Exploratie van een Zorgpad tot Arbeidsre-integratie van Langdurig Zieken

Linde Defruyt, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Tom Poelman, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(18) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Masterproef Huisartsgeneeskunde – Academiejaar 2016-2018

Titel	Exploratie van een Zorgpad tot Arbeidsre-integratie van Langdurig Zieken
Auteur	Linde Defruyt
Promotor	Prof. Dr. Dirk Avonts
Co-promotor	Dr. Tom Poelman
Contact	linde.defruyt@outlook.com

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?

Methodologie

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.

Besluit

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.

Inhoudstafel

Inleiding 6

Context 6

Terug aan het werk na langdurige ziekte 6

Waarom is het belangrijk? 6

Wat zijn de moeilijkheden? 6

Onderzoeksvraag 7

Oriënterend literatuuronderzoek 7

Situatie in België betreffende arbeidsongeschiktheid en invaliditeit 8

Arbeidsongeschiktheid in een notendop 8

Focus per periode 8

Gewaarborgd loon 8

Primaire arbeidsongeschiktheid na de periode van gewaarborgd loon 9

Invaliditeit 9

De cijfers en kenmerken van chronisch ziekteverzuim in België 9

Koninklijk Besluit 28 oktober 2016 12

Algemene boodschap 12

Arbeidsre-integratie van langdurig zieken 12

Vragenlijst 12

Re-integratietraject 13

Wie kan een re-integratietraject opstarten? 14

Beëindiging van de arbeidsovereenkomst 15

Methodologie 15

Literatuuronderzoek 15

Experimenteel onderzoek 15

Diepte-interviews met langdurig zieken 15

Bevraging van de betrokken artsen 16

Resultaten 16

Opvolging langdurig zieken in de praktijk 16
Diepte-interview 16
Verdere opvolging 18
Enquête betrokken actoren 19
Discussie 21
Kritische blik resultaten 21
Communicatie tussen TRIO-artsen 21
Drempel terug aan het werk 21
Gebrekkige motivatie 21
Gebrekkige kennis 22
Angst voor herval 22
De werkgever 23
Preventie langdurige arbeidsongeschiktheid 23
Empowerment van de huisarts 23
Stress op het werk 24
Kritische blik op het KB 24
Kostenplaatje 24
Vragenlijst en verwijsbrief 25
Kritische blik masterproef 25
Sterktes 25
Zwaktes 26
Toekomstperspectief 26
Besluit 26
Referenties 28
Bijlages 29

Inleiding

Oorspronkelijk was het de bedoeling met deze masterproef een eerste aanzet te geven voor een zorgpad tot arbeidsre-integratie van langdurig zieken. De grote lijnen van het project werden uitgeschreven in november 2016 en het eerste oriënterend literatuuronderzoek had dan al plaatsgevonden. Op 24 november 2016 werd het Koninklijk Besluit arbeidsre-integratie gepubliceerd. Daarom werd er gekozen om het project bij te sturen om het zo actueel mogelijk te houden. In deze masterproef wordt er vooral geëxploreerd welke veranderingen het KB juist teweeg heeft gebracht.

Context

Men schatte dat de kosten in 2017 voor de ziekte- en invaliditeitsuitkering hoger zouden zijn dan voor werkeloosheid – respectievelijk €7,96 miljard tegenover €7,79 miljard.[1] Hierop vervaardigde de Federale overheid het Koninklijk Besluit (KB) van 28 oktober 2016 (bijlage 1) betreffende de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers.
Dit KB spitst zich vooral toe op de nieuwe instroom in arbeidsongeschiktheid. Het initiatief tot re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten wordt voorlopig bij de werknemer gelegd. Nochtans bedroeg eind 2016 het aantal personen op invaliditeit – dat wil zeggen meer dan een jaar primair arbeidsongeschikt – in België 390 765 ten opzichte van 370 408 in 2015.[2]
Deze masterproef spitst zich net toe op deze eerder verwaarloosde groep van patiënten, wiens contact met de behandelend arts zich te vaak lijkt te beperken tot het verlengen van de arbeidsongeschiktheid. In België en vele andere Europese landen vormt het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid een belangrijk onderdeel van het takenpakket van de huisarts.[3] Uit de literatuur blijkt dat er echter geen gouden standaard bestaat rond het bepalen van arbeidsongeschiktheid.[3]

In werkelijkheid duurt het even voordat een KB kan worden vertaald naar de dagelijkse praktijkvoering van de huisarts. Deze masterproef hoopt een eerste aanzet te geven tot het vertalen van wettekst naar praktijkbeleid rond arbeidsre-integratie van langdurig zieken.

Terug aan het werk na langdurige ziekte

<u>Waarom is het belangrijk?</u>

Meerdere onderzoeken in het verleden hebben reeds uitgewezen dat langdurige ziekte verscheidene negatieve gevolgen kan hebben, waaronder armoede, sociaal isolement en toenemende gezondheidsproblemen.[4] Ook voor de maatschappij is re-integratie van langdurig zieken belangrijk. De onkosten van de invaliditeitsuitkeringen lopen elk jaar hoger op en zijn in 2017 zelfs boven die van de werkeloosheidsuitkeringen uit gestegen.[2] De kostprijs van de ziekte-uitkeringen bedroeg in België vorig jaar meer dan 8 miljard euro.[5]
Een onderzoek van de Vlaamse Patiëntenvereniging wees uit dat vier op vijf langdurig zieken graag terug zou werken.[1]

<u>Wat zijn de moeilijkheden?</u>

Bij langdurige arbeidsongeschiktheid bestaat er zoiets als de ‘point of no return’. Hoe langer de arbeidsongeschiktheid, hoe lager de kans dat arbeidsre-integratie succesvol is.[6] Werknemers die minder dan een maand afwezig zijn keren doorgaans spontaan terug naar hun werk. Bij personen die langer dan drie maand afwezig zijn, is de hervattingskans minder dan 50%.[7] Wanneer de arbeidsongeschiktheid meer dan één jaar bedraagt, worden de kansen minder dan 20%.[8] Bovendien

heeft 80% van de werknemers al na zes weken arbeidsongeschiktheid nood aan ondersteuning bij de terugkeer naar het werk.[7] Vroegtijdige detectie van patiënten die langdurig ziek dreigen te worden is dus essentieel.[4] Dit is eigenlijk een van de kerntaken van de behandelende arts binnen het landschap van werkonbekwaamheid.[4]
Er heerst bovendien bij veel langdurig zieken de vrees om weer te hervallen na een mogelijks te vroege werkhervatting. In België wordt hiervoor een vangnet voorzien. Wanneer werknemers op primaire arbeidsongeschiktheid hervallen binnen de 14 dagen, loopt de primaire arbeidsongeschiktheid gewoon verder.[9] Dit wil concreet zeggen dat niet eerst de periode van gewaarborgd loon weer moet worden doorlopen, waar de werkgever mogelijks ontstemd over zou kunnen zijn. Dit vangnet bestaat ook bij invaliditeit, maar dan is de periode waarin er over herval wordt gesproken 3 maand.[9]
Naast de puur medische redenen van arbeidsongeschiktheid spelen ook andere factoren een rol. Zo is stress bijvoorbeeld, samen met werkbelasting, pesterijen en discriminatie een van de belangrijkste oorzaken van langdurig ziekteverzuim. Daarnaast zijn het ook belangrijke factoren die werkhervatting bemoeilijken.[8] Naarmate de afwezigheid langer duurt, is de initiële reden van verzuim zelfs van ondergeschikt belang aan de ontstane sociale en psychologische gevolgen van langdurig ziekteverzuim op zich.[8]
Behoud van contact met de werkgever is ook een belangrijk aspect van succesvolle re-integratie. In de praktijk beperkt het contact zich vaak tot de periode van gewaarborgd loon.[8]
Langdurige ziekte is een multifactorieel probleem.[4] De aanpak vereist dan ook een goede samenwerking tussen de betrokken artsen.[4] Bij eerdere peilingen bleek echter dat de communicatie tussen de verschillende actoren een van de grootste hiaten was, zeker in Vlaanderen.[10] Bovendien was het zo dat werknemers met een uitkering, die in het oude systeem hun werk wilden hervatten, soms gestraft werden daar ze een groot stuk van hun uitkering verloren.[1]
Om deze moeilijkheden op te vangen en arbeidsre-integratie in goede banen te leiden deden zowel de minister van Werk Kris Peeters als de minister van Volksgezondheid Maggie De Block in het jaar 2016 een inspanning om het huidige re-integratiebeleid eenduidig te maken. Het resultaat hiervan was het KB 28 oktober 2016, in de praktijk snel omgedoopt tot het TRIO-project – naar de drie artsen die centraal staan in de arbeidsre-integratie: namelijk de behandelend arts, de bedrijfsarts en de adviserend arts. Voor een omschrijving van het takenpakket van de betrokken artsen, zie bijlage 2.

Onderzoeksvraag

Hoe staan de betrokken actoren (zorgverleners en patiënten) tegenover het TRIO-project? 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?

Oriënterend literatuuronderzoek

Vóór het eigenlijke project op poten kon worden gezet was het noodzakelijk een oriënterend literatuuronderzoek te voeren. Eerst zal de situatie in België worden toegelicht. Vervolgens worden enkele cijfers gegeven van chronisch ziekteverzuim in België. Ten slotte wordt het KB van 28 oktober 2016 toegelicht, waarna de sprong naar arbeidsre-integratie in de huisartsenpraktijk wordt gemaakt.

Situatie in België betreffende arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

De administratie bij arbeidsongeschiktheid in België is niet simpel. Er komen verschillende artsen en attesten aan te pas. De situatie van de arbeidsongeschikte verschilt afhankelijk van de periode van arbeidsongeschiktheid. Ook de financiering van uitkeringen hangt hiervan af. Bovendien verschilt de situatie in de eerste periode van arbeidsongeschiktheid tussen bedienden en arbeiders.

Merk op dat de situatie voor statutaire ambtenaren of arbeidsongeschiktheid in kader van arbeidsongevallen of beroepsziekten buiten het bestek van deze masterproef vallen.

Arbeidsongeschiktheid in een notendop

Wanneer je ziek wordt, kan je mogelijks enige tijd niet gaan werken en ben je arbeidsongeschikt. In de meerderheid van de gevallen gaat het over een zelflimiterende aandoening en betreft het een korte periode van arbeidsongeschiktheid, gaande van een aantal dagen tot weken.

Er wordt gesproken over primaire arbeidsongeschiktheid zolang de arbeidsongeschiktheid minder dan een jaar duurt. Wanneer de periode van een jaar wordt overschreden, spreekt men over 'invaliditeit'.[9]

Tabel 1. Schematische weergave van de verschillende periodes van arbeidsongeschiktheid in België

< 14/28 dagen	> 14/28 dagen	> 6 maand	> 1 jaar
Gewaarborgd loon	Uitkering ziekenfonds		Invaliditeitsuitkering
Primaire arbeidsongeschiktheid			Invaliditeit

Focus per periode

Gewaarborgd loon

In de eerste periode van arbeidsongeschiktheid voor werknemers met een vast contract – met andere woorden een contract van onbepaalde duur – is er sprake van een gewaarborgd loon dat wordt uitbetaald door de werkgever. Afhankelijk van het statuut varieert de periode van gewaarborgd loon. Voor een bediende bedraagt de periode van gewaarborgd loon 28 dagen. Voor een arbeider is dit slechts 14 dagen. In de periode van gewaarborgd loon loopt werkhervatting doorgaans probleemloos wanneer de werknemer is genezen.[7] In deze periode volstaat een standaard afwezigheidsattest van de behandelende arts.[11] Dit attest kan de arts terugvinden in het medisch softwarepakket.
Wanneer er geen vast contract is, vult de behandelende arts direct een vertrouwelijk attest arbeidsongeschiktheid in. Dit attest – vaak genoemd 'een vertrouwelijk' – verkrijgt de patiënt via zijn ziekenfonds, maar kan de arts ook terugvinden op de website van het respectievelijk ziekenfonds. De behandelend arts moet op een standaard attest enkel de naam van de patiënt, begin- en einddatum van ongeschiktheid noteren. Daarnaast moet de arts aankruisen of het een afwezigheid betreft omwille van ziekte of een ongeval. Op een arbeidsongeschiktheidsattest voor het ziekenfonds moet wél expliciet een diagnose vermeld staan, daarom de naam 'vertrouwelijk'. Daarnaast moet de patiënt op dit vertrouwelijk meer eigen gegevens invullen. Dit is belangrijk zodat de adviserend arts van het ziekenfonds een eerste inschatting kan maken van de arbeidsongeschiktheid.

Primaire arbeidsongeschiktheid na de periode van gewaarborgd loon

Wanneer de periode van gewaarborgd loon wordt overschreden, wordt de werknemer verder betaald door het ziekenfonds. Hiertoe moet een vertrouwelijk van het ziekenfonds worden ingevuld, zodat de adviserend arts van het ziekenfonds op de hoogte is van de arbeidsongeschiktheid. De uitkering bedraagt vanaf dat moment 60% van het laatste brutoloon.[9]

Een belangrijk kantelpunt in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid is het moment van zes maanden. Deels omdat je gezinssituatie en andere variabelen dan in rekening worden gebracht om je uitkering te berekenen – over de financiële berekeningen en regelgevingen zal hier niet worden uitgeweid. Na zes maanden wordt de arbeidsongeschiktheid ook anders beoordeeld door de adviserend arts van het ziekenfonds. Tijdens de eerste zes maanden beoordeelt de adviserend arts je arbeidsongeschiktheid puur in het kader van de huidige job omschrijving in het arbeidscontract. Na zes maanden evalueert de adviserend arts van het ziekenfonds je arbeidsongeschiktheid op basis van je competenties en capaciteiten aan de hand van je opleiding of diploma's, de zogezegde referentiearbeidsmarkt.[8] Eventueel kan er worden geoordeeld dat je een bijscholing of heroriënteringsopleiding moet volgen.

Even een theoretisch voorbeeld om dit te verduidelijken:
Wanneer een concertpianist tijdens een privé-ongeval zijn hand en vingers breekt, kan hij niet meer meespelen in het orkest. Het is voor de adviserend arts van het ziekenfonds dan vrij eenduidig dat de pianist zijn arbeidscontract bij het orkest niet kan nakomen. Na zes maanden bekijkt de arbeidsarts de situatie echter anders en kan hij oordelen dat de pianist wel in staat is lessen notenleer te geven in een muziekschool. Hij heeft immers een diploma als muzikant en dus een adequate basisvorming muziek. Om lessen notenleer te geven, heeft de pianist de fijne motoriek van zijn vingers immers niet nodig in die mate als om professioneel piano te spelen. Indien dit noodzakelijk is kan er een extra lerarenopleiding voorafgaan aan de re-integratie.

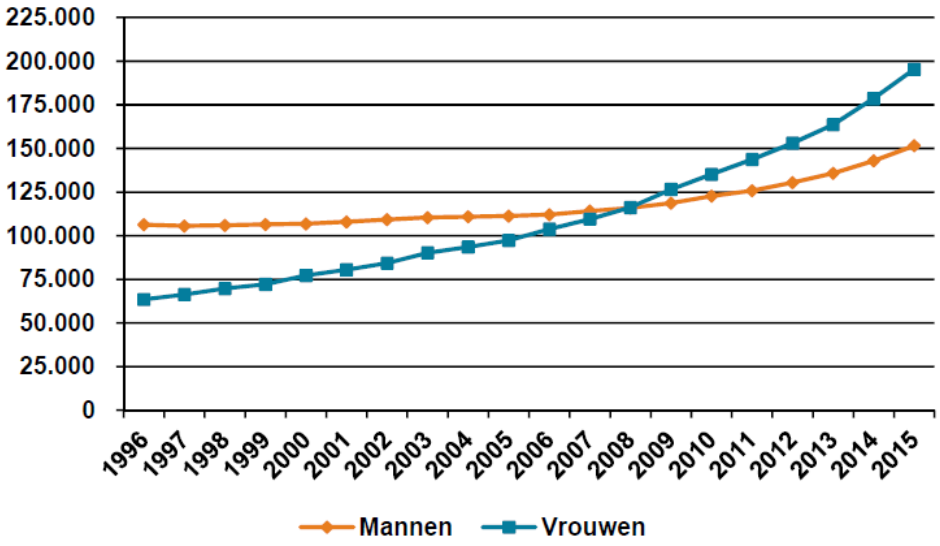
Invaliditeit

Wanneer de arbeidsongeschiktheid één jaar overschrijdt, komt de patiënt op invaliditeit te staan. De uitkering wordt blijvend betaald door het ziekenfonds.

Het is belangrijk een onderscheid te maken met patiënten die invalide zijn omwille van een handicap. Volgens de definitie is iemand met een handicap niet in staat meer dan een derde te verdienen van een gezond persoon op de referentiemarkt.[12] Het betreft hier een geconsolideerde gezondheidstoestand.[8] Die personen hebben recht op een inkomen vervangende tegemoetkoming van de federale overheid.[11] Een gelijkstelling van een definitief arbeidsongeschikte werknemer met een persoon met een handicap is niet mogelijk aangezien dit hem een dubbel recht zou geven op bepaalde voordelen.[8] Deze populatie valt echter buiten het bestek van deze masterproef.

