

# Arbeidsre-integratie: hoe kan het beter?

Casestudie betreffende aanbevelingen voor een optimale re-integratie vanuit de visie van een ergotherapeut

---

**Opleiding: Bachelor Ergotherapie**

**Academiejaar: 2020-2021**

**Klaudia Jasinska  
Inge van Eupen  
Nikolaj Bassel **

# Samenvatting

De meerwaarde en rol van arbeid in het leven van de mensen wordt in verschillende literatuur aangehaald. Het maakt deel uit van ons dagelijks leven, maar bepaalt ook wie we zijn als persoon en wat ons energie geeft. Toch zijn de cijfers in verband met arbeidsongeschiktheid in België niet optimaal en merken we dat personen nog te lang uitvallen. Het doel van deze bachelorproef is om knelpunten binnen arbeidsre-integratie op te sporen en daar aanbevelingen rond te formuleren voor het werkveld. Hiervoor werd de volgende onderzoeksvraag opgesteld: Hoe verloopt de huidige re-integratie in België en wat zijn de knelpunten? Welke aanbevelingen kunnen geformuleerd worden en wat is de inbreng van de ergotherapeut bij dat proces?

Dit wordt gedaan aan de hand van een case studie binnen VDAB en aanvullend gesprekken met alle betrokken actoren binnen de professionele re-integratie. Verder wordt er ook contact gelegd met de mutualiteiten en de adviserend artsen binnen De VoorZorg, daar wordt één keer per week stage gevolgd. In het algemeen wordt er getracht om zoveel als mogelijk in het werkveld bij verschillende personen mee te volgen om een totaal beeld van re-integratie te verkrijgen.

De aanbevelingen worden geformuleerd op micro-, meso- en macroniveau. Er wordt gezocht naar knelpunten en bekeken hoe deze opgelost kunnen worden, dit wordt aangevuld met literatuur. Tijdens de stage en aan de hand van contact met verschillende actoren bleek dat er veel nood is aan een betere communicatie en duidelijke informatie. Al snel bleek dat re-integratie een heel complex proces is dat een goede samenwerking vraagt. Dat goed en effectief samenwerken ontbreekt op dit moment soms nog. Verder wordt ook de timing bekeken wanneer er best stappen naar werk gezet kunnen worden en wordt er op beleidsniveau gekeken wat er kan veranderen. Om een overzicht te verkrijgen kan men een ideale tijdslijn raadplegen waar alle aanbevelingen op een lijn gezet worden.

Aan de hand van deze bachelorproef kan men concluderen dat er nog zaken zijn die optimaler zouden kunnen verlopen. Re-integratie is een onderwerp dat nu veel aandacht krijgt, ook in de politiek. Deze aanbevelingen kunnen daarom ook gebruikt worden om een optimaler beleid te ontwikkelen. Het doel van alle betrokken actoren binnen re-integratie is om meer mensen op een werkbare manier terug aan het werk te krijgen. Om dit te bereiken moet een re-integratietraject eenvoudiger en effectiever verlopen. Op dit moment wordt er nog vaak te laat gestart en te gefragmenteerd gewerkt. De geformuleerde aanbevelingen geven een blik op hoe dit zou kunnen veranderen. In de toekomst dient dit nog meer in praktijk bekeken te worden en is er hiervoor een intensieve samenwerking nodig met alle betrokken actoren.

# Abstract

The added value and role of labor in the life of people is cited in various literature. It is a part of our daily life, but it also determines who we are as a human being and what gives us energy. Nevertheless, the figures for incapacity for work in Belgium are not optimal and we notice that people still drop out for too long. This is due to several causes, but it also has some major consequences. The goal of this bachelor's thesis is to detect bottlenecks within work reintegration and to formulate recommendations for the professional field. The research question from which they started is as follows: "What is the current reintegration progress in Belgium and what are the bottlenecks? Which recommendations can be formulated and what is the input of the occupational therapist in that process?"

This is done on the basis of a case study within VDAB and additional interviews with all actors who are involved in professional reintegration. One case is regularly followed by a mediator within VDAB. In addition, contact is also made with the health insurance funds and the advising doctors within De VoorZorg, where an internship is followed once a week. In general, an attempt is made to follow as much as possible in the professional field with different people in order to obtain a total picture of reintegration. Interviews are also held with employees who are on disability and with various actors to obtain their vision and opinion. The recommendations are formulated at micro, meso and macro level. A search is made for bottlenecks and how they can be resolved. Additionally, literature is being sought for to substantiate this. During the internship and based on contact with various actors, it appeared that there is a great need for better communication and clear information. It soon became apparent that reintegration is a very complex process that requires a good cooperation. Good and effective cooperation is sometimes still lacking now. Furthermore, the timing is also examined when it is best to take steps towards work and it is examined at policy level what can change. To obtain an overview, one can consult an ideal timeline where all recommendations are noted.

Based on this bachelor's thesis, it can be concluded that there are still things that could be more optimal. Reintegration is a topic that is now receiving a lot of attention, also in politics. These recommendations can therefore also be used to develop a more optimal policy. The goal of all actors involved in reintegration is to get more people back to work in a workable way. To achieve this, a reintegration process must be simpler and more effective. At the moment, people often start too late and work too fragmented. The formulated recommendations provide a glimpse of how this could change. In the future, more needs to be done in practice and this requires intensive cooperation with all actors involved.

# Inhoud

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>1</b>
1.1	De hoge maatschappelijke nood naar een betere re-integratie .....	1
1.2	Het re-integratietraject in een notendop met belangrijke actoren.....	3
1.3	Toelichting van de kernbegrippen .....	9
1.4	Inbreng van de ergotherapeut binnen het re-integratieproces .....	10
1.5	Aandeel locomotorische- en psychosociale aandoeningen .....	12
1.6	Outcome .....	14
<b>2</b>	<b>Methode</b> .....	<b>15</b>
2.1	Samenwerking met actoren.....	15
2.1.1	Case 1 .....	16
2.1.2	Andere actoren.....	16
2.2	Doelgroep .....	16
2.3	Weergave van de aanbevelingen.....	17
<b>3</b>	<b>Resultaten</b> .....	<b>18</b>
3.1	Aanbevelingen op microniveau .....	18
3.1.1	Vroeger en meer in de eerste lijn starten met professionele re-integratie.....	18
3.2	Meer vetrekken van mogelijkheden in plaats van beperkingen.....	19
3.3	Aanbevelingen op mesoniveau .....	20
3.3.1	Duidelijkheid creëren en afstappen van gefragmenteerde informatie .....	20
3.3.2	De begeleiding beter afstemmen op de werknemer.....	22
3.3.3	Het betrekken van de werkgevers .....	23
3.4	Aanbevelingen op macroniveau .....	24
3.4.1	Vervangen van het woord “invaliditeit” .....	24
3.4.2	Focus referentieberoep .....	25
3.4.3	Optie afbouwend progressief werken .....	25
3.5	Ideale tijdslijn .....	26
<b>4</b>	<b>Discussie</b> .....	<b>27</b>
4.1	Een antwoord op de onderzoeksvragen .....	27
4.2	Resultaten tegenover de literatuurstudie .....	27
4.3	Wat met de ergotherapeut binnen re-integratie? .....	28
<b>5</b>	<b>Conclusie</b> .....	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>Referenties</b> .....	<b>31</b>

<b>7</b>	<b>Tabellen en figuren .....</b>	<b>36</b>
<b>8</b>	<b>Bijlagen.....</b>	<b>37</b>
8.1	Leidraad gesprek arbeidsongeschikte werknemers .....	37
8.2	Leidraad gesprek met verschillende actoren .....	39

# Voorwoord

Deze bachelorproef is een mooie afsluiter van mijn drie jaar durende opleiding Ergotherapie aan de Artesis Plantijn Hogeschool. Voor mij, en hopelijk voor veel anderen is het een uitermate mooi voorbeeld hoe een ergotherapeut op zoveel verschillende vlakken een meerwaarde kan bieden in het leven van de mens. Voor het begin van de stage was ik persoonlijk al erg geboeid door arbeid en de rol ervan op het leven van de mens. Nadat deze erg boeiende stage bij VDAB is afgerond en het uitschrijven van deze bachelorproef tot een einde is gekomen, is de interesse nog groter en hoop ik om u als lezer een boeiende leeservaring te bieden.

Dit werk zou geen succes zijn zonder de hulp van een aantal personen. Daarom wil ik nu even de tijd nemen om hen van harte te bedanken. Eerst en vooral wil ik mijn externe promotor en stagebegeleider Nikolaj Bassel  bedanken voor al de kennis en passie over en rond arbeidsre-integratie dat hij mij heeft aangebracht. Zijn begeleiding was een onmisbaar puzzelstukje om deze bachelorproef af te ronden. Daarnaast gaat mijn dankbaarheid uit naar mijn interne promotor Inge van Eupen voor alle handige tips en hulp dat ik van haar gekregen heb gedurende dit jaar. Dankzij haar heb ik prioriteiten leren stellen en het overzicht leren behouden.

Verder wil ik Karolien Mermans van De VoorZorg en Ann Rens van het BeBack project bedanken voor de interessante aanvulling op mijn stage. Dankzij hen heb ik een volledig beeld kunnen verkrijgen over arbeidsre-integratie. Ook zou ik al het personeel van VDAB en De VoorZorg willen bedanken voor alle interessante gesprekken die ik met hen kon meevolgen en voeren. Dankzij hen kreeg ik een zeer realistische blik op re-integratie en heb ik mijn kennis sterk kunnen uitbreiden. In het bijzonder wil ik Kris Nolmans van VDAB bedanken voor het vertrouwen om één van haar cases zo nauw mee te mogen opvolgen. Dit had een zeer positieve invloed op de uitwerking van mijn bachelorproef. Als laatste wil ik ook het thuisfront en mijn partner bedanken voor de mentale steun en het nalezen van mijn werk.

Beste lezer, ik wens u erg veel leesplezier. Hopelijk zal dit werk u inspireren en zal de passie die ik heb ontwikkeld voor deze materie ook uw interesse aanwakkeren.

# 1. Inleiding

De PICO die werd opgesteld voor deze bachelorproef luidt als volgt:

P: Personen met psychosociale en/of locomotorische aandoeningen

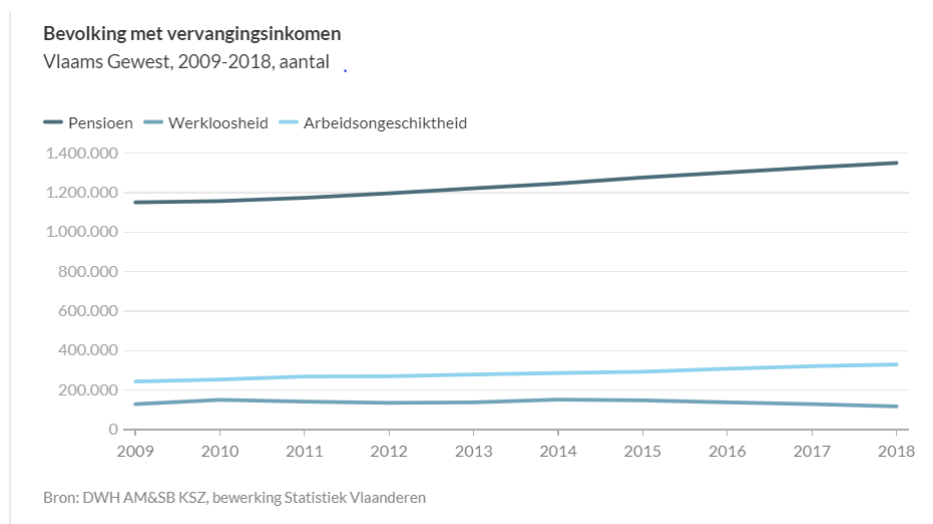
I: Een casestudy ontwikkelen met verduidelijking van de inbreng van de ergotherapeut binnen het re-integratieproces om deze te optimaliseren

C: /

O: Re-integratie in het werkveld in kaart brengen en optimaliseren d.m.v. opvolging van een case en opstellen van aanbevelingen

## 1.1 De hoge maatschappelijke nood naar een betere re-integratie

Arbeidsparticipatie speelt een zeer belangrijke rol in het leven van de mens en toch merken we dat de cijfers rond arbeidsongeschiktheid niet optimaal zijn. Dit zowel in België als ook in de andere landen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OCED). De cijfers van ziekteverzuim in België zijn zowel voor arbeiders als voor bedienden in de periode tussen 2011 en 2016 met 0,36% gestegen (FOD Sociale Zekerheid, 2019). In 2019 waren er 818.000 arbeidsongeschikten in Vlaanderen. Dit wordt verder aangetoond aan de hand van onderstaande grafiek, zoals men kan zien gaan de cijfers van arbeidsongeschiktheid in een stijgende lijn (Departement Kanselarij en Buitenlandse zaken, 2020). Wat betreft de langdurig arbeidsongeschikten (langer dan een jaar) zijn ook deze cijfers vrij hoog. Uit gegevens van het RIZIV blijkt dat er in België op 31 december 2019 in totaal 420.504 loontrekkende invaliden waren en 27.363 invaliden als zelfstandige (RIZIV, 2020).



