



Mevrouw Maggie De Block, Minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid

Finance Tower
Kruidtuinlaan 50/175
B-1000 Brussel

2018/01 re-integratietraject

02-05-2018

Onderwerp : standpunttekst re-integratietraject

Mevrouw de Minister,

In bijlage vindt u het advies van de Raadgevende afdeling van het Observatorium voor de chronische ziekten
aangaande de nieuwe wetgeving omtrent het re-integratietraject voor arbeidsongeschikte werknemers.

De meest prioritaire aandachtspunten zijn:

1. Het Observatorium voor chronische ziekten pleit ervoor dat de terugkeer naar het werk van de langdurig zieken vrijwillig moet zijn, in alle betekenissen van het woord. Met andere woorden, het moet de langdurig zieke werknemer/patiënt zijn die in laatste instantie moet kunnen beslissen. Als hij weigert, mag dit niet het voorwerp zijn van enige expliciete of impliciete sanctie zodat de dynamiek van het re-integratietraject zo constructief mogelijk blijft. Dit kan niet tot nadelige gevolgen van welke aard dan ook leiden, noch op korte of middellange termijn.
2. Het Observatorium voor chronische ziekten vraagt dat de re-integratietrajecten geëvalueerd worden en wil hierbij betrokken worden en vraagt hierbij bijzondere aandacht voor de problematiek van het ontslag wegens medische overmacht .
3. Het Observatorium voor chronische ziekten wenst de aandacht te vestigen op de interdisciplinaire samenwerking tussen de artsen, die voorzien werd in de trajecten. Het vraagt ook dat deze samenwerking wordt uitgebreid naar andere contexten en naar arts-specialisten en andere paramedische beroepen.

Met de meeste hoogachting,

Ulrike Pypops

i.o.

Karen Mullié

Handtekening van Daphne
secretaris

Voorzitster van de Raadgevende afdeling

Vice-voorzitster van de Raadgevende afdeling



STANDPUNTTEKST RE-INTEGRATIETRAJECT OBSERVATORIUM VOOR DE CHRONISCHE ZIEKTEN

Prioritaire aandachtspunten

1. Het Observatorium voor chronische ziekten pleit ervoor dat de terugkeer naar het werk van de langdurig zieken vrijwillig moet zijn, in alle betekenissen van het woord. Met andere woorden, het moet de langdurig zieke werknemer/patiënt zijn die in laatste instantie moet kunnen beslissen. Als hij weigert, mag dit niet het voorwerp zijn van enige expliciete of impliciete sanctie zodat de dynamiek van het re-integratietraject zo constructief mogelijk blijft. Dit kan niet tot nadelige gevolgen van welke aard dan ook leiden, noch op korte of middellange termijn.
2. Het Observatorium voor chronische ziekten vraagt dat de re-integratietrajecten geëvalueerd worden en wil hierbij betrokken worden en vraagt hierbij bijzondere aandacht voor de problematiek van het ontslag wegens medische overmacht .
3. Het Observatorium voor chronische ziekten wenst de aandacht te vestigen op de interdisciplinaire samenwerking tussen de artsen, die voorzien werd in de trajecten. Het vraagt ook dat deze samenwerking wordt uitgebreid naar andere contexten en naar arts-specialisten en andere paramedische beroepen.

Inleiding

Voor het opstellen van deze standpunttekst heeft het Observatorium zich voornamelijk geconcentreerd op de nieuwe wetgeving omtrent het re-integratietraject voor arbeidsongeschikte werknemers¹. Op het traject voor arbeidsongeschikte werklozen werd daarom niet ingezoomd en ook re-integratie, en het ontbreken van een re-integratietraject, voor zelfstandigen komt in deze nota niet aan bod.

