

# HET RE-INTEGRATIETRAJECT EN ZIJN IMPACT OP WERKHERVATTING IN BELGIE: EEN KWANTITATIEVE EN KWALITATIEVE EVALUATIE<sup>1</sup>

**DOOR** | **ISABELLE BOETS\*** en **LODE GODDERIS\*\***

\*Doctoraatsstudent, Omgeving en Gezondheid, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven; preventieadviseur psychosociale aspecten, Groep IDEWE, Heverlee

\*\*Professor, Omgeving en Gezondheid, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven; ceo, Groep IDEWE, Heverlee, België

## **1. INLEIDING**

### **1.1. MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMATIEK**

Cijfers van het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) tonen aan dat het aantal arbeidsongeschikte werknemers elk jaar stijgt (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, 2018b). Volgens de officiële RIZIV-statistieken ontvingen eind 2018 meer dan 400.000 Belgen een invaliditeitsuitkering en waren ze dus langer dan één jaar ziek thuis. De huidige evolutie van de cijfers wijst er zelfs op dat eind 2021 de kaap van 500.000 langdurig arbeidsongeschikten gerond zal worden.

De vergrijzing van de bevolking en de verhoging van de pensioenleeftijd (zodat arbeidsongeschikte werknemers langer op de invaliditeit kunnen blijven) verklaren, onder andere, de toename van het langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in België (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, 2018a). Er vinden echter belangrijke verschuivingen plaats in de ziektebeelden die aanleiding geven tot langdurige afwezigheid en invaliditeit. Het betreft hier voornamelijk musculoskeletale en mentale aandoeningen (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, 2018a). Deze ziektebeelden geven vaker aanleiding tot langdurige arbeidsongeschiktheid (Mylle et al., 2016; Volker et al., 2015). Bovendien wijzen steeds meer wetenschappelijke studies op het verband tussen bepaalde psychosociale en werkgerelateerde factoren, zoals sociale steun, werkdruk, jobtevredenheid, etc. en (langdurige) arbeidsongeschiktheid (Goorts et al., 2020; Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, 2018a).

Deze lange periodes van arbeidsongeschiktheid zijn omwille van verschillende redenen problematisch. Allereerst stellen we vast dat de kans om het werk succesvol te kunnen hervatten afneemt met de duur van de arbeidsongeschiktheid (Mylle et al., 2016). De meerderheid van werknemers die langer dan drie maanden afwezig zijn hebben ondersteuning nodig om het werk te kunnen hervatten. Ze ondervinden vaak moeilijkheden bij de terugkeer naar het werk, niet alleen door de aandoening, maar

(1) Dit artikel is gebaseerd op het officiële onderzoeksrapport (Boets en Godderis, 2020), dat kan geraadpleegd worden via: <https://werk.belgie.be/nl/onderzoeksprojecten/2020-evaluatie-van-de-impact-van-de-nieuwe-reglementering-op-de-re-integratie>. Het onderzoek werd gefinancierd door de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg.

ook door een toenemende onzekerheid en angst voor de terugkeer bij zowel werknemer als werkgever. Daarnaast zijn er grote maatschappelijke kosten verbonden aan arbeidsongeschiktheid, de jaarlijkse uitgaven voor uitkeringen door de ziekenfondsen bedraagt bijna tien miljard EUR (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, 2020). Daarenboven zijn de negatieve sociale gevolgen voor het individu niet te onderschatten. Kunnen werken draagt bij aan onze mentale en fysieke gezondheid, de levenskwaliteit en het gevoel van het leiden van een zinvol leven (Mortelmans, 2017; Zabkiewicz, 2010). Niet kunnen werken omwille van arbeidsongeschiktheid heeft bijgevolg een negatieve impact op de algemene gezondheid en het welbevinden van personen.

Voor de invoering van het koninklijk besluit (KB ) re-integratie (zie infra)<sup>2</sup>, hadden zowel de werkgever als de werknemer weinig mogelijkheden tot ingrijpen, wanneer arbeidsongeschiktheid langdurig werd, zonder zicht op werkhervatting (Moerland en Romanus, 2019). De werkgever kon zijn werknemer bijvoorbeeld enkel vrijblijvend uitnodigen voor een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting (BV) en had weinig financiële motivatie om een arbeidsongeschikte werknemer te re-integreren, omdat hij na één maand arbeidsongeschiktheid geen gewaarborgd loon meer moet voorzien voor de werknemer. Bovendien betaalt een werkgever een hoge kost voor het ontslaan van een werknemer, zeker in geval van een werknemer met hoge anciënniteit waarbij de ontslagvergoeding aanzienlijk kan oplopen.

Toch zijn er verschillende nadelen verbonden aan het in dienst houden van een langdurig arbeidsongeschikte werknemer: bepaalde administratieve kosten blijven doorlopen en bij onduidelijkheid over een eventuele werkhervatting, waardoor een werknemer niet vervangen kan worden, kan dit nadelig zijn voor de motivatie en werkdruk bij de collega's (Moerland en Romanus, 2019). Vóór 1 januari 2014 was een werkgever wel in de mogelijkheid om een werknemer te ontslaan na zes maanden ononderbroken arbeidsongeschiktheid, met vermelding van 'ziekte' als reden van het ontslag op het C4 (Depuydt, 2015). De ontslagvergoeding was in dat geval gelijk aan de nog te betalen opzegtermijn. Deze regeling werd echter geschrapt, omwille van het verbod op discriminatie van werknemers op basis van hun gezondheidstoestand.

Omwille van bovenstaande problematiek, gecombineerd met de grote individuele nadelen, is het belangrijk om arbeidsongeschikte werknemers zo snel als mogelijk terug te begeleiden naar werk. In geval dat een werkhervatting bij de eigen werkgever onmogelijk lijkt, kan of wil een werknemer vaak niet zomaar ontslag nemen omdat hij dan bepaalde verworven rechten verliest, zoals bijvoorbeeld een door de werkgever betaalde hospitalisatieverzekering (Moerland en Romanus, 2019). Bovendien volgt er een wachttijd van zes maanden vooraleer hij aanspraak kan maken op een werkloosheidsvergoeding van de RVA (Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening). Voor de invoering van het KB re-integratie was het enkel de werknemer die in dat geval een verbreking van het contract omwille van medische overmacht kon inroepen, met behulp van een attest van definitieve ongeschiktheid van zijn behandelend arts of zijn arbeidsarts. In dat geval gold er geen ontslagvergoeding of wachttijd.

(2) Codex over welzijn op het werk, titel 4 Maatregelen in verband met het gezondheidstoezicht op de werknemers, in boek 1 Algemene beginselen.

Deze regelgeving zorgde er met andere woorden voor dat zowel de werkgevers als de werknemers de arbeidsovereenkomst niet zomaar konden of wilden verbreken (Moerland en Romanus, 2019). Deze situatie en de stijging van het (langdurig) ziekteverzuim woog bovendien zwaar op het budget van het RIZIV. In combinatie met de toenemende aandacht voor initiatieven rond re-integratie en de belangrijke herstellende rol die werk kan spelen, heeft deze situatie ertoe geleid dat er nieuwe wettelijke initiatieven werden genomen die de onzekerheden moeten verminderen en de re-integratie moeten bevorderen.

## 1.2. SITUERING VAN HET KONINKLIJK BESLUIT BETREFFENDE RE-INTEGRATIE

Vanaf 1 januari 2016 trad een nieuwe regelgeving in voege waarbij de behandelende arts op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid van het ziekenfonds dient te vermelden wat de vermoedelijke einddatum is van de ongeschiktheid. De doelstelling van deze nieuwe regelgeving was om het gesprek over re-integratiemoeilijkheden en -mogelijkheden op gang te brengen bij het uitschrijven van het attest. Vanaf 1 januari 2017 werd deze wetgeving nog aangevuld door twee KB's over re-integratie. Beide KB's willen de re-integratiemogelijkheden bevorderen en ondersteunen door het kader en takenpakket van zowel de adviserend arts van de mutualiteit, als de arbeidsarts duidelijker te omschrijven. Beide artsen spelen een belangrijke rol in het opvolgen en het begeleiden van de arbeidsongeschikte werknemer in zijn re-integratietraject. In het kader van het KB van 8 november 2016, houdende wijziging van het KB van 3 juli 1996, betreffende de socioprofessionele herinschakeling (gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 24 november 2016, Ed. 2), gaat het RIZIV regelmatig de efficiëntie en de gevolgen van dit besluit in de praktijk evalueren.

Sinds 1 december 2016 is het KB in verband met het re-integratietraject van arbeidsongeschikte werknemers van kracht, art. I.4-72 tot I.4-82 van de codex over het welzijn op het werk (hoofdstuk VI van boek I, titel 4). Het doel van het re-integratietraject (RIT) is om de re-integratie van de arbeidsongeschikte werknemer die het overeengekomen werk niet kan uitoefenen te bevorderen. Er wordt via het RIT getracht de werknemer te begeleiden naar een werkherleving, eventueel door hem tijdelijk of definitief aangepast of ander werk aan te bieden. In dit KB speelt de arbeidsarts een belangrijke rol, als bemiddelaar tussen de verschillende actoren en om een inschatting te maken van de arbeidsongeschiktheid van de werknemer. Het KB is van toepassing op alle werknemers, maar is niet van toepassing op werkherleving na een arbeidsongeval of een beroepsziekte. Het RIT kan opgestart worden door:

- de werknemer of zijn behandelend arts tijdens zijn periode van arbeidsongeschiktheid;
- de adviserend arts, indien deze van mening is dat de werknemer in aanmerking komt voor een re-integratie;
- de werkgever, ten vroegste vanaf vier maanden na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid van zijn werknemer, of in geval dat de werknemer hem een attest van zijn behandelend arts bezorgt waaruit definitieve ongeschiktheid voor het overeengekomen werk blijkt.

De arbeidsarts nodigt in geval van de opstart van een RIT de werknemer uit voor een consultatie om na te gaan of de werknemer op termijn, eventueel met aanpassingen,

het werk zal kunnen hervatten. Met toestemming van de werknemer kan de arbeidsarts overleg plegen met de behandelend arts van de werknemer, de adviserend arts of andere personen die kunnen bijdragen aan de re-integratie. De arbeidsarts onderzoekt eveneens de werkpost. Binnen 40 werkdagen na aanvraag van het RIT moet de arbeidsarts een beslissing maken. De beslissing kan als volgt zijn:

- A: de mogelijkheid bestaat dat de werknemer op termijn het overeengekomen werk kan hervatten (eventueel mits aanpassing van de werkpost); ondertussen is bij de werkgever aangepast werk of ander werk mogelijk (eventueel mits aanpassing van de werkpost);
- B: de mogelijkheid bestaat dat de werknemer op termijn het overeengekomen werk kan hervatten (eventueel mits aanpassing van de werkpost); ondertussen is aangepast werk of ander werk niet mogelijk;
- C: de werknemer is definitief ongeschikt om het overeengekomen werk bij de werkgever te hervatten, maar is wel in staat om aangepast werk of ander werk bij de werkgever uit te voeren (eventueel mits aanpassing van de werkpost);
- D: de werknemer is definitief ongeschikt om het overeengekomen werk bij de werkgever te hervatten en is niet in staat om enig aangepast of ander werk uit te voeren bij deze werkgever;
- E: het is om medische redenen niet opportuun om momenteel een re-integratietraject te starten; herevaluatie volgt na twee maanden (deze beslissing kan niet genomen worden indien de RIT-aanvraag kwam van de adviserend arts).