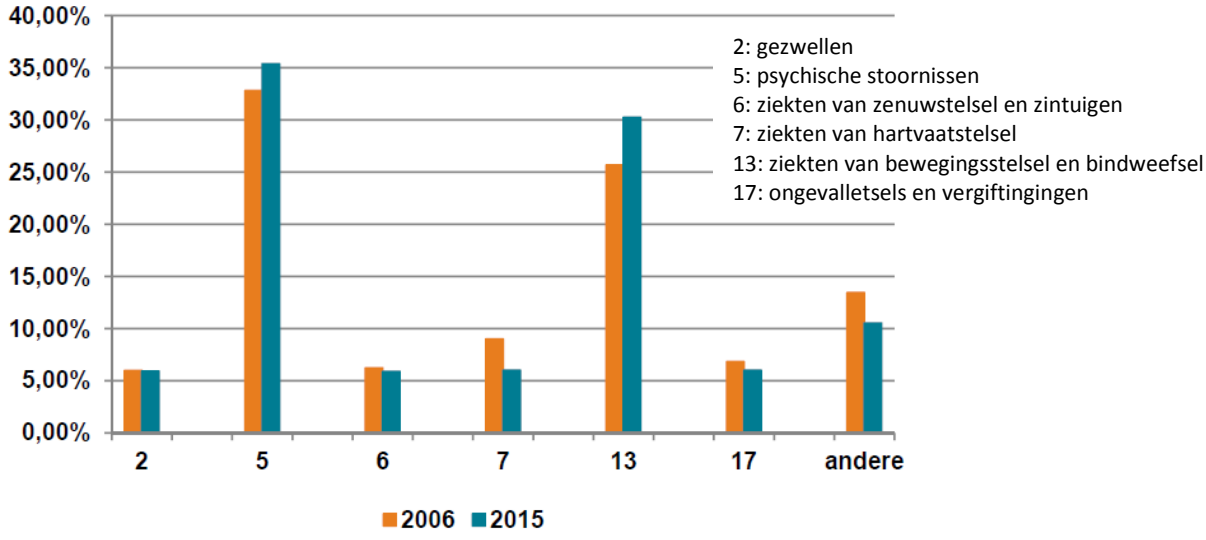
De cijfers en kenmerken van chronisch ziekteverzuim in België

De laatste jaren zien we een stijgende trend in het aantal langdurig arbeidsongeschikten. Eind 2016 stond de teller op 390 765 invaliden.[2] Dat wil zeggen dat meer dan 3% van alle werknemers langer dan een jaar afwezig is. Het percentage van langdurig zieken is in vijftien jaar tijd maar liefst verdrievoudigd.[13] De jaarlijkse groei van langdurig zieken is dan ook toegenomen van 5% [14] naar bijna 10% in de afgelopen jaren.[13]



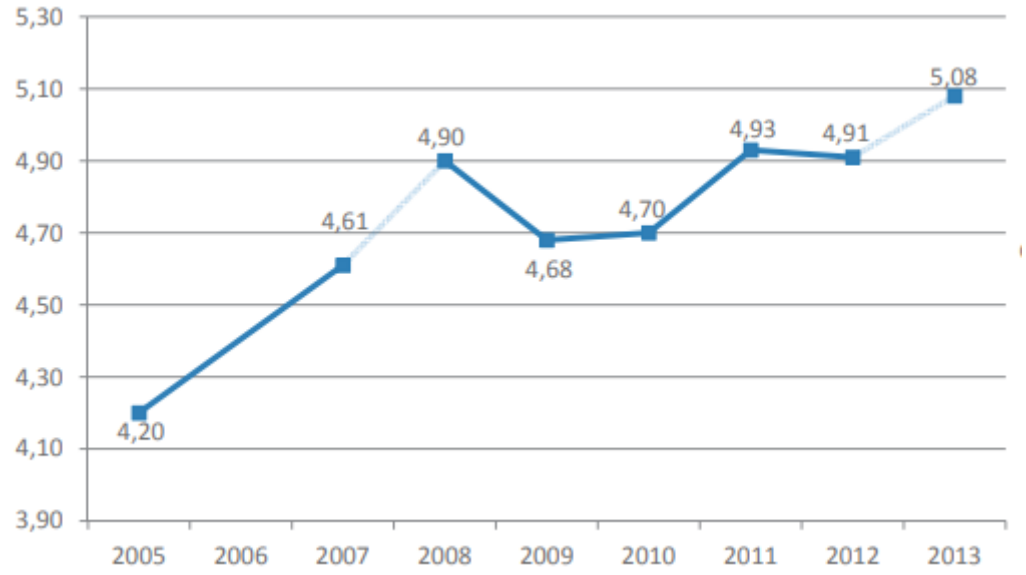
Grafiek 1: Aantal invaliden (>1 jaar arbeidsongeschikt) in België per geslacht tussen 1996 en 2015

Vrouwen hebben een groter aandeel in de toenemende invaliditeit (grafiek 1). Het riziv verklaart dit door de feminisering van de arbeidsmarkt.[15] Men heeft vastgesteld dat de vrouwelijke bevolking een grotere kans heeft om arbeidsongeschikt te worden.[7]
Ook de verhoging van de pensioensleeftijd heeft zijn invloed op de stijgende cijfers. Enerzijds omdat werknemers tot op een hogere leeftijd kans hebben om invalide te worden. Anderzijds worden oudere arbeidsongeschikte werknemers langer tot de invaliditeitscijfers gerekend in plaats van tot de pensioencijfers.[15]



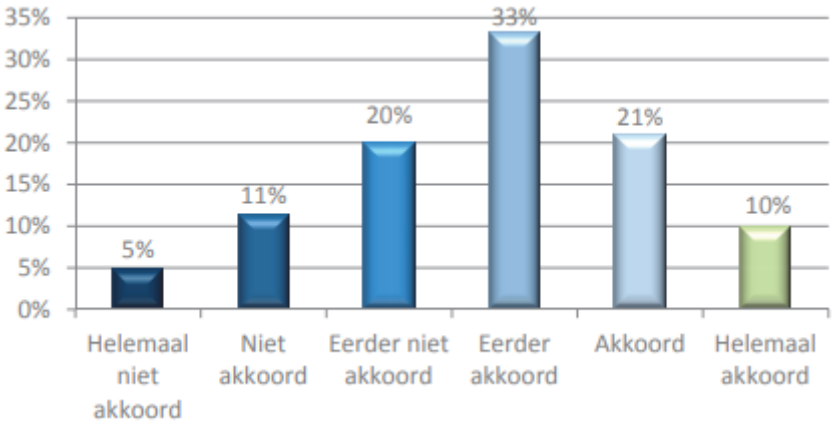
Grafiek 2: Percentage invaliden (>1 jaar arbeidsongeschikt) per ziektegroep in België anno 2015

De oorzaken van invaliditeit (grafiek 2) zijn in de meerderheid van de gevallen musculoskeletale aandoeningen (zoals bijvoorbeeld lage rugpijn met een chronische pijnproblematiek) en psychische aandoeningen. Een onderzoek van Securex uit 2010 toont aan dat werkbelasting, pesterijen en stress niet alleen verzwarende factoren zijn voor langdurig absenteïsme, maar ook belangrijke oorzaken.[16]
Ook het riziv verklaart de groeiende invaliditeitscijfers deels door werkstress.[16]



Grafiek 3: Evolutie spanningsklachten bij Belgische werknemers tussen 2005 en 2013

Uit de tweejaarlijkse stressbarometer van Securex blijkt dat veel werknemers te kampen hebben met een toename van fysieke en emotionele werkbelasting tegenover een afname van autonomie die werknemers ervaren in hun job.[(16)] Ook wordt door de "Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2016 werknemers" teruggevonden dat 34.2% van de Vlaamse werknemers zich qua psychische vermoeidheid in een problematische situatie bevinden, een stijging met 5% tegenover 2013.[(17)] Bijna twee derde van de werknemers zegt negatieve stress te ervaren op het werk anno 2014. Een stijging van 18.5% ten opzichte van 2010.[(16)]



Grafiek 4: Antwoord van meer dan 1000 Belgische werknemers op de stelling "ik ervaar stress op het werk" anno 2014

Voor het KB in werking trad waren er ook al re-integratietrajecten lopende. In 2016 waren er 5413 ten opzichte van 3349 in 2015.[(2)] Steeds meer werknemers kiezen voor een vlugge, maar dan wel progressieve werkhervatting, namelijk 45 394 begin 2016 tegenover nog geen 40 000 in de afgelopen jaren.[(2)] Progressief werken speelt volledig in op de visie dat vroege werkhervatting de kans op werken als voorheen aanzienlijk vergroot.[(2)]

Koninklijk Besluit 28 oktober 2016

Algemene boodschap

Het KB omvat een aanpassing van arbeidsre-integratie gebaseerd op de samenwerkingssystemen die in de rest van België reeds actief zijn.[10] Het KB trad in werking op 1 januari 2017.
De minister gaat er van uit dat wie wil werken beloond moet worden, dat wil zeggen dat 20% van de uitkering na werkhervatting sowieso behouden blijft.[1] Hiermee hoopt men het effect van de financiële inactiviteitsval, die ontstond doordat progressief werken in het verleden vaak een negatief effect had op het totaal inkomen, terug te schroeven.[8] Concreet wil dit zeggen dat iemand die 20% (of 1 dag per week) gaat werken, nu zijn volledige uitkering behoudt. Daarna daalt de uitkering per extra uur en niet meer per schijf. Als je bijvoorbeeld 50% van de uren werkt, daalt de uitkering met 30%.[18] Zoals uit bovenstaande kan worden afgeleid heeft er dus ook een hervorming plaatsgevonden van toegelaten arbeid. Terwijl er vroeger meer een 'alles of niks' principe heerste, zijn er nu meer opties om gedeeltelijk – ook progressief genoemd – terug het werk te hervatten, mits goedkeuring van de adviserend arts. Men hoopt met dergelijke individuele begeleiding de focus te verleggen van arbeidsongeschiktheid naar de restcapaciteiten die de werknemer heeft.[1] De overheid hoopt dat het resultaat van het KB rond arbeidsre-integratie een win-win situatie wordt. Mensen met een uitkering gaan weer gedeeltelijk werken, waardoor ze aansluiting bij de arbeidsmarkt, sociale contacten, hun competenties en een positief gevoel van eigenwaarde behouden. Op het einde van de rit verdienen ze ook meer. Bovendien betalen die werknemers weer sociale bijdragen, waardoor het sociaal beschermingssysteem extra gevoed wordt.[1]

De bedoeling is om eerst te focussen op de nieuwe instroom in arbeidsongeschiktheid. Werknemers die op 1 december 2016 reeds arbeidsongeschikt waren, mogen wel op eigen initiatief een re-integratietraject aanvragen. Voor hen blijft arbeidsre-integratie voorlopig nog vrijblijvend, zoals vroeger voor alle langdurig zieken eerder het geval was.[8]
Men hoopt met het nieuwe KB in het eerste jaar 10 000 zieken een re-integratietraject te kunnen aanbieden. De volgende jaren hoopt men op een jaarlijkse toename van 2000 trajecten.[20]

Arbeidsre-integratie van langdurig zieken

<u>Vragenlijst</u>

In de tweede maand van arbeidsongeschiktheid ontvangt de arbeidsongeschikte persoon een vragenlijst van het ziekenfonds. Met de vragen wordt gepeild naar de dieperliggende oorzaken van de ongeschiktheid.[1] Ook wordt aan de zieke gevraagd hoe hij of zij de kansen op werkhervatting inschat en hoe het proces kan worden vergemakkelijkt.[18] De initiële bezorgdheid van de betrokken partijen op het persbericht was in welke mate de vragenlijst bruikbaar zou blijken. Ondanks uitgebreid zoeken op verschillende tijdstippen, kon geen voorbeeld van deze vragenlijst teruggevonden worden. Tijdens persoonlijk contact met een adviserend arts van het ziekenfonds verklaarde hij dat de initiële vragenlijst teruggeroepen was omwille van ongebruiksvriendelijkheid voor de werknemer. Deze werd herzien door het ministerie. Tot op heden heeft hij geen nieuwe vragenlijst ontvangen. Via een ander ziekenfonds werd uiteindelijk wel een vragenlijst verkregen (bijlage 3). Het is echter onduidelijk of het de officiële vragenlijst betreft, of een eigen aangepast exemplaar.

Re-integratietraject

Drie maanden na het begin van de arbeidsongeschiktheid maakt de adviserend arts een eerste inschatting van de restcapaciteiten van de werknemer. Het betreft hier een soort quick scan[18] om de werknemer te kunnen indelen in één van vier categorieën. De eerste indeling gebeurt op basis van de aanwezigheid van een lopend arbeidscontract. Dit zijn werknemers die arbeidsongeschikt zijn voor hun contract van onbepaalde duur. Soms zijn werknemers langer arbeidsongeschikt dan de duur van hun tijdelijk contract of heeft er reeds een ontslag plaatsgevonden omwille van medische redenen. Deze werknemers hebben geen lopend arbeidscontract.

Tabel 2: Categorieën waarin de werknemer door de adviserend arts wordt ingedeeld na 3 maanden

Lopend arbeidscontract	Geen arbeidscontract
1. De arbeidsongeschikte persoon zal uiterlijk na de zesde maand van arbeidsongeschiktheid weer aan het werk gaan	1. Er kan aangenomen worden dat de betrokkene tegen het einde van de zesde maand arbeidsongeschiktheid een job zal hebben
2. Een werkhervatting lijkt om medische redenen niet tot de mogelijkheden te behoren	2. Een job is onmogelijk om medische redenen
3. Een werkhervatting is voorlopig niet aan de orde omdat de medische diagnose of behandeling voorrang hebben	3. Een job is niet aan de orde omdat de medische diagnose of behandeling voorrang hebben
4. Een werkhervatting lijkt mogelijk als er tijdelijk of definitief aangepast werk wordt aangeboden	4. Een job lijkt mogelijk na herscholing of een beroepsopleiding

Als de adviserend arts de persoon in categorie 3 plaatst, herevalueert hij de situatie tweemaandelijks, met als doel de werknemer tijdig naar categorie 4 te laten doorstromen.[18]

Wordt de werknemer met arbeidscontract in categorie 4 geplaatst, wordt hij door de adviserend arts doorverwezen naar de bedrijfsarts of preventie-adviseur arbeidsgeneesheer (PAAG). De bedrijfsarts is dan de spilfiguur van het re-integratietraject.[1] De PAAG doet een grondige gezondheidsbeoordeling en bespreekt de mogelijkheden voor (al dan niet tijdelijke) aanpassingen van de werkplek of de mogelijkheid van aangepast of ander werk – al dan niet progressief – met de werknemer.[18] Hierna kan de PAAG verschillende beslissingen nemen.[19]

Tabel 3: Mogelijke beslissingen die de bedrijfsarts kan maken rond arbeidsre-integratie van de werknemer

1.	De werknemer kan op termijn het overeengekomen werk hervatten. Tussentijds aangepast werk is mogelijk. *De PAAG bepaalt de modaliteiten voor aangepast of ander werk en wanneer een re-evaluatie plaatsvindt.*
2.	De werknemer kan op termijn het overeengekomen werk hervatten. Tussentijds werken is onmogelijk. *De PAAG bepaalt wanneer een re-evaluatie plaatsvindt en verwittigt de adviserend arts*

3. De werknemer is definitief ongeschikt om het overeengekomen werk te hervatten. Aangepast of ander werk bij dezelfde werkgever is mogelijk.
   De PAAG bepaalt de modaliteiten voor aangepast of ander werk. De werkgever stelt hiermee een re-integratieplan op.
4. De werknemer is definitief ongeschikt om het overeengekomen werk te hervatten. Hij of zij is evenmin in staat om aangepast of ander werk uit te voeren.
   De PAAG verwittigt de adviserend arts. Het re-integratietraject wordt niet verder gezet.
5. De PAAG oordeelt dat het om medische redenen niet opportuun is om een re-integratietraject op te starten.
   Om de twee maanden houdt de PAAG een re-evaluatie. De adviserend arts wordt op de hoogte gebracht.