1. Voer een open dialoog²

In het kader van het re-integratietraject willen we het belang van een open dialoog tussen alle betrokkenen benadrukken. De resterende arbeidscapaciteiten staan centraal in het re-integratietraject. Om dit te achterhalen is het belangrijk om naar de persoon te luisteren en rekening te houden met zijn/haar mogelijkheden. Een open dialoog wil ook zeggen dat de persoon bereid is om te luisteren en durft te spreken zodat een dialoog tot stand kan komen.

Niet alleen tussen de persoon met een chronische aandoening en de andere betrokkenen is een open dialoog nodig, ook tussen de andere betrokkenen onderling³ is dit van belang. Dit wil zeggen tussen de huisarts/behandelend arts, de adviserend arts, de arbeidsgeneesheer, werkgever evenals tussen de andere betrokken professionals in de zorgsector (kinesisten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, psychologen, arts-specialisten, enz. ...)

Zij moeten de gegevens met elkaar kunnen uitwisselen die nodig zijn voor het slagen van het traject in een geest van respect voor elkaars competenties, deontologie en functies⁴.

2. Behoud de vrijwilligheid⁵

We vinden het erg belangrijk dat het traject vrijwillig is. Er zou echter sprake van zijn om sancties in te voeren voor personen die onvoldoende meewerken aan een re-integratietraject.

We formuleren hierbij onderstaande bedenkingen.

¹ Koninklijk besluit van 28 oktober 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers betreft; Koninklijk besluit van 8 november 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de sociaal professionele re-integratie betreft; Wet van 20 december 2016 houdende diverse bepalingen inzake arbeidsrecht in het kader van arbeidsongeschiktheid.

² Onderzoek CM 'financiële en sociale situatie van invaliden', okt 2016, <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2016/inkomensonderzoek-invaliden>

³ Hierbij moeten alle artsen zich uiteraard aan het beroepsgeheim houden.

⁴ Hierbij moeten alle artsen zich uiteraard aan het beroepsgeheim houden. Het is duidelijk dat professionals zonder directe therapeutische link met de patiënt geen toegang kunnen krijgen tot zijn / haar medisch dossier.

⁵ Onderzoek CM 'financiële en sociale situatie van invaliden'

2.1. Behandel chronisch zieken niet als profiteurs

We blijven het belangrijk vinden om de re-integratie van langdurig zieken op een positieve manier te benaderen. Uit een enquête van het Vlaams Patiëntenplatform over werken met een chronische aandoening uit 2014 blijkt namelijk dat maar liefst 4 op 5 wel wil werken maar hier niet altijd toe in staat is.

Het onderzoek, dat de CM verrichte, brengt aan het licht dat met name 20 % van de invaliden van 18-44 jaar zich nog betaalde arbeid ziet verrichten. Dat aandeel vermindert met de leeftijd. Het onderzoek geeft ook aan dat 23 % van de personen op invaliditeit sinds minder dan 2 jaar zich nog betaalde arbeid ziet verrichten. Ook dat aandeel vermindert, naarmate de persoon langer op invaliditeit staat. Deze percentages zijn niet onbelangrijk. Ze maken duidelijk dat mensen wel willen gaan werken, maar dat dit bemoeilijkt wordt door hun verminderde mogelijkheden.

Het invoeren van sancties zal hun gezondheid zeker niet ten goede komen: het zal ongetwijfeld extra stress geven en in sommige situaties de kans op depressies vergroten.

2.2. Maak werk van administratieve vereenvoudiging

Langdurig zieken die niet in orde zijn met hun administratieve verplichtingen zouden hun uitkering verliezen. We vragen ons af of er ook werk wordt gemaakt van administratieve vereenvoudiging en automatisering. Langdurig zieken worden immers met een grote administratieve last geconfronteerd met betrekking tot hun ziekte, medische behandeling, belastingen, uitkering,... Het is niet eenvoudig om al deze administratie tijdig bij te houden. Daarom zijn sancties onrechtvaardig voor patiënten.

We vragen dat voor de patiënt duidelijk is waar hij informatie kan vinden, dat informatie over de patiënt kan gedeeld worden zodat de patiënt zijn verhaal niet telkens opnieuw moet doen en dat er één aanspreekpunt komt waar de patiënt terecht kan met al zijn vragen.

