

Casuïstiek

Inhoud

1	Casussen	2
1.1	Casus Stefan	2
1.2	Casus Rik	11
1.3	Casus Bernard	20
1.4	Casus Fred	24
2	Historiek & statistiek	28
2.1	Statistiek	28
2.2	Factoranalyse	29
2.3	Knelpunten en succesfactoren	32
2.4	Conclusies	33
3	Droomscenario	34
3.1	Wetgeving	34
3.2	Tussen droom en daad staat	35
3.3	Kritische succesfactoren	36
3.4	Script voor het droomscenario	38
4	Happy end ?!	39

In deze bijdrage wordt eerst even stilgestaan bij een aantal casussen die bij wijze van voorbeeld een zicht geven op hoe een dossier in actief schadebeheer zoal kan verlopen, als er sprake is van begeleiding naar reïntegratie toe.

Daarna staan we even stil bij hetgeen wel leren uit een statistische analyse van de ongeveer 400 casussen die in de loop van de tijd door Arbeids Consulting Team reeds werden begeleid. Zowel cijfers als de geschiedenis en de verhalen die er achter liggen, zijn een bron van inzichten waaruit we heel wat kunnen leren en in onze bijdrage proberen we dan ook zowel kritische succesfactoren als hinderpalen te formuleren.

1 Casussen

In deze greep uit het totaal van dossier die sinds 1128 door Arbeids Consulting Team werden opgevolgd, proberen we een overzicht te bieden van verschillende wegen die in een dossier kunnen bewandeld worden, al dan niet “gejaagd door de wind, toeval en andere tegenslagen of meevallers”.

Voor elke casus wordt eenzelfde structuur gehanteerd, zodat op dat vlak niet alleen een zicht op de inhoud kan bekomen worden, maar eveneens een beeld ontstaat van de methodiek die in deze casussen benut wordt om tot zo adequaat mogelijke oplossingen te kunnen komen :

1. Probleemstelling
2. Doelstelling van de opdracht
3. Verloop van het dossier
4. Regie-indicaties ?
5. Resultaat voor de verschillende partijen

1.1 Casus Stefan

1.1.1 Probleemstelling

Socio-economische antecedenten:

A2 diploma electrotechnieker

Beroepsloopbaan:

- Electrotechnieker van brandbeveiligingssystemen (1 jaar),
- Electricien (9 maanden)
- Electricien bij koeltechnieken, eerste werkdag op het ogenblik van het betreffende ongeval

Arbeidsongeval op 15/06/2012.

Letsels:

- Ernstige open linkeronderbeenbreuk met vasculair letsel
- Rechteronderbeen groot weekdelendefect lateraal
- Beperkte contusie ter hoogte van rechterdij anterolateraal, ongeveer net distaal van het midden

1.1.2 Doelstelling van de opdracht

Vanuit de verzekeringsmaatschappij werd op 17/08/2012 de schriftelijke opdracht gegeven Stefan bij te staan in zijn reïntegratie in het professioneel arbeidscircuit.

1.1.3 Verloop van het dossier (start 09/12)

- Dossierstudie (leeftijd, socio-economische gegevens, bepaling letsels, interesses,...),

- Huisbezoek (11/09/2012)

Doelstellingen :

Toelichting werkwijze ACT

Kennismaking met mogelijkheden die kunnen benut worden om de revalidatie en bijkomende vorming aan elkaar te koppelen, uitgaande van de stelling dat op dit moment eerstgenoemd element de belangrijkste prioriteit vormt en dat de opleiding daaraan zal moeten aangepast worden.

Mogelijke opties: Ministerie van onderwijs (dienst "afstandsonderwijs), COBO (modemgestuurd onderwijs in informatica-toepassingen van het VFSIPH).

Aangezien Stefan verwacht meer en meer mobiel te zijn zal in de regio opzoekwerk verricht worden in de richting electronica, electrotechniek, informatica,...

Op dit moment van de herstelperiode lijkt thuisstudie het meest aangewezen om enerzijds de "vrije tijd" van Stefan constructief op te vullen (en zo preventief te werken in verband met mogelijke neerslachtigheid) en anderzijds ook al een eerste stap naar toekomstkansen te zetten. Uit het eerste gesprek geeft Stefan de indruk zelf actief in het dossier te willen meewerken aan zoekwerk, contacten,...

- Huisbezoek (6/10/2012)

Doelstellingen:

Bespreken van de stand van zaken in het herstel van Stefan, doorgeven en Bespreking van de informatie die het resultaat is van de opzoekacties vanuit ACT, vastleggen van verdere informatie.

Het herstel van Stefan verloopt, buiten verwachting, vlot.

Hij prefereert in een "gewone" opleiding te stappen i.p.v. het eerder aangehaalde "afstandsonderwijs" (technieker in informatica, op fysiek vlak liggen de eisen van dergelijke functies niet zo hoog en naar de economische mogelijkheden blijkt dit soort van deskundigheid een grote vraag en een laag aanbod te kennen). Vanwege ACT werd verder aan Stefan informatie overgemaakt omtrent toegankelijkheid en bruikbaarheid van de leslokalen. Indien Stefan actueel nog geen toestemming van zijn artsen zou bekomen om buitenshuis een opleiding te volgen kunnen in de tussentijd via het aangehaalde "afstandsonderwijs" een aantal basisvaardigheden bijgewerkt worden.

Een ander piste die terug in beeld komt, is een mogelijke werkhervatting bij de huidige werkgever. Op termijn zal er dan ook een gesprek plaatsvinden met de werkgever (afstemmen opleidingen, bespreken tewerkstellingsbevorderende maatregelen,...).

- Telefonisch contact (3/11/2012)

Stefan is, na het grondig doornemen van de overhandigde documentatie, tot het besluit gekomen dat hij op dit moment best informatica (Office 12) kan volgen via afstandsonderwijs en is daar meteen mee gestart.

Hij heeft, zoals afgesproken, telefonisch contact opgenomen met zijn werkgever en te horen gekregen dat als hij overweg kan met informatica en als hij medische toestemming krijgt om terug aan de slag te gaan er voor hem binnen het bedrijf werk is. Deze doelstelling zal zondermeer concreter worden als er, via rechtstreekse contactname met de werkgever, duidelijke informatie omtrent toegankelijkheid, bruikbaarheid sanitaire ruimtes, risicoarme omgeving, mogelijkheden Vlaams Fonds, ondersteuning via de maatschappij (art.23),...aangereikt wordt.

- Bedrijfsbezoek (15/12/2012)

Doelstellingen:

Bespreken van de theoretische mogelijkheden op reïntegratie die een werkgever kan aanspreken in het kader van arbeidsongevallen.

Nagaan welke praktische mogelijkheden er eventueel binnen het bedrijf aanwezig zijn.

Uit het gesprek met zowel de werkgever als met Stefan blijkt dat de potentiële keuze van taken

(kablagerwerk) aansluiten bij hetgeen hij qua opleiding aankan en hetgeen, in theorie althans, aansluit bij eerder lichter fysiek belastend werk hetgeen momenteel binnen de grenzen van het haalbare kunnen liggen. Een aanvullend onderzoek vanwege de raadgevend geneesheer dient hieromtrent verder uitsluitel te geven.

- Een analyse van het takenpakket leert ons echter dat het om werk gaat dat veelal staande gedaan wordt. Vermits staan toch qua statische belasting een hele druk op de benen kan geven, lijkt een hulpmiddel dat ergonomisch hieraan tegemoet komt zeker geen overbodige luxe (zeker in een eerste fase). Vanuit ACT werd dan ook de nodige documentatie aan Stefan overgemaakt. Omdat de hertewerkstelling best via een geleidelijke opbouw van de belasting dient te gebeuren werd, in onderlinge samenspraak, een voorstel voor progressieve werkhervatting uitgewerkt. Verder zijn de aanwezige personen er zich van bewust dat Stefan, via avondcursussen, cursussen overdag tijdens de revalidatieperiode,...zijn reeds gestarte opleiding informatica dient verder te zetten omwille van een tweeledige reden: de eerder genoemde taken kunnen ondanks duidelijke afspraken en maatregelen te zwaar blijken en anderzijds sluit niet uit dat er op termijn laatstgenoemde binnen het bedrijf kunnen ingevuld worden.
- Verslag Dr. X (21/12/2012)
Qua handenarbeid valt te vrezen dat het linkeronderbeen langdurig voor problemen zal zorgen met een slechte heling van de dunne botent die gebruikt werd, eventueel nog bijkomende infectieuze problemen, eventueel stressbreuken of reële fracturen van het zwakke onderbeen. Dit betekent dat voor het hervatten van handenarbeid nog een TWO periode van 6 maanden tot 2 jaar tot de realiteit kan behoren. Ook blijft het mogelijk dat op een bepaald ogenblik toch nog tot een amputatie van het linkeronderbeen moet worden besloten. Vandaar dat bepaalde heroriëntering of opleiding of werkhervatting in en administratieve taak, hier wel duidelijk aan de orde is.
De eerder geformuleerde voorstellen vanuit ACT (heroriëntatie administratieve sector) dienen best opgevolgd te worden in plaats van een niet realistische werkhervattingspoging.
- Verslag Dr. X (12/01/2013)
We stellen met genoeg vast dat Stefan nu volop meewerkt aan de vooropgestelde initiatieven. Tot op heden kan nog slechts een gedeeltelijke steunname toegestaan worden. Momenteel is enkel arbeid mogelijk vanuit zit of via een stasteun. Verder is nog de aanwezigheid van de uitwendige fixator waarvan we vermoeden dat het wenselijk zou geacht worden dat deze eerst zou kunnen verwijderd worden alvorens betrokkene terugkeert naar de werkomgeving. We stellen daarom voor om een nieuw evaluatie onderzoek uit te voeren in de tweede helft van februari '13 om een medische stand van zaken op te maken tenzij het ondertussen wel mogelijk zou geworden zijn via allerlei vorderende maatregelen om betrokkene reeds op het bedrijf uit te testen.
Op het medisch vlak voorzien wij en traag en eventueel wat problematisch verloop over nog meerdere maanden.
Ondertussen kan het uiteraard wenselijk zijn dat betrokkene reeds met een integratie start.

- Bedrijfsbezoek 29/01/2013

Doelstellingen:

Bespreken van de theoretische mogelijkheden op reïntegratie die een werkgever kan aanspreken in het kader van arbeidsongevallen (artikel 23, CAO 26).

Nagaan welke praktische mogelijkheden voor reïntegratie er eventueel binnen het bedrijf aanwezig zouden kunnen zijn.

Op het moment dat er een medische goedkeuring valt van de behandelende artsen kan er een concrete invulling gebeuren van de geponeerde voorstellen.

Tegelijkertijd blijft Stefan de opleiding "informatica" volgen zodat andere opportuniteiten op de arbeidsmarkt kunnen aangeboord worden bij wijze van "back-up" (worst case scenario)

- Telefonisch contact (27/02/2013)

Het verwijderen van de externe fixaties is goed verlopen. Stefan draagt momenteel een brace. Controleafspraak bij de behandelende arts is voorzien op 9 maart 2013.

Blijvend blijven opletten voor verdoken mentale belasting.

- Verslag dr. X (22/02/2013)

De arts deelt mee dat op 01/02/2013 de uitwendige fixator werd verwijderd en dat een kunststof orthese zal gemaakt worden om het kwetsbare onderbeen te beschermen. Zoals reeds eerder gemeld in het verleden, zal het verder verloop wellicht traag en moeizaam zijn. Daarom is het wenselijk dat vanuit ACT de inspanningen worden verder gezet om tot een reïntegratie in het arbeidsproces te bekomen.

- Verslag Dr. X (15/03/2013)

Uit een schrijven van de behandelende geneesheer blijkt dat Stefan op 6/03/2013 een breuk heeft opgelopen van zijn linkeronderbeen waaruit blijkt dat het ijzerwerk, dat mede door aandringen om psychologische redenen verwijderd werd, wellicht beter ter plaatse ware gebleven.

Op 8/03/2013 werd opnieuw een fixator geplaatst (ijzerwerk) en zo de situatie onvoldoende zou blijven, kan eventueel overwogen worden om bottenten te plaatsen om de nu gebroken fibula bottent te helpen helen.

Het is duidelijk dat een amputatie wellicht de beste keuze zou geweest zijn voor het linkerbeen, ook de behandelende specialist zou deze optie vooropgesteld hebben, maar wegens bezwaren van de omgeving van betrokkene en van betrokkene zelf, werd voor de huidige oplossing gekozen. Een lange en moeilijke helingsweg lijkt te voorzien, waarbij nog steeds een uiteindelijke amputatie niet geheel kan worden uitgesloten.

- Huisbezoek (dd. 16/04/2013)

Doelstellingen:

Bespreken van de huidige stand van zaken in het functioneel herstel.

Bespreken van de stappen die op termijn kunnen gezet worden in verband met de hertewerkstelling.

Bespreken van de mogelijke ondersteuning.

Na de breuk zijn opnieuw externe fixaties aangebracht. Momenteel is hij een 4-tal uren /dag bezig met de opgestarte computercursus. Ondertussen heeft hij nog contact opgenomen met de werkgever: van zodra dit medisch toegelaten is kan hij het werk als kableur hervatten. Op het moment dat we enig zicht hebben over de opbouw van belastbaarheid zullen de nog te zetten stappen in verband met advies over ergonomische ingrepen (sta-steun,...) besproken worden.