Figuur 1: Cijfers arbeidsongeschiktheid

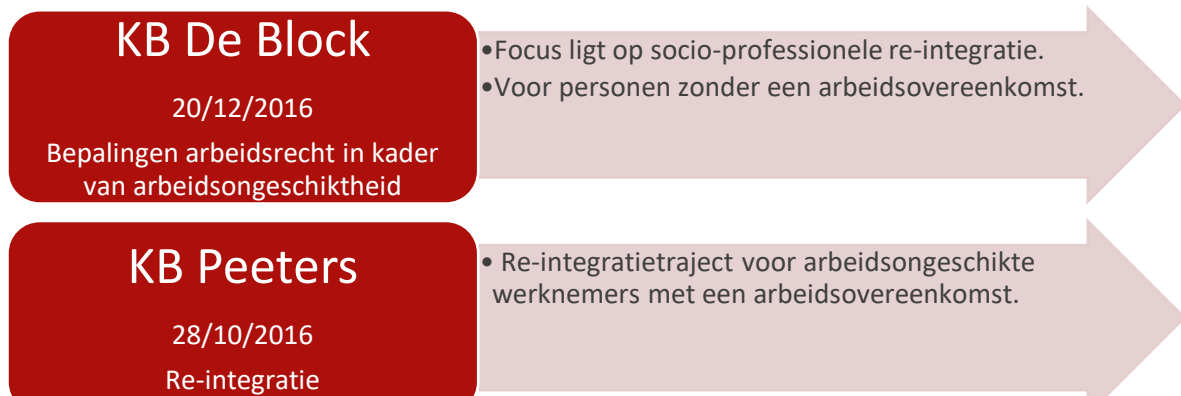
Dit is geen goed teken als we kijken naar het belang van arbeidsparticipatie in het leven van de mens. Mensen die arbeidsongeschikt zijn ondervinden hiervan gevolgen op zowel psychisch-, sociaal-, lichamelijk- als maatschappelijk vlak. Naast de gevolgen van langdurige arbeidsongeschiktheid op de werknemer, zijn er ook de gevolgen voor de werkgever en de maatschappij. Men moet opmerken dat langdurige arbeidsongeschiktheid zorgt voor de verdieping van deze gevolgen (Schaafsma et al., 2015). Werken kan ook een sleutelement zijn voor de genezing, het draagt bij tot (sociaal) herstel. Het is bewezen dat inactiviteit de gezondheid van mensen aantast. Wanneer mensen werken bevordert dit hun herstelproces, maar wel op voorwaarde dat het werkbaar werk is (Commissie Diversiteit, 2020). Ook de identiteit kan negatief beïnvloed worden als men langdurig arbeidsongeschikt is. Daarnaast is arbeid ook zeer betekenisvol voor de persoonlijke ontwikkeling en ontplooiing. Hoe sneller arbeidsongeschikte personen terug aan het werk kunnen, hoe beter dit is voor ons socialezekerheidsstelsel en voor hun herstelproces. Uit onderzoek van FOD Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg (2018) blijkt dat: "Hoe langer iemand afwezig is, hoe kleiner de kans dat het werk succesvol hervat wordt bij dezelfde werkgever. De kans op werkhervatting daalt met 50% indien men meer dan 3 maanden arbeidsongeschikt is. Hoe langer een werknemer afwezig is, hoe minder ook het initiële medische gezondheidsprobleem bepalend is voor werkhervatting. Psychosociale factoren, de werkomgeving en de arbeidsomstandigheden spelen gaandeweg een grotere rol: leeftijd, collega's, sociale steun, fysiek of psychisch belastende functie, ondernemingsklimaat, contact met de werkomgeving,..." (FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2018). Tijdig aandacht besteden aan opstartmogelijkheden en een goed verloop van het re-integratieproces is daarom van cruciaal belang, dit om mensen weer vlugger aan het werk te krijgen en de stijgende cijfers van arbeidsongeschiktheid terug te dringen. Verder biedt het ook een gedeeltelijke oplossing voor de krapte op de arbeidsmarkt (Pacolet & De Wispelaere, 2016).

Ondanks al deze zaken die het belang van een optimale opstart van een re-integratietraject aantonen, merken we dat dit in België een zeer complex proces is. De complexiteit ervan kan verklaard worden door het groot aantal actoren die een invloed hebben op dit proces, maar ook door de verscheidene administratieve en praktische maatregelen die eraan verbonden zijn. Onvoldoende overleg tussen de verschillende actoren bemoeilijkt de voortgang van arbeidsre-integratie (Godderis, Mylle & Dubois, 2017). Al deze factoren tonen de relevantie van een re-integratietraject dat zo optimaal mogelijk moet verlopen en tonen ook onmiddellijk de relevantie van deze bachelorproef aan.



## 1.2 Het re-integratietraject in een notendop met belangrijke actoren

Zoals hierboven al vermeld spelen er bij re-integratie veel verschillende actoren een rol. Voordat deze actoren zullen worden toegelicht, wordt eerst aandacht gegeven aan twee Koninklijke Besluiten (KB's). Deze zijn belangrijk voor het formeel re-integratieproces (Informatie Vlaanderen, 2017) (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2016).

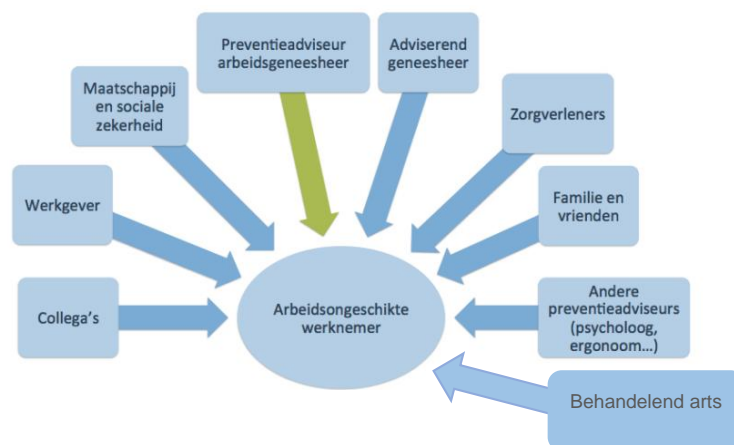


Figuur 4: KB De Block en Peeters

Wanneer een persoon arbeidsongeschikt valt moet men het “Getuigschrift van arbeidsongeschiktheid” invullen, dit wordt gedaan samen met de behandelend arts. Dit getuigschrift wordt dan bezorgd aan de adviserend arts van het ziekenfonds. Binnen arbeidsongeschiktheid spreekt men van: de periode van primaire arbeidsongeschiktheid (tijdens het eerste jaar) en de periode van invaliditeit (na het eerste jaar).

Naast het uitschrijven van het getuigschrift voor arbeidsongeschiktheid heeft de behandeld arts ook enkele andere belangrijke rollen. De behandelend arts gaat de diagnose stellen en begeleidt de patiënt in het leven met zijn aandoening (FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2018) (Bruneel & Dierckx, 2020). Deze arts heeft een belangrijke rol wat betreft een optimale opstart van het re-integratieproces. Indien de behandelend arts zijn rol gaat beperken tot het uitschrijven van attesten en dus zal meegaan in het “ongeschiktheidsverhaal”, kan de re-integratie niet tijdig opgestart worden. Het succes ervan kan dan mogelijks beïnvloed worden. Het is dus belangrijk dat er naar een juist evenwicht gezocht wordt tussen het beschermen van de patiënt en het stimuleren, oplossingsgericht werken en adviseren. Binnen het re-integratietraject zijn er verschillende artsen die het proces gaan beïnvloeden. In totaal zijn er zeven artsen, een goede communicatie en uitwisseling van informatie is dus erg belangrijk (na toestemming van de werknemer) (Bruneel & Dierckx, 2020).

Wanneer men na een periode van arbeidsongeschiktheid terug volledig of gedeeltelijk het werk kan hervatten, zijn er enkele actoren die hier een rol in spelen. Aan de hand van de actoren wordt hieronder het proces van re-integratie voor personen met een arbeidsovereenkomst toegelicht. Wel moet er vermeld worden dat het re-integratieproces voor personen zonder een arbeidsovereenkomst anders kan verlopen en er dus andere actoren betrokken zullen worden. Aangezien er in de latere casestudy van deze bachelorproef voornamelijk gewerkt wordt met personen met een arbeidsovereenkomst, wordt enkel deze vorm van re-integratie uitgebreid beschreven. Hieronder volgt een schema als overzicht van alle betrokken actoren, waarna deze ook beschreven worden.



Figuur 5: Actoren

Het is belangrijk te weten dat het re-integratietraject opgestart kan worden door 3 actoren:

- De werknemer: vanaf de eerste dag arbeidsongeschiktheid
- De adviserend arts: na 2 maanden arbeidsongeschiktheid
- De werkgever na 4 maanden van arbeidsongeschiktheid

De werknemer wordt verwacht actief mee te werken aan zijn traject, waarbij hij moet aangeven welke situaties een negatief effect op zijn gezondheid en herstel (kunnen) hebben. Hij moet zorgen voor een goede communicatie met zijn werkgever, maar is ook bereid voor overleg met verschillende actoren. De werknemer speelt een cruciale rol binnen het re-integratieplan en -proces (Bruneel & Dierckx, 2020).

De werkgever is verantwoordelijk voor het naleven van de welzijnswetgeving. Binnen de welzijnswetgeving zijn er drie zaken belangrijk in kader van werkhervatting:

- Een intern werkhervattingsbeleid
- Individuele werkhervattingstrajecten
- Uitgewerkte re-integratieplannen

Binnen het re-integratie proces speelt de werkgever een belangrijke rol aangezien hij de werknemer persoonlijk kent, alsook zijn persoonlijke achtergrond. Hij kan hierdoor bepaalde situaties beter inschatten. Hierbij is het belangrijk dat hij de werknemer goed begeleidt vanaf de eerste dag van de ziekte, maar daarnaast voldoende overleg pleegt met de werknemer, arbeidsarts en collega's. Verder is het belangrijk dat de werkgever meewerkt aan de concretisering van het re-integratieplan. Het re-integratieplan wordt opgesteld door de arbeidsarts en de werknemer, maar de rol van de werkgever is eveneens cruciaal.

De werkgever kan ook helpen bij het tijdig signaleren van problemen die kunnen wijzen op ziekteverzuim. Hiervoor is de nodige opleiding en sensibilisering belangrijk (Bruneel & Dierckx, 2020).

Naast het aanvragen van het re-integratietraject heeft de adviserend arts enkele andere belangrijke taken. Deze taken kunnen we onderverdelen in drie belangrijke functies: een controlerende, adviserende en informerende functie (Bruneel & Dierckx, 2020). Hij gaat een beoordeling geven over de arbeidsongeschiktheid en of de werknemer recht heeft op een uitkering van het ziekenfonds. Daarnaast geeft hij advies rond werkhervatting. Deze arts kan een vraag indienen voor het opstarten van het re-integratietraject en begeleidt de werknemer bij de re-integratie (FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2018). Wanneer de adviserend arts gaat beoordelen of de re-integratie gestart kan worden zal hij de arbeidsongeschikte werknemer in één van de vier categorieën plaatsen:

- Categorie 1: werk spontaan hervatten (ten laatste tegen eind zesde maand)
- Categorie 2: men kan nog niet terug aan de slag (medische redenen)
- Categorie 3: men kan nog niet terug aan de slag (prioriteit aan diagnose of behandeling: her-evaluatie om de twee maanden)
- Categorie 4: terug aan de slag met voorwaarde van aangepast/ander werk

De adviserend arts is verbonden aan een mutualiteit. Er zijn 6 mutualiteiten:

- Christelijke mutualiteiten
- Neutrale mutualiteiten
- Socialistische mutualiteiten
- Liberale mutualiteiten
- Onafhankelijke mutualiteiten
- Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

(RIZIV, 2020)

Deze spelen ook een belangrijke rol tijdens de arbeidsongeschiktheid en re-integratie van de werknemer (FOD werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2018).

Nadat het verzoek voor re-integratie is ingediend door één van de hierboven beschreven actoren, zal de arbeidsarts zo snel mogelijk een onderzoek of overleg inplannen met de werknemer. De bedoeling is om de arbeidscapaciteiten te bepalen, na te gaan of de werknemer hetzelfde werk zal kunnen uitoefenen en welke aanpassingen er eventueel nodig zijn. Daarnaast is het belangrijk dat de arbeidsarts alle actoren hiervan op de hoogte brengt en overleg pleegt. Dit wordt gedaan om de mogelijkheden van re-integratie bij de huidige werkgever goed in beeld te brengen. Wanneer er sprake is van een opstart van een re-integratietraject zal de arbeidsarts de arbeidsmogelijkheden bekijken (ACV, 2019). Aan de hand hiervan kan de arbeidsarts 5 adviezen geven:

Advies	Wat?	Gekoppelde actie
Advies A	Tijdelijk arbeidsongeschikt met mogelijkheden tot tijdelijk aangepast of ander werk bij dezelfde werkgever.	Re-integratieplan wordt opgesteld door werkgever binnen 55 dagen.
Advies B	Tijdelijk arbeidsongeschikt maar zonder mogelijkheden tot tijdelijk aangepast of ander werk bij dezelfde werkgever.	Er wordt geen re-integratieplan opgesteld. De werknemer moet na een tijd geherevalueerd worden door de arbeidsarts. Mogelijkheid bestaat dat er in de toekomst wel aangepast werk noodzakelijk zal zijn.
Advies C	Definitief arbeidsongeschikt met mogelijkheden tot aangepast of ander werk bij dezelfde werkgever.	Re-integratieplan wordt opgesteld door werkgever binnen de 12 maanden.
Advies D	Definitief arbeidsongeschikt maar zonder mogelijkheden tot aangepast of ander werk bij dezelfde werkgever.	Met dit advies eindigt het re-integratietraject bij deze werkgever. Er kan overgegaan worden tot een ontslag wegens medische overmacht. De persoon kan dan niet meer bij dezelfde werkgever tewerkgesteld worden, bij andere werkgevers (ook als dat in dezelfde sector is) is dit wel mogelijk.
Advies E	Bij dit advies is het door de aandoening of medische redenen nog niet mogelijk om het re-integratieplan op te stellen.	Dit advies wordt na twee maanden geherevalueerd door de arbeidsarts.