Indien er een beslissing werd genomen waarbij aangepast werk mogelijk is, zal de werkgever een re-integratieplan of -verslag moeten opstellen. Het re-integratieplan bevat één of meerdere maatregelen, zo concreet en gedetailleerd mogelijk, aangaande: de redelijke aanpassingen van de werkpost, de omschrijving van het aangepast werk, de duur van het plan, ... Dit plan moet aan de werknemer bezorgd worden binnen 55 werkdagen indien het gaat om een tijdelijke ongeschiktheid (beslissing A) en binnen twaalf maanden indien het gaat om een definitieve ongeschiktheid (beslissing C). De werknemer heeft vijf werkdagen de tijd om al dan niet in te stemmen met het re-integratieplan. Indien hij niet instemt moet hij de reden van zijn weigering noteren op het plan. Indien het volgens de werkgever omwille van technische of objectieve redenen onmogelijk is om een re-integratieplan op te stellen voor de werknemer, maakt de werkgever een verslag op waarin wordt gemotiveerd waarom de aanpassingen niet geëist kunnen worden.

In geval van een beoordeling van definitieve ongeschiktheid voor het overeengekomen werk (beslissing C of D), en indien er geen aangepast werk voorzien kan worden volgens de werkgever ingeval beslissing C, kunnen de werknemer of werkgever medische overmacht invoeren. In dat geval wordt de arbeidsovereenkomst verbroken omwille van medische overmacht. In dat geval is de werkgever niet verplicht om een verbrekingsvergoeding te betalen en heeft de werknemer geen wachttijd om een uitkering van de RVA te ontvangen. Een werknemer die definitief ongeschikt verklaard wordt, kan binnen zeven werkdagen na de genomen beslissing in beroep gaan.

De werknemer wiens arbeidsovereenkomst door de werkgever wordt verbroken omwille van medische overmacht, heeft ten laste van de werkgever recht op een outplacementbegeleiding van 1.800 EUR (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid,

Arbeid en Sociaal Overleg, 2020). Deze regelgeving werd pas na het invoeren van het KB gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en is van kracht sinds 29 april 2019. De outplacementbegeleiding heeft als doel om werknemers te begeleiden in hun zoektocht naar nieuw werk.

### 1.3. SITUERING VAN HET HUIDIGE ONDERZOEK

Sinds de invoering van het KB re-integratie blijkt dat een groot deel van de beslissingen een C of D betreft, waarbij een verbreking van de overeenkomst omwille van medische overmacht kan worden ingeroepen. CoPrev, de koepelorganisatie voor externe diensten voor preventie en bescherming op het werk (EDPBW) bracht een rapport uit over de cijfers in verband met 16.000 re-integratietrajecten uitgevoerd in 2017 (Nationale Arbeidsraad, 2018). Dit rapport wijst uit dat 10% van de trajecten opgestart wordt door de adviserend arts, 61% door de werknemer, 27% door de werkgever en 2% door de behandelend arts. Het RIT zou voor 6% van de gevallen leiden tot beslissing A, voor 5% tot beslissing B, voor 12% tot beslissing C, voor 68% tot beslissing D en voor 9% tot beslissing E. In 68% van de gevallen blijkt dus dat de arbeidsarts van oordeel is dat de werknemer definitief ongeschikt is en niet in staat om een ander werk of een aangepast werk uit te voeren. Deze beslissing kan leiden tot het einde van de overeenkomst met de werknemer wegens medische overmacht. Zulke situaties hebben er al meermaals tot geleid dat vakbonden zich erg negatief uitlaten over het KB en het RIT. Er wordt gesteld dat het KB misbruikt wordt door werkgevers om de werknemer te kunnen ontslaan en er werd zelfs opgeroepen om niet mee te werken aan het RIT en niet naar de arbeidsarts te gaan (ACLBV Liberale Vakbond, 2018; Het Laatste Nieuws, 2018).

Het is bijgevolg zeer relevant om de impact van deze nieuwe wetgeving op de re-integratie op het werk van arbeidsongeschikte werknemers te evalueren, voornamelijk om te zien wat er gebeurt met de werknemers voor wie een re-integratie in de onderneming niet mogelijk is ingevolge de beslissing C of D én om eventueel aanbevelingen te formuleren om deze nieuwe wetgeving en de toepassing ervan in de praktijk aan te passen. Daarom onderzocht de onderzoeksgroep Omgeving en Gezondheid van het Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg van KU Leuven, op vraag van de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO), het KB RIT op kwantitatieve en kwalitatieve wijze (Boets, 2020).

## 2. KWANTITATIEVE EVALUATIE

---

### 2.1. METHODE

#### 2.1.1. Procedure

Voor de kwantitatieve evaluatie wilden we aan de hand van een vragenlijstonderzoek een antwoord formuleren op de volgende onderzoeksvragen:

- hoeveel procent van het totale aantal behandelde cases krijgt een beslissing A, B, C, D of E?
- hoeveel personen zijn na het RIT (nog) aan het werk?
- hoeveel procent krijgt een beslissing van medische overmacht?
- hoeveel personen met beëindigde overeenkomst wegens medische overmacht zijn na het RIT opnieuw aan het werk?

Een vragenlijst werd opgebouwd met verschillende socio-economische, werkgerelateerde, en arbeidsongeschiktheidsgerelateerde vragen in het Nederlands en het Frans (zie bijlage van het onderzoeksrapport (Boets, 2020)). Vijf EDPBW – Groep IDEWE, Mensura, Liantis, Attentia en CESI – verspreidden de vragenlijst onder een willekeurige steekproef van hun werknemers die in 2017 of het eerste kwartaal van 2018 een RIT volgden bij één van hun arbeidsartsen. De vragenlijsten werden begin mei 2019 via de post verstuurd, een reminder werd eind mei 2019 verzonden. In totaal ontvingen 3.192 werknemers die een RIT volgden een uitnodiging via de post.

Het invullen van de vragenlijst kon online, via het platform Qualtrics. De antwoorden van de deelnemers konden via data vanuit de EDPBW gekoppeld worden aan gegevens betreffende het RIT (aanvrager van het RIT en oordeel van de arbeidsarts). De koppeling van deze gegevens gebeurde ter hoogte van CoPrev, zodat de vertrouwelijkheid steeds gewaarborgd bleef. De studie werd als amendement van de reeds eerder goedgekeurde studie G-2018 07 1286 ingediend en goedgekeurd door de Sociaal Maatschappelijk Ethische Commissie van KU Leuven (SMEC).

#### 2.1.2. Hypothesetoetsing

Eerst werd van de deelnemers een beschrijvende analyse gemaakt op basis van hun sociodemografische, werkgerelateerde en arbeidsongeschiktheidskenmerken. We gingen eveneens na hoeveel personen het werk hervatten na hun RIT.

Daarna werd getest welke predictoren significant bijdroegen aan een werkhervatting. Hiervoor voerden we een multinomial logistische regressie uit. We kozen voor een afhankelijke variabele (AV) “werkhervatting” met drie mogelijke uitkomsten: 1) nee (geen werkhervatting), 2) werkhervatting bij dezelfde werkgever en 3) werkhervatting bij een andere werkgever. Het model werd opgebouwd uit verschillende onafhankelijke variabelen (OV) of predictoren (factoren): sociodemografische kenmerken (zeven predictoren), werkgerelateerde kenmerken (zes predictoren) en kenmerken van arbeidsongeschiktheid (vier predictoren).

Het model voldeed aan de assumpties voor multinomial logistische regressie: elke OV had één waarde voor elke case en er was geen sprake van multicollineariteit tussen de OV.

## 2.2. RESULTATEN

### 2.2.1. Beschrijvende analyse

#### *a) Respons*

481 van de 3.192 uitgenodigde personen vulden de online vragenlijst in, dit komt neer op een responspercentage van 15%.

#### *b) Sociodemografische kenmerken*

60% van de deelnemers waren Nederlandstalig. De meerderheid was vrouwelijk (72%). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 46 jaar.

De meeste deelnemers waren getrouwd (45%). 35% was alleenstaand of weduwe(naar) en 20% was feitelijk of wettelijk samenwonend. 74% van de personen die een partner hadden, gaf aan dat hun partner werknemer of zelfstandige was en 26% dat hun partner werkloos, arbeidsongeschikt of gepensioneerd was. 54% van deelnemers had thuiswonende kinderen, de overige 46% had geen (thuiswonende) kinderen.

10% van de deelnemers had een migratieachtergrond. Het hebben van een migratieachtergrond werd toegekend wanneer een persoon buiten de EU geboren werd of waarbij beide ouders buiten de EU geboren waren.

#### *c) Werkgerelateerde kenmerken*

De deelnemers werden gevraagd om enkele kenmerken van hun job vóór het volgen van het RIT op te geven.

41% van de deelnemers gaf aan een job te hebben als arbeider. De overige deelnemers hadden een administratieve of commerciële functie (26%), een dienstverlenende functie (23%) of een wetenschappelijk, vakspecialistisch beroep of een leidinggevende functie (10%). De meerderheid van de deelnemers had geen hoger onderwijs genoten (lager of secundair onderwijs, 70%). De overige 30% had wel hoger onderwijs gevolgd, een bachelor of master.

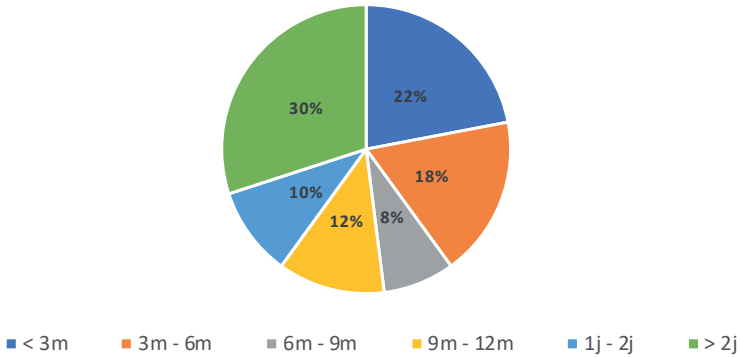
De meerderheid van de deelnemers (70%) had minstens één extralegaal voordeel. 30% had geen extralegale voordelen. De meeste deelnemers gaven aan 90% tot voltijds te werken (56%). 28% werkte tussen 50 en 90%, 16% werkte minder dan halftijds (minder dan 50%).

Wat betreft de sector, op basis van NACE-codes, waren er te veel missing variabelen om een analyse te kunnen uitvoeren.

#### *d) Kenmerken arbeidsongeschiktheid*

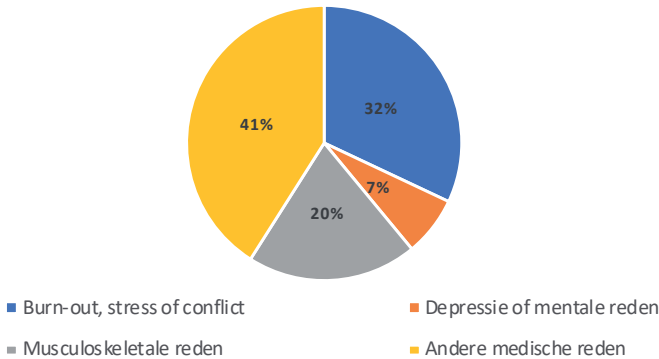
Er werd aan de deelnemers gevraagd hoe lang zij reeds arbeidsongeschikt waren op het moment dat hun RIT werd opgestart (Figuur 1). Meer dan 50% was langer dan één jaar arbeidsongeschikt bij de start van hun RIT, waarvan 30% langer dan twee jaar.