- Verslag Dr. X (4 mei 2013)

Gunstige evolutie thv het rechter onderste lidmaat dat nu volledig belastbaar is en waarvan de knie en de enkel naar behoren functioneren. Herbreuk linker onderste lidmaat. Betrokkene volgt computercursussen in samenspraak met ACT.

Mechanisch is de toestand hoogst fragiel. Voorlopig is een medische uitkomst voor functionaliteit van het linkeronderbeen nog niet in zicht. Een amputatie zou van bij de aanvang en nu nog steeds tot een veel spoediger functieherstel (3 à 6 maanden) kunnen bijdragen.

Met de huidige behandelingsoptie vrezen we dat de toestand nog zeer lange tijd kan blijven aanslepen, terwijl succes uitblijft. Eventueel kan nog enigszins worden afgewacht hoewel ik zou voorstellen om in overleg met de behandelende geneesheer aan te dringen om eventueel toch een amputatie te aanvaarden. Eventueel zal hiervoor een volgende complicatie moeten worden afgewacht alvorens dit opnieuw aan betrokkene voor te stellen.

Wanneer hier tot een geslaagde amputatie met prothese fitting zou worden overgegaan, dan zou betrokkene in belangrijke mate zowel sociaal als professioneel veel van zijn mogelijkheden terugwinnen.

- Huisbezoek (26 mei 2013)

Stefan volgt nog steeds actief de computercursussen via het leren op afstand. Dit gegeven geeft hem zowel op vlak van tijdsbesteding als op vlak van bouwen aan de toekomst zeer veel voldoening. Stefan is erg opgetogen dat zijn werkgever via een huisbezoek maar ook via regelmatige contacten zijn persoonlijke betrokkenheid concretiseert.

- Telefonische opvolging (7/06 en 29/06/2013)

Fixaties zijn nog niet verwijderd, de behandelende arts is tevreden over het herstel. Stefan legt zich nu voornamelijk toe op het instuderen van tekenprogramma's.

- Telefonisch contact (14/07/2013)

Nieuwe operatie op 22 juli 2013. Kalk weghalen in de heup en dat wordt in de knie geplaatst (voeding). Revalidatie periode (plus dragen van externe fixaties) wordt verlengd tot einde 2013. Dit hypothekeert zowel de kansen op werkhervatting als de mentale draagkracht van Stefan. Indien we concreter – zij het elementaire – invulling zouden kunnen geven die sterk gericht is op de hervatting en dit ook in nauw overleg met de werkgever zouden kunnen doen, lijkt het (theoretisch gezien althans) niet onmogelijk om het nuttige aan het onvermijdelijke te koppelen.

De piste “computerwerk” verdient, door de negatieve evolutie op functioneel vlak, dan ook alle aandacht. Vooral omdat Stefan nu, via zelfstudie, al een heel eind op weg is en eventueel via een bijkomende scholing deze resultaten zou kunnen formaliseren in een diploma of getuigschrift dat een grotere zekerheid geeft tot toegang naar de arbeidsmarkt. Aanvatten van een studie in dagonderwijs heeft wel het voordeel van een concretere dagvulling te zijn, maar herhaalde onderbrekingen voor ingrepen, herstel, controles,... kunnen daarin een storend element vormen, die reeds van bij de inschrijving in een opleiding goed moeten overlegd worden met de inrichtende macht.

We verwijzen eveneens naar de visie van de raadgevend geneesheer waarbij we toch nog steeds moeten rekening houden met een ongunstige afloop en daarbij dan ook de psychologische weerslag van dergelijke eventualiteit niet mogen uit het oog verliezen. Bouwen aan een haalbaar professioneel toekomstperspectief dat iets breder ligt dan deze ene werkgever kan daarin dan misschien een eerste buffer vormen (hoe klein ook?)

- Verslag raadgevend geneesheer (6/08/2013)

De evolutie blijft ongunstig zodat er rekening mee moet gehouden dat betrokkene op een bepaald ogenblik toch nog een amputatie zal moeten laten uitvoeren.

Er is wat onduidelijkheid in verslaggeving naar Stefan toe (betreffende prognose naar Stefan toe van de behandelende geneesheer) hetgeen mogelijk valse verwachtingen wekt.

Indien de problemen blijven persisteren dan kan, na overleg met de behandelende geneesheer, overwogen worden om eventueel bijkomend advies op universitair niveau in te winnen.

- Verslag raadgevend geneesheer (14/08/2013)

Gezien de medische problemen nog lang kunnen aanslepen zou eventueel naar een gedeeltelijke aangepaste werkhervatting kunnen toegewerkt worden. De aanwezigheid van een externe fixator zou maximaal zittend administratief werk kunnen toelaten in een propere omgeving.

We voorzien dat betrokkene langdurig krukken zal moeten gebruiken, zodat staand werk niet mogelijk is dit betekent dat zittend werk als voortdurend zittend werk dient beschouwd te worden, en dat betrokkene eventueel papieren of werkmateriaal door anderen zal moeten laten klaarleggen.

- Huisbezoek (18/09/2013)

Vanuit ACT zal een informatieve ronde georganiseerd worden tussen werkgever, arbeidsgeneesheer en behandelende arts in het kader van een progressieve werkhervatting.

Het feit dat er sinds de ronde tafel” tussen werkgever, verzekeraar en slachtoffer frequente en regelmatige contacten gebleven zijn tussen werkgever en werknemer stimuleert Stefan om met hetgeen hij verworven heft aan kennis aan de slag te gaan. Hij heeft in de tussentijd een aantal cursussen doorgewerkt die hem voorbereiden zowel op het kablaren zelf (hetgeen in eerste aanvang van de hervatting zijn hoofdtaak zal zijn) als op het uittekenen van elektrische schema’s voor kablages.

- Verslag raadgevend geneesheer (7/09/2013)
Stefan is er zich meer en meer van bewust van het feit dat het zeker is dat het linkeronderbeen blijvend zou kunnen gered worden. Voorlopig kunnen we echter alleen maar afwachten.
- Telefonisch contact (20/10/2013)
Stefan heeft te horen gekregen dat hij zijn been waarschijnlijk zal kwijtraken. Ondanks deze tegenslag wil hij toch verder (spreekt van zijn tweede leven).
- Verslag raadgevend geneesheer (26/10/2013)
Best bijkomend universitair advies inwinnen welke behandelingsoptie moet verder gezet worden omdat het hier toch om een zeer radicale beslissing zou kunnen gaan.
- Verslag huisbezoek (29/10/2013)
Stefan heeft samen met zijn behandelende arts gekozen voor een amputatie. Ook zijn naaste omgeving staat achter zijn beslissing.
Een goed verloop van amputatie geeft zicht op een herstelperiode van ± 6 maanden, training met prothese ook enkele maanden, en dus (hoogstwaarschijnlijk) opnieuw deelname aan maatschappelijk en professioneel leven binnen ongeveer 1 jaar.
Het staat nu wel vast dat Stefan en zijn werkgever vast dat hij als “bordenbouwer” in het bedrijf aan de slag zal gaan. Tijdens het trainen met de prothese lijkt het ook zinvol om ook in de arbeidsorganisatie en – omstandigheden toch even na te gaan of (en in welke mate) het andere been verminderd belastbaar is (ongeval + uitgevoerde ingrepen)
- Verslag behandelende arts (dd. 9/11/2013)
In samenspraak met patiënt, familie en huisarts na melding van de adviserend geneesheer van de maatschappij werd overgegaan tot het amputeren van het onderbeen van patiënt waarbij wij maximale lengte behouden hebben. Er werd geamputeerd vanaf de pseudarthrose tzt. Een goede 25 cm. Onder de knie kon behouden worden. Het stompeinde is van goede kwaliteit en stevig. De onderliggende huid naar proximaal toe draagt uiteraard nog de gevolgen van het doorgemaakte ontploffingstrauma. We denken dat met een goed gemoduleerde onderbeenprothese patiënt snel zal kunnen het werk hervatten.
- Verslag raadgevend geneesheer (14/12/2013)
Momenteel staat een goede wondheling centraal. Vervolgens kan een voorlopige prothese worden aangepast en dit neemt steeds een bepaalde tijdsduur in beslag, gezien de weke weefsels van een amputatiestomp stilaan moeten krimpen en tot een stabiele stomp uitgroeien, alvorens een definitieve prothese wordt aangepast.
Echter het hervatten van de functie is niet noodzakelijk afhankelijk van het beschikken van een definitieve prothese. Eventueel zou betrokkene met een voorlopige onderbeenamputatieprothese ook reeds aan het werk kunnen, zeker indien, zoals voorzien, zittend werk zou kunnen verschaft worden.
De modaliteiten hiervan kunnen door ACT bevestigd worden.

- Gesprek ACT en raadgevend geneesheer (13/1/2014)

Lijkt nuttig om een voorlopig planning af te spreken, met Stefan (met inbegrip van een eerste indicatie voor een “testperiode” en opstart van de aanvraag bij het Vlaams Fonds. Contact opnemen met de arbeidsgeneesheer en deze nauw betrekken bij de integratie. Bij het gesprek dat op 14/1/2014 is gepland met de werkgever zal in eerste instantie met deze man zelf ingegaan worden welke hun “preferabele” planning zou zijn, waarna in het bijzijn van Stefan zelf dan eventueel tot verder afspraken (ook in verband met aankoop van een staseun overleg met de behandelende arts) kan gekomen worden.

Plannen maken kan Stefan helpen om positief naar de toekomst te kijken .

- Bedrijfsbezoek (14/01/2014)

Definitieve herstart wordt gepland.

Opstart zal lager liggen dan een voltijdse betrekking en zal worden gedoseerd op basis van het advies van de betrokken artsen. Er is een goede samenspraak tussen de verschillende partijen met een open dialoog. Zal een overleg plaatsvinden bij de definitieve start in maart. Waar ondubbelzinnige en heldere afspraken op papier zullen worden vastgelegd. Deze afspraken zullen betrekking hebben op: de start van het hervattingsproces, de opbouw van het hervattingsprogramma onder artikel 23, wat het standpunt zal zijn als er bij hervatting een probleem zou opduiken, wat het standpunt van de maatschappij als er op termijn het takenpakket van Stefan mee zou evolueren met de evolutie van het bedrijf.

Verder zal ACT de nodige documentatie opzoeken en een aantal ergonomische maatregelen en hulpmiddelen voorstellen, in samenspraak met de artsen, om de instap in het werkveld mogelijk te maken.

1.1.4 Regie-indicaties ?

Vanuit de raadgevend geneesheer kwam regelmatig de bedenking dat de pogingen om het gekwetste been te behouden risicovol was en dat dus voorbereidingen dienden genomen te worden voor het geval dit risico zich zou realiseren en er toch nog geamputeerd zou worden.

Deze voorbereidingen bleken dan ook erg nuttig toen deze amputatie inderdaad werd uitgevoerd, zodat de prothesevoorziening en de loopschool vlot van start konden gaan.

De zorg van de raadgevend geneesheer ging duidelijk niet alleen uit naar het fysieke herstel, de aandacht voor de verwerking van het herstelproces en de psychische weerslag ervan op Stefan en zijn familie hebben in dit dossier ook onze acties goed op deze elementen gefocust gehouden.

1.1.5 Resultaat

1.1.5.1 Voor het slachtoffer

Gevoel van ondersteund te zijn en - wat er ook zou volgen - zich door zijn verzekeraar gesteund te weten, is op psychisch vlak van groot belang gebleken. Ook toen Stefan besliste in overleg met zijn arts om toch tot amputatie over te gaan, kon hij er zeker van zijn dat via de raadgevend geneesheer de maatschappij zich positief en constructief zou opstellen.

De contacten met de werkgever zorgden voor een continuüm dat zich nu ook, na herstel en prothesevoorziening, in tewerkstelling zal realiseren.

De lange looptijd die het herstel teweeg bracht is voor Stefan geen basis geweest voor neerslachtigheid en/of posttraumatische psychische problemen, omdat hij er zich steeds goed bewust van was dat er met hem samen aan zijn toekomst gewerkt werd.

1.1.5.2 Voor de maatschappij

De relatie met de verzekerde heeft door hetgeen gedaan werd voor hun werknemer bij de bedrijfsleiding een positieve indruk nagelaten.

De lange looptijd van dit toch wel specifieke herstelproces heeft door de contacten die er waren geen aanleiding gegeven tot verlies van contact tussen werkgever en werknemer, zodat de hervatting nooit echt onder druk is komen te staan.

De positieve sfeer in het dossier en de constructieve contacten vormen een goede basis om achteraf ook de schadeafwikkeling in eenzelfde goed klimaat zo vlot als mogelijk te kunnen afwerken.

1.2 Casus Rik

1.2.1 Probleemstelling

Rik had een verkeersongeval (arbeidsongeval) op 08/04/2012 met als voornaamste letsel een volledig verhakkeld rechteronderbeen. 's Middags werd overgegaan tot een amputatie (10 cm onder de knie).

Socio-economische antecedenten:

Beroepsloopbaan:

- Na zijn studies: mechaniker in een zeemvellenfabriek (1987 tot 1988)
- 1 jaar actief als landbouwwerker (in hoofdberoep) en chauffeur in een pluimveebedrijf als bijberoep (1989),
- Voltijds chauffeur vanaf 1990,
- In 2002 begon hij met tuinaanleg. Op dat moment ook nog vrachtwagenchauffeur bij een vleesbedrijf.
- Nadien was hij nog actief als vrachtwagenchauffeur bij een andere firma
- Huidig beroep: internationaal vrachtwagenchauffeur /Huidig bijberoep: tuinaanleg op zelfstandige basis,

Rik heeft een diploma A2 elektromechanica

Was reeds betrokken bij een ongeval in 1997 (ernstige rechter onderbeenfractuur als gevolg waarvoor hij 21 maanden in het gips werd geïmmobiliseerd) met een blijvende invaliditeit van 6 à 7%.