3. Evalueer de wetgeving rond het re-integratietraject

De wetgeving is nog maar sinds december 2016 van kracht en er is nog geen duidelijk beeld van de negatieve en/of positieve gevolgen. Wij vragen dus dat er een evaluatie gebeurt en dat onze opmerkingen in deze nota meegenomen worden. Het Observatorium wil eveneens op de hoogte gehouden worden van en betrokken worden bij het evaluatieproces.

De terreinkennis en de ervaringsdeskundigheid van de leden van het Observatorium laten ons toe te constateren dat deze hervorming en zijn gevolgen zeer weinig gekend zijn bij de bevolking en bij personen met een chronische ziekte in het bijzonder. Hier dient zeker ook rekening mee te worden gehouden in het kader van een evaluatie.

4. Vermijd misbruik van het “ontslag wegens medische overmacht”

De cijfers van de vakbonden en van de externe preventiediensten tonen aan dat momenteel 70% van de werknemers die opgenomen zijn in een re-integratietraject, ontslagen worden wegens medische overmacht.⁶

In het kader van re-integratie is dit een belangrijk en ernstig probleem: er gaan stemmen op, die zeggen dat het een 'vehikel is om mensen te ontslaan'⁷. Dit is onaanvaardbaar: het is absoluut niet de bedoeling dat werkgevers dergelijk traject opstarten met als doel de werknemer uiteindelijk te kunnen ontslaan!

Dit moet dan ook bij voorrang onderzocht en aangepakt worden. Over de manier waarop dit best gebeurt, bestaan twee standpunten binnen het Observatorium.

Eerste standpunt:

Een eerste groep is van oordeel dat in het kader van de evaluatie van de hervorming een extra controle moet georganiseerd worden van het 'ontslag wegens medische overmacht'. Ontslag wegens medische overmacht moet meer gecontroleerd worden en misbruiken moeten aangepakt worden. Daarnaast is het noodzakelijk om veiligheid in te bouwen voor een werknemer die zelf ontslag wegens medische overmacht wil vragen. We vragen ook garanties dat werknemers die ontslag wegens medische overmacht krijgen tijdens de looptijd van hun re-integratietraject, dit re-integratietraject verder kunnen volgen, ook na het ontslag.

Werkgevers moeten wel motiveren waarom ze geen aanpassingen kunnen voorzien voor de herinschakeling van een werknemer. Maar wie controleert deze motivatie en op basis van welke criteria?

Tevens is er geen laagdrempelige mogelijkheid voor werknemers om in beroep te gaan tegen de beslissing van de werkgever om de persoon te ontslaan wegens medische overmacht. Er kan wel beroep aangetekend worden bij de arbeidsrechtbank, maar dit is voor velen een (te) grote stap. Wie bij een vakbond aangesloten is, kan tijdens deze beroepsprocedure wel beroep doen op de steun van de vakbond. Ook hiervoor vraagt het Observatorium een oplossing. Een piste die in dit verband wordt gesuggereerd, is om enerzijds werkgevers te verplichten een globaal re-integratieplan in hun organisatie te voorzien en om anderzijds bv. de arbeidsinspectie opdracht te geven de motivering van het ontslag te controleren en te sanctioneren, waarbij de burger laagdrempelig een klacht kan indienen.

