

Re-integratiemanifest

Lode Godderis

Inleiding – waarom dit manifest?

Re-integratie is nu al een aantal jaren een hot topic. De media besteden er veel aandacht aan en bij tal van actoren – waaronder beleidsmakers en werkgevers – is er veel meer bewustzijn rond de enorme negatieve impact van langdurig ziekteverzuim op het welzijn van de betrokken werknemers, het succes van de ondernemingen waar ze voor werken, de gezondheid van onze hele economie en houdbaarheid van ons maatschappelijke zorgstelsel.

Daarmee is al een eerste enorm belangrijke stap, waar ik al zo lang mee voor ijver, gezet. Een moeizaam behaalde overwinning waarvan we het belang niet kunnen overschatten. Dat goede nieuws heeft echter nog een schaduwkant. Want ondanks alle inspanningen blijft de re-integratie van langdurig zieken – het doel dat moet worden bereikt – in ons land moeizaam verlopen.

“Zolang we een aantal hardnekkige systeemfouten blijven maken, zullen veel meer mensen dan nodig ongelukkig blijven zijn in uitzichtloze ziekteverzuimsituaties.”

Dat blijkt niet alleen uit de stijgende statistieken van (langdurig) verzuim van de laatste jaren maar ook uit de dagelijkse realiteit die ik, niet enkel als CEO van IDEWE, maar ook als Professor Arbeidsgeneeskunde aan de KU Leuven, en ons hele IDEWE-team ervaren als externe dienst voor preventie en bescherming op het werk voor onze klanten.

Ingebakken systeemfouten

De belangrijkste oorzaak daarvan zijn een aantal systeemfouten, die al zo lang bestaan dat ze zowel in het denken als handelen op alle niveaus zijn ingebakken, en waar we o zo moeilijk vanaf geraken – iets wat we nochtans *moeten* doen om het tij te keren.

Want die systeemfouten zijn dé vijand van succesvolle re-integratie: zij zorgen ervoor dat re-integratietrajecten niet, te laat of niet op de juiste manier worden ingezet. Daardoor realiseren ze ofwel helemaal geen werkhervatting, ofwel een die niet duurzaam is, waardoor de werknemer alsnog, en vaak voorgoed, uit de activiteit verdwijnt. Om maar een voorbeeld te geven: de VDAB heeft de opdracht minstens 10.000 begeleidingen uit te voeren – een aantal waar men zeer moeilijk aan geraakt en bijgevolg krampachtig initiatieven voor neemt, zonder echt de vraag te stellen of ze wel de juiste aanpak hanteren. Zolang we zulke systeemfouten maken, zullen we langdurig ziekteverzuim nooit terugdringen tot het absolute minimum, zullen we veel meer mensen dan nodig laten blijven vastzitten in uitzichtloze ziekteverzuimsituaties.

Voor deze mensen, voor hun werkgevers, en voor iedereen die hen kan helpen, als hulpverlener of als beleidsmaker, heb ik besloten dit manifest te schrijven.

Hoewel ik daarin ook voorbeelden geef uit de praktijk, is het doel van dit manifest nooit om mensen of organisaties, noch de keuzes die zij gemaakt hebben of nog zullen maken, aan te vallen. Aan initiatieven is er effectief geen gebrek – en dat doet me dan ook deugd. Maar ondanks die goede intenties vanuit verschillende kanten, leidt de aanpak ervan niet tot het gewenste bereik. Eigen aan ingebakken systeemdenken is nu eenmaal dat het ons allemaal suboptimale beslissingen doet nemen. De voorbeelden die ik geef dienen om de theorie bevattelijk te maken in de praktijk. En dus neemt dit manifest enkel dat systeemdenken zélf in het vizier. Want dat is de gemeenschappelijke vijand van iedereen die vanuit gelijk welke hoek anderen die, om fysieke of andere gezondheidsredenen, zijn uitgevallen op een duurzame manier weer overeind wil helpen.

Vijf grote en broodnodige denkshifts

In dit manifest schets ik eerst de situatie rond re-integratie nu en de voorbije jaren, aangevuld met een aantal statistieken die de uitdaging rond re-integratie aantonen.

Vervolgens leg ik vijf broodnodige 'shifts' voor, domeinen waarin we als maatschappij op alle niveaus een omslag moeten maken qua denken. Waarin we de manier waarop we soms al decennialang beslissingen en initiatieven nemen rond re-integratie, moeten bijsturen en in sommige gevallen zelfs compleet omgooien. Zodat al de goede intenties die er vandaag bestaan, en al het goede werk dat vandaag al geleverd wordt, versterkt wordt in plaats van tegengewerkt of teniet gedaan.

“Laat 2024 het jaar worden waar we later naar terugkijken als hét moment waarop we langdurig ziekteverzuim écht een halt zijn beginnen toeroepen.”

Daar hoop ik met dit manifest de ogen over te openen.