1.2.2 Doelstelling van de opdracht

Vanuit de maatschappij werd de bedenking gemaakt dat Rik niet meer bij machte was om zijn vroeger takenpakket (vrachtwagenchauffeur) op te nemen.

Er is dan ook een concrete vraag naar herscholing/bijscholing.

1.2.3 Verloop van het dossier

- Huisbezoek (dd.12/05/2012):

Doelstellingen :

Verduidelijken welke ondersteuning vanuit ACT in opdracht van de maatschappij kan aangereikt worden,

Nagaan welke vragen er momenteel voorkomen in de situatie van Rik,

Nagaan op welke wijze er reeds op dit moment kan gebouwd worden aan mogelijke kansen op reïntegratie.

Rik wacht nog op zijn prothese en op een toelating om in revalidatie te gaan voor wat het gebruik van de prothese betreft. Verder heeft hij ook nog problemen met het linkerbeen en zijn gebit.

Op vraag van Rik werden die stappen overlopen die gezet moeten worden op administratief vlak (van tijdelijke ongeschiktheid over consolidatie naar mogelijke blijvende ongeschiktheid). Ook worden die mogelijkheden besproken om onder art. 23 progressief de eigen capaciteiten te exploreren en gaandeweg terug aan het werk te gaan. Alhoewel dit nu nog niet direct aan de orde is - eerst en vooral moet er aan voldoende herstel gewerkt worden en moet een goede prothesevoorziening alle aandacht krijgen - is het voor Rik toch van belang dat hij de procedures goed kent.

Verder werd de dienstverlening van CARA (met het oog op de te kiezen prothese) en die van het Vlaams Fonds (ATB, CBO) toegelicht.

Verder werd er stilgestaan bij mogelijke professionele interesses: opleidingen landbouw, milieu-adviseur, bosbeheer, tuinbouw, tuinarchitectuur, tuinonderhoud mogelijks bij de firma Demival, vrachtvervoer. Van al deze elementen werd aan Rik een uitgebreide documentatielijst toegestuurd.

Dit laatste komt echter voor Rik momenteel duidelijk op de laatste plaats.

Omtrent de dubbele beroepsbezigheid : zelfstandige en tegelijkertijd in loondienst werd Rik geadviseerd om de verantwoordelijke van de maatschappij te contacteren teneinde hieromtrent meer duidelijkheid te scheppen.

Teneinde de interventie overzichtelijk te houden werd een strategievoorstel opgesteld.

- Verlag raadgevend geneesheer (dd. 18/05/2012)

Van zodra dat zijn prothese gemouleerd is en kan gebruikt worden dient slachtoffer zich aan te bieden in het Revalidatiecentrum van het UZ voor gangreëducatie.

Het slachtoffer draagt een speciale Dauerbinder, welke op een bijzondere manier wordt aangelegd om voldoende druk te geven om een perfecte vorm te hebben voor het mouleren van de prothese.

- Huisbezoek (dd. 18/06/2012)

Doelstelling :

Bespreken van de stand van zaken

Nagaan op welke wijze er op dit moment verder kan gebouwd worden aan een mogelijke kans op reïntegratie.

Sinds gisteren oefent Rik in het dragen van de prothese hetgeen erg moeilijk verloopt.

Op 29 juni start de eigenlijke revalidatie in Gent. Er is wel nog een wondje op de stomp maar dat begint toch beter te reageren. Het linkerbeen blijft voor hinder zorgen (niet sluitende wondjes). Er is geen contact geweest met de huidige werkgever (officieus heeft hij via collega's vernomen dat er hem een ontslag om medische redenen boven het hoofd hangt).

Rik heeft de doorgegeven informatie al doorgenomen en reeds contacten gelegd.

Momenteel lijkt het logisch om via de stap "opleiding" een periode in te bouwen die op vlak van fysieke belasting relatief rustig kan zijn en die toch kansen op het uitbouwen van een maatschappelijke rol inhouden.

Op moreel vlak is het voor Rik erg belangrijk om zich op deze horizonten te focussen.

Globaal gezien zal over concrete kansen op hervatting pas iets gezegd kunnen worden als er meer zicht is op de belastbaarheid van het prothesebeen en van het linkerbeen. Ondertussen wordt, via de opbouw van zicht op kansen gewerkt aan het verhogen van de mentale belastbaarheid, hetgeen op termijn voor deze man zeker een pluspunt vormt, gezien zijn hoge motivatie om zo snel mogelijk aan zijn reïntegratie beginnen.

- Contacten ATB (dd. 2/07/2012)
Concretiseren afspraken Rik en de dienst van ATB. Toelichting specifieke doelstellingen.
- Huisbezoek (dd. 3/8/2012)
Rik oefent momenteel met een voorlopige prothese en kan er zich redelijk goed mee behelpen. Het linkerbeen geeft echter meer hinder (linkerknie plus herhaalde ontstekingsproblemen). Rik wordt zich meer en meer bewust van zijn beperkingen en de functionele implicaties hiervan (uitkijken naar een andere woongelegenheid, eventueel rolstoelgebruik via handbike,...). Midden augustus heeft Rik een afspraak met de regionale verantwoordelijke van het ATB en in september is er bij CARA een onderzoek gepland.
De inschrijving in het Vlaams Fonds is lopende en wordt door de diensten van het UZ opgevolgd. Omwille van de intensieve revalidatie en de bijkomende problemen die hem mentaal toch sterk in beslag nemen heeft Rik nog niet veel tijd gehad om de doorgestuurde documentatie te bestuderen. Wel is hij nog steeds geïnteresseerd in een opleiding milieucoördinator. Rik zal zich bij de gemeente bevragen om aan de weet te komen of deze reeds een milieucoördinator in dienst hebben en welke eisen men aan dergelijke functie stelt op vlak van opleiding en fysiek functioneren.
Verder werd melding gemaakt van een eerder stroef verlopende administratie via de maatschappij.
Verdere opvolging lijkt vooral omwille van de huidige psychologische "dal-periode" van belang.
- Raadgevend geneesheer (dd.18/08/2012)
Revalidatie verloopt gunstig. Het slachtoffer verplaatst zich actueel met één kruk.
Hij is zelf tevreden over zijn vooruitgang. De revalidatie zal minstens 3 maanden aanslepen. De definitieve prothese werd nog niet gemouleerd gezien het slachtoffer zijn stomp nog steeds licht wijzigt van volume.
Slachtoffer zou kortelings gezien worden door CARA zodat hij zich met een personenwagen zou kunnen verplaatsen. Voor het zich verplaatsen met de vrachtwagen dient hij 40 kg. druk te kunnen zetten op zijn prothese. Actueel kan het slachtoffer ongeveer 20 kg. druk zetten.
Dienaangaande is het nog te vroeg om reeds een proef af te leggen bij CARA om met de vrachtwagen te rijden.
Hij heeft nog een zeker angstsyndroom overgehouden van het ongeval. Daarenboven blijkt het slachtoffer nogal "kleinzielig" te zijn en allerlei kleine kwaaltjes aan te halen, welke hij dan als ernstig omschrijft.
Het slachtoffer heeft psychisch een zwakke persoonlijkheid. In dit verband werd overeengekomen dat het slachtoffer van nabij zou gevolgd worden door een psycholoog.
Het slachtoffer meldt dat hij het moeilijk ziet zitten hoe hij met een prothese zijn vrachtwagencabine zal verlaten om bijv. te urineren; in dit verband wordt onmiddellijk gemeld dat hij een urinaal kan gebruiken.

Ook zou, volgens slachtoffer, het aankleden 's morgens ongeveer anderhalf uur duren. In dit verband doet de behandelende ergotherapeut opmerken dat hij normalerwijze hij ongeveer 10 minuten meer nodig zal hebben dan een normaal persoon om zijn prothese aan te doen en zich normaal te verplaatsen.

Het slachtoffer vertoont actueel nog een blaar thv. de stomp (consultatie dermatologie is voorzien).

Een gewone rolwagen wordt voorzien op het einde va de revalidatie.

Actueel woont het slachtoffer in bij zijn moeder samen met zijn vriendin. De bedoeling is dat het slachtoffer zou verhuizen en dichterbij het centrum zou gaan wonen.

Persoonlijk meen ik dat het nuttig zou zijn dat de Maatschappij contact opneemt met zijn werkgever en de kans van werkhervatting bespreekt.

- Bedrijfsbezoek (dd.11/9/2012).

Doelstellingen :

Bespreken van de visie van de werkgever op kansen op reïntegratie van personen met functioneringsproblemen

Bespreken van hetgeen vanuit de wetgeving arbeidsongevallen kan gedaan worden om reïntegratie te ondersteunen.

Bij de aanvang van het gesprek stelt de bedrijfsverantwoordelijke dat er binnen het bedrijf een ongeschreven regel van toepassing is die stelt dat chauffeurs die door eigen toedoen zware schade veroorzaken aan de vrachtwagen, geen verdere tewerkstelling in het bedrijf zelf kunnen vinden.

Het feit dat de werknemer zelf ook zwaar gekwetst werd, heeft in het bedrijf tot heel wat zorg en aandacht aanleiding gegeven. Ook in contacten met de verzekeraar arbeidsongevallen en de arbeidsgeneesheer is dit ter sprake gekomen. Vanuit het bedrijf wil men dan ook een afwijking toestaan, zij het dan niet onvoorwaardelijk. De bedrijfsleiding stelt expliciet dat een werkhervatting kan als Rik zich zowel op fysiek maar ook (en vooral) op mentaal-psychisch bekwaam voelt om het werk terug op te nemen.

Een hervatting met een soort van "aanloopfase" waarin Rik als tweede man meerrijdt en af en toe de taken van zijn collega overneemt, lijkt een eerste te prefereren stap te zijn. Een deeltijdse hervatting die stelselmatig kan opgevoerd worden tot maximaal is inderdaad beter boven een directe start op voltijdse basis.

Een taakanalyse van het werk van Rik binnen het bedrijf kan als volgt geschetst worden:

- In en uit de wagen klimmen op een vlotte en veilige wijze,
- Op een veilige en verantwoorde wijze met de wagen rijden,
- Zwaarste fysieke taak is het hanteren van het dekzeil (opduwen van het zeil via een stok kan soms wel 50 à 60 kg. belasting geven).
- Occasioneel kan het voorkomen dat kleinere pannes moeten opgelost worden (verwisselen wiel,...). Het bedrijf voorziet echter ook zelf in deparage.
- Occasioneel helpen bij het laden en lossen.

In verband met een hertewerkstelling zullen uiteraard de visies van zowel de behandelende arts als de arbeidsgeneesheer gevraagd worden. Het spreekt voor zich dat Rik de medische keuring en een attest van CARA nodig heeft voor een concrete instap in het werkveld.

Vanuit ACT zal een planning worden opgesteld die toegepast kan worden van zodra Rik

arbeidsgeschikt zal verklaard worden. Deze planning werd, in een schriftelijke nota, goedgekeurd door de verantwoordelijken van het bedrijf.

- Bezoek revalidatiecentrum (dd. 11/09/2012).

Doelstellingen :

Bespreken van de stand van zaken in de revalidatie

Nagaan welke vragen er momenteel voorkomen in de situatie van Rik en kijken op welke wijze er op dit moment verder kan gebouwd worden aan mogelijke kansen op reïntegratie.

Rik zal, van zodra hij verder gevorderd is in zijn revalidatie, tests ondergaan bij CARA. Wat betreft de revalidatie is er nog werk aan het bijstellen van de voorlopige prothese zodat de stand van de prothese en het stappen ermee nog kan geoptimaliseerd worden. Er zijn momenteel wel problemen met eczeem.

Rik is het eens met stelling van de werkgever dat hij zowel fysiek als mentaal arbeidsgeschikt moet zijn vooraleer het werk te hervatten. Rik zal het voorstel tot progressieve werkhervatting met zijn behandelende arts doornemen.

Voorst heeft hij contact gehad met het ATB in verband met inschrijving in het Vlaams Fonds en het uitbouwen van mogelijke alternatieven voor tewerkstelling (eventueel via opleiding).

Uit contacten met de psycholoog blijkt dat deze laatste het niet geheel eens is met de tot nu toe geplande en verrichte acties. Het lijkt de psycholoog onzinnig om informatie aan te reiken over opleidingen enkel en alleen op vraag van de man zelf. Vanuit ACT werd uitgelegd dat het zoekwerk niet alleen doelgericht is naar het inhoudelijke maar dat vaak ook het feit dat er gezocht en geselecteerd wordt, en therapeutisch oogmerk kan hebben. Volgens de psycholoog is het nu nog niet opportuun om reeds met de werkgever in contact te komen, en het feit dat dit zowel door Rik als door de maatschappij gewenst wordt, doet daaraan geen afbreuk. Het is duidelijk dat er op deze domeinen een verschil van mening blijkt te bestaan. Een duidelijk overleg lijkt vanwege ACT dan ook nodig om de velen op elkaar af te stemmen in het totale reïntegratieproces van betrokkene.

- Verslag raadgevend geneesheer (dd.13/10/2012).

Het slachtoffer meldt heden toch relatief vlot 200 m. te kunnen stappen zonder kruk. Voor verdere afstanden gebruikt hij nog één kruk of wandelstok.