Tabel 1: Advies arbeidsarts

Bij het opstellen van een re-integratieplan (advies A en C) kan de personeelsdienst of de HR-dienst ondersteuning bieden. Ze bieden ook administratieve ondersteuning (bv. bij de aanvraag van ondersteuningsmaatregelen of premies).

Hieronder worden kort hun taken overlopen:

- Ze stellen een verzuimregistratie op, maar ondersteunen de leidinggevende ook in het voeren van gesprekken met de zieke werknemer.
- De personeelsdienst moet up-to-date blijven over de mogelijkheden bij re-integratie en deelt dit ook mee aan de betrokken actoren.
- Ze beschikken ook over het re-integratiedossier en kunnen dit aanvullen.
- Ten slotte staan ze in voor het benoemen van een vaste persoon die zorgt voor regelmatige contacten tussen alle actoren binnen het re-integratieproces (Bruneel & Dierckx, 2020).

Naast al deze vrij formele actoren zijn er ook de collega's van de werknemer. Deze personen staan niet altijd op de voorgrond van het re-integratietraject en hebben daar niet altijd direct invloed op. Toch is het belangrijk dat ze genoeg en tijdig geïnformeerd worden over de gevolgen van de arbeidsongeschiktheid van hun collega's. Verder moeten ze ook op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de werknemer die terug het werk gaat hervatten, zodat er geen onrealistische verwachtingen ontstaan binnen het team. Verder spelen ze een belangrijke rol bij het onderhoud van de sociale contacten van de arbeidsongeschikte werknemer (Bruneel & Dierckx, 2020).

De actoren die hierboven beschreven werden zijn degene die bij elk re-integratietraject bij werknemers met een arbeidsovereenkomst aan bod komen. De actoren die hieronder beschreven worden zijn de actoren waar men enkel in bepaalde gevallen beroep op zal doen.

Eerst en vooral zijn er vier artsen die enkel in bepaalde gevallen een rol zullen spelen. De arts van de FOD sociale zekerheid komt enkel aan bod wanneer een burger een aanvraag indient voor een erkenning bij de FOD sociale zaken. Hij gaat beslissen over de erkenning van de (arbeids)handicap en kan attesten geven rond tegemoetkomingen. Deze arts voert hiervoor een medisch onderzoek uit. Hij gaat ook beslissen in welke mate de aandoening invloed heeft op activiteiten van het dagelijks leven (Bruneel & Dierckx, 2020). De arts van het RIZIV gaat een beslissing nemen over de erkenning van de arbeidsongeschiktheid. Hij zal in contact staan met de adviserend arts van het ziekenfonds. Met de arbeidsongeschikte werknemer is er enkel contact wanneer er een onderzoek door een derde arts moet gebeuren of bij een beroepsprocedure bij de arbeidsrechtbank (Bruneel & Dierckx, 2020).

De raadgevend arts van de verzekeringsmaatschappij werkt voor de verzekeringsmaatschappij en zal advies geven rond arbeidsongevallen, beroepsziekten en verkeersongevallen (Bruneel & Dierckx, 2020). De controlearts kan in opdracht van de werkgever de arbeidsongeschiktheid en duur ervan controleren. Nadien bezorgt hij een schriftelijke beslissing aan de werkgever (FOD werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2018). Het is niet de bedoeling dat de controlearts zal oordelen over de behandeling die de persoon voorgeschreven kreeg of de briefwisseling zal inkijken tussen de huisarts en de specialist (Bruneel & Dierckx, 2020).

Daarnaast zijn er ook de vakbondsafgevaardigden die instaan voor de ondersteuning van de communicatie, maar ook beschikken over informatie rond ondersteuningsmaatregelen en financiële gevolgen van een situatie. Daarnaast kunnen ze ook doorverwijzen naar andere gespecialiseerde diensten.

Ten slotte dient ook het syndicaal overleg vermeld te worden. Dit wordt georganiseerd door de ondernemingsraad (OR) en het comité voor preventie en bescherming op het werk (CPBW). Deze zijn niet in elk bedrijf aanwezig, maar de dialoog tussen werkgever en werknemer is erg belangrijk. De OR heeft de bevoegdheid om het arbeidsreglement aan te passen en houdt de uitstroom en langdurig verzuim in de gaten. Het CPBW gaat minimum één keer per jaar overleggen met de werkgever over aanpasmogelijkheden op het werk. Ze evalueren ook het re-integratiebeleid en schakelen indien mogelijk externe partners in. Ten slotte houden ze zich ook bezig met verschillende re-integratievraagstukken en kunnen dit naar collectief overleg verplaatsen (FOD werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2018) (Bruneel & Dierckx, 2020).

Gezien de complexiteit van het proces en het aantal actoren die een rol (kunnen) spelen, is empowerment van alle betrokkenen van cruciaal belang. Er moet dan ook voldoende aandacht geschonken worden aan het preventief te werk gaan. Alle actoren moeten hiervan het belang inzien en samenwerken om een mindswitch te bereiken op verschillende vlakken (Commissie Diversiteit, 2020).

### 1.3 Toelichting van de kernbegrippen

Opmerkelijk binnen de arbeidsre-integratie is dat er wordt uitgegaan van twee zeer ruime begrippen, die geen duidelijke en afgebakende definitie hebben: arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim. Naargelang we uitgaan vanuit het standpunt van het RIZIV, de ziekteverzekering en vanuit arbeidsrechtelijk begrip krijgen we een andere definitie van arbeidsongeschiktheid (FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2018).

RIZIV	Ziekteverzekering	Arbidsrechtelijk begrip
Ongeschiktheid om te werken ten gevolge van een ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname (RIZIV, 2019). Hierbij wordt vermeld dat de primaire ongeschiktheid minder dan een jaar duurt.	Volgens de ziekteverzekering betekent dit de stopzetting van alle (aan het beroep, of de beroepsmatige opleiding gerelateerde) arbeidsactiviteit wegens het optreden of verergeren van een aandoening waardoor het vermogen om een inkomen uit arbeid te verdienen is gedaald met meer dan 2/3 (verlies van verdienvermogen van 66%).	De onmogelijkheid van de werknemer om het werk uit te voeren dat in zijn arbeidsovereenkomst werd overeengekomen, en dit als gevolg van ziekte of ongeval. De arbeidsovereenkomst tussen werkgever en werknemer wordt dan geschorst. Het feit dat hij wel nog in staat is om andere arbeid uit te oefenen is hier niet relevant.

Tabel 2: Kernbegrippen

Verder is vooral het definiëren van het begrip ziekteverzuim zeer moeilijk. Volgens een bron uit 2009 wordt dit door de Federale Overheid gedefinieerd als: “Alle afwezigheden wegens ziekte of privéongeval, zowel van één dag als van meerdere dagen, al dan niet gestaafd door een medisch attest en al dan niet terecht” (Bollaerts et al., 2009). Volgens de site van externe diensten preventie en bescherming is ziekteverzuim kortom de afwezigheid door ziekte. Daarnaast lijkt het ook interessant om het begrip ‘invaliditeit’ toe te lichten. Volgens het RIZIV (2020) is de definitie hiervan: “Wanneer u langer dan een jaar als arbeidsongeschikt bent erkend, treedt u in invaliditeit. Het tijdvak van invaliditeit begint dus vanaf het tweede jaar van uw arbeidsongeschiktheid.”

## 1.4 Inbreng van de ergotherapeut binnen het re-integratieproces

Door de complexiteit van arbeidsre-integratie en de verschillende definities zoals hierboven beschreven, is er nood aan eenduidige definities en eenduidige uitgangspunten. Deze hoeveelheid aan omschrijvingen en actoren kan verwarring met zich meebrengen voor de arbeidsongeschikte. Om het proces te verduidelijken zou een overkoepelend overzicht nodig zijn, zoals bijvoorbeeld een gids of een casemanager die de arbeidsongeschikte persoon begeleidt. Hierin lijkt een perfecte rol weggelegd voor de ergotherapeut. Zijn rol wordt niet altijd even uitgebreid beschreven in de literatuur. Dit terwijl paramedici en ergotherapeuten het re-integratieproces kunnen begeleiden, ondersteunen en optimaliseren.

De laatste tijd wordt de invloed en rol van de (Dis)Ability Case Manager meer en meer gewaardeerd. De rol van deze persoon is de begeleiding tijdens het re-integratieproces. Hij werkt aan de hand van het biopsychosociaal denkkader en gaat begeleiden met oog voor de individuele noden en omstandigheden op de werkplaats. Dit met aandacht voor het wettelijk kader. Deze rol kan ingenomen worden door de ergotherapeut, aangezien deze de persoon centraal gaat stellen door het client-centered werken. Verder beschikt de ergotherapeut over een holistische visie op de persoon, waardoor hij niet enkel naar de persoon gaat kijken maar ook naar zijn context en zijn handelen. Dit wordt gedaan aan de hand van onder andere het PEO-model (RIZIV, 2019). Dit geeft deels een oplossing voor de complexiteit van het proces dat voorafgaat aan terugkeer naar werk.

In de evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering staat eveneens vermeld dat de begeleiding van arbeidsongeschikte werknemers heel belangrijk is. Dit zowel in functie van de re-integratie bij dezelfde werkgever, als bij een andere werkgever. Ze vermelden hierbij dat deze functie opgenomen kan worden door VDAB, maar ook door een paramedicus. Dit toont opnieuw het belang van de ergotherapeut aan, die een andere kijk op de cliënt kan hebben en het re-integratieproces beter kan begeleiden. Dit door in te zetten op de noden en sterktes en te vertrekken vanuit de hulpvraag van de arbeidsongeschikte werknemer. Hierin is de ergotherapeut een expert en heeft hij vooral oog voor de mogelijkheden van de persoon en niet voor zijn ziekte of beperking. Dit is erg belangrijk en kan de intrinsieke motivatie verhogen (Godderis et al., 2020). Ook in het rapport van Commissie Diversiteit staat dat men moet zorgen voor een positieve benadering. Men moet de persoon beschouwen als een 'potentiële werknemer met talenten en competenties' (Commissie Diversiteit, 2020).



Het preventief te werk gaan, maar ook het werkbaar maken van werk werd in verschillende bronnen reeds aangehaald. “Een beleid rond preventie en re-integratie van arbeidsongeschikten moet vooral inzetten op het motiveren, empoweren en ondersteunen van alle betrokken actoren.” (Commissie Diversiteit 2020). Het motiveren van cliënten, en daarbij vooral inzetten op de intrinsieke motivatie, empoweren, ondersteunen en inzetten op hun mogelijkheden is een gebied waar de ergotherapeut sterk mee bezig is.

Dit is een punt dat het belang van de expertise van dit beroep aantoont. Het voorkomen van arbeidsongeschiktheid door werk dat niet aangepast is aan de persoon, zou al een grote stap zijn naar een beter werkveld in Vlaanderen. De taakanalyse die de ergotherapeut kan uitvoeren en de kennis welke hij heeft over werkpostaanpassingen en mogelijke hulpmiddelen kan hier erg bij helpen. Evenzeer kan hij ook advies geven aan de werkgever om zijn werkplek mensvriendelijk te maken voor zijn werknemers. Op vlak van ergonomie heeft de ergotherapeut een grote expertise opgebouwd aan de hand van zijn studies. Eveneens is de kennis van ergonomie die hij heeft een meerwaarde in het re-integratieproces, onder andere om te werken aan methodeverandering. Op deze manier kan de persoon zijn vorige of nieuwe job optimaler uitoefenen en herval voorkomen (WFOT, 2016) (FOD werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2018).