Hoofdstuk 1 – re-integratie: de cijfers

Hoe gigantisch de uitdaging rond re-integratie precies is, bewijzen de volgende statistieken:

- Het aantal langdurig zieken, of mensen die langer dan een jaar afwezig zijn wegens medische redenen, neemt sinds 2008 onafgebroken toe. En het einde van deze evolutie is nog lang niet in zicht, integendeel. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zagen tussen 2013 en 2019 een verdubbeling van het aantal langdurig zieke leden die deeltijds gingen werken. Directeur-generaal Xavier Brenez trok hierover in De Standaard aan de alarmbel. Volgens Securex stond de teller in 2022 op 485.000. Op datzelfde moment waren er in België 300.000 werkzoekende werklozen. In 2023 steeg het langdurig ziekteverzuim naar een recordhoogte van 3,76 procent van de werktijd. Ook het middellange verzuim lag met 2,45 procent nooit eerder zo hoog (Attentia).
- Tussen 2008 en 2022 is het aantal mensen in invaliditeit verdubbeld, waardoor de symbolische mijlpaal van 500.000 in 2022 werd overschreden. Volgens statistieken van het RIZIV lijdt 36,9% van deze personen die langer dan een jaar niet kunnen werken aan psychosociale aandoeningen, en twee derde van deze groep lijdt aan depressie of burn-out. Tussen 2016 en 2022 is het aantal personen in invaliditeit die lijden aan een van deze twee aandoeningen met bijna 50% gestegen.
- Volgens het federaal Planbureau dreigt dat aantal langdurig zieken, bij ongewijzigd beleid, tegen 2035 op te lopen tot bijna 600.000. De overheid lijkt daarbij al jaren te vechten tegen de bierkaai, al was er een paar maanden geleden nog een lichtpuntje. Zo zag het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Riziv) in vijf jaar tijd een forse opstoot van deeltijds werken. (De Standaard)
- Volgens het rapport van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid is België de Europese koploper in het aandeel inactieve personen omwille van ziekte of invaliditeit. Maar liefst 7,2 % van de 20-64-jarigen is inactief om deze reden. In Nederland zien we een vergelijkbaar percentage, maar in Frankrijk en Duitsland ligt dat rond de 4 %. Een belangrijk deel van het verschil in participatie zou dus ingehaald kunnen worden als in België een groter aandeel van de personen met een arbeidsbeperking zouden deelnemen aan de arbeidsmarkt. Tussen 2010 en 2019 steeg dit aandeel in België (+ 2,2 procentpunt) sterker dan in de EU (+0,8 procentpunt). De werkgelegenheidskloof tussen personen met en zonder een beperking in België is ook één van de hoogste van de EU.
- Datzelfde rapport van de Hoge Raad duidt op het feit dat 1 op 5 van de 16-64-jarigen in België een langdurende beperking heeft in hun gebruikelijke activiteiten door een gezondheidsprobleem. Het aandeel personen met een beperking in België is vergelijkbaar met het Europese gemiddelde (20 % in België versus 19 % in de EU). Het grotere aandeel inactieven omwille van gezondheidsproblemen in België lijkt dus niet te wijzen op grotere gezondheidsproblemen in België, maar aan een lagere arbeidsmarktparticipatie van personen met een gezondheidsprobleem. Na 4 maanden is 42 % nog arbeidsongeschikt; meer dan de helft heeft het stelsel dus verlaten. Personen die 1 jaar ziek zijn, zijn in 80 % van de gevallen een jaar later nog steeds arbeidsongeschikt. Voor personen die 2 of 3 jaar ziek zijn, is dit 91 % en 95 %. Met andere woorden: hoe langer de arbeidsongeschiktheid duurt, hoe hoger het risico op een (zeer) langdurige arbeidsongeschiktheid.

Hoofdstuk 2 – de vijf ‘big shifts’: hoe we nu denken en hoe we zouden moeten denken

Shift 1: van ‘wat kan men niet’ naar ‘wat kan men wel’

“Als je vanuit de beperking vertrekt, krijg je dat later erg moeilijk omgebogen naar een positief traject richting een job waar de beperking er niet langer toe doet.”

Stel, je hebt een lichamelijke beperking waardoor je al een hele tijd niet werkt. Je hoort dat er een aantal maatregelen zijn om je aan werk te helpen. Bij wat navraag blijkt echter dat je als eerste stap in dat proces... je arbeidsongeschiktheid officieel moet laten erkennen en dat bewijzen en toelichten – want dat is een basisvoorwaarde om in aanmerking te komen voor de hulp. Als je die drempel over bent, vertrekt het verdere proces vanuit die eerste stap: er wordt eerst gekeken naar wat je allemaal *niet* kan, om pas daarna op basis van die beperkingen in te vullen wat je *wel* kan en je naar een job te begeleiden die daarbij past.

