



Vlaams  
Parlement

ingediend op **692** (2020-2021) – Nr. 2  
17 augustus 2021 (2020-2021)

## **Verslag van de hoorzittingen**

namens de Commissie voor Economie, Werk,  
Sociale Economie, Wetenschap en Innovatie  
uitgebracht door Caroline Gennez en Tom Ongena

over de conceptnota voor nieuwe regelgeving

van Robrecht Bothuyne, Katrien Schryvers, Kurt Vanryckeghem,  
Stijn De Roo en Loes Vandromme

over de activering van langdurig zieken

en over de conceptnota voor nieuwe regelgeving

van Axel Ronse, Philippe Muyters, Alessia Claes, Tine van der Vloet,  
Maaïke De Vreese en Andries Gryffroy

over een versterkte en multidisciplinaire aanpak  
op maat van langdurig zieken  
om hun kansen op werk te verhogen

*Samenstelling van de Commissie voor Economie, Werk, Sociale Economie, Wetenschap en Innovatie:*

*Voorzitter:* Robrecht Bothuyne.

*Vaste leden:*

Allessia Claes, Maaïke De Vreese, Andries Gryffroy, Rita Moors, Axel Ronse;

Yves Buysse, Ilse Malfroot, Els Sterckx;

Robrecht Bothuyne, Kurt Vanryckeghem;

Tom Ongena, Maurits Vande Reyde;

Meyrem Almaci, Imade Annouri;

Caroline Gennez.

*Plaatsvervangers:*

Annick De Ridder, Maarten De Veuster, Philippe Muyters, Elke Sleurs, Tine van der Vloet;

Kristof Slagmulder, Klaas Sloomans, Wim Verheyden;

Stijn De Roo, Loes Vandromme;

Steven Coenegrachts, Bart Van Hulle;

Johan Danen, Björn Rzoska;

Els Robeyns.

*Toegevoegde leden:*

Jos D'Haese.

Documenten in het dossier:

**692** (2020-2021) – Nr. 1: Conceptnota voor nieuwe regelgeving

**707** (2020-2021) – Nr. 1: Conceptnota voor nieuwe regelgeving

## INHOUD

DEEL 1. HOORZITTING VAN 20 MEI 2021 .....	4
I. Inleidende uiteenzettingen.....	4
1. Lode Godderis, professor Faculteit Geneeskunde KU Leuven.....	4
2. Lynn Germeys, beleidsadviseur bij VDAB .....	7
3. Saskia Decuman, diensthoofd Cel onderzoek en kwaliteit, en Astrid Brans, coördinator van de Dienst socioprofessionele re-integratie van het RIZIV.....	10
4. Annemie Bonroy, adviserend arts Medische directie van de Landsbond CM .....	13
II. Vragen en opmerkingen van de leden.....	17
III. Antwoorden van de sprekers .....	23
DEEL 2. HOORZITTING VAN 3 JUNI 2021 .....	31
I. Inleidende uiteenzettingen.....	31
1. Sandra Ballij, CEO Ctalents .....	31
2. Lynn Formesyn, ervaringsdeskundige .....	33
II. Vragen en opmerkingen van de leden.....	35
III. Antwoorden .....	37
IV. Inleidende uiteenzettingen.....	40
1. Luc Henau, algemeen directeur vzw GTB.....	40
2. Gretel Schrijvers, algemeen directeur Mensura .....	44
3. Karolien Mermans, coördinator Re-integratie De Voorzorg provincie Antwerpen .....	48
V. Vragen en opmerkingen van de leden.....	51
VI. Antwoorden .....	52
DEEL 3. HOORZITTING VAN 17 JUNI 2021 .....	55
I. Jan Denys, arbeidsmarktexpert Randstad .....	55
1. Inleidende uiteenzetting .....	55
2. Vragen en opmerkingen van de leden.....	57
3. Antwoorden.....	58
II. Eline Bruneel en Wim Geluykens, Overlegplatform Handicap en Arbeid .....	59
III. Christel Witgeers, algemeen directeur Emino, en Yves Moriën, directeur LIV aan het werk .....	62
IV. Erik De Bom, adviseur Sociale Zaken UNIZO .....	66
Gebruikte afkortingen.....	70
Bijlagen: zie de <a href="#">dossierpagina</a> van dit document op <a href="http://www.vlaamsparlement.be">www.vlaamsparlement.be</a>	

De Commissie voor Economie, Werk, Sociale Economie, Wetenschap en Innovatie hield op 20 mei en op 3 en 17 juni 2021 hoorzittingen over de conceptnota voor nieuwe regelgeving van Robrecht Bothuyne, Katrien Schryvers, Kurt Vanryckeghem, Stijn De Roo en Loes Vandromme over de activering van langdurig zieken (*Parl.St.* VI.Parl. 2020-21, nr. 692/1) en over de conceptnota voor nieuwe regelgeving van Axel Ronse, Philippe Muyters, Alessia Claes, Tine van der Vloet, Maaïke De Vreese en Andries Gryffroy over een versterkte en multidisciplinaire aanpak op maat van langdurig zieken om hun kansen op werk te verhogen (*Parl.St.* VI.Parl. 2020-21, nr. 707/1).

De getoonde presentaties zijn terug te vinden als bijlagen op de [dossierpagina](#) van dit document op [www.vlaamsparlement.be](http://www.vlaamsparlement.be).

## **DEEL 1. HOORZITTING VAN 20 MEI 2021**

### **I. Inleidende uiteenzettingen**

Commissievoorzitter *Robrecht Bothuyne* merkt op dat ook de commissie Sociale Zaken van de Kamer van volksvertegenwoordigers op 18 mei 2020 een hoorzitting hield over de re-integratie van langdurig zieken. Het is dan ook een belangrijk onderwerp omdat het over een steeds groter wordende groep mensen gaat.

#### **1. Lode Godderis, professor Faculteit Geneeskunde KU Leuven**

*Lode Godderis* is professor aan de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven en CEO van IDEWE. Hij zal in zijn presentatie voor het Vlaams Parlement andere accenten leggen dan in de presentatie die hij eerder deed voor het federaal parlement, omdat de bevoegdheden anders zijn.

##### *Re-integratie als onderdeel van behandeling en herstel*

Re-integratie moet een onderdeel van behandeling en herstel worden. Terugkeer naar werk wordt nu vaak bekeken als iets wat men moet doen om de sociale zekerheid te redden of om 'profiteurs' terug te dwingen naar werk. Daar gaat het niet om, wel om die 80 of 90 procent langdurig zieken die terug willen werken maar drempels ervaren. Het doel is terugkeren naar werk en daar wil de spreker de focus op leggen. Controle op de gegrondheid van een uitkering gebeurt het best pas in tweede instantie.

Uit onderzoek blijkt dat als mensen kunnen werken dat bijdraagt aan de levenskwaliteit en de gezondheid en aan herstel en genezing.

##### *Drie fases in de terugkeer naar werk*

Lode Godderis toont een grafiek uit een studie bij mensen met rugpijn, maar de resultaten gelden ook voor ander aandoeningen. De studie onderscheidt drie fases in de terugkeer naar werk. De eerste fase is de acute fase in de eerste maand van arbeidsongeschiktheid. De meesten keren spontaan terug naar het werk, met relatief weinig hulp. De tweede fase is de subacute fase. Een aantal mensen zullen spontaan terugkeren maar een belangrijk percentage komt terecht in de chronische fase van arbeidsongeschiktheid. Die start na drie maanden. Na drie maanden vindt slechts een relatief klein percentage de weg naar het werk terug. Tijdig interveniëren, tijdig ondersteunen, tijdig coachen, voor de kaap van drie maanden, is dus heel belangrijk.

Waarom wordt het na drie maanden moeilijker? Het gaat dan vaak minder over medische redenen dan over psychosociale redenen. De werknemer heeft een nieuw

evenwicht gevonden in het leven en de angst voor de terugkeer neemt toe. Het gaat om angst of de terugkeer wel zal lukken, angst voor de reacties van de collega's enzovoort. Ook bij de werkgever is er een nieuw evenwicht ontstaan en is er angst voor de verstoring daarvan. Het werk is herverdeeld of er is iemand bijkomend aangeworven. Leidinggevenden vragen zich af hoe de terugkeer zal verlopen, of de werknemer zijn vorige job wel naar behoren zal kunnen uitvoeren en of er geen risico is op herval, waarbij de werkgever misschien opnieuw gewaarborgd loon moet betalen.

#### *Acute fase*

In de eerste fase, de acute fase, gaan de meeste mensen spontaan het werk hervatten. Het huidige systeem van ziektebegeleiding vertrekt vanuit een heel controlerend perspectief. Een medewerker moet zijn afwezigheid rechtvaardigen met een ziekteattest. Lode Godderis pleit er al langer voor om het ziekteattest in de eerste week af te schaffen. In de Scandinavische landen en in Nederland vraagt men geen ziekteattest en dat heeft weinig impact op het kort verzuim, integendeel. Er zijn indicaties dat het verzuim afneemt. Ook in IDEWE wordt dit systeem al drie jaar toegepast en is het kort verzuim onder de medewerkers gedaald. Het geeft de patiënt verantwoordelijkheid en hij kan zelf best inschatten wanneer de terugkeer opportuun is. Het is wel belangrijk dat de werknemer zich ziek meldt bij de leidinggevende. Het blijvend contact met het werk is immers een essentiële factor om bij langdurige arbeidsongeschiktheid de terugkeer te faciliteren.

Lode Godderis verwijst naar het Verenigd Koninkrijk, waar men niet langer attesteert of werken al niet mogelijk is, maar aangeeft wat de patiënt wel kan en welke aanpassingen nodig zijn om dat mogelijk te maken. In het Verenigd Koninkrijk stelde men vast dat dit in het begin een positief effect had, maar op langere termijn was het minder duidelijk. Men heeft er geen systeem van arbeidsgeneeskunde en de huisartsen waren niet opgeleid om correct te attesteren; ze kenden de werkplaats en het werk niet. In België zou een arbeidsgeneesheer faciliterend kunnen werken en de huisarts zou kunnen doorverwijzen naar de arbeidsgeneesheer.

Zelfattestering heeft dus voordelen voor zowel het individu als de werkorganisatie en biedt mogelijkheden om een betere preventie op het werk te doen.

#### *Subacute fase*

De tweede fase is de subacute fase, de fase tussen één en drie maanden. Het is een cruciale fase waarin men moet nagaan wie risico loopt om in de chronische fase te komen. Het is ook de fase waarin de werkgever en collega's het zien zitten om aan de terugkeer te werken. Informeel contact met het werk is heel belangrijk om de terugkeer te bespreken of al voor te bereiden.

In opdracht van het RIZIV heeft Lode Godderis een studie gedaan naar de belangrijkste determinanten voor langdurige arbeidsongeschiktheid. Er zijn vier grote categorieën: het functioneren, de stress die wordt ervaren, werkgerelateerde factoren en persoonsgerelateerde factoren.

De belangrijkste determinanten bevinden zich in het functioneren: de eigen inschatting van de gezondheidstoestand door de werknemer en de eigen inschatting van de terugkeer naar werk. Die eigen inschatting is bijzonder voorspellend. Ook pijn is uiteraard een belangrijke factor en de vraag wat men nodig heeft om terug te keren naar het werk.

Stress kan men zowel thuis als op het werk ervaren.

De werkgerelateerde factoren betreffen vooral psychosociale factoren zoals goede ondersteuning en contact met leidinggevenden en collega's. De fysieke belasting is ook een factor maar het is niet de sterkste predictor.

Persoonsgerelateerde factoren zijn vooral angst en perfectionisme maar ook leeftijd, opleidingsniveau en geslacht. Hoe ouder, hoe groter het risico wordt. Vrouwen vertonen een groter risico op langdurige arbeidsongeschiktheid.

### *Chronische fase*

De chronische fase is de derde fase en de moeilijkste. Er zijn in België bijna 500.000 mensen langer dan een jaar arbeidsongeschikt.

Ook in deze fase zijn ondersteuning en coaching belangrijk. Lode Godderis pleit ervoor om coaching te faciliteren en te vereenvoudigen. Voor zieke werknemers, maar ook voor zorgverstrekkers, is de terugkeer naar werk een bijzonder complex proces. De huisarts, die de vertrouwenspersoon van de werknemer is, kan doorverwijzen naar de arbeidsgeneesheer om de terugkeer voor te bereiden en aanpassingen aan het werk te bespreken. Het resultaat van informeel, maar eigenlijk ook van formeel contact is positief, in tegenstelling tot wat vaak wordt beweerd.

De spreker toont een grafiek waaruit blijkt dat een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting globaal genomen in meer dan drie op de vier gevallen tot een terugkeer leidt. Het betreft niet altijd dezelfde werkgever, maar de vraag is of dat moet. De terugkeer naar werk bij een andere werkgever kan passen bij de behoeften, de talenten en het engagement van de werknemer. Hoe langer men wacht met doorverwijzen, hoe moeilijker het wordt om de werknemer te helpen bij het terugkeren.

De grafiek toont ook de resultaten van het formele re-integratietraject dat sinds 2017 door een koninklijk besluit mogelijk wordt gemaakt. Dit geeft een ander beeld. Er zijn minder mensen die aan de slag gaan. Maar meer mensen die in een re-integratie terechtkomen, vinden wel de weg naar een andere werkgever. 56 procent van de gevallen mondt uit in een verbreking van de arbeidsovereenkomst, maar meer dan een derde vindt toch ander werk.

Lode Godderis meent dat een directe doorverwijzing van de arbeidsgeneesheer naar VDAB en gespecialiseerde partners deze succesratio's stevig zou kunnen verhogen. Dit is een opportuniteit voor Vlaanderen. Nu is er eerst het re-integratietraject met een bepaalde timing, daarnaast moet de ontslagprocedure in gang worden gezet en vervolgens is er de wachttijd bij VDAB, GOB en GTB voor begeleiding. Dat is een lange doorlooptijd en, zoals aangehaald, hoe langer men wacht, hoe moeilijker terugkeer wordt.

### *Samenvatting*

Lode Godderis vat samen dat hij pleit voor een focus op de gewenste uitkomst, namelijk re-integratie. Een volgende aanbeveling is daarbij te vertrekken vanuit de zieke medewerker en het systeem van begeleiding te vereenvoudigen. De meeste mensen kunnen door de arbeidsgeneesheer en huisarts goed worden begeleid voor een terugkeer. Re-integratie moet een onderdeel van behandeling en herstel zijn, waarbij een snelle doorverwijzing naar de arbeidsgeneesheer cruciaal is.

Lode Godderis pleit er dus voor om, in plaats van controlerend, eerder faciliterend, incentiverend en empowerend te werken. Schaf het ziekteattest af, voer een fitnote in en voorzie in financiële incentives voor werknemers maar ook voor werkgevers van kmo's. Uit onderzoek blijkt dat bij kanker de werkgever een grote bereidheid

toont om de werknemer te helpen. Maar tegelijk plaatst dat de kmo-bedrijfsleider voor moeilijke financiële en praktische beslissingen.

## **2. Lynn Germeys, beleidsadviseur bij VDAB**

### *Uitval vermijden*

Lynn Germeys, beleidsadviseur bij VDAB, onderstreept nogmaals het belang van preventie om uitval uit de arbeidsmarkt te vermijden en licht toe wat VDAB daarvoor doet.

In lijn met de visienota en de conceptnota's zet VDAB in op communicatie tussen en sensibilisering van alle stakeholders zoals de behandelende en re-integratiesector, maar zeker ook de werkgevers. VDAB heeft provinciale experts re-integratie die de dienstverlening van VDAB en partners bekendmaken bij alle betrokkenen.

Daarnaast is er een belangrijke rol weggelegd voor loopbaanbegeleiding. Bepaalde werknemers kunnen via loopbaancheques beroep doen op loopbaanbegeleiding. De loopbaancoach kan dan samen met de werknemer bekijken waar het fout loopt en welke oplossingen er mogelijk zijn.

Er is gespecialiseerde jobcoaching mogelijk die extra ondersteuning op de werkvloer biedt. Het kan gaan om aanpassingen op de werkplek of coaching van de directe omgeving.

Er zijn ook de bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen. Dat zijn financiële tegemoetkomingen voor werkgevers en soms ook voor werknemers. Een voorbeeld daarvan is de tijdelijke VOP.

### *Re-integratie – veelheid aan betrokkenen en trajecten*

Uitval kan niet altijd worden vermeden en dan komt re-integratie in de kijker. Bij die terugkeer naar werk zijn heel veel actoren betrokken die ieder vanuit hun sterktes en expertise, maar ook vanuit hun rol, bijdragen. De spreker toont een schema om dit duidelijk te maken. Werk en Welzijn, Vlaamse en federale bevoegdheden, kruisen elkaar.

Trajecten naar werk zijn zeer individuspecifiek, zowel wat betreft het verloop als de snelheid, en het is vaak geen lineair proces.

De meerderheid van de mensen vindt spontaan de weg terug naar werk, maar VDAB en partners willen zich vooral focussen op de mensen die extra ondersteuning nodig hebben. De doorverwijzing in het kader van het raamakkoord is een zeer belangrijk onderdeel.

### *Raamakkoord*

Het raamakkoord is een samenwerkingsverband. De adviserende artsen van de ziekenfondsen staan in voor de erkenning en de controle van de arbeidsongeschiktheid. Ze staan ook in voor de inschatting of er stappen naar werk mogelijk zijn en of hiervoor ondersteuning van VDAB en partners noodzakelijk is. Als dat het geval is, kan een toeleiding naar VDAB gebeuren. Bedrijfsartsen kunnen in het kader van het raamakkoord niet toeleiden, maar op zich kunnen zowel mensen met of zonder arbeidsovereenkomst instromen.

VDAB staat, samen met partners zoals GTB en GOB, in voor de uitwerking van de begeleidingstrajecten naar werk. VDAB wil in die samenwerking een kwaliteitsvolle

dienstverlening garanderen op maat van de arbeidsongeschikte. Dat is steeds gebaseerd op de afstand tot de arbeidsmarkt van de persoon in kwestie.

Het RIZIV financiert de trajecten naar werk. In Vlaanderen spreekt men op het einde van elk jaar samen met de partners het aantal geambieerde trajecten af en koppelt er een budget van 4800 euro per traject aan. Het stelt VDAB in staat om capaciteit in te kopen en zich voor te bereiden. Het RIZIV geeft, naast de adviseerend artsen, ook toestemming aan arbeidsongeschikten om een competentieversterkende opleiding te volgen of aan werkplekleren te doen. Het zorgt voor de uitbetaling van bijbehorende premies.

### *Instroom*

Lynn Germeys toont een tabel met de instroomcijfers van 2012 tot 2021. Daaruit blijkt dat personen met gezondheidsproblemen al langer een groep zijn waarvoor VDAB in dienstverlening voorziet. Het is dus geen nieuw domein, hoewel het bij de start wel een innovatieve benadering was. De groep breidde zich stelselmatig uit.

VDAB heeft doorheen de jaren expertise opgebouwd en meent dat het hiermee de komende jaren stappen vooruit kan zetten. In 2019 was het de ambitie om 4150 trajecten realiseren, maar er zijn er 400 meer gerealiseerd. VDAB weigert geen mensen als men boven het nagestreefde cijfer gaat. In 2020 werd het aantal niet gehaald door de coronacrisis. De adviserende artsen zagen in 2020 ook het aantal fysieke consultaties sterk afnemen, waardoor het moeilijk in te schatten was of iemand klaar was voor re-integratie. Ook in 2021 zal de toeleiding waarschijnlijk nog lager liggen dan gepland.

Alle partners zien het raamakkoord als een succesverhaal op het vlak van expertise en kennisdeling, maar ook op het vlak van resultaten. Tussen 2012 en 2020 heeft men 22.000 trajecten geambieerd en er zijn er 4000 extra gerealiseerd.

### *Uitstroom*

Twee jaar na de instroom is er een uitstroompercentage van ongeveer 30 procent. Lynn Germeys is het eens met Lode Godderis dat hoe langer men wacht, hoe kleiner de kans op re-integratie is. Alle mensen die instromen binnen het raamakkoord, zijn meer dan drie maanden en voor een groot deel meer dan een jaar verwijderd van de arbeidsmarkt. Dan is 30 procent een mooi resultaat. Een op drie van de mensen die uitstromen, wordt uitgeschreven uit het traject wegens ziekte of herval. Een groot deel stroomt ook uit onder een vorm van niet-betaalde arbeid, wat vaak als een voortraject wordt gezien.

Het cijfer van 30 procent is relatief vergelijkbaar met de uitstroomcijfers – 37 procent – van de formele re-integratietrajecten van werknemers wiens arbeidsovereenkomst is stopgezet wegens medische overmacht.

Lynn Germeys merkt ook op dat er op de arbeidsmarkt nog steeds discriminatie is van werknemers met gezondheidsproblemen.

Het kan dus beter maar 30 procent is in die context toch al een goed resultaat.

### *Begeleiding door VDAB en partners*

De begeleiding die VDAB en partners aan arbeidsongeschikten aanbieden, is zeer uitgebreid. Het aanbod is er zowel voor mensen die onder het raamakkoord vallen, als voor arbeidsongeschikten die via andere kanalen bij VDAB terechtkomen.



Er wordt samen met de persoon een inschatting gemaakt van diens noden, capaciteiten en sterktes. VDAB probeert dan de arbeidsongeschikte te matchen met vacatures. Als er drempels blijken te zijn, gaat men over tot een diepere screening waarvoor men soms een beroep doet op het medisch-ergonomisch team van GTB. Daarbij wordt het medisch en fysiek functioneren van de klant bekeken. Op die manier kunnen de drempels in kaart worden gebracht. De bemiddelaar gaat dan samen met de persoon na hoe men de drempels kan wegwerken.

Sollicitatiebegeleiding is mogelijk. Voor sommigen kan het ook gaan om herscholing en competentieversterking door opleiding. Voor andere mensen is werkplekklaren, onder begeleiding van de GOB's, aangewezen. Er is ook gespecialiseerde jobcoaching mogelijk. De coach kan met de werkgever en de collega's bekijken welke aanpassingen er nodig zijn. Naar de mogelijkheden van loopbaanbegeleiding heeft de spreker al verwezen.

Anderen hebben een ondernemersidee en hebben behoefte aan begeleiding om zelfstandig ondernemer te worden. Daartoe wordt samengewerkt met het Starterslabo.

Niet-betaalde arbeid, zoals vrijwilligerswerk of wijk-werken, kan voor sommige langdurig arbeidsongeschikten ook een interessant voortraject zijn. Sommigen willen werken maar hebben nog een tijd bescherming nodig.

En dan zijn er nog de bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen. Er zijn financiële tegemoetkomingen voor aanpassingen aan de arbeidspost, gereedschap, aangepast vervoer, tolken en dergelijke.

#### *Innovatieve projecten*

VDAB en partners hebben ook een aantal projecten ter verbetering van de dienstverlening. In een eerste project wordt onderzocht hoe men de samenwerking met arbeidsartsen kan intensifiëren. Zoals Lode Godderis al aanhaalde, kunnen bepaalde arbeidsongeschikten sneller baat hebben bij een ondersteuning door VDAB en partners. De werking van VDAB en partners kan ook nog beter bekend worden gemaakt.

Een volgend project is de samenwerking met bedrijven versterken via bijvoorbeeld social impact bonds.

Intern wil VDAB de communicatie naar de klant zo laagdrempelig mogelijk houden en de gegevensuitwisseling met de partners optimaliseren.

Er is een proefproject Individuele Plaatsing en Steun bij GTB. Het doel is zo snel mogelijk personen met psychische of mentale problemen naar betaald werk toe leiden. De begeleiding gebeurt op de werkvloer zelf en is zeer intensief en multidisciplinair.

Tot slot zetten VDAB en partners ook in op outreach om de dienstverlening tot bij de klant te brengen.

#### *Kernboodschappen*

Lynn Germeys sluit af met enkele kernboodschappen van VDAB. Werkbaar werk is een heel belangrijk antibioticum om uitval te vermijden maar is ook belangrijk tijdens het herstel.

VDAB wil vertrekken van een positieve benadering en arbeidsongeschikte personen veel kansen geven.

VDAB wil de bestaande dienstverlening versterken en de bekendheid bij de betrokkenen vergroten.

VDAB en partners staan klaar om arbeidsongeschikten opnieuw stappen naar werk te laten zetten en om het Vlaams actieplan van minister Hilde Crevits uit te werken.

### **3. Saskia Decuman, diensthoofd Cel onderzoek en kwaliteit, en Astrid Brans, coördinator van de Dienst socioprofessionele re-integratie van het RIZIV**

*Saskia Decuman* is, als diensthoofd Cel onderzoek en kwaliteit van het RIZIV, verantwoordelijk voor de wetenschappelijke coördinatie van het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid, dat studies en projecten financiert rond re-integratie. Ze is ook verantwoordelijk voor de gecertificeerde opleiding 'Disability management' die het RIZIV sinds 2014 organiseert. Deze opleiding is bedoeld om actoren die werken rond preventie van arbeidsongeschiktheid en re-integratie voor te bereiden op de begeleiding van verzekerden.

#### *Socioprofessionele re-integratie*

De laatste jaren worden de gezondheidszorg en de sociale zekerheid geconfronteerd met een aantal uitdagingen, zoals het toenemend aantal mensen met een chronische pathologie en met meer dan een pathologie. Ze vergen een andere aanpak. Vroeger lag de focus op herstel vooraleer het te hebben over werk, maar dat gaat niet langer op voor de meerderheid van de mensen met een chronische aandoening, niet alleen vanuit het perspectief van de sociale zekerheid, maar ook van de mensen zelf. Zo zijn mensen met een oncologische problematiek nu vaak vragende partij om een gesprek te hebben over de mogelijkheden inzake terugkeer naar werk.

De link met zorg mag niet uit het oog worden verloren. Er wordt weinig gedaan met de competenties van artsen en niet-medici om mensen te begeleiden omdat de focus vaak ligt op het biomedische. Ook de financieringsmodellen zijn vooral gericht op pathologie, terwijl de zuiver ziektespecifieke factoren op een bepaald moment in de arbeidsongeschiktheid vaak niet meer de juiste predictoren zijn om te bepalen of iemand kan terugkeren naar werk. Het RIZIV wil daarom, met VDAB als partner, maximaal inzetten op het uitgaan van restcapaciteit van personen. Wat kan de persoon wel nog? Hoe kan dat in kaart worden gebracht en gematcht met een job?

Heel belangrijk is de vroege interventie, maar wat is vroeg? Vroeg betekent voor de spreker dat zodra een diagnose bij mensen wordt gesteld, men aan hen moet duidelijk maken dat de terugkeer naar werk in de begeleiding zal worden opgenomen, zonder dat daar een datum op wordt geplakt. Het is voor geen enkele beleidsmaker verantwoord om te snel te beslissen dat iemand terug aan het werk moet. Terugkeer is zeer individueel bepaald, maar nu wordt het vaak helemaal niet besproken terwijl mensen er wel mee in hun hoofd zitten. Het is dus cruciaal om heel vroeg met mensen in gesprek te gaan. Vanuit het disability management weet de spreker dat een bedrijf dat een goed terugkeer-naar-werkbeleid voert heel anders omgaat met mensen in arbeidsongeschiktheid dan een bedrijf waar dit niet het geval is. Zulke dingen zijn belangrijk om te weten en om mee te geven aan de partners die de verzekerden zullen begeleiden.

Ook voor het RIZIV moet controle worden aangevuld met een proactieve socioprofessionele re-integratie. Uiteraard is ook adviseren, informeren en begeleiden van groot belang.

Het RIZIV pleit ervoor om werk te beschouwen als onderdeel van de behandeling en revalidatie.

Saskia Decuman toont een tabel met de cijfers van mensen die minder dan een jaar arbeidsongeschikt zijn (primaire arbeidsongeschiktheid) en van mensen die langer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn (invaliditeit). Daaruit blijkt dat de cijfers sinds 2009 in stijgende lijn gaan. Het RIZIV kan ook altijd nog meer cijfers aanleveren indien daar vraag naar is.

#### *Re-integratietraject RIZIV*

*Astrid Brans* is coördinator van de Dienst socioprofessionele re-integratie van het RIZIV. Ze is het aanspreekpunt voor de overeenkomst die er in Vlaanderen is met VDAB en GTB.

De wet omschrijft een socioprofessioneel re-integratietraject als volgt: "Het traject omvat alle voorzieningen of diensten die erop gericht zijn geheel of gedeeltelijk de initiële arbeidsgeschiktheid te herstellen of de potentiële arbeidsgeschiktheid te valoriseren met het oog op een volledige integratie in de arbeidsomgeving." De doelgroep zijn uitkeringsgerechtigden van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, zowel primaire arbeidsongeschiktheid als invaliditeit. De persoon moet zelf gemotiveerd zijn om stappen naar werk te zetten en vanuit medisch standpunt hiervoor klaar zijn. De adviserend arts moet beslissen dat er geen referentieberoep meer mogelijk is en dat de persoon begeleiding nodig heeft.