Afhankelijk van de beslissing van de PAAG stelt de werkgever een gedetailleerd re-integratieplan op met een duidelijke omschrijving van de overeenkomst. Dit re-integratieplan fungeert als een contract dat moet worden goedgekeurd door de adviserend arts.[19]
Voor elke stap in het re-integratietraject werd een bepaalde tijdsduur vooropgesteld in het KB. Zowel de werkgever als de werknemer kunnen weigeren mee te werken, mits ze dit schriftelijk motiveren.[19] Sinds de publicatie zijn er al meerdere persberichten verschenen over sanctionering van werknemers en werkgevers die te weinig moeite doen om de re-integratie te doen slagen. Een werknemer zou 5 tot 25%[20] van zijn uitkering kunnen verliezen en bedrijven zouden een boete van €800 kunnen worden opgelegd.[5]

Als de werknemer geen lopend arbeidscontract meer heeft en in categorie 4 werd ingedeeld, blijft de adviserend arts de spilfiguur van het re-integratietraject.[1] De zieke wordt opgeroepen om zijn restcapaciteiten te beoordelen, naar zijn inzichten te peilen en er wordt bekeken of het mogelijk is een job te vinden. Op dit moment kan er overleg plaats vinden met de behandelend arts. Indien er een re-integratieplan wordt aangeboden aan de werknemer wordt contact met de behandelend arts sterk aanbevolen.[1] Na goedkeuring wordt er contact opgenomen met de VDAB (Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding). De opleiding bij de VDAB kan zowel een rehabilitatie van de capaciteiten als een heroriëntatie betreffen.[2] Het re-integratietraject dient door de adviserend arts opgevolgd te worden om de drie maanden.[1]

<u>Wie kan een re-integratietraject opstarten?</u>

Zoals in de hierboven beschreven tekst duidelijk wordt, zal vaak de adviserend arts een re-integratietraject voor de zieke werknemer opstarten door hem of haar in categorie 4 in te delen. Een andere mogelijkheid is dat de zieke werknemer zelf of de behandelend arts op zijn verzoek en na zijn uitdrukkelijke toestemming een re-integratietraject aanvraagt.[21] Dit kan op elk moment.[1]
Ook de werkgever kan een re-integratietraject aanvragen voor zijn zieke werknemer. Dit kan ten vroegste 4 maanden na het begin van de arbeidsongeschiktheid, of wanneer hij van de werknemer een medisch attest ontvangt waaruit definitieve arbeidsongeschiktheid voor het overeengekomen werk blijkt.[21] Bovendien kan de werkgever dit pas ten vroegste vanaf 1 januari 2017 voor arbeidsongeschiktheden die aanvatten vanaf 1 januari 2016 én vanaf 1 januari 2018 voor arbeidsongeschiktheden die aanvatten voor 1 januari 2016.[19]
Voor elk van de mogelijke aanvragers bestaat er een aanvraagformulier. Het voorbeeldformulier voor huisartsen wordt hier toegevoegd.(bijlage 4)

Beëindiging van de arbeidsovereenkomst

In geval van definitieve arbeidsongeschiktheid is met dit KB ontslag omwille van medische overmacht niet meer zo eenvoudig. Eerst moet het volledige re-integratietraject – inclusief beroepsprocedure[18] – worden doorlopen, waarbij de werkgever duidelijk moet kunnen aantonen dat er geen aangepast of ander werk voorhanden is, eer hij kan beroepen op medische overmacht.[21]

Methodologie

Literatuuronderzoek

Relevante Belgische bronnen werden gezocht om een beeld te krijgen over arbeidsongeschiktheid en invaliditeit in België. Hoe verloopt dit precies? Wat zijn de cijfers? Daarnaast werd de zoektocht toegespitst op arbeidsre-integratie. Hoe is het verloop? Wat zijn de mogelijkheden?
In de database van het ICHO werd gezocht naar relevante scripties rond arbeidsongeschiktheid en arbeidsre-integratie. Er werden in totaal 3 scripties weerhouden. Uit de referentielijst van die scripties werden tevens een aantal bronnen weerhouden. De praktijkopleider van jaar 8 reikte een scriptie aan van de faculteit Rechtsgeleerdheid Universiteit Gent over de wettelijke setting in België rond arbeidsongeschiktheid. Ook daar werden relevante bronnen uit de referentielijst weerhouden. Voor de cijfergegevens betreffende invaliditeit werd de website van het riziv geraadpleegd. Relevante Belgische informatie rond re-integratie werd ook bekomen via de website van het FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Verscheidene bronnen werden teruggevonden op de websites van de Belgische ziekenfondsen en het Vlaams Patiëntenplatform. Gedurende gans het verloop van de masterproef werd de media gevolgd en werden relevante publicaties bijgehouden. Bovendien werd een vergadering van Domus Medica bijgewoond, kort na de publicatie van het KB re-integratie. Het transcript hiervan werd ook weerhouden als bron.(bijlage 5)

Experimenteel onderzoek

Diepte-interviews met langdurig zieken

Aan de hand van de doorgenomen literatuur en bijgewoonde vergadering, werd een vragenlijst (bijlage 6) opgesteld, die als leidraad diende tijdens de diepte-interviews. Deze vragenlijst werd goedgekeurd door het ethisch comité. Dit project liep over twee verschillende opleidingspraktijken. In de eerste opleidingspraktijk waren er 7 patiënten die in aanmerking kwamen het re-integratietraject te doorlopen. De inclusiecriteria waren: meer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn en afwezigheid van een lopende medische behandeling. Uiteindelijk waren er twee patiënten bereid om deel te nemen. In de tweede opleidingspraktijk waren er 3 patiënten die in aanmerking kwamen. Hiervan was 1 patiënt bereid om deel te nemen. Na 2 maanden opvolging besloot zij echter haar medewerking stop te zetten omwille van een nieuwe medische diagnose. Na het diepte-interview werden de deelnemers met een verzoek tot re-integratie (bijlage 4) verwezen naar de adviserend arts. De opvolging van de patiënten verliep afwisselend door persoonlijk contact bij de start, op 3 maanden en bij einde op 6 maanden. Tussenin werd een maandelijks telefonisch contact voorzien, hierbij werd vooral gepeild naar de motivatie van de deelnemers en werd nagegaan waar ze zich bevonden in het re-integratietraject.

Bevraging van de betrokken artsen

Aan de hand van de literatuur, de bijgewoonde multidisciplinaire vergadering van Domus Medica en de intakegesprekken met de deelnemers, werd een enquête opgesteld voor de artsen betrokken bij het TRIO-project. De vragen waren analoog bij alle artsen, mits minimale wijziging in formulering.(bijlage 7) De enquêtes werden verspreid onder de huisartsen via de huisartsenkring waar de opleidingspraktijk toe behoorde: Huisartsenkring Middenkust (Oostende en Bredene) en Huisartsenkring Ijzerstreek en westkust. Voor de verspreiding onder bedrijfsartsen werd er meermaals gebeld naar verscheidene externe arbeidsgeneeskundige diensten met de vraag de enquête te willen verspreiden onder de artsen, waarop de enquête werd doorgemaild. De enquête werd verspreid bij Idewe, Provikmo, Mensura en Securex. De verspreiding voor adviserend artsen verliep analoog. Hier werden de drie grootste ziekenfondsen van Vlaanderen gecontacteerd: CM, Bond Moyson en Liberale Mutualiteit.
De enquête liep van 27/03/2018 tot en met 14/04/2018. Alle vragen waren verplicht in te vullen.

Resultaten

Opvolging langdurig zieken in de praktijk

In totaal werden 3 langdurig zieken geïncludeerd in de studie. Hieronder worden hun persoonskenmerken weergegeven.

Tabel 4: Persoonskenmerken onderzoekspopulatie

Naam	JS	TM	GN
Leeftijd	33 jaar	22 jaar	31 jaar
Geslacht	Vrouw	Vrouw	Vrouw
Duur arbeidsongeschiktheid	4 jaar	1 jaar	6 jaar
Lopend arbeidscontract?	Ja	Nee	Nee
Voormalig werk?	Arbeider in beschutte werkplaats	Poetshulp	Zorgkundige
Reden van ziekte?	Epilepsie	Angststoornis en therapieresistente orthostatische hypotensie	Multifactorieel: verkeersongeval, reumatoïde artritis en depressie

Diepte-interview

Om overzichtelijkheid over de resultaten te behouden worden hieronder de belangrijkste vragen en antwoorden uit de diepte-interviews weergegeven.

Hoe waren de werkomstandigheden? Waren er 'blauwe vlaggen' zoals stress, gebrek aan sociale steun of voldoening?

JS: Ik ervoer heel veel stress. Er was geen sociale steun en veel jaloezie tussen collega's. Ik had wel voldoening in het begin, maar de omstandigheden begonnen op den duur door te wegen.
TM: Ik ervoer veel stress. De sociale steun op het werk was goed. Ik had geen voldoening in mijn werk.

GN: Ik deed mijn werk heel graag, het gaf we veel voldoening. Ik ervoer geen sociale steun. Er was pestgedrag tussen collega's op het werk.

Hoe lang bent u blijven werken toen u al ziek was?

JS: Zo lang mogelijk. Maar ik was vaak thuis. Ik deed steeds meer aanvallen.

TM: Ik had eigenlijk al gedurende twee jaar toenemende klachten.

GN: Het verkeersongeval was de reden dat ik langdurig arbeidsongeschikt ben geworden. Voorheen had ik in kader van mijn reumatoïde artritis reeds geïndividualiseerde trajectbegeleiding (GTB) gehad via de VDAB.

Heeft u tijdens uw afwezigheid contact gehouden met je werkgever/collega's?

JS: Nooit met de werkgever. Wel met één collega tot 2 jaar geleden. De sociale dienst van het werk contacteerde mij af en toe gedurende het eerste jaar.

TM: Ik had maar een kortdurend tijdelijk contract dat nu op zijn einde is gelopen.

GN: Nee, maar ik deed vooral tijdelijke contracten en vervangingen.

Hoe heeft de huisarts u tot nog toe begeleid tijdens uw arbeidsongeschiktheid? Werd er ooit gepraat over arbeidsre-integratie?

JS: In het begin kreeg ik een briefje voor 1 à 2 weken, nadien per maand. Dan werd er gevraagd "hoe gaat het" maar er werd nooit gesproken over terug gaan werken.

TM: In het begin ging het enkel over de verlenging van arbeidsongeschiktheid. Toen ik meer bij jou kwam *(bij de haio ipv PO)* werd ik meer begeleid naar hervatting. Ik werd gemotiveerd werk te maken van mijn rijbewijs, ademhalingskine te volgen en mij aan te melden bij het CGGZ. Ik heb nu het gevoel dat ik meer opties heb.

GN: Ik had vroeger zelf gevraagd aan de huisarts om GTB op te starten. Ik ben wel tevreden over de begeleiding van mijn huisarts. Hij kan me motiveren als ik het even niet zie zitten.

Wat vindt u dat de taak is van de huisarts tijdens uw arbeidsongeschiktheid?

JS: Papieren invullen, zodat ik in orde ben. Ooit heb ik eens gevraagd naar vrijwilligerswerk, maar daar kreeg ik toen geen informatie over.

TM: De huisarts maakt een inschatting over de duur van de arbeidsongeschiktheid en vult het attest in. De huisarts moet de patiënt aanspreken over zijn toekomstvisie, bevragen wat de mogelijkheden zijn en hoe de arbeidsongeschiktheid wordt ervaren.

GN: Mijn medicatie opvolgen. Ook mij proberen te motiveren.

Heeft u al contact gehad met de adviserend arts van het ziekenfonds? Hoe verliep dit contact?

JS: In het begin tweemaandelijks, maar na een jaar niet meer. Nu ben ik opgeroepen om binnenkort op consultatie te gaan. Ik heb hier veel stress voor. Ik ben niet rijp om terug echt te gaan werken. Ik wil wel vrijwilligerswerk doen, maar daar wordt nooit op ingegaan.

TM: Ik ben al twee keer moeten gaan. De eerste keer had ik heel veel documenten mee. Naast 'hoe gaat het?' werden mij geen vragen gesteld. Hij bekeek mijn papieren en zei dat het in orde was. Na 5 minuten stond ik alweer buiten. De tweede keer kreeg ik meer vragen. Hij was behoorlijk cru. Hij zei mij dat het tijd was dat ik mijn leven weer opnam, maar gaf toch zijn goedkeuring voor de verlenging. Het was een bevreemdende ervaring. Ik had gedacht veel uitleg te zullen moeten geven. Na het tweede contact voelde ik me echt als een profiteur. Of was het bedoeld als duwtje in de rug? Ik voelde me alleszins niet gemotiveerd om terug te gaan werken.

GN: Ik wordt ongeveer elk jaar opgeroepen. Ik heb hier altijd veel paniekgevoelens rond en voel me geïntimideerd. De arts is altijd zeer kortaf en gebruikt veel jargontaal. Er wordt gevraagd welke medicatie ik neem, mijn papieren worden bekeken en ik moet mijn handen eens tonen.

Wat lijkt u de taak van adviserend arts?

JS: Die moet streng zijn en het budget van het land in de gaten houden.

TM: Mensen beoordelen in hoeverre ze genezen zijn en wat de mogelijkheden zijn om te herstellen. Doorverwijzen naar verdere hulp administratief en maatschappelijk.
GN: Controleren of je echt ziek bent.

Weet u wat de taak is van de bedrijfsarts? Weet u wie u bedrijfsarts is of hoe u dit kunt achterhalen?

JS: Dat is iemand die bij ongevallen moet maken dat de verzekering in orde is en die de oorzaak van het ongeval moet onderzoeken. Ik heb die arts een keer gezien toen ik een werkongeval had. Ik zou bellen naar mijn werk om te vragen wie dat juist is.
TM: Die moet je controleren nadat je langdurig ziek bent geweest of het serieus is. Dat is een soort controlearts. Ik zou niet weten hoe ik die kan bereiken.
GN: Ik ben ooit eens op medisch onderzoek moeten gaan, toen kreeg ik alleen commentaar over mijn te laag gewicht en moest ik mijn brandwonden (opgelopen als kind thv de schoudergordel) laten zien. Het lijkt alsof die arts vooral vervelend moet doen en je gebreken moet uitvragen. Ik heb geen idee hoe ik kan achterhalen wie dat is.

Heeft u al gehoord van progressief werk? Na geven van uitleg: Zou je dat zien zitten? Wat zijn hierrond uw ideeën, bezorgdheden en verwachtingen?

JS: Progressief werken is iets tussen parttime en fulltime werken. Ik weet vooral dat ze dat op het werk niet graag hebben. Sommige mensen op mijn vorig werk deden dat en die werden daarom gepest. Ik zou daar veel stress rond hebben en me zorgen maken dat ik weer aanvallen zou krijgen en zou hervallen.
TM: Dan ben je een stuk aan het doppen en krijg je een werkeloosheidsuitkering en ga je deels terug gaan werken. Het lijkt me een goed idee om terug te kunnen starten. Dan krijg je een duwtje in de rug om de draad weer op te pikken. Ik kan me wel niet inbeelden dat de werkgever dat wilt.
GN: Ik heb dat al gedaan, dan kon ik gaan werken bovenop mijn ziekte-uitkering. Dat was een heel gedoe met de ziekenbond. Er werd ook van geprofiteerd door mijn werk, want uiteindelijk werkte ik wel bijna een fulltime met veel springende uren. Het lijkt mij meer een luik naar zwart werk, een manier waarop de werkgever misbruik kan maken. Op zich zou ik dat wel graag doen, moest het meer gecontroleerd zijn.

Verdere opvolging

Bij JS leverde het eerste contact met de adviserend geneesheer reeds resultaten op. Ze had toestemming om vrijwillig te helpen koffie bedelen in het WZC. Voorlopig 2h per week.
TM kreeg toestemming om vrijwilligerswerk in het dierenasiel te doen als opstap naar volledige werkhervatting terwijl haar begeleiding in het CGGZ nog lopende was. Ze volgde nu rijlessen in de hoop te kunnen solliciteren als familiehulp. Ze had zich hierrond geïnformeerd en een rijbewijs was een vereiste.
GN had de toestemming om progressief te werken. Ze mocht de avondshift in het WZC gaan versterken gedurende 2h drie avonden in de week, later eventueel dagelijks. De voorwaarde was dat ze enkel als extra werkkracht werd ingezet en dat er niet op haar mocht gerekend worden als volwaardige werkkracht. De uitvoering van deze regeling werd echter tijdelijk opgeschort omwille van een nieuwe medische diagnose die dringende aandacht verzocht.
Bij het afronden van het project werd ook gepeild naar hoe de deelnemers het re-integratietraject hadden ervaren. Allen antwoordden meer vertrouwen te hebben gekregen in hun eigen restcapaciteiten en in hun kansen tot arbeidsre-integratie. Vooral het feit dat ze nu meer kennis hadden over het verloop van arbeidsongeschiktheid en de functie van de betrokken artsen ervaarden zij als erg positief.

Enquête betrokken actoren

In totaal antwoorden 81 betrokken actoren op de enquête: 22 huisartsen, 20 adviserend artsen en 39 bedrijfsartsen. Alle vragen werden door alle deelnemers beantwoord. De eerste vragen waren enkele algemene stellingen rond het KB arbeidsre-integratie (tabel 5). De vraag in welke mate de betrokken actoren contact hadden met elkaar werd om praktische redenen apart weergegeven (tabel 6).

Tabel 5: Resultaten algemene peiling bij Belgische huisartsen (n=22), bedrijfsartsen (n=38) en adviserend artsen (n=20) betreffende het Koninklijk Besluit arbeidsre-integratie

Vraag	Functie	Helemaal Oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal Eens
Sinds het KB pak ik re-integratie anders aan	Huisarts	36%	27%	18%	14%	5%
	Bedrijfsarts	8%	36%	23%	21%	13%
	Adviserend arts	10%	10%	15%	45%	20%
Ik verwijs de patiënt voor re-integratie met het officiële sjabloon	Huisarts	36%	36%	19%	4,5%	4,5%
	Bedrijfsarts	18%	10%	21%	31%	21%
	Adviserend arts	0%	15%	25%	35%	25%
Ik overloop met de patiënt de vragenlijst voor re-integratie	Huisarts	41%	36%	18%	5%	0%
	Bedrijfsarts	28%	28%	15%	10%	18%
	Adviserend arts	40%	40%	15%	5%	0%
Sinds het KB kunnen mijn patiënten gemakkelijker re-integreren	Huisarts	27%	45%	23%	0%	5%
	Bedrijfsarts	23%	44%	28%	5%	0%
	Adviserend arts	5%	65%	10%	20%	0%
De taak van de huisarts beperkt zich bij langdurig arbeidsongeschikten vooral tot het verlengen van de arbeidsongeschiktheid	Huisarts	32%	23%	18%	23%	5%
	Bedrijfsarts	28%	46%	15%	8%	3%
	Adviserend arts	45%	10%	25%	10%	10%

Tabel 6: In welke mate is er contact met de andere betrokken actoren sinds de publicatie van het KB?