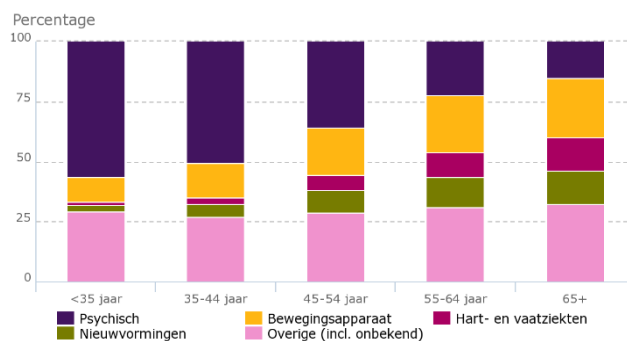
Naast het advies verlenen rond ergonomie, is het belangrijk om genoeg aandacht te besteden aan de sociale en psychologische factoren. Dit kan door bijvoorbeeld een dagboek rond het energieniveau bij te houden, bij personen met een burn-out kan dit bijvoorbeeld erg handig zijn (Commissie Diversiteit, 2020). Aangepast werk of geleidelijke aan- of hervatting van werk is belangrijk, de ergotherapeut kan hier samen met de cliënt de nodige en realistische doelen aan koppelen. Deze kunnen besproken worden met de werkgever, maar ook de arts. Op deze manier weet de werknemer ten alle tijde wat hem te wachten staat en welke weg hij kan en wil afleggen. Vooraleer men deze doelen formuleert is ook de screening van de werknemer a.d.h.v. assessment nodig. Hierbij gaat de ergotherapeut de werknemer, werkplek en zijn taken beoordelen. Op deze manier kan men doelen stellen die zullen bijdragen aan de productiviteit en verlagen het risico op een letsel (WFOT, 2016). In het document van Commissie Diversiteit van 2020 wordt vermeld dat arbeidsongeschikten de kans moeten krijgen om vlot in aangepaste omstandigheden hun werk te hervatten. Hiervoor kunnen natuurlijk ook hulpmiddelen worden ingezet, waar de ergotherapeut een ervaringsdeskundige in is. De mogelijkheden tot terugbetaling moeten samen met de cliënt bekeken worden. Verder is het belangrijk dat de ergotherapeut samen met de cliënt de drempels bespreekt die het werk moeilijk maken. Hier moeten ze dan samen oplossingen voor zoeken en dit transparant communiceren naar de werkgever toe.

Het is bekend dat regulier werk positief is voor het herstelproces, maar dit roept bij sommige nog weerstand op. De meerwaarde hiervan moet daarom door iedereen ingezien worden en de ergotherapeut kan dit duidelijk maken aan zowel werknemer als werkgever. Op deze manier kan hij een mindswitch veroorzaken bij verschillende actoren. Verder zijn vormingen, informatiebeurzen, sensibiliseringcampagnes en activeringsbegeleiding een belangrijk middel om mensen de nodige informatie te geven. Op deze manier kan men gezondheid op de werkvloer stimuleren. Het uitwerken van tools en het stimuleren van het gebruik ervan kan ook een belangrijk taak zijn van de ergotherapeut. Met zijn creatieve visie kan hij door middel van tools mensen ondersteunen om hun methode aan te passen, maar ook hulpmiddelen aanreiken (Commissie Diversiteit, 2020) (WFOT, 2016). Volgens de World Federation of Occupational Therapists (WFOT) (2016) is ergotherapie dan ook erkend als een effectieve werk gerelateerde methode.

## 1.5 Aandeel locomotorische- en psychosociale aandoeningen

Volgens verschillende bronnen kunnen we concluderen dat de voornaamste oorzaken van langdurige arbeidsongeschiktheid de locomotorische en psychosociale aandoeningen zijn. Hieronder kan u een grafiek vinden van de meest voorkomende oorzaken, samen met de leeftijd.

Instroom WIA naar diagnose en leeftijd 2019



Figuur 8: Oorzaken arbeidsongeschiktheid

Volgens De Greef zijn mentale gezondheidsproblemen één van de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid. Dit zowel in België als in de OESO-landen (De Greef, 2015). Volgens het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering zijn psychische aandoeningen verantwoordelijk voor 35,4% van de gevallen van arbeidsongeschiktheid. Hiermee wordt aangetoond dat ze de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid zijn, maar ook de kans op ziekteverzuim is hoog bij deze mensen. Voorbeelden van psychische aandoening die een groot aandeel hebben zijn depressie, burn-out, autismespectrum-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen (Knappen, Mysztka & Moriën, 2018).

Uit al de psychische aandoeningen hebben depressie en burn-out het grootste aandeel wanneer het gaat om langdurige arbeidsongeschiktheid. De kans op het uitvoeren van arbeid verkleint met 30% bij de aanwezigheid van een ernstige psychische aandoening en met 15% wanneer men een milde psychische aandoening heeft (Schaafsma et al., 2015). Werk voor mensen met een psychische aandoening is echter van cruciaal belang, dit zowel om in hun levensonderhoud te voorzien maar ook om verergering van de aandoening te voorkomen. Werk biedt namelijk een sociale status, bepaalt de identiteit en het zelfbeeld. “Re-integratie in het (reguliere) arbeidscircuit is voor deze doelgroep een essentiële factor in het herstelproces.” De oorzaak van de geringe arbeidsparticipatie van deze personen kan verklaard worden door enerzijds persoonsgebonden factoren (psychische en lichamelijke gezondheid, motivatie, arbeidsattitude en combinatie tussen arbeid en gezin) en anderzijds de omgeving gebonden factoren (bv. stigmatisering en aantal beschikbare jobs) (Knapen, Mysztka & Moriën, 2018).

Eerder werd al vermeld dat het effectief verloop van de werkhervatting van cruciaal belang is. Het belang hiervan is nog groter bij psychische aandoeningen zoals depressie en burn-out om herval te voorkomen. Als we kijken naar de gespecialiseerde trajectbegeleiding (GTB) blijkt dat ongeveer de helft van deze begeleiding betrekking heeft op personen met een psychische kwetsbaarheid. Toch blijkt dat er onvoldoende integratie is van de verschillende actoren, waardoor ook het zorgnetwerk te weinig betrokken wordt wanneer de arbeidsongeschikte terugkeert naar het uitvoeren van arbeid. Hiervoor zou een aangepast traject ontwikkeld moeten worden. Om een betere begeleiding te kunnen garanderen voor zowel de werknemer als de werkgever werd daarom een coaching programma samen met een website ontwikkeld (Vaes et al., 2016). Het blijkt dat in alle OESO-landen de samenwerking en coördinatie tussen de geestelijke gezondheidszorg en arbeidsrevalidatie beter moet verlopen (Schaafsma et al., 2015). Er bestaat daarom ook IPS, dit is een bewezen effectieve methode van arbeidsintegratie. Personen met een ernstige psychische aandoening krijgen een IPS-trajectbegeleider waarbij er gewerkt wordt met het principe “first place, then train” (IPS, 2018).

Er zijn ook een aantal belemmerende en helpende factoren binnen de re-integratie. Succesfactoren zijn onder andere inclusie, nastreven van regulier betaalde arbeid en vertrekken vanuit de wensen en doelen van de weknemer. Verder is het ook belangrijk dat de persoon zo snel mogelijk op zoek gaat naar werk, dat de competenties regelmatig beoordeeld worden en een continue begeleiding verzekerd is. Als laatste is ook het overleg, zoals eerder al vermeld, zeer belangrijk. Motivatie, zelfinzicht en een sociaal netwerk vergemakkelijken de terugkeer naar werk op cliëntniveau.

Eveneens blijkt het opbouwen van een vertrouwensrelatie erg belangrijk, samen met de flexibiliteit van de begeleiders tegenover de werknemer. Daarnaast zijn er ook enkele belemmerende factoren die we kunnen indelen op cliënt-, interventie- en omgevingsniveau.

Als eerste bespreken we het cliëntniveau:

- Gebrek aan motivatie, zelfinzicht, juiste attitudes
- Ernstige psychische problemen
- Onvoldoende randvoorwaarden

Op interventieniveau zijn er de volgende belemmerende factoren:

- Te hoge caseload
- Gebrekkige samenwerking met verschillende diensten en administratieve drempels
- Het regelmatig wijzigen van de begeleider en de verschillende doorverwijzingen binnen het proces

Als laatste bespreken we het omgevingsniveau:

- Gebrekkige samenwerking tussen de diensten (op hoger niveau)
- Economische crisis en beperkte subsidies
- Lokale arbeidsmarkt
- Stigma
- Familie of partner die niet mee zijn in het verhaal en niet achter de re-integratie staan
- Een pandemie (COVID-19) maakt re-integratie moeilijker
- De focus wordt nog te vaak gelegd op wat de persoon niet meer kan, i.p.v. op de sterktes (Van Audenhove & Knaeps, 2012).

De locomotorische aandoeningen, of anders geformuleerd aandoeningen aan het bewegingsapparaat, staan op de tweede plaats met 30,3% (Knapen, Myszta & Moriën, 2018). Uit onderzoek blijkt dat de communicatie tussen de arbeidsarts, verzekeringsartsen en huisartsen in verband met de behandeling van musculoskeletale aandoeningen niet altijd even vlot verloopt. Dit kan een verklaring zijn voor het feit dat deze aandoeningen dan ook één van de grootste oorzaken zijn van langdurige arbeidsongeschiktheid. De communicatie tussen de artsen is vaak niet direct, maar via de patiënt (Beyer et al., 2018).

## 1.6 Outcome

Aan de hand van deze bachelorproef wil men een antwoord bieden op de moeilijkheden binnen het re-integratietraject. De focus zal hierbij gelegd worden op de verschillende actoren en hun noden, aangezien er in de literatuur aangetoond wordt dat de communicatie soms stroef verloopt. Men zal in interactie gaan met actoren en een case opvolgen waarbij er op het einde als conclusie aanbevelingen kunnen worden geformuleerd om het re-integratietraject te optimaliseren.

## 2 Methode

Aan de hand van de literatuurstudie werd de complexiteit van re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers in Vlaanderen aangetoond. Ook de maatschappelijke nood aan een optimaler verloop van werkhervatting werd besproken. Om een antwoord te bieden op deze maatschappelijke tendensen en arbeidsongeschikte werknemers beter te begeleiden naar werkbaar werk, zullen in deze bachelorproef aanbevelingen geformuleerd worden naar hulpverleners toe. De onderzoeksvraag waaruit men vetrokken is luidt als volgt: "Hoe verloopt de huidige re-integratie in België en wat zijn de knelpunten? Welke aanbevelingen kunnen geformuleerd worden en wat is de inbreng van de ergotherapeut bij dat proces?"

### 2.1 Samenwerking met actoren

Deze bachelorproef wordt uitgevoerd bij VDAB, door een samenwerking met het RIZIV, de mutualiteiten (in het bijzonder De VoorZorg), GTB, arbeidsartsen en arbeidsongeschikte cliënten die door hen begeleid worden. Het doel van deze bachelorproef is om a.d.h.v. een bevraging van zoveel mogelijk actoren in het re-integratietraject de voornaamste knelpunten bloot te leggen. Er zal één case opgevolgd worden en a.d.h.v. de ervaringen doorheen het begeleidingstraject worden er een aantal aanbevelingen opgesteld. Op deze manier wil men een optimalisatie van het re-integratietraject van arbeidsongeschikte werknemers bereiken. Aangezien re-integratie gepaard gaat met een groot aantal actoren die een rol spelen, is het belangrijk voor het formuleren van aanbevelingen om zoveel mogelijk actoren hier in te betrekken.

De inclusiecriteria voor de twee cases zijn de volgende:

- De persoon kan door een psychosociale- of/en locomotorische aandoening zijn huidige job niet uitvoeren.
- De persoon heeft een advies C of D gekregen.
- De persoon is bereid stappen naar werk te zetten.
- De persoon heeft een arbeidsovereenkomst.

De exclusiecriteria voor de twee cases zijn de volgende:

- Het volgen van een herscholing naar een volledig ander beroep toe, deze trajecten duren te lang om binnen deze bachelorproef mee te volgen en uit te werken.
- Werkzoekenden die niet verbonden zijn aan een arbeidscontract worden niet mee opgenomen.

Er worden ook gesprekken gevoerd met personen die arbeidsongeschikt zijn of waren maar die niet passen binnen de criteria van deze bachelorproef. Deze cases worden niet uitgebreid beschreven maar de gesprekken worden gevoerd om een bredere populatie aan te spreken en een vollediger beeld te verkrijgen. De vragenlijst die hiervoor als leidraad dient kan men terugvinden in bijlage 6.1.

### **2.1.1 Case 1**

De case is A., een Soedanese vrouw die een diagnose van depressie en PTSS (posttraumatische stressstoornis) heeft. Ze had een vast contract als steenkapper, maar omwille van haar aandoening werd ze op arbeidsongeschiktheid gezet. Ze heeft nu nog steeds een contract lopende bij haar vorige werkgever. Na ongeveer één jaar arbeidsongeschiktheid werd ze opgeroepen bij de adviserend arts en samen hebben ze een opleidingsplan aangevraagd. Om na de opleiding bij bpost aan de slag te kunnen moest ze ook haar rijbewijs halen en voldoende kennis Nederlands (niveau 2.4.) hebben.

### **2.1.2 Andere actoren**

Naast het opvolgen van een case wordt ook contact gelegd met andere actoren binnen het re-integratieproces. De vragenlijst die gebruikt wordt als leidraad voor deze gesprekken kan men terugvinden in bijlage 6.2. Er worden gesprekken gevoerd met:

- Adviserend artsen
- Arbeidsartsen
- Adviserend verpleegkundige
- Bemiddelaars van VDAB
- Leidinggevenden
- (Dis)Ability Case Manager
- Ziekenfondsen
- Ergotherapeuten

## **2.2 Doelgroep**

De aanbevelingen die geformuleerd worden dienen vooral als hulpmiddel voor hulpverleners en professionals die werken rond arbeidsre-integratie. Deze aanbevelingen hebben als doel om re-integratie optimaler te laten verlopen en dit zowel voor de professionals, als voor de werknemer/patiënten. Ze worden geformuleerd vanuit de visie van de ergotherapeut en dienen de cliënt zoveel als mogelijk centraal te stellen.