#### *Samenwerking met VDAB*

In oktober 2012 is er een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen het RIZIV, VICO, GTB en VDAB. In januari 2016 is dit overgegaan in een raamakkoord met een jaarlijks engagement betreffende een aantal trajecten met financiering via een forfait. Dit wordt per kwartaal aan VDAB betaald.

De spreker toont een tabel met het aantal opgestarte trajecten in Vlaanderen. Het grootst aantal trajecten wordt opgestart bij VDAB, een veel kleiner aantal bij de verzekeringsinstellingen.

#### *Klassieke trajecten en de samenwerkingsovereenkomsttrajecten*

Er zijn twee soorten trajecten: de klassieke trajecten en de samenwerkingsovereenkomsttrajecten. Ze starten beide met een afspraak bij de mutualiteit: bij de adviserend arts of bij een lid van het multidisciplinair team van de adviserend arts. Er wordt nagegaan welke richting de verzekerde zal uitgaan. Als de persoon een duidelijk opleidingsplan heeft en de adviserend arts akkoord gaat, dan kan er door de mutualiteit rechtstreeks bij het RIZIV een aanvraag worden ingediend. Dit zijn dan de trajecten die opgestart zijn bij een mutualiteit en die kleiner in aantal zijn.

Als alles voor de persoon nog onduidelijk is, heeft hij begeleiding nodig. De adviserend arts kan dan, samen met de verzekerde, een aanmelding doen bij VDAB. De verzekerde is vrij om te kiezen of hij die begeleiding bij VDAB opstart of niet. VDAB gaat na wat er nodig is en doet eventueel een aanvraag bij het RIZIV.

#### *Verloop van een traject*

*Astrid Brans* toont een schematisch overzicht van het verloop van een traject. Een traject verloopt theoretisch in drie fases, die in de praktijk soms wat door elkaar lopen. Een traject start met een oriënterende fase waarin de competenties en vaardigheden in kaart worden gebracht. Samen met een bemiddelaar wordt er bekeken wat er nodig is.

Als er een opleiding nodig is om nieuwe competenties te verwerven, gebeurt er een aanvraag bij het RIZIV. De Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit doet een uitspraak over de financiële tussenkomst voor de opleiding. Zelfs zonder goedkeuring van de financiële tussenkomst van het RIZIV, kan de verzekerde een opleiding starten, met goedkeuring van de adviserend arts.

Als de opleiding succesvol is afgerond, start de fase van re-integratie. De verzekerde krijgt zes maanden tijd om werk te zoeken met zijn nieuw verworven competenties. Ook hiervoor kan de arbeidsongeschikte een beroep doen op een bemiddelaar van VDAB.

#### *Terugkeer naar de arbeidsmarkt*

In een jaarrapport van het RIZIV vindt men cijfers over de terugkeer naar de arbeidsmarkt 18, 24 en 30 maanden na de startdatum van het traject. De cijfers zijn opgesplitst naar uitsluiting, spontane werkhervatting, andere redenen (overlijden en pensioen), gedeeltelijke werkhervatting (als werknemer of als zelfstandige), vrijwilligerswerk en geen werkhervatting. De cijfers betreffende uitsluiting, spontane werkhervatting en gedeeltelijke werkhervatting worden door het RIZIV beschouwd als terugkeer naar de arbeidsmarkt. Na 18 maanden gaat het over 37,5 procent.

#### *Voordelen voor de verzekerde*

De voordelen voor de verzekerde zijn belangrijk. Als de HCGRI zijn goedkeuring heeft gegeven, is er een wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid en behoudt de verzekerde zijn ziekte-uitkering tijdens de goedgekeurde periodes. Er zijn financiële tussenkomsten voor opleidingskosten en verplaatsingskosten. Er zijn premies per gevolgd opleidingsuur en er is een slaagpremie.

Een groot voordeel is dat de verzekerde een opvolging krijgt van het traject en een begeleiding bij de zoektocht naar werk.

#### *Slotbedenkingen*

*Saskia Decuman* staat nog even stil bij initiatieven die nu lopen of in de toekomst worden ontwikkeld. Het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid zet maximaal in op studies die moeten leiden tot beleidsaanbevelingen.

Een heel belangrijk model is de methodologie Individuele Plaatsing en Steun, die ook al in beleidsdocumenten wordt aangekaart. De IPS-methodologie is succesvol gebleken in het buitenland, maar in België is ervoor gekozen om eerst wetenschappelijk onderzoek te doen alvorens ze te implementeren. Het succes van de methodologie is volgens het RIZIV immers gekoppeld aan de specifieke sociale zekerheidsstructuur van een land en hangt meestal ook sterk samen met de context van hoe een land de gezondheidszorg aanpakt. De sociale zekerheid in bijvoorbeeld Noorwegen is vergelijkbaar met die van België, maar er zijn een aantal factoren in de ruime samenleving die maken dat het IPS-programma er succesvol is. Bovendien zijn er ook heel wat kritische succesfactoren die moeten worden onderzocht, zoals bijvoorbeeld de integratie van zorg en werk en de continue begeleiding na de hervatting.

Een andere belangrijke uitdaging is de rol van opleiding. De IPS-methode wil mensen zo snel mogelijk in een betaalde job plaatsen, met dezelfde rechten en plichten als iemand die niet arbeidsongeschikt zou zijn, en bekijkt dan hoe die persoon verder moet worden ondersteund. Dat veronderstelt een belangrijke mindshift, want nu worden mensen eerst maximaal voorbereid en dan teruggestuurd naar de

arbeidsmarkt. De IPS-methodologie vraagt ook heel wat investeringen. Het is dus belangrijk dat de studie de kosten en baten kan aantonen.

Het RIZIV wil ook maximaal inzetten op aanbevelingen aan ziekenhuizen, onder meer voor de pijncentra, om na te gaan hoe bij die doelgroepen de re-integratie een onderdeel kan zijn van hun activiteiten.

Onder leiding van Astrid Brans is er recent binnen het RIZIV een werkgroep opgericht die focust op de huidige samenwerking met VDAB en de mutualiteiten als partners en op het formuleren van verbeterpunten. Er zijn veel initiatieven op het Vlaamse niveau, maar ook op het federale niveau. De werkgroep gaat na hoe men die beleidsvoorstellen kan concretiseren in verbeterpunten van de huidige samenwerking.

Het RIZIV heeft ook aandacht voor vorming van de betrokken actoren. Het is duidelijk dat mensen die slechts een (paramedische) basisopleiding hebben gekregen, vaak niet voldoende opgeleid zijn om verzekerden te begeleiden. Het vraagt specifieke competenties, zoals bijvoorbeeld de kennis van het wetgevende kader. Saskia Decuman wijst op de zeer goede samenwerking met een consortium van lesgevers, onder leiding van professor Lode Godderis. Een multidisciplinair team van artsen en niet-artsen die in diverse settings werken, biedt in 25 modules extra competenties aan aan actoren die verzekerden of mensen die nog niet zijn uitgevallen, begeleiden. Bijvoorbeeld de medewerkers van mutualiteiten die te maken hebben met arbeidsongeschikten volgen deze opleiding. Misschien zijn er nog andere doelgroepen die deze vorming zouden kunnen volgen.

#### **4. Annemie Bonroy, adviserend arts Medische directie van de Landsbond CM**

*Annemie Bonroy*, adviserend arts van de Medische directie van de Landsbond CM, meent uit de twee conceptnota's te kunnen opmaken dat de rol van adviserend arts binnen het ziekenfonds niet zo goed gekend is.

##### *Rol van de adviserend arts*

Een heel belangrijk onderdeel van de rol van de adviserend arts is de controle op arbeidsongeschiktheid. Voldoet de verzekerde nog aan de criteria in de ziekwet om als arbeidsongeschikt te worden erkend? Daarbij wordt een holistische aanpak gehanteerd: de persoon wordt bekeken in zijn totaliteit.

Essentieel gaat het over de balans tussen een verdienvermogen en de resterende capaciteiten. Daarbij gaat het altijd over 66 procent of de twee derde van het verdienvermogen. Mensen moeten het werk hebben gestopt door letsels of functionele stoornissen die tot gevolg hebben dat het verdienvermogen verminderd is tot minder dan een derde, vergeleken met de 'maatman'. De adviserend arts kijkt ook naar de beroepen die mensen in het verleden hebben uitgeoefend en de opleidingen die ze hebben gevolgd.

Een andere belangrijke taak is het toezien op de socioprofessionele re-integratie.

Een adviserend arts ziet leden zowel in primaire arbeidsongeschiktheid als in invaliditeit. In principe zijn langdurig zieken altijd eerst bekend bij het ziekenfonds en dan, na een jaar arbeidsongeschiktheid, bij het RIZIV. Dat moet oordelen over de arbeidsongeschiktheid op voorstel van de adviserend arts.

### *Trajecten controle en re-integratie*

De adviserend arts volgt de controletrajecten op, maar ook de trajecten re-integratie. Re-integratie is een proces dat erop gericht is om mensen socioprofessioneel te re-integreren zowel bij de terugkeer naar het werk en herscholing als bij sociale re-integratie, zoals bijvoorbeeld vrijwilligerswerk. Vrijwilligerswerk kan een einddoel zijn, maar ook een opstap naar betalend werk.

De trajecten controle en re-integratie lopen grotendeels apart maar ze kruisen elkaar op bepaalde momenten. In dat verband spreekt men bij de CM over de grote C en de kleine c. Een re-integratiecoach of disability manager houdt ook altijd een beetje de controle in het achterhoofd en dat wordt de kleine c genoemd. Bij de grote C ligt de focus op controle, maar elke adviserend arts heeft ook aandacht voor de re-integratie.

Annemie Bonroy toont een grafiek met de evolutie van de uitstroom uit primaire arbeidsongeschiktheid. Het oproepbeleid binnen CM is geënt op de cijfers van onder meer het RIZIV. 66 procent van de mensen op invaliditeit hebben vooral problemen van psychosociale aard en musculoskeletale aandoeningen. Men gaat dus preferentieel de mensen met deze problemen oproepen om hen vroeg te kunnen informeren over re-integratie.

### *Socioprofessionele re-integratie*

Socioprofessionele re-integratie is al sinds meerdere jaren een paradigmashift. Zoals al aangehaald, had men vroeger een eerder paternalistisch beeld van arbeidsongeschiktheid, vandaag legt men meer nadruk op het empoweren van de patiënt.

De zogenaamde KB's-Peeters-De Block van 2016 hebben een aantal zaken geformaliseerd. Een heel belangrijk punt is vroege interventie: vanaf dag 1 zou men eigenlijk mensen al moeten bewust maken van wat de mogelijkheden zijn, ook bij ernstige aandoeningen en wanneer duidelijk is dat de persoon zijn huidige job niet meer zal kunnen uitoefenen.

In die besluiten staat ook iets over de quickscan: mensen categoriseren naargelang de aandoening en de mogelijkheden tot hervatten van een eventueel aangepaste job. Dat gebeurt op twee maanden na de aangifte van de arbeidsongeschiktheid. Wanneer mensen in categorie 4 worden geplaatst, wil dat zeggen dat men nog mogelijkheden ziet voor de hervatting van het eigen werk of ander werk. Men verwijst dan door naar de arbeidsarts indien er nog een contract is of men start zelf een traject als er geen contract is.

Er wordt ook een vragenlijst gebruikt waarin wordt gepeild naar de eigen inschatting van de mogelijkheden van werkhervatting op relatief korte termijn. Het antwoord op die vraag geeft een indicatie van het risico op langdurige arbeidsongeschiktheid en dat biedt de mogelijkheid om mensen vroeger bij de re-integratiecoach te roepen.

Er was ook in een platform voor communicatie en overleg voorzien, maar dat wordt door technische onvolkomenheden tot op heden te weinig gebruikt. Er zou aan verbetering worden gewerkt. Het platform kan heel interessant worden om overleg te plegen met de arbeidsarts maar ook met de behandelende arts.

### *Multi- versus interdisciplinariteit*

In een van de conceptnota's wordt gepleit voor multidisciplinariteit. Annemie Bonroy betreurt de term multidisciplinariteit omdat die gewoon verwijst naar veel disciplines. In haar ogen moet het gaan over interdisciplinariteit, het samenwerken

tussen de verschillende disciplines met een gezamenlijk doel, namelijk het re-integreren en goed begeleiden van de verzekerden.

In de nota staat dat de adviserend arts een 'trechter' is die de toeleidingen voor integratie tegenhoudt. De spreker beweert niet dat het helemaal onwaar is, maar wel dat het met dit model achterhaald blijkt. De teams die er al zijn binnen CM bestaan uit de adviserend arts, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, psychologen, ergotherapeuten en administratieve krachten. Er is ook een heel goed uitgebouwde sociale dienst.

Op dit moment gebeurt het overleg met het interdisciplinaire team op structurele basis. De dossiers waarover men twijfelt, worden daarin gezamenlijk bekeken.

CM heeft ook een aantal medewerkers en integratiecoaches die bij een burn-out en andere werkgerelateerde aandoeningen een eerste contact leggen met de leden op een vroeg tijdstip, bijvoorbeeld na negen of tien weken arbeidsongeschiktheid. Het aantal dagen primaire arbeidsongeschiktheid ligt in de ziekenfondsen die deze aanpak hanteren merkbaar lager dan in de andere. Daarna volgen uiteraard nog opvolgconsulten en re-integratiegesprekken.

De re-integratiegesprekken gaan over het inschatten van de restcapaciteiten. Specifiek opgeleide mensen voeren motiverende gesprekken. Ze begeleiden de leden en bereiden hen voor op contacten met de arbeidsarts, VDAB enzovoort. Die mensen heten 'disability case managers' of 'certified return to work'-coördinatoren. Heel belangrijk in hun werk is het empoweren van de mensen zelf. Soms moeten de mensen bepaalde factoren zelf aanpakken. De re-integratiegesprekken zijn uiteraard altijd maatwerk.

#### *Mogelijkheden tot re-integratie*

Welke zijn de mogelijkheden tot re-integratie? Men kan deeltijds het werk hervatten bij de eigen of een andere werkgever. Dat laatste lijkt niet evident maar toch gebeurt het vrij frequent. De wettelijke voorwaarden zijn dat men minimaal één dag arbeidsongeschikt moet zijn, dus dat men het werk heeft stopgezet. Volgens een van de conceptnota's zou men dit willen herzien, maar Annemie Bonroy is het daar niet helemaal mee eens. Mensen moeten soms tegen zichzelf worden beschermd. De werkgever zal soms ook vragen om hele dagen te werken. Er moet over comptabiliteit met de gezondheidstoestand worden gewaakt.

Een langdurig ziek lid kan ook zijn competenties opfrissen of een nieuw beroep aanleren via de samenwerkingsovereenkomst. Er is ook de mogelijkheid van vrijwilligerswerk en stages.

#### *Preventie van arbeidsongeschiktheid*

Heel belangrijk is de preventie van arbeidsongeschiktheid. Annemie Bonroy is tevreden dat dit in de conceptnota's is opgenomen. CM heeft heel recentelijk een studie uitgevoerd waarin de leden werden bevraagd over hun ervaringen met arbeidsongeschiktheid en werkhervatting. Een mogelijke piste is om minder uren te werken dan vroeger en om een aangepaste jobinhoud te krijgen, bijvoorbeeld minder stresserend of minder fysiek belastend. Heel belangrijk voor arbeidsongeschikten die het werk willen hervatten, is een goede relatie met collega's en steun van de leidinggevende. Leidinggevendenden kunnen worden gecoacht in het omgaan met hen. De respondenten vragen ook psychologische begeleiding te faciliteren. Een consult bij de psycholoog is nog altijd vrij duur en de wachtlijsten bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zijn heel lang.

*Conceptnota over een versterkte en multidisciplinaire aanpak op maat van langdurig zieken om hun kansen op werk te verhogen*

Annemie Bonroy sluit af met enkele bedenkingen bij de twee nota's. Ze gaat eerst in op de conceptnota over een versterkte en multidisciplinaire aanpak op maat van langdurig zieken (*Parl.St. VI.Parl. 2020-21, nr. 707/1*). Die handelt ook over mensen met ernstige gehoorproblemen. De spreker vindt het een heel goed idee om specifieke doelgroepen te bekijken, maar er moeten heel duidelijke criteria zijn.

Het belang van de werkgever wordt in de nota duidelijk onderstreept. Het begint inderdaad altijd met een werkplaats en werkgevers moeten daar voor open staan. Er is nog altijd discriminatie van mensen die langdurig arbeidsongeschikt zijn.

De nota doet de spreker denken aan de methodologie van IPS. De ziekenfondsen zijn soms heel enthousiast over deze methode, die mensen probeert te empoweren.

De mensen met gehoorproblemen zijn een specifieke doelgroep. Maar arbeidsongeschiktheid is vaak multifactorieel; het gaat zelden alleen over één problematiek. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat lage rugpijn vaak samenhangt met zich psychisch niet goed voelen.

In de conceptnota staat dat er weinig gegevens zijn over ernstige gehoorproblemen. Bij CM is 0,1 procent van de leden arbeidsongeschikt door ernstige gehoorproblemen en 11 procent daarvan is in invaliditeit. Het is een kleine groep maar er kan mee worden gestart. In de ziekteverzekering maakt men wel het onderscheid tussen arbeidsongeschikt worden en aangeboren doofheid. Iemand die doof wordt geboren – dat noemt men een vooraf bestaande toestand – wordt nooit toegeleid naar de ziekteverzekering maar naar het stelsel van de gehandicaptensector. Het is evident dat de uitnodiging van de arbeidsongeschikten gebeurt via de ziekenfondsen, na afbakening van de doelgroep.

*Conceptnota over de activering van langdurig zieken*

In de conceptnota over de activering van langdurig zieken (*Parl.St. VI.Parl. 2020-21, nr. 692/1*) wordt gesproken over mensen bekend bij het RIZIV en mensen bekend bij de ziekenfondsen. Elke arbeidsongeschiktheid wordt opgevolgd door de adviserend arts van het ziekenfonds, na één jaar uiteraard met inspraak van het RIZIV.

Er staat ook in dat er regionale verschillen zijn in de toeleiding naar bijvoorbeeld VDAB, en dat is ook zo. In de regio's waar wordt ingezet op structureel overleg, zoals bijvoorbeeld in West-Vlaanderen, groeit het vertrouwen tussen beide partners. VDAB zet daar nu wel sterker op in, ook in de andere provincies.

De conceptnota heeft het ook over disability management. Een paramedisch medewerker van CM voert nu een studie uit over het implementeren daarvan in de mutualiteiten. Er is ook al een studie uitgevoerd over werkbaar werk.

De conceptnota stelt dat de bedrijfsartsen vroeger moeten worden betrokken. Dat gebeurt volgens Annemie Bonroy nu al als het nodig is. Maar het platform voor communicatie daarover kan echt wel worden verbeterd.

In de nota vraagt men ook dat de huisartsen getuigschriften van arbeidsongeschiktheid voor een kortere duur zouden schrijven omdat dan de opvolging beter kan verlopen. Volgens de getoonde tabel gelden de eerste getuigschriften voor een groot deel voor minder dan dertig dagen en bijna allemaal voor minder dan negentig dagen.



Een geschiktheidsattest of fitnote is voor kortere periodes zeker relevant. Met dank aan de coronapandemie bestaat dit al in de vorm van het COVID-19-attest. Huisartsen zijn wel niet opgeleid om specifiek te noteren wat iemand wel of niet kan omdat ze geen kennis hebben over de werkplaats. Dan is de vroege interventie van de arbeidsarts zinvol.

Men moet inderdaad maximaal inzetten op aanpassingen op het werk. Maar wat zijn redelijke aanpassingen voor een werkgever? Daarover bestaan er al Europese richtlijnen maar die kunnen verder worden uitgewerkt.

Vrijwilligheid en inspraak in de trajecten is evident. Mensen dwingen een opleiding te volgen waar ze niet achter staan, werkt alleen maar averechts.

De ziekenfondsen moet duidelijke en correcte informatie aan hun leden geven en bij CM gebeurt dat al. Het is wel een complexe wetgeving. De disability managers kunnen daarin een rol spelen.

Verder staat in de conceptnota nr. 692/1 dat het wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid tijdens de opleiding ervoor zorgt dat mensen niet worden onderzocht door de adviserend arts. Dat klopt in een groot deel van de gevallen, maar het lijkt Annemie Bonroy geen tijdverlies. Het zou eerder contraproductief zijn als men mensen hun opleiding zou onderbreken.

Tot slot is het heel belangrijk om het juiste traject en/of opleiding voor iemand te kiezen, aldus Annemie Bonroy. Iemand met zware rugproblemen moet bijvoorbeeld niet beginnen aan een opleiding in de verpleegkunde.

## **II. Vragen en opmerkingen van de leden**

### *Tussenkomst van Ilse Malfroot*

*Ilse Malfroot* dankt de sprekers voor de boeiende uiteenzettingen. Het activeren van langdurig zieken naar de arbeidsmarkt is een onderwerp waarvoor inspanningen van verschillende instanties en bestuurlijke niveaus vereist zijn.

Er blijven nog veel vraagstukken onopgelost. Het lid wijst op de financiële haalbaarheid voor de kleine ondernemers en op het feit dat aangepast werk moet worden aanvaard door de collega's. Ook de bevoegdheidsverdeling is een drempel: de beperkte gegevensuitwisseling tussen het Vlaamse en federale niveau maakt het niet gemakkelijker.

Sinds 2019 telt België meer langdurig zieken dan werklozen en de cijfers gaan in stijgende lijn. De impact van de coronapandemie is nog onduidelijk.

Om aan een werkzaamheidsgraad van 80 procent te komen, is de activering van de groep langdurig zieken cruciaal. Een belangrijke drempel is de inactiviteitsval: een traject naar werk dat onzeker is tegenover de zekerheid van een uitkering. Werken moet lonen. Zowel de Vlaamse als de Federale Regering moeten hiervoor acties ondernemen.

VDAB beschikt over ongeveer vijfhonderd jobcoaches voor de begeleiding van langdurig zieken naar de arbeidsmarkt. Is dit aantal voldoende om individueel maatwerk te bieden?

Er is een drempel voor uitkeringsgerechtigde personen met een beperking. Het financiële aspect is een drempel voor re-integratie. Op welke manier kunnen de mogelijkheden voor een combinatie van werk en ziekte worden verruimd? Hoe kan

de werking van de verschillende instanties voor langdurig zieken beter op elkaar worden afgestemd?

Een goede afstemming met de federale instanties is noodzakelijk. De rol van de adviserend arts is hierbij cruciaal. Volstaan volgens de sprekers samenwerkingsakkoorden of is een meer responsabiliserende aanpak aangewezen?

VDAB heeft een samenwerkingsovereenkomst met het RIZIV gesloten en bouwt een gericht aanbod uit dat botst op beperkingen door de bestaande federale regelgeving. Er is bijvoorbeeld het vrijblijvende karakter waardoor de betrokkene, na positief advies van de adviserend arts, zelf beslist om al dan niet op het begeleidingsaanbod in te gaan. Hoe kan men dit anders aanpakken?

Worden er door VDAB pistes uitgewerkt in samenwerking met uitzendkantoren?

De dienstverlening van VDAB wordt beter bekendgemaakt bij de huisarts en de behandelende artsen. Maar is de huisarts de aangewezen persoon om dit zeer ruime aanbod aan de man te brengen? Hoe staan huisartsen zelf hier tegenover?

In Nederland zet men in plaats van huisartsen externe artsen in. Externe artsen zouden minder de noodzaak voelen om mensen langdurig ziek te schrijven omdat ze geen relatie hebben met de patiënt. Is dat een mogelijke piste voor Vlaanderen?

Het takenpakket van de arbeidsarts, de preventie-adviseur en de adviserende arts zou volgens Ilse Malfroot moeten worden gemoderniseerd om langdurig zieken naar werk te begeleiden. Op welke manier zou artificiële intelligentie en digitalisering die werking kunnen ondersteunen?

#### *Tussenkoms van Caroline Gennez*

*Caroline Gennez* dankt de sprekers voor de zeer deskundige uitleg en de commissieleden van CD&V en N-VA voor de conceptnota's. Re-integratie van langdurig zieken op de arbeidsmarkt is een belangrijk thema dat de commissie al lang beoogt.

De eerste vaststelling is dat de groep van langdurig zieken steeds groeit. De tweede is dat het een communicerend vat is met het aantal langdurig werklozen. De derde is dat de doelgroep diversifieert: van louter fysieke aandoeningen naar psychische problemen en burn-out. De vierde vaststelling is dat re-integratie zinvol is. Om een werkzaamheidsgraad van 80 procent te bereiken, is het evident dat mensen die ziek zijn of waren minstens een aanbod krijgen om opnieuw aan de slag te gaan.

Preventie is zeer belangrijk. Hoe kan men de arbeidsmarkt zo organiseren dat mensen niet uitvallen en dat werk werkbaar is? Hiervoor moeten alle stakeholders worden geresponsabiliseerd, niet alleen de werknemers zelf, maar ook de werkgevers.

Vooruit pleit ervoor om het beleid rond re-integratie van langdurig zieken vanuit twee principes te bekijken. Het eerste is vrijwilligheid van de re-integratie. Het heeft geen zin om mensen die echt ziek zijn naar de arbeidsmarkt te duwen, dat kan de situatie van die mensen nog verergeren.

Het tweede principe is maatwerk. De ene patiënt is de andere niet. Zo kan een werknemer met een burn-out misschien snel naar een andere job, maar een andere niet.

Bij re-integratie is de snelheid van contactname en opvolging door artsen, VDAB enzovoort is heel belangrijk. Mensen moeten tijd krijgen om te genezen maar mogen ook niet aan hun lot worden overgelaten.

De begeleiding bij re-integratie moet multidisciplinair zijn. Mensen moeten de juiste informatie krijgen over hun inkomen, het type traject dat ze kunnen volgen enzovoort.

De re-integratie van langdurig zieken is ook deels een federale bevoegdheid. In het federale parlement heeft men ook een hoorzitting georganiseerd waarop enkele van de sprekers aanwezig waren. Zijn er lessen te trekken uit de discussie die men federaal heeft gevoerd?

In Vlaanderen bestaat er al een amalgaam aan maatregelen (IBO-plus, tijdelijke VOP, individueel maatwerk enzovoort). Welke specifieke maatregelen zouden volgens de sprekers kunnen helpen voor de re-integratie van de groep van langdurig zieken? Caroline Gennez meent dat de bestaande maatregelen niet noodzakelijk geschikt zijn voor deze groep. Iemand met een burn-out bijvoorbeeld hoeft niet noodzakelijk een arbeidsbeperking te hebben.

Er wordt vaak gezegd dat er ook voor werkgevers een incentive moet zijn om langdurig zieken aan te werven. Een van de problemen binnen de huidige Vlaamse maatregelen is dat ze zijn afgestemd op mensen met een bepaald 'label', zoals arbeidsbeperking of sociale economie. Het aantal Vlaamse ondersteuningspremies is relatief stabiel. Zou het niet goed zijn om een specifieke aanwervingspremie in te voeren voor langdurig zieken die via het RIZIV worden begeleid? Hoe zou die premie er concreet moeten uitzien voor een maximaal rendement?

Wat zou er op vlak van preventie nog meer kunnen gebeuren?

Federaal minister Frank Vandenbroucke werkt aan een plan met een sterke focus op terug-naar-werkcoördinatoren, nieuwe functies, uitbouwen van een monitoring- en evaluatiesysteem en IT-ontwikkeling met nieuwe procesflow en monitoring. Hoe evalueren de sprekers deze federale insteek? Hoe kan Vlaanderen hier maximaal winst uithalen?

Caroline Gennez merkt inzake preventie nog op dat een werknemer zeven jaar werkervaring moet hebben om een beroep op loopbaancheques te kunnen doen. Als men loopbaancheques ook wil inzetten om langdurige arbeidsongeschiktheid te voorkomen, moet het instrument dan niet onafhankelijk van het aantal jaren werkervaring worden gemaakt?

#### *Tussenkoms van Axel Ronse*

*Axel Ronse* meent dat iedereen het eens is over de aanpak, namelijk dat men vroeg moet starten, dat de patiënt centraal moet staan, dat het een multidisciplinaire (of interdisciplinaire) aanpak vereist en dat preventie de best denkbare maatregel is. De drie fases die Lode Godderis onderscheidde, zijn een zeer interessante insteek.

Er zijn twee conceptnota's opgesteld. Wat kan Vlaanderen doen om de basisfilosofie die door iedereen wordt gedeeld in regelgeving om te zetten? Voor *Axel Ronse* mag dit geld kosten omdat het rendement van mensen te re-integreren heel hoog ligt. Het terugverdieneffect is groot.

Een heel belangrijk aspect dat door de sprekers werd aangehaald, is de communicatie met de werkvloer en de collega's. Maar ook de communicatie met familie, vrienden en verenigingen waar men lid van is, is belangrijk. De hele context van de persoon is belangrijk voor re-integratie, ook bij de begeleiding.

Zijn er voldoende mensen met de juiste skills om de re-integratie van langdurig zieken te begeleiden? Indien dat niet het geval is, hoe kunnen die mensen worden aangetrokken?

