron (NL)
Wetsverzekeraars	3	5	3	Patrick Michel (FR) (Assurances Fédérales) Danielle Polspoel (FR) (AXA) Paul Martin (FR) (Ethias)
Fonds voor Arbeidsongevallen	1	0	0	
Fonds voor de beroepsziekten	1	1		
Assuralia	1	1		→ Danielle Polspoel (Axa)
Sociale secretariaten	1 FR 1 NL	2	2	Rony Baert (FR) (Partena) Frédéric Mignolet (FR) (UCM)
FEB-VBO	1 FR 1NL	4	2	Chris De Meester (NL) (VBO – FEB) Catherine Vermeersch (FR) (VBO-FEB)
Syndicale organisaties	2 FR 2 NL	4	3	Jilali Laaouej (FR) (FGTB) Paul Palsterman (FR/NL) (ACV-CSC) Stefaan Peirsman (NL) (ACV)
AWIPH		1	0	
		1	1	Viviane De Boey (NL) (Securex, Volvo Cars Gent)
TOTAAL	26 (11NL)	29	22 (10 NL)	

Iedere geïnterviewde persoon werd uitgenodigd om een beschrijving te geven van de belemmeringen die ze vaststellen bij de uitvoering van hun opdrachten en van eventuele beperkingen en problemen in de wetgeving en reglementering waarmee zij geconfronteerd worden. Er werd hen ook gevraagd om suggesties tot verbetering te formuleren en hun desiderata aan te geven in verband met de verdere ontwikkeling van het wetgevend kader.

Het referentiekader dat gekozen werd voor de analyse van de interviews is het model van Loisel et al. (2005). Het gaat om een bio-psychosociale benadering die de arbeidsongeschiktheid beschouwt als een complexe interactie tussen enerzijds de persoon en anderzijds de gehele sociale omgeving (zorgaanbod, werkomgeving, wetgeving en verzekering) (zie figuur hieronder). Het model van Loisel et al. (2005) is een reactie op het biomedisch ongeschiktheidsmodel dat de ziekte en de medische problemen als oorzaak van de ongeschiktheid beschouwt. Deze directe causale redenering is niet volledig juist. De verlenging van de ongeschiktheid is niet zozeer gerelateerd aan de medische situatie. Andere factoren zoals persoonsgebonden kenmerken (angsten, gevoel van onbekwaamheid, ...), organisatorische factoren (stress, werkrelaties, ...) en administratieve factoren (vergoeding, ...) spelen hier een belangrijke rol. De langdurige ongeschiktheid is dus bij uitstek een multifactorieel fenomeen.

De synthese van de 22 interviews vormt hoofdstuk III van het onderzoeksrapport.

Hoofdstuk IV - Inventaris van de bestaande praktijken in de bedrijfswereld m.b.t. de terugkeer naar het werk

Om te komen tot een zo volledig mogelijke inventaris van de in België lopende initiatieven in ontwikkeling of nog in project heeft de onderzoeksgroep drie pistes gevolgd:

- De geïnterviewde actoren werden ook bevraagd over dit onderwerp (zie hoofdstuk 3); drie van de geïnterviewde personen gaven een beschrijving van de projecten of gestructureerde initiatieven: zij worden hierna kort beschreven onder punt 2. De andere deelnemers hebben vaak maatregelen vermeld van meer punctuele aard en gericht op individuele gevallen.
- Samen met twee wetenschappelijke verenigingen (SSST en VWVA) werd via e-mail een enquête uitgevoerd bij de bedrijfsartsen van de twee gemeenschappen. Eerder onverwacht leverde deze peiling slechts een zeer beperkt aantal reacties op. Dit kan op twee manieren worden geïnterpreteerd: ofwel ligt het aantal concrete initiatieven in dit domein effectief zeer laag; ofwel worden deze initiatieven binnen het bedrijf geleid door de HR-directie zonder dat de bedrijfsarts hierbij wordt betrokken.
- Er werd een onderzoek uitgevoerd bij HR verantwoordelijken van bedrijven, meer concreet bij de verantwoordelijken voor het beleid op vlak van de terugkeer naar het werk en de preventie van langdurige ongeschiktheid. Dit onderzoek betrof een aantal KMO's van gemiddelde grootte (100 tot 200 werknemers) in zowel het Vlaamse als in het Waalse gewest. HR verantwoordelijken van in totaal 38 KMO's hebben meegewerkt.

De resultaten van deze inventaris van de goede praktijken vormen het vierde hoofdstuk van het onderzoeksrapport.

Hoofdstuk V – Synthese van de voornaamste onderzoeksresultaten

De onderzoeksgroep probeert in dit deel de gegevens van de vier eerste hoofdstukken van het onderzoeksrapport met betrekking tot de professionele re-integratie te synthetiseren.

1. Analyse van de wetenschappelijke literatuur

Een eerste analyse heeft betrekking op de huidige wetenschappelijke evidentie (hoofdstuk II), getoetst aan het multidimensionaal model van Loisel over de factoren die de terugkeer naar het werk beïnvloeden.