Intussen werd ook opgemaakt dat het slachtoffer allergisch is aan bepaalde lijmen waardoor de revalidatie trager verliep.

Bij het dragen van de nieuwe prothese, welke deze week wordt afgeleverd, wordt voorzien dat het slachtoffer deze ongeveer 2 à 3 maanden zal moeten gebruiken vooraleer hij zijn definitieve prothese zal kunnen krijgen.

Ondertussen drukt het slachtoffer reeds 43 kg.

Met de nieuwe prothese zou het slachtoffer zijn rij-examen voor de gewone wagen mogen afleggen; bij vorige testing was het slachtoffer te traag met zijn prothese om zijn rechtervoet te verplaatsen van gaspedaal naar rempedaal.

Met zijn nieuwe prothese zou dit normalerwijze vlotter moeten verlopen.

Er werd afgesproken met CARA dat dan nog twee maanden zou worden gewacht om zijn testexamen af te leggen met de vrachtwagen.

- Telefonisch contact Rik (dd. 14/10/2012)
Rik wacht nog steeds op zijn nieuwe prothese. Door de eczeem is de revalidatie een beetje vertraagd (3 –tal weken) zodat hij nog niet precies weet hoelang hij nog op revalidatie zal zijn. Van zodra hij zijn nieuwe prothese heeft, neemt hij contact op met CARA.
- Telefonisch contact Rik (9/11/2012).
Rik liet ons weten dat, als alles naar wens verloopt, hij vanaf maandag 16/11 volledig gebruik zou kunnen maken van zijn nieuwe prothese. Als de gewenning aan deze prothese zonder problemen verloopt, zal hij op 26/11 een testing bij CARA doormaken.
Eventueel kan einde december, begin januari een hervattingsprogramma bij de werkgever concreet ingevuld worden.
- Contact werkgever (dd. 24/11/2012).
Schriftelijk overmaken gegevens betreffende de mogelijke toepassing van CAO 26.
- Telefonisch contact Rik (dd. 11/12/2012).
Rik heeft op 04/12 zijn testen afgelegd bij CARA en is geslaagd voor het rijden met en personenwagen. De testing voor het rijden met de vrachtwagen kan pas afgelegd worden als hij zijn eindprothese zal hebben. Wel blijft er nog altijd een probleem bestaan rond de wondjes aan de stomp. Het valt hem zwaar dat alles zo lang duurt.
- Huisbezoek (dd. 29/01/2013).
We bemerken bij Rik een meer gerichte intentie om zijn voormalig werk terug op te pikken. Het is echter betreurenswaardig dat de aanwezigheid van het wondje op de stomp en de ontstekingen in het rechterbeen de constructie van de definitieve prothese vertragen. Aan de hand van eerder gedane acties heeft hij nu een zicht welke richting hij uit kan, welke contacten hij daarvoor kan leggen. Het lijkt belangrijk in dit dossier zowel naar de werkgever als naar Rik toe op regelmatige tijdstippen (± 1 maal per maand) contact te houden zodat het dossier en de gemaakte afspraken geactiveerd blijven.
- Telefonisch contact (dd. 28/02/2013).
Aangezien er op dit moment een aantal medisch-functionele problemen aan de orde zijn, en deze eerst opgelost moeten zijn vooraleer er van een definitieve prothese (en eventuele werkhervatting) sprake kan zijn, kan ACT voor Rik momenteel weinig inbreng meer doen. We spreken af om in de loop van de volgende 3 à 4 weken opnieuw kort contact te houden en dan na te gaan wat de stand van zaken is.

- Telefonisch contacten (dd. 24/03/2013-24/04/2013-28/05/2013).
Op aandringen van Rik is er gestart met lasertherapie om de steeds weer terugkerende wondjes te dichten. Indien deze ingreep niet lukt, wordt er overgegaan tot een huidtransplantatie. De hinderlijke vochttopstapeling is fel verbeterd. Over het algemeen is Rik tevreden van de huidige resultaten maar toch wil hij niet te voorbarig worden omdat hij in het verleden al vaker de eindmeet binnen zijn bereik had maar dat het net op het laatste nippertje werd teruggefloten door de medisch-functionele problemen.
- Verslag raadgevend geneesheer (29/04/2013).
Slachtoffer is nog steeds in behandeling bij zijn huisdokter voor lasertherapie in verband met zijn wonde ter hoogte van de stomp. Gezien het dragen van de prothese een toename van de wonde zou kunnen veroorzaken is voorlopig het dragen van de prothese afgeraden. Het slachtoffer krijgt verder wel spierversterkende oefeningen. Hij dient verder zijn dauerbinder te dragen om zijn stomp goed te mouleren. Eens de wonde dicht zal vermoedelijk worden uitgekeken naar het maken van een definitieve prothese.
- Huisbezoek (21/06/2013)
Doelstellingen :
bespreken van de stand van zaken op medisch en op functioneel vlak
Rik concreet laten ervaren dat, alhoewel er voor hem jammer genoeg tegenslag ontstaat in het herstel, er toch met aandacht en zorg gevolgd wordt.
Rik was onverwacht niet aanwezig. Uit informatie van zijn ouders blijkt dat het voor hen als voor hun zoon momenteel vooral op mentaal vlak moeilijk is om de herhaalde tegenslag in het herstelproces te verwerken.
- Telefonisch contact (dd. 27/07/2013)
Nieuwe operatie uitgevoerd op 23/07/2013. Rik heeft, op eigen initiatief, een afspraak gemaakt voor een psychologische begeleiding.
- Huisbezoek (dd.24/08/2013)
Doelstellingen :
Bespreken van de stand van zaken na de recente operatie
Bespreken van die stappen die kunnen gezet worden in het kader van professionele reïntegratie.
Kleine wondjes blijven voor problemen zorgen. Uit het contact blijkt dat het nuttig is om de aandacht van Rik naast de revalidatie en de medische aspecten ook stilaan weer te richten op zijn reïntegratie.
We stellen voor om Rik nog enige tijd van op afstand te volgen om ervoor te helpen zorgen dat de aandacht van deze man niet alleen op "herstel" gericht is maar ook gefocust blijft op "reïntegratie".
In de laatste gesprekken geeft hij aan een zicht te hebben op de kanalen die hij kan benutten om (als hij zou beslissen om toch niet naar zijn werkgever terug te keren) een intrede op de arbeidsmarkt te kunnen maken (al dan niet via bijkomende vorming).
Indien de raadgevend geneesheer en/of de maatschappij daarin een andere mening zijn toegedaan, zullen we , vanuit ACT, daarover natuurlijk overleg plegen.

- Verslag raadgevend geneesheer (dd. 13/09/2013)

Hij maakt daarin de volgende opmerking :

“We zijn verwonderd dat ACT nooit contact opneemt met de dienst alwaar het slachtoffer in behandeling is en alwaar ook wordt uitgekeken naar de beroepsmogelijkheden van het slachtoffer.

Het is ook zo dat in het revalidatiecentrum in het kader van de revalidatie, patiënten zo goed als mogelijk progressief worden gereïntegreerd op hun vroeger bedrijf via een soort stage.

Het zou toch misschien nuttig zijn dat dienaangaande ACT met de dienst zelf contact opnememt.” Aangezien reeds echter met de betrokkene informeel (niet als dusdanig gerapporteerd) contact bestond, werd dit doorgegeven aan de raadgevend geneesheer.

- Telefonisch contact (dd.19/10/2013)

Rik heeft zijn nieuw prothese een 14- tal dagen. Maar ook nu doen er zich problemen voor. Vermoedelijk een ontsteking van de zenuwen.

- Verslag raadgevend geneesheer (dd. 18/11/2013)

De casus lijkt langzaam maar vrij goed te evolueren. Het grootste probleem van het slachtoffer is het feit dat er nog steeds een atrofie bestaat van de stomp en de dij waardoor de koker regelmatig dient te worden aangepast. Men zou kortelings een voorlopig nieuwe koker afleveren en de definitieve prothese zal maar gemaakt worden van zodra de stomp en dij een normaal volume vertonen en niet verder atrofiëren. In deze omstandigheden dient nog een verdere TAO te worden voorzien en dit voor meerder maanden.

- Huisbezoek (dd. 14/01/2014)

Rik is thuis ten val gekomen en liep letsels op thv de thorax (fractuur van de ribben, borstbeen, letsels aan de long). Met de prothese ging het echter net goed en hij had er zich op verheugd om terug het werk te hervatten (mogelijks in april) als chauffeur, na lang twijfelen. Verder heeft de firma gecontacteerd die werkzaam is in de groendienst waar op middellange termijn ook duidelijke kansen op tewerkstelling zouden naar voor komen. Dit laatste ziet hij nu echter als een “reserve” indien onverhoopt het hervatten van zijn werk als chauffeur niet zou kunnen slagen. Indien het herstel echter naar wens verloopt kan eventueel een werkhervatting besproken worden met de werkgever na het paasverlof. In de periode tussen april en het groot verlof kan dan een progressieve opbouw gebeuren zodat tegen de start van het verlof een duidelijk beeld kan verworven worden van de mate waarin Rik een “normale” arbeidsbelasting in zijn functie als vrachtwagenbestuurder zou kunnen beantwoorden. In de eerstkomende weken zal vooral het herstel van de fracturen moeten afgewacht worden. Naderhand kan zowel met de raadgevend geneesheer, de revalidatie in het UZ , de werkgever en Rik zelf concreter overlegd worden om een hervattingsplan te formuleren.

1.2.4 Regie-indicaties ?

Aanvankelijk kwam de vraag voor de ondersteuning van deze persoon vooral vanuit het dossierbeheer die in contacten met het slachtoffer de indruk kregen dat hij meer en meer neerslachtig werd. Hij klaagde er in hun telefonische contacten telkens over dat hij geen perspectief meer zag, zijn toekomstplannen als verloren beschouwde,... en de schadebeheerder oordeelde het dan ook nuttig om hier ondersteuning op praktisch vlak aan te bieden.

De raadgevend geneesheer oordeelde dat dit echter toch wel ruim vroeg valt, ook en vooral gezien de toch wel gecompliceerder herstelperiode en de problemen om een gepaste koker te kunnen realiseren.

De steun die echter werd geboden, gaf Rik zicht op kansen op hernemen van het eigen werk en - indien dit onverhoopt niet zou kunnen om fysieke en/of psychische redenen - op hetgeen hij zou willen en kunnen doen als hij op zoek zou moeten gaan naar ander werk.

In dit dossier staan niet alle meningen op één lijn, zodat het voor het slachtoffer soms moeilijker is om te weten waar hij nu aan toe is. Arbeids Consulting Team probeert daarin geen “sturing” te geven, dat is aan de behandelende arts en de raadgevend geneesheer, maar toch de betrokken persoon te helpen bij het opbouwen van een perspectief dat voor hem in deze fase vooral op mentaal psychisch vlak de nodige steun moet bieden om de fysieke tegenslagen te kunnen opvangen en - van zodra hij hersteld zal zijn - toch zijn potentieel te kunnen invullen op de arbeidsmarkt.

1.2.5 Resultaat

1.2.5.1 Voor het slachtoffer

Er is weliswaar nog geen tewerkstelling, maar Rik weet dat hij wel kansen kan vinden, en dit zowel bij zijn eigen baas als elders.

Hij is soms nog weifelend en teneergeslagen over zijn toekomst, maar de plannen om met zijn vriendin te gaan samenwonen, zijn weer opgenomen hetgeen toch aangeeft dat deze man opnieuw met meer vertrouwen naar “later” kijkt.

1.2.5.2 Voor de maatschappij

Een goed contact met de dossierbeheerder en Arbeids Consulting Team heeft in dit dossier geholpen om klaar te zijn in hetgeen de man aanzette om zo teneergeslagen over te komen aan de telefoon.

Correcte opvolging en ondersteuning, - ook bij tegenslag - geeft indirect aan dat Rik op de maatschappij kan rekenen en schept een constructieve sfeer die later ook bij de schade-afhandeling zeker nog zijn nut zal bewijzen.

1.3 Casus Bernard

Geboortedatum: 30/07/1958

Beroep: buschauffeur - beroepsgitarist

Basisopleiding middelbaar onderwijs (afdeling economie)

1.3.1 Probleemstelling

(verslag raadgevend geneesheer (dd. 4/02/2010)

Verkeersongeval op 09/11/2011 met de volgende letsels:

- Commotio cerebri
- Een losrukking en fractuur van de linker knieschijf
- Fractuur van metatarsaal II,III en IV van de rechtervoet
- Een open linker polsfractuur
- Een sternumfractuur

De prognose is hier globaal gezien nog steeds gunstig mede omdat de osteosynthese perfect staat. Er is momenteel een beperking van de polsbewegelijkheid die voor de flexie-extensie vrij uitgesproken is maar waarvan mag worden verwacht dat ze nog zal verbeteren.

Het huidig gebrek aan fijne handmobiliteit berust grotendeels op een spieratrofie van de fijne handspiertjes en zal met de nodige kinesitherapie waarschijnlijk herstellen. Er is een intreden van retropatellaire arthrose en wat beperking van de voorvoetbewegelijkheid rechts. Prognostisch meen ik nog niet dat de economische schade de 5% zal overschrijden.

Verslag raadgevend geneesheer (15/03/2011 en 12/04/2011 en 9/05/2011)

Achteruitgang en een groeiende demotivatie. Patiënt komt meer en meer teneergeslagen over omdat hij beseft dat zijn verdere loopbaan als jazzgitarist waarschijnlijk zal moeten afgebroken worden.