Zijn er voldoende hefboomen of moet de regelgeving worden aangepast? De belangrijkste hefboom is volgens Axel Ronse de goede wil van de langdurig zieken en van de bedrijven, zowel van de werkgever als van de collega's op de werkvloer.

Welke zijn de drempels die via Vlaamse of federale regelgeving kunnen worden weggewerkt?

#### *Tussenkoms van Jos D'Haese*

Ook *Jos D'Haese* vindt de problematiek heel belangrijk. Iedereen is het wellicht voor een groot deel eens over de doelen maar misschien iets minder over de manier waarop die moeten worden bereikt. Re-integratie moet snel starten, maar op welke manier?

Er wordt veel gepraat over preventie, maar weinig concreet, ook in de conceptnota's die voorliggen. De toename van langdurig zieken is volgens het lid grotendeels te wijten aan drie factoren: psychosociale stress, fysieke overbelasting en het feit dat door de inperking van het brugpensioen, mensen in langdurige ziekte terechtkomen. Voor het lid betekent preventie dat het voor iedereen doenbaar moet zijn. Zijn er voorbeelden uit binnen- of buitenland waarin men erin slaagt om de druk (zowel fysisch al psychosociaal) voor iedereen te verlagen? Werkbaar werk kan men niet in harde wetgeving vastleggen.

Re-integratietrajecten eindigen nog vaak in ontslag wegens medische overmacht. Lode Godderis zei dat heel wat langdurig zieken dankzij de re-integratietrajecten een nieuwe werkgever hebben gevonden, maar ze worden natuurlijk eerst ontslagen.

Lode Godderis zei ook dat zieke werknemers een terugkeer naar hun oude werkgever vaak niet zien zitten. Op welke waarnemingen is dit gebaseerd? In de praktijk van Geneeskunde voor het Volk ziet men net het omgekeerde, namelijk dat het de werkgever is die een terugkeer niet ziet zitten. Dit wordt ook gestaafd door de medische ontslagen. Gebeuren er vandaag genoeg redelijke aanpassingen op de werkvloer? Wordt het door werkgevers mogelijk gemaakt om effectief terug te komen? Zijn er daar gegevens over? Is er extra beleid nodig om ervoor te zorgen dat de re-integratie ook door de werkgever in handen wordt genomen?

De werknemer moet centraal staan, maar er is nog een verschil met alle verantwoordelijkheid bij de patiënt leggen. Dat lijkt *Jos D'Haese*, gegeven de bijna epidemische omvang van het probleem, niet de juiste aanpak.

#### *Tussenkoms van Tom Ongena*

Voor *Tom Ongena* is het duidelijk dat de re-integratie van langdurig zieken een cruciale opdracht wordt als Vlaanderen een werkzaamheidsgraad van 80 procent wil bereiken. Hij dankt de collega's van CD&V en N-VA om met de conceptnota's het debat mee aan te trekken.

Lode Godderis toonde de grafiek van de daling van het aantal werkzoekenden tegenover de stijging van het aantal langdurig zieken. Soms wijst men op een causaal verband: door de strengere aanpak van werkloosheid, komen meer mensen in arbeidsongeschiktheid. Bestaat dat verband echt? Zijn het werkzoekenden die in de arbeidsongeschiktheid terechtkomen?

De rol van interne en externe preventiediensten wordt volgens Tom Ongena onderbelicht. Ze verrichten nu vaak administratieve taken, maar ze hebben ook artsen in dienst en zouden een belangrijke rol kunnen spelen bij preventie en re-integratie. Hoe ziet Lode Godderis de mogelijke rol van die diensten?

Verschuillende sprekers hebben verwezen naar het raamakkoord voor 5000 trajecten, die men volgens het actieplan wil optrekken naar 10.000 trajecten. De 5000 trajecten geraken echter nu al niet volledig ingevuld terwijl er 500.000 arbeidsongeschikten zijn. Hoe komt het dat zelfs de doelstelling van 5000 trajecten niet wordt gehaald?

Veel werknemers die opnieuw willen re-integreren, vrezen voor ontslag. Werkgevers zijn niet altijd bereid om veel aanpassingen te doen. Is het vrijwillige karakter van de re-integratietrajecten een belemmering om resultaten te boeken? Hoe kan volgens VDAB de output van de trajecten worden verbeterd? Het lid stelt de vrijwillige trajecten niet in vraag, maar wil weten hoe ze tot betere resultaten kunnen leiden.

Tom Ongena verwijst naar de hoorzitting in de commissie Sociale Zaken van de Kamer van volksvertegenwoordigers. Een van de vaststellingen was dat er bij de huisartsen en behandelende artsen een belangrijke mentaliteitswijziging nodig is. Langdurig zieken zien de arbeidsarts zelden als een logische partner in de behandeling, terwijl men het erover eens is dat re-integratie belangrijk kan zijn voor het herstel. Hoe kan men hieraan iets doen? Is er een probleem bij de opleiding? Hoe kunnen de huisartsen en behandelende artsen een belangrijke rol krijgen?

De mutualiteiten spelen een cruciale rol in re-integratie. De vraag wordt soms gesteld of ze wel voldoende geresponsabiliseerd zijn om daar volop werk van te willen maken. Wat is de mening van Annemie Bonroy daarover? Moeten er voor het begeleiden bij re-integratie extra incentives voor de ziekenfondsen komen?

Zijn er verschillen in benadering tussen de verschillende ziekenfondsen?

Soms is er volgens Tom Ongena bij de mutualiteiten een probleem van beschikbaarheid en uitwisseling van data, vaak om privacyredenen. Ervaart CM dit als een probleem?

#### *Tussenkomst van Imade Annouri*

Volgens *Imade Annouri* heeft langdurig afwezig zijn van de arbeidsmarkt een grote impact op zelfvertrouwen, professionele relaties enzovoort. Het lid heeft in zijn omgeving moeten vaststellen dat langdurig ziek zijn jonge talentvolle mensen kan herleiden tot een schim van zichzelf. Hij is dan ook tevreden dat alle partijen het eens zijn dat dit een groot probleem is dat moet worden opgelost, zonder met de vinger te wijzen naar de ene of de andere.

Imade Annouri heeft het gevoel dat preventie en re-integratie 'end of pipe'-oplossingen zijn. Wordt het probleem niet te beperkt bekeken? Is de arbeidsmarkt niet zo georganiseerd dat men moet nadenken over andere grote stappen? Vroeger had men bijvoorbeeld meer opties inzake tijdskrediet. Misschien moet eens fundamenteel worden nagedacht over hoe we omgaan met tijd en met de balans werk-privé. Hebben de sprekers voorstellen?

Mensen vallen vaak uit omdat ze het gevoel hebben geen kant meer uit te kunnen. Er wordt vaak gezegd dat men ervoor moet zorgen dat mensen zelf hun stressindicatoren kunnen monitoren en dat ze ermee naar een leidinggevende moeten kunnen stappen. Hebben de werknemers voldoende tools om zelf aan de alarmbel te trekken? Moet het beleid hier niet meer op inzetten?

Re-integratie is vaak moeilijk voor werkgever en werknemer. Als de werknemer van werk verandert en er een nieuwe medewerker in de plaats komt, wordt er vaak niets aan de functie en arbeidsomstandigheden gewijzigd. Vaak botst die nieuwe werknemer dan na zoveel maanden op dezelfde muur. Dat is volgens Imade Annouri niet noodzakelijk slechte wil van de werkgever. De werkafspraken kunnen niet goed zijn, de verwachtingen te hoog, avondwerk kan meer de regel dan een uitzondering zijn enzovoort. Moet er geen structureel instrument zijn om de werkgevers te begeleiden en te identificeren wat er fout loopt?

#### *Tussenkamst van Robrecht Bothuyne*

*Robrecht Bothuyne* begrijpt dat snelheid en een juiste timing cruciaal zijn bij de re-integratie. Maar dat geldt volgens het lid ook voor een goede bevoegdheidsverdeling. Bij de organisatie van deze hoorzitting viel al op hoeveel actoren er wel niet zijn die instaan voor het begeleiden van langdurig zieken richting arbeidsmarkt. Bovendien zijn er nog minstens twee overheden bevoegd, de Vlaamse en de federale. Wat zou volgens de spreker de ideale bevoegdheidsverdeling zijn? Zijn er taken die eerder specifiek voor Vlaanderen zouden moeten zijn?

Voor de betrokkenen is het belangrijk dat ze, als het potentieel er is en de medische toestand het mogelijk maakt, zo snel mogelijk richting arbeidsmarkt worden begeleid. Federaal minister Frank Vandenbroucke heeft de idee van terug-naar-werkcoaches gelanceerd. Robrecht Bothuyne vreest dat hiermee een nieuw tussenstation wordt gecreëerd. Hij vindt dat, eens de medische wereld potentieel bij de betrokkene ziet, men VDAB en partners moet inschakelen bij de begeleiding naar de arbeidsmarkt om vertraging te vermijden. De terug-naar-werkcoaches lijken daarbij een tussenliggende stap te zijn.

VDAB heeft een aantal projecten lopen, onder meer met bpost. Zijn er nog projecten die succesvol zijn? Welke lessen kan men hieruit trekken om nog meer langdurig zieken te bereiken?

Robrecht Bothuyne deelt de mening dat er nog heel veel onontgonnen potentieel is bij de samenwerking tussen VDAB en het RIZIV. Als uit een studie blijkt dat een derde van de langdurig zieken zich in staat voelt om opnieuw volledig of gedeeltelijk te werken, zijn vijfduizend of tienduizend trajecten weinig. Wat kan er gebeuren om de instroom te verhogen? Hoe kan men er meer een succes van maken?

Het lid hoort dat in sommige regio's de mensen op het terrein elkaar blijkbaar niet goed kennen. Dat lijkt straf, want er wordt al zeker acht jaar hierrond gewerkt.

De trajecten van het RIZIV en VDAB kennen niet alleen een beperkte instroom maar ook een beperkte uitstroom. Het uitstroompercentage bedraagt amper 30 procent. De krapte op de arbeidsmarkt zou toch tot meer kansen moeten leiden voor wie misschien een minder evident traject heeft doorlopen. Er is intussen ook heel wat ervaring opgedaan door alle partners.

Het RIZIV maakt steeds meer budget vrij voor de VDAB-trajecten, namelijk 24 miljoen euro. Toch stijgt de uitstroom niet significant. Wat kan men daaruit leren? Worden de middelen optimaal ingezet?

De ziekenfondsen zijn een cruciale partner. CM probeert om na negen of tien weken een eerste contact te realiseren. Gebeurt dit voor alle langdurig zieken of voor een bepaalde groep? Wordt die termijn ook bij alle andere ziekenfondsen toegepast? Is negen of tien weken volgens Lode Godderis een optimale termijn?

De Externe Diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk zijn weinig aan bod gekomen, maar ze hebben ongetwijfeld veel expertise. Kan die nog beter worden ingezet?

Loopbaanbegeleiding is een instrument dat een hoge tevredenheidsgraad haalt en zowel preventief als curatief een rol kan spelen. Zou men aan huisartsen die meer dan een maand ziekteverlof voorschrijven, niet kunnen vragen om de mensen naar loopbaanbegeleiding te sturen? Op die manier kunnen ze een zicht krijgen op hun competenties en de opties die ze hebben op de arbeidsmarkt. Ze hoeven dan niet te blijven hangen in een job die hen ziek maakt of op een andere manier schade berokkent.

De huisartsen zijn volgens Robrecht Bothuyne een bijzonder belangrijke speler. Wordt er door de verschillende actoren voldoende met hen samengewerkt?

### **III. Antwoorden van de sprekers**

*Antwoorden van Saskia Decuman en Astrid Brans (RIZIV)*

*Saskia Decuman* kan melden dat het RIZIV in overleg is met het kabinet van minister Frank Vandenbroucke over de nieuwe initiatieven die men op federaal vlak wil nemen. Het is echter nog te vroeg om hierop in te gaan, omdat de maatregelen nog in bespreking zijn en aan de sociale partners moeten worden voorgelegd.

In antwoord op de vraag over de incentives stelt de spreker dat het belangrijk is om nog meer in te zetten op de mogelijkheid van de toegelaten activiteit, het artikel 100, §2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Tijdens de arbeidsongeschiktheid kan men, op voorwaarde van goedkeuring, stappen naar werk zetten. Het is een mogelijkheid die onderbenut is en te weinig bekend bij verschillende actoren, zeker de toepassing ervan. Er is heel veel mogelijk. Mensen kunnen beginnen met een hervatting voor één dag tot een voltijdse hervatting, mits ze aan bepaalde voorwaarden voldoen, en toch erkend blijven als arbeidsongeschikt.

Met het IPS-project wordt ingezet op intensievere communicatie tussen jobcoaches en onder meer de adviserend arts. Er kan er meer een beroep op artikel 100, §2, worden gedaan als er vaste communicatiemomenten tussen alle actoren zijn. Maar er moet ook meer aandacht zijn voor digitale uitwisseling van data, zoals door Annemie Bonroy aangehaald.

Saskia Decuman is ervan overtuigd dat binnen de bestaande samenwerkingsovereenkomst heel veel mogelijk is. Er zijn zeker verbeterpunten, maar er is nog veel onderbelicht potentieel. Daartoe is ook de werkgroep opgericht.

Het is een zeer terechte opmerking dat na jarenlange samenwerking mensen elkaar blijkbaar nog niet kennen. De werkgroep moet er zeker bij blijven stilstaan. Bepaalde elementen uit de regelgeving zijn door sommige actoren vaak nog onvoldoende gekend. Huisartsen zijn enerzijds vragende partij om meer betrokken te worden maar hebben anderzijds daar in hun praktijk weinig mogelijkheden toe.

Er werd ook opgemerkt dat de beperkende federale regelgeving een rem zou zijn op de instroom, onder andere door het niet-verplichte karakter. Saskia Decuman zegt dat het vooral van belang is om in te zetten op de wil en de motivatie van langdurig zieken. In het andere geval dreigt het beeld van de communicerende vaten. De switch tussen werkloosheid en arbeidsongeschiktheid is in het buitenland al herhaaldelijk aangetoond. Ook het kenniscentrum heeft daarover meerdere rapporten opgesteld die aan de commissieleden kunnen worden overgemaakt. Bovendien moet

men ook kijken naar duurzame werkhervatting. Sancties en verplichting zullen wel zorgen voor een grotere instroom, maar daarom nog niet voor een succesvolle uitstroom. De spreker pleit dan ook eerder voor incentives dan voor sancties.

Er zijn inderdaad heel wat initiatieven die misschien te weinig zijn afgestemd op mensen met langdurige arbeidsongeschiktheid. Partners zoals VDAB zetten daar wel heel sterk op in, onder meer in proefprojecten.

In de begeleiding mag men inderdaad niet enkel kijken naar de medische ongeschiktheid maar ook naar de bredere arbeidsmarktproblematiek. Die verschilt niet altijd naargelang de medische problematiek.

Saskia Decuman vindt persoonlijk dat men nog meer moet inzetten op de VOP. Misschien moet iets worden gedaan aan de aanvraagprocedure. Een arts moet bewijzen dat iemand voldoet aan bepaalde criteria maar die stroken vaak niet met de doelgroep waarvoor de VOP bedoeld is. De spreker is daarom heel tevreden met de aanpassingen die gebeurd zijn voor mensen met een oncologische problematiek. Artsen willen een bepaalde diagnose kunnen stellen en niet enkel een code toekennen.

Men moet inderdaad durven te denken aan grotere veranderingen in de samenleving, maar dat is niet evident. Het is een zeer complexe problematiek en dat is niet enkel te wijten aan de bevoegdheidsverdeling.

De huisartsen hebben een vertrouwensfunctie en vinden het vaak niet evident om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven. Ze zijn ook niet altijd op de hoogte van de arbeidsmarkt. Indien dat aan een andere arts wordt overgelaten, zal de afstand met de patiënt misschien te groot zijn. Het RIZIV en partners zoals VDAB hebben al heel wat mogelijke oplossingen geanalyseerd, maar er is geen eenvoudige oplossing.

De huisartsen zijn voor het RIZIV een belangrijke doelgroep. Er zijn een aantal studies gebeurd – waaronder een onderzoek onder leiding van Lode Godderis over mensen met een burn-out – waarbij de huisartsen rechtstreeks werden betrokken, met specifieke tools om hen te ondersteunen. Men is op heel veel barrières gebotst: huisartsen zijn een cruciale factor, maar ze worden weinig betrokken. Er wordt nog verder onderzocht wat die barrières precies zijn en in welke incentives het RIZIV kan voorzien.

Cijfers zijn heel belangrijk om het beleid te monitoren. Maar het is ook niet correct om voor re-integratie enkel te kijken naar die vijfduizend trajecten en de uitstroom daarvan. Mensen die een toegelaten activiteit hervatten, passeren bijvoorbeeld niet altijd via VDAB. Ook mensen die spontaan het werk hervatten via andere vormen van begeleiding, zitten niet in die cijfers.

Moeten er bevoegdheden van het ene naar het andere niveau worden gebracht? Saskia Decuman kan geen uitspraak doen over het gevoelige onderwerp van de bevoegdheidsverdeling. Ze wil nog eens benadrukken dat het RIZIV een heel goede samenwerking heeft met VDAB en GTB, in volle transparantie, en dat de werkgroep die samenwerking nog wil verbeteren.

*Astrid Brans* benadrukt dat de trajecten die het RIZIV in het samenwerkingsverband begeleidt echt nodig zijn. Een grote groep mensen kan uitstromen op zijn eigen capaciteiten. Er is ook al een optie voor adviserende artsen om iemand door te verwijzen naar VDAB zonder die op te nemen in de samenwerkingsovereenkomst, als de arts kan inschatten dat die persoon binnen de drie maanden niet meer arbeidsongeschiktheid is. Dat is een voorbeeld van een initiatief dat al werd genomen om re-integratie te versnellen waar mogelijk.



De spreker begrijpt soms ook niet goed hoe het kan dat de trajecten nog niet goed gekend zijn. Het RIZIV is al jaren bezig om overall informatie te verspreiden over de trajecten. Dat gebeurt via congressen, provinciale informatiedagen enzovoort. Er is een groeiende interesse bij de mutualiteiten en er worden goede dossiers ingediend. Maar er moet nog veel gebeuren, vandaar ook dat de werkgroep werd opgericht om de hinderpalen proberen weg te werken.

#### *Antwoorden van Lode Godderis*

*Lode Godderis* zegt dat er interessante vragen gesteld zijn, net zoals tijdens de hoorzitting in de Kamer van volksvertegenwoordigers. De bevoegdheden zijn verschillend maar de inzichten zijn vrij gelijklopend: de focus ligt op het snel kunnen ageren en er is de vaststelling dat het een zeer complex proces is. Vereenvoudiging is absoluut aan de orde. De federale volksvertegenwoordigers stelden ook een aantal vragen over het gewaarborgd loon: moet het worden uitgebreid of niet?

De spreker is in zijn presentatie niet ingegaan op preventie, maar hij is er het volledig mee eens dat men moet inzetten op preventie. Uiteraard zijn de interne en externe preventiediensten dé actoren die dit mee kunnen realiseren.

Aandacht voor het mentale welzijn is zeer belangrijk, want men mag niet vergeten dat rugproblemen en pijnproblematiek vaak een sterke mentale component hebben. Er is een zeer goede wetgeving inzake preventie en bescherming op het werk, die een aantal verplichtingen oplegt aan ondernemingen op het vlak van psychosociale risico's, de monitoring ervan en het nemen van bepaalde maatregelen. Lode Godderis stelt vast dat eerder grotere, goed gestructureerde bedrijven dat zeer goed doen. Kleinere bedrijven hebben het er vaak moeilijk mee. IDEWE stelt vast dat een risicoanalyse vaak pas wordt aangevraagd na een bezoek van de arbeidsinspectie. Er is een mentaliteitswijziging nodig om de determinanten van psychosociaal welzijn goed op te volgen. Het gaat over return on investment. Als mensen zich goed voelen op het werk presteren ze beter, blijven ze ook bij de werkgever en kan het bedrijf gemakkelijker nieuwe mensen aantrekken. Preventie loont dus vanuit economisch oogpunt. Daarbij wordt het klassieke pad gevolgd: analyseren, interpreteren, ageren, opvolgen en bijsturen.

Voor Lode Godderis is de snelle doorverwijzing naar de arbeidsarts in de eerste drie maanden cruciaal. Die directe doorverwijzing gebeurt veel te weinig. Hij begrijpt de bezorgdheden maar er is wetgeving die de onafhankelijkheid van de arbeidsarts garandeert. Als men snel doorverwijst, is de werkgever meer gemotiveerd om op korte termijn redelijke aanpassingen te doen. Dat wordt het best gefaciliteerd door financiële prikkels. Nu is het traject voor de aanvraag van een VOP veel te lang en met teveel drempels. De redelijke aanpassingen kunnen ook nuttig zijn voor de collega's van de betrokken werknemer.

Het besef is er dat er een belangrijke mentaliteitswijziging nodig is in de curatieve sector. Domus Medica is vragende partij en ook in de specialistische geneeskunde groeit het besef.

Lode Godderis verwijst naar Nobelprijswinnaar Amartya Sen, die de 'capability approach' heeft geïntroduceerd. Het is een economisch model dat kijkt naar de mogelijkheden van mensen en hun functioneringskansen om die in alle vrijheid te faciliteren en keuzemogelijkheden te creëren.

Er zijn in deze hoorzitting heel veel functies genoemd: huisartsen, adviserende artsen, jobcoaches, bemiddelaars, terugkeer-naar-werkwerkcoaches, disability case managers. Het veld is te verdeeld. De blokken liggen er maar er is geen handleiding om ze in elkaar te passen. Volgens Lode Godderis moet men gaan connecteren en denken in termen van financiering op basis van trajecten,

pakketten die voor bepaalde doelgroepen worden uitgewerkt en worden gefinancierd. Zowel de werknemer als de werkgever en de betrokken partners moeten een financiële incentive krijgen.

Dat was ook de bedoeling van het project voor een burn-outzorgtraject. Er werd heel snel doorverwezen naar psychologische ondersteuning, maar er werd ook gekeken naar de oorzaken op het werk en de terugkeer naar werk werd in de eerste drie maanden al voorbereid. Er waren een aantal financiële incentives. De huisarts kreeg een vergoeding voor de coördinatie, maar ook de patiënt had het voordeel dat hij geen remgeld moest betalen en de psychologische ondersteuning werd terugbetaald. De voorwaarde was wel dat hij het traject volledig moest doorlopen en dat hij daar als patiënt verantwoordelijk voor was. Op die manier creëert men een keuzemogelijkheid op vrijwillige basis, vanuit een incentiviserende aanpak waarbij men actoren laat samenwerken. De actoren organiseren zich rond de patiënt in plaats van omgekeerd.

Lode Godderis pleit ervoor om eerst te verwijzen naar de arbeidsarts om de aanpassing om de werkplek te bespreken. Een return-to-workcoördinator zoals minister Frank Vandenbroucke voorstelt, is waardevol als 'single point of contact' als de eerste piste via de arbeidsarts niet lukt. Vereenvoudiging en afstemming blijven nodig.

De spreker verduidelijkt dat men in eerste instantie moet kijken naar wat mogelijk is om terug te keren naar hetzelfde werk en daar in redelijke aanpassingen te voorzien. Als dat niet lukt, moet men op een veilige en ondersteunende manier de werknemer helpen bij het vinden van een andere geschikte job.

Er zijn inderdaad veel maatregelen en instrumenten die op elkaar moeten worden afgestemd in de trajecten. Ook de incentives voor de werkgevers zijn te versnipperd en worden best op elkaar afgestemd.

Lode Godderis stelt voor om niet langer te werken met certificaten en ziekteattesten. De huisarts zou wel gericht kunnen doorsturen en werken met fitnotes. Dat is een positief verhaal.

Er is gesproken over langdurig zieken en arbeidsongeschikten, maar het gaat altijd over mensen met talenten. De vraag moet zijn hoe men die kan inzetten. Misschien moet men ook eens nadenken over de terminologie die in deze context wordt gebruikt.

#### *Antwoorden van Lynn Germeys (VDAB)*

*Lynn Germeys* zegt dat er bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen zijn voor aanpassingen op de werkvloer. Het is de ambitie van VDAB om die nog beter bekend te maken bij kmo's. Ze kunnen bijvoorbeeld worden gebruikt om lokalen rolstoelvriendelijk te maken.

De jobcoach die op de werkvloer gaat, kan zeker bijdragen aan het wegnemen van vooroordelen of tegenkantingen.

Er is een goed overleg tussen het Vlaamse en het federale kabinet en ook de administratie wordt daarbij betrokken. De dialoog blijven aangaan en open communiceren over de knelpunten, is zeer belangrijk.

Er werd gevraagd of vijfhonderd jobcoaches voldoende is. Er wordt voortdurend nagegaan of opschaling nodig is. In het verleden heeft VDAB zich steeds kunnen aanpassen aan de toenemende instroom en dat zal in de toekomst wellicht niet

anders zijn. Ook de budgetten van het RIZIV stijgen, wat VDAB in staat stelt om de partners tijdig in te schakelen en in opschaling te voorzien.

Volstaat het raamakkoord of is er sensibilisering nodig? Het is een en-en-verhaal. Het raamakkoord heeft zijn nut bewezen en er is een werkgroep opgericht om verbeterpunten te bekijken. Daarnaast kan sensibilisering zeker bijdragen. De betrokken actoren wijzigen en ook de wetgeving verandert, dus moet men blijven informeren.

In de samenwerking is het zeer belangrijk dat iedereen goed geïnformeerd is en de communicatielijnen kort worden gehouden. De provinciale experts Re-integratie en de bruggenbouwers zijn daarbij heel belangrijk. Naast het raamakkoord en sensibilisering is er ook het Vlaams actieplan met acties die een toegevoegde waarde zijn voor re-integratie.

De trajecten naar werk voor arbeidsongeschikten gebeuren inderdaad op een vrijwillige basis. VDAB vindt het belangrijk om kansen te kunnen bieden vanuit een positieve aanpak. Motivatie en vertrouwen dragen bij tot het succes van de trajecten. De trajecten zijn weliswaar vrijwillig, maar niet vrijblijvend. Mensen die instromen via het raamakkoord hebben niet dezelfde rechten en plichten als uitkeringsgerechtigde werkzoekenden. Ze worden wel in de persoonlijke dienstverlening van VDAB opgenomen; er is dus wel opvolging en bijsturing van de bemiddelaar. Er is ook altijd terugkoppeling naar de adviserend arts.

Aanmoediging kan werken want er is vaak angst bij de betrokkenen. Binnen de trajecten wordt er ook gewerkt aan motivatie door versterkende acties, zoals leren omgaan met stress. Studies tonen aan dat een verplichte terugkeer ook voor een grotere uitval zou zorgen. De vrijwillige aanpak heeft zeker voordelen, gelet op de grote terugkeerbereidheid.

Er was ook een vraag over de uitzendkantoren. Er is een studie uitgevoerd in samenwerking met Idea Consult die binnenkort wordt opgeleverd. Daaruit blijkt dat er heel grote individuele verschillen zijn. Sommige personen willen net via uitzendkantoren opnieuw aan de slag gaan, anderen zien dat niet zitten.

VDAB werkt aan een infobrochure die door de huisarts kan worden meegegeven. Het is een eerste stap, want het bredere ecosysteem moet worden betrokken. VDAB heeft goede contacten met Domus Medica. Het zou goed zijn dat er in de opleiding van artsen meer aandacht voor re-integratie is.

VDAB heeft een flankerende rol inzake preventie. De werkbaarheidscheques van het Departement WSE zouden nog meer kunnen worden gebruikt voor preventie en werkbaar werk. Ook bij de bespreking van de sectorconvenanten wordt nagegaan hoe men nog meer de focus op preventie kan leggen.

Snelheid is heel belangrijk. In de federale plannen zou een snellere verwijzing naar VDAB worden opgenomen.

Het is een complex verhaal met veel stakeholders en juiste informatie is en blijft nodig. VDAB blijft inzetten op overleg en dialoog en neemt haar regisseurs- en connectorrol op, onder andere met 'Na V(irus) komt W(erk)'. De ruimere oefening rond visievorming is weggevallen door de coronacrisis.

Er is inderdaad een amalgaam van maatregelen maar daartegenover staat ook een grote diversiteit aan arbeidsongeschikten. Om maatwerk aan de betrokkenen te bieden, is het amalgaam een voordeel.

Een volgende vraag ging over een aanwervingspremie voor langdurig zieken. Onderzoek toont aan dat financiële prikkels niet altijd even effectief zijn. Een dergelijke premie kan ook stigmatiserend werken. Het lijkt de spreker belangrijker om succesverhalen naar voren te brengen en positieve ervaringen met elkaar te delen.

Er lopen gesprekken met de federale overheid over de terug-naar-werkcoördinatoren. De gedeelde bezorgdheden over terreinafbakening en versnelling zijn al grotendeels weggenomen. De adviserende artsen zouden door de coördinatoren ontlast kunnen worden.