### **2.3 Weergave van de aanbevelingen**

De aanbevelingen die opgesteld worden zijn van toepassing voor professionals die de re-integratie trajecten van arbeidsongeschikte werknemers beter willen ondersteunen en begeleiden. De hoeveelheid van aanbevelingen werd niet afgesproken, dit hangt af van de cases die opgevolgd zullen worden en welke moeilijkheden zich tijdens het proces zullen voordoen. Ze worden opgesteld op micro-, meso- en macroniveau. De bedoeling is om ook de werknemers naar hun mening te vragen en dit te verwerken in de aanbevelingen. De aanbevelingen moeten ondersteund worden door literatuur en gebruiksvriendelijk zijn voor het publiek. Dit betekent dat wanneer ze afgeleverd worden, de gebruiker exact weet hoe hij het re-integratieproces van de persoon in kwestie optimaler kan laten verlopen en hem goed kan begeleiden. Om de aanbevelingen goed en realistisch te kunnen opstellen is het belangrijk om bij het opvolgen van het re-integratieproces de rol van observator in te nemen. Hierdoor kan men zaken opmerken die beter zouden kunnen verlopen en hier oplossingen voor zoeken. Verder is het ook belangrijk om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de werknemers, om hun op deze manier ook te kunnen betrekken bij deze interventie. Voor het opvolgen van de case wordt er samengewerkt met de bemiddelaars van Antwerpen, ze bepalen dan ook de therapeutische situatie.

### **3 Resultaten**

Het doel van deze bachelorproef was om aanbevelingen te formuleren die kunnen helpen bij het optimaliseren van het re-integratietraject. Deze aanbevelingen worden geformuleerd vanuit de visie van een ergotherapeut en trachten dit beroep zoveel als mogelijk te betrekken. De aanbevelingen worden geformuleerd op drie niveaus: micro-, meso- en macroniveau.

#### **3.1 Aanbevelingen op microniveau**

##### **3.1.1 Vroeger en meer in de eerste lijn starten met professionele re-integratie**

Uit literatuur blijkt dat personen die meer dan drie maanden arbeidsongeschikt zijn begeleiding nodig hebben om terug te keren naar het werk. Indien deze begeleiding al in een vroeger stadium zou starten, kan men mogelijks de duur van de uitval verkorten. Vroeg starten wil ook zeggen vroeg informatie geven zodat de patiënt tijdig en juist geïnformeerd wordt over de mogelijkheden. Uit hetzelfde artikel blijkt dat de begeleiding best opgestart kan worden tussen maand één en drie van de arbeidsongeschiktheid. De persoon is dan dikwijls nog in behandeling en dat toont nogmaals de noodzaak aan van het vroeger informeren van de patiënt en het sensibiliseren van de revalidatieziekenhuizen en andere eerstelijns hulpverleners om vroeger te starten met arbeidsre-integratie. De ondersteunende maatregelen die worden aangeboden om de terugkeer naar werk te vergemakkelijken zijn na een periode van zes maanden dan ook minder effectief (Goorts et al., 2017).

Vanaf een vroeg stadium van de revalidatie moet daarom het belang van arbeid benadrukt worden aangezien dit het herstel kan beïnvloeden. Er dient een aanpassing te komen in de behandelplannen waarbij er veel meer aandacht gaat naar participatie op de werkvloer. Hoe langer een persoon is uitgevallen in zijn job, hoe moeilijker de re-integratie zal verlopen. Binnen de revalidatieziekenhuizen wordt er sterk nadruk gelegd op ADL, maar de revalidatie op professioneel niveau moet zeker nog uitgebreid worden. Revalidatieziekenhuizen dienen geïnformeerd te worden over de mogelijkheden van arbeidsre-integratie vanaf een vroeg stadium in de revalidatie. Hiervoor kunnen informatiemomenten georganiseerd worden, waarbij er ook voldoende tijd is om bepaalde cases te bespreken. Dit kan opgenomen worden door een ergotherapeut vanuit zijn adviserende en coachende functies of door VDAB. Uit het advies van Commissie Diversiteit (2020) blijkt ook dat de (her)tewerkstelling meer bespreekbaar gemaakt moet worden vanaf het begin. Daarom is het belangrijk om de patiënten in die eerste vier tot zes weken mee te betrekken bij informele informatiemomenten en zo de arbeidsgerichte revalidatie als een onderdeel van de zorg te maken. Hierin dienen ook de huisartsen en andere behandelend artsen veel meer bij betrokken te worden.



Eerst en vooral dienen ze geïnformeerd te worden over alle mogelijkheden om re-integratie te vergemakkelijken, zodat ze op hun beurt hun patiënten beter kunnen informeren. Op dit moment werken de huis- en behandelde artsen nog te weinig samen met de andere actoren. Daarom kan het belangrijk zijn dat deze artsen vanaf een bepaalde periode van arbeidsongeschiktheid bijvoorbeeld contact opnemen met de adviserend- en/of arbeidsarts om zo de vervolgstappen te bespreken.

Er dient aan de revalidatieziekenhuizen een lijst gegeven te worden van bruikbare assessments omtrent 'return to work' die gebruikt kunnen worden als een objectieve maatstaf. Op deze manier zijn de hulpverleners geïnformeerd in welke mate de persoon in kwestie zijn werk nog wil en kan uitoefenen. Daarnaast kunnen daaruit de attitudes van de patiënt en zijn mogelijkheid en beperkingen voortvloeien. A.d.h.v. deze assessments kunnen hulpverleners ook uitmaken welke personen wel of niet op langer termijn kunnen terugkeren naar werk. Zo kan uitgemaakt worden welke personen baat zullen hebben aan de informatiesessies. Het oplijsten en onderzoeken van assessments die gebruikt kunnen worden door revalidatiecentra kan opgenomen worden in een toekomstige bachelorproef. In een systematische review over een update over het bewijs van de functionele capaciteiten evaluatie wordt ook aangetoond welke assessments bruikbaar en betrouwbaar zijn. Tijdens het symposium 're-integratie werkt' heeft Stijn De Baets deze systematische review ook kort toegelicht, daaruit kan men concluderen dat de short form FCE (Functional Capacity Evaluation) een interessante keuze is aangezien het een hoge voorspellende waarde en een goede bruikbaarheid heeft doordat het een verkorte versie is. Deze systematische review bevat niet alle mogelijke vormen van testing en onderzoekt ook niet welke best gebruikt kunnen worden in de revalidatiecontext, dit moet verder uitgebreid worden (De Baets et al., 2018).

### **3.2 Meer vetrekken van mogelijkheden in plaats van beperkingen**

Het inzetten op talenten verhoogd het zelfbeeld van mensen en zorgt ervoor dat ze op langer termijn meer kans hebben om terug het werk te hervatten. Indien men zich te hard zal focussen op wat de persoon niet meer kan, zal hij langer als arbeidsongeschikt gezien worden (Stichting Innovatie en Arbeid, 2019). Er dient vanaf het eerste moment, wanneer de persoon bij de adviserend- of arbeidsarts komt gekeken te worden naar de mogelijkheden en de talenten. Op dit moment wordt er besproken wat niet lukt en gaat men kort aanhalen wat de persoon eventueel zou kunnen doen om de re-integratie te versnellen. Er zou ook bij de begeleiding en bij het afnemen van assessments gescoord moeten worden wat lukt en hierop nadruk gelegd worden tijdens de bemiddeling.

Vanaf het begin zou er een gesprek gevoerd moeten worden over de interesses, de talenten en mogelijkheden die ingezet kunnen worden om de beperking of ziekte te compenseren. Ergotherapeuten zijn vanuit hun beroep geschoold om in de eerste plaats te kijken naar de mogelijkheden van de persoon. Ze kunnen in het medisch team ingezet worden om de persoon mee te begeleiden, zodat men naast het geven van advies of iemand geschikt is om het werk te hervatten ook aandacht kan geven aan de mogelijkheden die ze als persoon hebben en hun meer holistisch te benaderen. Deze holistische visie is belangrijk, zo kan de ergotherapeut kijken naar de relatie tussen de medische conditie, het psychosociale en het werk. Daarnaast is het ook belangrijk om te kijken naar de andere rollen van de persoon, zijn capaciteiten en de eisen van het werk hiermee te verbinden.

### **3.3 Aanbevelingen op mesoniveau**

#### **3.3.1 Duidelijkheid creëren en afstappen van gefragmenteerde informatie**

In de inleiding van deze bachelorproef werd de complexiteit van re-integratie al beschreven. Ook in praktijk bleek dat veel werknemers hierop botsen, waardoor er niet altijd tijdig gestart kan worden met werkhervatting. De hoeveelheid administratieve verplichtingen en het groot aantal actoren bemoeilijken de start en vooruitgang van re-integratie na langdurige arbeidsongeschiktheid. De beschikbare informatie wordt gefragmenteerd aangeboden en gezien de complexiteit van het proces kan dit verwarring brengen bij de werknemers en werkgevers.

##### **3.3.1.1 Een gestandaardiseerd kanaal**

Er wordt aanbevolen om informatie gegroepeerd, op één platform aan te bieden dat vanaf het begin voor iedereen beschikbaar zal zijn. A.d.h.v. de case van A. die opgevolgd werd en de gesprekken die gevoerd werden met betrokken actoren, blijkt dat werknemers vaak te laat de nodige informatie krijgen. Dit terwijl het vroegtijdig starten met het zetten van stappen naar werk al meermaals aangehaald werd. Daarnaast moet ook opgemerkt worden dat niet alle professionals altijd over alle informatie rond de mogelijkheden beschikken. Zo bleek uit gesprekken met de arbeidsartsen dat ze niet genoeg geïnformeerd zijn over het aanbod van VDAB en GTB dat re-integratie kan vergemakkelijken en optimaliseren. Het voorstel is om één site of platform te ontwikkelen dat vergeleken kan worden met een database. In deze database zal alle informatie omtrent re-integratie overzichtelijk gegroepeerd worden. Hiervoor is er een samenwerking nodig van alle betrokken actoren zodat de informatie dat aangeboden wordt volledig en juist is. De verschillende rollen van alle actoren moeten juist gekaderd worden.

Uit een onderzoek van de Trent University van Canada bleek daarnaast dat moeilijkheden in de communicatie tussen verschillende actoren binnen het re-integratietraject een negatieve invloed hebben op de werkhervatting van de cliënten.

Communicatie is zeer belangrijk wanneer er sprake is van een multidisciplinaire aanpak. Het blijkt dat hoe stroever de communicatie verloopt, hoe langer het duurt tot de werkhervatting opgestart kan worden. (Russell, et al., 2018) Dit is een probleem dat aangepakt moet worden aangezien het ook bekend is dat hoe langer de persoon arbeidsongeschikt is, hoe minder kans er is dat hij het werk nog zal hervatten. De informatie uitwisseling tussen de verschillende actoren is vaak unidirectioneel, onvoldoende genuanceerd en geduid aan de werknemer. Daarom wordt hieraan meteen een volgende aanbeveling gekoppeld. Men moet trachten om op dit gestandaardiseerd kanaal/platform/database ook de communicatie te vergemakkelijken tussen alle actoren en de werknemer. Dit kan vergeleken worden met het vertrouwelijk luik van VDAB waar nu al informatie uitgewisseld kan worden tussen VDAB en hun partners over een bepaald dossier. Dit idee zou uitgebreid kunnen worden naar alle actoren die betrokken worden binnen een bepaald dossier. Uit gesprekken blijkt dat de communicatie tussen de arbeidsarts en de adviserend arts heel stroef verloopt. Werknemers hebben ook pas heel laat een eerste contact met deze artsen. Verder werd er ook opgemerkt dat de werknemer vaak dezelfde zaken moet herhalen tegen verschillende personen en dat er toch nog soms misverstanden ontstaan. Door één informatiekanaal te voorzien zou dit knelpunt niet ontstaan en zou de opstart en het verloop van het re-integratietraject geoptimaliseerd en versneld worden. Daarnaast zou ook het administratief werk verminderd worden, aangezien de persoon bepaalde documenten één keer zou moeten opladen en toegang geven aan alle personen die betrokken zijn bij zijn dossier. De kennis en expertise zou makkelijker en effectiever uitgewisseld kunnen worden tussen de verschillende disciplines. Dit allemaal zou natuurlijk uitsluitend kunnen gebeuren na toestemming van de werknemer.

Dit platform zou alle spelers beter met elkaar verbinden en de samenwerking vergemakkelijken, maar daarnaast zou het ook de wachttijden kunnen verminderen die veroorzaakt worden door het aanmeldingsformulier (AMF). Deze is nodig wanneer iemand met een ziekte-uitkering begeleiding en bemiddeling wil krijgen bij VDAB en partners. Aangezien dit niet altijd even snel bezorgd kan worden, kan dit voor vertraging zorgen. Omdat het tijdig starten zo belangrijk is, kan ook hier de digitalisering een belangrijke oplossing zijn voor deze wachttijd.