Bij het lezen van tabel 1 kan de lezer vaststellen dat de meeste van de in de wetenschappelijke literatuur geïdentificeerde factoren individuele eigenschappen zijn van de arbeidsongeschikte werknemer, die weinig vatbaar zijn voor preventieve maatregelen van de overheid. Veel van de geciteerde factoren zijn ofwel niet voor preventie vatbaar zoals de leeftijd of het geslacht, ofwel factoren van medische aard (pijn, medische antecedenten) ofwel psychosociale factoren zoals de neiging tot somatisering, verkeerde opvattingen over mogelijke risico's van inspanningen en bewegingen. Mogelijke invalshoeken voor interventies zijn een adequate pijnbehandeling, een goed functionerende arts-patiënt relatie en correcte informatieverstrekking aan het publiek over de gezondheidsrisico's van musculo-skeletale problemen. Dergelijke preventieve acties behoren evenwel tot het domein van de FOD Waso maar ressorteren onder de FOD Volksgezondheid en de sector van de geneeskundige verzorging.

De literatuur is bijzonder consistent over de impact van de werkomgeving op de terugkeer naar het werk. Het gaat dan om factoren zoals de werksfeer, de kwaliteit van de relaties met collega's en met de leidinggevende of, meer globaal, het niveau van jobsatisfactie. Er zijn sterke argumenten om de kwaliteit van het werk op dit vlak te verbeteren in het kader van de primaire preventie, conform aan de wetgeving betreffende het welzijn op het werk van 1996. De arbeidsbelasting van fysiek zware beroepen biedt een potentiële tweede piste van interventie: het gaat hier niet alleen of niet zozeer om het wijzigen van de fysieke belasting zelf maar om het mogelijk maken van tijdelijk aangepast werk zodat de werknemer de kans krijgt om geleidelijk het werk hervatten.

Tabel 1 illustreert dat de literatuur coherent is over de impact van het vergoedings- of verzekeringssysteem: als de vergoeding financieel (te) interessant is, vormt ze duidelijk een rem op de terugkeer naar het werk.

In het algemeen kan het verbaasd zijn dat bepaalde onderdelen van het biopsychosociaal model van Loisel weinig aan bod komen in de literatuur, in het bijzonder de invloed van de organisatie van het gezondheidssysteem. De reden daarvan is relatief gemakkelijk te begrijpen. Er bestaat een zeer grote heterogeniteit tussen landen en verzekeringssystemen, wat sluitend

wetenschappelijk onderzoek erg bemoeilijkt. Er zijn wel vergelijkende studies tussen landen, maar de interpretatie van de vastgestelde verschillen wordt bemoeilijkt omdat steeds ook andere factoren meespelen, bv. van culturele aard.

2. De tijdsdimensie van langdurige ongeschiktheid en haar gevolgen

Een tweede reflectie heeft betrekking op de factor tijd die inherent is aan een afwezigheid van lange duur en die een invloed heeft op preventieve maatregelen.

Zoals in herinnering werd gebracht ter gelegenheid van de ronde tafel georganiseerd door de FOD Waso op 29 maart 2011 betreffende de terugkeer naar het werk na langdurige afwezigheid, hebben de studies van de Europese stichting van Dublin aangetoond dat het risico op verbreking van de arbeidsrelatie evenredig is met de duur van de afwezigheid van het werk. Alleen al deze vaststelling pleit voor een vroegtijdige interventie. Maar zoals ook ter sprake kwam op de genoemde ronde tafel, zijn de internationale experts het er bovendien over eens dat naar mate de afwezigheid langer duurt de oorzaak van deze afwezigheid steeds minder verband heeft met de initiële medische diagnose. Een langdurige arbeidsongeschiktheid vormt met andere woorden een specifieke probleemsituatie waarbij psychologische en sociale factoren in toenemende mate de overhand nemen. De louter medische benadering volstaat dan niet meer. In het domein van de lage rugpijn bestaat er bijzonder stevig wetenschappelijk bewijs (Loisel et al. 1997; Anema et al. 2007; Van Oostrom et al. 2009) dat aantoont dat een vroegtijdige interventie, vanaf de vierde of zesde week van het verzuim, de duur van de afwezigheid op betekenisvolle manier verkort en een snellere terugkeer naar het werk bevordert. Het gaat in deze Canadese en Nederlandse studies om multidisciplinaire maatregelen met inbegrip van de werkomgeving. Momenteel worden soortgelijke studies uitgevoerd om deze aanpak, het zogenaamde 'Sherbrooke model', verder uit te testen en na te gaan of dit model ook nuttig is bij langdurige werkonbekwaamheid door mentale gezondheidsproblemen zoals depressie, angstsyndroom of adaptiesyndroom.

We kunnen dus besluiten dat interventies ter voorkoming van langdurige ongeschiktheid steeds rekening moeten houden met het tijdslement en tijdig moeten opgestart worden om chroniciteit te voorkomen.

3. Invloed van de wetgeving op de terugkeer naar werk

Een derde denkpiste betreft de Belgische wetgeving en de impact daarvan op de terugkeer naar het werk.