Huisarts (n=22): sinds het KB heb ik…	Helemaal Oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal Eens
...vaker contact met de bedrijfsarts	36%	36%	14%	9%	5%
...vaker contact met de adviserend arts	36%	36%	18%	9%	0%
Bedrijfsarts (n=38): sinds het KB heb ik…	**Helemaal Oneens**	**Oneens**	**Neutraal**	**Eens**	**Helemaal Eens**
…vaker contact met de huisarts	3%	21%	26%	46%	5%
…vaker contact met de adviserend arts	10%	26%	26%	36%	2%
Adviserend arts (n=20): sinds het KB heb ik…	**Helemaal Oneens**	**Oneens**	**Neutraal**	**Eens**	**Helemaal Eens**
…vaker contact met de huisarts	10%	55%	15%	10%	10%
…vaker contact met de bedrijfsarts	5%	10%	5%	65%	15%

Er werd ook gepeild naar mogelijke knelpunten die de betrokken actoren ervoeren betreffende arbeidsre-integratie van langdurig arbeidsongeschikten (tabel 7). Ten slotte werd gepeild naar de mogelijke bezorgdheden die volgens de betrokken actoren heersen bij huisartsen betreffende arbeidsre-integratie van langdurig zieken (tabel 8 en 9).

Tabel 7: Resultaten bevraging van mogelijke knelpunten van het KB bij Belgische huisartsen (n=22), bedrijfsartsen (n=38) en adviserend artsen (n=20)

Vraag	Functie	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Ik merk dat langdurig arbeidsongeschikte patiënten weinig te motiveren zijn	Huisarts	0%	5%	9%	59%	27%
	Bedrijfsarts	0%	26%	38%	26%	10%
	Adviserend arts	0%	5%	20%	50%	25%
Ik kan mezelf moeilijk motiveren om dergelijk tijdsintensief traject te begeleiden	Huisarts	0%	18%	41%	27%	14%
	Bedrijfsarts	36%	38%	13%	10%	3%
	Adviserend arts	15%	70%	5%	10%	0%
Ik ervaar een gebrekkige communicatie tussen de betrokken actoren	Huisarts	5%	18%	0%	36%	41%
	Bedrijfsarts	5%	13%	31%	46%	5%
	Adviserend arts	0%	10%	25%	55%	10%
Ik ervaar een gebrekkige ondersteuning van het EMD/eHealth ikv arbeidsre-integratie	Huisarts	0%	0%	32%	27%	41%
	Bedrijfsarts	5%	3%	38%	21%	33%
	Adviserend arts	5%	0%	40%	55%	0%
Ik vind dat ik zelf te weinig kennis heb rond arbeidsre-integratie	Huisarts	4,5%	4,5%	9%	55%	27%
	Bedrijfsarts	38%	49%	10%	0%	3%
	Adviserend arts	30%	45%	20%	5%	0%

Tabel 8: Resultaten bevraging van bezorgdheden rond het KB arbeidsre-integratie bij huisartsen (n=22)

Vraag	Helemaal Oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal Eens
Ik maak mij zorgen het vertrouwen van de patiënt te verliezen als ik begin over arbeidshervatting	14%	36%	27%	23%	0%
Ik maak mij zorgen dat de patiënt financieel verlies zou lijden bij re-integratie	9%	27%	45%	18%	0%
Een arbeidsre-integratie opstarten en begeleiden lijkt mij arbeidsintensief	0%	9%	18%	59%	14%

Tabel 9: Resultaten bevraging bij Belgische bedrijfsartsen (n=38) en adviserend artsen (n=20) van mogelijke bezorgdheden bij huisartsen betreffende het KB arbeidsre-integratie

Vraag	Functie	Helemaal Oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal Eens
Huisartsen praten te weinig over werkhervatting omdat ze schrik hebben het vertrouwen van de patiënt te verliezen	Bedrijfsarts	0%	23%	46%	23%	8%
	Adviserend arts	0%	20%	25%	50%	5%
Huisartsen hebben te weinig kennis rond de mogelijkheden bij arbeidsre-integratie	Bedrijfsarts	0%	5%	23%	54%	18%
	Adviserend arts	0%	5%	5%	75%	15%
Een arbeidsre-integratie opstarten en begeleiden is te arbeidsintensief voor het takenpakket van de huisarts	Bedrijfsarts	0%	21%	49%	31%	0%
	Adviserend arts	5%	25%	10%	50%	10%

Discussie

Kritische blik resultaten

Communicatie tussen TRIO-artsen

Uit de enquête blijkt dat de communicatie tussen de betrokken artsen heel wat beter kan. Meer dan 70% van de bevraagde huisartsen ontkent vaker contact te hebben met de andere actoren sinds het KB is uitgevaardigd. Bovendien antwoorden alle actoren overwegend positief op de vraag of ze gebrekkige communicatie ervaren tussen hen onderling: 77% van de huisartsen, 51% van de bedrijfsartsen en 65% van de adviserend artsen. Uit de enquête blijkt ook dat de meerderheid van de artsen een gebrekkige ondersteuning ervaren van eHealth en het EMD: respectievelijk 68% van de huisartsen, 54% van de bedrijfsartsen en 55% van de adviserend artsen beaamden dit. Behandelend arts, arbeidsgeneesheer, adviserend arts kennen elkaar te weinig. In een onderzoeksrapport van het FOD WASO (Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg) werd in het verleden reeds gepleit voor een beter informatie-uitwisseling tussen de verschillende actoren bij arbeidsre-integratie.[22] Goede communicatie leidt tot betere en snellere integratie, wat enerzijds het kostenplaatje drukt, maar anderzijds ook de kans dat de langdurig zieke de negatieve effecten van inactiviteit ervaart, zoals sociale isolatie en een slechtere levenskwaliteit.[4] Op heden loopt Informatieoverdracht doorgaans via de patiënt, die zo impliciet zijn goedkeuring geeft voor informatie-uitwisseling. Elke andere informatieoverdracht mag enkel met uitdrukkelijke goedkeuring van de patiënt. eHealth zou hier zeker een oplossing kunnen bieden, maar alhoewel dergelijke platforms in het verleden beloofd werden, zijn ze nog geen realiteit vanwege technische en organisatorische obstakels.[8] Een beveiligde eHealthBox als een soort elektronische databank die alle betrokken zorgverstrekkers koppelt aan de patiënt zou een stap in de goede richting zijn. Bovendien zou dat als platform kunnen fungeren voor digitale uitwisseling van attesten en gegevens tussen de artsen. Ook een return to work-samenwerkingsformulier zou dan kunnen worden opgemaakt.[8] Daarin zouden de betrokken artsen de werknemer optimaal kunnen opvolgen tijdens zijn arbeidsongeschiktheid, het moment van re-integratie optimaliseren en realistische doelstellingen vooropstellen. Bedenk dat één van de oorspronkelijke doelen van het KB was om de communicatie tussen de betrokken artsen op te optimaliseren. Voorlopig lijkt men niet in die opzet te zijn geslaagd. Bovendien zijn er in de rest van België reeds samenwerkingsverbanden reeds op poten gezet en kritisch geëvalueerd.[10] Waarom lijkt die kennis niet geïntegreerd te zijn in het KB voor Vlaanderen?

Drempel terug aan het werk

Deze denkbeeldige drempel blijft ondanks het KB een realiteit. 73% van de huisartsen, 69% van de bedrijfsartsen en 70% van de adviserend artsen ontkennen dat arbeidsre-integratie gemakkelijker verloopt sinds het KB. Dit is een duidelijke discrepantie met de stelling van het Vlaams patiëntenplatform dat 4 op 5 langdurig zieken terug aan het werk wil. Er zijn verschillende factoren die deze drempel en discrepantie kunnen verklaren.

Gebrekkige motivatie

76% van de huisartsen en 75% van de adviserend artsen merkt op dat langdurig zieken moeilijk te motiveren zijn. Bedrijfsartsen ervaren die moeilijkheid maar in 36% van de gevallen. Ook de motivatie van de huisartsen zelf is eerder laag, zo'n 41% geeft toe dat het moeilijk is dergelijk tijdsintensief traject te begeleiden. Bedrijfsartsen en adviserend artsen schatten hun eigen motivatie

een stuk hoger in daar respectievelijk 74% en 85% ontkent hier moeilijkheden mee te ervaren. Hiervoor kan de verklaring mogelijk terug te vinden zijn in het feit dat de huisarts een minder centrale rol speelt in het KB dan de andere actoren. Toch vindt slechts een minderheid van de betrokken artsen dat de taak van de huisarts in kader van langdurige ziekte zich enkel beperkt tot het verlengen van de arbeidsongeschiktheid: namelijk 28% van de huisartsen, 10% van de bedrijfsartsen en 20% van de adviserend artsen. Integendeel vindt in elke subgroep meer dan 50% dat de taakomschrijving van de huisarts breder moet zijn. In het KB wordt de huisarts echter geen grote rol bedeeld.

Gebrekkige kennis

Mogelijks speelt ook het gebrek aan kennis een belangrijke rol in het onderhouden van die drempel. Maar liefst 82% van de huisartsen vindt dat hij te weinig kennis heeft rond arbeidsre-integratie. Respectievelijk 72% en 90% van de bedrijfsartsen en adviserend artsen ervaart een gebrekkige kennis bij huisartsen rond de mogelijkheden van arbeidsre-integratie.
Zoals blijkt uit de diepte-interviews is er ook bij de patiënten een gebrek aan kennis. Geen van de patiënten kon afdoende de taken van bedrijfsarts en adviserend arts omschrijven. Alhoewel ze er allemaal al mee in contact waren gekomen. Heel vaak wordt gedacht dat deze artsen een controlerende functie hebben. Hierdoor lijken patiënten zich terughoudend op te stellen en kunnen ze mogelijk als niet-gemotiveerd overkomen. Na uitleg rond arbeidsongeschiktheid in België en de taakomschrijving van de betrokken artsen antwoordden alle deelnemers immers meer vertrouwen te hebben gekregen in hun eigen restcapaciteiten en in hun kansen tot arbeidsre-integratie. Vooral het feit dat ze nu meer kennis hadden over het verloop van arbeidsongeschiktheid en de functie van de betrokken artsen ervaarden zij erg positief. Deze manier van werken wordt patiënt-empowerment genoemd. In de huisartsgeneeskunde wordt patiënt-empowerment hoog in het vaandel gedragen. Patiënteneducatie is hier een essentieel onderdeel van.
Het knelpunt wordt duidelijk wanneer de huisarts zijn eigen kennis laag inschat. Hoe kan de arts zijn patiënt immers uitleg geven en begeleiden, wanneer hij of zij zelf onzeker is? Na het publiceren van het KB heeft Domus Medica initiatief genomen om te spreken op LOK vergaderingen betreffende de inhoud van het KB. Dit initiatief was echter vrijblijvend en lijkt weinig verspreid te zijn geweest. Desondanks blijft het een goed initiatief om veel huisartsen tegelijkertijd te bereiken. Patiënt-educatie kan vrij vlot worden bekomen door een duidelijke en overzichtelijke patiëntenfolder. Daarom werd een folder ontworpen die de belangrijkste aspecten van arbeidsre-integratie oplijst voor patiënten (bijlage 10).

Angst voor herval

In België bestaat reeds een vangnet rond herval na werkhervatting. In geval van invaliditeit is deze periode 3 maanden. In primaire arbeidsongeschiktheid slechts 14 dagen. Dit lijkt eerder weinig wanneer de reden voor arbeidsongeschiktheid een complexe problematiek betreft. Uit de literatuur is geweten dat langdurige arbeidsongeschiktheid bijna altijd multifactorieel is. Uit de diepte-interviews blijkt dat deze angst de drempel tot werkhervatting versterkt. Werkhervatting op proef lijkt een mogelijke oplossing. Dit bestaat reeds in Nederland.[8] De werknemer behoudt tijdens de proefperiode de uitkering van de sociale zekerheid en ontvangt geen loon van de werkgever. Men kan het vergelijken met vrijwilligerswerk op eigen werk. Hierbij is de productiviteit niet prioritair, maar wel het therapeutisch effect van werkhervatting. Men beoogt hierbij op termijn een volledige werkhervatting, mits begeleiding van de bedrijfsarts.

De werkgever

Uit de diepte-interviews blijkt dat ook de werkgever een drempel vormt tot succesvolle hervatting. Vooral wanneer het op progressief werken aankomt schatten de patiënten de bereidwilligheid van de werkgever tot het toestaan van aangepast werk laag in. Bovendien valt op uit de bevraging dat meeste werkgevers geen contact houden met zieke werknemers. Terwijl dit een erg belangrijke factor is voor succesvolle werkhervatting. Een mogelijkheid is om op de werkplaats een return-to-work-coördinator aan te stellen. Dit is een leidinggevende die intern is opgeleid in werkhervattings- en re-integratiegesprekken. Zij kunnen contact opnemen met de werknemer tijdens ziekte en vangen hem op bij terugkeer na langdurige ziekte. Door korter op de bal te spelen, en van in het begin terugkeer na het werk voorop te stellen, kan het ganse traject aanzienlijk worden gefaciliteerd.
In Nederland is de situatie helemaal anders. Daar betalen werkgevers gedurende twee jaar het equivalent van ons gewaarborgd loon, waardoor ze jobbehoud van hun werknemers erg hoog in het vaandel dragen.[8] In België was er even sprake om de periode van gewaarborgd loon te verlengen tot twee maanden, maar die maatregel is nooit in voege getreden.[8] Toch lijkt het een goed idee deze periode te verlengen, desnoods stapsgewijs.
Sinds het nieuwe KB speelt de werkgever toch een belangrijkere rol dan vroeger. Zo kan hij na 4 maanden zelf het initiatief nemen om een re-integratietraject aan te vragen. Bovendien is de werkgever nu verplicht om een re-integratieplan uit te werken.[23] Of om schriftelijk te beargumenteren waarom re-integratie niet haalbaar is. Maar wordt in het KB de welwillendheid van de werkgever niet overschat? Alhoewel de werkgever eigenlijk niet veel te verliezen heeft met progressief werk aan te bieden – als de werknemer niet succesvol is komt hij direct terug op de ziekenkas te staan[18] – ziet men dat de werkgever weinig gemotiveerd is. Merk op dat de introductie van een nieuwe werknemer vaak goedkoper is dan re-integratie van een bestaande werknemer.[8] In het KB is het onduidelijk hoe de werkgever wordt aangemoedigd en hoe zijn engagement wordt verzekerd.[18]
Het échte knelpunt lijkt hem vooral te zitten bij langdurig zieken die geen lopend arbeidscontract meer hebben. Welke werkgever zal bereid zijn hen progressief te aanvaarden? Het KB heeft hiervoor alleszins geen incentives voorzien.

Preventie langdurige arbeidsongeschiktheid

Logischerwijze is het onvoldoende om enkel drempelverlagend te denken. Vermijden dat patiënten de eerder beschreven 'point-of-no-return' bereiken is een belangrijke inspanning die tevens moet geleverd worden. Het is absoluut positief dat het KB zich eerst toespitst op patiënten die minder lang in arbeidsongeschiktheid verkeren en pas in tweede tijd de langdurig ongeschikten zal contacteren. Maar dat op zich is onvoldoende.

Empowerment van de huisarts

Zoals uit eerder onderzoek blijkt, is de huisarts dé ideale persoon om werknemers die dreigen langdurig arbeidsongeschikt te worden op te sporen.[4] Het is belangrijk om ook adequaat te handelen wanneer er zogenaamde 'blauwe vlaggen' zijn. Hier is enerzijds kennis nodig van de mogelijkheden, maar zoals eerder reeds aangehaald is dit een knelpunt. Ook is het belangrijk deze werknemers extra te begeleiden en ze tijdig door te verwijzen naar de andere betrokken artsen. Gebrekkige communicatie is zeker ook een knelpunt dat de empowerment van de huisarts binnen arbeidsre-integratie in de weg staat. Hoe komt het dat 73% van de huisartsen geen gebruik maakt van het officiële sjabloon om arbeidsre-integratie aan te vragen? Terwijl 51% van de bedrijfsartsen

en 60% van de adviserend artsen dit sjabloon wel hanteren? De verklaring is dat dit sjabloon nooit adequaat verspreid lijkt geweest te zijn onder de huisartsen. Dit is op zijn minst jammer te noemen, daar de huisarts het dichtst bij de werknemer staat als behandelend arts en dus zeker een belangrijke spilfiguur is in het proces. Mogelijks verklaren bovenstaande knelpunten waarom het 74% van de huisartsen te arbeidsintensief lijkt om arbeidsre-integratie op te starten en te begeleiden.

Stress op het werk

Het blijkt duidelijk uit de literatuur dat stress op het werk een belangrijk probleem vormt. Enerzijds is het een belangrijke oorzakelijke factor, zoals blijkt uit de toename van psychische aandoeningen als reden voor langdurig werkverlet. Anderzijds is stress een niet te verwaarlozen onderhoudende factor van langdurige ziekte. In het diepte-interview spelen er bij alle deelnemers psychische factoren mee. Ook antwoorden ze allemaal positief op de vraag stress of gebrek aan sociale steun te hebben ervaren op het werk.