Kans op een ernstige depressie. Contact opgenomen met de behandelende geneesheer teneinde over te gaan tot een psychiatrisch advies.

Deze wending verzwaart uiteraard de diagnose.

Wel dient uitgeklaard of de huidige stoornis een rechtstreeks gevolg is van het kwestieus ongeval, of dat er hier sprake is van een reeds voorafbestaande toestand.

Verslag raadgevend geneesheer (15/10/2011)

Het blijkt toch wel te gaan om een activatie van een voorafbestaande toestand onder de vorm van een narcistische persoonlijkheid. Momenteel heeft betrokkene het werk hervat maar een psychiatrische opvolging blijft noodzakelijk.

Verslag raadsgeneesheer (08/01/2012)

Letnels zijn momenteel geconsolideerd met en lichte weerslag op zijn beroepsleven. Er zijn echter problemen met de werkgever die gezien de psychische toestand uiteraard moeilijk op te lossen zijn. We kunnen echter niet met een verdere werkonbekwaamheid akkoord gaan.

Verslag raadgevend geneesheer (23/04/2012)

Uit verslaggeving van experten terzake blijkt dat het hier handelt om een man met een gepredisposeerde persoonlijkheid waar het pathologisch functionele zich vooral uitte in zijn muzikale carrière. Betrokkene was in staat het werk te hervatten met het persiosteren van discrete angstsymptomen die hem echter niet verhinderden een voertuig te besturen. De gevolgen van de psychische decompensatie zijn echter vooral terug te vinden in zijn bezigheden als gitarist en vallen dus buiten het kader van dit arbeidsongeval.

4 oktober 1133 : Arbeidsrechtbank Mechelen

Verslag raadgevend geneesheer (29/03/2014)

De expertise neemt een slechte wending. Slachtoffer is nog steeds niet aan het werk. Lijkt sociaal meer en meer te marginaliseren, weigert behandeling. Vermits het duidelijk is dat het ongeval één van de ontlokkende factoren is van deze psychiatrische decompensatie zal de maatschappij de toestand op zich moeten nemen.

Deskundig verslag (18/07/2014).

Besluit:

Consolidatie op 17/11/2014 met een bestendige gedeeltelijke fysiologische arbeidsongeschiktheid van 10%.

De esthetische schade is licht.

Op neuropsychiatrisch gebied is er een duidelijke voorafbestaande toestand onder de vorm van persoonlijkheidsstoornissen en meer bepaald een narcistische persoonlijkheid, welke onder invloed van de ongevalsfeiten een duidelijke exacerbatie kenden. Het invaliditeitspercentage hieruit voortspruitend kan geraamd worden op 20%.

De globale invaliditeit kan dus geraamd worden op 30%.

Verslag raadgevend geneesheer (20/11/2015)

Teveel aandacht wordt gegeven naar het gitaarspelen als economisch gegeven in deze zaak. We zijn evenwel van oordeel dat dit gitaarspelen als therapeutische stimulans kan gebruikt worden. Het zou misschien niet zo gek zijn om deze man een herscholing aan te bieden in een muzikale richting.

1.3.2 Doelstelling van de opdracht

Voorstel aan ACT voor ergotherapeutische begeleiding in de progressieve reïntegratie van Bernard.

1.3.3 Verloop van het dossier

- Overlopen dossier met de raadgevend geneesheer.
- Huisbezoek (dd.16/01/2016)

Bernard geeft de indruk nog sterk in zijn klachtenpatroon “te nestelen”. Er is een sterke dubbele reactie op de aangeboden hulp. De indruk bestaat dat het voor deze man nog niet duidelijk is welke richting hij nu zelf zal kiezen. Op het einde van het gesprek komen toch een aantal afspraken tot stand die in een schema aan Bernard werden overgemaakt. Voorwarde in heel het proces zal het gegeven zijn dat Bernard zich aan de afspraken houdt en een minimum aan stabiliteit kan aanhouden in de plannen die hij maakt.
- Schriftelijke nota ACT 13 mei 2016

We zien ons geconfronteerd met een persoon die op geen enkele wijze wenst actief mee te werken in een opzet dat, bij het eerste gesprek nochtans door hem positief gewaardeerd werd. Graag bespreken we dan ook met de raadgevend geneesheer welke stappen verder kunnen gezet worden.
- Nota ACT dd. 21/11/2016.

Met het oog op een reïntegratie naar de arbeidsmarkt moet gesteld worden dat er momenteel bij Bernard een dermate gebrek is aan een concrete wil tot samenwerken dat er vanuit ACT geen constructieve inbreng mogelijk is, zolang deze situatie niet wijzigt. Hij is ervan overtuigd dat de maatschappij, die hem 5 jaar heeft laten zitten, zijn problemen niet au sérieux neemt.

1.3.4 Regie-indicaties ?

Vanuit de raadgevend geneesheer kwamen een aantal indicaties naar voor die in de contacten met Bernard ter harte genomen werden en die als basis voor gerichte vraagstelling en observatie werden benut.

De visie van de raadgevend geneesheer werd ook in de contacten met de behandelende arts onderschreven, en kon eveneens in de observaties tijdens de gesprekken (h)erkend worden.

Gezien de evolutie in het dossier en de onmogelijkheid om met betrokkene nog in contact te komen, werd in overleg met alle andere betrokkenen de inspanningen van Arbeids Consulting Team stopgezet.

1.3.5 Resultaat

1.3.5.1 *Voor het slachtoffer*

Het slachtoffer geeft de indruk, op het moment dat kan aangetoond worden dat er voor hem wel degelijk nog (zij het gelimiteerde) kansen op reïntegratie zouden bestaan, zich eerder terug te trekken en negatief ten opzichte van aangeboden steun te staan.

Hij geeft aan de hulp als een bedreiging te ervaren, maar hij zet ze niet zelf stop; hij laat alles in het midden.

1.3.5.2 *Voor de maatschappij*

Er bestaat een reeks gedocumenteerde verslagen die de visie van de raadgevend geneesheer vanuit de concrete praktijk ondersteunen.

Ook de contacten met andere geneesheren tonen aan dat er toch wel een zeer hoge weerstand aanwezig is om zich in een reïntegratieproces in te schakelen.

Alhoewel er geen concrete stappen naar reïntegratie gedaan konden worden, geeft de rapportering vanuit Arbeids Consulting Team duidelijk aan waar de kansen voor Bernard liggen, en in welke mate ze effectief aanwezig zijn in zijn regio.

De verslaggeving vanuit Arbeids Consulting Team onderbouwt voor de raadgevend geneesheer zijn evaluatie van de kansen op de algemene arbeidsmarkt .

1.4 Casus Fred

1.4.1 Probleemstelling

Fred was slachtoffer van een arbeidsongeval op 08/06/12 hetgeen verantwoordelijk is voor ernstige letsels aan de linkerhand met zenuwbeschadiging.

Volgens de raadgevend geneesheer zou hij niet meer in staat zijn, zijn vroegere werkzaamheden in de bouw te hernemen.

1.4.2 Doelstelling van de opdracht

Vanuit de maatschappij werd de vraag gesteld welke de mogelijkheden zijn voor reclassering van deze persoon.

1.4.3 Verloop van het dossier (start 06/13)

Dossiervoorstel/strategie/terreinverkenning:

- Nagaan van de functionele situatie in het herstel van Fred
- Nagaan van de visie van de werkgever op de kansen op hervatting binnen het bedrijf (al dan niet mits gerichte bijscholing). Dit is vanzelfsprekend afhankelijk van enkele parameters (aard van de werkzaamheden in het bedrijf, grootte van het bedrijf en de mate waarin andere taken aanwezig kunnen zijn, appreciatie van Fred)
- Formuleren van eerste aanzet naar acties die een dubbel doel kunnen kennen (in kaart brengen van de kansen op hertewerkstelling, al dan niet bij de eigen werkgever, en Fred begeleiden in het realiseren van deze kansen; in kaart brengen van de kansen op de arbeidsmarkt)

- Huisbezoek (1706/2013):

Doelstellingen:

Verduidelijken van de ondersteuning die door de verzekeringsmaatschappij via ACT wordt aangeboden om hem bij te staan bij het exploreren van de mogelijkheden op professionele reïntegratie

Nagaan van de stand van zaken in het herstel van Fred

Vastleggen van verdere afspraken.

Fred is nog steeds herstellende en moet zich regelmatig bij zijn arts aanbieden waar dan vooral controle gedaan wordt op de heropbouw van de spieren van de linkerhand en -voorarm en op het herstel van de bezenuwing. Zijn linkerhand is nog steeds zwak (er is weinig kracht, het sluiten van de hand is nog niet helemaal mogelijk en er is een beperkte sensibiliteit). Situatie is voor hem momenteel een zware last (hij is verantwoordelijk voor het inkomen van een gezin met 4 kinderen) en hij ondervindt meer en meer moeite om het nodige geduld te blijven opbrengen. Van basisopleiding is Fred metsers maar hij heeft in Joegoslavië bijkomende opleiding gevolgd (uitvoeren van pleisterwerk, plaatsen van gyproc, het leggen van tegels,...). Fred heeft een goed contact met de baas en beide partijen willen dat hij zo snel mogelijk het werk hervat. Fred geeft er dan ook de voorkeur om te trachten bij zijn eigen werkgever het werk te hervatten. Aan Fred werd dan ook de modaliteit "progressieve hertewerkstelling in de wet op arbeidsongevallen kaderend onder het artikel 23 voor personen in het statuut van tijdelijk arbeidsongeschikt" uitvoerig toegelicht.

Verder werd er toch ook stilgestaan bij de alternatieven en opportuniteiten die eventueel kunnen geëxploreerd worden indien hertewerkstelling bij de eigen werkgever niet haalbaar zou zijn.

Toch blijkt het voor Fred essentieel te zijn om eerstgenoemde piste (hertewerkstelling) eerst te exploreren, vooraleer hij concreet (maar ook emotioneel) in staat kan zijn om zich andere tewerkstellingskansen te richten. Exploreren van de kansen op hervatting in het eigen bedrijf (eigen taken of andere) kan dan ook in eerste instantie moeten ingezet worden om de volgende redenen:

- Observeren van de resterende handfunctionaliteit in voor Fred bekende situaties, nagaan of oude “handelingspatronen” toch als basis voor hervatting zouden kunnen ingezet worden,
 - Confronteren van Fred met “kunnen en niet kunnen” als basis voor het kunnen accepteren van de stand van zaken,
 - Ervaringen van mogelijkheden en tekorten benutten om en gefundeerde basis te leggen voor heroriëntering indien dit noodzakelijk blijkt.
- Bedrijfsbezoek (dd. 2/07/2013)
Doelstellingen :
Verduidelijken van de wijze waarop ACT ondersteuning kan geven aan de problemen die na het ongeval kunnen ontstaan bij eventuele hertewerkstelling.
Binnen het bedrijf is er een duidelijke intentie aanwezig om Fred terug aan het werk te krijgen. Er werd dan ook uitgebreid stilgestaan bij de toepassing Artikel 23 en CAO 26 van het AWIPH. Verder werd aan de bedrijfsleider gevraagd een lijst op te stellen van taken die als lichter werk kunnen omschreven worden. Zo kan, indien Fred toestemming krijgt van zijn arts, een gedeeltelijke instap geconcretiseerd worden. Een voorstel voor begeleiding naar reïntegratie werd, bij wijze van voorbeeld, overgemaakt aan de verantwoordelijke van het bedrijf. Verder werd aandacht besteed aan de mogelijkheid om een eventuele verlenging van de revalidatieperiode van Fred te combineren met het volgen van in de sector aanwezige “wintercursussen” zodat eventuele beperkingen kunnen aangevuld worden door vaardigheden die hij in deze wintercursussen zou kunnen verwerven (bv. bedienen van een afstands bestuurd bouwkraan,...)
 - Telefonisch contact werkgever (dd. 23/08/2013)
Fred is nog niet teruggekeerd uit verlof bij zijn familie (omwille van oorlogssituatie).

- Huisbezoek (dd. 11/10/2013).

Doelstellingen :

Bespreken van de stand van zaken in het functioneel herstel van Fred

Bespreken van de stappen die met betrekking tot zijn reïntegratie op de arbeidsmarkt (eigen werkgever of elders) kunnen gezet worden.

De vooruitgang is eerder beperkt en er is een concrete vraag naar extra ondersteuning (kiné, oefenmodaliteiten thuis).

Op 14 oktober heeft Fred een nieuwe afspraak met zijn behandelende arts om na te gaan of en hoe de bezenuwing herstelt. Laatstgenoemde heeft Fred de raad gegeven om nog geen stappen naar hertewerkstelling te ondernemen zonder dat deze arts inzage heeft gekregen in de documenten van zowel de raadgevend geneesheer als de specialisten terzake (chirurg, revalidatiearts).

In de loop van deze maand is er een afspraak met de raadgevend geneesheer gepland.

- Stand van zaken (17/12/2013)

De maatschappij zal met de raadgevend geneesheer een overlegmoment met Fred inlassen om na te gaan welke mogelijkheden de man zelf ziet met betrekking tot tewerkstelling. Verder zullen de voordelen van een hervattingsperiode onder artikel 23 nogmaals verduidelijkt worden.

Indien de raadgevend geneesheer zou oordelen dat een consolidatie kan uitgesproken worden, verliest Fred samen met zijn werkgever de kans om progressief uit te testen welke zijn resterende mogelijkheden in zijn eigen sector zouden kunnen zijn.