Zowel de inventaris van de wetgeving Prof. Kéfer van de Unité de Droit Social van de Universiteit van Luik (Hoofdstuk I) als de talrijke gesprekken met de actoren van het systeem (Hoofdstuk III) tonen aan dat België over een uitgebreide maar tevens bijzonder complexe sociale wetgeving beschikt. Het huidig onderzoek werd beperkt tot de situatie van de werknemers in de private sector die nog over een arbeidscontract beschikken en dus is de

situatie van de werknemers van de publieke sector en van de zelfstandigen niet behandeld. Al de ondervraagde deelnemers wijzen op de complexiteit van de wetgeving en geven toe dat ze, ondanks hun kennis en hun persoonlijke ervaring niet steeds volledig op de hoogte zijn van al de verschillende reglementeringen. Het is dus niet verwonderlijk dat de meeste respondenten van oordeel zijn dat de gebruikers van het systeem, de arbeidsongeschikte werknemers, het dikwijls erg moeilijk hebben om hun juridische situatie correct te beoordelen en om de implicaties van een hersteltraject in te schatten. Men is het eens dat er onvoldoende informatie beschikbaar is en het dikwijls moeilijk is om de gevolgen van een specifiek re-integratietraject voor de werknemer op voorhand in te schatten. Het werd dan ook bijzonder beklemtoond dat het nodig is om aan de werknemer die een re-integratie traject aanvaardt voldoende rechtszekerheid en financiële zekerheid te bieden.

Het is essentieel dat de werknemer de garantie krijgt dat er geen negatieve gevolgen zullen zijn voor zijn sociale situatie van een eventuele mislukking van zijn inspanning tot re-integratie, of het nu een werkhervatting in het vorige dan wel in een nieuw bedrijf betreft.

Het uitgevoerde onderzoek toont aan dat het een heel belangrijke uitdaging is om duidelijke informatie ter verstrekken over de verschillende reglementeringen aan de gebruikers, zowel de werknemers, als de artsen die tussenkomen in verschillende stadia van het proces, behandelende artsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

4. Goede praktijken in de bedrijfswereld

Het onderzoek naar goede praktijken in de bedrijven, beschreven in hoofdstuk IV van het onderzoeksrapport, toont aan dat er nog veel ruimte voor verbetering is binnen onze ondernemingen.

Er zijn een zeker aantal erg positieve voorbeelden van goed gestructureerde initiatieven om de terugkeer naar het werk te bevorderen, vooral in grotere ondernemingen (meer dan 1000 personen). Maar in het merendeel van de ondernemingen en in het bijzonder in het geval van de middelgrote ondernemingen is de situatie verre van verheugend. De enquête die werd uitgevoerd bij de HR-verantwoordelijken in KMO's met 100 tot 200 werknemers toont aan dat bijna geen enkele onderneming op dit ogenblik een gesystematiseerde procedure hanteert om de terugkeer naar het werk te bevorderen, ook al beweert een grote meerderheid onder hen hiervoor belangstelling te hebben. Er blijkt een groot gebrek aan kennis van de bestaande reglementering, zoals bijvoorbeeld over het medisch onderzoek voorafgaand aan de hervatting of over het opstellen van een maandelijks lijst van langdurig afwezige werknemers. Dit gebrek aan kennis gaat uiteraard ook gepaard met een erg beperkt gebruik van deze maatregelen.

Het enige echt positief element dat uit dit punt naar voor komt is de interesse van veel ondernemingen om hun beleid aan te passen en de bereidheid om samen te werken met hun preventiedienst.

5. Financiële stimuli voor de terugkeer naar werk

Een laatste denkpiste handelt over de financiële ondersteuning van terug-naar-werk trajecten.

Zoals vermeld in punt 1 tonen wetenschappelijke studies de invloed aan van het verzekeringssysteem op de graad en snelheid van de terugkeer naar werk. De interviews met experts van het systeem bevestigen het belang van deze factor, en dit in het bijzonder voor de specifieke Belgische situatie.

Meerdere betrokkenen hebben inderdaad beklemtoond dat het Belgisch systeem weinig of geen stimuli bevat die de werkgever aansporen om een werknemer met gezondheidsproblemen te re-integreren in het werk. Het is namelijk zo dat de directe financiële last voor de werkgever alleen de periode van het gewaarborgd inkomen betreft en dit is in ons land beperkt tot één maand. Volgens onze gesprekspartners is dit een opmerkelijk verschil in vergelijking met de duur van het gewaarborgd inkomen of andere financiële verplichtingen van werkgevers in sommige buurlanden. Bij gebrek aan financiële stimuli wordt het zelfs voor een gemotiveerde werkgever, moeilijk om significante inspanningen te doen voor aangepaste arbeid of voor een re-integratie bevorderende werkorganisatie.

Overigens bestaan er ook "uitkeringsvallen": in bepaalde situaties, bijvoorbeeld sommige gevallen van gedeeltelijke werkhervatting, ontvangt de verzekerde die deeltijds werkt eenzelfde of soms zelfs een lichtjes hogere vergoeding dan wanneer hij voltijds werkt. Ook hier moeten inspanningen gedaan worden om het systeem bij te sturen.