### **3.3.2 De begeleiding beter afstemmen op de werknemer**

#### **3.3.2.1 Een vaste begeleider vanaf het begin van arbeidsongeschiktheid**

Vanwege de complexiteit van arbeidsre-integratie in België en het groot aantal (administratieve) verantwoordelijkheden die de werknemer op zich krijgt is, er nood aan een vaste begeleider vanaf het begin van arbeidsongeschiktheid. Verder is dit ook belangrijk aangezien men tijdig moet opstarten met re-integratie. De motivatie en het vertrouwen van de werknemer is van cruciaal belang voor een optimale opstart van een re-integratietraject. (Goorts et al., 2017). In deze bachelorproef wordt aanbevolen dat dit opgenomen kan worden door de (Dis)ability Case Manager (DCM). De ergotherapeut is een perfecte kandidaat om deze rol op te nemen. De rol van de Disability Case Manager moet sterk uitgebreid worden. Uit literatuur blijkt dat de DCM vooral een meerwaarde is door de informatie dat hij aanreikt en de administratieve hulp. Verder gaat deze persoon ook concrete voorstellen aanreiken, wat de meeste mensen meer perspectief naar de toekomst toe geeft. Verder helpt de DCM bij het onderhouden van de contacten en verduidelijking van de functies van de verschillende actoren (Tijtgat et al., 2009). Tenslotte heeft ook minister Frank Vandenbroucke recent aangehaald dat er nood is aan een 'terug-naar-werk-coördinator', aangezien de complexiteit van het proces. Binnen deze bachelorproef wordt aanbevolen dat deze rol opgenomen wordt door de DCM. Zoals vroeger aangegeven is ook de holistische visie heel belangrijk die gehanteerd wordt door de ergotherapeut. Deze 'terug-naar-werk-coördinator' moet deze visie hanteren om zo een totaal beeld te krijgen en de persoon beter te kunnen begeleiden. Dit totaal beeld dient niet enkel verkregen worden van de persoon die men begeleidt, maar ook van het proces dat men moet doorlopen en de betrokken actoren.

#### **3.3.2.2 Één contactpersoon binnen de mutualiteiten**

Vanuit de praktijk, a.d.h.v. de stage bij De VoorZorg en gesprekken met actoren, blijkt dat voor iedereen het erg wenselijk is dat er binnen de mutualiteiten één contactpersoon of -dienst is. Hierdoor loopt de communicatie beter en worden alle vragen tijdig afgehandeld. Deze contactpersoon is bekend voor alle professionals en is expert in het thema arbeidsre-integratie. Een goed praktijkvoorbeeld kan gehaald worden van De VoorZorg waar dit systeem al uitgewerkt wordt. Een voorkeur wordt gegeven naar een dienst, aangezien dit praktisch meer voordelen heeft. Indien er een persoon wegvalt kunnen de taken makkelijker opgenomen worden door iemand anders. Verder wordt het werk ook effectiever uitgevoerd omdat één persoon niet instaat voor een erg groot aantal dossiers.

### **3.3.3 Het betrekken van de werkgevers**

Werkgevers zijn een erg belangrijke schakel bij terugkeer naar werk. Ze staan in nauw contact met de werknemer en dragen de verantwoordelijkheid om het werk werkbaar te maken. Het is belangrijk dat werkgevers een actieve rol krijgen bij preventie van uitval en terugkeer naar het werk na een periode van ziekte. Welzijn op het werk is erg belangrijk voor de bescherming van de werknemer.

#### **3.3.3.1 Inzetten op preventie**

Een van de verplichtingen van de werkgever is om veilige en gezonde arbeidsomstandigheden te garanderen, dit is belangrijk om uitval te voorkomen. De eerste stap is om de werknemer te behouden zodat men niet moet overgaan tot re-integratie na uitval door ziekte. Voorkomen dat werknemers zullen uitvallen heeft positieve gevolgen voor alle partijen. Ondernemingen en werkgevers moeten aangemoedigd worden om hier in de eerste plaats op in te zetten. Daarnaast moeten ze de nodige middelen krijgen om hiermee aan de slag te kunnen (SERV, 2021). De maatregelen die nu bestaan, zoals bijvoorbeeld de werkbaarheidscheques, zijn nog te weinig bekend bij werkgevers. Er wordt aanbevolen om informatiesessies te organiseren voor bedrijven rond de meerwaarde van een goed re-integratiebeleid en hoe deze opgesteld kan worden. Ze dienen geïnformeerd te worden over hoe ze preventief aan de slag kunnen gaan. Een mogelijkheid is om een jaarlijkse verplichte bijscholing te organiseren voor de werkgevers en werknemers, om zo de risico's van werk beter te kunnen inschatten en te zorgen voor werkbaar werk.

#### **3.3.3.2 Informatie aanbieden door HR-dienst**

Uit een artikel van Over.Werk (2019) blijkt dat werknemers na een periode van arbeidsongeschiktheid veel onzekerheid voelen bij het terugkeer naar werk. Ze weten niet of hun werkgever nog open staat voor hun terugkeer. Na een periode van 3 maanden arbeidsongeschiktheid daalt de kans dat de persoon nog terug zal keren naar zijn huidige job (Steunpunt Werk, 2019). Hierdoor wordt er in deze bachelorproef aanbevolen dat de informatie rond arbeidsre-integratie ook vanuit de werkgever/bedrijf zelf vertrekt. Dit kan opgenomen worden door de HR dienst, waarbij ze informatie communiceren naar de werknemers toe bij het begin van ziekte. Hier is het wel wenselijk dat er eerst een persoonlijk contact plaatsvindt vooraleer men standaardcommunicatie aanbiedt, zodat de situatie van de werknemer vanaf het begin goed gekend is. Ook in het advies van Commissie Diversiteit (2020) staat beschreven dat contact tussen een vertrouwenspersoon van het bedrijf en de werknemer heel belangrijk is voor arbeidsre-integratie.

Op deze manier kan ook het vertrouwen naar het bedrijf toe vergroot worden en kunnen misverstanden vermeden worden. Het is daarnaast ook belangrijk om personen al te informeren voordat ze uitvallen.

### **3.3.3.3 Uitbreiden van bezoeken voorafgaand aan de werkhervatting**

In de literatuurstudie van deze bachelorproef werd de rol van de arbeidsarts bij re-integratie beschreven. De rol van de arbeidsarts is zeer uitgebreid en hij heeft dan ook verschillende taken A.d.h.v. de gesprekken die gevoerd werden werd wel aangehaald dat er in praktijk weinig gebruik gemaakt wordt van werkpost-bezoeken door de arbeidsarts. Dit zou meer ingezet moeten worden, aangezien het kan zorgen voor een groter succes van re-integratie. Tijdens dit bezoek kan de arbeidsarts de werkpost en de werknemer beter observeren en beoordelen. Dit kan ervoor zorgen dat de werkhervatting beter zal verlopen en herval voorkomen wordt. Zo kan de arbeidsarts de risico's bekijken voor de persoon in functie van zijn gezondheidstoestand en kunnen er preventief de nodige maatregelen besproken en genomen worden samen met de werkgever. Dit kan zorgen voor een optimale en duurzame werkhervatting.

### **3.3.3.4 Aanmoedigen van werkgevers en niet sanctioneren**

In België kent het re-integratieproces bij personen in ziekte een vrijwillig karakter. Dit kan een positief effect hebben op de motivatie en bereidheid van de werknemer. Bovendien zorgt het ervoor dat de werknemer geen onnodige risico's neemt. Ook in de conceptnota van de Vlaamse Overheid over de activering van langdurig zieken (2021) wordt beschreven dat het belangrijk is dat de zieke inspraak heeft in het traject. In deze bachelorproef wordt aanbevolen dat ook de werkgevers niet gesanctioneerd maar eerder aangemoedigd worden, door bijvoorbeeld een premie wanneer ze inzetten op preventie en re-integratie van zieke werknemers. In plaats van werkgevers te sanctioneren bij het niet zetten van stappen, lijkt het voor ons belangrijker om de werkgevers die het wel goed doen te belonen. Dit kan gekoppeld worden aan de theorie dat wanneer je goed gedrag beloond, dit ook door anderen getoond zal worden. Indien werkgevers zullen observeren dat anderen beloond worden voor dit gedrag, zullen ze dit mogelijks ook overnemen.

## **3.4 Aanbevelingen op macroniveau**

### **3.4.1 Vervangen van het woord "invaliditeit"**

Wanneer de arbeidsongeschiktheid van een werknemer een jaar bereikt heeft, gaat de persoon in kwestie over op "invaliditeit". Dit is een term die een eindstadium aankondigt: zonder dynamiek, aanpassingsmogelijkheden en evolutie. Het wordt door werknemers ook vaak gezien als een verworven recht en wekt stigma op.

Hierdoor kan de motivatie van de persoon dalen wat betreft arbeidsre-integratie. Aangezien er uit literatuur blijkt dat motivatie de sleutel is voor een goed begin en verloop van een re-integratietraject, wordt er aanbevolen om van deze woordkeuze af te stappen aangezien het niet uitnodigt tot re-integratie. Een mogelijk voorbeeld kan zijn “langdurige arbeidsongeschiktheid”. Dit is een zeer objectieve beschrijving van het feit dat de persoon een langere tijd (één jaar) arbeidsongeschikt is. Deze term zal ook geen verwarring met zich meebrengen bij de verschillende actoren. Ook in het advies van Commissie Diversiteit (2020) wordt er aangehaald dat er gestreefd moet worden naar een andere woordkeuze.

### **3.4.2 Focus referentieberoep**

De adviserend arts van de mutualiteit kijkt naar de arbeidsgeschiktheid van werknemers en geeft er een advies over. Volgens de wetgeving moet de adviserend arts gedurende het eerste half jaar kijken naar het referentieberoep. Na deze zes maanden arbeidsgeschiktheid dient hij te kijken naar de gehele arbeidsmarkt om de persoon te re-integreren. Dit zorgt er in sommige gevallen voor dat het re-integratietraject vertraagd wordt. Bepaalde mensen weten al tijdens dat eerste jaar dat ze hun referentieberoep niet meer zullen kunnen uitvoeren. Een oplossing zou zijn om een objectieve beoordeling in te voegen die de adviserend artsen kunnen gebruiken. Mogelijke beroepen moeten in kaart gebracht worden en daarnaast dienen de mentale en fysieke vereisten voor elk beroep opgelijst worden. Zo kan men er een wegingsfactor aan geven die de adviserend arts kan gebruiken voor een objectieve beoordeling. Hij kan dan een score invullen die staat voor een bepaald percentage. Indien de persoon lager scoort dan dat percentage betekent het dat hij of zij nog niet klaar is voor een bepaalde job. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat het advies van de adviserend arts realistischer is en altijd overeenkomt met de realiteit. Op deze manier kunnen ze hun keuzes ook beter kaderen aan de werknemer.

### **3.4.3 Optie afbouwend progressief werken**

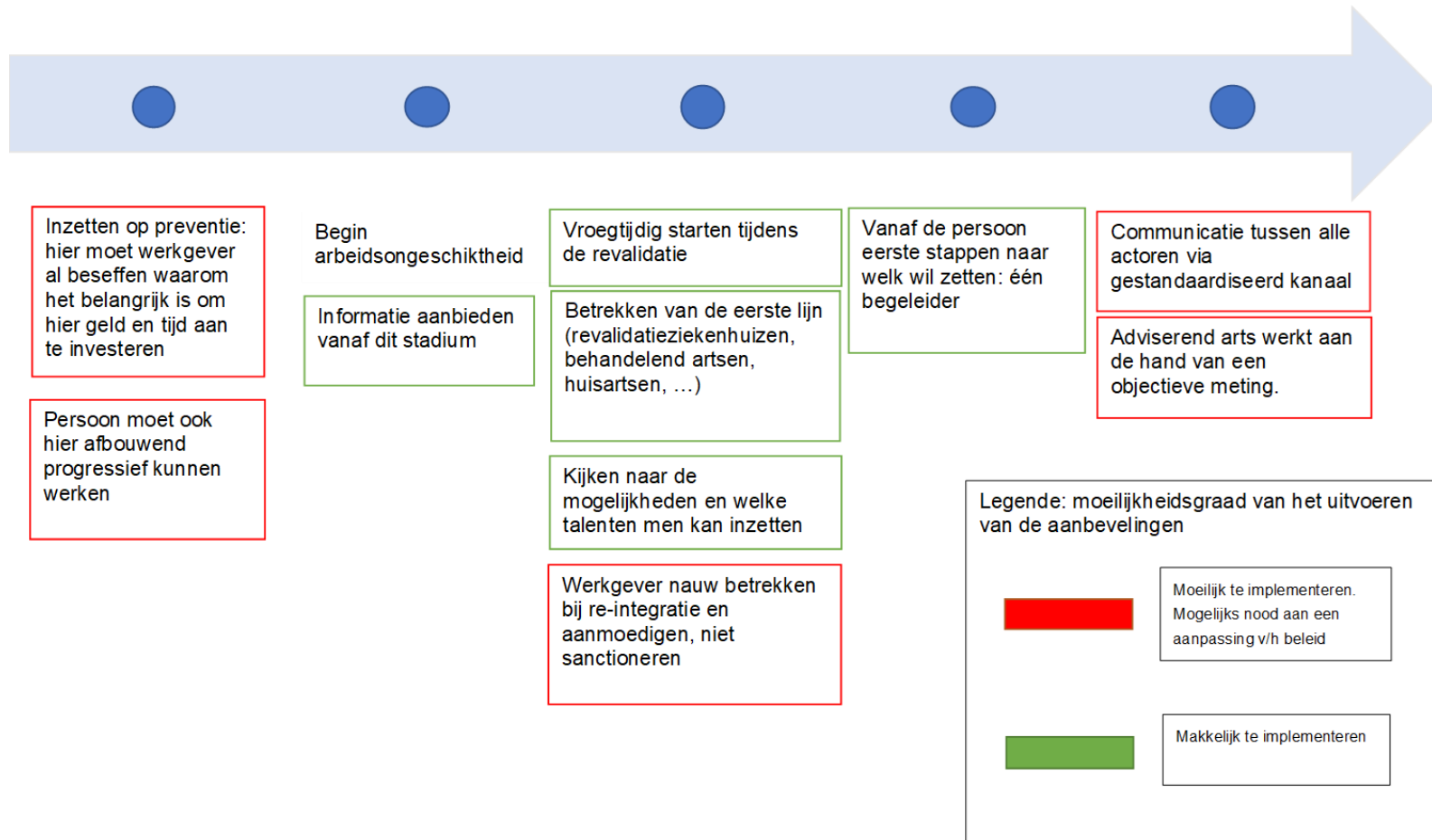
Progressieve werkhervatting is in België mogelijk wanneer een persoon na een periode van arbeidsongeschiktheid terug geleidelijk aan het werk wil hervatten. Bij progressieve werkhervatting kunnen de taken en/of de uren tijdelijk aangepast worden, om zo uitval te voorkomen en een veilige opstart te waarborgen. De uren die de persoon presteert worden dan uitbetaald door de werkgever terwijl de overige uren door de mutualiteit worden bijbetaald. Deze maatregel kan enkel ingezet worden wanneer de persoon opbouwend terug aan het werk wil, maar iemand met een chronische ziekte is niet in de mogelijkheid om deze maatregel in te voeren bij afbouwend werken. Wanneer een persoon de afgesproken uren niet meer kan presteren door zijn aandoening kan hij hier op dit moment in België geen tegemoetkoming voor krijgen.