Kritische blik op het KB

Het Koninklijke Besluit is een stap in de goede richting om arbeidsre-integratie van langdurig zieken in goede banen te leiden. Het te doorlopen traject is nu minder vrijblijvend. Het KB omvat een duidelijke taakomschrijving voor de bedrijfsarts en de adviserend arts. Deze laatste is dé belangrijkste spilfiguur in het KB en dit lijkt ook te worden beaamt in de enquête: 65% van de adviserend artsen bevestigt sinds het KB arbeidsre-integratie anders aan te pakken. De huisarts, zoals hierboven beargumenteerd, wordt eerder wat verwaarloosd. Mogelijks ontkent daarom 64% van de huisartsen re-integratie anders aan te pakken sinds het KB.
Het Koninklijk Besluit legt heel duidelijk de timing van de verschillende stappen vast. Dit is zeker een pluspunt. Direct na de publicatie kwam er wel kritiek van de adviserend artsen en bedrijfsartsen. In de media kwam het over alsof er een doorgedreven hervorming van arbeidsre-integratie had plaatsgevonden. Op de multidisciplinaire vergadering werd dit direct ontkracht: wat het KB omschrijft, gebeurt al jaren in de praktijk, nu hangen er vooral meer administratieve verplichtingen aan vast (cfr. bijlage 5). De cijfers van het riziv tonen dat progressief werken begin 2016 al een fikse stijging kende ten opzicht van eerdere jaren, dus vóór de publicatie van het KB eind 2016.
In het KB is de term ‘overeengekomen werk’ mogelijks te vaag. Het is niet duidelijk of dit het takenpakket betreft dat de werknemer effectief uitvoert of wat er in zijn arbeidscontract beschreven staat.[19] Dat kan namelijk nogal verschillen. Hiernaast zijn er nog wat bedenkingen.

Kostenplaatje

De financiële inactiviteitsval lijkt met de garantie van behoud van 20% van de uitkering grotendeels weggewerkt. Uit de literatuur blijkt dat dit bij veel langdurig zieken een belangrijke bezorgdheid is.[8] Slechts en minderheid van de huisartsen (18%) deelt die bezorgdheid. Meer huisartsen (23%) hebben schrik het vertrouwen van de patiënt de verliezen. Een cijfer dat trouwens op 55% wordt geschat door de adviserend artsen.
Een belangrijk punt dat in het KB niet wordt aangepakt, is de financiering van de re-integratietrajecten. Mensura uitte vrij snel deze kritiek.[19] Wanneer de werkgever het initiatief neemt tot re-integratie lijkt het logisch dat hij betaalt. Maar wat als de werknemer of de adviserend geneesheer de vragende partij is? Er zijn bij het uitvaardigen van het KB geen incentives voorzien voor de werkgever om arbeidsre-integratie te faciliteren, terwijl deze een belangrijke drempel kan vormen tot succesvolle re-integratie. Enkele maanden na de publicatie kwamen er wel mediaberichten dat er sancties gingen worden opgelegd aan werknemers en werkgevers die

onvoldoende medewerking boden: respectievelijk 5 tot 25% verlies van uitkering en een geldboete van €800.[5,20] Maar wie controleert de motivatie van de werkgever en werknemer? Bovendien behoudt de werknemer steeds het laatste woord. Is hij niet akkoord, dan houdt het re-integratieplan op.[19] Maar wie controleert de redelijkheid van het voorgestelde re-integratieplan? Bovendien kan deze boete niet worden toegepast wanneer de werknemer geen lopend arbeidscontract heeft. De vraag rijst of deze regeling op termijn niet nadelig zou kunnen uitdraaien voor de werknemer.
Een mogelijke oplossing is om toch in te zetten op positieve bekrachtiging in plaats van negatieve straf. Er bestaat reeds een Vlaamse ondersteuningspremie voor werkgevers die iemand met een arbeidshandicap in dienst nemen.[8] Zou een analoog systeem kunnen worden aangewend in kader van langdurige ziekte?

Vragenlijst en verwijsbrief

De aankondiging van het nieuwe KB gebeurde onder andere in het journaal, toen werd door een adviserend arts in een interview reeds de bezorgdheid geuit over de gebruiksvriendelijkheid van de vragenlijst. Oorspronkelijk was het dan ook de bedoeling om de bruikbaarheid van deze vragenlijst te evalueren in deze masterproef. Toen contact werd opgenomen met de ziekenbonden in januari 2017 – toen het KB officieel in voege trad – zeiden de ziekenbonden nog geen vragenlijst te hebben ontvangen. Dit zou pas gebeuren in het voorjaar van 2017. In maart 2017 was de vragenlijst intussen teruggeroepen voor herziening, wegens niet-gebruiksvriendelijk. In het najaar werden er een aantal patiënten gezien op de praktijk die wel een vragenlijst hadden gekregen. Bij rondvraag hadden niet alle ziekenbonden dergelijke vragenlijst, dus lijkt het eerder een zelf opgesteld exemplaar te zijn van dat ene ziekenfonds. Uit de enquête blijkt duidelijk dat de vragenlijst doorgaans niet wordt overlopen met de patiënt: 77% van de huisartsen, 56% van de bedrijfsartsen en 80% van de adviserend artsen doen dit niet. Het is toch frappant dat 80% van de adviserend artsen de vragenlijst niet overloopt, daar zij de verantwoordelijkheid gekregen hebben in het KB om die rond te sturen naar werknemers die langer dan 2 maand afwezig zijn. Het is onduidelijk waarom de bedrijfsartsen meer gebruik lijken te maken van de vragenlijst, en welke vragenlijst ze precies gebruiken.
Het is een analoog verhaal voor de verwijsbrief waarin de betrokken actoren re-integratie kunnen aanvragen. Uiteindelijk werd deze brief bekomen via de website van een arbeidsgeneeskundige dienst. Zowel de bedrijfsartsen als de adviserend artsen lijken vooral gebruik te maken van het officiële sjabloon: respectievelijk 51% en 60%. Terwijl slechts 9% van de huisartsen hier gebruik van maakt. Meer nog zo'n 73% van de huisartsen zegt dit officieel sjabloon niet te gebruiken.
Het is toch opmerkelijk dat twee documenten die in de media ook officieel werden aangekondigd, niet op punt stonden vóór het KB in werking trad. Daarenboven lijken de documenten niet verspreid te zijn geweest onder huisartsen. Terwijl deze voor patiënten vaak een eerste aanspreekpunt is wanneer ze medische papieren ontvangen die ze zelf niet kunnen invullen.

Kritische blik masterproef

Sterktes

Aangezien het een Belgische situatie betreft, werd heel bewust op zoek gegaan naar betrouwbare Belgische bronnen. Bovendien behandelt deze masterproef een heel actuele problematiek. De actualiteit werd dan ook gedurende het ganse project nauwgezet opgevolgd, zodat het project zo nodig kon worden bijgestuurd. Door grondig literatuuronderzoek is deze masterproef direct ook een naslagwerk dat kan worden gebruikt om de kennis bij de huisartsen op te krikken.

Aangezien het KB arbeidsre-integratie snel werd omgedoopt tot het TRIO-project, werd er ook echt op ingezet om alle betrokken artsen te bereiken. De huisartsen werden via de nieuwsbrief van de kring, maar ook mondeling gemotiveerd de enquête in te vullen. De arbeidsgeneeskundige diensten werden meermaals telefonisch gecontacteerd, waarna de enquête werd doorgemaild. Dit verliep analoog voor de adviserend artsen, maar hier werden ook veel artsen persoonlijk via mail gecontacteerd. Bovendien werd gedurende gans het project contact gehouden met een adviserend arts en bedrijfsarts om nieuwe veranderingen snel te kunnen oppikken.
Alhoewel er maar 3 deelnemers waren, zijn de geïncludeerde patiënten toevallig aangesloten bij een ander ziekenfonds, en kwamen ze dus in contact met een andere adviserend arts.

Zwaktes

Het is jammer dat er maar weinig patiënten deelgenomen hebben aan het project. Zoals oorspronkelijk voorzien kon de vragenlijst niet worden beoordeeld door de betrokken artsen en patiënten, daar deze gewoon niet ter beschikking was. Tijdens het project werd er eerder weinig contact gelegd met de andere betrokken artsen: de patiënten wisten niet wie hun bedrijfsarts of adviserend arts was en hun gegevens waren bovendien moeilijk terug te vinden. Zoals ook bleek toen de enquête verspreid moest worden. Idealiter waren er meer antwoorden op de enquête, vooral vanuit de huisartsen. Het zou ook beter zijn geweest om de bevindingen uit de enquête te kunnen verduidelijken door deze bijvoorbeeld voor te leggen aan huisartsen in een LOK groep of door diepte-interviews met de betrokken artsen. Zo konden de gegevens met nog meer zekerheid worden verklaard.

Toekomstperspectief

In de eigen praktijk zal zeker worden ingezet op vroegtijdige detectie van arbeidsongeschikte patiënten met ‘blauwe vlaggen’. De patiëntenfolder zal worden meegegeven om meer patiënt-empowerment te bekomen. Van in het begin zal er een plan worden opgesteld samen met de patiënt en betrokken artsen. Hiertoe zal er een inspanning worden gedaan om meer contact te leggen met bedrijfsarts en adviserend arts. Zo kan er op den duur een ‘TRIO-telefoonboekje’ worden aangelegd voor de eigen praktijk.
Toekomstige masterproeven huisartsgeneeskunde kunnen zeker ook een steentje bijdragen. Het lijkt zinvol om het effect van huisartseneducatie op arbeidsre-integratie te bestuderen. Zo kan bijvoorbeeld een enquête worden afgenomen voor en na een gerichte LOK-vergadering. Om de nieuwe enquête op te stellen kunnen de huidige resultaten worden genuanceerd door middel van diepte-interviews, zodat er meer in detail gepeild kan worden naar de oorzaken van knelpunten en bezorgdheden bij huisartsen. Bovendien moet de gebruiksvriendelijkheid van de vragenlijst voor patiënten onderzocht worden. Ook de impact van de voorgestelde patiëntenfolder kan worden onderzocht.

Besluit

Arbeidsre-integratie van langdurig zieken is een zeer actueel probleem dat dringend meer aandacht verdient. Het nieuwe koninklijk besluit is een eerste stap in de goede richting. Toch zijn er nog heel wat knelpunten die moeten worden weggewerkt vooraleer een echt zorgpad op poten kan worden gezet. Bijhorende officiële documenten werden onvoldoende verspreid. De communicatie tussen de

betrokken artsen blijft problematisch. Vooral het gebrek aan kennis, zowel bij patiënt als behandelend arts, lijkt uit dit onderzoek een van de grootste struikelblokken te zijn. Hopelijk vormt dit onderzoek hiertoe een eye-opener. Concreet voorziet deze masterproef in de verspreiding van een doorverwijsbrief voor arbeidsre-integratie, een mogelijke vragenlijst voor patiënten en een patiënten folder betreffende langdurige arbeidsongeschiktheid. Hopelijk is dit ambitieus project de eerste aanzet tot de verdere ontwikkeling van een zorgpad tot arbeidsre-integratie van langdurig zieken.

Referenties

1. Koninklijk Besluit re-integratietraject – fiche (samenvatting) – verkregen op 26 november 2016 tijdens voorprogramma van algemene vergadering Domus Medica
2. Jaarverslag 2016, Riziv, http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jaarverslag-2016.pdf
3. Uyttersprot Evelyne. Praktijkmanagement van kortdurende arbeidsongeschiktheid: Opstellen van een praktijkrichtlijn. Masterproef Huisartsgeneeskunde. Academiejaar 2011-2013
4. Nicolas Makay. React-Project: Reactivatie van patiënten met risico op langdurige arbeidsongeschiktheid. Masterproef Huisartsgeneeskunde
5. Dirk Wijns (Directeur Acerta Consult – HR-dienstverlening). Het re-integratietraject liefst als stimulans. Belga. Zondag 09/04/2017
6. Marc Stein (namens Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie). Psychisch ziek: werken of thuis blijven? Artikel verschenen op 16/10/2015
7. Mylle, Henckens, Verbeek, Bulterys, Wuytens en Godderis. Kenmerken van Chronisch Ziekteverzuim. Tijdschrift voor Geneeskunde, 73, nr 3, 2017: blz 153-161
8. Laure Rogge, Re-intgratie tijdens en na arbeidsongeschiktheid, Masterproef van de opleiding 'Master in de Rechten', Academiejaar 2014-2015, Faculteit Rechtsgeleerdheid Universiteit Gent
9. Folder Liberale Mutualiteit – Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit
10. Project HUT/DIRACT/2009/AP/1. Verbetering van de samenwerking tussen de huisarts de verzekeringsarts en de bedrijfsarts voor de preventive van langdurige en beroepsgerelateerde arbeidsongeschiktheid. Samenvatting van het eindverslag.
11. Folder CM – Op welke tegemoetkomingen heb je recht?
12. Folder dienst patiëntenbegeleiding – Sociale voordelen voor personen met een ziekte/handicap
13. Artikel van deredactie: Aantal langdurige afwezigheden wegens ziekte verdrievoudigd in 15 jaar (Securex). Belga 27/04/2017
14. Riziv, dienst uitkeringen, Statistieken over invaliditeit van werknemers en werklozen in 2014. http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/stat_du2014_1_invaliditeit.pdf
15. Riziv, Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden – Werknemersregeling en regeling voor zelfstandigen: periode 2006-2015. http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_du_verklarende_factoren_invaliditeit_2006_2015.pdf
16. Tweejaarlijkse stressbarometer. Publicatie van Securex, HR-dienstverlener. Dinsdag 8 maart 2016. https://press.securex.be/toenemend-aantal-spanningsklachten-ten-gevolge-van-stress
http://www.securex.be/export/sites/default/.content/download-gallery/nl/whitepapers/white-paper-stress-burn-out-2015.pdf
17. Stichting Innovatie en Arbeid. Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2016 werknemers. http://www.serv.be/sites/default/files/documenten/StIA_20170125_WerkbaarheidsmonitorWerknemers2016_RAP.pdf
18. Vlaams Patiënten Platform: Re-integratie van langdurig zieken.
http://vlaamspatientenplatform.be/nieuwsbrieven/item/re-integratie-van-langdurig-zieken
19. Mensura: Wat bepaalt het nieuwe KB re-integratie langdurig zieke werknemers?
20. Artikel van deredachtie: De Block wil langdurig zieken én hun bedrijven responsabiliseren. Belga. Donderdag 16/02/2017
21. Provikmo: re-integratie van langdurig zieken: begeleiding op maat. Artikel 09/06/2017
22. FOD WASO. Re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers.
23. Opiniestuk van Marie-Noëlle Schmickler, directeur Medische Onderzoeken en R&D bij Mensura. "Nieuw KB re-integratie langdurig zieken vatbar voor interpretatie: het blijft op eieren lopen."
24. Folder Vlaams Patiëntenplatform – Wie is wie? De expertise-artsen en hun opdracht
25. FOD Werkgelegendheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Brochure voor werknemers. Terug aan het werk na een lange afwezigheid om medische redenen. http://www.werk.belgie.be/defaultTab.aspx?id=45586
26. Julie Nassen. Beoordeling van de werk(on)bekwaamheid bij oudere werknemers door de huisarts. Masterproef Huisartsgeneeskunde.

Bijlages

Bijlage 1: KB 28 oktober 2016 (enkel Nederlandstalige versie)

FEDERALE OVERHEIDSDIENST MOBILITEIT EN VERVOER

[C − 2016/11449]

28 JULI 2016. — Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 23 juli 2001 betreffende de inschrijving van voertuigen. — Erratum

In het *Belgisch Staatsblad* nr. 241 van 9 september 2016, bladzijde 60988, wordt artikel 1 aangevuld met de bepalingen onder 2°, luidende:

"2° paragraaf 3 wordt opgeheven"

FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID, ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG

[2016/205640]

28 OKTOBER 2016. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers betreft (1)

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, artikel 4, § 1, genummerd bij de wet van 7 april 1999 en gewijzigd bij de wet van 10 januari 2007;

Gelet op het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers;

Gelet op het advies nr. 196 van de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het werk, gegeven op 26 mei 2016;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 30 juni 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, d.d. 23 augustus 2016;

Gelet op advies nr. 59.741/1 van de Raad van State, gegeven op 26 september 2016, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Overwegende het advies nr. 2016/12 van de Nationale Hoge Raad voor personen met een handicap, gegeven op 18 en 25 april 2016;

Overwegende het advies nr. 1984 van de Nationale Arbeidsraad, gegeven op 7 juni 2016;

Op de voordracht van de Minister van Werk,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

Artikel 1. - In het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wordt een afdeling 6/1 ingevoegd die de artikelen 73/1 tot 73/11 omvat, luidende:

"Afdeling 6/1. - Het re-integratietraject van een werknemer die het overeengekomen werk tijdelijk of definitief niet kan uitoefenen.

Art. 73/1. - Het re-integratietraject bedoeld in deze afdeling beoogt de re-integratie te bevorderen van de werknemer die het overeengekomen werk niet kan uitoefenen, door deze werknemer:

- ofwel tijdelijk een aangepast of een ander werk te geven in afwachting van het opnieuw uitoefenen van zijn overeengekomen werk,

- ofwel definitief een aangepast of een ander werk te geven indien de werknemer definitief ongeschikt is voor het uitoefenen van zijn overeengekomen werk.

Het re-integratietraject is niet van toepassing op wedertewerkstelling bij arbeidsongeval of beroepsziekte.