Hoofdstuk VI - Aanbevelingen

Om te antwoorden op de vraag van de FOD Waso stelt de onderzoeksgroep een reeks concrete aanbevelingen voor om de terugkeer naar het werk te verbeteren, om een aantal barrières te verminderen, om de reglementering beter te coördineren en om een herstelgericht beleid te voeren. Deze aanbevelingen zijn opgebouwd rond drie uitgangspunten:

- Het behoud van werk en de re-integratie op de agenda plaatsen van de bedrijfswereld en van de IDPBW en EDPBW;
- Samenwerking tussen de verschillende beleidsdomeinen bij de uitbouw van "individuele re-integratietrajecten";
- De politieke impulsen geven die nodig zijn om de knelpunten in het systeem op te lossen.

Voor elk van deze drie principes beschrijft het rapport een aantal concrete voorstellen en waar nodig wordt gerefereerd aan de onderzoeksgegevens waarop de voorstellen gebaseerd zijn.

1. Principe n°1 : Professionele re-integratie op de agenda plaatsen van bedrijven en de IDPBW en EDPBW

Als de maatschappij de noodzaak erkent dat werknemers best aan het werk blijven, ook als ze te kampen hebben met gezondheidsproblemen of leeftijdsgebonden beperkingen, moet zij een reeks concrete maatregelen nemen om deze doelstelling te bereiken. Wij doen vier concrete voorstellen.

A. Kennis van de bestaande instrumenten bevorderen

De wetgeving bevat een reeks instrumenten en maatregelen die - direct of indirect - van groot nut zijn om de terugkeer naar het werk na een afwezigheid van lange duur te bevorderen: de mogelijkheid van contact met de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid via het zogenaamde "bezoek voorafgaand aan de werkhervatting", het onderzoek bij de werkhervatting, deeltijdse werkhervatting met toelating van de verzekeringsarts en ten slotte het overmaken aan de bedrijfsarts van de lijst met de werknemers die sinds minstens 4 weken afwezig zijn. Dit laatste biedt aan de medische dienst de mogelijkheid om initiatieven te nemen ten behoeve van langdurig afwezige werknemers en het bevat eveneens een kans tot dialoog tussen de dienst HR en de dienst voor preventie en bescherming op het werk. Zoals voorliggend rapport heeft aangetoond zijn deze verschillende instrumenten weinig, voor sommigen zelfs geheel niet bekend en worden ze doorgaans heel weinig toegepast, hetgeen minstens ten dele uit onbekendheid voortvloeit. Deze vaststelling verrast des te meer omdat een aantal van deze bepalingen al relatief oud zijn. De regeling van gedeeltelijke werkhervatting is meestal goed gekend door de behandelende geneesheer en natuurlijk door de verzekeringsarts, maar de concrete implementatie botst vaak op communicatieproblemen, administratieve inertie, terughoudendheid vanwege de werkgevers en soms op interpretatiemoeilijkheden.

Op basis van onze bevindingen, lijkt het dus verstandig een brede sensibilisatiecampagne te lanceren die gericht is tot de werkgevers, de sociale secretariaten en de HR directies. Ook betrokken zijn de vakbonden, de diensten voor preventie en bescherming op het werk, de verzekeringsartsen en, in de mate van het mogelijke, de behandelende geneesheren.

B. De bestaande maatregelen beter toepassen

Wanneer de bestaande instrumenten beter zullen gekend zijn door hun potentiële gebruikers, zal het ook van belang zijn een reeks maatregelen te nemen die de effectieve toepassing ervan bevorderen. De onderzoeksgroep stelt in het bijzonder volgende maatregelen voor:

- **Vereenvoudigen en faciliteren van de procedure die leidt tot het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting.** Is het werkelijk nodig om een administratief traject te behouden dat verplicht tot een mededeling per brief aan de werkgever? Dit kan een barrière zijn voor de werknemer. Kan men niet overwegen dat de werkgever a

posteriori wordt geïnformeerd, bijvoorbeeld in het kader van het jaarverslag van de activiteiten van de preventiedienst? Daarbij moet men echter opmerken dat het gebruik van het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting vanuit het standpunt van de werknemer en van de behandelende geneesheer, eveneens afhankelijk is van de mate waarin zij vertrouwen stellen in de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer. De perceptie van onafhankelijkheid en van de neutraliteit van deze laatste is dus essentieel.