De loopbaancheques staan open voor langdurig zieken die nog onder contract zijn. Lynn Germeys wijst erop dat de bemiddelaars bij VDAB, GTB en partners ook aanzetten om te reflecteren over de eigen loopbaan en om te vertrekken vanuit de eigen sterktes en wensen, steeds in relatie tot de arbeidsmarkt.

Vanuit het ESF is er al 8 miljoen euro geïnvesteerd in projecten voor langdurig zieken. Er is ook een platform waar wordt nagegaan of de projecten kunnen worden opgeschaald. Het is belangrijk om nu na te gaan wat er goed loopt, vooraleer nieuwe projecten op te starten.

De medische inschatting is een cruciaal startpunt. VDAB ziet zichzelf niet als een vervanging van de artsen. Een arts bepaalt of iemand klaar is om stappen naar werk te zetten. VDAB moedigt wel aan om bij twijfel toch door te verwijzen naar VDAB om een verkennend gesprek te doen.

Langdurig ziek zijn treft inderdaad ook de omgeving en de erkenning daarvan is belangrijk. De mooie podcasts van GTB brengen de verhalen van mensen en hun omgeving.

Als men een werkzaamheidsgraad van 80 procent wil halen, is het belangrijk dat iedereen zo lang mogelijk bevlogen naar het werk blijft gaan. Digitalisering en robotisering, zoals de inzet van cobots in de gezondheidszorg, kunnen hierbij een rol spelen.

Het was de ambitie om in 2020 in het kader van het raamakkoord vijfduizend trajecten te starten. Die ambitie is door de coronacrisis niet gehaald. De adviserend artsen deden minder fysieke consultaties. In 2019 is de ambitie wel met vierhonderd trajecten overschreden. Tot 2020 was er een mooi groeipad en er is zeker nog ruimte voor groei. De federale overheid deelt de Vlaamse ambitie en met de terug-naar-werkcoördinatoren zou de instroom kunnen toenemen.

De uitval uit de arbeidsmarkt heeft inderdaad een grote impact op het individu. VDAB werkt niet enkel aan de harde competenties maar zet via versterkende acties ook in op soft skills en empowerment.

Er lopen projecten bij bpost en de NMBS. Er liepen nog gesprekken met andere werkgevers waarvan sommigen hebben afgehaakt voor de start en anderen weigerachtig stonden om in te stappen. Er is dus nog werk om de werkgevers te motiveren. Lynn Germeys kan nog geen resultaten geven van de projecten omdat ze nog niet zijn afgerond. Ze verwacht niettemin mooie resultaten.

*Antwoorden van Annemie Bonroy (Landsbond CM)*

*Annemie Bonroy* sluit zich aan bij het standpunt dat werken met incentives betere resultaten geeft dan sancties bij het responsabiliseren van werknemers en werkgevers.

In Nederland mogen huisartsen geen arbeidsongeschiktheid voorschrijven, enkel externe artsen mogen dat. Huisartsen in België vinden dat het onder de relatie tussen huisarts en patiënt valt en dat het een deel van de behandeling is. Met de introductie van externe artsen kunnen dan weer andere problemen opduiken.

Voor de ondersteuning van huisartsen door artificiële intelligentie zijn al een aantal projecten ingediend die geen financiering hebben gekregen. Er bestaat al wel een algoritme dat gebaseerd is op een vragenlijst en dat een indicatie geeft van het risico op langdurige arbeidsongeschiktheid. *Annemie Bonroy* vindt dit geen vorm van artificiële intelligentie omdat het algoritme niet wordt verrijkt. Er is ook gedacht aan het werken met vignetten, waarbij bepaalde patronen worden gevolgd om over te gaan tot deeltijdse werkhervatting, volledige werkhervatting enzovoort. Maar dit systeem is onvoldoende ontwikkeld.

De adviserend artsen werken in het kader van de federale wetgeving. Ze leggen bij het RIZIV ook een eed af waarin ze zweren die wetgeving te respecteren. Soms is er een spanningsveld met de Vlaamse bevoegdheden. Communiceren is dan bijzonder belangrijk, zoals al aangehaald door Lynn Germeys van VDAB, maar dat gebeurt ook.

Volgens *Annemie Bonroy* zullen de terug-naar-werkcoördinatoren geen vertraging opleveren voor de doorverwijzing naar VDAB, integendeel. Adviserend artsen moeten worden ingezet voor het medische luik en doorverwijzen naar de juiste personen. De terug-naar-werkcoördinatoren zijn volgens de spreker eerder de spil om de mensen er ook effectief naartoe te leiden en indien nodig contact op te nemen met de behandelende arts, VDAB enzovoort. Ze kunnen dus heel wat werk van de adviserend artsen overnemen.

Er zijn heel lang te weinig adviserende artsen geweest. Net daarom kunnen die terug-naar-werkcoördinatoren alleen maar positief zijn. Omdat re-integratie zo belangrijk is, worden er intussen ook meer adviserende artsen aangenomen.

In 2020 waren er minder toeleidingen omdat er heel weinig face-to-faceconsultaties waren. Bij een telefonische consultatie kan de adviserend arts moeilijk inschatten of iemand gemotiveerd is om een bepaalde taak op te nemen. Het heeft geen zin om iemand die niet gemotiveerd is ergens naartoe te leiden.

Een deeltijdse werkhervatting gebeurt af en toe voltijds omdat iemand bijvoorbeeld in een job gaat werken waar het loon lager is of in een maatwerkbedrijf gaat werken.

Er werd gevraagd of er andere hefboomen nodig zijn, naast de goede wil van iemand om aan het werk te gaan. Natuurlijk is er fraude, maar het overgrote deel van de mensen die arbeidsongeschikt zijn, wil wel degelijk gaan werken. Door de pathologie is dat vaak niet mogelijk en hoe langer de arbeidsongeschiktheid duurt, hoe hoger de drempel wordt. *Annemie Bonroy* is ervan overtuigd dat er goede wil is bij de meeste mensen. Ook bij de werkgevers is er wel goede wil, maar er zijn toch drempels. Deeltijds werken bijvoorbeeld wordt door de werkgever vaak begrensd in tijd en soms is enkele maanden deeltijds werken niet genoeg voor mensen. De werkgevers moeten meer worden gesensibiliseerd.

Er zijn bedrijven die als vorm van preventie het professionele mailverkeer afsluiten om 18 uur. Annemie Bonroy vind dit een zeer constructieve ingreep. Een grote supermarkt heeft ooit een studie laten uitvoeren over de inrichting van de kassa's om fysieke problemen te vermijden.

Sommige mensen kunnen of willen absoluut niet meer terug naar hetzelfde bedrijf en vragen vaak zelf om ontslag om medische redenen. Dat ontslag kan dan ook positief uitdraaien, omdat het aanleiding kan zijn om bij een andere werkgever aan de slag te gaan.

Moeten de ziekenfondsen meer worden geresponsabiliseerd en meer incentives krijgen om re-integratie te doen? Annemie Bonroy denkt het niet. De ziekenfondsen worden heel erg gecontroleerd door het RIZIV. Ze moeten voortdurend informatie bezorgen over de aangiftes, het aantal invaliden en binnenkort ook over de trajecten. Als ze bepaalde afspraken niet halen, worden ze financieel gesanctioneerd.

Is er een verschillende benadering tussen de ziekenfondsen? Annemie Bonroy kan niet spreken namens de andere ziekenfondsen. Maar de evaluatie van arbeidsongeschiktheid zal overal hetzelfde zijn omdat men gehouden is aan dezelfde wetsartikelen. Elke vrijdag worden in de Hoge Commissie van het RIZIV dossiers van verschillende ziekenfondsen besproken en de spreker merkt heel weinig verschillen in de evaluatie. Elk ziekenfonds werkt wellicht niet op dezelfde manier. CM werkt veel met re-integratiecoaches.

Er is voldoende data-uitwisseling maar ze zou vlotter kunnen verlopen met een goedwerkend platform. Informatie zou dan gemakkelijker bij de juiste arbeidsgeneesheer terechtkomen. Nu gebeurt de aanvraag van een re-integratietraject nog via mail.

Een burn-out is voor vele werkgevers moeilijker bespreekbaar dan bijvoorbeeld een gebroken been. Werkgevers zullen sneller telefonisch contact opnemen met een werknemer met een gebroken been dan met een werknemer met een burn-out. Ze zouden hierin kunnen worden ondersteund.

Consultaties bij een burn-out na negen of tien weken arbeidsongeschiktheid gebeuren nog niet overal. In het verleden is er bij CM een succesvol project in Limburg geweest waarbij mensen werden aangeschreven na vier of zes weken arbeidsongeschiktheid. In die brief werd een aanbod gedaan om op gesprek te komen bij de inwerkcoach om een traject te starten. Dat is wel zeer arbeidsintensief.

Loopbaanbegeleiding kan zeker een rol spelen in preventie van arbeidsongeschiktheid. Vele patiënten krijgen daardoor een beter inzicht in wat hun mogelijkheden zijn.

Annemie Bonroy meent dat er meer informatie aan de huisartsen kan worden gegeven. In het TRIO-project worden avonden georganiseerd voor huisartsen om de rol van de bedrijfsarts en de adviserend arts bij re-integratie toe te lichten. Daarbij merkt men dat huisartsen weinig kennis hebben van arbeidsongeschiktheid en van de implicaties van het voorschrijven ervan. Er is ook een Nationaal College voor Socialeverzekeringsgeneeskunde. Een commissie daarvan heeft het plan opgevat om termijnen te bepalen voor een aanvaarde duur van arbeidsongeschiktheid voor bepaalde courante diagnoses. Het onderzoek loopt nog maar het lijkt een handige tool te worden voor de huisartsen.

*Bijkomend antwoord van Astrid Brans (RIZIV)*

Astrid Brans bevestigt dat er een verschil is in de werking rond re-integratietrajecten bij de verschillende ziekenfondsen. Er is ook een verschil wat betreft grootte en ledenaantal. Maar er is wel overal interesse en aandacht voor re-integratie.

De FOD WASO is beter geplaatst dan het RIZIV om uitspraken te doen over preventie. Het RIZIV heeft samen met de FOD WASO twee websites ontwikkeld waarop informatie is verzameld rond re-integratietrajecten: [www.weeraandeslag.be](http://www.weeraandeslag.be) en [stressburnout.belgië.be](http://stressburnout.belgië.be).

**DEEL 2. HOORZITTING VAN 3 JUNI 2021****I. Inleidende uiteenzettingen****1. Sandra Ballij, CEO Ctalents**

*Sandra Ballij* is de CEO van Ctalents, een organisatie die zich inzet voor mensen die werkloos zijn door blindheid, slechtziendheid, doofheid en slechthorendheid. Ctalents probeert werkloosheid bij deze groepen terug te brengen tot 20 procent door anders te denken, te kijken en te doen.

Er worden vaak termen gebruikt zoals 'langdurig zieken' en 'arbeidsgehandicapten' die mensen niet enthousiast maken om zo iemand aan te werven. Ctalents werkt met de 'Disability Competitiveness'-schaal. De vraag is hoe men beperkingen zo kan inzetten dat ze een toegevoegde waarde hebben, zowel voor de organisatie als voor de mensen zelf. De spreker is oprichtster van het restaurant Ctaste in Amsterdam, een restaurant in het donker waar enkel blinden en slechtzienden werken die ooit officieel gekeurd waren als 80 tot zelfs 100 procent arbeidsongeschikt. Ze heeft ook de Sign Language Coffee Bar opgericht waar mensen worden opgeleid tot barista. Ctalents is het talentenbureau waar mensen worden begeleid naar regulier werk.

*Disability Competitiveness*

Sandra Ballij toont een video die door de NOS werd gemaakt met enkele getuigenissen van mensen die via CTalents een baan vonden.

De helft van het werk zit in het overtuigen van bedrijven om aanpassingen te doen die leiden tot goede banen die aansluiten bij de talenten van de mensen. De andere helft wordt geïnvesteerd in maatwerkoplossingen voor de werknemers. De spreker toont een schema van de roadmap naar Disability Competitive. Organisaties hebben deze werknemers oorspronkelijk niet in beeld, maar op een bepaald moment 'moeten' ze door een wet of een stimulans. Zo komt men stap voor stap tot het besef dat disability inclusion in de maatschappij en de organisatie een onderscheidend vermogen kan hebben doordat men mensen dingen laat doen die ze supergoed kunnen. Dat leidt tot win-winsituaties.

Het is niet alleen een leuk verhaal, het werkt ook. 90 procent van de mensen is na een jaar nog aan het werk, 85 procent na twee jaar. Ctalents probeert mensen ook carrièrestappen te laten maken. Sandra Ballij hoopt voor 2030 de eerste CEO te hebben bemiddeld.

De meeste mensen uit deze groep komen uit de doelgroep langdurig werklozen, die al gelabeld werden als moeilijk naar werk te leiden. Het is belangrijk om goed te bekijken wat er nodig is zodat daadwerkelijke oplossingen op maat kunnen worden bedacht die ook duurzaam zijn. Voor sommigen kan dat bijvoorbeeld een

gerichte training zijn om van visueel werk naar niet-visueel werk over te gaan, aansluitend op de arbeidsmarkt. Soms zijn daar ook aanpassingen en programma's voor nodig, bijvoorbeeld voor het verwerken van documenten. Vaak zijn organisaties niet op de hoogte van wat er mogelijk is. In Nederland worden hulpmiddelen vergoed, zowel voor de kandidaat als voor de organisatie.

De doelgroep van blinden en slechtzienden en doven en slechthorenden is in Nederland behoorlijk groot, maar is dat ook in België en de hele wereld. De werkloosheidspercentages in deze doelgroep liggen vaak tussen 55 en 75 procent. De mensen die werken, werken vaak onder hun niveau waardoor er veel onderbenut potentieel is.

#### *Visie en financiering van Ctalents*

Ctalents is een social enterprise. Dat is een bedrijf dat niet de maximalisatie van de aandeelhouderswaarde nastreeft, maar wel de missie waarvoor de middelen worden ingezet. De missie van Ctalents is om de extreem hoge werkloosheid in deze doelgroep duurzaam te verlagen. De financiële en maatschappelijke waarde gaan hand in hand samen.

Ctalents werkt daartoe samen met overheden. Via bijvoorbeeld het Brabant Outcome Fund wordt een samenwerking opgezet waarbij Ctalents wordt beloond voor de maatschappelijke waarde die daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Het is gezamenlijk eigenaar van een probleem en van het resultaat. Het voordeel is dat het de overheid bijna niets kost als er geen resultaat wordt behaald en dat er ruimte is om een duurzame oplossing te bieden in plaats van kortlopende projecten.

#### *Maatwerk*

Een duurzame oplossing is altijd maatwerk. Eerst wordt er een quickscan gemaakt. Hulpmiddelen (bijvoorbeeld een cochleair implantaat), technische support, een gerichte training kunnen een oplossing bieden.

Veel mensen hebben hun diploma niet behaald omdat ze vroeg de ziekte kregen, hoewel ze wel over skills beschikken. Ze kunnen een toegankelijke opleiding volgen. Er wordt coaching aangeboden aan de mensen zelf maar ook aan de bedrijven. Bedrijven worden geholpen om de stap naar disability inclusion te zetten. 50 procent van het werk ligt bij de kandidaat, 50 procent bij de werkgever.

#### *Samenwerken en zienswijze veranderen*

Ctalents werkt samen met hulpmiddelenleveranciers zoals Cochlear, dat cochleaire implantaten maakt, en Babbage, dat software aanbiedt voor blinden en slechtzienden.

De provincie Brabant is een partner in inclusie maar ook in het Outcome Fund.

Werkgevers zijn onder meer ABN AMRO, de politie, ING, de provincie Utrecht, privébedrijven en overheden. Dat zijn echt grote werkgevers. Het is dus niet de vraag of het kan, het is een kwestie van de ogen en oren te openen voor de mogelijkheden die er zijn in 2021. Men moet leren met elkaar samen te werken, het juiste doel voor ogen te houden en de impact die men gezamenlijk wil realiseren centraal te stellen.

Sandra Ballij pleit ervoor om ook andere terminologie dan arbeidsgehandicapten te gebruiken. Ctalents heeft een database van vijfduizend zeer talentvolle mensen. Het biedt geen arbeidsgehandicapte mensen aan, maar mensen met een extreem oog voor detail, een talent om te horen wat anderen niet horen. Zo werd er voor de politie aan jobcarving gedaan om beeldvorming- en audiospecialisten in te



zetten. Het gaat over een combinatie van ontwikkeling van skills, de juiste hulpmiddelen en de werkgevers die openstaan om anders te kijken.

Sandra Ballij besluit met een oproep. "Everybody is a genius. But if you judge a fish by its ability to climb a tree, it will live its whole life believing that it is stupid." Laat de vis zwemmen.

Ctalents heeft in Nederland al bewezen dat het kan en wil dit graag toepassen in de hele wereld. Het kan dus ook in België. Het is altijd maatwerk en altijd in samenwerking. De deur van Ctalents staat open.

## 2. Lynn Formesyn, ervaringsdeskundige

Lynn Formesyn, ervaringsdeskundige, kreeg zelf de diagnose van reuma spondyloartritis, waardoor ze op de leeftijd van 27 jaar de stempel 'arbeidsongeschikt' kreeg.

### *Woordenschat is niet vrijblijvend*

De spreker vraagt om de terminologie van 're-integratie van langdurig zieken' om te gooien naar 'inclusie van mensen met een arbeidshandicap', vanuit de sociale definitie van een handicap, namelijk een handicap die ontstaat door drempels waarop men botst wanneer men een beperking heeft. In de titel van het actieplan van minister Hilde Crevits – 'Vlaams actieplan re-integratie (langdurig) zieken. Arbeidsongeschikt' – zou ze zowat elk woord willen schrappen. Mensen zijn meer dan hun aandoening en zijn niet enkel te herleiden tot hun economisch nut. Dat geldt ook voor zogenaamde 'arbeidsgeschikten'. Re-integratie en activering gaan uit van de idee dat iemand die economisch niet meer zinvol is, uit het systeem en de samenleving valt en passief wordt. Dat geldt ook voor de term invalide, die volgens het woordenboek 'niet geschikt voor arbeid' betekent. De spreker pleit voor een ander taalgebruik.

Lynn Formesyn vraagt zich verder af waarom het woord 'verplicht' in het actieplan staat. Dat komt ook terug in de conceptnota's. In de vorige hoorzitting heeft bijna elke spreker het gehad over het belang van vrijwilligheid. Een verplichting roept bij mensen die het beleid moeten ondergaan heel wat vraagtekens op. De spreker vraagt aan de indieners om dit toe te lichten.

### *De zoektocht naar wat wel kan*

Ze is wel tevreden dat beleidsmakers zich willen focussen op wat wel nog kan in plaats van op wat niet meer kan. Die zoektocht is niet gemakkelijk want er is veel chaos in de informatie. Wie is het aanspreekpunt? Men zegt vaak dat de huisarts het eerste aanspreekpunt is maar tegelijk zegt men dan dat hij niet voldoende op de hoogte is. Ook medewerkers van mutualiteiten geven niet altijd accurate informatie en zijn niet altijd op de hoogte van de laatste beleidsbeslissingen.

Lynn Formesyn heeft veel moeite moeten doen om aan de hoorzitting te kunnen deelnemen omdat er een controleafspraak was gepland, de zoveelste op een rij voor een ongeneeslijke ziekte, die moeilijk te verplaatsen bleek. Er lijkt veel wantrouwen te heersen.

Gaat het over een adviserend arts of een viserend arts? Men moet erop kunnen vertrouwen dat adviserend artsen en iedereen die daarrond werkt, in eerste instantie met het welzijn van de mensen bezig zijn. Ook de beeldvorming is heel beperkt. Elke adviserend arts kijkt anders. Bovendien is er weinig speelruimte in het beleid: het beleid moet veel meer creativiteit aan de dag leggen om mensen met een langdurige aandoening een duurzame plaats op de arbeidsmarkt te geven.

De regels zijn heel erg strak. Voor progressieve tewerkstelling moet men 50 procent medisch ongeschikt worden geacht, maar wie bepaalt het exacte percentage arbeidsgeschiktheid?

Ook ondernemerschap wordt niet gestimuleerd. Het Starterslabo zou er enkel zijn voor ondernemerschap in hoofdberoep. Een verzekering voor een gewaarborgd loon is ook moeilijk af te sluiten voor mensen met een chronische aandoening.

Deeltijds werken, deeltijds een invaliditeitsuitkering krijgen, is misschien wel het meest ondankbare statuut vanuit fiscaal oogpunt. Mensen zijn bang om de stap te zetten omdat ze vrezen hun vangnet te verliezen.

### *Werk op maat*

Als men terug-naar-werk op maat wil, is vertrouwen van bij het begin essentieel. Dat heeft Lynn Formesyn ondervonden bij haar huidige werkgever. Van bij het begin was er ruimte om aanpassingen te bespreken. Creatieve oplossingen en ergonomische hulpmiddelen hoeven niet eens veel geld te kosten en kunnen voor iedereen nuttig zijn.

Ervaringsdeskundigheid moet voor de spreker primeren boven bemiddelaars, terug-naar-werkcoördinatoren en alle externe experts. Mensen met een arbeidshandicap kunnen zelf best aangeven wat ze nodig hebben om opnieuw te gaan werken, maar daarvan is in de nota's nergens sprake. Er is omkadering via de VOP en er is een protocol over redelijke aanpassingen. Maar wat zijn redelijke aanpassingen?

Er moet ook breder worden gedacht: voor mensen in een rolstoel is toegankelijk openbaar vervoer vaak heel belangrijk om te kunnen gaan werken. Op de werkplek zelf is openheid van collega's en een begripvolle omgeving heel belangrijk. Mensen met een arbeidshandicap vragen geen privileges. Misschien is vorming voor leidinggevenden wel nodig om een dialoog mogelijk te maken.

### *De beste preventie*

De beste preventie is volgens Lynn Formesyn inclusie. Ook voor mensen met een aangeboren aandoening of die bijvoorbeeld al jong in een rolstoel terecht zijn gekomen, is kunnen werken belangrijk. Het is een grote groep waar aandacht moet voor zijn. Werken op mensenmaat, vooraleer mensen uitvallen, is belangrijk.

Preventie betekent ook dat men niet moet wachten om een ergonomische stoel aan te kopen tot iemand rugproblemen heeft. Ook een werknemer die nog geen gezondheidsproblemen heeft, moet zich goed voelen op zijn werkplek.

Er moet een meer open cultuur zijn; kwetsbaarheid is nog steeds een beetje een taboe. Praten over de aandoening kan ook begrip doen ontstaan.

De meerwaarde van diversiteit is ongelooflijk groot. De werkomgeving en werkcultuur kan gezonder worden voor iedereen door mensen met bepaalde mankementen te betrekken.

### *Zinvol ziek*

Lynn Formesyn is auteur van het boek 'Zinvol ziek' en heeft alle commissieleden het politieke gokspel uit dat boek bezorgd. Ze heeft mensen van alle partijen geïnterviewd over hoe men omgaat met mensen met langdurige aandoeningen en hoe het beleid met hen zou moeten omgaan. Het spel bestaat erin dat men moet

gokken welke politieke kleur bij welke stelling past. De spreker zal met plezier de sleutel sturen aan wie het spel heeft ingevuld.

## **II. Vragen en opmerkingen van de leden**

### *Tussenkomst van Imade Annouri*

*Imade Annouri* vindt dat 90 procent tewerkstelling na een jaar en 85 procent na twee jaar zeer mooie cijfers van Ctalents zijn. Hij vraagt of de mensen dan nog altijd in dezelfde job tewerkgesteld zijn of al naar andere jobs zijn overgegaan. Bij vele trajecten die nu lopen, worden er vragen gesteld over de duurzaamheid.

Woorden doen er inderdaad toe. Het lid steunt Lynn Formesyn dan ook wanneer ze vraagt om een andere terminologie te gebruiken. Ze wees ook op de administratieve rompslomp en de eerder arbitraire manier waarop de adviserend arts een beslissing neemt over 50 procent arbeidsgeschiktheid. Imade Annouri dankt haar voor haar getuigenis.

### *Tussenkomst van Ludwig Vandenhove*

*Ludwig Vandenhove* zegt dat 'onbekend maakt onbemind' deze problematiek kenmerkt. Er zijn vaak misverstanden en er worden vaak uitspraken gedaan en zelfs geroddeld zonder dat men kennis heeft van de situatie. Hij dankt Lynn Formesyn voor haar beschouwingen hierover.

Ctalents heeft de ambitie om ook in Vlaanderen actief te worden. Het lid vraagt hoe Sandra Ballij aankijkt tegen een eventueel mentaliteitsverschil tussen Nederland en België als het over deze problematiek gaat.

De spreker vermeldde een aantal overheden maar kan Ctalents ook een beroep doen op Europese steun, van het ESF bijvoorbeeld?

### *Tussenkomst van Ilse Malfroot*

*Ilse Malfroot* vraagt welke signalen Ctalents van de werkgevers krijgt over de financiële haalbaarheid van aangepast werk voor slechtzienden en slechthorenden. Geeft Nederland een betere ondersteuning voor deze groep dan Vlaanderen? Welke lessen kan Vlaanderen hieruit trekken?

Welke overwegingen moeten werkgevers maken om met deze doelgroep in zee te gaan? Hoe kunnen werkgevers de sterktes van deze mensen herkennen?

Welke drempels zijn er voor zelfstandigen? Wordt er in Nederland voldoende ondersteuning gegeven aan mensen uit deze doelgroep die zelfstandig willen ondernemen?

Ilse Malfroot vond de uiteenzetting van ervaringsdeskundige Lynn Formesyn eerlijk en interessant. Wat de terminologie betreft en de rol van adviserend geneesheren kunnen er zeker lessen uit worden getrokken.

Welke tips heeft de spreker voor langdurig zieken? Hoe heeft ze zelf de periode van thuiszitten ervaren en welke ondersteuning heeft ze gemist? Wordt er voldoende begrip aan de dag gelegd voor mensen met een handicap? Hoe kan de overheid nog meer ondersteunen?

*Tussenkomsst van Axel Ronse*

Axel Ronse heeft inspirerende verhalen gehoord. Ctalents werkt heel intensief op maat van de persoon met een visuele of auditieve beperking maar ook van de werkgever. Het lid vraagt op welke manier Ctalents wordt gefinancierd door de Nederlandse overheid. Wordt er gewerkt met social impact bonds?

Ctalents kiest voor een specifiek afgebakende groep, met name mensen die doof of slechthorend zijn of een visuele beperking hebben. Werd al overwogen om ook mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt door een andere beperking in de werking op te nemen?

De organisatie werkt in Nederland nauw samen met een leverancier van hooroplossingen. Hoe ziet die samenwerking eruit? Kan dit ook in Vlaanderen werken? Heeft Ctalents de ambitie om het model ook in andere landen uit te rollen?

Welk resultaat werden er geboekt op het vlak van duurzame tewerkstelling? Wordt er gemeten hoe lang de mensen aan de slag blijven?

Axel Ronse dankt Lynn Formesyn voor de moedige getuigenis die zeer verrijkend is. Het verhoogt de empathie wanneer men over dit thema spreekt. Er moet inderdaad worden nagedacht over wat een persoon kan. Ziet Lynn Formesyn potentieel in een geschiktheidsattest?

Lynn Formesyn vroeg zich af waarom men het traject wil verplichten. Axel Ronse zegt dat het uiteraard moet vertrekken vanuit een intrinsieke motivatie en dat vertrouwen essentieel is, maar dat een verplichtend traject op basis van inspanning, niet op basis van resultaat, interessant kan zijn. Hij vraagt wat het voorbehoud precies is.

Ze legde ook een klemtoon op sensibilisering van werkgevers en collega's. Hoe pakt men dit het best aan? Wat kan de Vlaamse overheid daarvoor doen?

Welke zijn de belangrijkste drempels om opnieuw aan de slag te gaan? Hoe kan de overheid die wegwerken?

*Tussenkomsst van Robrecht Bothuyne*

Robrecht Bothuyne is benieuwd naar de inbreng van de Nederlandse overheid. Welke rol speelt de overheid? Wat kan de overheid doen om te ondersteunen? Werkt Ctalents samen met organisaties zoals UWV die vanuit de overheid worden ondersteund?

Zijn er succesverhalen in bepaalde sectoren en bedrijven en negatieve verhalen in andere sectoren en bedrijven? Werkt het concept in bepaalde gevallen wel en in andere niet? Hoe komt dat?

Gebruikt men in Nederland een andere terminologie dan 'langdurig zieken', 'arbeidsongeschikten' of 'invaliden'? Welke termen zijn juist? Welke terminologie stelt Lynn Formesyn zelf voor?

Uit de vorige hoorzitting is gebleken dat tijd belangrijk is. Het wordt moeilijker als men mensen lang aan de kant laat staan. Heeft Lynn Formesyn zelf periodes van 'tijdverlies' ervaren en hoe kan men deze vermijden?

Welke actoren zijn belangrijk? In België zijn er twee of zelfs drie bevoegdheidsniveaus. Wat moet er beter op elkaar worden afgestemd? Heeft Lynn Formesyn contact gehad met VDAB?