**FIGUUR 1:** DUUR ARBEIDSONGESCHIKTHEID BIJ OPSTART VAN HET RIT



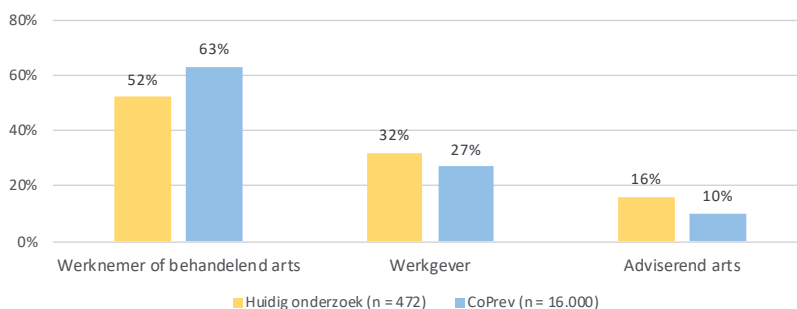
Er werd ook gevraagd naar de reden van de arbeidsongeschiktheid (Figuur 2). De meeste deelnemers gaven aan afwezig te zijn omwille van een medische reden, bijvoorbeeld kanker, hartaandoening, chronisch vermoeidheidssyndroom, ... 32% gaf aan afwezig te zijn omwille van een burn-out, stress of een conflict.

**FIGUUR 2:** REDEN VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

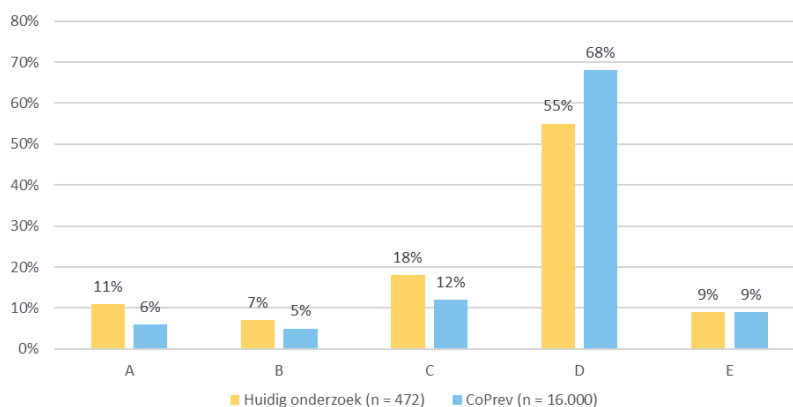


Vanuit de door de EDPBW aangeleverde data konden we de aanvrager van het RIT en de beoordeling van de arbeidsarts achterhalen. Voor 472 deelnemers waren gegevens beschikbaar. De meerderheid van de trajecten (52%) werd aangevraagd door de werknemer zelf of zijn behandelend arts. De overige trajecten werden aangevraagd door de werkgever (32%) en in mindere mate door de adviserend arts (16%). Deze cijfers komen overeen met de cijfers over het RIT, die CoPrev in 2017 publiceerde (een gelijkaardige periode als bij dit onderzoek), maar zijn wel licht verschillend (minder aanvragen door de werknemers) (Figuur 3) (Nationale Arbeidsraad, 2018).



**FIGUUR 3:** AANVRAGERS IN HUIDIG ONDERZOEK TOV CIJFERS COPREV

De meeste gevallen kregen een beslissing van definitieve arbeidsongeschiktheid (oordeel C of D). In 18% van de gevallen oordeelde de arbeidsarts dat de werknemers in staat waren om nog aangepast werk te kunnen uitvoeren bij de werkgever (beslissing C). Voor 55% was ook aangepast werk niet mogelijk (beslissing D). Voor 18% van de werknemers oordeelde de arbeidsarts dat het werk op termijn kon hervat worden, al dan niet met tijdelijk aangepast werk (beslissing A of B). De overige 9% van de werknemers kreeg beslissing E. Ook in dit geval waren de cijfers gelijkaardig aan die van CoPrev, maar met een groter aantal A- en C-beslissingen en een kleiner aantal D-beslissingen in ons onderzoek (Figuur 4) (Nationale Arbeidsraad, 2018).

**FIGUUR 4:** OORDEEL ARBEIDSARTS IN HUIDIG ONDERZOEK TOV CIJFERS COPREV

#### e) Werkbervatting

Na hun RIT waren 201 werknemers (42%) aan het werk, op het moment van de bevraging (minimum één jaar na het RIT). 280 werknemers waren niet aan het werk (58%). De meerderheid van de werknemers die het werk hadden hervat, waren aan de slag bij een andere werkgever dan voor hun RIT (69%).

Wanneer het werk werd hervat bij een andere werkgever ( $n = 139$ ), werd bij 73% ( $n = 101$ ) het contract bij de vorige werkgever verbroken omwille van medische overmacht na het RIT.

Wat betreft de groep werknemers die op het moment van de bevraging niet aan het werk waren (58%,  $n = 280$ ), heeft de meerderheid sinds hun RIT niet meer gewerkt (86%,  $n = 241$ ). 170 van hen geven aan dat het contract bij de werkgever verbroken werd omwille van medische overmacht na het RIT (71%). Een kleine groep (14%) hervatte het werk, maar viel opnieuw uit. De meerderheid van zij die niet langer aan het werk zijn, ontvangt een uitkering (93%), veelal een uitkering van de mutualiteit (72%). Bijna één op drie ontvangt een uitkering van de RVA (28%). 84 personen gaven aan actief op zoek te zijn naar een nieuwe job (30%).

Bij de totale groep van personen die een RIT volgden, werd het contract van 271 personen verbroken omwille van medische overmacht. Het gaat over 56% van de totale groep. Desalniettemin hervatte 101 personen van deze groep (37%) het werk, weliswaar bij een andere werkgever.

### 2.2.2. Multinomial logistische regressie

Om na te gaan welke predictoren significant bijdragen aan de werkhervatting, voerden we een multinomial logistische regressie uit, met werkhervatting als afhankelijke variabele (AV) (zie *Methode*). Deze AV had drie uitkomsten: nee (geen werkhervatting), werkhervatting bij dezelfde werkgever en werkhervatting bij een andere werkgever. Het model werd opgebouwd en getest met verschillende predictoren (factoren): sociodemografische kenmerken (zeven predictoren), werkgerelateerde kenmerken (zes predictoren) en kenmerken van de arbeidsomgeschiktheid (vier predictoren).

Hieronder bespreken we de invloed van de significante predictoren op de werkhervatting, zowel bij dezelfde als bij een andere werkgever. De invloed drukken we steeds uit aan de hand van de odds ratio (OR) of de kans waarmee een bepaalde situatie zich voordoet.

Uit het totale model kwamen verschillende significante predictoren naar voren. De volledige resultaten kunnen geraadpleegd worden in Bijlage 1, Tabel 1. De referentiecategorie voor de OV werd steeds aangeduid in de tabel met de code "reference". De referentiecategorie voor de AV is "geen werkhervatting". De volgende predictoren hadden een significante ( $p$ -waarde kleiner dan ,05) invloed op de werkhervatting voor personen die een RIT volgden:

- significante predictoren voor werkhervatting bij dezelfde werkgever, in vergelijking met geen werkhervatting:
  - personen met een tewerkstellingspercentage tussen 51% en 90% hebben 0,35 keer minder kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever, dan personen met een tewerkstellingspercentage tussen 90% en 100%;
  - personen die een beslissing A of B kregen hebben 28,64 keer meer kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever, dan personen die beslissing D kregen;
  - personen die een beslissing C kregen hebben 8,46 keer meer kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever, dan personen die beslissing D kregen;

- significante predictoren voor werkhervatting bij een andere werkgever, in vergelijking met geen werkhervatting:
  - personen jonger dan 45 jaar hebben 2,60 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever, dan personen die 45 jaar of ouder zijn;
  - personen waarvan de partner werkloos, arbeidsongeschikt of gepensioneerd was hebben 0,13 keer minder kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever, dan personen waarvan de partner werknemer of zelfstandige is;
  - personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid minder was dan 3 maanden hebben 3,53 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever, dan personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid langer dan twee jaar is;
  - personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid tussen 3 en 6 maanden was, hebben 2,93 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever, dan personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid langer dan twee jaar is;
  - personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid tussen 6 en 9 maanden was, hebben 3,20 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever, dan personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid langer dan twee jaar is;
  - personen met een pathologie betreffende burn-out, stress of conflict hebben 2,12 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever, dan personen waarvan de aandoening een andere medische reden betreft;
- significante predictoren voor werkhervatting zowel bij dezelfde als bij een andere werkgever, in vergelijking met geen werkhervatting:
  - personen met een migratieachtergrond hebben 0,04 keer minder kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever en 0,29 keer minder kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever, dan personen die geen migratieachtergrond hebben;
  - personen met een tewerkstellingspercentage van 50% of minder hebben 0,17 keer minder kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever en 0,37 keer minder kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever, dan personen met een tewerkstellingspercentage tussen 90% en 100%.

Concluderend kunnen we stellen dat het hebben van een migratieachtergrond en het tewerk-stellingspercentage zowel de kans op hervatting bij dezelfde als bij een andere werkgever verkleinden. De beslissing van de arbeidsarts had een invloed op de werkhervatting bij de eigen werkgever, met meer kans op een hervatting zowel in geval van een A- of B-beoordeling als bij een C-beoordeling. De leeftijd en het werk van de partner hadden daarentegen enkel een invloed op een werkhervatting bij een andere werkgever, met meer kans voor jongere mensen en minder kans voor personen waarvan de partner niet aan het werk was. Ook de duur en de pathologie hadden enkel een significante invloed op de werkhervatting bij een andere werkgever. Wanneer de duur van de arbeidsongeschiktheid minder dan negen maanden was of wanneer de pathologie werkgerelateerd was, zoals burn-out of stress, was er meer kans op een werkhervatting bij een andere werkgever.

De aanvrager van het traject bleek geen significante invloed te hebben op de werkhervatting. Net als de taal, het geslacht, de burgerlijke status, het hebben van

kinderen, het type job, de opleiding, het inkomen en het hebben van extralegale voordelen.

### 2.3. DISCUSSIE

In het kwantitatieve luik van deze studie probeerden we, naast de beschrijvende gegevens over het RIT, eveneens te achterhalen wat de uitkomsten zijn van het RIT. Gaan personen opnieuw aan het werk, en doen ze dat bij dezelfde of bij een andere werkgever? Dit onderzochten we aan de hand van onze vragenlijststudie.

#### 2.3.1. Werkhervatting na het re-integratietraject

Op het moment van de bevraging, minstens één jaar na het RIT, had 42% van de werknemers het werk hervat, hetzij vaker bij een andere werkgever (69%) dan bij dezelfde werkgever (31%) (N = 481). In het onderzoeksrapport (Boets, 2020) wordt de vergelijking gemaakt met informele wegen van werkherhervatting, zoals het bezoek voorafgaand aan de werkherhervatting (BV). In deze groep hervatten werknemers vaker het werk (73%) en doen ze dit ook vaker bij de eigen werkgever (87%). Dit ligt in lijn met de verwachtingen. De duur van de arbeidsongeschiktheid is significant langer bij het formele RIT, in vergelijking met informele wegen, hetgeen de kans op werkherhervatting verlaagd (Mylle et al., 2016).

Dit pleit voor de keuze om zoveel mogelijk gebruik te maken van informele wegen van re-integratie. Dit wil daarentegen niet zeggen dat het RIT niet behouden moet blijven. Uit de resultaten blijkt dat met het RIT een groep van arbeidsongeschikte werknemers bereikt kan worden die niet bereikbaar is langs de informele wegen. Bovendien is er nog veel potentieel in het opvolgen van werknemers die niet opnieuw aan de slag gaan na het RIT, omdat deze begeleiding of opvolging nog vaak ontbreekt.