Moeilijk te keren perspectief

Voel je de drempelverhogende, stigmatiserende en probleemgerichte insteek? Dat verhindert niet alleen dat mensen gaan instappen – meer nog, daar is het ook om gedaan, om te vermijden dat mensen hier onterecht gebruik van zouden maken – maar maakt het verderop in het proces voor alle betrokkenen ook erg **moeilijk om die negativiteit nog om te draaien naar een positief perspectief** – met andere woorden: van ‘wat kan je niet?’ naar ‘wat kan je wél?’. Die hele omweg is contraproductief en gelukkig ook volledig onnodig – meestal blijkt toch dat ze nog veel meer kunnen dan ze gedacht hadden.

Nochtans is het vandaag de realiteit voor tal van mensen met een beperking in het hele land: de processen om steun te bekomen beginnen in alle regio's op een gelijkaardige manier. Hoe hard die denkfout is ingebakken, bewijst het feit dat de VDAB bij recente hervormingen (het integreerde in 2023 de bestaande ondersteuningsmaatregelen in dit domein in één Individueel Maatwerk-project) de kans had om ook dat issue aan te pakken, maar dat niet deed: ook Individueel Maatwerk vertrekt vanuit een verplichte erkenning van de arbeidsbeperking. Met een positieve insteek, die onmiddellijk vertrekt vanuit wat men wél kan, ben ik er zeker van dat Individueel Maatwerk een veel groter succes was geweest. Waarom dus die focus op de beperking, eerder dan op de zorgnood?

In het licht van de filosofie van dit manifest, benadruk ik hierbij dat dit geen steen is naar de VDAB: Individueel Maatwerk is een zeer lovenswaardig initiatief, en mijn kritiek is gericht op de denkfout op zich, een diepgeworteld probleem dat zich overal voordoet. Ik heb hierover al een zeer constructief gesprek met de VDAB gehad, en wetende dat ook AVIQ in Wallonië en PHARE in Brussel nadenken over hervormingen op dit vlak, roep ik ook hen warm op om hier extra bij stil te staan.

Conclusie: iederéén heeft potentieel. Laat ons dus bij alle steunmaatregelen rond re-integratie zo vroeg mogelijk in het proces, zowel vanuit de kant van de hulpverlener als van de patiënt, vertrekken vanuit die mogelijkheden. En die zie je enkel door te luisteren naar de noden en behoeften. Maak van wat men wél kan meteen het hoofdverhaal, en van de beperking het bijverhaal, waar je wel rekening mee houdt op de punten die dat vereisen en die punten ook opvolgt. Leg de focus dan eerder op het meten van het resultaat en op de opvolging, eerder dan op beperken en vervolgens controleren.

Laat ons die positieve filosofie overal adopteren. Geef mensen het gevoel dat we ze helpen naar 'een job die je mogelijkheden optimaal benut, en waar je beperking er niet langer toe doet' in plaats van naar eentje 'die je ondanks al je beperkingen toch kan uitoefenen'.

En laat ons dat doen op alle niveaus, van de grootste overkoepelende beleidsbeslissing tot de kleinste stap in de individuele hulpverlening.

Shift 2: van 'wel of niet kunnen werken' naar 'werken is genezen'

"Waarom zou een arbeidsbeperking of gezondheidsprobleem een werknemer per definitie helemaal van het werk moeten houden?"

In 2017 al schreef ik het boek 'werken is genezen', over de positieve kracht die werken in veel gevallen heeft op het genezingsproces. Vandaag stel ik echter vast dat er in enorm veel gevallen nog steeds wordt uitgegaan van het klassieke binaire denkpatroon: je bent ofwel 'niet geschikt om te werken' ofwel 'wel geschikt om te werken'. Daar zit niets tussen en je gaat dus van de ene categorie over naar de andere wanneer je volledig hersteld bent.

Werken vaak beter dan thuis zitten

Dit binaire denken is een van de grootste en meest problematische misvattingen in het domein van ziekte tout court, en blijft een echt goed re-integratiebeleid maar in de weg zitten. Eerst en vooral omdat wachten op volledige genezing heel lang kan duren, wat zoals in shift 1 al aangegeven de kans op succesvolle re-integratie sterk verkleint.

Bovendien benutten we daarmee de vele heilzame effecten die werken kan hebben op het genezingsproces niet. In veel gevallen is (bijvoorbeeld gedeeltelijk of met aangepaste taken) weer aan de slag gaan een véél beter idee dan voltijds thuis te zitten, om redenen die in het volgende kaderstuk worden toegelicht. Wie werkt, ook al is dat nog maar een beetje, die:

1. voelt zich weer **deel van een groep**: voor bijna elke mens zijn groepsgevoel en sociaal contact in mindere of meerdere mate nodig voor een gezonde geest.
2. voelt zich **nuttig**: ondanks het feit dat ziekteverzuim vaak pure overmacht is, kampen veel langdurig arbeidsongeschikten met een gevoel van schaamte en schuld tegenover hun collega's en werkgever. Als je je op het werk weer inzet voor teamdoelen – en daar hopelijk dankbaarheid voor in ruil krijgt – krijg je je zelfvertrouwen weer op.
3. krijgt meer **zelfvertrouwen**: ook tegenover de maatschappij kampen vele arbeidsongeschikten met schaamtegevoelens. En hoewel ik er vurig voor pleit om arbeidsongeschiktheid niet te beschouwen als iets om je voor te schamen, spreekt het wel voor zich dat werken een hogere maatschappelijke status heeft dan niet werken.
4. wordt weer **uitgedaagd**: zelfs als je slechts enkele uren per week hervat, heb je weer een doel. En dat doel vereist een bepaalde focus die je meestal mist of makkelijker voor je uitschuift als je voltijds thuis zit. En net zoals ons lichaam, hebben onze hersenen nood aan voldoende 'beweging'.
5. **krijgt verstrooiing**: die uitdaging helpt je ook om niet de hele dag stil te staan bij je probleem. Zowel in je professionele contacten als tijdens de koffieklets heb je verstrooiing. En als er op je werk ook wat wordt afgelachen, is dat nog het allerbeste medicijn.
6. **gaat minder makkelijk 'catastroferen'**: een gevolg van punt 5 is dat als je afleiding hebt, het risico verkleint dat je je klacht onder een vergrootglas legt. Als het probleem daardoor gaat verergeren, noemen we dat 'catastroferen', een potentiële vicieuze cirkel.

7. **beweegt meer:** de gemiddelde werkdag dwingt ons tot meer beweging dan de gemiddelde ziektedag thuis, zeker als het werk bepaalde fysieke taken inhoudt, maar ook voor bedienden.
8. geeft zichzelf **financiële gemoedsrust**. Een loon ligt hoger dan een uitkering, en geldstress is absoluut nefast voor het genezingsproces.

Uiteraard staat het herstel van het individu op plaats 1, altijd. En uiteraard vereist dat, afhankelijk van de oorzaak van de uitval, meestal een zekere tijd die aan rust is gewijd. Maar rust alleen betekent niet automatisch herstel. Ook binnen die herstelperiode is het belangrijk om in de mate van het mogelijke actief te blijven. Om dingen te doen die je gelukkig maken, dingen die je prikkelen, of het gevoel geven dat je ergens aan bijdraagt. Vaak is het werk een van de plekken bij uitstek waar dat gebeurt. Waarom zouden we de tijd dat iemand niet gaat werken, dan langer rekken dan nodig? Waarom zou een arbeidsbeperking of gezondheidsprobleem een werknemer per definitie helemaal van het werk moeten houden?

Als er goed wordt gekeken naar hoe de werknemer weer een bepaalde job, of een deel ervan, zo goed mogelijk naar diens kunnen kan invullen met een positieve impact op de gezondheid, is dat een dubbele win: de werkgever ziet het werk doorgaan door een vaste vertrouwde werknemer, en de werknemer geneest sneller en kan op eigen tempo en met de steun van alle betrokkenen na een tijd meer taken oppakken tot de volledige tewerkstelling weer is bereikt.

Daarom moeten werknemer, werkgever en hulpverleners ook daar de shift in maken: bespreek samen de mogelijkheden en laat werken en genezen elkaar versterken in plaats van uitsluiten.

Extra noot: hoewel dit manifest zich voornamelijk op langdurig zieken richt, geldt deze shift voor elke vorm van ziekteverzuim. Om die reden pleit ik ervoor om het ziektebriefje (werknemer is *niet* geschikt om ...) als concept veel liever te vervangen door een fitnote (werknemer is ziek maar blijft wél in staat om...), gekoppeld aan de eerder vermelde afspraak om elke uitval telefonisch te melden aan de leidinggevende (zie shift 3).

Shift 3: van controle naar connectie

“In onze obsessie met het controleren van het recht op uitkering vergeten we dat we de werknemer in de eerste plaats recht op hulp moeten bieden.”

We hebben het nooit anders geweten: het allereerste wat je als werknemer hoort te doen als ziekte je van het werk houdt, is naar de dokter gaan. Niet per se voor de diagnose of om de genezing te bespoedigen maar... in de eerste plaats om aan de werkgever te kunnen bewijzen dat je écht ziek bent. Want dat is wat de wet altijd heeft voorgeschreven en wat werkgevers ook altijd hebben verwacht.

En hoewel ik die reflex begrijp, is ook dat een ernstige systeemfout. Want alle betrokken partijen ondervinden er nadeel van, zowel rond kort ziekteverzuim als – zoals we later zullen zien – voor re-integratie bij langdurig verzuim. Eerst en vooral voor de werknemer: zolang typische ziektes als verkoudheid en de griep en ondertussen ook COVID milde tot matige symptomen veroorzaken, heeft een patiënt vooral rust nodig. Een doktersbezoek, met al het gedoe dat ermee gepaard gaat - is dus volledig onnodig, en verhoogt ook de nu al hoge werkdruk van zoveel huisdokters.