Het comité neemt deel aan het ontwikkelen van een globale omkadering van het re-integratiebeleid dat in de onderneming wordt gevoerd, overeenkomstig artikel 73/8.

Art. 73/2. - § 1. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer start een re-integratietraject op verzoek van:

1° de werknemer tijdens de periode van zijn arbeidsongeschiktheid, of de behandelende geneesheer als de werknemer hiermee instemt;

2° de adviserend geneesheer, indien deze van mening is dat de werknemer in aanmerking komt voor re-integratie krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

3° de werkgever, ten vroegste vanaf 4 maanden na aanvang van de arbeidsongeschiktheid van de werknemer, of vanaf het ogenblik waarop de werknemer hem een attest van zijn behandelend geneesheer bezorgt waaruit de definitieve ongeschiktheid om het overeengekomen werk uit te voeren blijkt.

§ 2. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer verwittigt de werkgever vanaf het ogenblik dat hij een re-integratieverzoek, zoals bedoeld § 1, 1° of 2°, heeft ontvangen.

De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer verwittigt de adviserend geneesheer vanaf het ogenblik dat hij een re-integratieverzoek, zoals bedoeld § 1, 1° of 3°, heeft ontvangen.

§ 3. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer nodigt de werknemer voor wie hij een re-integratieverzoek heeft ontvangen, uit voor een re-integratiebeoordeling om:

- na te gaan of de werknemer op termijn het overeengekomen werk, desgevallend mits een aanpassing van de werkpost, opnieuw zal kunnen uitoefenen;

- de mogelijkheden voor re-integratie te onderzoeken, op basis van de arbeidscapaciteiten van de werknemer.

Mits toestemming van de werknemer, pleegt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer eventueel overleg met de behandelende geneesheer van de werknemer, de adviserend geneesheer, andere preventieadviseurs en personen die kunnen bijdragen tot het slagen van de re-integratie.

De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer onderzoekt tevens de werkpost of werkomgeving van de werknemer met het oog op het nagaan van de mogelijkheden tot aanpassing van deze werkpost.

Hij maakt een verslag op van zijn bevindingen en van deze van de bij het overleg betrokken personen, dat wordt gevoegd in het gezondheidsdossier van de werknemer.

§ 4. Na afloop van de re-integratiebeoordeling en rekening houdend met het resultaat van het overleg bedoeld in § 3, neemt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer zo spoedig mogelijk één van de volgende beslissingen die hij vermeldt op het formulier voor de re-integratiebeoordeling:

a) de mogelijkheid bestaat dat de werknemer op termijn het overeengekomen werk kan hervatten, desgevallend mits aanpassing van de werkpost, en de werknemer is in staat om in tussentijd bij de werkgever een aangepast of ander werk uit te voeren, desgevallend mits aanpassing van de werkpost. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer legt de modaliteiten vast van het aangepast of ander werk, evenals van de aanpassing van de werkpost. Op een door hem vast te stellen tijdstip herbekijkt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer het re-integratietraject overeenkomstig § 3;

b) de mogelijkheid bestaat dat de werknemer op termijn het overeengekomen werk kan hervatten, desgevallend mits aanpassing van de werkpost, maar de werknemer is niet in staat om in tussentijd bij de werkgever enig aangepast of ander werk uit te voeren. Op een door hem vast te stellen tijdstip herbekijkt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer het re-integratietraject overeenkomstig § 3;

c) de werknemer is definitief ongeschikt om het overeengekomen werk te hervatten, maar is in staat om bij de werkgever een aangepast of een ander werk uit te voeren, desgevallend mits aanpassing van de werkpost. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer legt de modaliteiten vast van het aangepast of ander werk, evenals van de aanpassing van de werkpost;

d) de werknemer is definitief ongeschikt om het overeengekomen werk te hervatten en is niet in staat om bij de werkgever enig aangepast of ander werk uit te voeren.

e) hij oordeelt dat het om medische redenen niet opportuun is een re-integratietraject op te starten. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer herbekijkt elke 2 maanden de mogelijkheden voor het opstarten van het re-integratietraject. Deze beslissing kan niet worden genomen voor re-integratietrajecten opgestart op verzoek van de adviserend geneesheer, bedoeld in artikel 73/2, § 1, 2°.

Bij de re-integratiebeoordeling heeft de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer bijzondere aandacht voor de progressiviteit van de maatregelen die hij voorstelt.

§ 5. Uiterlijk binnen een termijn van 40 werkdagen na ontvangst van het re-integratieverzoek, zorgt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer ervoor dat:

1° het formulier voor de re-integratiebeoordeling wordt overgemaakt aan de werkgever en aan de werknemer;

2° de adviserend geneesheer op de hoogte wordt gebracht als hij geen aangepast of ander werk voorstelt, zoals bedoeld in § 4, *b)*, d) en e);

3° het formulier voor de re-integratiebeoordeling wordt toegevoegd aan het gezondheidsdossier van de werknemer.

Art 73/3. - § 1. De werkgever maakt een re-integratieplan op in overleg met de werknemer, de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer en, in voorkomend geval, andere personen die kunnen bijdragen tot het slagen van de re-integratie:

1° na ontvangst van de re-integratiebeoordeling, wanneer het gaat om een tijdelijke ongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 73/2, § 4, a);

2° na het verstrijken van de termijn voor het instellen van beroep overeenkomstig artikel 73/9 of na ontvangst van het resultaat van de beroepsprocedure waarin de beslissing van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer werd bevestigd, wanneer het gaat om een definitieve ongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 73/2, § 4, c).

§ 2. Het re-integratieplan bevat één of meerdere van de volgende maatregelen op een zo concreet en gedetailleerd mogelijke wijze:

a) een omschrijving van de redelijke aanpassingen van de werkpost;

b) een omschrijving van het aangepast werk, inzonderheid het volume van het werk en het uurrooster waaraan de werknemer kan worden tewerkgesteld, en in voorkomend geval, de progressiviteit van de maatregelen;

c) een omschrijving van het ander werk, inzonderheid de inhoud van het werk dat de werknemer kan uitvoeren, evenals het volume van het werk en het uurrooster waaraan de werknemer kan worden tewerkgesteld, en in voorkomend geval, de progressiviteit van de maatregelen;

d) de aard van de voorgestelde opleiding met het oog op het verwerven van de competenties die moeten toelaten dat de werknemer een aangepast of ander werk kan uitvoeren;

e) de geldigheidsduur van het re-integratieplan.

In voorkomend geval bezorgt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer het re-integratieplan aan de adviserend geneesheer die een beslissing neemt over de progressieve werkhervatting en de arbeidsongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Het re-integratieplan maakt melding van deze beslissing. De werkgever past indien nodig het re-integratieplan aan.

§ 3. De werkgever bezorgt het re-integratieplan aan de werknemer:

1° binnen een termijn van maximum 55 werkdagen na ontvangst van de re-integratiebeoordeling wanneer het gaat om een tijdelijke ongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 73/2, § 4, a);

2° binnen een termijn van maximum twaalf maanden na ontvangst van de re-integratiebeoordeling wanneer het gaat om een definitieve ongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 73/2, § 4, c).

§ 4. Een werkgever die na het overleg bedoeld in § 1 geen re-integratieplan opmaakt omdat hij meent dat dat technisch of objectief onmogelijk is, of om gegronde redenen redelijkerwijze niet kan worden geëist, motiveert dit in een verslag.

Hij bezorgt dit verslag aan de werknemer en aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer binnen dezelfde termijnen als bedoeld in § 3, en houdt het ter beschikking van de met het toezicht belaste ambtenaren.

Art. 73/4. - § 1. De werknemer beschikt over een termijn van 5 werkdagen na ontvangst van het re-integratieplan om al dan niet met het plan in te stemmen en het terug te bezorgen aan de werkgever:

1° indien de werknemer instemt met het re-integratieplan, ondertekent hij voor akkoord;

2° indien de werknemer niet instemt met het re-integratieplan, vermeldt hij hierin de redenen van zijn weigering.

§ 2. De werkgever bezorgt een exemplaar van het re-integratieplan aan de werknemer en aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer, en houdt het ter beschikking van de met het toezicht belaste ambtenaren.

§ 3. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer maakt, al naar gelang het geval, het re-integratieplan of het verslag bedoeld in artikel 73/3, § 4 over aan de adviserend geneesheer en voegt het toe aan het gezondheidsdossier van de werknemer.

Art. 73/5. - § 1. Voor een werknemer die definitief ongeschikt is om het overeengekomen werk uit te voeren, is het re-integratietraject definitief beëindigd op het ogenblik dat de werkgever:

1° van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer een formulier voor de re-integratiebeoordeling heeft ontvangen waarin deze laatste heeft geoordeeld dat er geen aangepast of ander werk mogelijk is zoals bedoeld in artikel 73/2, § 4, d), en de beroepsmogelijkheden bedoeld in artikel 73/9 zijn uitgeput;

2° het verslag bedoeld in artikel 73/3, § 4, heeft bezorgd aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer;

3° het re-integratieplan waarmee de werknemer niet heeft ingestemd, zoals bedoeld in artikel 73/4, § 1, 2°, heeft bezorgd aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer.

§ 2. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer volgt de uitvoering van het re-integratieplan op regelmatige basis op, in overleg met de werknemer en de werkgever.

Een werknemer die tijdens de uitvoering van het re-integratieplan van mening is dat alle of een deel van de in dit plan vervatte maatregelen niet meer zijn aangepast aan zijn gezondheidstoestand, kan een spontane raadpleging vragen bij de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer met het oog op het herbekijken van het re-integratietraject overeenkomstig artikel 73/2, § 3.

Art. 73/6. - De werknemer kan zich gedurende het hele re-integratietraject laten bijstaan door een werknemersafgevaardigde in het comité of bij ontstentenis hiervan, door een vakbondsafgevaardigde van zijn keuze.

Art. 73/7. - De werkgever en de werknemers werken mee aan het vlot verloop van het re-integratietraject om de slaagkansen van de re-integratie te bevorderen.

Art. 73/8. - Met het oog op het ontwikkelen van een doeltreffend re-integratiebeleid overlegt de werkgever regelmatig, en minstens één keer per jaar, met het comité over de mogelijkheden op collectief niveau voor aangepast of ander werk en de maatregelen voor aanpassing van de werkposten, in aanwezigheid van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer en in voorkomend geval van de andere bevoegde preventieadviseurs.

De collectieve aspecten van de re-integratie worden éénmaal per jaar geëvalueerd en overlegd in het comité op basis van een kwantitatief en kwalitatief verslag van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer. Het re-integratiebeleid wordt zo nodig aangepast in functie van deze evaluatie.

Art. 73/9. - § 1. De werknemer die niet akkoord gaat met de re-integratiebeoordeling van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer waarbij hij definitief ongeschikt is verklaard voor het overeengekomen werk zoals bedoeld in artikel 73/2, § 4, c) of d), kan hiertegen beroep instellen.

§ 2. De werknemer stuurt hiertoe binnen de 7 werkdagen nadat de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer het formulier voor de re-integratiebeoordeling aan hem heeft bezorgd, een aangetekende brief aan de bevoegde geneesheer sociaal inspecteur van de Algemene Directie Toezicht op het Welzijn op het werk, en verwittigt ook de werkgever.

§ 3. De geneesheer sociaal inspecteur roept de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer en de behandelende geneesheer van de werknemer op een door hem bepaalde plaats en tijdstip samen voor overleg, en vraagt hen de relevante documenten mee te brengen in verband met de gezondheidstoestand van de werknemer. In voorkomend geval roept hij ook de werknemer op om te worden gehoord en onderzocht.

§ 4. Tijdens dit overleg nemen de drie geneesheren een beslissing bij meerderheid van stemmen, en uiterlijk binnen een termijn van 31 werkdagen na de ontvangst van het beroep door de geneesheer sociaal inspecteur.

Bij afwezigheid van de behandelende geneesheer of van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer, of indien er geen akkoord wordt bereikt onder de aanwezige artsen, neemt de geneesheer sociaal inspecteur zelf de beslissing.

§ 5. De geneesheer sociaal inspecteur neemt de beslissing op in een medisch verslag dat door de aanwezige geneesheren wordt ondertekend en dat in het gezondheidsdossier van de werknemer wordt bewaard.

De geneesheer sociaal inspecteur deelt het resultaat van de beroepsprocedure onmiddellijk mee aan de werkgever en aan de werknemer.

§ 6. Afhankelijk van het resultaat van de beroepsprocedure herbekijkt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer de re-integratiebeoordeling bedoeld in artikel 73/2, § 4.

§ 7. Tijdens een re-integratietraject kan de werknemer slechts één keer de beroepsprocedure aanwenden.

Art. 73/10. - De werkgever neemt de verplaatsingskosten van de werknemer verbonden aan het re-integratietraject voor zijn rekening.

Art. 73/11. - De minister kan modellen van formulieren inzake het re-integratietraject vastleggen."

Art. 2. - Ten vroegste zes maanden na de inwerkingtreding van dit besluit, vraagt de Minister aan de sociale partners om op regelmatige basis de doeltreffendheid en de effecten van dit besluit in de praktijk te evalueren.

Art. 3. - Dit besluit treedt in werking op 1 december 2016.

Werknemers beschikken over de mogelijkheid om een re-integratietraject op te starten vanaf 1 januari 2017, ongeacht de aanvangsdatum van hun arbeidsongeschiktheid.

Werkgevers beschikken over de mogelijkheid om een re-integratietraject op te starten vanaf:

1° 1 januari 2017 voor arbeidsongeschiktheden die aanvatten vanaf 1 januari 2016;

2° 1 januari 2018 voor arbeidsongeschiktheden die aanvatten vóór 1 januari 2016.

Art. 4. - De minister bevoegd voor Werk is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 28 oktober 2016.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Werk,
K. PEETERS

Nota

(1) Verwijzingen naar het *Belgisch Staatsblad*:
Wet van 4 augustus 1996,
Belgisch Staatsblad van 18 september 1996;
Wet van 7 april 1999,
Belgisch Staatsblad van 20 april 1999;
Wet van 10 januari 2007,
Belgisch Staatsblad van 6 juni 2007;
Koninklijk besluit van 28 mei 2003,
Belgisch Staatsblad van 16 juni 2003.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[2016/205594]

8 NOVEMBER 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

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de Grondwet, artikel 108;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 100, § 1/1, ingevoegd bij de programmawet van 19 december 2014, artikel 100, § 2, en artikel 153, § 2, tweede lid;

Gelet op 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;

Gelet op de adviezen van het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers van de Dienst voor uitkeringen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 17 december 2014, 21 januari 2015, 9 juli 2015 en 25 mei 2016;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 30 juni 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 25 juli 2016;

Gelet op advies nr. 60.022/2 van de Raad van State, gegeven op 19 september 2016, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende het advies nr. 1984 van de Nationale Arbeidsraad, gegeven op 7 juni 2016;

Overwegende het advies nr. 2015/10 van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap, gegeven op 20 april 2015, het advies nr. 2015/32 van dezelfde Raad, gegeven op 19 oktober 2015, en het advies nr. 2016/12 van dezelfde Raad, gegeven op 18 en 25 april 2016;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Een afdeling VIquater, luidend als volgt, wordt ingevoegd in hoofdstuk III, onder titel III van hetzelfde besluit :

"Afdeling VIquater - Re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie

Art. 215*octies*. Wordt in deze afdeling verstaan onder "het koninklijk besluit van 28 mei 2003" : het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers.

Art. 215*novies*. Het re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie bedoeld in deze afdeling beoogt de sociaalprofessionele re-integratie te bevorderen van de gerechtigde die niet meer tewerkgesteld is of niet meer tewerkgesteld kan worden door zijn werkgever, door hem te begeleiden naar een functie bij een andere werkgever of in een andere bedrijfstak.

Art. 215*decies*. § 1. Ten laatste twee maanden na de aangifte van de arbeidsongeschiktheid maakt de adviserend geneesheer, op basis van het medisch dossier van de gerechtigde, een eerste inschatting van diens restcapaciteiten op.

§ 2. Wanneer de gerechtigde op het ogenblik van de in de vorige paragraaf bedoelde inschatting verbonden is door een arbeidsovereenkomst, plaatst de adviserend geneesheer de gerechtigde in één van de volgende vier categorieën :

1° categorie 1 : er kan redelijkerwijze worden aangenomen dat de gerechtigde uiterlijk tegen het einde van de zesde maand van de arbeidsongeschiktheid spontaan het overeengekomen werk opnieuw kan uitoefenen;

2° categorie 2 : een werkhervatting lijkt om medische redenen niet tot de mogelijkheden te behoren;

3° categorie 3 : een werkhervatting is voorlopig niet aan de orde omdat de prioriteit dient uit te gaan naar de medische diagnose of de medische behandeling;

4° categorie 4 : een werkhervatting lijkt mogelijk te zijn door het aanbieden van (tijdelijk of definitief) aangepast werk of ander werk.

§ 3. Wanneer de gerechtigde op het ogenblik van de in de eerste paragraaf bedoelde inschatting niet verbonden is door een arbeidsovereenkomst, plaatst de adviserend geneesheer de gerechtigde in één van de volgende vier categorieën :

1° categorie 1 : er kan redelijkerwijze worden aangenomen dat de gerechtigde uiterlijk tegen het einde van de zesde maand van de arbeidsongeschiktheid een beroep op de reguliere arbeidsmarkt kan opnemen;

2° categorie 2 : het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt lijkt om medische redenen niet tot de mogelijkheden te behoren;

3° categorie 3 : het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt is voorlopig niet aan de orde omdat de prioriteit dient uit te gaan naar de medische diagnose of de medische behandeling;

4° categorie 4 : het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt lijkt mogelijk te zijn desgevallend na herscholing of een beroepsopleiding.