#### 2.3.2. Predictoren voor werkherhervatting na het re-integratietraject

Vervolgens gingen we na wat de bepalende factoren zijn bij een werkherhervatting, zowel bij de eigen als bij een andere werkgever. Volgens de verwachtingen hadden werknemers die een A- of B-beoordeling kregen, significant meer kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever. Dit is niet onlogisch gezien deze beoordelingen inhouden dat de werknemer op termijn in staat zou moeten zijn om het werk te hervatten. Maar ook werknemers die een C-beoordeling kregen, hadden significant meer kans (meer dan acht keer zo veel) om het werk te hervatten bij de eigen werkgever, in vergelijking met een D-beoordeling. Dit kan erop wijzen dat in geval van beslissing C, werkgevers toch significant moeite doen om een werknemer te kunnen re-integreren, door hem aangepast werk aan te bieden.

Eveneens volgens de verwachtingen, had de duur van de arbeidsongeschiktheid een significante invloed op de werkherhervatting. Wanneer het RIT binnen negen maanden werd opgestart, was de kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever 2,93 tot 3,20 keer groter. Wanneer de duur van de arbeidsongeschiktheid negen maanden overschreed, daalde de kans op een succesvolle werkherhervatting. Dit was ook het geval bij de eigen werkgever, hetzij niet significant. Dit pleit opnieuw voor het snel opstarten van het RIT, zeker in geval van een definitieve arbeidsongeschiktheid voor het overeengekomen werk bij dezelfde werkgever.

Wanneer de zelf gerapporteerde pathologie van werknemers die een RIT volgden werkgerelateerd was, zoals stress, burn-out, of een conflict, stegen de kansen op een werkhervatting bij een andere werkgever significant. Dit kan verklaard worden door dat wanneer er conflictsituaties ontstaan op het werk, zowel werkgevers als werknemers de arbeidsovereenkomst zouden willen verbreken. Dit wordt ondersteund door de resultaten van het kwalitatief onderzoek, waarin arbeidsartsen aangaven dat in geval van conflict, werknemers het RIT gebruiken om aan de slag te kunnen bij een andere werkgever.

Wat betreft werkgerelateerde kenmerken, was enkel het tewerkstellingspercentage een significante predictor voor een werkhervatting, hetzij enkel bij een andere werkgever. Hoe lager het percentage van de tewerkstelling, hoe kleiner de kans op een werkhervatting. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat een deeltijdse tewerkstelling die er reeds voor het RIT was, al een teken was van een minder goede gezondheid en mogelijk wordt gebruikt als een brug naar pensioen. Opvallend was dat andere werkgerelateerde factoren, zoals het type job, geen invloed hadden op de werkhervatting. Nochtans zou men kunnen vermoeden dat personen met een fysiek zware job moeilijker het werk kunnen hervatten. Echter bleek uit de resultaten dat musculoskeletale problematieken niet significant in verband gebracht konden worden met een werkhervatting na het RIT. Mogelijks hebben fysieke kenmerken van het werk geen invloed op het RIT, omdat er, zoals gedacht, andere elementen een rol spelen, zoals een conflict of moeizaam contact tussen werkgever en werknemer, los van het type werk.

Binnen de sociodemografische kenmerken waren er enkele verwachte resultaten. Werknemers jonger dan 45 jaar, hadden meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever. Dit kan erop wijzen dat oudere werknemers nood hebben aan extra ondersteunende maatregelen wanneer ze na het RIT op zoek moeten naar een andere job. Een andere belangrijke controlevariabele, geslacht, bleek geen invloed te hebben op de werkhervatting, hoewel vaak gedacht wordt dat vrouwen minder kans hebben om het werk te hervatten. Dit enerzijds omdat ze werk vaak combineren met andere huishoudelijke taken, zoals zorg voor kinderen, en anderzijds omdat ze vaker geconfronteerd worden met psychosociale belasting omdat ze vaker zorgberoepen uitoefenen. Binnen ons onderzoek echter, kan het uitblijven van een rol van geslacht samenhangen met het eveneens uitblijven van een invloed van pathologie (mentale redenen), type job (dienstverlening) en het hebben van kinderen.

Het werk van de partner bleek wel significant voorspellend te zijn. Wanneer de partner eveneens inactief was (werkloos, arbeidsongeschikt of gepensioneerd), daalde de kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever. Een mogelijke oorzaak hiervoor zou kunnen zijn dat een minder gunstige socio-economische status (SES) binnen het huishouden de kans op een succesvolle re-integratie verhindert (Schuring, Robroek, Otten, Arts en Burdorf, 2013). Een andere verwachte voorspeller van een werkhervatting was migratieachtergrond. Werknemers met een migratieachtergrond hadden significant minder kans om het werk te hervatten. Het kleine aantal personen met een migratieachtergrond in deze studie (10%, n = 49) maakt het echter moeilijk om deze resultaten te veralgemenen. Het SES-gegeven en zijn invloed op re-integratie moet verder onderzocht worden. Binnen de RIT-groep hadden andere

socio-economische factoren zoals huishouden, opleiding en inkomen namelijk geen significante invloed op de werkhervatting.

### **2.3.3. Medische overmacht na het re-integratietraject**

Van de totale bevroegde groep, was 58% (n = 280) minstens één jaar na zijn RIT niet aan het werk. Bij 71% van hen werd de overeenkomst beëindigd wegens medische overmacht. Dit grote aantal is deels volgens de verwachtingen en is mogelijk te verklaren door het gebrek aan sancties voor werkgevers. Zij kunnen relatief gemakkelijk het contract van een arbeidsongeschikte werknemer verbreken omwille van medische overmacht. Bovendien is er amper controle op het motivatieverslag dat werkgevers moeten opmaken wanneer zij geen aangepast werk kunnen voorzien. Dit werd bevestigd in ons kwalitatief onderzoek (zie infra).

Toch wijzen deze cijfers er ook op dat niet in alle gevallen het contract van de arbeidsongeschikte werknemer verbroken werd omwille van medische overmacht. In enkele gevallen kunnen deze werknemers op de payroll van de werkgever blijven staan, zodat ze bepaalde verworven voordelen blijven behouden. In sommige gevallen zouden werkgevers er zelfs voor kiezen om werknemers te ontslaan met uitkering van een vergoeding (zie infra). Deze bevindingen kunnen deels de kritiek van de vakbond tegenspreken. Ondanks het uitblijven van een werkhervatting, ontving bovendien het merendeel van de participanten een uitkering, meestal van de mutualiteit, hetgeen erop wijst dat ze nog steeds erkend arbeidsongeschikt zijn.

Van de totale groep, inclusief diegene die het werk wel hadden hervat, kregen 271 personen of 56% medische overmacht. Toch hervatte 101 van hen het werk (37%), weliswaar bij een andere werkgever. Dit wijst erop dat medische overmacht niet steeds negatief hoeft te zijn en dat het in sommige gevallen zelfs positief aangewend wordt door werknemers, bijvoorbeeld om elders aan de slag te gaan. In dat opzicht kan het RIT wel degelijk zijn doel bereiken, het bevorderen van de re-integratie, maar dan wel bij een andere werkgever. Deze bevinding wordt mede ondersteund door onze vaststelling dat de categorie van de aanvrager van het traject geen significante invloed had op de werkhervatting. Dit kan opnieuw (deels) de kritiek van de vakbond pareren, omdat met andere woorden de kans op een werkhervatting niet verschilt wanneer het RIT nu wordt aangevraagd door de werkgever of door de werknemer.

### **2.3.4. Sterktes en zwaktes van de studie**

De zwakte van het uitgevoerde vragenlijstonderzoek is dat het zelf-gerapporteerde gegevens beschrijft in plaats van objectieve gegevens. Bovendien zou er sprake kunnen zijn van zogenaamde “recall bias”, omdat we deelnemers bevroegen over hun RIT dat minstens één jaar geleden plaatsvond. Mogelijks zijn er gegevens die niet meer goed herinnerd werden.

Een sterkte van het vragenlijstonderzoek is dat we veel predictoren hebben kunnen bevragen, die ons een beter inzicht hebben gegeven in de werkhervatting na het RIT.

Wat betreft de representativiteit van het onderzoek, is een sterkte van het onderzoek dat we een belangrijke steekproef hebben kunnen bevragen met behulp van vijf EDPBW.

Onze cijfers kwamen overeen met de cijfers van CoPrev betreffende de gehele RIT-groep in het jaar 2017.

### **2.3.5. Suggesties voor vervolgonderzoek**

Verder kwantitatief onderzoek, op grote schaal en met objectieve gegevens is aangewezen. Hiervoor is de studie bij de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) een belangrijk startpunt (zie onderzoeksrapport Boets, 2020). Deze gegevens zullen ons verder inzicht geven in het RIT en ons ook economische en organisatorische inzichten kunnen bieden.

## **3. KWALITATIEVE EVALUATIE**

---

### **3.1. METHODE**

#### **3.1.1. Procedure**

Voor de kwalitatieve evaluatie werden vijf relevante stakeholdergroepen bevraagd in homogene focusgroepen: patiënten of werknemers die een RIT volgden, huisartsen, adviserend artsen, arbeidsartsen en werkgevers. Per groep werd getracht één Nederlandstalige en één Franstalige focusgroep te laten doorgaan. De doelstelling was om tijdens de focusgroepen het RIT kritisch te evalueren en om aanbevelingen te formuleren ter optimalisatie van de regelgeving. Op deze manier wilden we een antwoord krijgen op volgende onderzoeksvragen:

- hoe ervaren verschillende stakeholders de nieuwe regelgeving en het RIT sindsdien?
- hoe kan de huidige regelgeving verbeterd worden volgens deze verschillende stakeholders?

Per stakeholdergroep werd een interviewgide ontwikkeld (zie bijlage van het onderzoeksrapport (Boets, 2020)). De vragen werden opgesteld vanuit het Attitude Social Influence Self-Efficacy (ASE) framework, toegepast op terugkeer naar het werk (van Oostrom et al., 2007), en het Normalization Process Model (May, 2006).

De resultaten werden geanalyseerd aan de hand van de computersoftware NVivo. De principes van Thematic Analysis werden toegepast. Over de verschillende focusgroepen en stakeholders heen werd op zoek gegaan naar overkoepelende thema's die konden dienen als antwoord op de onderzoeksvragen (Braun en Clarke, 2012). De thema's werden opgesteld vanuit analyse van de transcripten en werden teruggekoppeld aan de onderzoeksvragen, op basis van de gekozen frameworks.

#### **3.1.2. Deelnemers**

De stakeholders werden gerekruteerd via verschillende kanalen, die geraadpleegd kunnen worden in het volledige onderzoeksrapport (Boets, 2020).

Volgende focusgroepen vonden plaats:

- twee Nederlandstalige focusgroepen met werknemers (n = 6). Langs Franstalige zijde konden geen patiënten gerekruteerd worden;
- twee Nederlandstalige en één Franstalige focusgroep met huisartsen (n = 39);
- één Nederlandstalige en twee Franstalige focusgroepen met adviserend artsen en paramedici van verschillende mutualiteiten (n = 16);

- één Nederlandstalige en één Franstalige focusgroep met arbeidsartsen van verschillende EDPBW (n = 17);
- één Nederlandstalige en één Franstalige focusgroep, twee Nederlandstalige en één Franstalig individueel interview met werkgevers (n = 17).

Deelname was vrijwillig. Voor artsen werd de mogelijkheid tot accreditatie voorzien bij deelname aan de focusgroep. De deelnemers ondertekenden elk een ‘informed consent’. De focusgroepen en interviews vonden plaats tussen februari en juni 2019. Elke focusgroep duurde ongeveer twee uur en er werd een geluidsopname gemaakt voor verdere analyse van de gesprekken. De individuele interviews duurden een half uur tot een uur. De resultaten werden geanonimiseerd tijdens de analyses. Alle persoonsgegevens werden met de nodige confidentialiteit behandeld. De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven met als nummer S62212.