Ook de werkgever levert het weinig op: de kans dat een dokter weigert een briefje uit te schrijven – bijvoorbeeld omdat er geen ziektesymptomen te zien zijn of omdat er twijfels zijn of de burn-outklachten oprecht zijn – is bijzonder klein. En bovendien blijkt uit de praktijk dat het afschaffen van het ziektebriefje niet tot meer ziekteverzuim leidt. Dat bevestigt o.a. [deze studie](#) van Acerta: in het eerste kwartaal van 2023 is het kort ziekteverzuim in de Belgische bedrijven met 5 % afgenomen in vergelijking met dezelfde periode vorig jaar.

Recht op hulp

Als middel tegen misbruik zakt controle, althans in deze fase, dus door de mand. Nog veel problematischer is echter dat het bij het *terechte* ziekteverzuim een rem zet op de communicatie tussen werkgever en werknemer, terwijl we daar net gas horen te geven. De werknemer heeft in de eerste plaats recht op hulp, en dat vergeten we met onze obsessie voor het controleren van het recht op uitkering nog te vaak.

Een 'ik ben ziek en hier is mijn briefje' mailen naar HR is veel makkelijker dan rechtstreeks – bij voorkeur telefonisch – contact opnemen met de werkgever. Terwijl net dát de zinvolle connectie is, die beide partijen toelaat om met begrip voor elkaar de ernst van de uitval te bespreken en, wanneer een langere afwezigheid dreigt, meteen de dialoog rond latere re-integratie op te starten.

“Alles begint bij wederzijds vertrouwen. Dat bouw je op met constructieve dialoog, binnen een goed verzuimbeleid. Te veel controle bemoeilijkt dat.”

Die dialoog hoeft niet meteen ver te gaan. Zaken die, naast hoe het met de werknemer gaat uiteraard, op dat moment cruciaal zijn om te bespreken, zijn:

- Het belang van een tijdig informeel re-integratietraject. Nog te veel werkgevers laten het tot een *formeel* re-integratietraject komen, en daarbij is om verschillende redenen – die o.a. met vertrouwen en drempels te maken hebben – niemand gebaat.
- De initiatieven die men op dat vlak zelf kan nemen en de actoren – zoals arbeidsarts – die daarin kunnen ondersteunen, want de kennis daarover ontbreekt nog vaak.
- De kracht van werken op het genezingsproces (shift 2), zodat de werknemer niet langer dan (ook voor zichzelf) nodig aan de zijlijn blijft staan.
- Afspraken rond het verdere proces, bijvoorbeeld wanneer werkgever en werknemer opnieuw bij elkaar inchecken.
- ...

Als dat op de juiste manier gebeurt binnen een duidelijk en constructief ziekteverzuimbeleid, zal dat door de werknemer niet als intrusief ervaren worden en is de eerste belangrijke stap richting re-integratie gezet. Maar net die stap wordt dus gefnuikt door controlemechanismen zoals het ziektebriefje.

En hoewel het ziektebriefje-voor-één-dag ondertussen is afgeschaft, is het nog altijd verplicht voor meerdere dagen afwezigheid. Extra problematisch is dat de controlereflex ook vandaag nog opduikt in initiatieven rond re-integratie bij langdurig ziekteverzuim.

Een goed voorbeeld daarvan zijn de maatregelen die de federale regering in november 2023 aankondigde om extra in te zetten op de re-integratie van langdurig zieken. Ook dat verder lovenswaardige initiatief legt een sterke focus op regelmatige controle, door langdurig zieken te verplichten om regelmatig fysiek op consultatie te gaan bij de adviserende arts. Net zoals het Vlaams Patiëntenplatform betreurt ik dat. Het verhoogt net zoals het 'denken in beperkingen' (zie shift 1) de drempel om hulp te zoeken: de adviserende arts krijgt dan immers de negatieve perceptie van een 'controleur' die vooral oordeelt over het recht op behoud van uitkering.

Kijkend naar duurzame re-integratie als einddoel, helpt deze controlefocus evenmin. De verplichte consultaties gaan immers de termijn waarop mensen in de arbeidsongeschiktheid zitten – zoals al gezegd een sleutelfactor voor succesvolle re-integratie - niet verkorten, integendeel. We moeten véél vroeger de oorzaken van de uitval in kaart brengen en de uiteindelijke re-integratie al bespreekbaar maken.

En net zoals het ziektebriefje de dialoog met de werkgever bemoeilijkt, staat de verplichte consultatie bij de adviserend arts het aanhaken van andere relevante actoren, zoals de arbeidsarts, in de weg. Hier kom ik op terug in shift 4.

Kortom, alles begint bij wederzijds vertrouwen. En dat vertrouwen bouw je op door snelle en betekenisvolle *connectie*, die begint bij open communicatie. Maar zolang we controle leidend laten zijn, zal dat er in veel gevallen niet van komen, met alle gevolgen van dien.