### III. Antwoorden

#### *Antwoorden van Sandra Ballij (Ctalents)*

*Sandra Ballij* antwoordt dat het overgrote deel van de mensen na een of twee jaar nog aan het werk is bij dezelfde opdrachtgever, want Ctalents blijft de werkgever. Na twee jaar gaan mensen vaak over naar een reguliere organisatie om een promotie te realiseren en een carrièrepad uit te stippelen. Soms komen ze na vijf jaar ook terug naar Ctalents omdat ze klaar zijn voor een verandering in hun loopbaan.

Ctalents ontvangt geen Europese gelden. Ze staat open voor suggesties over waar die middelen kunnen worden verkregen. De oplossingen die Ctalents aanreikt, kunnen overal worden gebruikt waar er toegang is tot computers en technologie.

Sandra Ballij kan moeilijk een antwoord geven op de vraag of er een mentaliteitsverschil is. Ze heeft er geen wetenschappelijk onderzoek naar gedaan maar de mensen die ze heeft in Vlaanderen heeft ontmoet, staan niet minder open voor goede oplossingen dan Nederlanders.

De terminologie die men gebruikt en hoe men iemand aanbiedt – de marketing –, is belangrijk. Dat kwam ook terug bij de andere spreker. Werkgevers nemen niet iemand aan omdat die een beperking heeft. Mensen zijn vaak hun medisch dossier geworden, maar om te kunnen arbeiden, moeten ze weten wat ze wel kunnen. Ctalents laat de mensen zelf vertellen wat ze kunnen: 'ask the person'. Ze hebben vaak de beste en de goedkoopste oplossing om te kunnen werken.

Ctalents heeft een stappenmodel tot inclusie voor werkgevers. Ze moeten de mogelijkheden en het werk zien. Soms is jobcarving nodig, zoals bijvoorbeeld voor het rekerchewerk dat blinden en doven in Nederland bij de politie doen. De organisatie denkt na over wat er nodig is en welke skills nodig zijn en de kandidaat doet een assessment waarbij naar de competenties wordt gekeken.

In Nederland is er een goede ondersteuning voor de hulpmiddelen. Bij betaalde arbeid vergoedt UWV hulpmiddelen zoals een brailleleesregel en spraaksoftware, maar ook de training om ze te gebruiken. Ook werkgeversvoorzieningen worden vergoed door de overheid. Dat is een vrij goede regeling, hoewel er altijd verbeterpunten zijn.

De sterktes van kandidaten ontdekt men onder meer in assessments. Ctalents heeft een gemeenschap van vijfduizend mensen die zelf slechtziend, blind, slechthorend en doof zijn. Ze hebben zelf heel veel kennis. Bij Ctalents zelf werken ook heel veel mensen uit de doelgroep, niet wegens hun beperking maar omdat ze goed zijn in bemiddelen. Werkgevers worden begeleid door de situatie vanuit hun standpunt te bekijken. Veel vacatures zijn niet inclusief opgesteld maar kunnen wel inclusief worden ingevuld.

Drempels slechten is niet gemakkelijk, er bestaat geen eenvoudige voorziening voor. Men kan ze proberen weg te werken door draagvlak te creëren, door succesverhalen te delen. In Nederland heeft men een socialreturnvereiste aan overheidsopdrachten toegevoegd: een deel van de opdracht moet een maatschappelijk doel hebben. Die regelgeving helpt om het op de agenda van organisaties en werkgevers te zetten. Social entrepreneurs werken samen met organisaties om die drempels weg te werken.

Sandra Ballij heeft jarenlang gezocht naar een werkend financieel model. Ctalents is de werkgever, werft mensen aan en detacheert ze naar opdrachtgevers die daarvoor betalen, een surplus inbegrepen. De mensen zelf verdienen het reguliere

salaris van de directe collega's maar moeten ook een reguliere arbeidsproductiviteit halen. Dat is een strak uitgangspunt. Hiervoor is vaak de juiste training en technologische ondersteuning nodig maar daarvoor bestaan er oplossingen. Het is ook zaak na te gaan wat iemand kan en daar de juiste werkgever bij te vinden. Ctalents ziet zich als een spil met heel veel partners.

Het Brabant Outcome Fund is een opvolger van een soort social impact bond. Vooraf is een afspraak gemaakt over hoeveel mensen uit de doelgroep aan het werk worden geholpen. Vanaf het moment dat ze effectief minimum 12 maanden aan het werk zijn, krijgt Ctalents een 'success fee'. Er zitten ook financierders in het fonds waardoor Ctalents onmiddellijk kon investeren in de opschaling. Aanvankelijk was het enkel actief in de Randstad, maar nu heeft men ook ongeveer tweehonderd kandidaten en voldoende werkgevers in Brabant.

Sandra Ballij is begonnen met blinden en slechtzienden in het restaurant Ctaste. Dan is Ctalents gekomen en werd de groep uitgebreid naar doven en slechthorenden omdat de uitdagingen gelijkaardig zijn. Op dit moment wordt er een groep van mensen met een motorische beperking in de werking betrokken, maar het uitgangspunt van Ctalents is dat men minstens het MBO-niveau moet kunnen halen. Dit wordt getoetst in een assessment, men kijkt niet naar het diploma.

De overheid is belangrijk omdat ze hulpmiddelen vergoedt. De overheid is ook partner in het Brabant Outcome Fund. Ctalents zorgt zelf voor de aanmelding van de kandidaten en kan veel mensen bereiken door ze met de juiste taal aan te spreken.

Ctalents werkt samen met hulpmiddelenfabrikanten, met softwareleveranciers en coaches. Een voorbeeld is de samenwerking met Cochlear, een wereldwijde speler.

Zoals al vermeld, is Ctalents zelf de werkgever in de eerste fase. Het weet dan ook dat 90 procent na één jaar nog aan het werk is en 85 procent na twee jaar. Door het Brabant Outcome Fund kan men nog veel meer effecten meten, zoals de besparingen op uitkeringen en de verhoging van inkomsten uit belastingen. Voor Sandra Ballij zelf is het belangrijkste dat mensen weer volwaardig meedoen in de maatschappij. Dat heeft veel positieve neveneffecten.

Ctalents meet de tewerkstelling zolang het werkgever is – gemiddeld twee jaar –, maar dan gaan mensen over naar een werkgever. Ze komen soms terug voor een carrièrestap, niet per se omdat ze werkloos zijn.

Sandra Ballij zou het model wel wereldwijd willen implementeren. Ze weet dat het kan en wil het aan anderen leren zodat Ctalents over twintig of dertig jaar niet meer nodig is en de missie is vervuld.

Zo wil Ctalents ook graag naar Vlaanderen komen. Het werkt altijd samen met partners. Een Vlaanderen Outcome Fund zou een mooie stap zijn om alle Vlaamse spelers erbij te betrekken.

*Antwoorden van Lynn Formesyn (ervaringsdeskundige)*

*Lynn Formesyn* antwoordt dat er een grote mentale impact is als men als twintiger de stempel van arbeidsongeschikte krijgt. Ze meent dat ze, nadat ze haar diagnose kreeg, haar toenmalige job niet had moeten verliezen als ze de nodige ondersteuning had gekregen. Op dat moment was thuiswerk nog niet ingeburgerd en vier uur pendelen met het openbaar vervoer was niet evident. Open communiceren is een belangrijke eerste stap, maar als men net de diagnose heeft gekregen, heeft men nog geen helder beeld van wat men nodig heeft en weet men nog niet wat de impact op de job precies zal zijn. Daarom staat ze een beetje huiverig tegenover

het 'zo snel mogelijk' benaderen. Er moet flexibiliteit mogelijk zijn over wat men kan en welke middelen men nodig heeft, ook wanneer dat aanvankelijk verkeerd werd ingeschat en evolueert in de tijd.

In een inclusieplan kan men nagaan wat er nodig is om op een gelijkwaardige manier met andere collega's samen te kunnen werken. In haar geval werd dat samengesteld door een medewerker van Emimo. Het gaat vaak over vertrouwen, bijvoorbeeld de mogelijkheid om de werkdag zelf in te delen. Er is ook nog onvoldoende waardering voor deeltijds werk en dat is een drempel voor mensen met langdurige problemen.

Ook in de vacatures zelf staan hoge drempels, zoals enkel voltijdse tewerkstelling. De vraag is hoe men de job meer op maat creëert van de mankementen die iemand heeft.

Er is niet voldoende begrip. Dat ziet men ook aan de behandeling van het thema in de media: 'Er wordt te mild opgetreden tegen de groep van langdurig zieken' was een van de titels de voorbije weken. De overheid zou breed kunnen sensibiliseren, maar mag ook niet in de val trappen van teveel succesverhalen naar voren schuiven. Dat kan verkeerde verwachtingen scheppen in de brede samenleving. Tegelijk moeten die positieve verhalen ook wel worden gebracht, met alle moeilijkheden die men heeft ondervonden om tot dat succes te komen. De podcasts van GTB over drempels zijn een mooi voorbeeld daarvan.

Een geschiktheidsattest is alleszins beter dan een ziekteattest, maar het mag niet in steen gebeiteld zijn. Sommige aandoeningen zijn degeneratief. Voor de eerste week mag het zeker worden afgeschaft, zoals eerder door Lode Godderis aangehaald. Iemand met migraine zou niet voor elke aanval een doktersattest moeten gaan halen. Dat kan rechtstreeks met de leidinggevende worden besproken.

Lynn Formesyn houdt niet van het woord 'verplicht' omdat er geen transparantie is over de gevolgen als het niet lukt. Het mag uiteraard ook niet vrijblijvend zijn. Motivatie en engagement om een traject te volgen, moeten voldoende zijn. Een verplichting gaat uit van wantrouwen. In de oproepingsbrief van de adviserend arts staat bijvoorbeeld dat de uitkering onmiddellijk wordt geschrapt wanneer men niet komt opdagen. Die cultuur maakt mensen wantrouwig.

Sensibiliseren van collega's en werkgevers is heel erg verbonden aan de sector, maar het zou ook mogen vertrekken vanuit de persoon zelf. Lynn Formesyn heeft bijvoorbeeld haar inclusieplan zelf mogen toelichten aan de nieuwe collega's.

Lynn Formesyn heeft de vragenlijst waarin wordt gevraagd naar de inschatting van de mensen zelf, nog niet gezien. Die dateert van na haar diagnose. Ze kan dus niet zeggen of die drempelverlagend is of niet. Men moet in ieder geval, op alle niveaus, meer spreken met de mensen zelf, in plaats van over de mensen.

Ze heeft in haar boek voor het woord 'mankemensen' gekozen, in de zin van 'mensen met langdurige mankementen', wat in essentie alle mensen zijn. Het kan iedereen overkomen. Ze zou willen dat men een woordenschat gebruikt waar iedereen zich prettig bij voelt. Het is geen grote moeite om de nadruk eerst te leggen op de mens en pas dan op het probleem dat hij heeft.

Er was een vraag over ervaren tijdsverlies. Lynn Formesyn vindt de focus op 'snel handelen' een beetje gevaarlijk. Niet iedereen kan na drie maanden zeggen wat men in de toekomst nog zal kunnen en dan na vijf maanden beginnen werken. Mensen met burn-out en depressie blijven bijvoorbeeld kwetsbaar voor de rest van hun dagen. Er zou een breder inclusiebeleid moeten worden uitgebouwd in plaats

van een zuiver re-integratiebeleid, een samenwerking over alle beleidsniveaus, tussenschotten en sectoren heen.

Lynn Formesyn heeft zelf VDAB gecontacteerd om een VOP aan te vragen en zelf moeten uitzoeken of er een premie bestond. Eén informatiepunt over alle maatregelen zou handig zijn: 'ik ben uitgevallen door ziekte, wat nu?'. Het voelt ook raar aan om zelf een premie aan te vragen voor eigen 'rendementsverlies'. Dat is een voorbeeld van terminologie die het best wordt aangepast.

## IV. Inleidende uiteenzettingen

### 1. Luc Henau, algemeen directeur vzw GTB

*Luc Henau* is algemeen directeur vzw GTB en ook voorzitter van een Europees netwerk voor supported employment (EUSE) en bestuurder van een wereldnetwerk. Hij zou de termen reactivering, re-integratie liever vervangen zien door 'terugkeer naar werk'. Vanuit die visie zal hij zijn verhaal vertellen.

GTB is een organisatie van de sociale partners, bestuurd door Voka, UNIZO, Verso en de drie vakbonden, aangevuld met een even grote fractie van gebruikers. GTB heeft 11.000 nieuwe klanten op jaarbasis. Er zijn dus permanent een paar duizend mensen in trajecten 'terugkeer naar werk' of mensen met een RIZIV-statuuat. Net zoals in Nederland heeft men in Vlaanderen 1 tot 2 procent mensen met een visuele of auditieve beperking.

GTB is medeondertekenaar van het raamakkoord en is al acht jaar heel actief met deze problematiek bezig.

De spreker wijst erop dat het verhaal van CTalents gaat over de basisbegeleiding van mensen met een arbeidsbeperking. De twee conceptnota's gaan eigenlijk over terugkeer naar werk na ziekte, wat een andere invalshoek is. Bij de Vlaamse GOB's zijn er organisaties zoals Ctalents in Nederland. Er is ook de Brailleliga en een gelijkaardig sociaal bedrijf Passwerk in Antwerpen.

Voor de terugkeer naar werk na ziekte worden eigen klemtonen gelegd. Luc Henau verwijst graag naar de podcasts van GTB waarin mensen zelf getuigen.

#### *Terug naar werk*

Er zijn voor de spreker drie grote luiken aan de terugkeer naar werk vanuit ziekte: er is iets wat voor de ziekte moet gebeuren; er moeten dingen gebeuren van zodra iemand ziek wordt; en ook tijdens en na terugkeer. Het gaat over hoop, perspectief, kracht en toekomst.

In onze samenleving is ziek zijn heel vaak 'niet zijn', zoals ook Lynn Formesyn aanhaalde. Zieke mensen zijn niet geschikt voor arbeid, ze zijn niet productief, ze zijn niet mobiel en niet gezond, ze zijn eigenlijk niet. Voor Luc Henau bestaat 'arbeidsongeschiktheid' niet. Bovendien gebruikt men de term 'arbeid' voor mensen met een probleem of een beperking terwijl men voor anderen spreekt over 'werk'. Arbeid is een segregierend woord. Luc Henau wil spreken over 'werkkracht'.

#### *Hoop*

In de eerste fase, voor de ziekte, moeten mensen weten dat er hoop is. Men moet zieke mensen hoop geven vanuit de vraag 'wie kan hij of zij worden?'. Nu gaat het vaak over 'wat ze zijn', het zijn 'doven', 'kankerpatiënten', 'fysiek gehandicapten' enzovoort. Dat is een verkeerd uitgangspunt.



Volgens Luc Henau is er geen nieuw beleid nodig, alle elementen zijn aanwezig maar ze moeten beter worden toegepast en op elkaar worden afgestemd. Het werkveld is niet zo verdeeld, maar het is misschien onoverzichtelijk en onvoldoende gekend. Het gaat ook niet over een louter medisch proces maar over een multidimensioneel proces. Terugkeer naar werk is maar mogelijk als men samenwerkt met respect voor ieders deskundigheid. Langdurig zieke mensen kampen vaak met veel problemen en die kunnen niet alleen door artsen worden opgelost. Ze weten soms niet of ze hun kinderen 's avonds nog eten kunnen geven of waar ze terecht kunnen voor kinderopvang of een ondersteuningspremie.

In de hoorzitting in het federale parlement ging het vaak over wat de artsen moeten doen, maar er is nood aan multidisciplinaire samenwerking. De artsen zijn niet deskundig genoeg als het over de arbeidsmarkt gaat.

### *Perspectief*

In de tweede fase, van zodra iemand ziek wordt, moet men perspectief geven: 'always say yes'. De hoop moet perspectief worden. Er moeten snelle doorverwijzingen komen, wat niet betekent dat iedereen na een maand terug aan het werk moet gaan. GTB heeft in Turnhout een project gedaan op de afdeling hartpatiënten: men heeft in de tweede week aan de patiënten gevraagd wat ze denken van terugkeer naar werk, wat het voor hen zou betekenen en wat er nodig zou zijn. Internationaal is aangetoond dat er 80 procent kans is dat de volgende vijf jaar mensen geen inkomen uit werk zullen hebben als men niet tussenkomt tussen de derde en de zesde maand van de ziekte.

Er is een cruciale rol weggelegd voor de mutualiteiten. De meeste adviserend artsen proberen hun werk heel goed te doen, maar ze hebben weinig tijd en ondersteuning. Na een maand gewaarborgd loon krijgt een zieke werknemer een uitkering van de mutualiteit. Als men dan onmiddellijk zou kunnen vaststellen of hij terug kan naar zijn bedrijf, kan men contact opnemen met de arbeidsarts. Als blijkt dat dit moeilijk zal gaan, moet men werken met het raamakkoord. Karolien Mermans past dit op een schitterende manier toe in de regio Mechelen. De terugnaar-werkcoördinator moet dit proces versnellen. De mutualiteiten moeten ook hun deskundigheid inzetten: klantencontact, een beoordeling, onmiddellijk ondersteunen wat de adviserend arts kan doen, maar geen uitvoerende acties.

Als de adviserend arts twijfelt, moet men het toch doen. Als de adviserend arts het niet weet, is er de Functionele Capaciteiten Evaluatie, een internationaal erkend instrument. Het RIZIV zal in het najaar honderden experimenten ter beschikking stellen van de adviserend artsen om deze evaluatie te maken. Een dergelijke evaluatie duurt een halve dag en kan als een van de argumenten worden gebruikt om de stap naar het raamakkoord te zetten.

Om perspectief te geven, moet men vertrekken vanuit de motivatie van de klant en niet vanuit een verplichting. Vrijwilligheid is voor de spreker geen belemmering maar een voorwaarde voor het succes van het programma. Het is een teken van engagement. Tussen de tienduizenden klanten van GTB zitten geen profiteurs.

Er is in Vlaanderen een stevig dienstverleningskader dat een model is voor andere landen. Er zullen voldoende begeleiders zijn en ze worden opgeleid. Men werkt outreachend, met ziekenhuizen en welzijnsorganisaties, en zowel GTB als VDAB zetten hiervoor ervaringsdeskundigen in.

### *Kracht*

Als men mensen perspectief heeft gegeven, komt het erop aan hen kracht te geven. De klant mag zelf zijn zeg doen. Dit 'krachtgericht begeleiden' heeft voor GTB

vijf onderdelen. Het traject is altijd individueel, er is niet één modeltraject. Het gaat over zeer intensief case-management. In de eerste COVID-19-periode heeft GTB op drie maanden tijd 125.000 klantencontacten gedaan. Veel klanten worden meer dan honderd keer gezien. GTB werkt gespecialiseerd waar nodig.

Als het niet gespecialiseerd moet, kan het perfect door VDAB gebeuren want VDAB en GTB voeren samen het raamakkoord uit. Van de 5000 trajecten per jaar wordt 70 procent door GTB begeleid en 30 procent door VDAB vanuit dezelfde filosofie. Er wordt netwerkgericht gewerkt.

GTB heeft vijf bruggenbouwers in dienst, betaald door het RIZIV, die bruggen bouwen tussen GTB-VDAB en de zorgsector. Het traject moet goed methodisch onderbouwd zijn, het gaat over bemiddeling, competenties en opleiding.

Zowel minister Hilde Crevits als toenmalig minister Philippe Muyters hebben gekozen voor een inclusief model. Op dat vlak is Vlaanderen wereldkoploper. GTB is volledig ingebed in de Werkwinkels van VDAB. Het maakt niet uit of iemand ziek is, een handicap heeft of wat dan ook, men gaat naar de werkwinkel, zoals iemand anders die werkloos wordt.

Inclusiviteit betekent ook niet-doelgroepspecifiek. Er zijn dus geen aparte projecten voor doven of voor fysiek gehandicapten. De mensen waar GTB mee werkt, hebben telkens twee tot drie kansengroepfactoren. Het zijn mensen met een fysieke handicap, maar ook een sociale en/of psychische beperking. Mensen die terugkeren na een ernstige ziekte kampen bijvoorbeeld vaak met een depressie. Het gaat telkens over multiproblematieken, dé gehandicapte bestaat niet meer. Het betekent dus dat de overheid de Werkwinkels in stand zal moeten houden, in fysieke nabijheid. Luc Henau verwijst naar de nota die hij daarover aan de commissieleden bezorgde.

GTB gaat dus mensen krachtgericht empoweren via hun mogelijkheden en talenten. De ICF-methodologie is een taal die mogelijkheden van mensen in beeld brengt en niet de onmogelijkheden. 'Afstand tot de arbeidsmarkt' bestaat niet, dat is heel eenzijdig denken uit het verleden. Als er afstand is tot de arbeidsmarkt, zijn er ook werkgevers die de talenten van deze mensen nog niet hebben ontdekt.

GTB biedt mensen kansen en keuzes, laat hen verkennen en leren, durven en doen. Wat betekent opnieuw gaan werken voor zijn inkomen en zijn tijd? GTB heeft ook een medisch-ergonomisch advies ontwikkeld dat samen met VDAB wordt ingezet.

Ook GTB probeert een soort modelwerkgever te zijn. In alle functies werken er mensen met een VOP en er zijn constant mensen in progressieve tewerkstelling. Er zijn momenteel 550 werknemers, volledig gesubsidieerd door VDAB, met vijf basisuurroosters waaraan iedereen moet voldoen, behalve mensen met een VOP of in progressieve tewerkstelling. Voor hen zijn er 80 individuele uitzonderingsroosters, op maat en op vraag van de persoon zelf.

Alle bemiddelaars van GTB en VDAB volgen een training 'terugkeer naar werk'. Een traject wordt altijd afgesloten met werk of een zinvolle doorverwijzing. De commissievoorzitter had het in de vorige hoorzitting over 'maar 30 procent' uitstroom. Voor Luc Henau doet dit onrecht aan de inzet van de bemiddelaars en eigenlijk ook aan de klanten. Er kan een hogere uitstroompercentage worden behaald, als men niet iedereen een kans geeft. Het is perfect mogelijk om alleen met de besten te werken, dat is het model van afoming. Maar GTB heeft ervoor gekozen om te werken met de totale ondergroep, tot en met volledige arbeidsongeschiktheid, en dan is 30 procent uitstroom wel een schitterend resultaat. Van de overige 70 procent blijft ongeveer 20 procent ziek. Er zijn ook mensen die dat door een traject leren inzien. Er zijn ook mensen bij die zich maatschappelijk engageren of die

opnieuw gaan studeren. Voor Luc Henau is ieder traject 100 procent gelukt, op basis van wat de klant op dat moment wil en kan.

In de pers was er wat beroering omdat men het objectief uit het raamakkoord niet haalde. De voorbije acht jaar heeft het RIZIV 22.000 terug-naar-werktrajecten gefinancierd aan VDAB. GTB heeft er samen met VDAB 27.000 gedaan. In 2020 is het objectief niet gehaald door de coronapandemie. Vandaag zit men alweer boven 28.000. Dat zijn er inderdaad geen 500.000 maar het is toch al een grote populatie.

Voor GTB was het vorig jaar een uitdaging om iemand met het downsyndroom aan een gewone, betaalde, inclusieve job te helpen. Dat is gelukt. Er zijn intussen twee mensen met het downsyndroom aan het werk.

### *Toekomst*

Mensen gaan van niet-zijn naar wel-zijn. Dat heeft een enorme betekenis voor de klant. Er moet daarover bewustmaking komen bij en informatie aan werkgevers, vakbonden, preventiediensten en de zorgsector.

In een van de conceptnota's wordt verwezen naar de Amerikaanse en Angelsaksische modellen van IPS. GTB heeft op tweeënhalf jaar het objectief van vijf jaar IPS gerealiseerd, volledig gefinancierd door het RIZIV via VDAB. Het gaat over 340 klanten met zeer ernstige psychische aandoeningen en 340 in de controlegroep die worden onderzocht door de ULB. In de eerste internationale review van het project, gemaakt door een Amerikaanse universiteit, haalt Vlaanderen zeer hoge scores op het IPS-project. Het project bestaat dus al en Luc Henau hoopt dat het wordt verlengd en regulier kan worden.

Het raamakkoord werkt volgens de spreker zeer goed in Vlaanderen en het is een voorbeeld van samenwerking tussen het Vlaamse en federale niveau. In de basisstuurgroep wordt jaarlijks met de top van het RIZIV het objectief bepaald en de evaluatie gedaan. Het RIZIV doet de audits van de individuele dossiers en dat werkt zeer goed.

Werkgevers moeten worden ondersteund via bemiddeling, jobcrafting en jobcarving. In de vorige hoorzitting ging het vaak over grote bedrijven. GTB kan met zijn doelgroep niet in grote bedrijven terecht, wel in kleine kmo's. Tijdens de coronaperiode is de uitstroom naar tewerkstelling zelfs lichtjes gestegen. GTB heeft een eigen dienst Talentoscoop die zelf naar de bedrijven stapt om gratis ondersteuning aan te bieden. De uitvoering van de acties ligt bij de partners die daarvoor aparte overeenkomsten maken, maar het bedrijf krijgt de basisdienstverlening gratis.

De VOP is niet langer uitsluitend gekoppeld aan rendementsverlies. De Vlaamse Regering wil net dat het een ondersteuningspremie is, waarbij zelfs iemand zonder rendementsverlies toch 40 procent ondersteuning kan krijgen.

### *Aanbevelingen*

Volgens Luc Henau moet het beleid blijven inzetten op werkbaar werk en loopbaanbegeleiding. Iemand die terugkeert naar werk na een lange ziekte zou vanaf de eerste maand recht moeten hebben op loopbaanbegeleiding.

De maatschappelijk return is hoog. VDAB krijgt voor iedere persoon in een traject voor terugkeer naar werk na ziekte 4800 euro van het RIZIV. VDAB onderhandelt met de partners en doet nog flankerende acties. GTB krijgt bijvoorbeeld 2365 euro voor iedere persoon die wordt begeleid. Iemand die een jaar in ziekte thuis is, kost 40.000 euro. Er is een uitstroom van drie op tien naar betaald werk. Die mensen kosten dus driemaal 4800 euro, maar de samenleving bespaart wel driemaal

40.000 euro. De KU Leuven heeft de maatschappelijke return van de trajecten op middellange termijn berekend. Er is een return on investment van drie op een. Iedere euro die wordt geïnvesteerd, heeft een maatschappelijke return van drie euro. Longitudinaal onderzoek in Duitsland heeft uitgewezen dat dit op lange termijn een op twaalf wordt. Er is dus een groot terugverdieneffect, los van het feit dat die mensen een ander leven krijgen.

Elk talent, elke werkkraft is nodig op de arbeidsmarkt. Nu moet men in België minstens 8 uur werken voor een progressieve werkhervatting. In sommige landen, zoals Ierland, kan dit al vanaf 1 uur per week. Luc Henau wil hierop inzetten.

Langdurig zieken mogen volgens de spreker hopen op een echt perspectief dat hen de kracht geeft om een nieuwe toekomst op te bouwen. Vlaanderen staat sterk op dit vlak. In het actieplan van minister Hilde Crevits staan er goede dingen, in afstemming met het plan van federaal minister Frank Vandenbroucke.

## **2. Gretel Schrijvers, algemeen directeur Mensura**

*Gretel Schrijvers* is arbeidsarts en algemeen directeur bij Mensura. Ze merkt eerst op dat ze nog terminologie zal gebruiken die, zoals Lynn Formesyn terecht zegt, niet meer van deze tijd is. Maar deze terminologie wordt nu eenmaal gebruikt in het wettelijke kader waarmee arbeidsartsen werken.

Zoals Luc Henau al stelde, zullen arbeidsartsen alleen deze problematiek niet oplossen. Maar met een aantal aanpassingen aan het huidige kader kunnen ze toch hun steentje bijdragen.

### *Vaststellingen*

Er zijn dus bijna een half miljoen langdurig afwezig in België en hun aantal gaat in stijgende lijn. Het gaat om 6,4 procent van de bevolking tussen 20 en 65 jaar. De kostprijs bedraagt ruim 9 miljard euro. Tegelijk blijft de 'war for talent' duren. Ook bij de tijdelijk afwezig zijn er heel wat competenties, talent en capaciteiten aanwezig en daar moet men volop en zo snel mogelijk op inzetten. Studies wijzen uit dat hoe langer iemand afwezig is van de werkvloer, hoe moeilijker het is om de terugkeer voor te bereiden. Na drie maanden afwezigheid keert minder dan 50 procent terug naar het werk. Na meer dan een jaar afwezigheid is dat nog 20 procent, na meer dan twee jaar 10 procent.

Afwezige werknemers komen op drie manieren bij de arbeidsarts terecht. De werknemer kan dit zelf vragen, al vanaf de eerste dag afwezigheid. De adviserend arts van de mutualiteit kan dit aanvragen na twee maanden afwezigheid. Ook de werkgever kan een re-integratietraject vragen na vier maanden.