- **Openstellen van de procedure van bezoek voorafgaand aan de hervatting voor de verzekeringsarts en voor de behandelende geneesheer van de werknemer.** Dit voorstel werd al vermeld in het besluit van het project van de FOD Waso, dat gewijd is aan de samenwerking tussen behandelende geneesheren, arbeidsgeneesheren en raadsgeneesheren. Een dergelijke maatregel zou het effectief gebruik van het bezoek voor de werkhervatting bevorderen en tegelijk een directe communicatie met de arbeidsgeneesheer aanmoedigen om zo de terugkeer naar het werk in de beste omstandigheden voor te bereiden.
- **Een regeling treffen betreffende de kosten van het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting:** er zijn blijkbaar een aantal diensten die de uitgevoerde bezoeken voor werkhervatting aanrekenen bovenop de basisbijdrage van de werkgever. Als dit het geval is, vormt deze facturering noodzakelijkerwijze voor de kleinere werkgevers van KMO's of van zeer kleine ondernemingen een concreet financieel obstakel dat men zou moeten wegnemen. De FOD Waso zou richtlijnen kunnen uitvaardigen voor de financiële aanrekening. Op termijn zou men ook een financiering kunnen overwegen in het kader van de ziekteverzekering, in het bijzonder wanneer het bezoek voorgeschreven werd door de behandelend geneesheer of door de verzekeringsarts.
- **Valoriseren van de activiteiten van de diensten voor preventie en bescherming op het gebied van re-integratie:** deze activiteiten zouden een integraal deel moeten uitmaken van het kwaliteitssysteem van de diensten en een gedetailleerd verslag zou verplicht moeten deel uitmaken van hun jaarlijks activiteitenrapport.

C. De re-integratieprocedure van langdurig ongeschikte werknemers herzien

Zowel de inventaris van de reglementering (Hoofdstuk I) als de gesprekken (Hoofdstuk III) met de betrokken actoren tonen aan dat de reglementering die is uitgewerkt in het Koninklijk Besluit betreffende het gezondheidstoezicht (mei 2003) op kritiek stuit en leidt tot uiteenlopende interpretaties.

De onderzoeksgroep stelt voor dat de juridische dienst van de FOD Waso deze bepalingen opnieuw onderzoekt en nagaat welke wijzigingen de talrijke opmerkingen kunnen ondervangen.

Er moet overwogen worden in de wetgeving betreffende het welzijn op het werk een algemeen juridisch kader op te nemen dat specifiek gewijd is aan de re-integratie en aan de begeleiding en het proces van werkhervatting van langdurig afwezige werknemers. Dit algemeen kader zou een duidelijk onderscheid moeten maken tussen het toezicht op absentisme en de preventie en

het beleid van langdurige afwezigheden, de transparantie van de procedures moeten waarborgen en het principe van de vrijwillige deelname van de werknemer moeten garanderen.

D. Een gestructureerd beleid ontwikkelen voor de terugkeer naar werk

Een gecoördineerd re-integratiebeleid zou moeten steunen op de ontwikkeling van "guidelines" of praktijkaanbevelingen, waarin een aantal principes worden beschreven en waarin concrete maatregelen worden voorgesteld die de terugkeer naar het werk bevorderen en de afwezigheden van lange duur verminderen. Dergelijk document zou kunnen gebaseerd zijn op volgende krachtlijnen.

- **Beklemtonen van het belang van het behoud van contact met de werknemer tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid** en in dat geval, nader omschrijven hoe een dergelijk contact kan georganiseerd of gepland worden binnen de onderneming;
- **Beklemtonen van de noodzaak van een opleiding van het hoger kader**, in het bijzonder met betrekking tot de wijze waarop dergelijk contact met de afwezige werknemer wordt georganiseerd;
- **Beklemtonen van het belang van een kwaliteitsvolle opvang van de afwezige werknemer op de eerste dag van zijn werkhervatting**, het sensibiliseren van de leidinggevenden maar ook van de collega's op het werk; alle studies beklemtonen inderdaad dat de eerste uren of minstens de eerste dag cruciaal zijn voor het succes of het mislukken van de werkhervatting;
- **Nader omschrijven welke de doelstellingen en desgevallend de modaliteiten zijn van een formeel gesprek met de werknemer** ter gelegenheid van zijn werkhervatting;
- **Nader de modaliteiten omschrijven van het aangepast werk** dat aan de werknemer zal gegeven worden om zijn terugkeer te vergemakkelijken; onder modaliteiten wordt hier zowel de voorziene duurtijd als de inhoud van het voorgestelde werk verstaan;
- **Inrichten van een "disability case management"**: Vele gesprekspartners vinden het idee van disability case management interessant. Maar over de inhoud van het begrip "disability case management" en vooral over de wijze waarop het in het huidige systeem kan geïntegreerd worden, bestaan nog veel vragen en onduidelijkheden. Het is dus belangrijk dat eerst een duidelijk concept wordt uitgewerkt van disability case management dat voor alle betrokken partijen herkenbaar is en erkend wordt. Het Sherbrooke model kan daarbij als voorbeeld dienen. Verder is het belangrijk dat de uitvoering zo dicht mogelijk bij de arbeidsongeschikte werknemers gebeurt en dat de toegang zeer laagdrempelig is. Wat betreft de plaats van de disability case manager zou men kunnen denken aan de werkgever of de arbeidsgeneeskundige dienst bij werknemers die nog een arbeidscontract hebben en aan de ziekenfondsen voor arbeidsongeschikte werknemers zonder contract. Hierover bestaat echter nog eens eensgezindheid.