### 3.2. RESULTATEN

Over de focusgroepen heen liepen vijf overkoepelende thema's. De resultaten werden veralgemeend over de Nederlandstalige en Franstalige focusgroepen heen. We beschrijven achtereenvolgens de verschillende overkoepelende thema's met hun subthema's. Per thema werd bekeken wat binnen dit thema de bevorderende of belemmerende factoren zijn voor re-integratie.

In Bijlage 2, Tabel 2 kan een overzicht van de thema's en subthema's worden teruggevonden.

#### 3.2.1. Het wettelijke kader/proces

De participanten van de focusgroepen ervoeren heel wat tekortkomingen en beperkingen aan het wettelijke kader van het RIT. Een groot gebrek binnen het wettelijke kader is de vrijblijvendheid binnen het RIT en het ontbreken van sancties. Arbeidsartsen gaven aan dat zowel werkgevers als werknemers op geen enkele manier verplicht worden of onder druk gezet kunnen worden om aan het traject mee te werken. Op deze manier is het wettelijke kader volgens hen een “lege bel”.

Een wederkerende opmerking was dat het RIT een zeer hoge werklast met zich meebrengt. In geval van arbeidsartsen ging het over een grote tijdsinvestering en eveneens een financiële investering voor de EDPBW. Ook voor de adviserend artsen was het RIT een grote tijdsinvestering. Hoewel ze overtuigd waren van het feit dat werknemers zo vroeg mogelijk in hun periode van primaire arbeidsongeschiktheid gezien moeten worden, gaven ze aan dat dit door een gebrek aan artsen vaak onmogelijk is:

Wilt de VI [verzekeringsinstelling] voldoende investeren opdat wij de mensen vroegtijdig kunnen zien, als wij gewoon te weinig volk hebben zoals de realiteit bij ons is. Dan zien we ze, kunnen we gewoon niet op 2 maanden zien, dat is een realiteit denk ik in quasi al onze verbonden. En iedereen is ervan overtuigd, ook in internationale studies, dat je vroeg moet interveniëren in arbeidsongeschiktheid, dat dat het beste effect geeft. Want na 6 maanden ziet ge bij iedereen een settling



optreden. Wat is de realiteit, kortste oproeptermijn bij ons, 16 weken tot 25. 25 weken...

*Adviserend arts*

Adviserend artsen staan inhoudelijk achter te wetgeving, maar gaven aan dat er niet voldaan wordt aan de nodige randvoorwaarden om de wetgeving om te zetten in de praktijk. Ze gaven aan meer nood te hebben aan methodologische ondersteuning, bijvoorbeeld door administratieve ondersteuning of bijkomende paramedici of artsen. Dit was voor hen de allerbelangrijkste prioriteit. Voor werkgevers ging het vaak over een grote administratieve en financiële last. Bovendien vonden ze de wetgeving ingewikkeld en complex. Zeker kmo's zouden beter geïnformeerd mogen worden.

De kennis van het RIT en de wettelijke processen was bovendien niet bij alle partijen even groot. Huisartsen waren niet op de hoogte van de wetgeving. Ze gaven aan nood te hebben aan meer informatie. Nu worden ze vaak niet betrokken wanneer er een RIT wordt opgestart voor één van hun patiënten. Nochtans vonden huisartsen dat ze een belangrijke rol hebben in het RIT:

Ja ik vind het eigenlijk een beetje raar dat je als huisarts daar niet in betrokken wordt omdat je toch diegene bent vaak die de arbeidsongeschiktheid voorschrijft. Dat is toch net heel logisch, dat je wel op de hoogte wordt gebracht denk ik, dus ja... 't is zo een beetje een gemiste kans precies.

*Huisarts*

Er zijn ook enkele lacunes of beperkingen in de wetgeving. Een beperking volgens de arbeidsartsen is dat adviserend artsen met een andere wetgeving werken dan zij. Adviserend artsen werken met artikel 100 van de ziekwet, die stelt dat de arbeidsongeschiktheid van de patiënten vanaf zes maanden moet bekeken worden ten opzichte van de gehele arbeidsmarkt, terwijl arbeidsartsen enkel naar de ongeschiktheid ten opzichte van de werkpost kijken.

Inzake het wettelijke kader brachten de adviserend artsen ook specifiek de Quick Scan ter sprake. De Quick Scan vragenlijst werd op het moment van de focusgroepen nog niet vaak in de praktijk van de adviserend artsen gebruikt. De verschillende mutualiteiten hanteerden de vragenlijst op verschillende manieren. Sommige mutualiteiten verstuurdde de Quick Scan automatisch na acht weken en riepen patiënten op basis van deze resultaten op, terwijl anderen patiënten enkel opgeroepen werden op basis van de diagnose. Nog een andere mutualiteit liet de vragenlijst enkel invullen tijdens een consult met een paramedicus, als aanvulling, omdat ze het gevoel hadden dat de resultaten niet genoeg informatie boden. Iedereen geloofde wel dat de Quick Scan een nuttig instrument kan zijn, maar enkel als aanvulling. Adviserend artsen vonden het RIT en hun rol hierin wel een verrijking van hun praktijk:

On est plus là pour accompagner et pas juste pour évaluer et contrôler et mettre fin.

*Adviserend arts*

### 3.2.2. De beschikbaarheid van aangepast werk

De motivatie van de werkgever om aangepast werk te voorzien kan een belemmerende factor zijn voor de re-integratie. De indruk leefde dat werkgevers zich er makkelijk vanaf kunnen maken door het schrijven van een motivatieverslag. Dit verslag zou bovendien niet of amper gecontroleerd worden. Werkgevers zelf meldden dat het niet hun fout is dat verslagen niet worden gecontroleerd. Wel vonden ze dat er een instantie mag zijn, naast Toezicht op het Welzijn op het Werk (TWW), die de verslagen opvolgt om de werkgevers te bestraffen die geen moeite doen. Werkgevers gaven wel aan te proberen om in hun motivatieverslag te motiveren wat de reden was van het niet kunnen aanbieden van aangepast werk. Alle medische actoren gaven aan dat er soms ook succestrajecten voorkomen, waarbij werkgevers zich wel flexibel opstellen en zich aan de voorwaarden van aangepast werk houden.

Werkgevers wierpen op dat aangepast werk vinden niet evident is. Sommige werknemers zouden aangepast werk “eisen” en denken dat ze via het RIT meer kunnen verkrijgen, dan door het informeel aan te pakken. Vaak is er echter geen aangepast werk en zijn er binnen een job slechts een beperkt aantal uren en taken beschikbaar. Bijvoorbeeld in de diensten- of schoonmaaksector is dit erg moeilijk:

Er is niemand dat bij wijze van spreken overal de plintjes wilt doen [poetsen] en zich de hele dag moet bukken omdat die andere alles in de hoogte wil doen. Ik ken er evengoed die dan weer geen hoogtes mogen doen.

*Werkgever*

Een progressieve werkhervatting of een (tijdelijke) aanpassing in uren is wel iets dat vaak wordt toegestaan. Werkgevers gaven aan dit vaak te voorzien. Een effectieve aanpassing van taken of jobinhoud gebeurt echter zelden. Een probleem hierbij is de beschikbaarheid van het aangepast werk. Werkgevers gaven bijvoorbeeld te kennen dat er, omwille van praktische problemen, slechts voor één persoon aanpassingen kunnen gebeuren en niet voor iedereen. Ook is er niet steeds een nood aan een aangepaste werkpost op een bepaald moment. Hierdoor werd dan vaak gekozen om het aangepast werk niet aan te bieden, om oneerlijkheid te voorkomen. Ook de adviserend artsen gaven aan dit als reden te ervaren waarom werkgevers geen aangepast werk willen of kunnen voorzien.

Il faut une concomitance avec [la disponibilité d']un poste à un moment donné. Soit on a vraiment de la chance et y a un poste là et voilà. Mais la plupart du temps ce n'est pas comme ça. Ça prend du temps.

*Werkgever*

Soms kon het aangepast werk ook maar tijdelijk voorzien worden. Werkgevers willen wel een inspanning doen wanneer ze weten dat de werknemer het werk na verloop van tijd voltijds zal kunnen hervatten, maar een volledig nieuwe functie of definitieve aanpassingen voorzien is vaak onmogelijk.

Ook speelt de grootte van een organisatie een rol bij het kunnen voorzien van aangepast werk. Het is voor kmo's veel moeilijker om aangepast werk te voorzien. Voor grotere bedrijven die geen aangepast werk kunnen of willen bieden, is er minder begrip. Toch

erkenden arbeidsartsen dat een groot bedrijf niet per se gelijk staat aan een succesvolle re-integratie, ook de organisatiecultuur is hiervoor een belangrijke voorwaarde. Kmo's zouden zowel logistieke als financiële steun moeten krijgen:

Et que l'employeur d'une toute petite [entreprise] soit vraiment aidé pour une vraie réintégration, je pense. Soit aidé financièrement, plus aussi logistiquement. Il pourrait presque reprendre la personne et que ça ne lui coûte quasi rien.

*Arbeidsarts*

### 3.2.3. Communicatie tussen de verschillende (medische) actoren

Communicatie tussen de medische actoren komt zelden of niet voor. Zoals eerder aangegeven, werden de huisartsen niet betrokken en zelden geconsulteerd. Adviserend artsen en huisartsen gaven aan de arbeidsartsen niet te kennen. Daartegenover zeiden ook de arbeidsartsen dat ze de adviserend artsen niet kennen en moeilijk kunnen bereiken.

Avec le médecin du travail, j'ai étonnamment très très peu de contacts.

*Adviserend arts*

Dit gebrek aan communicatie werd mede veroorzaakt door praktische problemen, zoals een gebrek aan tijd en een gebrek aan een geformaliseerd en geüniformiseerd communicatieplatform voor alle actoren. Ook werkgevers merkten dat deze communicatie stroef verloopt en dat hierdoor de procedure soms in het slop geraakt. Er zouden verschillende platformen zijn, die elk afzonderlijk werden gebruikt. Sommige adviserend artsen gaven wel aan nu meer contact te hebben met de arbeidsartsen en hierdoor beter zicht te krijgen op wat de functie van hun collega's inhoudt.

Arbeidsartsen zelf merkten op dat ze het als een beperking ervoeren dat ze binnen de beoordelingsfase van het RIT officieel niet met de werkgever mogen overleggen. Omwille van privacyredenen mag er ook enkel gecommuniceerd worden tussen artsen onderling wanneer de werknemer hier zijn toestemming voor geeft.

### 3.2.4. Alternatieven aan het RIT

Informele alternatieven voor het RIT, zoals het werkhervattingsonderzoek of het bezoek voorafgaand de werkhervatting (BV), zijn in aantal toegenomen sinds het RIT. De meeste partijen zijn voorstander van deze werkwijze, omdat ze minder formeel is en een vroegtijdig contact kan bevorderen. Het voordeel van de invoering van het RIT was volgens hen dat er nu meer gesproken wordt over re-integratie en dat informele werkhervattingen zijn toegenomen.

Ook werkgevers geven de voorkeur aan informele trajecten. Een belangrijke reden hiervoor was dat ze de indruk hebben dat er binnen het informele sneller geschakeld kan worden en dat bijvoorbeeld een progressieve werkhervatting op deze manier sneller gestart kan worden.

Een belangrijke plaats is weggelegd voor een duidelijk verzuimbeleid binnen een organisatie. Wanneer een organisatie over een verzuimbeleid beschikt, kan een re-integratie (formeel of informeel) meer gestructureerd verlopen. Op voorhand kunnen

de te volgen stappen vastgelegd worden, zoals bijvoorbeeld contact opnemen na een bepaalde duur, de werknemer informeren over de mogelijkheid om naar de arbeidsarts te gaan, etc. Binnen dit beleid kunnen de mogelijkheden voor re-integratie en aangepast werk vastgelegd worden. Voor kmo's, maar ook voor grotere organisaties, zou er wel ondersteuning mogen zijn vanuit de overheid om een verzuimbeleid mee te helpen opstellen.