In een op de twee gevallen wordt een definitieve ongeschiktheid bij de huidige werkgever vastgesteld. Men kan het ook anders bekijken: in een op de twee gevallen kan de persoon terugkeren naar de werkplek.

Het is inderdaad moeilijker om afwezige werknemers naar kleinere bedrijven te begeleiden, vaak omdat er minder mogelijkheden voor aangepast werk zijn. Maar er is zeker nog ruimte voor verbetering. Gretel Schrijvers stelt vast dat er een gebrek aan incentives is voor re-integratie aan de kant van de werkgever. Bij langdurige afwezigheid heeft de werkgever al een andere arbeidsorganisatie gevonden, de afwezige persoon is vaak al vervangen.

*Huidig re-integratietraject via arbeidsartsen*

Gretel Schrijvers toont een schema over het verloop van het huidige re-integratietraject via een arbeidsarts, opgedeeld in beslissingen A, B, C, D en E. Een arbeidsarts kan vijf mogelijke beslissingen nemen. Opmerkelijk is dat geen enkele van die vijf beslissingen toelaat om iemand gewoon geschikt te verklaren om terug te keren naar de werkplek. Er is de mogelijkheid om iemand tijdelijk ongeschikt te verklaren voor het overeengekomen werk en te zoeken naar geschikt werk of om over te gaan tot een definitieve ongeschiktheid voor het werk bij de huidige werkgever en eventueel een oplossing te zoeken bij een andere werkgever. In het traject E heeft de arbeidsarts de mogelijkheid om te zeggen dat het nog te vroeg is om terug te keren naar werk. Er is dus geen enkele mogelijkheid om te zeggen dat de werknemer geschikt is om terug te keren naar het werk.

*Actuele problemen*

Een probleem is dat er eigenlijk geen automatisch vroegtijdig contact is met de afwezige werknemer om na te gaan wat de werknemer nog wel kan en hoe men eventueel kan helpen bij een mogelijke terugkeer. Werk is voor Gretel Schrijvers een van de elementen in het genezingsproces en maakt deel uit van de verschillende behandelingsmogelijkheden. Er moet worden gedacht in termen van mogelijkheden en niet van ongeschiktheid.

Men kan ook niet spreken van een re-integratie-‘traject’ omdat een arbeidsarts vaak maar een enkele raadpleging heeft, wanneer het al te laat is. De arbeidsarts heeft vaak ook geen tijd voor meerdere raadplegingen. Het koninklijk besluit van 2016 gaf dit als bijkomende opdracht bovenop andere verplichtingen. Een arbeidsarts doet 95 procent van de onderzoeken bij gezonde werknemers. Misschien moet er eens worden nagedacht over een verschuiving van taken in de huidige wetgeving.

De beslissing D is de definitieve beslissing van ongeschiktheid die kan leiden tot een ontslag wegens medische overmacht. In 40 tot 50 procent van de gevallen wordt deze beslissing genomen. Deze beslissing zit wel in een dalende lijn.

Beslissing E die zegt dat het nog niet mogelijk is voor iemand om terug te keren naar de werkvloer, wordt in 15 procent van de gevallen genomen. Deze beslissing zit in een stijgende lijn. Het probleem is dat ze tot in het oneindige kan worden genomen, wat maakt dat er niet echt aan een terugkeer wordt gewerkt. De simpele beslissing ‘de werknemer kan het werk hervatten’ bestaat niet.

Er is ook wel wat terugval door te weinig begeleiding na hervatting. Als een arbeidsarts een beslissing neemt tot definitieve ongeschiktheid, weet hij niet wat er verder gebeurt met die werknemer. Er is nood aan meer overleg en samenwerking tussen de verschillende instanties.

*Statistieken re-integratiedossiers*

Mensura doet jaarlijks 5500 tot 6000 re-integratieonderzoeken. Een derde van de oorzaken van afwezigheid hebben te maken met een psychische aandoening, vooral in de zorgsector. Een ander derde zijn locomotorische stoornissen, vooral in de diensten- en bouwsector.

60 procent van de dossiers worden bij vrouwen opgestart, 40 procent bij mannen. De gemiddelde leeftijd van de werknemers is 46 jaar. Het aantal re-integratietrajecten stijgt bij de groep van 25 tot 34 jaar.

In de meerderheid van de gevallen – 44,5 procent – vraagt de werkgever een re-integratietraject aan na vier maanden afwezigheid van de werknemer. De werknemer zelf doet dat in 30 procent van de gevallen en de adviserend arts in 25 procent. In 21,3 procent van de gevallen gaat het om werknemers in de dienstensector. De zorgsector is goed voor 12,2 procent van de gevallen en de bouwsector voor 9 procent.

Gretel Schrijvers toont ook een grafiek met de beslissingen per aanvrager voor de re-integratietrajecten van 2020. Men hoort soms dat het koninklijk besluit over re-integratie een ontslagmachine voor de werkgevers is, maar de cijfers van Mensura spreken dit tegen. De meeste beslissingen tot definitieve ongeschiktheid worden genomen als de aanvraag van de werknemer of zijn behandelend geneesheer uitgaat. Een werknemer wil 'vrij' zijn om stappen te zetten naar een ander werk of een opleiding. Maar eigenlijk kan de werknemer dit ook al doen tijdens zijn ziekteperiode. Er is te weinig kennis van de mogelijkheden die er zijn tijdens ziekte.

De meeste beslissingen van definitieve arbeidsongeschiktheid worden genomen in kleine bedrijven, zoals blijkt uit een volgende grafiek. Er is dus inderdaad in de kmo's nog heel wat werk aan de winkel.

Gretel Schrijvers geeft ook cijfers van Co-Prev, de sectororganisatie van de Externe Diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk. Die externe diensten doen jaarlijks meer dan 30.000 re-integratieonderzoeken, zelfs in het coronajaar 2020. Het is een manier van werken die zeker verder kan worden verfijnd en die met verbeteringen tot betere resultaten zou kunnen komen. Ook hier komen het grootste aantal aanvragen via de werkgever, 45 procent, gevolgd door 33 procent via de werknemer en 21 procent via de adviserende geneesheer.

#### *Inzet op twee niveaus*

De inzet is het beperken van de instroom van langdurig afwezigigen wegens ziekte. Volgens Gretel Schrijvers kan dit als men een vroegtijdige en doorgedreven preventie invoert. Men kent de oorzaken en men kent de sectoren. Er zijn dus mogelijkheden om vroegtijdig in te grijpen en de arbeidsarts zijn rol te laten spelen. En voor de bijna 500.000 langdurig zieken moet worden nagegaan hoe de terugkeer naar de werkplek kan worden bevorderd.

#### *Voorstel nieuw traject*

Het voorstel van Mensura voor een nieuw traject is niet zo ingewikkeld. Het pleit ervoor om zo snel mogelijk contact te leggen met de afwezige werknemer. In de huidige codex Welzijn op het Werk staat dit eigenlijk al: elke werkgever moet afwezigheden van minstens vier weken melden aan zijn externe dienst. Mensura heeft 55.000 klanten en er is geen enkele werkgever die dat doet. De externe diensten zijn dus niet op de hoogte van de afwezigheid van werknemers. Ze zien de werknemer enkel als er een werkhervattingsonderzoek gebeurt of als een re-integratietraject wordt opgestart. Dat is volgens Gretel Schrijvers een gemiste kans omdat een arbeidsarts contact heeft met de werknemer maar ook de werkplek kent. Via een multidisciplinaire aanpak kan hij helpen om oplossingen te zoeken om tot re-integratie te komen.

Als de arbeidsarts moet inzetten op een vroegtijdige tussenkomst, zal hij taken moeten kunnen doorgeven, bijvoorbeeld aan bedrijfsverpleegkundigen. In Nederland doet de arbeidsarts enkel nog onderzoeken voor terugkeer naar de werkvloer. De bedrijfsverpleegkundige onderzoekt de gezonde werknemers. Dat stemt tot nadenken, gelet op het tekort aan en de leeftijdspiramide van de Belgische arbeidsartsen.

Vanaf dag 1 zou men moeten kunnen kijken naar wat er nog wel kan. Zoals door Lode Godderis al aangehaald, moet men afstappen van het ziekteattest en overstappen naar een fitnote.

De controlearts, die de gewettigde afwezigheid moet onderzoeken, zou een 'triagearts' kunnen zijn en doorverwijzen naar de arbeidsarts of andere instanties. De huidige cijfers van het aantal inkortingen van de ziekteattesten door controleartsen zijn verwaarloosbaar klein. Het gaat om enkele procenten.

De klachten zijn gekend. Psychologen en ergonomen moeten vroegtijdig worden ingeschakeld in de re-integratie.

Als een werknemer of een adviserend arts een re-integratietraject opstart, moet de werkgever dit nu betalen. Om de werkgevers een incentive te geven om mee te zoeken naar oplossingen, is het misschien beter dat de financiering door andere instanties zou gebeuren, zoals bijvoorbeeld het RIZIV.

Een eenvoudige en correcte uitwisseling van medische gegevens is primordiaal. De arbeidsarts heeft geen toegang tot het e-healthplatform. In de huidige wetgeving staat nog altijd dat de arts een therapeutische relatie moet hebben met de patiënt om toegang te hebben tot zijn medische gegevens. Een arbeidsarts heeft nooit een therapeutische relatie met de werknemer, maar hij moet wel oordelen over geschiktheden, over re-integratie of terugkeer naar het werk. Momenteel is de arbeidsarts afhankelijk van de goodwill van de zieke werknemer om toegang te krijgen tot medische gegevens, wat onnodig veel tijd en moeite kost. De arbeidsarts moet toestemming vragen en een aanvraag doen bij de behandelende arts. Sommigen vinden dat de arbeidsarts geen toegang tot die gegevens mag krijgen omdat hij door de werkgever wordt betaald. Gretel Schrijvers merkt daarbij op dat er geen enkel ander medisch beroep is dat zo uitgebreid wettelijk is geregeld.

#### *Resources, financiering en stimulansen*

Er moet dus meer tijd voor de arbeidsarts worden vrijgemaakt door het doorschuiven van taken. Mensura is ook voorstander van een specifieke opleiding, een post-graduaat Bedrijfsverpleegkundige, en voert hierover onder meer gesprekken met PXL Hogeschool.

De financiering van de trajecten zou beter niet door de werkgever gebeuren. Voor kleine bedrijven is dat nu een hinderpaal. Volgens Gretel Schrijvers zijn er heel wat mogelijkheden om werkgevers te stimuleren om mee naar oplossingen te zoeken, zoals een andere financiering en een verlaging van de sociale bijdragen voor opnieuw geïntegreerde werknemers. De overheid moet zoeken naar positieve stimulansen in plaats van negatieve bestraffing.

#### *Aanbevelingen*

Gretel Schrijvers formuleert tot slot een aantal aanbevelingen:

- gebruik de bestaande structuren. Ze zijn er maar ze kennen elkaar onvoldoende. Mensura heeft samen met VDAB en IDEWE een pilootproject opgesteld om de gegevensuitwisseling en de doorverwijzing te bevorderen;
- verfijn het huidige koninklijk besluit over re-integratie van 2016: vereenvoudig het aantal beslissingen en geef de mogelijkheid om iemand op een simpele manier opnieuw naar het werk te begeleiden;
- zorg voor de mogelijkheid om de arbeidsarts vroegtijdig te laten tussenkomen;
- voorkom nieuwe langdurig zieken door meer preventie en tijd voor de arbeidsarts voor re-integratie en door meer in te zetten op de gekende oorzaken van langdurige afwezigheid en op een sectorale aanpak;

- laat de arbeidsarts taken doorschuiven en zorg voor een opleiding bedrijfsverpleegkundige;
- maak van de controleartsen triageartsen en werk met een fitnote in plaats van ziekteattest;
- geef de arbeidsarts een toegang tot e-healthplatformen zodat hij een snelle toegang heeft tot correctie medische informatie;
- zorg voor een coördinerende persoon die een link kan maken tussen arbeidsartsen en arbeidsbemiddelaars en andere instanties.

### **3. Karolien Mermans, coördinator Re-integratie De Voorzorg provincie Antwerpen**

*Karolien Mermans* is coördinator Re-integratie van De Voorzorg in de provincie Antwerpen. In 2011 is De Voorzorg in Antwerpen gestart met een project rond re-integratie zodat de adviserende artsen een ruimere en andere visie op werk en arbeidsongeschiktheid zouden krijgen. Het is duidelijk dat betaald werk niet voor iedereen haalbaar is en dat werk een onderdeel kan zijn in een behandeling of revalidatie, maar absoluut niet betekent dat iemand genezen is. Het project wil de socioprofessionele re-integratie bevorderen van personen die een RIZIV-uitkering ontvangen.

#### *Coördinator Re-integratie*

De coördinator Re-integratie probeert, samen met het team van adviserend artsen van De Voorzorg, mensen met een arbeidsbeperking terug kansen te geven op de arbeidsmarkt en het gevoel te geven dat ze iets kunnen betekenen op die arbeidsmarkt. Het kan gaan van loopbaanbegeleiding, gedeeltelijke werkhervatting, tewerkstelling binnen maatwerk tot vrijwilligerswerk. Als coördinator is Karolien Mermans vooral een verbindende factor die de communicatie verzorgt tussen alle betrokken actoren: de verzekerde zelf, de adviserend arts, VDAB, GTB, GOB, de interne diensten van het ziekenfonds, psychologische diensten in de ziekenhuizen enzovoort. Ze probeert met al die instanties een netwerk uit te bouwen.

Als coördinator doet de spreker de introductie van nieuwe dossiers zodat de adviserend arts alle informatie heeft om een inschatting te maken of iemand in een traject kan instappen. Ze volgt ook de lopende dossiers op en doet de administratieve afhandeling.

Ook vergaart ze alle mogelijk informatie over de wetgeving over terug-naar-werktrajecten en koppelt ze terug naar het team van adviserend artsen.

Heel belangrijk is het uitdragen van informatie naar iedereen die er nood aan heeft. Zo organiseert De Voorzorg bijvoorbeeld samen met Rentree, een deel van Emينو, infosessies over terug naar werk tijdens een oncologische revalidatie.

Er worden ook studiedagen voor huisartsen georganiseerd. Daar is nood aan want er is nog veel onwetendheid in de behandelende sector. Er zijn ook webinars 'Klaar voor een nieuwe start', in samenwerking met ziekenhuizen en VDAB.

#### *Verloop arbeidsongeschiktheid*

Karolien Mermans toont een schema over de opvolging van arbeidsongeschiktheid. Allereerst is er een aangifte van de arbeidsongeschiktheid. Daarna gebeurt er een quickscan, een inschatting van de restcapaciteiten van de persoon, onder meer aan de hand van de vragenlijst 'arbeidsongeschiktheid'. De vragen in die lijst gaan over de algemene gezondheid van de persoon in kwestie, zijn opleiding en vorming, de beroepen die hij heeft uitgeoefend en de socioprofessionele situatie. De vragenlijst is gebaseerd op een doctoraatstudie en de belangrijkste vraag is volgens



Karolien Mermans hoe iemand zelf zijn mogelijkheden inzake werk op korte termijn inschat.

Hierna volgt er een contact bij een adviserend verpleegkundige die een integratieraadpleging bij de adviserend arts voorbereidt. De verpleegkundige probeert inhoudelijke informatie te krijgen, maar ook informatie te geven. Het is een gesprek op maat. Er gebeurt ook een behoeftcaptatie: zijn er op dit moment psychosociale belemmeringen naar werk waarbij het ziekenfonds al kan helpen? Is een doorverwijzing naar de dienst Maatschappelijk Werk nuttig?

Uit de raadpleging bij de adviserend verpleegkundige volgt een voorstel van datum voor een raadpleging bij de adviserend arts. Ook dit is weer maatwerk: termijnen kunnen niet worden veralgemeend.

#### *Traject terug naar werk*

Bij de mensen die klaar zijn voor het zetten van stappen naar werk zijn er twee groepen. Er zijn mensen die nog een arbeidscontract hebben en er zijn mensen die dat niet hebben. Bij beide groepen is een gedeeltelijke werkhervatting mogelijk en kan de werknemer tot een overeenkomst komen met een werkgever. Als er bij het contract grote vraagtekens zijn, wordt er doorverwezen naar de arbeidsarts. Iemand zonder arbeidsovereenkomst die nood heeft aan begeleiding of aan het verwerven van nieuwe competenties wordt doorverwezen naar VDAB of GTB. De Voorzorg heeft weinig kennis van de arbeidsmarkt en daarom is de samenwerkingsovereenkomst belangrijk.

De instroom in een traject naar werk – niet enkel in een traject socioprofessionele integratie of in het kader van het raamakkoord – kan op verschillende manieren gebeuren. De verzekerde zelf kan contact opnemen. De behandelende arts kan adviseren om al deeltijds te starten of om een begeleiding bij VDAB-GTB op te starten. De adviserend arts kan dit doen bij een controle. De arbeidsarts kan na een re-integratieonderzoek een gedeeltelijke werkhervatting voorstellen. VDAB en GTB kunnen iemand aanmelden en ook de werkgever zelf kan dat doen.

#### *Belemmerende factoren*

Belemmerende factoren zijn dat de teams niet zijn aangepast aan de realiteit van vandaag. De informatie over terug-naar-werk en re-integratie zit nog heel verspreid. Tijdens een raadpleging, een persoonlijk contact, kunnen de mogelijkheden van iemand het best worden ingeschat. Net als de arbeidsartsen hebben de adviserend artsen re-integratie als opdracht bijgekregen, met dezelfde problemen van tijd en middelen als de arbeidsartsen. De Voorzorg zou graag in de toekomst opnieuw de focus leggen op het eerste jaar arbeidsongeschiktheid. Hoe langer het duurt om re-integratie op te starten, hoe moeilijker het wordt.

Aan de hand van de quickscan zou een eerste inschatting moeten gebeuren, maar vaak gebeurt die niet. Het tijdstip waarop de vragenlijst wordt verstuurd, is vaak nog te vroeg om richtinggevende informatie te krijgen. Het therapeutische proces is nog maar net gestart. De ziekenfondsen beschikken ook over te weinig middelen om op twaalf weken een quickscan te kunnen uitvoeren.

Er is een aangepaste, tweede versie van de vragenlijst re-integratie opgesteld en die is niet altijd even praktisch. Karolien Mermans vond het vorige model inhoudelijk sterker. Er wordt nu bijvoorbeeld niet duidelijk gevraagd of men al dan niet nog een werkgever heeft. Ook wordt er niet meer gevraagd naar het werk dat men doet en naar de belemmeringen die er zijn om dat werk te hervatten. Voor het koninklijk besluit-De Block-Peeters kon men iedereen van wie men dacht dat er begeleiding van VDAB-GTB nodig was de toestemming geven om een traject op te

starten. Sinds het KB moet men eerst doorverwijzen naar de arbeidsarts als iemand een werkgever heeft. Dat verlengt in een aantal gevallen de procedure. Het remt de mensen ook af, omdat ze nog een arbeidsovereenkomst hebben en ontslag wegens medische overmacht vrezen. Ook zijn niet alle arbeidsartsen ervan op de hoogte dat zij ook zelf een akkoord kunnen geven om bij VDAB een traject te starten.

De behandelende sector is nog altijd onvoldoende op de hoogte. Door onwetendheid worden trajecten soms tegengehouden. Mensen voor wie er een traject bij VDAB-GTB werd opgestart, komen nog vaak met een ziektebriefje melden dat ze niet kunnen werken. Het informeren van de behandelende sector is echt wel nodig zodat iedereen dezelfde boodschap geeft en de verzekerde kan stimuleren.

Er ontbreekt één communicatieplatform dat gemakkelijk toegankelijk is voor alle actoren en dat overleg en uitwisseling van informatie faciliteert.

#### *Faciliterende factoren*

Binnen De Voorzorg wordt re-integratie – eigenlijk terug-naar-werk – heel breed bekeken. Het kan gaan over een voltijdse werkhervatting, een gedeeltelijke werkhervatting via een re-integratietraject of in een ander werk, een gedeeltelijke werkhervatting als zelfstandige in bijberoep, een traject VDAB-GTB, beroepsherscholing of vrijwilligerswerk. De coördinatie ervan gebeurt door één centrale persoon en één centrale dienst die het wetgevend kader opvolgt en de administratieve opvolging doet. Dat maakt het voor iedereen gemakkelijker om vragen te stellen over uiteenlopende onderwerpen. Daarbij is het heel belangrijk dat de coördinator een netwerk uitbouwt.

#### *Aanbevelingen en boodschappen*

Ziekenfondsen zijn al heel lang bezig met re-integratie en hebben veel kennis, informatie en competenties. Het lijkt Karolien Mermans dan ook evident om de regie over de re-integratie binnen te ziekenfondsen te houden.

Re-integratie moet vertrekken vanuit een centraal punt, de verzekerde, en niet vanuit het statuut van de persoon.

De adviserend arts zou werknemers onder arbeidscontract opnieuw moeten kunnen verwijzen naar VDAB. Dat zou helpen om de trajecten sneller te op te starten.

Karolien Mermans vat nog enkele belangrijke boodschappen samen. Een eerste is dat focus op preventie moet liggen.

Een tweede is dat er kan worden gebouwd op bestaande pijlers. Er is immers al een enorme weg afgelegd binnen het raamakkoord en de samenwerkingsovereenkomst.

Het beleid moet inzetten op sensibiliseren en informeren van alle actoren. Er zijn nog heel wat misverstanden over wat kan en niet kan.

Men zou formele en informele trajecten mogelijk moeten maken.

De gedeeltelijke werkhervatting is een fantastisch instrument maar heeft wel fiscale gevolgen. Met meer middelen zouden de ziekenfondsen de gedeeltelijke werkhervatting beter kunnen opvolgen.

Het heeft geen zin om mensen te verplichten om in te stappen in een terug-naar-werktraject. Het vrijwillige karakter is volgens Karolien Mermans enorm belangrijk. Voor gemotiveerde mensen is de kans op slagen veel groter.

## V. Vragen en opmerkingen van de leden

### *Tussenkomst van Ilse Malfroot*

*Ilse Malfroot* begrijpt dat GTB zich in de eerste plaats inzet om personen met een arbeidshandicap naar het normaal economisch circuit te brengen. Voor hoeveel percent van de begeleide personen is dit het geval? Wanneer en op welke manier wordt de afweging gemaakt om een persoon toe te leiden naar het beschermd circuit of naar arbeidszorg?

Welke bereidwilligheid stelt men vast bij zelfstandigen om tewerkstellingsbevorderende maatregelen te nemen en loopbaanbegeleiding te ondersteunen? Wordt dit voldoende ondersteund door de Vlaamse overheid? Welke drempels worden er door de werkgevers ervaren?

Hoe verloopt de samenwerking met VDAB en de externe partners? Ziet GTB nieuwe partnerschappen die de interne werking en de doorstroom naar werk van klanten zou kunnen verbeteren?

Mensura zag de afgelopen periode een stijging van het aantal personen die tijdelijk arbeidsongeschikt worden verklaard wegens een depressie of burn-out. Voorkomen is beter dan genezen, maar welke programma's biedt Mensura aan om het mentale welzijn van werknemers in kaart te brengen en de psychosociale stress op de werkvloer te verlagen? Zijn er bedrijven die hiervan gebruikmaken? Zo ja, hoeveel? Vinden de kleine zelfstandigen ook de weg naar deze dienstverlening?

Welke zijn de belangrijkste vragen die werkgevers stellen over re-integratie? Zijn er, naast de financiële drempels om in aangepast werk te voorzien, nog problemen? Hoe worden die eventueel na een advies van Mensura opgelost?

Hoe evalueert de coördinator van De Voorzorg de bereidwilligheid van langdurig zieken om in een traject naar werk te stappen? Willen ze terug aan het werk? Welke drempels ervaren ze om niet aan het werk te gaan? Is het voor hen financieel rendabel om deeltijds aan de slag te gaan?

Is de samenwerking met de adviserend arts en de behandelende arts voldoende efficiënt of zijn er verbeterpunten? Hoeveel van de voorstellen tot re-integratie worden er daadwerkelijk aanvaard?

### *Tussenkomst van Ludwig Vandenhove*

Ludwig Vandenhove begrijpt uit de uiteenzetting van Luc Henau dat hij de rol van de mutualiteiten als zeer positief ervaart. Karolien Mermans van De Voorzorg zegt dan weer dat mutualiteiten eigenlijk te weinig middelen en mogelijkheden hebben. Hoe verhoudt zich dat tot elkaar? Wat moet men verstaan onder te weinig middelen en mogelijkheden? Zijn de bijkomende middelen dan nodig voor nieuwe initiatieven?

### *Tussenkomst van Tom Ongena*

*Tom Ongena* verwijst naar de vraag van Gretel Schrijvers van Mensura om de arbeidsartsen veel meer te betrekken in het proces. Worden de arbeidsartsen vandaag al betrokken? Zijn zij al partner in de trajecten met VDAB-GTB? Is er enige

vorm van samenwerking met de mutualiteiten? Karolien Mermans van De Voorzorg stelde immers dat arbeidsartsen weinig trajecten aanvragen.

Ongeveer 35 procent van de initiatieven komt van de werkgevers. Alle sprekers zeiden dat het soms te lang duurt vooraleer er stappen worden gezet. Vanaf wanneer komen de werkgevers dan in actie?

Een knelpunt dat vaak wordt aangehaald, is dat kleinere bedrijven veel minder mogelijkheden hebben en minder gemotiveerd zijn om mensen terug aan het werk te zetten. Wat kan men daaraan doen? Hoe kan de overheid kmo's beter ondersteunen? Of is het vaak een onmogelijke opdracht en moet er sneller worden gekeken naar een andere werkgever die meer mogelijkheden heeft?

Werken de mutualiteiten samen aan deze uitdaging? Is er een verschil in aanpak? Moeten de mutualiteiten niet meer worden geresponsabiliseerd? Zijn er meer incentives nodig om stappen vooruit te zetten?

#### *Tussenkoms van Robrecht Bothuyne*

*Robrecht Bothuyne* begrijpt dat er heel wat kennis en expertise is opgebouwd in het samenwerkingsverband VDAB-GTB, ziekenfondsen en RIZIV. Het is een goede zaak dat het aantal trajecten ieder jaar wat stijgt. Maar het opgebouwde netwerk en de extra budgettaire middelen die vanuit het RIZIV naar het samenwerkingsverband gaan, brengen geen stijging van de uitstroom naar betaald werk met zich mee. Er zijn inderdaad verschillende manieren om maatschappelijk nuttig te zijn, maar de hoop is toch om zoveel mogelijk mensen opnieuw volwaardig te integreren in de arbeidsmarkt. Die wordt steeds krappere en werkgevers zijn er ook steeds meer van overtuigd dat witte merels zeldzaam zijn en dat ze de talenten van iedereen moeten benutten. Toch blijft de uitstroom ongeveer constant op een kleine 30 procent. Wat is de verklaring hiervoor? Hoe kan die uitstroom worden verbeterd?

Het aantal trajecten stijgt maar de potentiële doelgroepen nemen nog veel sneller toe. Steeds meer mensen vallen uit en daarvoor kunnen verschillende redenen worden aangehaald. Maar hoe kan men het aantal trajecten verhogen en zo sneller en korter op de bal gaan spelen?

## **VI. Antwoorden**

#### *Antwoorden van Luc Henau (GTB)*

*Luc Henau* antwoordt aan Ilse Malfrout dat GTB geen specifieke uitstroomgegevens heeft voor mensen in een terug-naar-werktraject omdat het met een inclusief model werkt. GTB gaat ervan uit dat 35 procent van iedereen die door GTB wordt begeleid, aan het einde van het traject betaald werk moet hebben. Die norm wordt samen met VDAB behaald.

Na een activeringstraject – mensen met een gecombineerd werk-zorgtraject – vindt ongeveer 35 procent betaald werk, 35 procent gaat naar arbeidszorg en ongeveer 30 procent is 'niet-toeleidbaar'. De term niet-toeleidbaar heeft niets te maken met de zwakte of de sterkte van de individuele persoon. Sommige mensen die de kwalificatie niet-toeleidbaar krijgen, hebben een masterdiploma of hebben ervaring als leidinggevende. Door psychische problemen kunnen ze de stap naar betaald werk niet meer zetten. Het komt steeds neer op een individuele beoordeling.

Er is geen grote uitstroom naar maatwerkbedrijven omdat er op dit moment te weinig instroommogelijkheden zijn. Er is weinig groei bij de maatwerkbedrijven.

GTB begeleidt evenveel mensen met het ticket 'maatwerk' naar het gewone circuit dan naar het maatwerkcircuit.

Het is volgens de spreker zeker niet zo dat de werkgevers de grote boeman zijn in dit verhaal. Elk jaar geven 5000 werkgevers een kans aan 5000 mensen. Ook bij de kmo's ziet GTB die bereidwilligheid. Uit een bevraging blijkt dat het niet de VOP is die de werkgever overtuigt. De VOP is een mooie ondersteuningsmaatregel maar een werkgever wil in de eerste plaats een goede werknemer en dat lukt vaak met goede ondersteuning in het begin. Het is een kwestie van geloven in talenten.