- **Deeltijdse of progressieve werkhervatting:** De toepassing van art 100§2 (gedeeltelijke of progressieve werkhervatting) in de ziekteverzekering blijft in de praktijk niet onomstreden. Hoewel het in theorie om een goede en nuttige maatregel gaat, zijn er ook verschillende knelpunten. De formulering van art 100§2 zorgt voor onduidelijkheid op het terrein waardoor sommige adviserend geneesheren de toepassing beperken tot 50% van de vorige arbeidsvolume. Bij langdurige toepassing vormen de gunstige cumulatierregels een uitkeringsval. En tenslotte gaat het om een omslachtige administratieve procedure zwaar. De eerste twee problemen kunnen oplost worden door beter juridische definities te hanteren in art 100§1 en 2 en door de cumulregels te herzien. Bij langdurige toepassing van art 100§2 kan een verplicht advies van de bedrijfsarts ingevoerd worden zodat de integratiemogelijkheden binnen het bedrijf maximaal benut worden.
- **In de reglementering de mogelijkheid voorzien van een werkhervatting op proef,** met behoud van de vergoedingen van de sociale zekerheid en dus zonder kosten voor de werkgever; deze modaliteit wordt voorgesteld in een gezamenlijk document SSST/ASMA van oktober 2010 (zie <http://www.ssstr.be/index.php?part=0&a=1&b=1&c=1&d=11>); zij kan resulteren in een therapeutische werkhervatting en de uitvoering ervan in de onderneming zou moeten opgevolgd worden door de bedrijfsarts.

2. Principe n°2: Samenwerking tussen verschillende beleidsdomeinen mbt de uitwerking van « individuele re-integratietrajecten »¹

A. Synergie tussen het « Back to work » plan van de uitkeringsverzekering (RIZIV) en projecten en initiatieven van de FOD WASO

De aanwezigheid van vertegenwoordigers van de sector uitkeringen van het RIZIV in de Begeleidingscommissie van het huidig door de FOD Waso gefinancierd project, evenzeer als de aanwezigheid van vertegenwoordigers van de FOD Waso in de Opvolgingscommissie van het "Back to work" project van het RIZIV, vormt een eerste stap in de richting van een nauwere samenwerking tussen deze twee administraties. Het lijkt inderdaad van essentieel belang dat de veralgemeende aanwezigheid van de arbeidsgeneeskunde in alle bedrijven beter wordt benut om de curatieve- en de verzekeringsartsen beter te informeren over de werkomstandigheden van werknemers die langdurig ongeschikt zijn. Een versterkte samenwerking tussen de twee administraties zou zonder twijfel ook toelaten om enerzijds een intensiever gebruik te maken van het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting en anderzijds ook de gedeeltelijke werkhervatting met toelating van de adviserend geneesheer beter te benutten.

¹ Note de politique générale du secrétaire d'Etat Ph. Courard

B. Procedures ontwikkelen voor de begeleiding van de individuele werknemer

De gesprekken die werden gevoerd met de actoren (Hoofdstuk III) van het systeem van de terugkeer naar het werk hebben aangegeven dat tegenwoordig een zekere verwarring heerst tussen de gebruikte begrippen en in de verschillende types van maatregelen die worden voorgesteld voor de bevordering en organisatie van de werkhervatting. Meerdere gesprekspartners hebben voorgesteld dat een informatiegids zou worden opgesteld met een overzicht van de verschillende tussenkomsten die de werknemer kunnen helpen om zich terug in het werk in te schakelen en waarin de toegangsvoorwaarden en –methoden voor elk van die soorten maatregelen worden gepreciseerd. Op basis van deze suggesties stellen wij voor onderscheid te maken tussen:

- **Job-coaching**, dit wil zeggen een procedure van begeleiding van de werknemer tijdens de voorbereiding op de werkhervatting en desgevallend tijdens de eerste dagen ervan; dit type van maatregel bevat dus geen specifieke vorming en is ook geen vorm van medische revalidatie. Het gaat om de geïndividualiseerde begeleiding door een gespecialiseerd persoon, die de werknemer, mits diens instemming, bijstaat tijdens het begin van de werkhervatting.
- **Terugkeercursus om de competenties in de vroeger functie te herstellen:** dit type van maatregel kan noodzakelijk zijn in de situatie van de werknemer wiens mentale en fysieke capaciteiten na een langdurige afwezigheid zijn hersteld. Een goed voorbeeld van de mogelijke behoeftes wordt gegeven in het eindwerk van Dokter Caprasse, gewijd aan de werkhervatting van werknemers die lijden aan borstkanker. Het gaat het om vrouwen die na meerdere maanden chemotherapie of radiotherapie hun vaardigheden en bekwaamheden weliswaar hebben behouden, maar die moeilijkheden kunnen ondervinden omdat de werksituatie of de informaticatoepassingen ondertussen veranderd zijn binnen de onderneming. In dit type van situatie kan terugkeer- of opfrissingcursus nuttig zijn om het vertrouwen van de betrokken werknemer te herstellen en om hem/haar toe te laten om snel terug zijn of haar vroeger niveau te halen.
- **Tijdelijk aangepast werk tijdens een overgangperiode:** hieraan kan bijvoorbeeld nood bestaan bij een arbeider met een musculoskeletale aandoening (lage rugpijn of andere) die medisch gezien nog niet helemaal hersteld is, maar al wel bekwaam is zijn arbeid te hernemen zonder de zwaarste taken, bijvoorbeeld heffen en tillen van zware voorwerpen. Een soortgelijke situatie kan voorkomen bij psychische aandoeningen waarbij aan de werknemer tijdelijk taken zouden moeten toegewezen worden met een lager niveau van stress of arbeidsdruk. Bij dergelijk aangepast werk is een begeleiding door de arbeidsgeneesheer in het bijzonder aangewezen.
- **Definitief aangepast werk:** wanneer een werknemer definitief een deel van zijn capaciteiten verloren heeft ten gevolge van een ongeval of ziekte, is het voor zijn re-integratie nodig voor hem een andere, nieuwe job te vinden. Het kan gaan om een werk waarvan de uurregeling is aangepast (bijvoorbeeld deeltijdse werkhervatting), of om een lichtere job. In dat geval zal de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer in de onderneming