Laat een aantal controlemechanismen zeker bestaan – misbruik zal er altijd zijn en moet kunnen worden bestreden – maar laat ze vooral geen dialoogbarrières meer opwerpen tussen werkgever en werknemer.

Shift 4: van 'eiland' naar 'archipel'-mentaliteit

"Er is echt nood aan meer doorverwijsreflex – vooral naar de arbeidsarts – in de hulpverlening, en daarvoor is sensibilisering bij alle actoren nodig"

Ik gaf het al aan in shift 3: een snelle dialoog laat toe om werknemers te sensibiliseren en te informeren over re-integratie, en hen daarbij onder andere wegwijs te maken in het proces en de verschillende actoren die hen kunnen helpen bij zowel het herstel als de terugkeer naar het werk.

En ook op het vlak van die actoren hebben we nog een berg werk te verzetten. Vraag een willekeurige werknemer eens wat het verschil is tussen de behandelend arts, controlearts, adviserend arts en arbeidsarts. Of welke rol de interne preventie-adviseur en de externe preventiedienst precies spelen. Wedden dat die het in Keulen hoort donderen? Meer nog: ook veel *leidinggevend* en *werkgevers* weten niet hoe de vork aan de steel zit, nochtans belangrijk om de dialoog richting re-integratie zinvol te kunnen voeren.

Nood aan transparantie

En dat kunnen we hen niet kwalijk nemen: het landschap van specialisten is ingewikkeld en onduidelijk, er is echt dringend nood aan meer duidelijkheid en transparantie hierover. Dat zelfs de verschillende *hulpverleners* elkaar vaak niet vinden, zegt genoeg en blijft de re-integratiemotor doen sputteren.

De actor waar de meeste misverstanden over bestaan en wiens toegevoegde waarde in het re-integratieproces daardoor vaak onderbenut wordt, is de arbeidsarts.

Wat is de arbeidsarts (en wat niet?)

Wie consulteer je doorgaans bij huidproblemen? De dermatoloog, toch? Meestal na doorverwijzing door je huisarts. Dan is het voor een aandoening die mee is veroorzaakt door en/of gevolgen heeft voor het werk toch ook logisch om bij een arbeidsarts aan te kloppen?

De arbeidsarts maakt deel uit van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk waar de werkgever bij is aangesloten. Deze hulpverlener wordt vaak verward met de controlearts, een drempelverhogend misverstand dat écht de wereld uit moet. De controlearts is iemand die in opdracht van je werkgever komt controleren of werknemers wel écht ziek zijn, terwijl de arbeidsarts als missie heeft om ze te helpen richting re-integratie.

Deze hulpverlener gaat, samen met onder andere je behandelend arts en eventueel de preventieadviseur psychosociale aspecten of andere preventieadviseurs, mee adviseren over en begeleiden bij het herstel, en besteedt daarbij extra aandacht aan de uiteindelijke terugkeer naar het werk. Dat kan een volledige terugkeer zijn naar dezelfde job en werkgever, of naar een aangepaste job. In sommige gevallen, bijvoorbeeld na een psychosociale aandoening zoals burn-out of de gevolgen van ongewenst gedrag, kan dat zelfs naar een volledig nieuwe job en/of zelfs andere werkgever zijn.

De arbeidsarts is veruit de meest geschikte hulpverlener om hierover te adviseren, en onderzoek toont ook aan dat hoe sneller die wordt aangehaakt, hoe groter de kans wordt op een geslaagde re-integratie.

→ [Meer informatie over het verschil tussen de belangrijkste artsen op het vlak van ziekteverzuim vind je hier.](#)

Toch gebeurt het aanhaken van de arbeidsarts vaak te laat of zelfs helemaal niet, zelfs door een hulpverlener zoals de behandelend arts.

Doorverwijsreflex moet beter

Ook het gebrek aan kennis en doorverwijsreflex bij de verschillende actoren is dus een ernstig probleem. Want hoewel enkel de werknemer strikt genomen de enige is die kan beslissen om de arbeidsarts op te zoeken, ligt er een belangrijke adviesverantwoordelijkheid bij werkgevers en specialisten – zij horen het veld beter te kennen dan de werknemer.

“Finland toonde recent nog aan dat doorverwijzing door arbeidsarts naar de curatieve sector een snellere terugkeer naar het werk oplevert.”

Daarnaast wordt de rol van de arbeidsarts door beleidsmakers ook onvoldoende erkend, en dit wordt niet geholpen door de versnippering van de functie van privé en gereguleerde actoren en de relevante bevoegdheden over de federale en regionale overheden. Daardoor wordt die rol onvoldoende ingevuld in het bredere beleid en gerichte initiatieven. Afstemming gebeurt onderling nauwelijks, en hoewel elke actor z'n best doet om die arbeidsongeschikten aan te trekken, lukt het hen op zichzelf niet om tot die grote doelgroep te geraken. Al jaren pleit ik voor meer doorverwijsreflex vanuit de curatieve sector naar de arbeidsarts, en een recente Finse studie toont ook aan dat dit loont: het ginds geteste doorverwijsmodel leverde significant snellere terugkeer naar het werk op tijdens de herstelperiode.