Kmo's hebben geen toegang tot de klassieke, grote webinars en informatiekkanalen. Op dat vlak is zeker nog verbetering mogelijk.

GTB heeft een zeer goede samenwerking met VDAB. Luc Henau is zeer positief over de manier waarop VDAB zich opstelt. Zo hebben VDAB en GTB samen input gegeven voor het actieplan van de minister. Ook met de andere partners van VDAB, zoals de GOB's, zijn er zeer goede samenwerkingsovereenkomsten.

Uiteraard zijn er drempels, maar Luc Henau pleit ervoor om te communiceren over de hoop en het perspectief die er voor iedereen zijn.

Luc Henau is inderdaad positief over de rol van de mutualiteiten. De twee grote mutualiteiten zijn ook opgenomen als experts in de raad van bestuur van GTB, die paritair is samengesteld. Men moet bruggen bouwen tussen organisaties en sectoren en dan is er veel mogelijk.

In juni 2021 zijn er opnieuw 450 mensen gestart in een terug-naar-werktraject vanuit het RIZIV.

Er zijn weinig adviserend artsen, maar die zijn ook niet gemakkelijk te vinden. Een drastische stijging zal niet lukken. Een betere ondersteuning en omkadering van adviserend artsen is nodig, bijvoorbeeld om administratief werk weg te nemen. Een aantal mutualiteiten hebben een pilootproject en dat zorgt voor veel dynamiek.

Tom Ongena informeerde naar de drempels voor kmo's. In dat verband is een project als Talentoscoop heel erg belangrijk ([www.talentoscoop.be](http://www.talentoscoop.be)). UNIZO, dat in de raad van bestuur zit, was hiervoor trouwens vragende partij. Talentoscoop gaat naar de bedrijven en vraagt welke problemen ze ondervinden om de werkvloer meer inclusief te maken, bijvoorbeeld om iemand met autisme tewerk te stellen. GTB stelt een gratis menu voor, maar de vorming wordt uitbesteed aan de partners. Voor kmo's is dit een enorme ondersteuning. Voor de eerste begeleiding, die gratis is en moet zijn, heeft GTB vijftien medewerkers vrijgesteld. De directe betrokkenheid van UNIZO in het bestuur van GTB is volgens Luc Henau warm en hoopgevend. UNIZO bracht onlangs zelf een standpunt naar buiten over terugkeer naar werk.

De extra middelen uit het raamakkoord werden ingezet voor extra mensen. Het aantal trajecten wordt opgedreven tot 7500 in 2022 en 10.000 in 2023. De basisprijs is nog altijd dezelfde. GTB gaat wel verder in het kansen geven aan mensen. Zo gaat GTB ook aan de slag met mensen in een IPS-project waarvan de medische wereld zegt dat ze niet kunnen werken. Daardoor verkleint de kans op uitstroom van sommige mensen. De uitstroom uit IPS schommelt rond 15 tot 20 procent, veelal in een aaneenschakeling van interim- en korte tewerkstellingsfases.

Vroeger bleef iemand met een handicap of iemand die terugkeerde uit ziekte werken op de plaats waar hij opnieuw aan de slag ging, maar had hij beperkte carrièrekansen. Vandaar dat Luc Henau ook pleit voor loopbaanbegeleiding om binnen het bedrijf te kunnen groeien.

De uitstroom kan worden verhoogd maar dat betekent dat men aan de ondergrens een aantal mensen niet zal meenemen.

Er is in Mijn Loopbaan een platform waarvoor VDAB twee ingangen heeft gecreëerd. Dat is het zogenaamde 'vertrouwelijke luik', waar externe artsen GDPR-proof toegang kunnen krijgen tot het medische luik van het loopbaandossier.

Luc Henau wil nog eens het belang van inclusie benadrukken. Hij sluit af met een quote van een van de begeleide mensen: 'Eigenlijk is er maar één ding erger dan te moeten gaan werken, en dat is niet te mogen gaan werken'.

#### *Antwoorden van Gretel Schrijvers (Mensura)*

*Gretel Schrijvers* zegt dat er heel wat mogelijkheden zijn om in te zetten op de toenemende psychische problematieken zoals burn-out en depressie. Er is een wettelijke verplichting tot het maken van een risicoanalyse van psychosociale aspecten binnen een bedrijf. Het actieplan dat daaruit volgt, is belangrijk en laat toe om binnen bedrijven maatregelen te nemen.

Mensura zelf heeft de opleiding 'First Aid for Mental Health' gelanceerd. Die komt initieel uit Canada en helpt leidinggevenden om de eerste signalen van psychische problemen op de werkvloer op te pikken en om daarna te kunnen doorverwijzen. De psychologische dienst van Mensura is de laatste jaren ook enorm gegroeid, wat betekent dat er vraag van bedrijven is om deze problemen aan te pakken. De impact van corona en van het thuiswerk mag niet worden onderschat. Het is niet omdat men Teams gebruikt dat signalen in het team goed worden opgevangen.

Mensura krijgt weinig vragen van kleine zelfstandigen. Het is ook moeilijker om deze problematiek bij hen aan te kaarten. Men zou op sectorvlak een rol kunnen spelen en de nodige maatregelen kunnen nemen. Er is ook een aanbod van e-learning van Mensura over burn-out en depressie.

De werkgevers stellen bij re-integratie vragen over het financiële aspect, maar ook over ondersteuning voor aanpassingen aan de werkpost. Ze vragen ook begeleiding bij de terugkeer naar de werkvloer, ook voor de collega's van de persoon die terugkeert. De returncoach zou daarin een belangrijke coördinerende rol kunnen spelen.

De arbeidsartsen hebben zelf al heel wat initiatieven genomen om betrokken te worden. Ze hebben een brug geslagen naar VDAB. Er werden pilootprojecten gestart en er zijn ook heel wat lokale initiatieven. Maar het gebeurt inderdaad niet op een structurele manier. Op dit vlak kan volgens Gretel Schrijvers nog een hele weg worden afgelegd. Bij de externe diensten worden ook meer initiatieven genomen.

Volgens de huidige wetgeving kunnen werkgevers pas een aanvraag voor een traject indienen na vier maanden afwezigheid van de werknemer. Als men de verplichting tot melding van vier weken afwezigheid zou naleven, zou de arbeidsarts op de hoogte zijn en zou hij al contacten kunnen leggen met de afwezige werknemer.

#### *Antwoorden van Karolien Mermans (De Voorzorg)*

*Karolien Mermans* weet niet hoe de mutualiteiten samenwerken. De Voorzorg werkt wel samen met de CM rond infosessies, maar lokaal wordt er niet inhoudelijk samengewerkt rond re-integratie en terugkeer naar werk.

Voor mensen die langdurig ziek zijn en gedeeltelijk het werk hervatten, zou dit op het einde van de maand toch iets meer moeten opleveren dan de uitkering. 20 procent van de uitkering is altijd vrijgesteld voor iemand die deeltijds werkt. Die 20 procent wordt berekend op basis van het aantal gewerkte uren van een voltijdse werknemer in een soortgelijke functie binnen het bedrijf. Alles boven die 20 procent wordt verrekend met de uitkering. Wel is het zo dat op de uitkeringen nauwelijks bedrijfsvoorheffing wordt toegepast. In combinatie met loon heeft dat wel consequenties voor de berekening van de belastingen in het volgende jaar.

*Antwoorden van Christiaan Berg (adviserend arts bij De Voorzorg)*

*Christiaan Berg*, adviserend arts bij De Voorzorg, stelt dat een adviserend arts het onderwerp terug naar werk steeds ter sprake zal brengen tijdens de consultatie. Daarbij worden volgende vragen gesteld. Hoe denkt de persoon zelf terug naar werk te gaan? Denkt hij zonder hulp terug aan het werk te kunnen gaan? Zou het vorige beroep nog haalbaar zijn? Vaak zien de adviserend artsen personen waarbij er een heel duidelijke nood is aan ondersteuning om terug aan het werk te kunnen wegens een multi-problematiek.

Het is belangrijk dat de drempel om een re-integratietraject op te starten zo laag mogelijk is. Dit kan door ervoor te zorgen dat er voldoende artsen zijn en zeker ook genoeg administratieve ondersteuning met kennis van re-integratie, zoals coördinator Karolien Mermans die biedt bij de Voorzorg in de provincie Antwerpen. Zonder deze ondersteuning is de kans kleiner dat een adviserend arts iemand zal doorverwijzen naar VDAB-GTB voor de opstart van een traject socio-professionele re-integratie aangezien de tijd en ruimte ontbreekt om dit voldoende op te volgen.

### **DEEL 3. HOORZITTING VAN 17 JUNI 2021**

#### **I. Jan Denys, arbeidsmarktexpert Randstad**

##### **1. Inleidende uiteenzetting**

*Jan Denys*, arbeidsmarktexpert bij Randstad, bespreekt zijn studie 'België is ziek', waarin hij op zoek is gegaan naar de oorzaken van de sterke stijging van ziekte en invaliditeit in België in de periode 2010-2019. Het is een licht provocerende titel om te zeggen dat er veel zieken in het systeem zijn, maar dat er ook een probleem is met het systeem zelf.

*Knelpunten op de arbeidsmarkt – inactiviteit*

De insteek van de studie is de moeizame situatie en de vele knelpunten van de Belgische, maar ook de Vlaamse arbeidsmarkt. Belangrijke knelpunten zijn een lage werkzaamheidsgraad en een lage activiteitsgraad.

De categorie van mensen die inactief zijn, is zeer heterogeen. Jan Denys focust op de groep 'ziek en invalide'. Het is kwantitatief een grote groep in de groep van inactieven en het aandeel stijgt zeer snel. In 2010 was 15,7 procent van de inactieve mensen tussen 20 en 65 jaar ziek of invalide, in 2019 was het al 25 procent in België.

Ook in de Europese Unie is er een gelijkaardige, maar minder grote stijging. De spreker toont cijfers die zijn gebaseerd op de Eurostat-enquêtes en die de evolutie weergeven van de zieken en invaliden in de leeftijdsgroep 20 tot 65 jaar van 2010 tot 2019. België zit boven het Europese gemiddelde, bij de top in Europa, en vooral de voorbije tien jaar is er een ongunstige evolutie. Noorwegen, Denemarken en Nederland scoren nog hoger. In sommige landen van de EU is er zelfs een daling,

zoals in Zweden. Er spelen dus nationale elementen mee, de verschillen zijn anders moeilijk te verklaren.

### *Hypotheses*

In de literatuur vindt men grofweg drie hypothesen waarom ziekte en invaliditeit toenemen: vergrijzing, communicerende vaten met werkloosheid en arbeidsomstandigheden.

Wat betreft vergrijzing is België niet eens een oud land. De mediaanleeftijd in België is 41,8; in Italië bedraagt die 47,2 en in Duitsland 45,9. Toch staan Italië en Duitsland niet bij de top van ziekte en invaliditeit. De correlatie tussen vergrijzing en ziekte en invaliditeit is in ieder geval niet zo robuust. Vergrijzing zal zeker een rol spelen maar kan eigenlijk niet zoveel verklaren.

Een volgende hypothese betreft het bestaan van communicerende vaten tussen werkloosheid en inactiviteit. Vaak wordt naar voor geschoven dat er meer mensen in ziekte en invaliditeit terecht komen door de strengere wetgeving op werkloosheid en de afbouw van de eindeloopbaanregelingen. Jan Denys heeft de evolutie van de werkloosheidsgraad tussen 2010 en 2019 vergeleken met de evolutie van ziekte en invaliditeit. Voor België is de ziekte en invaliditeit gestegen met 2,2 procent en de werkloosheid gedaald met 2,4 procent. Men kan dus spreken van communicerende vaten, maar dit is helemaal geen regel in Europa. Duitsland heeft een veel sterkere daling in werkloosheid dan België maar amper een stijging van ziekte en invaliditeit. In Zweden is er in beide gevallen een daling en, in mindere mate, is dat ook het geval in het Verenigd Koninkrijk. Er moeten dus typisch Belgische systemen aan het werk zijn. De conclusie is dat communicerende vaten op nationaal niveau lijken te bestaan, maar dat ze niet kunnen worden veralgemeend naar andere landen.

De derde hypothese betreft de arbeidsomstandigheden. Hierover zijn er heel veel data beschikbaar. Jan Denys baseert zich op de enquête van Eurofound, de Europese stichting die iedere vijf jaar een groot onderzoek doet naar de kwaliteit van arbeid. De enquête van 2020 is door corona uitgesteld, het laatste onderzoek dateert van 2015. De arbeidsomstandigheden worden heel breed gedefinieerd. Jan Denys beperkt zich tot de thema's fysieke omstandigheden en werkdruk. In Europa zit België altijd in de top 10 wat fysieke omstandigheden betreft en in heel veel gevallen zelfs in de top 5. België doet het dus relatief goed. Wat betreft werkdruk (hoge snelheid, strakke deadlines, genoeg tijd om af te werken enzovoort) scoort België minder goed, maar zit het nergens bij de onderste 25 procent. België behoort dus niet tot de zwakste landen, maar zit in het bredere midden. Psychische werkomstandigheden lijken dus niet de belangrijkste verklaring te zijn waarom mensen in België gemiddeld meer ziek zijn dan in andere landen. Dat betekent niet dat de psychische omstandigheden geen aandachtspunt moet zijn.

### *Unieke positie van België*

België combineert als een van de weinige landen een lage werkzaamheidsgraad, onder het gemiddelde, met een hoge graad van ziekte en invaliditeit. Noorwegen, Denemarken en Nederland combineren een hoge werkzaamheidsgraad met een hoge graad van ziekte en invaliditeit. Andere landen met een lage werkzaamheidsgraad, zoals Italië en Spanje, hebben een lagere graad van ziekte en invaliditeit dan België.

Duitsland, Zwitserland en Oostenrijk combineren een hoge werkzaamheidsgraad, hoger dan gemiddeld, met een laag aandeel zieken en invaliden. Nochtans wordt in het debat relatief weinig naar die landen verwezen. Jan Denys wil nog onderzoek doen over hoe die landen daarin slagen.



### *Regionale verschillen*

Er zijn regionale verschillen in België. In 2012 zat Vlaanderen nog boven het gemiddelde aandeel ziekte en invaliditeit. Maar wat de evolutie van 2012 tot 2019 betreft, behoort het niet slechter dan Europa. In Brussel en Wallonië is er wel een negatieve evolutie en zit men duidelijk boven het Europese gemiddelde. Het is de hypothese van Jan Denys dat de communicerende vaten (tussen de stelsels van werkloosheid en brugpensioen en ziekte en invaliditeit) in Brussel en Wallonië sterker hebben gespeeld dan in Vlaanderen. De studie is al een paar maanden uit en deze verklaring is nog niet weerlegd.

Maar ook het Vlaamse aandeel blijft hoog en met 6,1 procent in 2019 boven het Europees gemiddelde. Als Vlaanderen 80 procent werkzaamheidsgraad wil halen dan moeten er op dit vlak zeker stappen vooruit worden gezet.

### *Lessen voor België en Vlaanderen*

België en Vlaanderen hebben dus een probleem. Ze combineren een hoge instroom in ziekte en invaliditeit met een zwakke uitstroom naar werk. Voor de instroom is er een niet al te sterk poortwachterssysteem. Vooral in de eerste maanden van ziekte en invaliditeit slaagt men er niet goed genoeg in om mensen te laten uitstromen.

Er zijn veel gelijkenissen met het activeren van werklozen, waar ook blijkt dat snel activeren aangewezen is. Een verschil met werk en werkloosheid is wel dat ziekte en invaliditeit een veel complexer institutioneel veld is. Niet alleen werkgevers, vakbonden en overheid maar ook de artsen en mutualiteiten zijn belangrijke actoren.

Voor Jan Denys moet er dus worden gewerkt aan de instroom, maar ook aan de uitstroom. Het activeren van zieken en invaliden is een zeer gevoelige materie waar met de grootste omzichtigheid mee moet worden omgegaan. De uitdaging is zeer groot, maar de spreker is tevreden dat er nu Vlaamse en federale initiatieven worden voorbereid.

## **2. Vragen en opmerkingen van de leden**

### *Tussenkomst van Axel Ronse*

*Axel Ronse* dankt Jan Denys voor de macro-analyse. De spreker zei dat men voorzichtig kan stellen dat er in België communicerende vaten zijn tussen werkloosheid en ziekte en invaliditeit. *Axel Ronse* vraagt zich af of men dan misschien dieper moet gaan graven in de profielen van de personen die langdurig ziek zijn. Stromen die mensen dan bijna rechtstreeks in vanuit de werkloosheid? Is het nuttig dat verder te onderzoeken?

Wat zijn volgens Jan Denys de achterliggende factoren die meebrengen dat mensen vanuit de werkloosheid sneller instromen in langdurige ziekte? Komt dat door een gebrekkig activeringsbeleid? Kan de graduele verhoging van de uitstapleeftijd voor SWT een verklaring zijn?

### *Tussenkomst van Ilse Malfroot*

*Ilse Malfroot* stelt dat een mogelijke piste voor re-integratie via uitzendarbeid loopt. Is dat ook een piste om langdurig zieken opnieuw naar de arbeidsmarkt te krijgen? Op welke manier kan uitzendarbeid zinvol worden ingezet voor deze groep? Zou dit kunnen leiden naar een duurzame tewerkstelling voor herintreders?

Zijn werkgevers in de uitzendsector geneigd om in aangepast werk voor deze groep te voorzien?

Het Belgische systeem van ziekte en invaliditeit heeft ook te maken met een specifieke institutionele vormgeving. Ilse Malfroot denkt daarbij zowel aan de aard van de initiatieven als aan de ontoereikende uitvoering ervan. Is de spreker van mening dat de bevoegdheidsverdeling inzake re-integratie de Vlaamse inspanningen om langdurig zieken opnieuw aan het werk te krijgen tenietdoet? Of ziet hij andere problemen?

Er zijn grote regionale verschillen in de uitstroom van langdurig zieken en ook de werkzaamheidsgraad verschilt. Zijn er institutionele verschillen die dit verklaren?

Houdt de VDAB bij de re-integratietrajecten voldoende rekening met de fysieke capaciteiten of psychische aandoeningen zoals burn-out en depressie?

*Tussenkomen van Robrecht Bothuyne*

*Robrecht Bothuyne* verwijst naar de opmerking dat het poortwachterssysteem voor de instroom niet al te sterk is. Welke aanbevelingen heeft Jan Denys voor de 'poortwachters'? Wat kan er op Vlaams niveau gebeuren?

### **3. Antwoorden**

*Jan Denys* verkiest om geen uitspraken te doen over de bevoegdheidsverdelingen. De ontwikkelingen in de verschillende regio's zijn verschillend. Dat zou een pleidooi kunnen zijn om meer bevoegdheden aan de regio's te laten, maar *Jan Denys* ziet zichzelf niet als een expert van het systeem. Hij wil dit wel verder bestuderen.

*Jan Denys* spreekt als arbeidsmarktexpert en niet zozeer als vertegenwoordiger van Randstad. Uitzendarbeid kan een rol spelen, maar dan wel in het kader van re-integratietrajecten waarin mensen worden toegeleid naar ander werk en via uitzendarbeid de mogelijkheid krijgen om nieuwe jobs uit te proberen. Het gaat dan niet over de traditionele rol van uitzendarbeid, met name het heel snel invullen van vacatures. Randstad werkt sinds dit jaar samen met VDAB aan integratietrajecten. Uitzendarbeid speelt een belangrijke rol in het toeleiden van groepen met een afstand tot de arbeidsmarkt. De groep langdurig zieken kan als een nieuwe groep worden gezien. Er moet wel aparte expertise rond worden opgebouwd, want in de groep zieken en invaliden zijn er heel verschillende profielen.

*Jan Denys* zou het toejuichen dat de theorie van de communicerende vaten verder empirisch wordt uitgeklaard. Het is een vaststelling dat werkloosheid daalt en ziekte en invaliditeit stijgt. Toen de leeftijd van brugpensioen werd opgetrokken, werd ook luid verkondigd door sommige stakeholders dat de instroom in ziekte en invaliditeit zou stijgen.

VDAB is een publieke dienst. Het parlement moet maar controleren hoe de activering werkt en of er nu meer wordt doorverwezen naar ziekte en invaliditeit dan vroeger. In sommige gevallen is dat uiteraard terecht. Historisch gezien zaten er groepen in het werkloosheidsstelsel die daar niet thuishoorden.

*Jan Denys* zegt dat hij het systeem ziekte en invaliditeit in zijn finesses nog niet voldoende kent. Hij gaat voort op wat experten zeggen: er is een veel te lange passieve periode wanneer mensen in ziekte en invaliditeit terechtkomen. Ze zijn ook in zekere zin beschermd door het doktersbriefje. Dat is een moeilijk debat, maar Nederland kent bijvoorbeeld het ziekteattest niet waardoor mensen veel sneller worden aangesproken. Het is duidelijk dat het Belgische systeem suboptimaal is en dus voor verbetering vatbaar.

## **II. Eline Bruneel en Wim Geluykens, Overlegplatform Handicap en Arbeid**

Eline Bruneel, beleidsmedewerker van het Vlaams Patiëntenplatform, en Wim Geluykens, expert bij Kom op tegen Kanker, spreken namens het Overlegplatform Handicap en Arbeid.

### *Overlegplatform Handicap en Arbeid*

*Eline Bruneel* verduidelijkt dat het Vlaams Patiëntenplatform en Kom op tegen Kanker lid zijn van het Overlegplatform Handicap en Arbeid. Het overlegplatform is een platform van ledenverenigingen met een aantal actieve kernleden en een aantal netwerkleden. Het gaat om verenigingen die bezig zijn rond handicap en chronische ziekten. De kernleden komen maandelijks samen waarbij dossiers worden besproken en vergaderingen worden voorbereid en besproken. Het platform heeft mandaten in verschillende overlegorganen.

Het platform vertrekt vanuit de persoon met een handicap of chronische ziekte. Alle aangesloten verenigingen verzamelen vanuit hun eigen werking ervaringen en knelpunten die in het overlegplatform worden samengebracht. Binnen de verenigingen zijn ook mensen met een handicap of chronische ziekte actief.

Eline Bruneel vertrekt in haar presentatie van het advies van de commissie Diversiteit van de SERV van 15 maart 2021 over de re-integratie van mensen met een RIZIV-uitkering.<sup>1</sup> Het overlegplatform heeft hieraan heel actief meegewerkt.

### *Drie sleutelprincipes*

De presentatie vertrekt vanuit drie sleutelprincipes om daarna op een aantal aanbevelingen in te gaan. Eerste sleutelprincipe is 'Werkbaar werk is gezond'. Onderzoek toont aan dat werk een heel belangrijke factor kan zijn om preventie te ondersteunen, dat het een hefboom kan zijn in het herstelproces en een beschermend effect heeft op de algemene psychische gezondheid. Ook de Vlaamse werkbaarheidsmonitor toont aan dat werken gezond is op voorwaarde dat het werkbaar werk is. Werk dat niet werkbaar is, maakt mensen ziek en zorgt ervoor dat mensen die al ziek zijn niet terug aan de slag gaan. Het thema werkbaar werk komt ook ter sprake in de voorliggende conceptnota's. Bepalen wat werkbaar werk is en hoe het best wordt georganiseerd, moet volgens het overlegplatform in samenspraak met de persoon zelf gebeuren.

Een tweede sleutelprincipe is het empoweren van alle actoren: motiveren, empoweren en ondersteunen van de werknemer of werkzoekende, de werkgever, en alle anderen die betrokken zijn in een werkhervattingstraject. Aanmoedigen en motiveren volstaat niet, ondersteuning is echt nodig om dit in de praktijk te brengen. Een multidisciplinaire samenwerking rond eenzelfde visie is noodzakelijk. Er is een mindshift nodig om alle neuzen in dezelfde richting te krijgen. Uit de hoorzittingen blijkt alvast dat de presentaties van de verschillende instanties in dezelfde lijn liggen.

Een derde sleutelprincipe is de afstemming en samenwerking tussen beleidsdomeinen en -niveaus. Het gaat over het snijpunt tussen Werk en Gezondheid, maar het is belangrijk om ook andere domeinen niet uit het oog te verliezen zoals Onderwijs en Mobiliteit. Het gaat ook over het snijpunt van Vlaamse en federale bevoegdheden. Samenwerking betekent niet alleen doorverwijzing en 'warme overdracht' maar ook informatie delen en gezamenlijk acties uitvoeren. Een Vlaams beleid over

---

<sup>1</sup> [https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV\\_20210315\\_Re-integratie\\_ADV.pdf](https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20210315_Re-integratie_ADV.pdf)

re-integratie zal de knelpunten op federaal niveau niet oplossen; samenwerking en een integraal beleid zijn nodig.

Op federaal niveau wordt nu het concept van de terug-naar-werkcoördinator uitgewerkt. Om dit te doen slagen, is samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus noodzakelijk. Eline Bruneel stelt voor een gezamenlijke hoorzitting te organiseren met het federale parlement. Dat alles nu apart verloopt, toont de noodzaak aan een meer gezamenlijk beleid aan.

### *Preventie*

Een eerste concrete aanbeveling gaat over preventie. Eline Bruneel maakt een onderscheid tussen het voorkomen dat mensen ziek worden en uitvallen en het voorkomen dat mensen met een chronische ziekte uitvallen. In het beleid is er niet altijd aandacht voor het onderscheid tussen deze twee groepen. Mensen kunnen ziek worden door het werk maar er is ook een groep mensen die al ziek zijn van hun geboorte of op jonge leeftijd. Preventie kan niet voorkomen dat ze ziek worden, maar wel dat ze uitvallen. Redelijke aanpassingen zijn belangrijk om uitval te voorkomen, maar ook om mensen met een uitkering opnieuw aan de slag te laten gaan. Mensen met een chronische aandoening vallen onder de definitie van handicap volgens het VN-verdrag en hebben dus recht op redelijke aanpassingen.

Er is voldoende ondersteuning voor werkgevers nodig. Er moet ook voldoende informatie over preventie worden gegeven. Werkbaar werk en welzijn op het werk zijn belangrijke hefboomen voor preventie.

### *Persoon met een arbeidshandicap: volwaardige partner*

*Wim Geluykens*, expert bij Kom op tegen Kanker, licht de volgende aanbeveling toe. Een persoon met een arbeidshandicap moet als een volwaardige partner worden beschouwd. Dit begint bij de terminologie: er wordt vaak gesproken over langdurig zieken, arbeidsongeschikten en invaliden. Een meer positieve benadering is nodig: het gaat over potentiële werknemers met talenten en competenties. In die verschuiving van de focus zit ook de erkenning van het belang van werk voor mensen die kunnen terugkomen na gezondheidsproblemen, maar ook voor mensen met een chronische ziekte.

Mensen met een arbeidshandicap willen werken. Uit een eerdere bevraging van het Vlaams Patiëntenplatform blijkt dat 75 procent van de mensen met een chronische aandoening wil werken. De bereidheid is er dus.

Werkhervatting moet voor het overlegplatform wel vertrekken vanuit vrijwilligheid en niet vanuit een verplichting. Men moet ook rekening houden met het recht op herstel en genezing en de tijd die daarvoor nodig is. Het is belangrijk dat het re-integratietraject is afgestemd op de persoon in kwestie maar ook dat ervaringsdeskundigheid wordt meegenomen in de beleidsvorming en bij het uitwerken van een algemeen kader.

Het is heel belangrijk om terugkeer naar werk zo snel mogelijk bespreekbaar te maken, rekening houdend met de gezondheidstoestand. De behandelende arts speelt hierin een grote rol. Informeel contact met de organisatie waar de persoon werkt, is belangrijk om perspectief te bieden en de angst voor terugkeer te voorkomen. Dat contact hoeft niet altijd de leidinggevende te zijn, het kan ook een vertrouwenspersoon zijn. Werkgever en werknemer moeten beiden worden begeleid.

Het federale wetsvoorstel voor de invoering van een geschiktheidsattest is een positieve insteek omdat er wordt gefocust op wat de persoon nog kan. De Nationale

Arbeidsraad merkt wel terecht op dat er al veel initiatieven zijn op het vlak van re-integratie. De NAR adviseert om ervoor te zorgen dat dit alles heel goed werkt vooraleer men de huisarts een nieuwe rol toekent. In de re-integratietrajecten spelen de arbeidsartsen al een belangrijke rol. Wim Geluykens meent dat een arbeidsarts misschien beter geplaatst is om te oordelen wat iemand nog kan doen op het werk dan een huisarts. Het is ook belangrijk dat alle huisartsen voldoende mee zijn in het verhaal.

In de conceptnota over de activering van langdurig zieken stond ook het voorstel om ziekte-attesten te beperken in tijd. Dit houdt het risico in van extra stress en druk. Ook werken met standaardtermijnen van arbeidsongeschiktheid per specifieke aandoening, een idee dat eerder op federaal niveau werd gelanceerd, gaat voorbij aan de eigenheid van de persoon in kwestie.