Tweede standpunt:

Een andere groep binnen het Observatorium is van mening dat de enige oplossing voor dit probleem bestaat in de volledige afschaffing van de vandaag bestaande mogelijkheid van ontslag wegens medische overmacht. In het kader van de re-integratietrajecten hebben we immers vastgesteld dat een aanzienlijk aantal trajecten uitmonden in ontslag wegens medische overmacht.⁸

⁶ Les effets pervers de la réforme De Block, Le Soir Vendredi 6 octobre 2017

⁷ <http://www.lalibre.be/actu/belgique/reinsertion-des-malades-de-longue-duree-le-trajet-de-reintegration-des-malades-machine-a-licenciements-denonce-la-fgtb-5902169ecd70812a65aea736>

⁸ <https://press.mensura.be/3-trajets-de-reintegration-sur-4-debouchent-sur-une-incapacite-detavail-definitive-chez-lemployeur-actuel> ; <http://www.cgslb.be/fr/articles/la-reintegration-oulicencierement-pour-force-majeure-medicale> ; <http://www.fgtb.be/-/retour-au-travail-des-maladesde-longue-duree> ;

Deze ontslagen wegens medische overmacht, zonder kennisgeving of ontslagvergoeding, zijn onaanvaardbaar. We vragen dat een persoon die gemotiveerd is om het werk te hervatten en die een re-integratietraject opstart, kan profiteren van alle minimumgaranties (kennisgeving en ontslagvergoeding) die voorzien zijn in een gewone ontslagprocedure indien het traject tot mislukking zou leiden.

We aanvaarden niet dat door dit traject de langdurig zieke patiënten lagere ontslagvergoedingen genieten dan diegenen zij voordien genoten in het kader van arbeidsongeschiktheid.⁹ Dit betekent een enorm financieel verlies voor veel mensen die, uiteraard, ook gezondheidsproblemen hebben. Het is bovendien niet onwaarschijnlijk dat verschillende vakbonden hun leden adviseren om niet deel te nemen aan deze re-integratietrajecten.¹⁰

Om ervoor te zorgen dat alle actoren die betrokken zijn bij deze re-integratietrajecten samenwerken in een constructieve geest zonder dat het ontslag wegens medische overmacht als het zwaard van Damocles boven hun hoofd hangt, verzoeken wij om een aanpassing van de wetgeving zodat de re-integratietrajecten niet langer kunnen leiden tot ontslag wegens medische overmacht, zowel tijdens het traject als na het einde ervan.

5. Beschouw vrijwilligerswerk als volwaardige dagbesteding¹¹

Uit het onderzoek van de CM naar de financiële en sociale situatie van invaliden blijkt dat na betaald werk vrijwilligerswerk de voornaamste activiteit is van mensen die op invaliditeit staan. In het huidige re-integratietraject wordt de nadruk gelegd op re-integratie naar betaald werk maar dit is niet voor iedereen (op korte termijn) haalbaar. Voor velen is de drempel naar betaald werk te groot en kan vrijwilligerswerk hen een zinvolle dagbesteding geven en eventueel een opstap naar betaald werk vormen.

Het begrip re-integratie moet volgens ons veel ruimer gezien worden waarbij vrijwilligerswerk naar waarde geschat wordt en als volwaardig alternatief gezien wordt voor betaald werk. Er zijn namelijk heel wat mensen die chronisch ziek zijn en nooit meer zullen kunnen werken, maar wel nog vrijwilligerswerk zullen kunnen en willen doen.

Daarnaast vragen we dat de mogelijkheid van vrijwilligerswerk concreet ingebed wordt in de re-integratietrajecten en dat men ervoor zorgt dat de huisarts/behandelend arts, de adviserend arts en de arbeidsgeneesheer ertoe gehouden worden om de persoon in arbeidsongeschiktheid over deze mogelijkheid te informeren, uiteraard in een niet-dwingend kader. Vrijwilligerswerk is wel degelijk mogelijk in combinatie met arbeidsongeschiktheid. We merken dat hierover nog veel onduidelijkheid bestaat en dat dit een rem vormt. Men moet hier meer en duidelijk over informeren.