### 3.2.5. Medische overmacht

Het beëindigen van het contract omwille van medische overmacht, verloopt volgens de medische actoren sinds de invoering van het RIT makkelijker dan vroeger. Werkgevers daarentegen hebben de indruk dat het nu moeilijker is en dat er meer moeite gedaan moet worden voor het vinden van aangepast werk. De algemene tendens van de indrukken was dat medische overmacht een opportuniteit is voor de werknemer, maar door de werkgevers misbruikt wordt. Het gevoel leefde dat werkgevers het RIT soms opstarten voor "niet-re-integreerbare" of invalide werknemers. Adviserend artsen zagen medische overmacht in veel gevallen als problematisch, zeker voor oudere werknemers met veel anciënniteit.

Ook werknemers zelf ervoeren dat werkgevers het RIT opstarten om hen op een makkelijke en goedkope manier te kunnen ontslaan. Ze klaagden ook het gebrek aan controle op het verslag aan en hadden het gevoel dat werkgevers zonder enig toezicht medische overmacht kunnen inroepen:

Het staat of valt bij de mogelijkheid van de langdurig zieken om iets af te dwingen. En als ik dan kijk wat dat de motivatie is, of de motivatieplicht is waar dat jullie al op gewezen hebben, dan is dat gewoon voor die werkgever kan hem zeer vrijwillig eigenlijk de boel naar nummerke D sturen en eigenlijk ontslag omwille van medische redenen. Dat er geen enkele dwangmaatregel is, dus ook geen enkele regel die daarin gesteld is van kijk wat is een redelijke aanpassing. Want dat staat in de wet hè, het moet een redelijke aanpassing. Dus dat redelijk zijn is volledig niet gedefinieerd. Dus je kunt daar in feite op rekenen dat hij dat kan gebruiken ja kijk voor mij is dat niet redelijk en dat het dan toch ontslag wordt.

*Werknemer*

Sommige werkgevers beschreven dat ze inderdaad enkele werknemers die al ruime tijd afwezig waren hebben opgeroepen voor een RIT om het contract te beëindigen omwille van medische overmacht. Toch is die situatie volgens hen nu gestabiliseerd, omdat de zeer langdurig zieken zich nu niet meer binnen de organisatie bevinden en dat het RIT nu op een constructievere manier wordt gebruikt.

Ik denk dat ze dat eerste jaar moeten bekijken los van al de rest. Dat eerste jaar hebben we effectief gebruikt om de geschiedenis die zich al jaren opstapelde recht te zetten. Het is ook niet correct om iemand die 2 maanden bij u gewerkt heeft 22 jaar te moeten uitbetalen. Dat is ook niet correct.

*Werkgever*

Werkgevers gaven al aan het RIT liever niet op te starten, maar dat ze het wel doen wanneer er een moeizaam contact is met een werknemer of wanneer het onduidelijk is wat de prognose van de situatie is. In bijna alle gevallen bij de opstart van het RIT gaven de werkgevers te kennen dit te doen om het contact met de arbeidsongeschikte werknemer te herstellen.

[II] y a des personnes qu'on ne voit pas depuis un an, un an et demi, deux ans, on n'arrive pas à reprendre contact avec eux, c'est très très délicat et là nous ça a permis effectivement de nous positionner.

*Werkgever*

Ook de huisartsen voelden aan dat het RIT in geval van weerstand bij de werknemer of de werkgever omtrent de re-integratie een goede manier kon zijn om het re-integratieproces op gang te krijgen. Sommige werkgevers meldden in sommige gevallen er expliciet niet voor te kiezen om een RIT op te starten, bijvoorbeeld wanneer het ging over ernstige problematieken zoals kanker of over oudere werknemers die bijna op pensioen gingen. In zo'n gevallen lieten ze deze situatie berusten. Een werkgever gaf ook aan af en toe werknemers te ontslaan met uitbetaling van een vergoeding, bijvoorbeeld voor werknemers met veel anciënniteit, om deze loyaliteit toch te compenseren.

Hoewel de nieuwe wetgeving omtrent outplacement nog niet in voege was op het moment van de focusgroepen, beoordeelden alle actoren dat als een positieve regelgeving, zeker voor oudere werknemers of werknemers met een beperking. Voorlopig ontbrak volgens hen een goede opvolging van werknemers na medische overmacht, bijvoorbeeld door VDAB, Gespecialiseerd Team Bemiddeling (GTB), le Forem, Actiris of L'Aviq. Er is nood aan een overkoepelend opvolgsysteem. Adviserend artsen bevestigden dit gebrek aan opvolging. Enerzijds omdat hen de tijd ontbreekt, anderzijds omdat de opstart van een traject bij GTB soms voor discussies zorgt.

Wanneer een werknemer een RIT opstart, met als doel om medische overmacht te verkrijgen, deden ze dit vaak om op een snelle manier weg te kunnen bij hun werkgever. In vele van deze situaties spelen conflicten op de werkvloer een belangrijke rol. Dit werd door alle medische actoren en ook door de werkgevers als een opportuniteit gezien voor deze werknemers. De werknemers zelf gaven aan dat de wetgeving voor hen voor positieve doeleinden gebruikt kan worden, maar dat de grens met "oneigenlijk gebruik van de wetgeving" dun is, zowel door werknemers als door werkgevers. Toch gaven arbeidsartsen aan dat wanneer werknemers op deze manier medische overmacht verkrijgen en dan aan de slag gaan bij een andere werkgever, we in dat geval ook kunnen spreken over een geslaagde re-integratie:

U zegt: "Het zijn het de werknemers die dit nu aanvragen met de vraag om eigenlijk te kunnen vertrekken", maar die hebben meestal iets anders op het oog. En dat is eigenlijk ook een geslaagde re-integratie, alleen dient de wetgeving daar niet voor en zouden we dat niet langs deze weg mogen doen. Maar we zien heel vaak ze komen met een attest van een behandelende arts omdat en ze zeggen erbij ja ik heb eigenlijk al zicht op ander werk. Dat zijn ook geslaagden.

*Arbeidsarts*

Arbeidsartsen gaven desalniettemin te kennen dat werknemers te laat bij hen komen en in veel gevallen “het kalf al verdrongen is”. Een belangrijke aanbeveling was dat het re-integratietraject van werknemers sneller opgestart zou moeten worden, formeel of informeel.

### 3.3. DISCUSSIE

In het kwalitatieve luik van deze studie konden we vanuit de focusgroepen en interviews de belemmerende en bevorderende factoren voor re-integratie identificeren die de verschillende stakeholders ervoeren. Deze konden we onderbrengen bij verschillende overkoepelende thema's en subthema's (Bijlage 2, Tabel 2). We konden op basis van deze analyse en een analyse van de internationale literatuur enkele aanbevelingen ter optimalisatie van de wetgeving formuleren.

#### 3.3.1. Belemmerende factoren, bevorderende factoren en aanbevelingen

De stakeholders ervoeren helaas heel wat belemmerende factoren binnen het wettelijke kader. Voor alle partijen brengt het RIT een zware administratieve en financiële last met zich mee. Bovendien is de kennis van verschillende stakeholders ondermaats. Huisartsen zijn niet op de hoogte van de wetgeving, maar ook werkgevers van kmo's kennen deze slechts in beperkte mate.

Alle partijen raden daarom sterk aan om de stakeholders beter te informeren. Onderzoek in het Verenigd Koninkrijk wees bijvoorbeeld uit dat huisartsen vaak vragende partij zijn voor meer opleiding en training over gezondheid op het werk (Elms et al., 2005). Ook de huisartsen in de focusgroepen ijverden hiervoor, en pleiten ervoor om actief betrokken te worden. Dit is in se niet onlogisch, gezien het de huisarts is die de arbeidsongeschiktheid voorschrijft en dus ook in een ideale positie verkeert om het gesprek rond werkhervatting aan te vatten. Een noodzakelijke voorwaarde hiervoor is echter voldoende kennis van de processen, hetgeen aanbevolen wordt door alle medische actoren.

Bovendien missen de medische actoren een “stok achter de deur”. Er is geen controle op het motivatieverslag van de werkgever en er zijn geen sancties verbonden aan het niet meewerken aan het RIT door de werknemer. Hier zou meer controle op mogen gebeuren en hier zouden ook effectieve sancties aan vast mogen hangen, zoals een vermindering van de uitkering. Onderzoek wees uit dat financiële incentives wel degelijk een invloed kunnen hebben op de werkhervatting. Werkgevers zouden gestimuleerd kunnen worden om te investeren in een preventief gezondheidsbeleid. In Finland, bijvoorbeeld, worden werkgevers van grote bedrijven verplicht om het invaliditeitspensioen terug te betalen, en in Nederland moeten werkgevers langer een gewaarborgd loon betalen (Mittag et al., 2018). Incentives voor werknemers kunnen zowel bestaan uit sancties, zoals het verminderen van de uitkering, als uit beloningen, zoals financiële voordelen bij het wel hervatten van het werk (Clayton et al., 2011; Kostol en Mogstad, 2014; Vlachou et al., 2018). Momenteel zijn er in de wetgeving in België echter enkele hiaten, die ervoor zorgen dat werknemers minder verdienen als ze het werk willen hervatten, hetgeen de re-integratie sterk beperkt. Een aanbeveling hierbij is om het KB re-integratie en de ziektewet beter op elkaar af te stemmen, en dit in het belang van de werknemer.

Mogelijke sancties zouden misbruik van de wetgeving, zowel door werkgever als door werknemer, moeten tegengaan. Werkgevers zouden het RIT gebruiken om de “payroll op te kuisen”, en werknemers gebruiken het RIT om snel en makkelijk de werkgever te kunnen verlaten, voornamelijk bij conflictsituaties. De cijfers van het vragenlijstonderzoek bevestigden dit vermoeden. Werknemers bleken een grotere kans te hebben om het werk te hervatten bij een andere werkgever wanneer hun pathologie burn-out-, stress- of conflictgerelateerd was. Bij deze situaties bestempelden de medische actoren en werkgevers medische overmacht als een opportuniteit voor de werknemer. Ook al eindigt in deze gevallen het contract, kan er toch sprake zijn van een geslaagde re-integratie wanneer de werknemer het RIT aanvraagt met het oog op een nieuwe job bij een andere werkgever. Werkgevers daarentegen gaven wel toe het RIT gebruikt te hebben voor een aantal problematische langdurig afwezige werknemers, maar voegden er aan toe dat de situatie zich nu heeft genormaliseerd. Het RIT wordt nu zelfs liever vermeden en slechts in enkele gevallen nog opgestart, wanneer het contact met een arbeidsongeschikte werknemer moeizaam verloopt.

Wanneer werknemers medische overmacht krijgen, ontbreekt volgens hen en volgens de medische actoren wel vaak een degelijke opvolging of begeleiding. Zeker voor oudere werknemers of werknemers met een beperking is deze situatie problematisch. De outplacementwetgeving die kort na de focusgroepen in voege ging (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg, 2020), is in dat opzicht al een belangrijke stap in de goede richting.