Om volledig uitval te voorkomen is het belangrijk dat personen ook afbouwend progressief aan het werk kunnen gaan. Het feit dat personen pas een uitkering kunnen krijgen wanneer ze volledig uitgevallen zijn moedigt niet aan om toch nog mogelijke uren op te nemen. Deze maatregel zou er voor kunnen zorgen dat mensen zo lang mogelijk actief blijven op de arbeidsmarkt en hun capaciteiten maximaal ingezet kunnen worden. Een voorbeeld kan genomen worden van Duitsland waar men met bepaalde diagnoses minder kan gaan werken, zonder dat men eerst hiervoor moet uitvallen. In België zou deze maatregel ook genomen moeten worden zodat men progressief kan gaan werken, zonder genoodzaakt te zijn om eerst uit te vallen.



### 3.5 Ideale tijdslijn

Deze tijdslijn bevat de aanbevelingen die in deze bachelorproef besproken werden. Ze worden aan de hand van de pijl chronologisch weergegeven. Op deze manier is het duidelijk welke aanbevelingen op welk moment in het traject toegepast moeten worden. Daarnaast worden ze ook ingedeeld naar moeilijkheid qua implementatie.



## **4 Discussie**

### **4.1 Een antwoord op de onderzoeksvragen**

De PICO die werd opgesteld voor deze bachelorproef luidt als volgt:

P: personen met psychosociale en/of locomotorische aandoeningen

I: een casestudy ontwikkelen met verduidelijking van de inbreng van de ergotherapeut binnen het re-integratieproces om deze te optimaliseren

C: /

O: Re-integratie in het werkveld in kaart brengen en optimaliseren d.m.v. opvolging van een case en opstellen van aanbevelingen

De onderzoeksvraag waaruit men vetrokken is luidt als volgt: “Hoe verloopt de huidige re-integratie in België en wat zijn de knelpunten? Welke aanbevelingen kunnen geformuleerd worden en wat is de inbreng van de ergotherapeut bij dat proces?” Aan de hand van de stages, de casestudy en de contacten die gelegd werden met verschillende actoren kan men concluderen dat er nog zeker knelpunten zijn. In de eerste plaats dient uitval vermeden te worden, hierdoor moet er veel meer en bewuster ingezet worden op preventie. Hier kan zowel de ergotherapeut als de arbeidsarts van de werkgever een belangrijke rol in spelen. Re-integratie is een heel complex proces en dit maakt het voor de arbeidsongeschikte werknemers erg moeilijk om toch stappen naar werk te kunnen zetten. Daarom is een heel nauwe begeleiding, die vanaf het begin wordt ingezet, van cruciaal belang. Daarnaast zijn er erg veel actoren die een rol spelen in het proces, voor de werknemers is het vaak niet duidelijk wat de rol is van elke persoon en bij wie ze bepaalde zaken kunnen vragen. De communicatie tussen deze actoren verloopt daarnaast niet altijd optimaal, waardoor de werknemer zich niet gehoord en ondersteund kan voelen. In de aanbevelingen wordt daarom een gestandaardiseerd kanaal voorgesteld om communicatie en de administratieve verplichtingen te vergemakkelijken. Elke capaciteit moet ingezet kunnen worden op de arbeidsmarkt, iedereen heeft talenten die nodig zijn om de krapte in te vullen. Daarom dient er tijdig gestart te worden met re-integratie en is het belangrijk om zich te focussen op de mogelijkheden van werknemers.

### **4.2 Resultaten tegenover de literatuurstudie**

In deze bachelorproef werd er eerst een literatuurstudie gedaan om heel het re-integratieproces duidelijk en zo volledig mogelijk in kaart te brengen. Dit was een zeer belangrijk en nodig fundament om van hieruit verder te kunnen bouwen aan de knelpunten en de aanbevelingen.

Er werden in een aantal artikels dezelfde knelpunten aangehaald als men ondervonden heeft tijdens het uitwerken van deze bachelorproef. Vooral de nood aan een betere communicatie en het laattijdig starten met een re-integratietraject waren items die vaak aan bod kwamen. Artikels of onderzoeken die aanbevelingen formuleerden werden niet gevonden, maar a.d.h.v. de gesprekken met de verschillende actoren die betrokken werden, kan men concluderen dat er een consensus is over de moeilijkheden die bestaan.

Wel moeten we opmerken dat er beoogd werd om twee cases te verwerken binnen deze bachelorproef, maar er uiteindelijk maar één case heel nauw gevolgd werd. De rest van de informatie werd gehaald uit gesprekken met actoren en dankzij de stage die plaatsvond binnen VDAB, De VoorZorg en de zelfstandige Disability Case Manager. In de vraagstelling ging men nagaan hoe re-integratie geoptimaliseerd kan worden bij personen met een psychosociale en een locomotorische aandoening. Doordat er maar één case werd opgevolgd deden er geen personen mee met locomotorische aandoeningen. Aan de hand van de stage en verschillende gesprekken kon men toch ook van deze doelgroep een beeld verkrijgen. In de bachelorproef werden daarnaast ook enkel personen geïnccludeerd die nog een contract hebben bij hun werkgever. Men moet opmerken dat er ook een grote groep personen is met een afstand tot de arbeidsmarkt die geen contract meer lopende hebben. Om een breder beeld te verkrijgen op de moeilijkheden zou ook deze doelgroep in de toekomst betrokken moeten worden bij het vormen van aanbevelingen. Binnen deze bachelorproef werd er enkel gekeken naar het normaal economisch circuit (NEC). Op de arbeidsmarkt zijn er nog veel andere mogelijkheden zoals onder andere de maatwerkbedrijven, sociale economie, vrijwilligerswerk, ... die ook een rol kunnen spelen bij re-integratie en die andere knelpunten kunnen hebben.

Door de complexiteit van het proces konden ook niet alle actoren even nauw betrokken worden. Er was veel contact met VDAB, GTB, de mutualiteiten en adviserend artsen en arbeidsongeschikte werknemers maar het contact met arbeidsartsen en werkgevers of leidinggevenden was eerder beperkt. GOB als partner van VDAB werd niet betrokken, alsook waren er geen gesprekken met de behandelend artsen en de huisartsen. In de toekomst zou er eveneens meer aandacht moeten uitgaan naar de revalidatieziekenhuizen en de pijnklinieken.

### **4.3 Wat met de ergotherapeut binnen re-integratie?**

De ergotherapeut kan vanuit zijn visie en kennis sterk ingezet worden binnen re-integratie. Toch wordt dit op dit moment nog veel te weinig gedaan en wordt de meerwaarde ervan zelfs door verschillende professionals niet ingezien.

Zoals eerder vermeld loopt de communicatie tussen de actoren niet altijd even vlot. Aangezien de ergotherapeut heel holistisch werkt en altijd al in contact moet staan met verschillende hulpverleners om een optimaal behandelplan op te stellen, is het zeker mogelijk dat hij ingezet wordt als een tussenpersoon. Iemand die de communicatie tussen de actoren en de werknemer positief zal beïnvloeden. Daarnaast kan hij ook veel intensiever ingezet worden op de werkposten, dit kan de preventie van uitval ten goede komen. Vanuit het beroep van de ergotherapeut is er genoeg expertise die kan zorgen voor een betere preventie en begeleiding van personen bij re-integratie. Het is belangrijk dat de ergotherapeut bij de rest van het team duidelijk maakt waarom het inzetten op mogelijkheden zo belangrijk is. Tijdens de opleiding ergotherapie wordt dat sterk benadrukt en andere disciplines zouden deze visie ook moeten inzetten om alle mensen genoeg kansen te bieden.

Als laatste wil men in deze bachelorproef ook een warme oproep doen naar ergotherapeuten om ook in de revalidatiecontext voldoende aandacht te hebben voor de professionele revalidatie naar werk. Dit is een heel belangrijke stap in het revalidatieproces van de patiënt en dient vanaf het begin voldoende opgevolgd te worden. Als de ergotherapeut meer kennis wil opdoen is er de mogelijkheid om de opleiding voor Disability Case Manager te volgen. De ergotherapeut is een perfecte persoon om deze rol op te nemen en heeft al voor een stuk dezelfde visie op de mens opgebouwd. Deze opleiding dient dan ook binnen de opleiding ergotherapie meer gepromoot te worden.

## 5 Conclusie

Re-integratie naar arbeid is te complex voor de gewone werknemers. Dit zorgt ervoor dat de motivatie vermindert en dat veel personen met competenties en talenten niet de juiste weg naar werk vinden. Deze aanbevelingen zijn maar een klein stuk van het verhaal en er moet nader en intensiever bekeken worden, samen met de overheidsorganen hoe dit proces vereenvoudigd kan worden. Veel aspecten van het beleid laten geen optimale re-integratie toe omdat de manier van denken te zwart-wit is, terwijl de meeste re-integratieprocessen zich in een grijze zone bevinden. Preventie is de eerste stap en indien dit niet lukt moet men re-integratie zo vlug mogelijk laten starten, waarbij de nodige informatie vanaf het begin duidelijk meegegeven wordt. De professionals moeten samenwerken op één eiland in plaats van verschillende individuele eilanden te creëren waartussen de werknemer zijn weg moet vinden. De wens om re-integratie te optimaliseren is er bij iedereen, de toekomst zal uitwijzen in hoeverre alle actoren zullen samenwerken, inclusief de overheid om dit dan ook mogelijk te maken.

## 6 Referenties

ACV - Samana. (2019, 28 november). *Symposium: ziekte voorkomen en re-integratie van langdurig zieken bevorderen* [Presentatieslides]. ACV.

<https://www.hetacv.be/actualiteit/activiteiten/activiteitdetails/2019/11/28/default-calendar/symposium-ziekte-voorkomen-en-re-integratie-van-langdurig-zieke>

Beyer, S., Gouyet, T., Daubas Letourneux, V., Mener, E., Huge, S., Petit, A., & Begue, C. (2018). Communicatie tussen bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en huisartsen bij de behandeling van musculoskeletale aandoeningen. *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 26(9), 486–487. <https://doi.org/10.1007/s12498-018-0293-7>

Boets, I., Godderis, L., De Greef, V., & Deroubaix, H. (2020). *Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk*. KU Leuven, 3–10.

[https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Onderzoeksprojecten/RTW\\_Samenvatting\\_WP1en2en3\\_NL.pdf](https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Onderzoeksprojecten/RTW_Samenvatting_WP1en2en3_NL.pdf)

Bollaerts, K., Cabo, P., Coekelberghs, A., De Decker, E., Fransis, R., Gabrys, J. P., ... Van Dromme, S. (2009). *Het ziekteverzuim bij federale ambtenaren 2008–2009*.

[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/19086124/Studie%3A%20Het%20ziekteverzuim%20bij%20federale%20ambtenaren%202008-2009.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19086124/Studie%3A%20Het%20ziekteverzuim%20bij%20federale%20ambtenaren%202008-2009.pdf)

Bruneel, E., Dierckx, K., (Maart, 2020). *Wie is wie? De expertiseartsen en hun opdracht*. Geraadpleegd op 23/11/2020

[file:///C:/Users/Jasin/Desktop/Eindwerk%20artikels%20\(5\)/Actoren%20re-integratie/brochure\\_vpp\\_wieiswie\\_v2020\\_web.pdf](file:///C:/Users/Jasin/Desktop/Eindwerk%20artikels%20(5)/Actoren%20re-integratie/brochure_vpp_wieiswie_v2020_web.pdf)

Commissie Diversiteit. (2020). *Advies Re-integratie van arbeidsongeschikten met een RIZIV-uitkering*. Commissie Diversiteit, 12–43.