de best geplaatste persoon zijn om advies te verlenen, samen met de dienst voor preventie en arbeidsveiligheid. Het lijkt evenwel van essentieel belang dat deze situatie van blijvende aard goed onderscheiden wordt van de voorgaande situatie waarin de aangepaste arbeid een tijdelijk karakter moet behouden.

- **Opleiding tot het aanleren van een nieuwe job:** wanneer men te maken heeft met een ongeschiktheid voor de voorheen uitgeoefende job moet soms een opleiding worden gevolgd om een nieuwe arbeidsgeschiktheid te verwerven. Deze situatie vereist slechts zelden de tussenkomst van de arbeidsgeneesheer maar meestal wel die van diensten die gespecialiseerd zijn in de beroepsopleiding en wier tussenkomst gevraagd kan worden hetzij via de ziekteverzekering (via het ziekenfonds van de patiënt) hetzij via de regionale diensten die bevoegd zijn voor de opleiding van werkzoekenden (FOREM, ACTRIS, VDAB).

C. Concepten en begrippen verduidelijken

De respondenten van ons onderzoek zijn van oordeel dat het nuttig zou zijn de begrippen die in de wetgeving worden gebruikt te verduidelijken, en dit in het bijzonder sinds de invoering van de wet van juli 2006 betreffende de professionele re-integratie. De onderzoeksgroep beveelt daarom aan dat het hierboven vermelde overleg tussen de ziekteverzekering en de FOD Waso zou resulteren in een gezamenlijke en uniforme juridische omschrijving van onder meer de volgende termen:

- Traject (of prestaties) mbt beroepsherscholing
- Re-integratie begeleiding na beroepsherscholing
- Professionele re-integratie

Het zou wenselijk zijn dat deze definities eenduidig gelden in ziekteverzekering en in de arbeidsongevallen- en de beroepsziekteverzekering.

D. De vrijwillige herstelinspanning van de werknemer ondersteunen, financiële en juridische zekerheid bieden aan de werknemer die terugkeert naar het werk

De onderzoeksgroep deelt met een belangrijk aantal van de geïnterviewde gesprekspartners de overtuiging dat een vernieuwend en dynamisch herstelbeleid inzake terugkeer naar het werk slechts kan slagen mits aan twee voorwaarden is voldaan: de vrijwillige medewerking van de werknemer enerzijds en vervolgens de garantie voor deze laatste op de nodige juridische en financiële zekerheid.

Op gebied van preventie van langdurige arbeidsongeschiktheid zijn er talrijke studies die aantonen dat de persoonlijke motivatie van de betrokken werknemer absoluut onontbeerlijk is voor het welslagen van het re-integratieproces. Een nieuw herstelbeleid dat focust op de preventie van langdurige arbeidsongeschiktheid mag in geen geval verward worden met een controle- en sanctiebeleid. Het moet hier in de eerste plaats de bedoeling zijn om de nodige

hulp en ondersteuning te bieden aan de werknemer die gemotiveerd is om zijn werk van vóór het ongeval of ziekte te hervatten, of, als dat niet meer mogelijk is, een ander werk dat verenigbaar is met zijn kwalificaties en zijn restcapaciteiten.

Een tweede element dat door velen wordt beklemtoond is de noodzaak om aan de personen die gemotiveerd zijn om een re-integratietraject te starten de nodige juridische en financiële zekerheid te garanderen, zodat ze bij eventueel mislukken van het traject geen juridische en/of financiële rechten verliezen.

3. Principe n°3 : Wetgevende initiatieven om de knelpunten op te lossen

In hoofdstuk III werd aangetoond dat de verschillende wetgevingen kunnen aanleiding geven tot interpretatieproblemen die in veel gevallen enkel konden opgelost worden door juridische beroepsprocedures bij de arbeidsgerechten. Daarenboven hebben veel gesprekspartners obstakels van administratieve of statutaire aard vermeld die de re-integratie in het werk kunnen belemmeren. Het spreekt dus vanzelf dat een aantal problemen, knelpunten en lacunes van de huidige regelgeving alleen opgelost kunnen worden via wetgevend initiatief.

A. Toepassen van de beginselen van de wet van 2006 in de arbeidsongevallenwet

Wij kunnen hier enkel de wens overnemen die werd geuit door praktisch alle in het kader van dit werk ondervraagde partijen dat de huidige regering het nodige zou doen om, na het nodige overleg, de beginselen van de wet van 2006 inzake re-integratie in het werk ook toe te passen bij arbeidsongevallen.