§ 4. De adviserend geneesheer gaat niet tot de in de eerste paragraaf bedoelde inschatting over als de gerechtigde al aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer verzocht heeft om een re-integratietraject zoals bedoeld in afdeling 6/1 van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 op te starten.

Art. 215*undecies*. § 1. In de volgende gevallen verwijst de adviserend geneesheer de gerechtigde door naar de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer met het oog op het opstarten van een re-integratietraject zoals bedoeld in afdeling 6/1 van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 :

1° de gerechtigde is, op het moment van de in artikel 215*decies*, § 2, bedoelde inschatting, geplaatst in categorie 1, de gerechtigde is nog altijd arbeidsongeschikt na zes maanden, de gerechtigde is nog steeds verbonden door een arbeidsovereenkomst en de adviserend geneesheer maakt, op basis van het medisch dossier van de gerechtigde, een nieuwe inschatting dat een werkhervatting mogelijk lijkt te zijn door het aanbieden van (tijdelijk of definitief) aangepast werk of ander werk;

2° de gerechtigde is, op het moment van de in artikel 215*decies*, § 2, bedoelde inschatting, geplaatst in categorie 3, de adviserend geneesheer herbekijkt om de twee maanden de situatie van de gerechtigde, bij dergelijke herevaluatie is gebleken dat voor de gerechtigde een werkhervatting mogelijk lijkt te zijn door het aanbieden van (tijdelijk of definitief) aangepast werk of ander werk en de gerechtigde is nog steeds verbonden door een arbeidsovereenkomst;

3° de gerechtigde wordt overeenkomstig artikel 215*decies*, § 2, in categorie 4 geplaatst.

§ 2. Zodra de adviserend geneesheer een kopie krijgt van het re-integratieplan overeenkomstig artikel 73/3, § 2, tweede lid, van het koninklijk besluit van 28 mei 2003, gaat hij na of het uitvoeren van het re-integratieplan een einde maakt aan de staat van arbeidsongeschiktheid zoals bepaald in artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet.

Indien het re-integratieplan bestaat uit een toegelaten arbeid bij de desbetreffende werkgever zoals bepaald in artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet, is de gerechtigde er niet toe gehouden om de toelating van de adviserend geneesheer aan te vragen, maar gaat de adviserend geneesheer zelf na of het re-integratieplan overeenstemt met de voorwaarden voor een toegelaten arbeid. In voorkomend geval attesteert de adviserend geneesheer de modaliteiten van zijn toelating.

De adviserend geneesheer deelt zo spoedig mogelijk zijn bevindingen met betrekking tot de staat van de arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet of zijn beslissing in verband met de toegelaten arbeid in de zin van artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer mee.

Als de adviserend geneesheer geen reactie geeft binnen de drie weken na ontvangst van de kopie van het re-integratieplan, wordt er verondersteld dat het uitvoeren van het re-integratieplan geen einde zal maken aan de staat van arbeidsongeschiktheid zoals bepaald in artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet en dat de beslissing van de adviserend geneesheer in verband met de toegelaten arbeid in de zin van artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet positief is.

Art. 215*duodecies*. In de volgende gevallen start de adviserend geneesheer zelf zonder verwijl een re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie op :

1° de gerechtigde is, op het moment van de in artikel 215*decies*, § 2, bedoelde inschatting, geplaatst in categorie 1, de gerechtigde is nog altijd arbeidsongeschikt na zes maanden, de gerechtigde is niet meer verbonden door een arbeidsovereenkomst en de adviserend geneesheer maakt, op basis van het medisch dossier van de gerechtigde, een nieuwe inschatting dat het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt mogelijk lijkt te zijn desgevallend na herscholing of een beroepsopleiding;

2° de gerechtigde is, op het moment van de in artikel 215*decies*, § 3, bedoelde inschatting, geplaatst in categorie 1, de gerechtigde is nog altijd arbeidsongeschikt na zes maanden en de adviserend geneesheer maakt, op basis van het medisch dossier van de gerechtigde, een nieuwe inschatting dat het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt mogelijk lijkt te zijn desgevallend na herscholing of een beroepsopleiding;

3° de gerechtigde is, op het moment van de in artikel 215*decies*, § 3, bedoelde inschatting, geplaatst in categorie 3, de adviserend geneesheer herbekijkt om de twee maanden de situatie van de gerechtigde en bij dergelijke herevaluatie is gebleken dat voor de gerechtigde het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt mogelijk lijkt te zijn desgevallend na herscholing of een beroepsopleiding;

4° de gerechtigde is overeenkomstig artikel 215*decies*, § 3, in categorie 4 geplaatst;

5° het re-integratietraject van de werknemer die definitief ongeschikt is om het overeengekomen werk uit te voeren is beëindigd zoals bedoeld in artikel 73/5, § 1, van het koninklijk besluit van 28 mei 2003.

Art. 215*terdecies*. In het kader van het re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie roept de adviserend geneesheer de gerechtigde op voor een medisch-sociaal onderzoek.

Het medisch-sociaal onderzoek vindt plaats binnen de maand nadat de adviserend geneesheer het re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie heeft opgestart zoals bedoeld in artikel 215*duodecies*.

Het medisch-sociaal onderzoek moet de restcapaciteiten van de gerechtigde en diens mogelijkheden voor wedertewerkstelling nader bepalen.

Tijdens het medisch-sociaal onderzoek vraagt de adviserend geneesheer eveneens naar de inzichten van de gerechtigde omtrent de inhoud van het aanbod van re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie dat hem betreft.

De adviserend geneesheer deelt de bevindingen van het medisch-sociaal onderzoek mee aan de behandelend geneesheer van de gerechtigde.

Art. 215*quaterdecies*. Binnen een termijn van vier weken na het in artikel 215*terdecies* bedoelde medisch-sociaal onderzoek, eenmalig verlengbaar met een minimumduur van twee weken en een maximumduur van vier weken, stelt de adviserend geneesheer een aanbod van re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie op.

Voordat het aanbod van re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie wordt opgesteld, overlegt de adviserend geneesheer met de behandelend geneesheer van de gerechtigde. In voorkomend geval wordt de begeleider van de diensten en instellingen van de Gewesten en de Gemeenschappen die deelnemen aan de socioprofessionele re-integratie geraadpleegd.

Van de in het eerste lid bedoelde verplichting om een aanbod van re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie op te maken, kan de adviserend geneesheer alleen om gegronde medische redenen afwijken.

Art. 215*quinquies-decies*. De adviserend geneesheer brengt het aanbod van re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie zo spoedig mogelijk ter kennis van de gerechtigde. Bij die gelegenheid nodigt de adviserend geneesheer de gerechtigde schriftelijk uit voor een gesprek. Dit gesprek vindt plaats binnen de twee weken te rekenen vanaf de uitnodiging, tenzij de gerechtigde zich om een geldige reden niet kan aanbieden. In dat geval laat de gerechtigde aan de adviserend geneesheer weten op welke datum, die binnen een termijn van maximaal vier weken na de uitnodiging moet liggen, het gesprek wel kan plaatsvinden. De adviserend geneesheer stuurt dan een nieuwe schriftelijke uitnodiging naar de gerechtigde.

Tijdens de in het vorige lid bedoelde gesprek informeert de adviserend geneesheer de gerechtigde over de inhoud, de draagwijdte en de gevolgen van het re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie. Als de gerechtigde akkoord gaat met de inhoud van het re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie, wordt deze inhoud opgenomen in een overeenkomst die door de gerechtigde en de adviserend geneesheer wordt ondertekend.

Art. 215*sexies-decies*. De adviserend geneesheer volgt het re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie elke drie maanden op, tenzij de elementen van het dossier een opvolging op een latere datum rechtvaardigen.

De adviserend geneesheer verricht deze opvolging in samenwerking met de gerechtigde en, in voorkomend geval, met de begeleider van de diensten en instellingen van de Gewesten en de Gemeenschappen die deelnemen aan de sociaalprofessionele re-integratie."

Art. 2. Ten vroegste zes maanden na de inwerkingtreding van dit besluit vraagt de Minister bevoegd voor Sociale Zaken aan de sociale partners en aan de verzekeringsinstellingen om op regelmatige basis de doeltreffendheid en de effecten van dit besluit in de praktijk te evalueren.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op 1 december 2016.

De gerechtigden beschikken over de mogelijkheid om de toepassing van artikel 1 te vragen vanaf:

1° 1 januari 2017 voor arbeidsongeschiktheden die aanvatten vanaf 1 januari 2016;

2° 1 januari 2018 voor arbeidsongeschiktheden die aanvatten voor 1 januari 2016.

Art. 4. De Minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 8 november 2016.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE BLOCK

Bijlage 2: Betrokken artsen: wie is wie?

Meerdere artsen spelen een rol in het bepalen en opvolgen van arbeidsongeschiktheid. Hieronder volgt een kort overzicht van de betrokken expertise-artsen en hun taakomschrijving in dit kader.[24]

Behandelend arts

Veelal is dit de eerste arts waar de patiënt mee in contact komt als hij of zij arbeidsongeschikt wordt verklaard. In een bevraging bij een honderdtal patiënten vond 90% zijn huisarts, omwille van de vertrouwensband en laagdrempeligheid, de aangewezen persoon om te oordelen over de arbeidsongeschiktheid alsook de duur ervan.[25] Concreet komt de patiënt bij zijn behandelend arts – huisarts of specialist – en schat die arts in, aan de hand van anamnese en klinisch onderzoek, of de patiënt zijn werk – beschreven in het arbeidscontract – nog adequaat kan uitvoeren. Omdat de 'onmogelijkheid om te gaan werken' een eerder streng criterium is, wordt in de praktijk een twee-derde-ongeschiktheidscriterium gehanteerd.[8] Dit blijft steeds een subjectieve inschatting op basis van wat de patiënt beweert nog te kunnen presteren. De behandelend arts speelt een belangrijke rol bij het opvolgen en verlengen van de arbeidsongeschiktheid, maar ook bij het inschatten van mogelijkheid tot werkhervatting.

Controlearts

Deze arts controleert of je wel echt arbeidsongeschikt bent door ziekte of ongeval. De controlearts kan op eender welk moment gestuurd worden door de werkgever. In realiteit gebeurt de controle doorgaans in de periode van gewaarborgd loon. Deze arts wordt door patiënten vaak verward met de bedrijfsarts. De controlearts speelt echter geen rol in arbeidsre-integratie van langdurig zieken.

Adviserend arts

Deze arts is verbonden aan het ziekenfonds, waar je in België verplicht moet bij aangesloten zijn. Toch neemt deze arts zelfstandig beslissingen en moet hij geen verantwoording afleggen aan het ziekenfonds of het riziv. Je kan deze arts niet zelf kiezen. Naast controlerende taken heeft de adviserend arts ook een adviserende en informerende functie. Zodra de periode van gewaarborgd loon voorbij is, oordeelt de adviserend arts over de arbeidsongeschiktheid. Initieel gebeurt dit aan de hand van de diagnose die je behandelend arts invult op het vertrouwelijk. Later in de arbeidsongeschiktheid kan de werknemer op gelijk welk moment opgeroepen worden voor controle. Doorgaans gebeurt dit rond het moment van zes maanden, zoals hierboven uiteengezet, en op het moment van bijna één jaar. Dan wordt er, mits goedkeuring van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) van het riziv, een voorstel opgemaakt om de arbeidsongeschiktheid te verlengen. Dan bevindt de werknemer zich in het statuut van invaliditeit. De werknemer kan blijvend opgeroepen worden voor controle, ook door de GRI.

Preventie-adviseur arbeidsgeneesheer

Deze arts wordt soms ook de arbeidsgeneesheer of bedrijfsarts genoemd. Deze arts is werkzaam in de preventieve sector van de geneeskunde, vooral in het kader van welzijn op het werk. Deze arts kan het best de arbeidssituatie inschatten. Soms werkt deze arts intern, maar in de meeste gevallen maakt hij deel uit van een externe arbeidsgeneeskundige dienst. Hij neemt steeds beslissingen onafhankelijk van de werkgever en moet zich houden aan het beroepsgeheim. Medische informatie mag door de behandelend arts met de bedrijfsarts enkel worden uitgewisseld na uitdrukkelijke toestemming van de patiënt. Deze arts is doorgaans gekend als de arts die de gezondheids-beoordeling van de werknemers doet. Maar de bedrijfsarts is ook een belangrijke medespeler om de werkhervatting van werknemers met een lopend arbeidscontract te vergemakkelijken, zeker als er aangepast werk of een aanpassing van de werkplek noodzakelijk is. Op dat moment zal de bedrijfsarts fungeren als de brug tussen werknemer en werkgever om de aanpassingen trachten te realiseren. Na 4 weken onafgebroken arbeidsongeschiktheid heb je als patiënt het recht deze arts te consulteren voor je het werk hervat. Wie deze arts (of externe dienst) is, moet vermeld staan in het arbeidscontract.[26]

Bijlage 3: Vragenlijst Ziekenfonds

ONDERZOEK RE-INTEGRATIE

Naam : _____

Voornaam : _____

INSZ : _____

Begindatum van de arbeidsongeschiktheid : _____
(DD/MM/JJJJ)

Gelieve dit document zelf, duidelijk en leesbaar, in te vullen en naar de adviserend geneesheer van uw ziekenfonds terug te sturen binnen de 10 dagen. De inlichtingen worden strikt vertrouwelijk behandeld.

① Mijn gezondheidstoestand laat mij toe om het werk te hervatten/me in te schrijven als werkzoekende

☐ **Ik heb het werk hervat/ ik heb me als werkzoekende ingeschreven :**

- **voltijds**, op _____ (Datum : DD/MM/JJJJ)
  (ga meteen naar het einde van de vragenlijst om hem te ondertekenen en te dateren)
- **deeltijds**, op _____ (Datum : DD/MM/JJJJ)
  (Als u nog geen toestemming hebt gevraagd aan uw adviserend geneesheer, doe dit dan zo snel mogelijk door u te richten tot uw ziekenfonds)

☐ **Ik ben nog arbeidsongeschikt, maar denk het werk binnenkort te kunnen hervatten/ me in te kunnen schrijven als werkzoekende:**

- **volledig**, op _____ (Datum : DD/MM/JJJJ)
- **gedeeltelijk**, op _____ (Datum : DD/MM/JJJJ)
  (Vergeet niet om een schriftelijke aanvraag in te dienen waarbij u het formulier van deeltijdse hervatting aan uw ziekenfonds bezorgt vóór de werkhervatting!)

② Mijn gezondheidstoestand laat mij niet toe om op dit moment het werk te hervatten/mij als werkzoekende in te schrijven

a. Duid aan in welke mate het voor u mogelijk is om het werk te hervatten vóór het einde van de eerste zes maanden van arbeidsongeschiktheid.

☐ Waarschijnlijk mogelijk ☐ Zeker mogelijk
☐ Waarschijnlijk niet mogelijk ☐ Zeker niet mogelijk

b. Beschrijf wat u als werk doet en wat u belemmert om dit werk terug te hervatten
(Voorbeeld : 'ik werk voor een verhuisbedrijf en ik moet dus meubels verhuizen. Door mijn ziekte kan ik geen zware dingen meer heffen'.)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

S108.N

S108.N.0002.1-3

c. Zijn er andere redenen die een werkhervatting moeilijk maken en die geen verband houden met het werk? Zo ja, beschrijf. ☐ ja ☐ nee

(vb. mijn aanwezigheid thuis is vereist wegens ziekte van mijn partner) _____

_____

_____

_____

d. Om het werk te kunnen hervatten, denkt u dat het nodig zou zijn om (gelieve een optie aan te kruisen)

- een aanpassing te doen:
  - aan uw werkpost ☐ ja ☐ nee
  - aan uw werkuren ☐ ja ☐ nee
  - aan uw functie in het bedrijf ☐ ja ☐ nee
- een opleiding voor een nieuw beroep te voorzien ☐ ja ☐ nee
- een andere optie : _____

_____

e. Wenst u meer informatie over het systeem van toegelaten arbeid waarbij het mogelijk is om het werk gedeeltelijk te hervatten tijdens uw arbeidsongeschiktheid?
☐ ja ☐ nee

f. Als uw arbeidsovereenkomst nog altijd loopt (gelieve de juiste optie aan te kruisen),

- heeft u al contact opgenomen met uw arbeidsgeneesheer ? ☐ Ja ☐ nee ☐ Dat is voorzien
  Indien nee, waarom niet ? _____

_____

- houdt u contact met uw collega's ? ☐ ja ☐ nee

③ Behandeling, afspraken en/of onderzoeken

a. Bent u nog in behandeling of zijn er nog behandelingen gepland (heelkundige ingreep, kinesitherapie, geneesmiddelen, …) ? ☐ ja ☐ nee

Behandelingen	Wanneer ? (DATUM : DD/MM/JJJJ)
vb. operatie aan de knie, antidepressiva	vb. 23/11/2017

b. Heeft u nog onderzoeken of afspraken met dokters of specialisten? ☐ ja ☐ nee

Bij wie (naam) ?	Wanneer ? (DATUM : DD/MM/JJJJ)	Soort onderzoek / Specialiteit
vb. dokter Janssens	vb. 23/11/2017	vb. orthopedist

S108.N

S108.N.0002.2-3

Dit deel NIET invullen indien u in de laatste 12 maanden al informatie heeft gegeven over de vragen ④ en ⑤ en er sindsdien niets veranderd is.