Bij consolidatie zal dan ook de werkgever omwille van de veranderende reglementering terzake opnieuw uitgebreid moeten geïnformeerd worden.

Na consolidatie kan ACT eventueel nagaan welke kansen Fred op de arbeidsmarkt heeft en hem eventueel bijstaan in het uitbreiden van zijn intrinsiek potentieel (vb. talencursus).

Wel is het duidelijk dat Fred momenteel prioriteiten legt in het opknappen van de pas verworven woning hetgeen op dit moment betekent dat Fred in vergelijking met een aantal maanden geleden een verminderde bereidheid tot effectieve instap vertoont.

1.4.4 Regie-indicaties ?

De aanvankelijke doelstelling om de hervatting van het werk bij de eigen werkgever te ondersteunen wordt door hetgeen na het verlof aan motivatie wordt vastgesteld doorkruist. De relatief positieve motivatie bij de aanvang van de acties lijkt na de lange verlofperiode weggesmolten te zijn, zodat de basis voor verdere ondersteuning ter discussie komt.

De raadgevend geneesheer geeft te verstaan dat hervatting in de eigen sector (bouw) niet als haalbaar gezien kan worden en er is bij Fred erg weinig motivatie om zich naar andere tewerkstellingskansen te richten. In welke mate het feit dat hij een eigen woning gekocht heeft die dringend aan opknappen toe is, daarin een rol speelt is niet te zeggen, maar de indruk dat dit zijn eerste prioriteit vormt is wel duidelijk aanwezig.

Ondanks meerdere vragen is er geen feed-back vanuit de behandelende artsen te bekomen, zodat van die kant uit ook weinig ondersteuning geboden wordt in de richting van een positieve inzet naar reïntegratie.

1.4.5 Resultaat

1.4.5.1 Voor het slachtoffer

Fred ziet zich geconfronteerd met een beperking die hem in zijn (voor hem zeer belangrijke) stielvaardigheid treft. Hij is aanvankelijk wel gemotiveerd om terug bij zijn eigen werkgever te gaan proberen (art. 23 werd voorgesteld) maar nadat hij een ruime tijd bij zijn familie geweest is om te helpen bij de opbouw, komt hij blijkbaar gedemotiveerd terug en is zijn ingesteldheid helemaal anders.

Vanuit de behandelende arts is er geen positieve stimulans naar reïntegratie toe en ook de raadgevend geneesheer gelooft niet in kansen op hervatting in het eigen werk.

De negatieve ingesteldheid van Fred vormt samen met de lage stimulans vanuit behandelende arts en raadgevend geneesheer de basis voor het stopzetten van de interventie.

1.4.5.2 Voor de maatschappij

De inspanningen die door de maatschappij werden gedaan worden door de verzekerde (bedrijfsleiding) sterk gewaardeerd, omdat ze zich als KMO zeer onwennig voelen in hetgeen hen overkomt.

De resultaten bij aanvang laten verhoppen dat de motivatie een testfase onder art. 23 wel mogelijk maakt, maar dit wijzigt zich sterk na het verlof, zodat kansen op hervatting bij de eigen werkgever zeer laag blijken te zijn (negatieve medische steun en negatieve motivatie).

De maatschappij toont via zijn acties aan dat ze met zorg Fred de kans boden om zijn reïntegratie et helpen opbouwen, maar dat hij daarop niet wenst in te gaan.

Jammer is dat zowel behandelende arts als raadgevend geneesheer zich eerder naar het strikt medische richten en verdere opvolging niet nodig achten. Het dossierbeheer sluit zich daarbij aan en zal de verslagen vanuit Arbeids Consulting Team benutten om hun argumentatie uit te bouwen bij de schadebepaling.

2 Historiek & statistiek

2.1 Statistiek

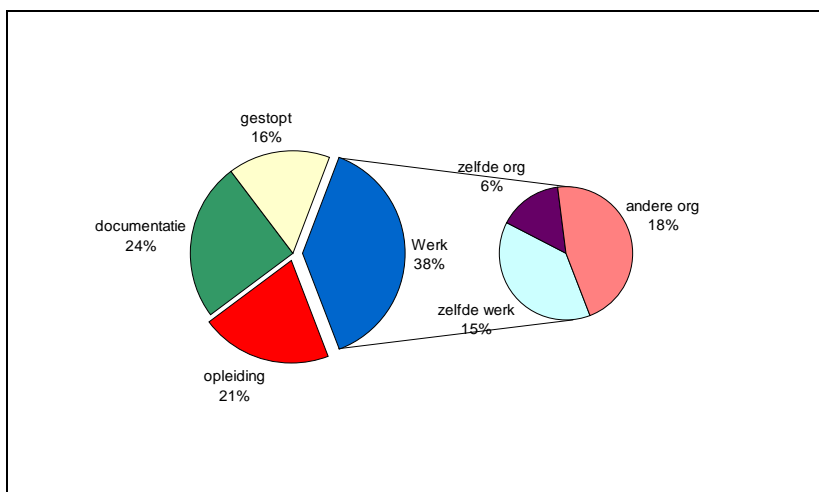
Het leek interessant om eens na te gaan op een statistisch verantwoorde basis welke factoren het al dan niet succesvol integreren van mensen na een ongeval beïnvloeden. Samen werden hier een 83 tal opdrachten verwerkt, waarbij telkens de professionele reïntegratie van het slachtoffer als centrale opdracht werd gegeven.

Een eerste probleem was de definitie van het succes. Globaal gezien kon het resultaat van een actie vanuit ACT worden ingedeeld in een 6-tal klassen.

Ten eerste het heropnemen van het oude werk bij dezelfde organisatie. Eventueel mits een aanpassing van hetzij de werkorganisatie, hetzij de werkpost, hetzij door gerichte trainingen of door aandachtspunten in ogenschouw te nemen. Dit resultaat werd in 12% van de gevallen bereikt. In 5% van de gevallen kon het slachtoffer gereïntegreerd worden in dezelfde organisatie doch kreeg hij een andere taak toegewezen. 14% lukte het om het slachtoffer te reïntegreren door te begeleiden in een ander werk in een andere organisatie. 13% werd begeleid naar een aangepaste opleiding. In deze klasse kwamen alleen die slachtoffers terecht, die in een opleiding worden begeleid die uitzicht gaf op een nieuw professioneel leven en waar binnen de opleiding ook een zekere begeleiding van de patiënt voorzien is.

Een ander mogelijk resultaat van de actie kan het documenteren zijn van het slachtoffer naar zijn mogelijkheden, naar mogelijke hulporganisaties die hem verder kunnen begeleiden, ... In deze klasse werden ook die slachtoffers opgenomen die uiteindelijk terecht kwamen in gespecialiseerde diensten die dan voor de verdere begeleiding instaan. Hier kunnen we spreken van 24% van de gevallen. In 16% van de gevallen werd de actie stopgezet. Die stopzetting kan verschillende redenen hebben. De patiënt kan niet meer vragende partij zijn voor een verdere begeleiding. Een tweede mogelijk is dat er medische achteruitgang is of dat er door omstandigheden zich voordoen, die verdere begeleiding niet meer opportuun maakt. Een derde mogelijkheid is dat er geen uitzicht is op een professionele reïntegratie.

Omwille van de statistische relevantie van de berekeningen werden de eerste drie klassen samengenomen tot 1 klasse : weer aan het werk.



Grafiek 1

De slachtoffers waren voor 65% arbeider, 19% waren bedienden of kader, 9% interim, leercontract en 7% waren zelfstandigen.

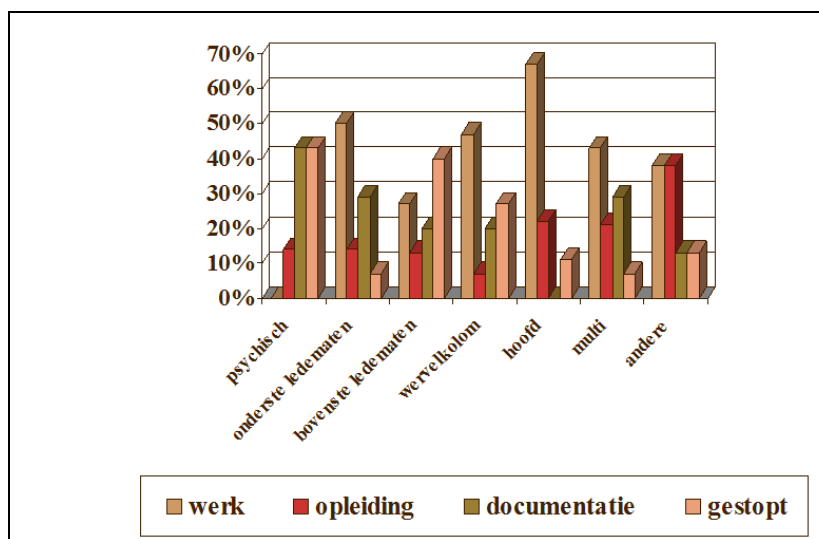
2.2 Factoranalyse

2.2.1 Invloed van het letsel.

De letsels werden ingedeeld in 7 categorieën :

1. de psychische letsels, hier gaat het dan over louter psychische problemen. Die kunnen dan bijvoorbeeld het gevolg zijn van roofovervallen, persoonlijke problemen, ...
2. de letsels van de onderste ledematen, zijn letsels aan voeten, knieën tot en met het in een rolstoel terecht gekomen zijn van de patiënt
3. de bovenste ledematen, zijn hand- of armamputaties
4. letsels van de wervelkolom, we spreken dan meestal over laesies
5. letsels aan het hoofd
6. bij multitraumata komen verschillende voorheen genoemde categorieën aanbod
7. andere, meestal letsels aan de zintuigen.

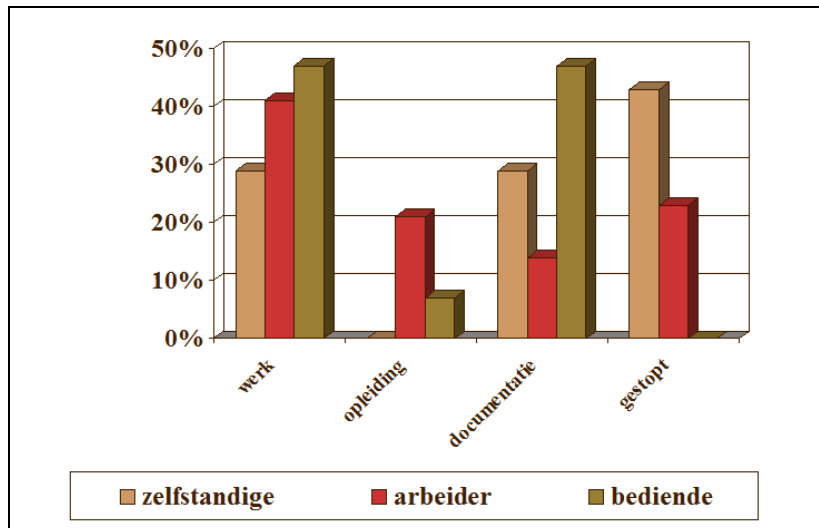
De invloed van het letsel is weergegeven in grafiek 2. Hierin valt op dat voor louter psychische letsels zonder fysiek letsel (hoofdtraumata) er geen enkel slachtoffer weer aan het werk kon gebracht worden. Voor wat betreft de fysieke letsels was het verschil in percentage van patiënten die weer aan het werk gingen niet echt relevant. Hetzij dat de hoofdletsels enigszins uitspringen in de positieve zin. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de groep hoofdletsels ook ondermeer letsels als whiplash, gehoorletsels ed. werden opgenomen, letsels die een verder professioneel leven wat minder hypothekeren. Een ander element dat blijkt aan letsels van de bovenste ledematen aanleiding geven tot een moeilijker professionele reïntegratie.



Grafiek 2

2.2.2 Invloed van de beroepscategorie.

Bij bedienden slaagt blijkbaar het grootste gedeelte om het werk te hervatten. Lukt dit niet, dan kiezen ze meestal niet voor opleiding maar gaan ze op eigen benen verder met de nodige documentatie als doorverwijzingen. In onze ervaring heeft nog geen zelfstandige gekozen voor een nieuwe opleiding. Deze categorie geraakt ook het moeilijkst van de drie terug aan het werk. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bij zelfstandigen het meestal gaat over meer gecompliceerde dossiers met complicaties.



Grafiek 3

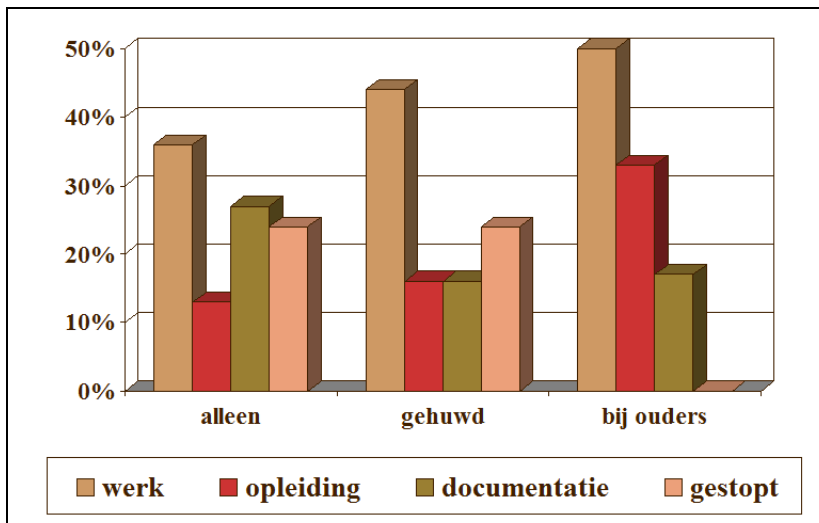
2.2.3 Invloed van de tijd verlopen tussen het ongeval of het trauma en de opstart van de begeleiding.