⁹ <http://www.cgslb.be/fr/articles/la-reintegration-ou-licencierement-pour-force-majeure-medicale>

¹⁰

http://www.standaard.be/cnt/dmf20180329_03436474?_section=67929496&utm_source=standaard&utm_medium=newsletter&utm_campaign=midagupdate&adh_i=44bc55f29119b3a7190f5a78d13746ec&imai=&M_BT=2344371396845 ; <http://www.fgtb.be/-/retour-au-travail-des-malades-de-longue-duree>

¹¹ Onderzoek CM ‘financiële en sociale situatie van invaliden’

6. Houd de vragenlijst van het ziekenfonds eenvoudig

Langdurig zieken ontvangen na twee maanden arbeidsongeschiktheid een vragenlijst van hun ziekenfonds. Op basis van deze vragenlijst en het medisch dossier maakt de adviserend arts van het ziekenfonds een inschatting van de resterende capaciteiten van de persoon. We vragen om deze vragenlijst zo eenvoudig mogelijk te houden.

De ziekenfondsen stellen voor om de vragenlijst te beperken tot twee pagina's. We vinden het belangrijk dat de gebruiksvriendelijkheid getest wordt door patiënten. De LUSS en het VPP werden al gecontacteerd door de KU Leuven voor het organiseren van focusgroepen met patiënten om dit na te gaan, maar ook om een inhoudelijke insteek te geven.

Bovendien moet het mogelijk zijn om ondersteuning te vragen bij het invullen van de vragenlijst. Die mogelijkheid moet expliciet aan de burger aangeboden worden.

7. Geef artsen en hun team voldoende tijd om mensen te begeleiden in het traject

Mensen die een re-integratietraject volgen, hebben nood aan goede begeleiding. Daarom is het belangrijk dat de arbeidsgeneesheer en de adviserend arts van het ziekenfonds voldoende ruimte krijgen in hun takenpakket om deze mensen goed bij te staan. Wij betreuren dan ook de huidige knelpunten en vragen om hier iets aan te doen.

Het is evenzeer belangrijk dat er bij de terugkeer naar werk begeleiding voorzien wordt. Werknemers, die reeds met gezondheidsproblemen kampen en nog aan het werk zijn, hebben eveneens nood aan begeleiding.

We stellen ons ook de vraag in welke mate VDAB, GTB, Forem en Actiris een rol kunnen spelen bij de begeleiding van arbeidsongeschikte werknemers in het traject. We denken dat het belangrijk is dat door hen begeleiding kan gegeven worden, ook al is de persoon nog verbonden door een arbeidsovereenkomst.

8. Hervorm en moderniseer de functie van adviserend arts

Hoofdstuk 4 van het Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen (september 2016, blz. 35-43) voorziet een hervorming en modernisering van de functie van de adviserend artsen. Het Pact komt slechts gedeeltelijk tegemoet aan de problemen die zich in de praktijk stellen. Bovendien zouden op RIZIV- en kabinetsniveau twee werkgroepen opgericht zijn om deze hervorming verder uit te werken. We vragen hierover transparantie.

Hieronder halen we kort onze voornaamste aanbevelingen aan omtrent de functie van de adviserend arts. Voor uitgebreide aanbevelingen verwijzen we naar het advies van het Observatorium van 09/05/2017.

8.1. Versterk de multidisciplinaire samenwerking

De re-integratietrajecten bevorderen de samenwerking tussen de adviserend arts, de arbeidsgeneesheer en de huisarts/behandelend arts. Dit is een van de positieve punten, die het Observatorium wenst te onderstrepen en verder wil aanmoedigen.

8.2. Verbeter de beroepsprocedure

De patiënt kan alleen in beroep gaan tegen de beslissing van de adviserend arts bij de arbeidsrechtbank.

Deze procedure duurt vaak heel lang en vraagt dus een grote tijdsinvestering van patiënten. Dergelijke procedure vraagt ook veel energie en als persoon met een chronische ziekte is het helemaal niet evident om zo een lange, vermoeiende procedure op te starten en vol te houden. Ook financieel kan een procedure bij de arbeidsrechtbank zwaar vallen, zeker in combinatie met de financieel moeilijke positie waarin personen met een chronische ziekte zich vaak bevinden.