Een aanzienlijke oorzaak van de belemmerende factoren binnen het wettelijke kader, lijkt te zijn dat de belangrijke stakeholders niet betrokken werden in de opmaak er van. De wetgeving is “top-down” ontwikkeld, in plaats van “bottom-up”. De adviserend artsen gaven aan, onder andere door een tekort aan artsen, dat er binnen hun praktijk niet voldaan kan worden aan de randvoorwaarden om het RIT te kunnen doen slagen. De medische actoren slagen er niet in om een RIT tijdig op te starten, waardoor de kansen op een succesvolle werkhervatting dalen. Dit wordt bevestigd in wetenschappelijk onderzoek (Mylle et al., 2016) en ook door de cijfers van ons kwantitatief vragenlijstonderzoek. Een belangrijke aanbeveling in dat opzicht is om het contact met de arbeidsongeschikte werknemer te onderhouden, liefst al tijdens de eerste zes weken van de periode van arbeidsongeschiktheid (Hoefsmit, Houkes en Nijhuis, 2012; Mittag et al., 2018). Dit is wat de Quick Scan tracht te doen: vroegtijdig het risico op langdurige arbeidsongeschiktheid opsporen (Goorts et al., 2019); maar deze werkwijze is nog niet helemaal geïmplementeerd in de praktijk van de adviserende artsen. Een beduidende rol is hier ook weggelegd voor een beleid rond verzuim en re-integratie. Contact behouden met de arbeidsongeschikte werknemer kan een substantieel onderdeel zijn van zo'n beleid.

Een multidisciplinaire aanpak van het werkhervattingsproces lijkt in dat opzicht een bijkomende belangrijke factor voor het slagen van het RIT. Onderzoek wees uit dat een multidisciplinaire aanpak, met arbeidsartsen en adviserend artsen, maar ook met psychologen en ergonomen, en met het betrekken van werkgever en werknemer, een meerwaarde kan zijn voor re-integratie (Carroll, Rick, Pilgrim, Cameron en Hillage, 2010; Hoefsmit et al., 2012; Verjans, Lambreghts, Mylle, De Baere en Godderis, 2017). De communicatie tussen de actoren is op dit moment echter ondermaats.

Er is nood aan een geüniformeerd communicatieplatform. Een mogelijke rol kan in dit geval weggelegd zijn voor een coördinator van het proces van de werkhervatting. Onderzoek wees uit dat deze coördinator kan optreden als link tussen de verschillende actoren en de samenwerking en communicatie kan bevorderen (Franche, Baril, Shaw, Nicholas en Loisel, 2005; Lefever, Decuman, Perl, Braeckman en Van de Velde, 2018), hetgeen de re-integratie kan faciliteren.

Een geslaagde re-integratie staat of valt echter bij het kunnen aanbieden van aangepast werk. Werkgevers somden verschillende organisatorische factoren op die de re-integratie kunnen belemmeren. De grootte van een organisatie is een determinerend element. Binnen een kmo zijn er evident minder mogelijkheden, maar een grote organisatie staat evenwel niet garant voor succes. Ook 'grote werkgevers' gaven aan moeilijk permanent aangepast werk te kunnen voorzien. Een tijdelijke aanpassing in uren of een progressieve werkhervatting behoren tot de meest voorkomende aanpassingen en zijn voor werkgevers meestal wel haalbaar. Internationaal onderzoek bewijst wel dat een progressieve werkhervatting in veel gevallen een positief effect heeft op de re-integratie (Sabariego et al., 2018; Viikari-Juntura et al., 2017). Een volledig nieuwe inhoudelijke functie aanbieden is echter zelden mogelijk en deze functies zijn vaak niet beschikbaar binnen een organisatie. Nochtans zijn er ook verschillende minder ingrijpende veranderingen, zoals ergonomische aanpassingen, die ook een belangrijk bevorderend effect kunnen hebben (Sabariego et al., 2018).

Een positieve wending sinds de invoering van het KB is dat er meer gepraat wordt over re-integratie. Deze verhoogde *awareness* rond re-integratie heeft ervoor gezorgd dat de informele wegen van re-integratie, zoals het werkhervattingsonderzoek of het BV, zijn toegenomen. In veel gevallen zijn deze trajecten succesvol, met een hoge kans op re-integratie bij de eigen werkgever. Bovendien zijn de meeste actoren voorstander van deze informele trajecten, omdat ze hier minder gebonden zijn aan vooropgestelde regels en termijnen. Het RIT wordt in dat opzicht voornamelijk gebruikt voor "moeilijke gevallen". Dit zou deels kunnen verklaren waarom het succes van informele trajecten groter is. Toch zijn er ook binnen het RIT succesvolle re-integraties mogelijk, hetzij vaker bij een andere werkgever. De keuze tussen de formele en informele weg moet daarom zeker behouden blijven. Het belangrijkste uitgangspunt blijft echter dat zowel binnen het formele als het informele kader het re-integratieproces tijdig opgestart moet worden om de slaagkansen te vergroten.

### 3.3.2. Sterktes en zwaktes van de studie

Een bedenking is dat het kwalitatieve onderzoek dateert van 2019, waardoor bepaalde aangehaalde vaststellingen mogelijk achterhaald zijn. Toch zijn heel wat bevindingen momenteel nog steeds actueel en zijn de resultaten en aanbevelingen nog relevant.

Een sterkte van het onderzoek is dat we alle relevante stakeholders binnen de wetgeving hebben kunnen bevragen. Dit deden we bovendien over de taalgrenzen heen, waardoor we een globaal beeld hebben van de situatie in België. Enkel Franstalige werknemers konden niet bevragd worden.

Een bijkomende sterkte van het onderzoek is dat we door de focusgroepen en interviews kwalitatief in de diepte konden gaan. Hierdoor konden de onderliggende



oorzaken en pijnpunten van heel wat aangehaalde bevorderende en belemmerende factoren verder verklaard worden.

### 3.3.3. Suggesties voor vervolgonderzoek

Er zijn heel wat pijnpunten binnen het wettelijke kader die aangepakt kunnen worden. De relevante stakeholders worden hierbij best actief betrokken, zodat de wetgeving “bottom-up” geoptimaliseerd kan worden. Deze aanpak kan ervoor zorgen dat het wettelijke kader aansluit bij de effectieve individuele- en maatschappelijke noden van de stakeholders.

## 4. **OVERKOEPELENDE CONCLUSIE, AANBEVELINGEN EN SUGGESTIES**

Wanneer we de resultaten en analyses van het kwantitatieve en kwalitatieve luik samenleggen, kunnen we stellen dat het KB RIT wel degelijk tot re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers leidt, weliswaar vaker bij een andere werkgever. Ondanks de negatieve connotatie rond het RIT en ‘medische overmacht’, leiden ze in vele gevallen toch tot een geslaagde werkhervatting. Bij werknemers wordt het RIT bovendien vaak aangewend als opportuniteit om aan de slag te kunnen gaan bij een andere werkgever. In geval van de werkgevers, maar ook in geval van sommige werknemers, wordt in dat kader ook van misbruik gesproken. Mogelijke sancties of beloningen zouden dit misbruik kunnen tegengaan, bijvoorbeeld in de vorm van financiële incentives die werkgevers aanmoedigen om te investeren in preventief gezondheidsbeleid of die werknemers aanmoedigen om opnieuw de arbeidsmarkt te betreden.

Wel is er volgens de bevraagde stakeholders niet voldaan aan bepaalde randvoorwaarden die voor een succesvolle uitvoering van het KB kunnen zorgen. Eén van de belangrijkste pijnpunten is het in veel gevallen te laat opstarten van het re-integratieproces, waardoor ook het RIT geen soelaas meer kan bieden. Dit wordt eveneens bevestigd in het kwantitatieve luik. Een prioritaire aanbeveling is daarom om maatregelen te nemen die een vroegtijdige re-integratie bevorderen en een werkhervatting kunnen faciliteren. Concreet kan dit betekenen: het voor elke werkgever verplicht uitwerken van een uitgebreid re-integratiebeleid, waarin een multidisciplinaire samenwerking en een vroegtijdige contactname met de arbeidsongeschikte werknemer centraal staan. Ook de overheid kan hierbij een belangrijke ondersteunende rol spelen. Zij kunnen werkgevers stimuleren en ondersteunen in het aanbieden van aangepast werk.

Binnen zo'n beleid moet re-integratie bovendien opgevat worden als een proces dat zowel bij dezelfde als bij een andere werkgever kan plaatsvinden. Hiervoor kan een getrapte aanpak gehanteerd worden, waarbij er eerst snel en informeel geschakeld kan worden. Indien bepaalde situationele elementen een informele weg verhinderen, kan het RIT een uitkomst bieden voor de arbeidsongeschikte werknemers en hun werkgevers die via de informele weg geen oplossing vinden. Een belangrijke voorwaarde hierbij is echter dat deze personen goed worden opgevolgd tijdens en na het RIT, hetgeen tot op heden nog onvoldoende gebeurt. Een belangrijke rol is hierbij weggelegd voor onder andere de VDAB, le FOREM, ACTIRIS en RIZIV.

Het KB heeft ervoor gezorgd dat het thema re-integratie een belangrijk punt werd op de agenda van vele werkgevers en medische actoren, waar dat voorheen niet het geval was. Heel wat *good practices* werden hierdoor geformaliseerd in verschillende beleidsinitiatieven. Bovendien heeft deze verhoogde *awareness* een toename van informele re-integratieprocessen teweeggebracht, die wel degelijk de re-integratie bevorderen. Met andere woorden loont het wél om langs te gaan bij de arbeidsarts.

We suggereren de overheid en de betrokken kabinetten om aan de slag te gaan met de resultaten van het kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Allereerst is verder kwantitatief onderzoek op grote schaal en met objectieve gegevens aangewezen. Daarnaast zijn er heel wat pijnpunten binnen het wettelijke kader die aangepakt kunnen worden. De relevante stakeholders worden best hierbij actief betrokken, zodat de wetgeving “bottom-up” geoptimaliseerd kan worden. Deze aanpak kan ervoor zorgen dat het wettelijke kader aansluit bij de effectieve individuele en maatschappelijke noden van de stakeholders. We raden aan om de positieve beweging die zich heeft gevormd, zoals de toename in de informele trajecten, te gebruiken als aanknopingspunt om re-integratie blijvend onder de aandacht te brengen.

Wat betreft de volledige resultaten van de studie verwijzen we naar het onderzoeksrapport (Boets, 2020). Voor de resultaten van de juridische evaluatie van het KB verwijzen we graag naar het rapport van prof. De Greef van ULB (De Greef, 2020). Beiden zijn te raadplegen op de website van FOD WASO.

---

**BIBLIOGRAFIE**

ACLBV Liberale Vakbond, *Re-integratie langdurig zieken schiet doel voorbij*. Geraadpleegd op <https://www.aclvb.be/nl/artikels/re-integratie-langdurig-zieken-schiet-doel-voorbij>, 2018.

Boets, I. en Godderis, L., *Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk: Kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie*, 2020. Geraadpleegd op <https://werk.belgie.be/nl/onderzoeksprojecten/2020-evaluatie-van-de-impact-van-de-nieuwe-reglementering-op-de-re-integratie>: <https://werk.belgie.be/nl/onderzoeksprojecten/2020-evaluatie-van-de-impact-van-de-nieuwe-reglementering-op-de-re-integratie>.

Braun, V. en Clarke, V., *Thematic analysis*, 2012.

Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J. en Hillage, J., Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions, *Disability and Rehabilitation*, 32(8), pp. 607-621, 2010.

Clayton, S., Barr, B., Nylen, L., Burström, B., Thielen, K., Diderichsen, F. et al., Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers, *European Journal of Public Health*, 22(3), 434-439. doi:10.1093/eurpub/ckr101, 2011.

De Greef, V. en Deroubaix, H., *Evaluation de l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail*, 2020. Geraadpleegd op [https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/RTW\\_Rapport\\_WP3\\_ULB\\_2020.pdf](https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/RTW_Rapport_WP3_ULB_2020.pdf).