### *Meer samenwerking*

Een volgende aanbeveling focust op de nood aan meer samenwerking. Bij re-integratie zijn veel actoren betrokken. In de re-integratietrajecten hebben de adviseerend arts en arbeidsarts een regierol gekregen, maar men moet dan wel zorgen voor voldoende adviserende artsen en arbeidsartsen. De Vlaamse planningscommissie die de subquota's voor de specialisaties geneeskunde bepaalt, kan hier een rol spelen.

Het is ook een optie om bepaalde taken door een bedrijfsverpleegkundige te laten uitvoeren zodat een arbeidsarts meer tijd heeft voor re-integratie. Dat werd in de vorige hoorzitting al aangehaald door Gretel Schrijvers van Mensura.

Een vlotte overgang tussen alle stappen is nodig om te vermijden dat er tijd wordt verloren. Een adviserend arts of arbeidsarts zou tijdig naar VDAB moeten kunnen doorverwijzen. Het uitwisselen van informatie en gegevens is daarbij belangrijk. VDAB heeft veel mogelijkheden maar die moeten wel gekend zijn.

Voor het delen van gegevens, in dit geval vaak medische en dus gevoelige gegevens, is het belangrijk dat het enkel om gegevens gaat die noodzakelijk zijn voor de re-integratie en dat dit gebeurt met toestemming en inzagerecht van de persoon in kwestie.

### *Informatie*

Het overlegplatform pleit voor één centrale infowebsite met alle informatie voor zowel werkgevers als werknemers en over alle bevoegdheidsniveaus heen. Voor een werkgever of werknemer is het beleidsniveau immers niet van tel.

De informatie op die centrale website kan gaan over de financiële impact van een werkhervatting, de verschillende soorten uitkeringen en statuten, de verschillende systemen en ondersteuningsmaatregelen en over formele en informele re-integratie. De federale website [www.weeraandeslag.be](http://www.weeraandeslag.be) is een goede aanzet maar de focus ligt daarin wel op de formele re-integratieprocedure. De link met regionale aspecten zoals de VOP en de werking van VDAB wordt te weinig gelegd.

### *Redelijke aanpassingen*

Een volgende aanbeveling betreft de redelijke aanpassingen. Zowel federaal als Vlaams zijn die al verankerd in verschillende wetten en decreten. Het overlegplatform bekijkt die redelijke aanpassingen heel breed, zoals ook het VN-verdrag inzake rechten van personen met een handicap aangeeft. Ook mensen met een chronische aandoening vallen onder die noemer. Redelijke aanpassingen zijn niet enkel nodig op het werk, maar bijvoorbeeld ook in het onderwijs. Het zou goed zijn

om het recht op redelijke aanpassingen op te nemen in de Welzijnscode om te sensibiliseren.

Bij werkgevers leeft nog vaak de idee dat redelijke aanpassingen erg duur zijn maar dat hoeft niet per se het geval te zijn.

#### *Gedeeltelijke werkhervatting*

Een vorm van redelijke aanpassing die voor het overlegplatform heel belangrijk is, is de gedeeltelijke werkhervatting. Er kunnen volgens Wim Geluykens nog meer stappen worden gezet om daar een groter succes van te maken.

Momenteel is de gedeeltelijke werkhervatting, met een combinatie van inkomen uit arbeid en een ziekte-uitkering, een gunst die men moet vragen aan de werkgever en waarvoor de adviserend arts de toelating moet geven. In de rechtspraak wordt een werkgever die niet toelaat dat een werknemer met een chronische aandoening gedeeltelijk het werk hervat, veroordeeld voor discriminatie. Het platform zou die evolutie en de rechtspraak ook graag weerspiegeld zien in de wetgeving door de opname van een recht op gedeeltelijke werkhervatting bij handicap of chronische ziekte. Dat kan nog meer sensibiliserend werken.

Een andere belangrijke stap is het wegwerken van inactiviteitsvallen. In sommige gevallen verliezen mensen bij een gedeeltelijke werkhervatting hun verhoogde tegemoetkoming of de sociale toeslag bij het groeipakket. De hoge afrekening via de belastingaanslag kan ook demotiverend werken voor wie de inspanning heeft gedaan om terug te keren naar werk.

Het systeem van gedeeltelijke werkhervatting biedt momenteel geen oplossing voor mensen met een chronisch gezondheidsprobleem die tijdelijk of definitief willen afbouwen. Die moeten eigenlijk eerst uitvallen om dan opnieuw in te stappen. Gedeeltelijke werkhervatting kan immers pas na arbeidsongeschiktheid, terwijl geweten is dat terugkeren moeilijker wordt eens men arbeidsongeschikt is.

Duidelijke informatie en communicatie over het stelsel van gedeeltelijke werkhervatting, zowel voor werknemers als werkgevers, is aangewezen. Bij de werknemer is er nu vaak onzekerheid over de impact op zijn gezondheid en financiële situatie.

Het is een misvatting dat een gedeeltelijke werkhervatting moet evolueren naar een voltijdse tewerkstelling. Het wordt soms ook progressieve werkhervatting genoemd, maar in de wetgeving is daarover niets terug te vinden. Het kan een oplossing zijn voor mensen die misschien nooit meer voltijds zullen werken, aldus Wim Geluykens.

### **III. Christel Witgeers, algemeen directeur Emino, en Yves Moriën, directeur LIV aan het werk**

Christel Witgeers, algemeen directeur Emino, en Yves Moriën, directeur LIV aan het werk spreken namens de gespecialiseerde opleidings-, begeleidings- en bemiddelingsdiensten. Ze willen met hun presentatie aantonen dat de GOB's mee het verschil kunnen maken om de toch wel ambitieuze doelstellingen in het Vlaams actieplan re-integratie te realiseren.

#### *Wie zijn de GOB's?*

*Christel Witgeers* zegt dat de GOB's door VDAB worden gemandateerd. De benaming GOB is enigszins achterhaald. Het gaat om expertisecentra. De meeste centra hebben gemiddeld gedurende meer dan 30 jaar hun expertise opgebouwd. Samen

beschikken de GOB's over 400 gespecialiseerde jobcoaches in Vlaanderen en Brussel. Hun dienstverlening is uniek en gespecialiseerd omdat de jobcoaches werken op de werkvloer om werkzoekenden, werkgevers, werknemers en hun collega's te ondersteunen in het kader van het realiseren van duurzame tewerkstelling en re-integratie. De ondersteuning gebeurt dicht bij de cliënt. Op jaarbasis begeleiden ze ongeveer 5000 cliënten. Elk talent telt en de GOB's vertrekken bij het ondersteunen vanuit talent en expertise en niet vanuit de arbeidshandicap.

De GOB's lijken ook bij de parlementairen onvoldoende bekend. De expertise en de begeleiding van de GOB's is vergelijkbaar met die van het Nederlandse Ctalents, dat in een vorige hoorzitting aan bod kwam.

*Yves Moriën* stelt dat de GOB's structureel aanwezig zijn in Vlaanderen en Brussel. Er zijn vijftien GOB's erkend door VDAB krachtens het besluit van de Vlaamse Regering van 15 februari 2008. Ze hebben een sterke connectie met VDAB, GTB, de mutualiteiten, externe preventiediensten, lokale besturen en de eerstelijnszorg.

De GOB's beschikken over een netwerk van meer dan 5000 bedrijven. Het begeleiden van 5000 cliënten per jaar, waarvan meer dan de helft effectief aan de slag gaat, brengt jaarlijks meer dan 10.000 contacten met bedrijven mee.

De belangen van de GOB's worden op beleidsvlak vertegenwoordigd door de Werkplekarchitecten.

#### *Wat doen de GOB's?*

*Christel Witgeers* vervolgt dat de GOB's werkzoekenden met een arbeidsbeperking en/of een gezondheidsprobleem begeleiden naar werk, voornamelijk via het gespecialiseerde werkplekklere. Ze ondersteunen ook werkenden in het kader van jobbehoud en preventie tegen uitval. Ze begeleiden langdurig zieken via re-integratie. De GOB's hebben een breed netwerk van werkgevers die, op hun vraag, worden ondersteund voor het opzetten van een inclusief en duurzaam personeelsbeleid.

De GOB's werken volgens *Yves Moriën* hoofdzakelijk met twee groepen: werkzoekenden en werkenden. Werkzoekenden worden toegeleid door VDAB-GTB. Ze kunnen dus niet spontaan bij een GOB aankloppen, er is een kwalificatie door VDAB-GTB nodig. De GOB's begeleiden mensen met een 'indicatie van arbeidshandicap', zoals het in het besluit van de Vlaamse Regering wordt genoemd.

Bij de begeleiding ligt de focus niet op de beperkingen maar op de talenten, vaak nieuw ontdekte talenten, die men probeert om te zetten in competenties op de werkvloer. Soms moet men cliënten in het traject nog even klaarstomen voor ze de stap naar de werkplek kunnen zetten, de zogenaamde work & jobreadiness. De corebusiness van de GOB's ligt op de werkplek, bij het werkplekklere waar de eigenlijke matchmaking gebeurt. Het gaat dus niet alleen om de begeleide persoon maar ook om de interactie en de arbeidsomstandigheden op de werkvloer. Om een tewerkstelling duurzaam te maken, is nazorg en opvolging nodig.

Ook werkenden kunnen dus nog een hele tijd worden begeleid. Dat is sinds enkele jaren een nieuwe taak van de GOB's. Werkenden worden niet toegeleid maar outreachend benaderd. Deze vorm van gespecialiseerde jobcoaching is nog niet zo bekend bij het brede publiek maar is een interessant instrument voor preventie. Op dit moment worden er per jaar 700 werkenden begeleid. Ook mensen die in de werksituatie nog last hebben van een coronabesmetting en cliënten na een kankerbehandeling, worden begeleid.

### *Gespecialiseerde jobcoaching*

*Christel Witgeers* gaat dieper in op die gespecialiseerde jobcoaching. Sinds 2020 is gespecialiseerde jobcoaching voor re-integratie en 'reboarding' na corona mogelijk. Het is een ondersteuningsaanbod voor werknemers die nood hebben aan coaching en dan voornamelijk in het kader voor jobbehoud of preventie van uitval. Het is kosteloos voor werknemer en werkgever. Ook de werkgever kan een aanvraag doen om een werknemer te ondersteunen. Gespecialiseerde jobcoaching kan ook worden ingezet in de laatste fase, bijvoorbeeld de laatste weken voor effectieve heropstart op de werkvloer.

Een drempel voor deze dienstverlening is dat er geen bijkomende financiering voor is. Omdat de GOB's niet de middelen hebben om hierover te communiceren, is deze dienstverlening ook ongekend bij het brede publiek. De sprekers zien heil in een informatiecampagne vanuit de overheid, zowel voor de personen die ziek zijn als voor de werkgevers. Die moet ervoor zorgen dat alle betrokken partijen een geïnformeerde keuze kunnen maken. Ook een correcte financiering van deze ondersteuningstrajecten zou bijdragen tot het uitbouwen van deze dienstverlening.

### *Re-integratie*

Bij re-integratie gaat het over het uitvoeren van het gespecialiseerde werkplekklaren in het kader van het RIZIV-akkoord. Tot en met 2017 was er 60 procent uitstroom naar duurzame tewerkstelling, vanaf 2018 is er een uitstroom van 50 procent. Onder meer door de coronapandemie is dit in 2020 minder vlot verlopen.

Een drempel is dat de instroom komt van VDAB-GTB. Er is een zeer goed partnerschap maar de GOB's hebben geen impact op de instroom. Er is volgens *Christel Witgeers* wel een administratieve overkill, veel mensen blijven in de 'administratieve wachtkamer' zitten. De GOB's zouden kunnen helpen die mensen sneller te begeleiden naar werk.

Een andere drempel is een zekere vorm van rolverwarring: voor vele actoren is niet duidelijk wie welke rol in re-integratie heeft. Daarom is samenwerking bijzonder belangrijk.

De GOB's hebben geen monitoringsgegevens van de RIZIV-trajecten. Ze zijn de uitvoerder van deze trajecten wat betreft gespecialiseerd werkplekklaren, maar hebben geen inspraak en nemen niet deel aan procesevaluatie en verbeterprocessen.

Een oplossing is volgens de sprekers een rechtstreekse aanmelding bij de GOB's mogelijk maken. Dat is klantgericht en efficiënt. Als mede-eigenaar van deze processen willen de GOB's een constructieve bijlage leveren.

### *Rentree, werken na kanker*

De dienstverlening *Rentree* is in samenwerking met de GOB's ontwikkeld en werd initieel door Kom op tegen Kanker gefinancierd. In 2020 is de overstap gemaakt naar een financiering door VDAB. *Rentree* is er voor iedereen die wordt geconfronteerd met de diagnose kanker: werknemers, ambtenaren, zelfstandigen en werkzoekenden. De overstap naar financiering door VDAB heeft ervoor gezorgd dat de scope werd verbreed.

De spreker toont een tabel met cijfers over de trajecten. Het pilootproject *Rentree* is in 2019 geëindigd met 559 begeleidingen. Met de financiering van VDAB zijn er momenteel 336 begeleidingen. In totaal zijn er dus sinds 2017 bijna 900 *Rentree*-begeleidingen geweest.



85 procent van de trajecten zijn trajecten voor werknemers aangemeld via gespecialiseerde jobcoaching. 9 procent werd aangemeld via gespecialiseerd werkplekleren en 6 procent via VDAB-GTB. Die cijfers tonen aan dat de GOB's via outreachende acties een zeer positieve bijdrage kunnen leveren tot een snelle instroom van diegenen die opnieuw stappen willen en kunnen zetten naar werk.

Uit een bevraging blijkt dat 90 procent van de burgers Rentree leert kennen via de acties van de GOB's en Sterpunt Inclusief Ondernemen.

De resultaten van Rentree onder de financiering van Kom op tegen Kanker tonen aan dat er zes maanden na de start al een belangrijk deel werkherleving is, namelijk 52 procent. Twaalf maanden na de start gaat het over 57 procent; achttien maanden na de start over 63 procent. Rentree werkt dus. De dienstverlening zorgt voor een duurzame tewerkstelling. 90 procent van de deelnemers is duidelijk tot zeer tevreden over de dienstverlening Rentree.

Wat zijn de succesfactoren van Rentree? Outreachende acties en bekendmaking via de zorg zijn bijzonder belangrijk. Rentree is zeer zichtbaar aanwezig in de oncologische zorg. De doelgroep wordt rechtstreeks benaderd maar zoekt ook zelf contact met Rentree, soms zelfs al in een vroege fase van het herstel. Ook zorgverleners, ziekenfondsen, arbeidsartsen, adviserend artsen en VDAB-GTB kunnen doorverwijzen. Instappen in Rentree gebeurt vrijwillig, is kosteloos en verloopt op maat en tempo van de klant.

Een Rentree-coach is neutraal en niet verbonden aan de werkgever, een ziekenfonds of een externe dienst. De coaches zetten in op communicatie met de werkgever en zijn netwerk en gaan mee op de werkvloer als dat wenselijk is. Ze hebben expertise in de medische problematiek en vormen een team waarin ze informatie delen.

De dienstverlening is laagdrempelig met een snelle opstart en een minimale administratie voor de klant. De overstap naar VDAB heeft ertoe bijgedragen de drempel en de administratieve last zo laag mogelijk te houden.

### *iCARE*

*Yves Moriën* licht een tweede project toe dat gericht is op de doelgroep van mensen met een psychische kwetsbaarheid. In de hoorzittingen is al eerder aangehaald dat psychische aandoeningen een belangrijke oorzaak zijn van langdurige arbeidsongeschiktheid. De spreker toont cijfers van het RIZIV over psychische aandoeningen bij loontrekkenden en zelfstandigen.

Sinds 2010 werd duidelijk dat deze groep groter werd en dat de GOB's er niet onmiddellijk een concreet antwoord op hadden. De vaststelling was dat het afhaken tijdens de begeleiding en ook op de werkvloer verhoogde en dat de uitstroom naar werk niet goed was. De GOB's hebben toen een concept uitgewerkt dat een combinatie is van mentale en psychologische training gedurende tien weken, vooraleer men naar de werkvloer gaat. *Yves Moriën* verwijst voor meer gedetailleerde cijfers en een uitvoerigere beschrijving naar de publicaties die aan de commissieleden werden bezorgd.

Een rapport uit 2018 toont aan dat zonder acties slechts 9 procent van deze groep spontaan het werk gedeeltelijk zou hervatten. Met het project *iCARE* behaalde men in 2018 een resultaat van 53 procent, lager dan de gemiddelde uitstroom van de GOB's maar zeker meer dan 9 procent. De tewerkstelling was duurzaam en de uitval beperkte zich in dit project tot 15 procent.

De spreker gaat in op de verhouding tussen iCARE en de methode van Individuele Plaatsing en Steun. De IPS-methode is een populaire methode om mensen met een psychische kwetsbaarheid vrij snel ondersteuning op de werkvloer te bieden. Yves Moriën noemt iCARE een 'augmented IPS'. Uit de literatuur blijkt dat door die toegevoegde waarde de effectiviteit met 84 procent stijgt. Dat is ook een belangrijke vaststelling voor andere doelgroepen.

Uit het iCARE-project heeft men geleerd dat vertrouwen en motivatie heel belangrijk zijn. iCARE is niet zomaar een vrijblijvende begeleiding, want het gaat wel degelijk over begeleiding naar werk. Outreachend werken is dan ook een zeer belangrijke taak van de coach. Langdurig zieken en zeker mensen met een psychische kwetsbaarheid moeten zich vaak voortdurend verantwoorden voor het feit dat ze ziek zijn, wat op zoek gaan naar werk niet vergemakkelijkt. Men moet opnieuw in een positieve stimulerende context komen, met de focus op werk. De GOB's gebruiken hiervoor ook de groepsbenadering.

*Waar kunnen de GOB's mee het verschil maken?*

Voor het eerst is er voor deze doelgroep een Vlaams actieplan met ambitieuze doelstellingen. Ook op het federale niveau beweegt er een en ander. Via het raamakkoord is er een verbinding tussen actoren gemaakt. Er is een wettelijk en budgettair kader en een sterk gemotiveerde regisseur, VDAB.

*Christel Witgeers* stelt dat de GOB's, samen met VDAB-GTB, mee het verschil kunnen maken door een impact op de instroom te krijgen met een outreachende aanpak. De GOB's hebben vierhonderd gespecialiseerde jobcoaches wiens expertise men kan inzetten voor het ambitieuze actieplan. Gespecialiseerd en evidencebased werken is belangrijk. De uitstroom kan volgens de spreker naar meer dan 50 procent worden gebracht.

In een vergelijking met de Rode Duivels in het Europees Kampioenschap stellen beide sprekers dat de GOB's verwachten dat het beleid het spel offensief durft te spelen. Teamplay is belangrijk, maar het moet ook duidelijk zijn wie waar speelt. Er is talent maar er moet vertrouwen en rolduidelijkheid zijn, met een duidelijke trainer langs de zijlijn. De GOB's spelen in de spits, op de werkvloer, en wachten op een goede voorzet. De sprekers pleiten voor efficiënt afwerken en het inzetten van middelen om de uitstroom op te krikken.

#### **IV. Erik De Bom, adviseur Sociale Zaken UNIZO**

*Erik De Bom*, adviseur Sociale Zaken van UNIZO, zegt dat re-integratie van langdurig zieke werknemers een complex onderwerp is met heel veel facetten.

Zoals geweten is UNIZO een zelfstandigenorganisatie maar ook een werkgeversorganisatie met als specifiek doelpubliek de kmo's, de kleine en middelgrote ondernemingen. Dat is belangrijk want het zijn twee specifieke doelgroepen wanneer het over de problematiek van langdurige zieken gaat. UNIZO heeft vrij recent een dossier opgesteld over re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten.<sup>2</sup> Daarin ligt de focus op werknemers die nog een arbeidscontract hebben en hoe die kunnen worden begeleid om zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan.

Als zelfstandigenorganisatie heeft UNIZO ook meegewerkt aan een heel uitgebreide nota van het Algemeen Beheerscomité voor het sociaal statuut van de zelfstandigen. Erik De Bom zal er in zijn presentatie enkele elementen uitlichten.

---

<sup>2</sup> [https://www.unizo.be/sites/default/files/re-integratie\\_30\\_maart\\_2021\\_dossier.pdf](https://www.unizo.be/sites/default/files/re-integratie_30_maart_2021_dossier.pdf)

De cijfers over het aantal langdurig zieken zijn gekend en Erik De Bom verwijst hiervoor naar de rapporten. Hij wil het vooral hebben over oplossingen waarbij Vlaanderen een rol kan spelen. De gedelegeerd bestuurder van UNIZO, Danny Van Assche, heeft in een opiniestuk in De Standaard van 4 februari 2021 gepleit voor improvisatie op maat, veeleer dan strakke regels.

#### *Voorstel van UNIZO*

UNIZO stelt een verbetering van de procedures van de re-integratietrajecten voor. Dat is natuurlijk complex, maar een goede ondersteuning van werknemer en werkgever is voor UNIZO cruciaal. Zoals door de vorige sprekers aangehaald, mag de werkgever niet worden vergeten. Maar dat geldt ook voor de collega-werknemers. Goede wil van de werkgever volstaat niet. Werkgevers in een kmo hebben vaak niet de tijd, middelen en expertise om mensen met een meer complexe problematiek te begeleiden bij een terugkeer naar de werkvloer na een langdurige ziekte.

Een tweede belangrijk aandachtspunt is progressieve werkhervatting waarbij een deel van de ziekte-uitkering kan behouden blijven bij het loon uit deeltijdse arbeid. Gaan werken moet financieel voldoende aantrekkelijk blijven. Mensen hebben nood aan duidelijkheid en zekerheid daarover.

#### *Mentaliteitswijziging*

Het onderliggende idee is een algemene mentaliteitswijziging. Er is nog altijd een strikte dichotomie tussen ziekte en gezondheid terwijl er nog een grote grijze zone tussen ligt. Er zijn altijd nog 'restcapaciteiten' of misschien beter geformuleerd, een 'talentkapitaal'. Men moet focussen op wat mensen nog wel kunnen. Er is nood aan gemengde, flexibele en veranderende arbeidsformules want men heeft alle arbeidskrachten nodig, ook nu in de nasleep van de coronacrisis.

Er moet op een andere manier naar ziekte en gezondheid worden gekeken maar ook naar de factor tijd. Tijd is cruciaal: de grootste kans op een succesvolle re-integratie is er bij een 'opstart' binnen de drie maanden. Dat is een delicate zaak. Het gaat er niet om dat zieken die het niet kunnen terug aan het werk moeten. Gaan werken kan bij andere zieken een deel van de oplossing zijn. Open communicatie, met name het openhouden van de lijnen tussen werkgever en werknemer, en het bieden van perspectief zijn heel belangrijk.

#### *Ondersteuning van werknemer en werkgever*

80 procent van de werknemers die langer dan zes weken afwezig zijn, heeft nood aan een vorm van ondersteuning. Maar ook de werkgever heeft ondersteuning nodig en daar wordt al te vaak aan voorbijgegaan. Vlaanderen heeft een uitgebreid dienstenaanbod maar het is nog onvoldoende gekend. Het moet worden samengebracht en beter worden ontsloten. Als kmo-regio moet Vlaanderen ook rekening houden met de eigenheid van kmo's, waar de werkgever zelf niet kan instaan voor een goede ondersteuning na een langdurige ziekte. UNIZO pleit voor een re-integratiepremie van 1500 euro voor de werkgevers die het mogelijk moet maken om goede ondersteuning in te kopen. Er bestaat ook goede ondersteuning op de private markt.

Goede ondersteuning is dus essentieel. Dat geldt zowel bij de formele als de informele trajecten, de bezoeken voorafgaand aan de werkhervatting.

De arbeidsarts speelt een cruciale rol, hij bepaalt de 'restcapaciteiten'. UNIZO denkt dat het een grote meerwaarde kan zijn om VDAB daarbij te betrekken in zijn rol van arbeidsmarktregisseur. Hoe kunnen de talenten van de langdurig zieke worden ingezet in de onderneming? Ook tewerkstelling bij een andere onder-

neming kan een succesvolle integratie zijn. Het gaat erom dat deze mensen opnieuw aan de slag kunnen gaan.

Erik De Bom toont een tabel van externe dienst Liantis met de beslissingen die in de formele re-integratietrajecten worden genomen. Een beslissing D betekent dat de arbeidsongeschikte niet meer bij de huidige werkgever aan de slag kan, ook niet in een aangepaste functie. Uit cijfers van Liantis blijkt dat deze beslissingen vooral valt in kleine bedrijven, de categorieën met minder dan 200 of minder dan 20 werknemers. Deze bedrijven hebben minder mogelijkheden om aangepast werk te bieden.

### *Progressieve werkhervatting*

Een derde belangrijk element is de progressieve werkhervatting. Langdurig zieken moeten financieel worden aangemoedigd om progressief aan de slag te gaan. De hoogte van het inkomen is van belang, maar vooral de zekerheid van inkomen. De regeling van de combinatie van ziekte-uitkering met een loon uit arbeid is vrij recent hervormd. De langdurig zieke houdt netto altijd meer over door deeltijds te gaan werken dan door afhankelijk te blijven van een ziekte-uitkering. Er zou een tool moeten worden ontwikkeld die relatief eenvoudig kan berekenen wat de impact is van deeltijdse arbeid op het bedrag van de uitkering.

### *En de zelfstandigen?*

UNIZO is ook een zelfstandigenorganisatie. Het sociaal statuut van de zelfstandigen is federaal geregeld maar ook Vlaanderen heeft een grote rol te spelen.

Een zelfstandige werkt altijd maar door en kan zijn zaak vaak niet loslaten. Preventie is in die context cruciaal om langdurige uitval te vermijden. Erik De Bom verwijst naar een project over burn-out dat UNIZO twee jaar geleden samen met Liantis en Integraal heeft uitgevoerd. Daaruit bleek dat er een taboe rust op burn-out. Veel zelfstandigen bleven in moeilijke periodes doorwerken voor anderen zonder erover te spreken. Wanneer de veer dan breekt, blijft ze ook lange tijd gebroken en is er langdurige uitval.

UNIZO peilt ook regelmatig naar het welzijn van de zelfstandigen. De spreker toont een grafiek met de resultaten voor april en december 2020 en mei 2021. Stress blijkt een kritieke factor, die in stijgende lijn gaat. UNIZO pleit ervoor om een gezondheidsbudget in het sociaal statuut in te voeren. Een budget dat de zelfstandige gedurende zijn loopbaan kan inzetten voor zijn welzijn op het werk. Uiteraard moeten aan de besteding daarvan voorwaarden worden gekoppeld.

VDAB kan zijn expertise voor begeleiding en professionele re-integratie inzetten maar ook deze mogelijkheid is onvoldoende bekend. Recent heeft minister Hilde Crevits het initiatief genomen om VDAB-opleidingen gratis open te stellen voor zelfstandige ondernemers in moeilijkheden.

Voor meer informatie verwijst Erik De Bom naar enkele publicaties, waaronder het UNIZO-dossier over re-integratie. In de presentatie zijn ook de links opgenomen naar het ABC-advies over re-integratie van zelfstandigen en het burn-outproject 'De veerkrachtige zelfstandige' van UNIZO en Liantis. Via de website daarvan kunnen tools worden gedownload.

UNIZO heeft ook actief meegewerkt aan het SERV-advies, dat al door de sprekers namens het Overlegplatform Handicap en Arbeid werd toegelicht.

Robrecht BOTHUYNE,  
voorzitter

Caroline GENNEZ  
Tom ONGENA,  
verslaggevers

**Gebruikte afkortingen**

ABC	Algemeen Beheerscomité voor het sociaal statuut van de zelfstandigen
CM	Christelijke Mutualiteit
Co-Prev	sectororganisatie van de Externe Diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk
ESF	Europees Sociaal Fonds
Eurofound	Europese Stichting tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden
Eurostat	Statistical office of the European Union
EUSE	European Union of Supported Employment
FOD	Federale Overheidsdienst
GDPR	General Data Protection Regulation (algemene verordening gegevensbescherming)
GOB	gespecialiseerde opleiding, begeleiding en bemiddeling
GTB	gespecialiseerde trajectbegeleiding
HCGRI	Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit
IBO	individuele beroepsopleiding in een onderneming
IBO+	individuele beroepsopleiding voor kwetsbare werkzoekenden
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPS	Individuele Plaatsing en Steun
KB	koninklijk besluit
kmo	kleine of middelgrote onderneming
KU Leuven	Katholieke Universiteit Leuven
MBO	middelbaar beroepsonderwijs (Nederland)
NMBS	Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen
NAR	Nationale Arbeidsraad
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SERV	Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen
SWT	stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage
ULB	Université Libre de Bruxelles
UNIZO	Unie van Zelfstandige Ondernemers
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (Nederland)
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
Verso	Vereniging voor Social Profit Ondernemingen
VICO	Vlaams Interdepartementaal Comité voor Energie
VN	Verenigde Naties
Voka	Vlaams netwerk van ondernemingen
VOP	Vlaamse ondersteuningspremie
vzw	vereniging zonder winstoogmerk
WASO	Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg
WSE	Werk en Sociale Economie (beleidsdomein van de Vlaamse overheid)