Volledige speelveld betrekken

Ik stond nu vrij lang stil bij de arbeidsarts, omdat de nodige denkshift daar het grootst is, maar uiteraard verbreed ik dit pleidooi maar al te graag naar het volledige speelveld, van de betrokken werknemer en werkgever over de verschillende hulpverleners en zelfs beleidsmakers.

Re-integratie in ons land speelt zich in het algemeen nog te veel af op eilanden. En dit probleem oplossen draait om veel meer dan enkel het goed inschatten van de rol van elke specialist en wie wanneer moet worden aangehaakt. Succesvolle re-integratie is pas mogelijk als er samenspel is. Elke actor is belangrijk en dat netwerk moeten we vernauwen, waardoor ze elkaar tijdig kunnen opzoeken en samenwerken. Ze hebben, elk vanuit hun eigen specialisatie, allemaal een verbindende rol te spelen met een gemeenschappelijk doel: de gezondheid en het welzijn van elke werknemer maximaliseren.

In heel veel domeinen van de algemene gezondheidszorg loopt dit samenspel al heel goed, en gezien het enorme belang van re-integratie, en werknemerswelzijn in het algemeen, kunnen we echt niet langer aanvaarden dat dit in dat domein zo mank blijft lopen.

Hoe gaan we dit doen?

In afwachting van een overkoepelend beleid kan er wel al meer afgestemd worden op lokaal niveau, via de eerstelijnszones. Het project 'Terugkeer naar het werk – het belang van de eerstelijnszones', is daar een goed bewijs van. Het legde niet enkel een gebrek aan samenwerking tussen, en bekendheid van zorg- en arbeidsprofessionals bloot; van zorgcoördinatie en ownership bij de actoren is duidelijk ook weinig sprake, al helemaal niet bij de doelgroepen van de (langdurig) zieken die moeilijker te bereiken waren.

Om vroeg in te grijpen bij arbeidsongeschiktheid is het cruciaal dat zorgprofessionals, waaronder huisartsen, beschikken over de kennis en tools om patiënten te begeleiden naar de juiste arbeidsprofessional. Dat kan bijvoorbeeld via een instrumentarium dat bestaande paden en actoren op vlak van terugkeer naar het werk integreert: arbeidsartsen, terug-naar-werk-coördinatoren van mutualiteiten en partners zoals GTB (Gespecialiseerd Team Bemiddeling), GOB (Gespecialiseerde opleiding, begeleiding en bemiddeling) en VDAB. Huisartsen kunnen daarmee dan, op basis van patiëntkenmerken, gericht doorverwijzen naar de juiste terug-naar-werk-actor - rekening houdend met het tijdstip van arbeidsongeschiktheid, het statuut en de persoonskenmerken van de patiënt. Door participatie op te nemen als gezondheidsdoelstelling en re-integratie als gezondheidszorgdoelstelling, kunnen we de kloof tussen curatieve en terug-naar-werk-actoren dichten.

En we bereiken pas echt en volledig de doelgroep als er gewerkt wordt aan outreach: een proactieve manier om contact te leggen bij mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties, die niet of onvoldoende bereikt worden door het huidige dienst-, hulp- en zorgverleningsaanbod, en die zelf daar ook niet altijd om vragen. Deze benaderingsvorm speelt zich af in de directe leefomgeving van de doelgroep, maar kijkt ook kritisch naar het systeem, naar de hindernissen en drempels, en een manier om deze weg te werken.

Een mooi voorbeeld van samenspel is het A3W3-pilootproject, gericht op het aan werk helpen van mensen die niet langer bij hun huidige werkgever aan de slag kunnen, bijvoorbeeld omdat die niet de nodige aangepaste job kan bieden. Uit de resultaten blijkt dat doorverwijzingen vanuit de arbeidsartsen van de betrokken externe preventiediensten naar de arbeidsbemiddelingsdienst – in dit geval de Vlaamse VDAB – erg succesvol zijn. De arbeidsarts kan vanuit de eigen coördinerende rol ook andere specialisten, zoals de adviserend arts, betrekken.

Shift 5: van equality naar equity

“Een evolutie waarin we meer kunnen delegeren, zou dus tijd vrijmaken voor onze arbeidsartsen – tijd die ze erg nodig hebben.”