B. Naar een nieuw artikel 34 inzake de arbeidsovereenkomsten?

De analyse van de bestaande reglementering (Hoofdstuk I) heeft aangetoond dat, wanneer de arbeidsongeschiktheid die resulteert uit een ziekte of een ongeval, de werknemer definitief verhindert om het overeengekomen werk uit te voeren, de arbeidsovereenkomst volgens de huidige wetgeving kan ontbonden worden op grond van overmacht. Een aantal gesprekspartners hebben erop gewezen dat dit mechanisme aanleiding gaf tot duidelijke gevallen van misbruik en een reëel obstakel vormt voor een herstelgericht beleid. De inwerkingtreding van het nieuw artikel 34 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomst (Wet van 17 april 2007) is de oplossing die door veel gesprekspartners werd aanbevolen. Dit is echter tot nu toe niet gerealiseerd.

Het is interessant om in dit verband op te merken dat de Minister van Werk, Mevrouw De Coninck, recent over deze aangelegenheid in antwoord op een parlementaire vraag stelling heeft genomen: zij heeft aan de Senaat te kennen gegeven dat het haar bedoeling is om aan het Parlement een wijziging van artikel 34 voor te stellen zodat een ongegronde toepassing van de procedure van overmacht zal worden vermeden in de toekomst. De Minister wenst de wetgeving

aan te passen zodat ook de re-integratie van een werknemer met blijvende arbeidsongeschiktheid wordt bevorderd. Het is te hopen dat deze doelstelling zal worden gerealiseerd zonder al te zware formaliteiten.

C. Coördinatieprocedures instellen tussen de (verschillende) wetgevingen

De ondervraagde actoren hebben talrijke voorbeelden gegeven gemeld van situaties waarin de wetgeving zelf aanleiding kan geven tot conflictsituaties. Zelfs indien deze (wets-)conflicten uiteindelijk een oplossing krijgen voor de arbeidsrechtbank blijkt het voor de betrokken werknemers hoogst wenselijk dat een beroep op een gerechtelijke procedure zoveel mogelijk wordt vermeden. De preventie van de "juridisering" van deze problemen impliceert in een eerste fase dat de overheid een inspanning doet om informatie te verstrekken aan de werknemers teneinde hen voor te lichten over de implicaties van de genomen beslissingen en over de eventuele voor hen beschikbare opties. In dezelfde geest lijkt het, om conflicten en gerechtelijke procedures te vermijden, eveneens essentieel dat iedere administratie of ieder verantwoordelijk organisme er op toeziet zijn beslissingen te motiveren. Er kan niet genoeg gewezen worden op het belang van een volledige en ook voor niet-ingewijden verstaanbare motivering.

Verder is het ook wenselijk dat de betrokken administraties er voor zorgen dat coördinatieteams worden opgericht, die - zoveel als mogelijk - een gemeenschappelijke interpretatie geven aan situaties die niet direct in de wetgeving zijn voorzien, en die over een aantal bepalingen toegankelijke informatie uitwerken.

D. Informatiebrochures van de federale overheid voor werknemers

Zoals het bij herhaling in dit rapport werd onderstreept, bestaat er een zeer belangrijk probleem van informatie aan alle betrokken partijen, en waar de informatie (wel) bestaat, is er een probleem van duidelijkheid en leesbaarheid.

De onderzoeksgroep beveelt aan dat de federale overheid zich inspant om praktische informatiebrochures op te stellen voor de werknemers maar ook voor de andere partijen, dit wil zeggen de werkgevers, de sociale secretariaten, de preventie-adviseurs, de bedrijfsartsen, enz... Deze praktische gidsen zouden niet alleen teksten, maar ook schema's moeten bevatten die een duidelijk overzicht bieden van de verschillende mogelijke scenario's in een gegeven situatie.

E. Uitkeringsvallen wegwerken

Zoals hierboven werd vermeld zouden de politieke overheden er eveneens op moeten toezien dat uitkeringsvallen worden gecorrigeerd. Een voorbeeld is de cumulatie van de uitkeringen met het loon door de werknemer in het geval van gedeeltelijke werkhervatting, die soms voordeliger kan zijn dan een voltijds loon. De stap naar volledige werkhervatting wordt in die gevallen uitgesteld of nooit gerealiseerd.

F. Stimuli voor bedrijven die inspanningen doen voor een actief re-integratiebeleid

In dit rapport werd reeds melding gemaakt van de nagenoeg totale afwezigheid van financiële verantwoordelijkheid van de werkgevers bij langdurige werkongeschiktheid. Er moet niettemin op gewezen worden dat er ook aan de andere kant lacunes zijn: wanneer een werkgever inspanningen doet om een ongeschikte werknemer te re-integreren, is er geen enkele financiële ondersteuning voorzien. Zou men niet kunnen overwegen om, zoals gebeurt in de arbeidsongevallenwetgeving, op het gebied van professionele re-integratie een soort van bonus-malusregeling te introduceren?