Exploratie van een zorgpad tot arbeidsre-integratie van langdurig zieken

Haio: DEFRUYT Linde , U.G.
Promotor: AVONTS Dirk
Praktijkopleider: Gesquiere Hans , Vandeputte Gijs

Context: In 2017 waren de kosten voor ziekte-en invaliditeitsuitkeringen hoger dan voor werkeloosheid. Eind 2016 stonden er bijna 400 000 Belgische werknemers op invaliditeit (> 1 jaar primaire arbeidsongeschiktheid). Hoe langer een werknemer arbeidsongeschikt is, hoe lager de kans op succesvolle werkhervatting. Toch stelt het Vlaams patiëntenplatform dat 4 op 5 langdurig zieken terug wilt werken. Op 1 januari 2017 ging het Koninklijk Besluit (KB) Arbeidsre-integratie van kracht. Hierin werd progressief werk aangemoedigd daar 20% van de uitkering bij werkhervatting behouden blijft. Bovendien worden de betrokken artsen verplicht om samen te werken, onder andere d.m.v. een officieel aanvraagformulier tot arbeidsre-integratie. Ook ontvangen patiënten na 2 maanden arbeidsongeschiktheid een vragenlijst van het ziekenfonds om te peilen naar hun restcapaciteiten.

Onderzoeksvraag: Hoe staan de betrokken actoren (patiënt, huisarts, bedrijfsarts en adviserend arts) tegenover het KB? Wat zijn hun verwachtingen en bezorgdheden? Voorzien zij eventuele knelpunten? Hoe schatten zij de kansen in op een succesvolle re-integratie bij langdurig arbeidsongeschikten? Hoe wordt het doorlopen van een re-integratietraject ervaren door de patiënt?

Methode: Belgische bronnen werden geraadpleegd om een beeld te krijgen over arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Naast een oriënterend literatuuronderzoek, vond er ook een experimenteel onderzoek plaats. Patiënten in de praktijk die langer dan een jaar arbeidsongeschikt waren en bij wie geen medische behandeling meer lopende was, kregen en diepte-interview en werden 6 maanden opgevolgd. Een enquête werd verspreid onder de betrokken artsen.

Resultaten: In totaal werden 3 langdurig zieken geïncludeerd. De reden van arbeidsongeschiktheid was multifactorieel: naast een medische aandoening ervaarden ze veel stress of gebrekkige sociale steun op de werkplek. Ze hadden tijdens hun ziekte geen contact meer met hun werkgever of collega's. Geen van hen kon adequaat de taak van de bedrijfsarts of de adviserend arts omschrijven. Ze benoemden de bereidwilligheid van de werkgever als het grootste struikelblok tot progressief of aangepast werk. De enquête werd ingevuld door 22 huisartsen (HA), 38 bedrijfsartsen (BA) en 20 adviserend artsen (AA). 77% HA, 51% BA en 65% AA ervaart gebrekkige onderlinge communicatie. 73% HA, 69% BA en 70% AA ontkennen dat arbeidsre-integratie gemakkelijker verloopt sinds het KB. 74% HA vindt arbeidsre-integratie opstarten en begeleiden te arbeidsintensief. Meer dan 75% HA en AA vinden langdurig zieken moeilijk te motiveren. 82% HA vindt zelf te weinig kennis te hebben rond arbeidsre-integratie. Gebrekkige kennis bij HA wordt ook door 72% BA en 90% AA ervaren. 73% HA maakt geen gebruik van het officiële aanvraagformulier. 51% BA en 60% AA doen dit wel. 77% HA, 56% BA en 80% AA overlopen de vragenlijst van het ziekenfonds niet met de patiënt.

Conclusie: Arbeidsre-integratie van langdurig zieken is een zeer actueel probleem dat dringend meer aandacht verdient. Het KB is een eerste stap in de goede richting. Toch zijn er nog heel wat knelpunten die moeten worden weggewerkt. De officiële documenten zijn te weinig verspreid. Communicatie tussen de betrokken artsen blijft problematisch. De beloofde eHealth platforms zijn nog geen realiteit vanwege technische en organisatorische obstakels. De gebrekkige kennis van

huisartsen en patiënten rond arbeidsre-integratie lijkt een van de grootste struikelblokken te zijn. Bovendien onderschat het KB de rol die de werkgever kan spelen in succesvolle werkhervatting. Ook de taak van de huisarts wordt eerder verwaarloosd. Deze masterproef hoopt enerzijds een naslagwerk te zijn voor huisartsen, maar voorziet ook in de verspreiding van een patiëntenfolder rond arbeidsre-integratie.