Depuydt, K., *Vraag aan een expert: zijn 'zieke' werknemers beschermd tegen ontslag?* 2015. Geraadpleegd op <https://www.partena-professional.be/nl/knowledge-center/infoflashes/vraag-aan-een-expert-zijn-zieke-werknemers-beschermd-tegen-ontslag>.

Elms, J., O'Hara, R., Pickvance, S., Fishwick, D., Hazell, M., Frank, T. et al., The perceptions of occupational health in primary care, *Occupational medicine*, 55(7), pp. 523-527, 2005. doi:10.1093/occmed/kqi123.

Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg, *Outplacement: specifieke regeling bij medische overmacht*, 2020. Geraadpleegd op <https://werk.belgie.be/nl/themas/arbeidsovereenkomsten/outplacement/outplacement-specifieke-regeling-bij-medische-overmacht#edit-group-content>.

Franche, R.-L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M. en Loisel, P., Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), pp. 525-542, 2005.

Goorts, K., Boets, I., Decuman, S., Du Bois, M., Rusu, D. en Godderis, L., Psychosocial determinants predicting long-term sickness absence: a register-based cohort study, *J Epidemiol Community Health*, 74(11), pp. 913-918, 2020.

Goorts, K., Vandenbroeck, S., Vander Elst, T., Rusu, D., Du Bois, M. en Godderis, L., Quickscan assesses risk of long-term sickness absence: a cross-sectional validation study, *J Occup Environ Med*, 61(2), e43, 2019.

Het Laatste Nieuws, ACV: “Langdurig zieken, blijf weg bij de arbeidsgeneesheer”, 2018. Geraadpleegd op <https://www.hln.be/nieuws/binnenland/acv-langdurig-zieken-blijf-weg-bij-de-arbeidsgeneesheer-afb024cb/>.

Hoefsmit, N., Houkes, I. en Nijhuis, F., Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), pp. 462-477, 2012.

Kostol, A. R. en Mogstad, M., How financial incentives induce disability insurance recipients to return to work, *American Economic Review*, 104(2), pp. 624-655, 2014.

Lefever, M., Decuman, S., Perl, F., Braeckman, L. en Van de Velde, D., The efficacy and efficiency of Disability Management in job-retention and job-reintegration. A systematic review, *Work*, 59(4), pp. 501-534, 2018.

May, C., A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care, *BMC Health Serv Res*, 6(1), 86, 2006.

Mittag, O., Kotkas, T., Reese, C., Kampling, H., Groskreutz, H., de Boer, W. en Welti, F., Intervention policies and social security in case of reduced working capacity in the Netherlands, Finland and Germany: a comparative analysis, *International journal of public health*, 63(9), pp. 1081-1088, 2018.

Moerland, I. en Romanus, L., *Opvolging van werknemers in een re-integratietraject en resultaten van voorafgaand werkherlevingsonderzoeken bij langdurig zieken* (niet-publiceerde masterthesis), KU Leuven, UGent, UAntwerpen, VUB, 2019.

Mortelmans, K., *Werken is genezen: over de bijwerkingen van het doktersbriefje*, *TBV-Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 25(10), pp. 501-501, 2017.

Mylle, G., Henckens, P., Verbeek, C., Wijns, D., Bulterys, S., Coene, M. et al., *Kenmerken van het chronisch ziekteverzuim. Hoe langer afwezig, hoe moeilijker terug aan het werk*, White paper IDEWE en Acerta, 13, 2016.

Nationale Arbeidsraad, *Advies nr 2.099: Overlegplatform voor de actoren die betrokken zijn bij het proces van de vrijwillige terugkeer naar werk van personen met een gezondheidsprobleem - Evaluatie en voorstellen in verband met de reglementering inzake re-integratie*, 2018.

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, *Statistieken over de invaliditeit van werknemers en werklozen in 2018*, 2018a. Geraadpleegd op <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2018/Paginas/statistieken-invaliditeit.aspx>.

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, *Statistieken van de uitkeringen over 2018*, 2018b. Geraadpleegd op <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2018/Paginas/default.aspx>.

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, *Historiek van de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen*, 2020. Geraadpleegd op <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/financiering/begroting-rekeningen/Paginas/historiek.aspx>.

Sabariego, C., Coenen, M., Ito, E., Fheodoroff, K., Scaratti, C., Leonardi, M. et al., Effectiveness of integration and re-integration into work strategies for persons with chronic conditions: A systematic review of European strategies, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 552, 2018.

Schuring, M., Robroek, S. J., Otten, F. W., Arts, C. H. en Burdorf, A., The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands, *Scand J Work Environ Health*, pp. 134-143, 2013.

van Oostrom, S. H., Anema, J. R., Terluin, B., Venema, A., de Vet, H. C. en van Mechelen, W., Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool, *BMC Health Serv Res*, 7(1), 127, 2007.

Verjans, M., Lambreghts, C., Mylle, G., De Baere, E. D. en Godderis, L., Er terug-zijn, *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 25(1), pp. 21-23, 2017. doi:10.1007/s12498-017-0008-5.

Viikari-Juntura, E., Virta, L. J., Kausto, J., Autti-Rämö, I., Martimo, K.-P., Laaksonen, M. et al., Legislative change enabling use of early part-time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland, *Scand J Work Environ Health*, pp. 447-456, 2017.

Vlachou, A., Stavroussi, P., Roka, O., Vasilou, E., Papadimitriou, D., Scaratti, C. et al., Policy guidelines for effective inclusion and reintegration of people with chronic diseases in the workplace: national and European perspectives, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 493, 2018.

Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T., Brouwers, E. P., Emons, W. H. et al., Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial, *J Med Internet Res*, 17(5), e116, 2015. doi:10.2196/jmir.4097.

Zabkiewicz, D., The mental health benefits of work: do they apply to poor single mothers?, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(1), pp. 77-87, 2010.

**BIJLAGE****TABEL 1:** RESULTATEN MULTINOMIAL LOGISTISCHE REGRESSIEANALYSE RE-INTEGRATIETRAJECT

**Afhankelijke variabele: “Werkhervatting”**  
(Nee (*reference*)/Ja bij dezelfde werkgever/Ja bij andere werkgever).  
Uitkomstmaat: OR en p-waarde

	Aan het werk bij dezelfde werkgever	Aan het werk bij een andere werkgever
<b>Taal</b>		
Frans	1.201	0.751
	$p = .691$	$p = .351$
Nederlands ( <i>reference</i> )		
<b>Geslacht</b>		
Man	0.860	1.136
	$p = .778$	$p = .726$
Vrouw ( <i>reference</i> )		
<b>Leeftijd</b>		
Jonger dan 45 jaar	0.655	2.559
	$p = .350$	$p = .002^{**}$
45 jaar of ouder ( <i>reference</i> )		
<b>Burgerlijke status</b>		
Alleenstaand	0.841	0.578
	$p = .723$	$p = .110$
Feitelijk of wettelijk samenwonend	0.583	1.038
	$p = .340$	$p = .920$
Getrouwd ( <i>reference</i> )		
<b>Kinderen</b>		
Geen thuiswonende kinderen	0.466	0.611
	$p = .075$	$p = .099$
Kinderen ( <i>reference</i> )		
<b>Werkstatus partner</b>		
Werkloos, arbeidsongeschikt of gepensioneerd	0.539	0.134
	$p = .316$	$p = .001^{***}$
Partner werkend of zelfstandige ( <i>reference</i> )		
<b>Migratieachtergrond</b>		
Migratieachtergrond	0.040	0.285
	$p = .009^{**}$	$p = .036^*$
Geen migratieachtergrond ( <i>reference</i> )		
<b>Type job</b>		
Wetenschappelijk, vakspecialistisch of leidinggevend beroep	0.189	1.613
	$p = .106$	$p = .415$
Administratief of commercieel beroep	1.096	1.172
	$p = .880$	$p = .697$
Dienstverlenend beroep	2.159	0.971
	$p = .165$	$p = .945$
Arbeider ( <i>reference</i> )		

<b>Opleiding</b>		
Hoger onderwijs, bachelor of master	2.000 $p = .158$	1.690 $p = .126$
Secundair onderwijs of minder (reference)		
<b>Netto maandinkomen (continu)</b>	1.001 $p = .212$	1.000 $p = .571$
<b>Extralegale voordelen</b>		
Geen	0.648 $p = .389$	1.044 $p = .896$
Minstens 1 (reference)		
<b>Tewerkstellingspercentage</b>		
50% of minder	0.165 $p = .013^*$	0.372 $p = .032^*$
51%-90%	0.349 $p = .039^*$	0.526 $p = .057$
90%-100% (reference)		
<b>Duur arbeidsongeschiktheid</b>		
Ao <3m	2.050 $p = .249$	3.533 $p = .002^{**}$
Ao 3-6m	2.356 $p = .189$	2.932 $p = .015^*$
Ao 6-9m	0.492 $p = .374$	3.202 $p = .030^*$
Ao 9-12m	1.139 $p = .848$	1.044 $p = .934$
Ao 1j-2j	0.752 $p = .695$	1.736 $p = .279$
Ao >2j (reference)		
<b>Pathologie</b>		
Burn-out, stress of conflict	1.859 $p = .237$	2.128 $p = .036^*$
Depressie of andere mentale reden	1.065 $p = .945$	0.822 $p = .747$
Musculoskeletale reden	0.707 $p = .531$	0.782 $p = .543$
Andere medische reden (reference)		
<b>Aanvrager RIT</b>		
Werkgever	1.493 $p = .410$	0.922 $p = .814$
Adviserend arts	0.805 $p = .695$	0.793 $p = .571$
Werknemer of behandelend arts (reference)		
<b>Beoordeling RIT</b>		
A of B	29.643 $p = .000^{***}$	0.456 $p = .096$
C	8.463 $p = .000^{***}$	1.309 $p = .450$
D (reference)		
<b>Intercept</b>	$p = .001^{***}$	$p = .055$

**TABEL 2:** OVERKOEPELENDE THEMA'S EN SUBTHEMA'S

<b>Overkoepelende thema's</b>	<b>Subthema's</b>
Het wettelijke kader/proces	Sancties Werklast Kennis van de processen Lacunes Quick Scan
De beschikbaarheid van aangepast werk	Motivatie van de werkgever Motivatiewerslag Beschikbaarheid van aangepast werk Sector en grootte van de organisatie
Communicatie tussen de verschillende (medische) actoren	Communicatieplatform Privacy
Alternatieven aan het RIT	Informele re-integratie Verzuimbeleid
Medische overmacht	Misbruik van de werkgever Druk door de werkgever Outplacement of opvolging Opportuniteit voor de werknemer



## INHOUDSTAFEL

### HET RE-INTEGRATIETRAJECT EN ZIJN IMPACT OP WERKHERVATTING IN BELGIE: EEN KWANTITATIEVE EN KWALITATIEVE EVALUATIE

<b>1.</b>	<b>INLEIDING</b>	519
1.1.	MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMATIEK	519
1.2.	SITUERING VAN HET KONINKLIJK BESLUIT BETREFFENDE RE-INTEGRATIE	521
1.3.	SITUERING VAN HET HUIDIGE ONDERZOEK	523
<b>2.</b>	<b>KWANTITATIEVE EVALUATIE</b>	524
2.1.	METHODE	524
2.2.	RESULTATEN	525
2.3.	DISCUSSIE	530
<b>3.</b>	<b>KWALITATIEVE EVALUATIE</b>	533
3.1.	METHODE	533
3.2.	RESULTATEN	534
3.3.	DISCUSSIE	540
<b>4.</b>	<b>OVERKOEPELENDE CONCLUSIE, AANBEVELINGEN EN SUGGESTIES</b>	543
	<b>BIBLIOGRAFIE</b>	545
	<b>BIJLAGE</b>	548