[https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/COMDIV\\_20201125\\_re-integratie\\_ADV.pdf](https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/COMDIV_20201125_re-integratie_ADV.pdf)

De Baets, S., Calders, P., & Van de Velde, D. (2018). Updating the evidence on functional capacity evaluation methods: a systematic review. *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 26(7), 350–352. <https://doi.org/10.1007/s12498-018-0238-1>

De Greef, V. (2015, september). *Welke vooruitzichten voor de professionele re-integratie van RIZIV-verzekerde patiënten met mentale stoornissen?*  
[https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie\\_4\\_mentale\\_stoornissen.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_4_mentale_stoornissen.pdf)

Departement Kanselarij en Buitenlandse Zaken. (29/10/2020). *Sociale zekerheidsuitkeringen*. <https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/vervangingsinkomens-sociale-zekerheid>

Elizabeth Russell & Agnieszka Kosny (2018): *Communication and collaboration among return-to-work stakeholders*, Disability and Rehabilitation, DOI: 10.1080/09638288.2018.1472815

Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. (z.d.). *Re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers*, Geraadpleegd op 21 november 2020, van <https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/het-gezondheidstoezicht-op-de-werknemers/re-integratie-van>

Federale overheidsdienst Sociale zekerheid. (2019). *Vade Mecum van de gegevens van de sociale bescherming in België – statistisch gedeelte*.  
<https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/nl/publicaties/vademecum/vademecum-2018-nl.pdf>

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. (28.10.2016). *Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de sociaalprofessionele re-integratie betreft*. [http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2016/07/27\\_1.pdf#Page136](http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2016/07/27_1.pdf#Page136)

FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. (2018). *Werkhervatting na afwezigheid wegens medische redenen, preventie en re-integratie*.

<https://werk.belgie.be/nl/publicaties/werkhervatting-na-afwezigheid-wegens-medische-redenen-preventie-en-re-integratie>

Godderis, L., Mylle, G., & Dubois, M. (2017). Ziekteverzuim en langdurige arbeidsongeschiktheid in België. *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 25(2), 56–58. <https://doi.org/10.1007/s12498-017-0022-7>

Goorts, K., Duchesnes, C., Vandenbroeck, S., Ruse, D., Du Bois, M., Mairiaux, P., Godderis, L. (Februari 2017). Is langdurig ziekteverzuim voorspelbaar en meetbaar? Jaargang 25, nr. 2. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12498-017-0023-6>

Informatie Vlaanderen. (2017, 22 november). *Analyse van het KB van 28 oktober 2016\* - re-integratie arbeidsongeschikte werknemer (B.S. 24/11/2016*. Vlaanderen Intern.

<https://overheid.vlaanderen.be/kb-20161028>

IPS. (2018, 1 juni). ips. <https://www.werkenmetips.nl/>

Knapen, J., Myszta, A., & Moriën, Y. (2018). Op weg naar werk voor mensen met psychische aandoeningen. Het I Care concept van AZERTIE. *OVER-WERK Tijdschrift van het Steunpunt Werk*, 48–52. <https://www.steunpuntwerk.be/node/3772>

Over Werk. (2019). Re-integratie: keer je terug of de rug naar het werk? *Steunpunt Werk*, 87–92.

Pacolet, J., De Wispelaere, F. (2016). *Arbeidsongeschiktheid in aantallen en budgetten*. KU Leuven. [file:///C:/Users/Jasin/Downloads/Arbeidsongeschiktheid%20in%20aantallen%20en%20budgetten%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Jasin/Downloads/Arbeidsongeschiktheid%20in%20aantallen%20en%20budgetten%20(4).pdf)

RIZIV. (2020, 17 januari). *Contacteer de ziekenfondsen - RIZIV*.

<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/ziekenfonds/Paginas/contacteer-ziekenfondsen.aspx>



RIZIV & Koning Boudewijnstichting. (2017). *Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid/invaliditeit : het standpunt van artsen en werkgevers*.  
<https://docplayer.nl/63887898-Werkhervatting-na-arbeidsongeschiktheid-invaliditeit-het-standpunt-van-artsen-en-werkgevers.html>

Schaafsma, F. G., Michon, H., Suijkerbuijk, Y., Verbeek, J. H., & Anema, J. R. (Eds.). (2015). *Kennissynthese arbeid en ernstige psychische aandoeningen*.  
<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/ex0006-kennissynthese-arbeid-en-ernstige-psychische-aandoeningen>

SERV. (2021, maart). *Advies Visienota re-integratie (langdurig) zieken*.  
[https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV\\_20210315\\_Re-integratie\\_ADV.pdf](https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20210315_Re-integratie_ADV.pdf)

Stichting Innovatie en Arbeid. (2019). *Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2019 - werknemers*.  
[https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/StIA\\_20191130\\_WerkbaarheidsmonitorWerknemers2019\\_RAP.pdf](https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/StIA_20191130_WerkbaarheidsmonitorWerknemers2019_RAP.pdf)

Tijtgat, E., Verjans, M., Vlerick, P., & Bruyninx, K. (2009). Disability Case Management: een meerwaarde bij arbeidsreïntegratie. *Disability Case Management*, 392–410.  
[https://www.researchgate.net/publication/293337627\\_Disability\\_case\\_management\\_een\\_meerwaarde\\_bij\\_arbeidsreintegratie](https://www.researchgate.net/publication/293337627_Disability_case_management_een_meerwaarde_bij_arbeidsreintegratie)

Vaes, P., Vanheel, A., Claesen, B., Nuyts, E., Luts, A., Timmers, F., Schollen, C., Ruppel, A., & Spooren, A. (2016). Werkhervatting na een depressie of burn-out. *OVER-WERK Tijdschrift van het Steunpunt Werk*, 130–136. <https://www.steunpuntwerk.be/node/3511>

Van Audenhove, C., & Knaeps, J. (2012). Begeleiding van personen met psychische kwetsbaarheid naar regulier werk: aanbevelingen.  
[https://www.popovggz.be/?action=nieuws\\_detail&nieuws=387&titel=Begeleiding+van+personen+met+psychische+kwetsbaarheid+naar+regulier+werk%3A+beleidsaanbevelingen&thema](https://www.popovggz.be/?action=nieuws_detail&nieuws=387&titel=Begeleiding+van+personen+met+psychische+kwetsbaarheid+naar+regulier+werk%3A+beleidsaanbevelingen&thema)  
≡

Van Hulst, K. (n.d.). Psychosociale risico's voorkomen-hoe begin je eraan?. Mensura.  
[https://www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/mijn-loopbaan/2300-werken-in-de-privé-sector-travailleer-dans-le-secteur-privé/2570-ziekte-en-re-integratie-maladie-et-reintegration/symposium-samana/2019-symposium-riz\\_mensura.pdf?sfvrsn=621567ee\\_2](https://www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/mijn-loopbaan/2300-werken-in-de-privé-sector-travailleer-dans-le-secteur-privé/2570-ziekte-en-re-integratie-maladie-et-reintegration/symposium-samana/2019-symposium-riz_mensura.pdf?sfvrsn=621567ee_2)

Van Nunen, K. (2018). Communicatie tussen bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en huisartsen bij de behandeling van musculoskeletale aandoeningen. *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 26(9), 486–487. <https://doi.org/10.1007/s12498-018-0293-7>

Vlaams Parlement. (2021, maart). *Conceptnota voor nieuwe regelgeving over de activering van langdurig zieken*. <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1682670>

WFOT. (2016). *Position statement: Occupational Therapy in Work-related Practice*.

Worx, S. D. (2018, 15 februari). Het ziekteverzuim in België is de laatste tien jaar met 33% gestegen. SD Worx. <https://www.sdworx.be/nl-be/pers/2018/2018-02-15-ziekteverzuim-belgische-werknemers-neemt-laatste-tien-jaar-fors-toe>

## 7 Tabellen en figuren

Figuur 1: Cijfers arbeidsongeschiktheid.....	1
Figuur 2: KB De Block en Peeters .....	3
Figuur 3: Actoren.....	4
Tabel 1: Advies arbeidsarts.....	6
Tabel 2: Kernbegrippen.....	9
Figuur 4: Oorzaken arbeidsongeschiktheid .....	12

## 8 Bijlagen

### 8.1 Leidraad gesprek arbeidsongeschikte werknemers

Algemene vragen:

1. Wilt u iets over uzelf vertellen, over de job die u vroeger uitvoerde of die u nu wil/zal uitvoeren?
2. In welke stap van het re-integratieproces zit u nu, en welke stappen moet u nog zetten om actief te zijn op de arbeidsmarkt?
3. Hoelang zit u al in het traject?
4. Op welke manier werd u aangemeld bij VDAB (aanmeldingsformulier, vanuit eigen initiatief, arbeidsarts)
5. Werde een bepaald advies geformuleerd (A, B, C, D, E)?

Actoren binnen het traject:

6. Hoe bent u bij VDAB terechtgekomen, wie heeft uw re-integratie traject opgestart? Was dit uw eigen initiatief?
7. Indien u zelf initiatief nam wist u waar u naartoe kon met vragen en hoe wist u dit dan?
  - a. Indien u niet goed wist waar u hulp kon zoeken, wat was de oorzaak hiervan?
8. Hoe zag uw traject eruit? Bij wie kwam u eerst terecht, bij wie daarna, ... hoe verliep dat? Wat was uw afgelegde "reis" dus?
9. Welke instanties of personen hebben u allemaal geholpen en ondersteund in uw traject? Welke personen speelden een rol?
10. Hebt u ook contact gehad met een ergotherapeut, indien wel hoe heeft hij u ondersteund in dit traject?
  - a. Zag u een verschil tussen de aanpak van de ergotherapeut in vergelijking met andere hulpverleners?
11. Was er een goede communicatie tussen alle actoren die betrokken werden?

Moeilijkheden en positieve aspecten

12. Welke moeilijkheden ondervond u bij het werken, waarom bent u terechtgekomen bij de bemiddelaar? Wat is de oorzaak van de uitval op het werk?
13. Welke zaken verliepen vlot en denkt u dat u zeker geholpen hebben?
14. Welke zaken zouden beter kunnen, welke dingen waren onduidelijk voor u?
15. Op welk vlak ondervond u de meeste moeilijkheden?
  - a. Was dit op een bepaald specifiek moment van het traject?
16. Welke initiatieven, hulpmiddelen of ondersteuningsmaatregelen hebt u gebruikt?

- a. Welke zaken vond u erg nuttig en wat zou er nog kunnen verbeteren op dit vlak?

Cliënt als ervaringsdeskundige

17. Als u bepaalde tips zou kunnen geven zodat personen beter begeleidt zouden kunnen worden naar arbeid wat zou u dan zeggen?
18. Wat wordt er op dit moment volgens u totaal fout gedaan?
19. Voelde u zich gehoord? Werd er geluisterd naar uw noden/ mening?
20. Welke aspecten bevat een optimaal ondersteund re-integratietraject volgens u? Welke kenmerken moeten de hulpverleners hebben om voor optimale ondersteuning te zorgen?
21. Zijn er nog zaken die u zeker wil vermelden, of die u vindt dat zouden opgenomen moeten worden in de aanbevelingen?

## 8.2 Leidraad gesprek met verschillende actoren

1. Vindt u dat er een goede communicatie en samenwerking is tussen de verschillende actoren (bv. behandelend arts, adviserend arts, mutualiteiten, arbeidsarts, werkgever, werknemer, VDAB, ...) die betrokken zijn bij de re-integratie? Is er voldoende multidisciplinair overleg?
2. Wordt er op het aanmeldingsformulier voldoende informatie gegeven: bv. bij vraagstelling?
3. Welke moeilijkheden hebt u zelf al ondervonden als professional?
4. We merken dat arbeidsongeschikte werknemers vaak niet voldoende vanaf het begin geïnformeerd worden over hun mogelijkheid, hebt u dit zelf in praktijk ook al ondervonden?
  - a. Hebt u bepaalde ideeën hoe dit misschien verbeterd zou kunnen worden, zijn er instanties die deze informerende functie vanaf het begin op zich zouden moeten nemen?
5. Zijn er bepaalde tekortkomingen in het huidig systeem van re-integratie die u vaak ziet terugkomen en die het de cliënten moeilijk maken?
6. Welke aspecten bevat een optimaal ondersteund re-integratietraject volgens u? Welke kenmerken moeten de hulpverleners hebben om voor optimale ondersteuning te zorgen?
7. Wat is volgens u heel belangrijk in de band met de cliënt?
8. Hebt u het gevoel dat er binnen het arbeidstraject soms te weinig wordt geluisterd naar de arbeidsongeschikte werknemer? Wordt er dus voldoende open dialoog gevoerd?
  - a. Hoe kan dit eventueel opgelost worden indien dit niet voldoende gedaan wordt?
9. Als u bepaalde tips zou kunnen geven zodat personen beter begeleid zouden kunnen worden naar arbeid wat zou u dan zeggen?
10. Krijgen jullie voldoende tijd om iemand te begeleiden in het traject?
  - a. Indien niet: waar wordt er soms wat minder tijd aan besteed en brengt dit soms problemen met zich mee?
11. Worden volgens u de artsen (vooral behandelende arts en adviserend arts) voldoende betrokken tijdens het traject van re-integratie zelf (bijvoorbeeld wanneer men al bezig is met progressieve tewerkstelling)?
12. Wordt er voldoende geïnvesteerd en gewerkt aan preventie volgens u?
13. Ziet u de meerwaarde in van een ergotherapeut die betrokken wordt bij het re-integratietraject?