Het Observatorium pleit ervoor om te voorzien in de mogelijkheid van klachtenbehandeling buiten de rechtbank ingeval men niet akkoord gaat met de beslissing van de adviserend geneesheer. In het kader van klachtenbehandeling kan de persoon die de klacht behandelt een standpunt innemen, wat een bemiddelaar niet kan. Een mogelijke manier om dit te organiseren zou kunnen zijn om een klachtencommissie in te richten bij het RIZIV die de klacht beoordeelt. Beroep op de klachtencommissie moet leiden tot een schorsing van de termijn van 3 maanden zodat de klager zijn recht behoudt om, indien de klachtenbehandeling niet tot een voor hem bevredigend resultaat leidt, nog naar de Arbeidsrechtbank te stappen.

9. Installeer multidisciplinair overleg

We benadrukken het belang van het verder ontwikkelen van multidisciplinaire teams (verpleegkundige, psychologe, specialist,...) die de adviserend arts en de arbeidsgeneesheer bijstaan tijdens de beoordeling en begeleiding van de persoon in het re-integratietraject. Op die manier kunnen specifieke elementen met betrekking tot de aandoening en de situatie van de persoon worden meegenomen in het traject.

10. Stimuleer inspanningen van werkgevers om aangepast werk te voorzien

Momenteel bestaan er zeer weinig stimuli voor werkgevers om aanpassingen te voorzien, hoewel er nog heel wat werk aan de winkel is opdat werkgevers investeren in de re-integratie van langdurig zieke werknemers.

Zo is er in heel wat bedrijven een mindshift nodig. Denk maar aan het taboe dat nog steeds heerst rond psychische kwetsbaarheid of het onbegrip waarmee veel personen met een chronische aandoening te maken krijgen op het werk. Kijken naar wat de persoon wel nog kan en 'redelijke aanpassingen' voorzien, zoals bijvoorbeeld flexibele werktijden, is erg belangrijk en tevens een recht. Werkgevers weten niet altijd wat redelijke aanpassingen voor een werknemer kunnen zijn. In dit verband stellen de arbeidsgeneesheren tot hun spijt vast dat een voorstel om de arbeidspost aan te passen vaak geweigerd worden door de werkgever. Werkgevers goed informeren over redelijke

aanpassingen is dus belangrijk om ervoor te zorgen dat ze dit niet als een last zien maar als een vanzelfsprekendheid. Het verspreiden van goede praktijken kan hierbij helpen. Daarnaast is er ook meer transparantie nodig over de impact van deze maatregelen voor een organisatie.

Werkgevers zijn ook niet altijd op de hoogte van de bestaande ondersteuningsmaatregelen en van de mogelijkheid om beroep te doen op ondersteunings- en begeleidingsdiensten. Deze diensten kunnen de werkgever mee ondersteunen om het re-integratietraject maximale kans op slagen te geven.

Een mogelijk stimulerende maatregel zou de verlenging van de periode van gewaarborgd loon tot twee of drie maanden zijn. Deze maatregel moedigt de werkgevers echt aan om re-integratiemaatregelen in te voeren.

De betrokkenheid van vakbonden bij bedrijven lijkt de re-integratie van patiënten te bevorderen. De collectieve mobilisatie van werknemers in het geval van medisch ontslag of een ander probleem van deze aard, leidt werkgevers ertoe om andere oplossingen te bevoordelen en een echt re-integratiebeleid en disability management te ontwikkelen. Aan de andere kant is de situatie moeilijker in bedrijven met minder vakbondscultuur of in de structuren van minder dan 50 werknemers zonder vakbondsafvaardiging.