Er is een vrij eenduidige vermindering van de kans op hertewerkstelling naarmate de tijd verloopt tussen het ongeval of trauma en de start van de begeleiding. De spiegel hiervan ziet men ook in een ondubbelzinnige stijging van het aantal dossiers dat moest gestopt worden naarmate de tijd verstreek. De verklaring hiervoor kan gevonden worden in volgende observatie:

Vlak na het bekomen van een beperking, heeft het slachtoffer over het algemeen een zelfbeeld van een actieve persoon. Op een bepaald ogenblik zakt het zelfbeeld als actieve persoon naar een meer passief zelfbeeld. Al naargelang het geval ligt dit kantelpunt dikwijls tussen de zes maanden en het jaar. Het hoeft geen verder betoog dat een actief zelfbeeld een enorme troef is, terwijl een beeld van zich geschikt te hebben in een meer passieve rol zondermeer heel wat "motivatiwerk" vereist.

2.2.4 Invloed van de persoonlijke situatie

Ook de invloed van het geslacht en de persoonlijke situatie werd nagegaan. In grafiek nr. 7 kan vastgesteld worden dat iets minder vrouwen terug aan het werk gingen of een opleiding starten dan mannen. Wat betreft de invloed van het feit of het slachtoffer alleen woont, samenwoont of gehuwd is dan wel nog bij zijn ouders woont kan men observeren dat diegene die nog bij hun ouders wonen gemakkelijker weer aan het werk gaan of in een opleiding stappen. Blijkbaar is de invloed van ouders die overtuigd zijn en die een stimulerend effect hebben belangrijk in dit geval. Ook dergelijke invloed kan geobserveerd worden bij personen die samenwonen met een partner.



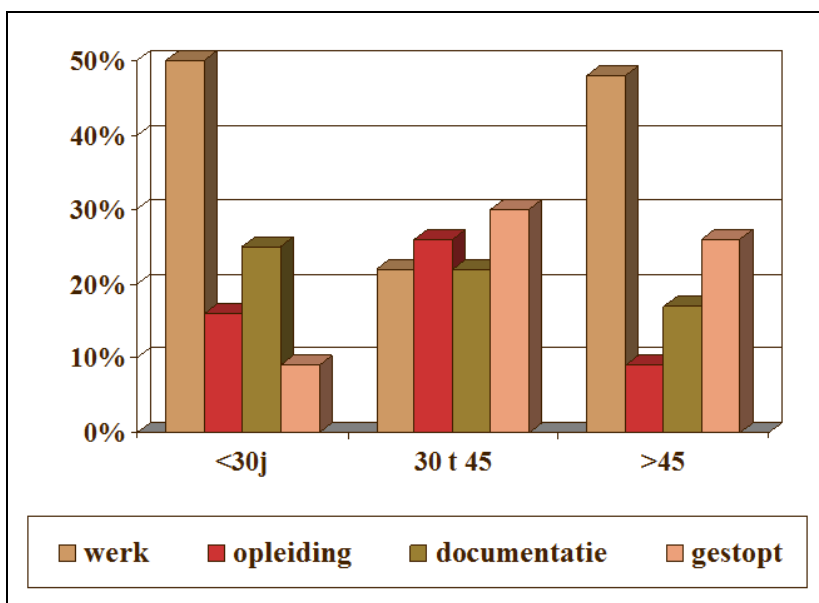
Grafiek 4

2.2.5 Invloed van de leeftijd

De slachtoffers worden ingedeeld in drie leeftijdscategorieën :

1. beneden de 30 jaar
2. tussen 30 en 45 jaar
3. ouder dan 45 jaar

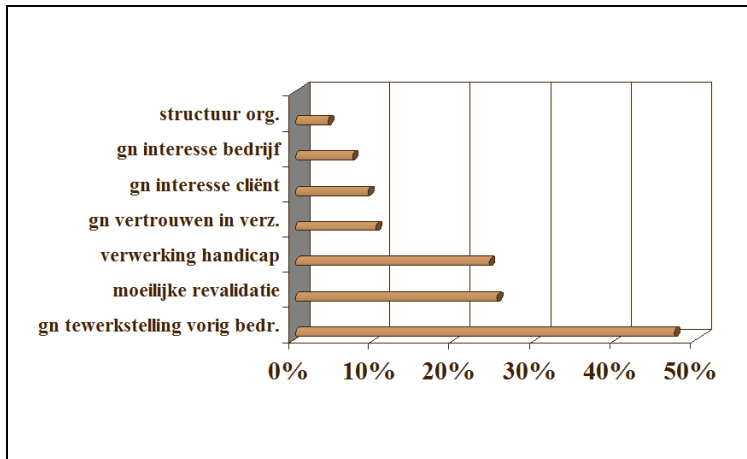
Interessant om zien is dat vooral de oudste categorie eerder terug aan het werk zal gaan, terwijl de categorie tussen 30 en 45 jaar eerder zal kiezen voor een opleiding en een nieuwe wending te geven aan het leven. (grafiek 5)



Grafiek 5

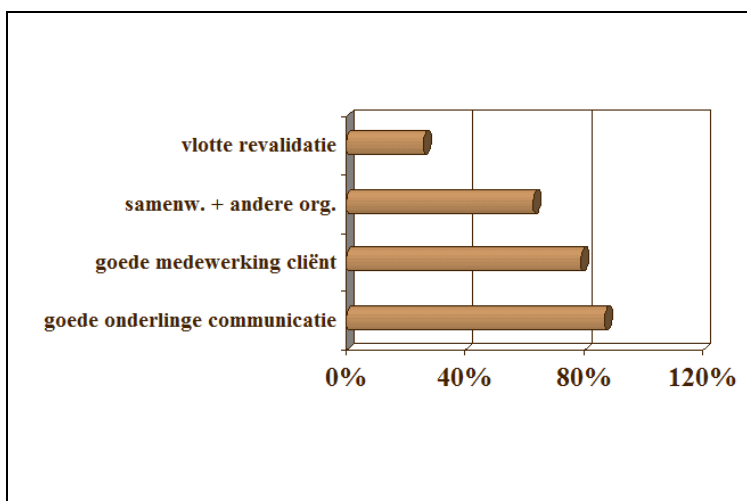
2.3 Knelpunten en succesfactoren

Ook werd nagegaan welke factoren konden bijdragen tot het succes dan wel welke factoren een knelpunt vormde. Een belangrijk knelpunt is dat er geen tewerkstelling meer is bij de vorige werkgever. In 50% van de gevallen waar een slachtoffer niet terug aan het werk kon was dit een knelpunt. Verwerking van de handicap en een moeilijke revalidatie komen hier respectievelijk op de derde en tweede plaats terecht. Andere belangrijke knelpunten zijn het gebrek aan vertrouwen in de verzekering, het gebrek aan interesse van de cliënt of het gebrek aan interesse in het bedrijf.



Grafiek 6

Langs de andere kant werd dus nagegaan welke factoren belangrijk waren in een succesvolle reïntegratie. De goede onderlinge communicatie tussen ACT, de verzekeraar en het slachtoffer was in meer dan 80% van de gevallen hier cruciaal. Ook een goede medewerking van de cliënt is uiteraard van belang. De samenwerking met andere organisaties, hetzij opleidingsinstellingen, hetzij het bedrijf waar het slachtoffer tewerkgesteld was voorheen, is een belangrijke succesfactor. Ten slotte dient hier ook een vlotte revalidatie vermeld te worden.



Grafiek 7

2.4 Conclusies

Uit deze verwerking van de resultaten van acties die de jongste 3,5 à 4 jaar door ACT werden gevoerd konden een aantal conclusies worden getrokken. Vooraf moet echter gesteld worden dat het hier uiteraard gaat om een beperkte populatie, tzt. deze slachtoffers waarvoor de problematiek dusdanig was dat de maatschappijen ervoor gekozen hebben om een consultant in te schakelen voor de professionele reïntegratie van het slachtoffer. De belangrijkste succesfactor lijkt wel het tijdig opstarten van de begeleiding. De kans om een slachtoffer weer te werk te stellen indien de begeleiding wordt gestart na een jaar valt van meer dan 50% tot ongeveer 30%. In tegenstelling tot wat men a priori zou kunnen denken leert de studie dat er het verschil tussen de verschillende letsels niet zeer significant is behalve dan voor psychische letsels. Het belang van de stimulans van de naastbestaanden weegt over het algemeen positief door in de kansen op succes. Het mede motiveren van partner of ouders is dan ook een belangrijk aandachtspunt. Ten slotte wijst de studie ook uit dat voor elke leeftijdsklasse een begeleiding de moeite loont, zij het dat het resultaat voor verschillende leeftijdscategorieën wel anders kan zijn.

3 Droomscenario

In dit onderdeel staan we even stil bij hetgeen zowel uit de wetgeving als uit de praktijk van reïntegratiebegeleiding voor ± 400 casussen kan afgeleid worden als we op zoek zijn naar een “ideale werkwijze”. We steunen hier op het economisch principe om in een dergelijk “ideaal” met zo weinig mogelijke inspanning van alle betrokkenen een zo positief mogelijk resultaat te bekomen in functie van de geformuleerde doelstellingen.

3.1 Wetgeving

We verwijzen voor dit onderdeel naar de bijdrage van mevrouw Blanpain en de heer Dillaerts, die reeds verduidelikten op welke wijze een verzekeringsmaatschappij binnen het kader van de krijtlijnen van onze wetgeving een beleid met betrekking tot reïntegratie van slachtoffers kan uitstippelen.

Het spreekt voor zich dat ook voor de begeleiding naar reïntegratie toe, deze wetgeving dient gerespecteerd te worden.

Maar er is meer.

Naast de wetgeving die van toepassing is op schaderegeling, is er voor personen die met een beperking terug de stap naar de samenleving moeten zetten, ook regelgeving die hen daarbij vanuit de sector welzijn kan helpen. We denken daarbij aan de inbreng van organisaties als het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap, het Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées,... waarvan U basisinformatie in de bijlage kan terugvinden.

Daarnaast zijn er allerhande lokale initiatieven die ondersteuning aanbieden aan personen die in de categorie “risicogroepen” op steun vanuit overheid en privé-initiatieven (vzw's,...) kunnen rekenen. De VDAB en ONEM kunnen op dat vlak op eigen regelgeving steunen om niet alleen zelf initiatieven te ontwikkelen, maar ook in samenwerkingsverbanden met andere initiatieven (zie hoger) een aanbod vorm te geven dat voor sommige van onze slachtoffers zeker interessant kan zijn.

Het zal niemand verbazen dat in dit zeer gevarieerde bos, waarin elke boom zijn eigen specifieke reglementjes heeft, het voor individuen niet gemakkelijk is om de weg te vinden. Ze zijn immers plots (door het opgelopen letsel) in deze situatie geplaatst en hebben het vaak moeilijk om het specifiek jargon te begrijpen, de vaak toch wel zeer specifieke redeneringen te volgen die aan sommige regels ten grondslag liggen, wijzigingen in regelgeving te interpreteren,.....

In de bijlage wordt een overzicht opgenomen van initiatieven die zich naar de doelgroep waarover we vandaag spreken richten, ook al hebben we zeker niet de bedoeling om volledig te zijn, daarvoor is het aanbod te divers en te dynamisch (initiatieven gaan en komen op maat van subsidieregelingen,....)

3.2 Tussen droom en daad staat

Alvorens we onze “scriptgirl” aan het werk willen zetten om een scenario voor een droomparcours uit te schrijven, kunnen we er niet aan voorbij dat er tussen de droom en de daad een aantal zeer reële obstakels voorkomen, die - zeker als ze genegeerd worden - op een zeer ingrijpende wijze het proces kunnen beïnvloeden.

We overlopen ze even van “macro-” naar “microniveau”.