In de huidige setting van arbeidsgeneeskunde en re-integratie zien we vaak een uniforme aanpak, waarbij iedereen door dezelfde procedure gaat. Iedereen moet door dezelfde molen, wat voor inefficiëntie en beperkte middelen en beschikbare capaciteit zorgt. Want hoe kan je nu iemand zorg of begeleiding bieden als je amper kan vertrekken van de persoonlijke behoeften van die persoon? We moeten de focus leggen op het realiseren van een efficiënte en effectieve aanpak, in zowel de arbeidsgeneeskunde als re-integratie, waarbij de beschikbare middelen optimaal worden benut en er op maat gemaakte ondersteuning kan worden geboden op basis van de behoeften. In het geval van psychologische zorgverlening, kan getrapte zorg hier alvast een antwoord op bieden.

Getrapte zorg is een benadering waarbij zorg vanuit verschillende niveaus van intensiteit en specialisatie kan worden aangeboden, afhankelijk van wat de persoon nodig heeft. Zo kunnen we mensen de juiste vorm van zorg bieden, op het juiste moment en met de juiste expertise. Getrapte zorg staat een betere afstemming toe tussen de beschikbare middelen en de vereisten van de individuele patiënten. Om een voorbeeld te geven: digital natives zijn goed bereikbaar met digitale hulpmiddelen. Door deze groep op afstand te ondersteunen, kunnen verpleegkundigen zich concentreren op patiënten die meer persoonlijke begeleiding nodig hebben. Artsen kunnen dan worden ingezet op een meer gespecialiseerd niveau, waar hun expertise het meest nodig is.

Alleen, (arbeids)artsen inzetten waar hun expertise nodig is, is eigenlijk een ideaal scenario dat nog te vaak tegengehouden wordt door de verouderde wetgeving waarin EDPBW's als IDEWE hun werk moeten doen. Periodieke onderzoeken moeten bijvoorbeeld wettelijk gezien uitgevoerd worden door een arbeidsarts, terwijl werknemers zonder klachten vandaag eigenlijk perfect door verpleegkundigen kunnen worden onderzocht. Mits goede opleiding, begeleiding en duidelijke regels rond supervisie van de arbeidsarts, die ook eindverantwoordelijke blijft.

Daarbij: de krapte op de arbeidsmarkt geldt ook voor preventie-adviseurs en verpleegkundigen; en daarnaast zitten we met toename van taken zonder dat de financiële middelen mee-evolueren. Een evolutie waarin we meer kunnen delegeren, zou dus tijd vrijmaken voor onze arbeidsartsen – tijd die ze erg nodig hebben. Wanneer arbeidsartsen worden ingeschakeld door werkgevers voor overkoepelende vragen, bijvoorbeeld rond welzijnsbeleid of concrete re-integratietrajecten, creëren ze binnen hun expertisedomein toegevoegde maatschappelijke en menselijke meerwaarde – mits ze er de tijd voor hebben. Een ander mooi gevolg van deze transitie zou inhouden dat de preventiesector veel aantrekkelijker wordt voor knelpuntfuncties als verpleegkundigen en artsen: hun werk wordt interessanter, uitdagender en veelzijdiger, en geeft veel meer voldoening. En het allerbelangrijkste: het verhoogt de uiteindelijke kwaliteit van preventie. Helaas maakt de huidige, verouderde wetgeving het ons zo goed als onmogelijk om deze gigantische kans, die in andere zorgsectoren wél al de norm is, te grijpen.

Conclusie: Het moet – en het kán - veel beter

De moeizame re-integratie van langdurig zieken is één van dé economische en welzijnsuitdagingen van dit decennium. Maar eentje die we aankunnen: de oplossingen liggen er, het is een kwestie van ze met z'n allen te zien en ze te benutten.

Laat 2024 het jaar zijn waarin we die vijf grote denkshifts eindelijk, voor eens en voor altijd, écht maken. Het jaar waarop we later terugkijken als hét jaar waarop we als maatschappij langdurig ziekteverzuim, en de enorme negatieve impact die dat op de gezondheid van onze economie en van de werknemers die zo'n belangrijk onderdeel van zijn, écht een halt zijn beginnen toeroepen.

Bronnen

Finse studie

- **Effectiveness of the Coordinated Return to Work model after orthopaedic surgery for lumbar discectomy and hip and knee arthroplasty: a register-based study - door** Piiia Lavikainen ,1 Jari Heiskanen,1 Kari Jalkanen,1 Aku-Ville Lehtimäki,1 Saara Vehkala,1 Pauliina Kangas,2 Kaj Husman,3 Ilkka Vohlonen ,4 Janne Martikainen1
 - **Results:** During the first year of the CRtW model, the average RTW period shortened by 9.1 days (95% CI 4.1 to 14.1) for hip arthroplasty and 14.4 days (95% CI 7.5 to 21.3) for knee arthroplasty. The observed differences were sustained over longer follow-up times. For lumbar discectomy, the first-year decrease was not statistically significant, but the average RTW had shortened by 36.2 days (95% CI 33.8 to 38.5) after 4.5 years.
 - **Conclusions:** The CRtW model shortened average RTW periods among working-age people during the recovery period. Further research with larger samples and longer follow-up times is needed to ensure the effectiveness of the model as a part of the Finnish healthcare system.