11. Pak de knelpunten toegelaten arbeid aan

Het is onduidelijk of er meer en correcter geïnformeerd zal worden over het systeem van toegelaten arbeid door de overheid en de ziekenfondsen. Veel mensen zijn niet of onvoldoende op de hoogte van het systeem van toegelaten arbeid. Daarnaast gebeurt het dikwijls dat ze onvoldoende of foutieve informatie krijgen. Bovendien heeft het systeem heel wat knelpunten. We sommen ze hieronder op:¹²

- Volgens artikel 100, §2 van de ZIV-wet moet de werknemer vanuit een geneeskundig oogpunt een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 % behouden. Dit wordt door adviserende artsen wel eens geïnterpreteerd dat het niet mogelijk is om *meer dan 50%* te gaan werken, omdat men dan als ‘arbeidsgeschikt’ beschouwd wordt en dus geen uitkering meer ontvangt. De huidige wettelijke bepaling beperkt echter de tewerkstelling niet in percentage en ook niet in duur.
- Om in het systeem van toegelaten arbeid een uitkering te combineren met deeltijds werk moet de persoon met een chronische ziekte eerst volledig arbeidsongeschikt zijn. Het huidige systeem biedt geen oplossing voor personen met een chronische ziekte die hun loopbaan willen afbouwen, maar hiervoor niet eerst uit de arbeidsmarkt willen stappen.
- Er treden verschillende inactiviteitsvallen op zoals verlies van verhoogde tegemoetkoming, verhoogde kinderbijslag, dubbel vakantiegeld,...
- Aan de slag gaan in toegelaten arbeid is voor de werknemer enkel mogelijk wanneer de werkgever deze gunst verleent. Uit onderzoek blijkt dat veel werkgevers hier eerder weigerachtig tegenover staan.
- Tenslotte merken we een groot gebrek aan communicatie. We merken dat mensen niet in het systeem stappen om verschillende redenen: ze kennen het systeem niet, ze vinden nergens informatie terug, ze krijgen verkeerde informatie, hun

¹² Het Vlaams Patiëntenplatform vzw stelde hierover een knelpuntennota op die beschikbaar is op hun website.

werkgever geeft geen toestemming omdat hij te weinig informatie heeft over de implicaties,... Duidelijke communicatie over wat het systeem inhoudt en wat het zowel voor de persoon in kwestie als voor de werkgever betekent, is noodzakelijk.

Dit nieuw re-integratiebeleid biedt de kans om deze knelpunten ook aan te pakken.

12. Informeer alle actoren

Zorg voor duidelijke en beschikbare informatie aan alle actoren over de nieuwe regelgeving rond het re-integratietraject. Een goede afstemming tussen het federale niveau en de regionale niveaus is hierbij cruciaal. Duidelijkheid en transparantie zal bij alle betrokkenen bij het re-integratietraject zorgen voor minder onzekerheid en meer bereidwilligheid.

13. Investeer in preventie¹³

Investeren in een re-integratietraject is onvoldoende om het aantal langdurig zieken terug te dringen. Een goede preventie uitbouwen is belangrijker. Zo blijken musculoskeletale aandoeningen en psychische problemen de voornaamste redenen voor langdurige afwezigheid. Er moet dus veel meer aandacht gaan naar de fysieke en psychosociale werkomstandigheden van werknemers. De arbeidsongeschiktheid neemt ook toe met de leeftijd. Naast maatregelen voor algemene preventie (bijv. rugsparende maatregelen) is het ook belangrijk om aanpassingen te voorzien voor werknemers op het einde van hun loopbaan om uitval te voorkomen.

14. Laat personen die te ziek zijn om terug aan de slag te gaan met rust

Graag benadrukken we in deze nota het belang van personen die te ziek zijn om terug te gaan werken ook effectief met rust te laten en hen niet te verplichten een re-integratietraject te starten.

¹³ Onderzoek CM 'financiële en sociale situatie van invaliden'

Bronnen

- Visienota Vlaams Patiëntenplatform over het re-integratietraject van arbeidsongeschikte werknemers en werklozen.
- Advies LUSS 'Non aux sanctions contre les malades de longue durée.
- Persbericht van 31 maart 2017 minister van Sociale Zaken 'Responsabilisering van werkgevers en werknemers.
- Onderzoek CM 'financiële en sociale situatie van invaliden'