- “talk of the town” (Maatschappelijke stereotiepen) We kennen allemaal het fenomeen dat een aantal stellingen over schadebeheer en schadevergoeding relatief hardnekkig bij het publiek aanwezig is, ook al is er slechts zelden een echte “grond” hiervoor. Dat wat de “goegemeente” denkt zal een rol gaan spelen bij individuen als ze slachtoffer worden van een ongeval en geen enkele andere informatie hebben om zich een beeld te vormen van wat hen zoal te wachten staat. Net zo kan er een stereotiep bestaan bij beoordeelaars van schade dat alle slachtoffers hun klachten maximaliseren,...ook bij hen (ons) is dergelijk stereotiepe ingesteldheid vaak oorzaak van misverstanden en een minder gunstige sfeer in de dossierafwikkeling.
- “its money that I want” (visie van adviseurs,... statuten en systemen) (boekje BOW). Heel wat adviseurs in de omgeving van slachtoffers zien het correct vergoeden als een van de meest belangrijke en derhalve na te streven doelen. Dit kan zelfs in die mate voorkomen dat het principe dat schadeherstel vooraf gaat aan schadevergoeding in de verdrukking komt te staan. De “gezonden” gaan uit van hun eigen percepties over “gekwetst zijn” . Vaak zien we dat de concrete ervaring van slachtoffers hun niet enkel oriënteert naar vergoeding (ook al heeft dat zijn belang) maar dat mensen meer begaan zijn met hun toekomstvisie of het feit dat ze daarin net geen perspectief meer zien,....
- “het water is veel te diep” (multidisciplinair werken tussen revalidatie en opvolging vanuit de maatschappij) De scharnierfunctie die een raadgevend geneesheer kan hebben in de opvolging van (arbeids)ongevallen wordt (nog) niet veel benut vanuit een eerder gecentreerd denken omtrent de eigen disciplines op zich. Kiné aan huis rapporteert wel, maar enkel op verzoek naar de raadgevend geneesheer; ook van psychologen die slachtoffers in behandeling hebben, is het niet evident om verslagen te bekommen,...Vaak gebeurt dit met de mededeling dat de behandelaars “hun patiënt geen schade willen toebrengen door foutief rapporteren” maar zien ze niet in dat niet rapporteren de raadgevend geneesheer soms belangrijke informatie onthoudt die in het voordeel van hun cliënt zou kunnen ingezet worden om het dossier en de reïntegratie vlotter te laten verlopen.
- “is er licht in de tunnel ?” (visie van behandelaars op begeleiding). In de behandelende sector is het ook vaak zo dat de verschillende deskundige artsen, therapeuten,.... de neiging hebben om hun patiënt te “beschermen” en stappen naar reïntegratie pas willen toelaten als er een duidelijk zicht bestaat op het afronden van de revalidatie-inspanningen.

Ze oordelen dan dat starten van een proces gericht op integratie pas kan als deze integratie zal afgewerkt zijn, en men een zicht kan hebben op het resultaat ervan. Dat het voor slachtoffers nuttig kan zijn om reeds snel na het ongeval te weten dat er hulp en steun kan bekomen worden, en er heel wat voorbereidend werk kan gedaan worden, wordt dan vaak als “inmenging” of “bedreiging” gezien.

- “no future” (geloof in planning, confrontatie met niet-kunnen, ontbreken van zicht op mogelijkheden). Voor het slachtoffer zelf is het zo dat het kunnen geloven in een plan dat zal worden gerealiseerd van zodra dit medisch toegelaten kan worden, vaak een belangrijke houvast vormt om mentaal niet aan de confrontatie met de beperkingen (en de frustraties die dat meebrengt) ten onder te gaan. Weten dat er hulp is om een nieuwe toekomst te bouwen, zal een steun vormen ook al kan men op dat moment nog niet invullen hoe die toekomst er zal kunnen uitzien.
- “E.T. friend ?” (tegenpartij of partner in schadebeperking en –beheersing ?) Slachtoffers komen in een voor hen onbekende situatie terecht en daardoor ontmoeten ze mensen waarover ze in de algemene stereotypen vaak op een eerder negatieve manier geïnformeerd worden. Het is niet zo moeilijk om vanuit dat standpunt te begrijpen dat ze inspecteurs, raadgevende geneesheren, begeleiders,... ervaren als “vreemde wezens” en dat ze soms wantrouwig reageren.
- “chercher la femme” (visie van naastbestaanden). Als een raadgevend geneesheer een slachtoffer in zijn kabinet ziet, is dat meestal zonder anderen die in het gesprek tussenkomen. De persoon in kwestie moet dan het verhaal overbrengen aan zijn naastbestaanden, en het spreekt voor zich dat hier een communicatieprobleem kan ontstaan. Wat de raadgevend geneesheer bedoelde en wat het slachtoffer begrepen heeft kan al verschillen, hoe hij dat overbrengt en wat de naastbestaanden daarvan begrijpen kan nog wat anders zijn. Als deze personen zich dan persoonlijk of telefonisch in verbinding stellen met de raadgevend geneesheer, kan daar veel onnodige ergernis bij te pas komen, die enkel ontstaat door communicatieve onduidelijkheden,... Als we eerder in de statistische verwerking zagen dat ouders een sterk stimulerende rol kunnen spelen, lijkt het niet zonder belang dat de raadgevend geneesheer deze mensen ook rechtstreeks in zijn communicatie betreft en hen steunt bij hetgeen ze voor hun kinderen kunnen betekenen.

3.3 Kritische succesfactoren

Uit de analyse van de statistische gegevens en op basis van onze praktijk over de jaren heen, komen de volgende succesfactoren naar voor :

1. Vlotte samenwerking tussen revalidatie en dossieropvolging met de raadgevend geneesheer als scharnier in dit proces geeft een helder beeld op de evolutie en de visies van betrokkenen in het dossier. Alhoewel het uitwisselen van gegevens niet altijd even vlot verloopt, is het toch vaak zeer belangrijk dat de raadgevend geneesheer niet alleen zicht heeft op de stand van zaken die gerapporteerd wordt, maar ook (en vooral) op de “randinformatie” die bij het revalidatieproces naar voorkomt (zie hoger). Welke visie heeft het slachtoffer, spant hij zich in of is hij wanhopig, ziet hij geen toekomst meer, neigt hij naar neerslachtigheid,... Wat leert de revalidatie uit de contacten met familie en naastbestaanden. Zijn zij een stimulans of delen zij de wanhoop,...? De momenten dat

de raadgevend geneesheer in contact is met het slachtoffer kunnen immers zeer interessant aangevuld worden met de visies van de revalidatie op het “continuüm” van het presteren van de betrokkene zoals zij hem ervaren.

2. Duidelijke communicatie vanuit de raadgevend geneesheer reeds bij een eerste contact met het slachtoffer, kan geruststellend werken en een elementaire aanzet vormen om voor deze éne persoon (zoals elk slachtoffer zichzelf beleefd) duidelijk te maken dat de stereotiepen en percepties van de “goegemeente” niet op hem, in zijn situatie van toepassing hoeven te zijn. Een goed "partnership" tussen schadebeheer en slachtoffer begint immers op twee plaatsen :
 - Adequaate en soepel contact tussen administratie, inspectie van de maatschappij en slachtoffer
 - Contact tussen slachtoffer en raadgevend geneesheer met oog voor duidelijkheid, respect voor beroepsgeheim en een concrete visie op ondersteuning daar waar het nodig is.
3. De sturing die een raadgevend geneesheer aan een dossier kan geven, vooral door middel van contacten met collega's in de behandeling, contacten met collega's arbeidsgeneesheren kan van doorslaggevend aard zijn om een werkhervatting te doen slagen of mislukken. De andere artsen zijn vaak niet vertrouwd met de specifieke elementen in verzekeringswetgeving, en het risico bestaat dat deze onwennigheid hen ertoe aanzet om geen initiatieven te nemen die ze voor andere “ongeschikten” wel organiseren. De raadgevend geneesheer kan hier als “instructor” zijn collegae informeren en als mentor in het proces fungeren, vanzelfsprekend met respect voor ieders rol en waardigheid in het totale proces en rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen die de wetgever oplegt.
4. Concrete opvolging van het evolutieproces van de letsels, door “kort op de bal” te spelen en slachtoffers voldoende vaak te zien. Op dat moment kan immers “weerwerk” geboden worden tegen de stereotiepen waaraan slachtoffers toch steeds weer bloot staan, kan verheldering gegeven worden, kunnen afspraken naar andere partijen in het dossier (revalidatie, bedrijfsleven,...) doorgestuurd worden (via de geëigende kanalen) en kan op die manier door de raadgevend geneesheer zijn rol van “regisseur” of kapitein in de reïntegratie duidelijk gespeeld worden.
5. Ook met betrekking tot de inzet van “externe begeleiders” heeft de raadgevend geneesheer eenzelfde sturende rol, die - als ze goed wordt ingevuld - een absolute meerwaarde inhoudt. De psycholoog, ergotherapeut, inspecteur, kinesitherapeut, en anderen die worden ingeschakeld om het slachtoffer bij te staan bij die aspecten die door de raadgevend geneesheer al problematisch beoordeeld worden, hebben heel wat steun aan een helder verslag van de raadgevend geneesheer, waarin zijn visie op de huidige situatie en zijn prognose op vlak van reïntegratie duidelijk vermeld staan. Overleg met de raadgevend geneesheer kan voor deze mensen een sturing geven aan hun handelen en een concrete meerwaarde inhouden omdat ze dan zicht hebben op hetgeen door de raadgevend geneesheer als haalbaar geacht wordt en hen tegelijkertijd

ook van bijkomende informatie kunnen voorzien, waardoor de evolutie van het reïntegratieproces door de raadgevend geneesheer van zeer nabij kan gevolgd en bijgestuurd worden. De raadgevend geneesheer vormt in feite hier een “spilfiguur” die de overige disciplines in het begeleidingsdossier instrueert en bijstuurt naargelang het proces evolueert en de stappen naar reïntegratie meer duidelijk vorm en inhoud krijgen.

3.4 Script voor het droomscenario

Stappenplan dat als “ideaal” kan gezien worden om een slachtoffer te evalueren en een evolutie proces naar reïntegratie in te vullen :

1. Bij de eerste signalen van een ongeval (aangifte,..) neemt de dossierbeheerder contact met het slachtoffer en neemt met hem door op welke wijze de maatschappij hem zal bijstaan, inclusief de ondersteuning bij het medisch en functioneel herstel en de stap naar de samenleving als de revalidatie aan afronding zal toe zijn.
2. Zo spoedig mogelijk na het ongeval ziet de raadgevend geneesheer het slachtoffer en neemt met hem door wat hij van de schaderegeling kan verwachten (administratief, basisprincipes,...). De raadgevend geneesheer geeft aan welke zijn rol is en op welke wijze hij bij het vorderen van het herstel meer en meer de nadruk zal kunnen leggen op reïntegratie.
3. Reeds van bij de eerste fase van het revalidatieproces wordt in overleg met de behandelaars stilgestaan bij de opbouw van vaardigheden die voor reïntegratie nodig zullen zijn. Dergelijk pro-activen aanpak richt het denken van de patiënt en de behandelaars reeds naar de toekomst, hoe onzeker die ook mag zijn en wel zeer specifiek in functie van hetgeen zal kunnen gedaan worden als de restcapaciteiten in kaart gebracht kunnen worden.
4. Voorbereidend werk op mentaal, fysiek en psychisch vlak wordt gericht naar visies van betrokkene en zijn naastbestaanden omtrent de rol die hij na het afronden van de revalidatie in de samenleving nog kan en wil spelen. Wat kan hij, wat wil hij, hoeveel heeft hij ervoor over omdat te realiseren,... ? Deze vragen moeten aangebracht worden op een wijze die voor de schadelijder en zijn naastbestaanden begrijpelijk zijn en niet bedreigend of op eenzelfde lijn met de stereotiepen die hij reeds kent; het is net de bedoeling om hem duidelijk te maken dat in zijn geval deze stereotiepen niet van toepassing zullen zijn, dat alle betrokkenen van plan zijn om de zorg voor de afwikkeling van de schade met de hoogst mogelijke zorg voor kwaliteit in dienstverlening in te vullen.
5. Begeleiding start op binnen de zes maanden na het ongeval en er is tijd om met de betrokkene en zijn naastbestaanden een goede relatie op te bouwen, die als basis voor concrete acties zal dienen van zodra het slachtoffer daar medisch en functioneel aan toe zal zijn.
6. Overleg met revalidatie en behandeling geeft aanleiding tot een goed gestoffeerd “startsignaal” dat als dusdanig ook door de raadgevend geneesheer wordt omschreven en van sturing wordt voorzien.

7. Via regelmatige rapportage en overlegmomenten volgt de raadgevend geneesheer hetgeen in het dossier aan evolutie.....

4 Happy end ?!

Het zou natuurlijk voortreffelijk zijn als in elk dossier voor alle partijen er tot een happy end zou kunnen gekomen worden, waarin het slachtoffer tevreden is van hetgeen uiteindelijk in zijn dossier gebeurd is, waarin de raadgevend geneesheer tevreden is van het verloop van de medische en functionele afhandeling en de verzekeraar gelukkig kan zijn met de resultaten in de schaderegeling. Uiteindelijk is dat de doelstelling van hetgeen in een actief schadebeheer aan inspanningen geleverd wordt door alle betrokkenen.

Jammer genoeg duiken daarbij soms stoorzenders op die we in dit onderdeel naar voor probeerden te brengen, omdat we ervan overtuigd zijn dat het kunnen (h)erkennen van een knelpunt de eerste stap vormt om ze te kunnen elimineren of alleszins hun effect ervan op het schadebeheer te beperken.

Natuurlijk is ook een doordachte aanpak essentieel vanuit die mensen voor wie het schadebeheer een deel uitmaakt van hun deskundigheid ten opzichte van die mensen die "nieuw en ongewenst" in deze situatie terecht komen. Respect voor de spelregels op formeel (zie de bijdrage van mr. Callens, dr. Dhollander en dr. Tricot) en op informeel (zie de bijdrage van dhr. Hubain en mevr. Blanpain) vlak zijn zonder meer essentieel om tot een vlotte afwikkeling en een "happy ending" te kunnen komen. Zoals dr. Vanderbruggen ook aangeeft, is daarbij de houding die mensen aannemen, hun visie ten opzichte van het geheel van groot belang om een "strijd tot het bittere einde" om te vormen tot een overleg tussen partners die éénzelfde doel nastreven : een correcte schaderegeling met een optimale reïntegratie zodat het leven van het slachtoffer en zijn naastbestaanden hen (opnieuw) kwaliteit kan bieden, ook al heeft die dan soms een andere "kleur" dan voorheen.