④ Wat is uw beroepsgeschiedenis/werkervaring?

Welke beroepen heeft u uitgeoefend? Geef ook de periodes op waarin u werkloos was.

Periodes	Wat was uw activiteit?	Bij welke werkgever?	Aantal uren per week	Type contract ? (Interim, Tijdelijk contract, Vast contract)	In welk land?	Welke regeling ? (Werknemer, Zelfstandige)
vb. van 2012 tot 2017 **van :** **tot :**	vb. verkoper	vb. Bouwwerken Stegels	vb. 38u/ week	vb. Vast contract	vb. België	vb. Werknemer
van : **tot :**						
van : **tot :**						
van : **tot :**						
van : **tot :**						
van : **tot :**						

⑤ Studies en opleidingen?

a. Hoogste niveau van opleiding

Vink het hoogste niveau van opleiding aan waarvoor u een diploma of getuigschrift heeft behaald en vermeld tevens het jaar van afstuderen en de studierichting die u gevolgd heeft.

Onderwijs	Jaar van afstuderen	Studierichting
① lager onderwijs		
② algemeen secundair onderwijs		
③ technisch-, beroeps- of kunstonderwijs		
④ hoger onderwijs bachelor 3 jaar – niet-universitair hoger onderwijs		
⑤ universitair onderwijs 3 jaar academische bachelor en 1 of meerdere jaren master		
⑥ andere : _____		

b. Bijkomende vormingen/opleidingen met diploma of getuigschrift

Waar werd de vorming / opleiding gevolgd ?	Jaar bekomen diploma of getuigschrift	Aard vorming / opleiding

Contactgegevens:
(telefoonnummer of e-mailadres waarop u bereikbaar bent)

_____

_____

_____

Datum : _____ (DD/MM/JJJJ)

Handtekening

S108.N

S108.N.0002.3-3

Bijlage 4: Aanvraagformulier Arbeidsre-integratie (versie behandelend arts)

VERZOEK OM REINTEGRATIETRAJECT – BEHANDELEND ARTS

De ondergetekende dokter (naam, voornaam van de behandelend arts)

.....

RIZIV-nummer: .....

Adres: Straat: ..... Nummer:.....Postbus:.....

Postcode: ..... Gemeente: .....

E-mail adres arts: .....

Tel nummer arts: .....

❑ GMD houder ❑ Huisarts ❑ Specialist

verzoekt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer een reïntegratietraject op te starten voor:

de heer/mevrouw (naam, voornaam van de te onderzoeken persoon) .....

.....

Geboortedatum .....

INSZ nummer ..... Verbond mutualiteit (nummer): .....

(kleef hier sticker):

Adres: Straat: ..... Nummer:.....Postbus:.....

Postcode: ..... Gemeente: .....

Huidig overeengekomen werk: .....

.....

.....

De betrokken werknemer is arbeidsongeschikt sinds: .....

Reden aanvraag reïntegratietraject: .....

.....

.....

Bedrijfsnaam: .....

KBO nummer: .....

Naam personeelsverantwoordelijke HRM: .....

Naam leidinggevende: .....

Datum, stempel en handtekening van de arts,

1/1

Bijlage 5: Transcript vergadering Domus Medica 26/11/2016 "TRIO-project"

Deel 1 Inleiding + panel met adviserend arts en bedrijfsarts

Aantal KB en wetteksten zorgen voor verplichting tot wat we zinnens waren: samenwerking. We proberen te achterhalen hoe we dat best doen adhv 2 uiteenzettingen (RIZIV en DM). Dan panelgesprek (HA, bedrijfsarts, adviserend arts).

Dr. Roger Toelen (chief RIZIV) partij van TRIO-project: Conferentie disability management vandaag aan de gang
Waarom? Grote uitdaging: 385000 invaliden vandaag de dag. In 1995 maar 120000 (jaarlijkse stijging van 20000) Ieder jaar 87000 ziekteaanvragen bij adviserend geneesheren. Ieder jaar 50000 instappen, 30000 uitstappen invaliditeit (kosten 7miljard). Uitkeringen hoger dan werkeloosheid vandaag de dag! Boodschap: "alle hens aan dek". Demografisch fenomeen (45 - 60 jaar nog nooit zo'n grote beroepscategorie als vandaag de dag, vnl locomotorische klachten). Therapie: zoveel mogelijk werkmogelijkheden inzetten!
Hoe?
1. Erkennen dat arbeidsongeschiktheid niet puur medisch is (Sherbrook model)
2. Aanpak en alle acties dus ook multidisciplinair (HA, AdG, ArbG): communicatie onder elkaar --> TRIO
3. Actoren samenbrengen en samen actie ondernemen.
4. Responsabilisering WG en WN: vraag en aanbod in evenwicht? Grote bedenkingen bij!
Ontstaan in 2012 in Wallonië en nadien in Brussel, aldaar lokale TRIO groepen met coaching, gewerkt rond thema's, verbetering contacten onder elkaar, preventie ruglijden op het werk, burn-out en werk, borstcarcinoom en werk, gedeeltelijke werkhervatting samen bereiken op de werkvloer? Ook wat wordt verwacht van TRIO Vlaanderen. Ook nog zaken op stapel: Multidisciplinaire teams mutualiteit en uitkeringen worden ontwikkeld. Niet ondenkbeeldig dat psycholoog riziv communiceert naar psycholoog bedrijf. Eind 2017 elektronische ziekte-aangifte naar werkgevers, medex, rijkswacht (gebruiksvriendelijk, systeem weet wie WG, in handen van kruispuntbank centrale zekerheid). Ook nieuwe definitie AO (art 100, Sociale zekerheid met tweederde onmogelijkheid), anders dan AO met 33% in primaire of <1jaar (artikel 32 van arbeidswet), bij HA voor primaire getuigschrift staat geen criteria = dus 3 verschillende definities. Kenniscentrum AO probeert budget aan te pakken. Disability management nieuw in Belgisch landschap: iemand op de werkvloer wordt hiertoe opgeleid om andere werknemers te coachen

Bedenkingen:
- Op vrijwillige basis
- KB uitgelegd: welke workload? kunnen wij dat aan?
- Werk moet worden gemaakt van kennis van artsen!
- Dit project moet openstaan voor alle artsen, moet duidelijk zijn

Dr.Hoesaert (DM)
Waarom opnemen TRIO-project en doelstellingen? Meer contact met AO, gebrek aan kennis, opleidingsmomenten noodzakelijk, kennis delen, HA verder helpen met re-integratie (opties? welke trajecten?)
Volgend jaar meer inzetten op lokale werking, aanbod geven naar kring toe: wat houdt KB in?
Bedoeling als HA er niet alleen voor te staan

Panelgesprek
Dr Edelhart Kempeneers (bedrijfsarts, Philiep Berkein (adviserend arts), Peter Hoffman (huisarts), Wim Verhoeven (huisarts)
Andere definitie van AO en re-integratie?
Ph: art 100§1, vermindering tweederde verdienvermogen, art 19 voor zelfstandigen nog anders
E: bedrijfsarts kijken naar werkcontext, kan huidige werk hervat worden? Kan tijdelijke overmacht medische redenen
W: werklozen bij adv geneesheer, anderen volgens bedrijfsarts
Samenwerking: hoe bereiken?
E: telefoonnummer staat op beoordelingsformulier, staat in arbeidsreglement, sociaal secretariaat bedrijf (eigenlijk wel zoeken, tenzij formulier nog hebben, komt zelden voor!) In totaal 11 externe diensten, eigenlijk aan werknemer om uit te zoeken... Kan anoniem bij BA geraken.
Ph: ptn weet welk ziekenfonds, kunnen bellen en vragen doorverwezen te worden naar advG, dienst weet perfect welke arts die opvolgt, ZF zijn ook bezig met eHealthbox, zodat HA rechtstreeks contact kan opnemen

Bedoeling einddatum op vertrouwelijk formulier?
Ph: HA meer meenemen in opvolging, vroeger zonder einddatum en enkel in handen van AdG qua opvolging, HA kent ptn doorgaans beter
P: administratieve load zal gewoon meer worden?
Doel is reïntegratie: wanneer begin je daar aan?
Ph: start heel vroegtijdig, risico langdurige AO, onduidelijke of ernstigere diagnose is dichtere opvolging.
Wat is van dichtbij opvolgen?
Ph: goed contact met equipe die ptn contacteert, overlegmomenten met HA huidig nog te schaars! (doel TRIO)
W: term AdG gaat misschien nu tot zijn recht komen. Doel van interventie moet duidelijker worden gesteld
Rol adviserend arts veranderd ipv boeman iets anders?
Ph: functie blijft altijd wat controle op arbeid, advies re-integratie, goed economisch en voor gezondheid (veel studies rond)
Hoe evalueren jullie of iemand kan re-integreren?
Ph: op heden op basis van te weinig onderbouwde criteria, nu wel pilootprojecten en vragenlijsten
Weten jullie beroep?
Ph: Staat op formulieren, opleiding ook, contact met arbeidsgeneesheer essentieel! Systematisch overleg zou op de voorgrond moeten komen te staan, moeilijk te bereiken, kennen elkaar niet
Wat weet bedrijfsarts over AO van werknemer?
E: in veel bedrijven gaat VPK eens bellen naar WN, herinnert aan bezoek pre-hervatting, wat zijn opties en mogelijkheden? Enkel HA contacteren als WN expliciet akkoord geeft.
Goede procedure?
P: Erg omslachtige procedure! Wat kan BA allemaal regelen bij WG? Welk werk voeren ptn precies uit op werkvloer?
E: ontwikkeling databank met functies en belasting (psychisch, locomotorisch,...). Bvb zware pijnmedicatie bij vrachtwagenchauffeur, zou erg nuttige kennis zijn bij overleg.
Denken jullie snel aan andere functie in bedrijf?
E: ja, advies aan WG, hangt erg veel af van goodwill van WG (in Ned betaalt WG nog 2 jaar loon uit! Hier maar 1 maand)
AdG zegt dat ptn kan hervatten, maar BA zegt nog niet haalbaar?
Ph: <6mnd voor zelfde beroep, >6 maand bredere referentie. Als nog even afwachten indien kans op duurzame integratie eigen bedrijf, zal worden gewacht, betere prognose. Indien geen kans op aangepast werk: andere job aankunnen. In realiteit gaat dat niet zo snel. Theoretisch kan AdG die keuze alleen maken, idealiter overleg met BA en HA
P: echt gebrek aan contact met bedrijfsarts, missen wij echt bij de beoordeling van bvb burn-out, hoe is de sfeer op het werk echt?
E: nieuw KB dubbel gevoel bij, idee we deden dit al, en nu veel extra administratie, gaat het doel bereiken?
Drempel met TRIO minder hoog, na jaar is kans op re-integratie slechts 5%
Ziet nut vooral op korte termijn, minder bij langdurige AO. Isolatie van het werk en collega's is groot probleem, drempel wordt groter!
W: straffende kan geminderd worden! ptn is AO maar niet voor huidige job, dan werkeloosheid en arbeidsmarkt, maar weinig praktische hulp
Ph: overleg met HA is wettelijk geen verplichting. Indien geen overleg wordt het teveel wij tegen zij en dat is geen goede zaak. Wetgeving te weinig gekend door HA! Volgende stap is communicatie.
P: stimulatie zal makkelijker zijn als meer geleidelijk kan
Ph: we hebben nu ook warm water niet uitgevonden, progressief bestaat al jaren!
E: Hervatting voor 1 dag kan al langer! Huidig gewoon extra incentive doordat geen financieel verlies als 1 dag werken ipv voltijds invalide.
Ph: patiënt moet 50% zijn vanuit medisch oogpunt, kan dan perfect starten aan halve dag per week! Er zijn daarrond geen enkele richtlijnen
Allemaal mooi in theorie, maar rekent erg op goodwill van WG!
E: advies is enkel dwingend bij veiligheidsfunctie of ZS, anders vrijblijvend, als WG het niet ziet zitten of geen inspanning wil leveren... Syndicale partners spelen hier belangrijke rol in. In welke mate is goedkeuring van patiënt nodig?
Publiek: RVA-raadsarts, groot segment wordt vergeten, 33% regel (patiënten die niet meer 66% zijn worden te vaak naar daar verwezen...), indien boven 33% blijven te veel patiënten langdurig op werkeloosheid, die komen in TRIO niet in aanmerking voor re-integratie!
QUADRI project niet beter idee?

Ph: TRIO is eerste scope voor arbeiders onder arbeidscontract! Maar wel mogelijkheid, wij als adviserend geneesheer staan centraal in re-integratie en zetten wij ptn ook sterk aan zet.
E: beetje communicerende vaten, brugpensioen nu meer op ziekenkas, maar gaan ze werk vinden? Welke WG zal oudere WN aanvaarden voor 1/5?
P: Werksfeer over heel het land moet worden aangepakt. Gebrek aan incentive bij WG?
E: wat is motivatie voor WG? Vaak gepuzzel om iemand deeltijds aan het werk te stellen? Wat zit er in voor de WG sanctionerend en bevorderend?
Publiek: re-integratie huidig succesvol vnl obv goodwill WG en WN, zie het somber in, gezien grotendeels vrijwillig, bovendien zeer arbeidsintensief! Uitstroom uit arbeidsmarkt moet worden aangepakt! (geen randactiviteiten meer in bedrijven, enkel core bussiness, zware werkdruk,...) Mensen na 1 jaar bij arbeidsgeneesheer, waarvoor op korte termijn geen oplossing worden gevonden, zal KB dit oplossen?
Ph: Vnl overleg zal dit oplossen, niet KB op zich. TRIO-overleg zou dit verleden tijd moeten maken.
Publiek: TRIO staat en valt met communicatie! HA enorm op honger ikv hoe BA bereiken, eigenlijk proactief werken, voor er van langdurig AO sprake is, maar hoe bereiken concreet?
Wordt in een jaar elektronisch, hoe nu oplossen?
Publiek: is HA wel best geplaatst op te beslissen over AO? Heeft niet alle informatie en er zijn dus valkuilen, nadien discussies. Te vaak focus op economisch aspect en niet op maatschappelijk aspect!
Publiek: in de praktijk zegt patiënt zelf doorgaans of hij werk kan hervatten, hier gaat HA in de eerste maanden vaak in mee
Publiek: arbeidsgeneesheren zijn vaak pas bij > 4 weken op de hoogte van AO, eerder op de hoogte van in het begin, kan beter worden geageerd!
Publiek: belangrijke link tussen personeelsdienst (waar alle primaire AO toekomt) en arbeidsgeneeskundige dienst!
HA juist geplaatst tot AO? Goede vraag, bij veel Europese landen gaan WN naar WG man op man om te bespreken. Kent WN zijn BA? Ik denk dat vele WN geen onderscheid maken tussen BA en controlearts!
Eindduur op vertrouwelijk wordt vaak ook ingevuld adhv agenda van de HA, wanneer wil ik patiënt terugzien?
Wanneer heeft iemand verdienvermogen van 1/3?

Deel 2: Het KB re-integratie " de bedrijfsarts en het overleg met de huisarts" TRIO

Dr. Kempeneers (bedrijfsarts politiek correcter). WG moet welzijn WN bevorderen mbv preventie-adviseurs. Preventie grote brok van het werk, ook adviezen om tewerkstellingskansen te bevorderen. Aarzel niet om te contacteren. 1 december zal KB van kracht zijn. Instroom in re-integratie-project idealiter passeren langs BA. Iom HA zal advies worden gegeven aan de WG. KB heeft eigenlijk alleen de administratieve load doen toenemen… Misschien is KB enkel duidelijker maken van mogelijkheden naar WN toe.

Dr. Berkein. Plaats re-integratie bij AdG: art 153 van de GVU wet. Toezien op socioprofessionele integratie is vnl doen van KB. Ondersteunende maatregelen worden vaak aangevraagd door BA of VDAB. Art100§2 progressieve tewerkstelling of definitief gedeeltelijke tewerkstelling. Klassieke herscholing. Herscholing met partners (VDAB-GTB). Arbeidszorg en vrijwilligerswerk (sociale re-integratie, niet professioneel). Erkend worden als arbeidsongeschiktheid in de zin van art 100§1: ongeschiktheid van ten minste 50% vanuit geneeskundig oogpunt. Hervatten zonder voorafgaandelijke toestemming kan, formulier moet worden ingevuld op het werk. Cave! Wel nodig voor zelfstandigen! Nadenken over strategieën om socioprofessionele re-integratie te bevorderen

Huisarts
Waarom contacteren we elkaar niet? Wirwar aan diensten, we kennen elkaar niet, geen duidelijke coördinaten, patiënt weet niet wie BA is, heeft vaak geen belang bij dit te melden. Denkt niet dat samenwerken per se besparend zal zijn. Randvoorwaarden: TIJD! Elkaar leren kennen, overleggen, gegevensdatabanken uitwerken + DOEL? Vooral besparingen? WERKKADER nu al tijdsintensief, wie coördineert, time is money (zelfstandigen), plaats van de WG? Er zijn momenteel nog veel onduidelijkheden: IT ondersteuning, financiële middelen, rol huisartsenkringen? Vooral kleine werkgevers is het moeilijk voor re-integratie, in grotere bedrijven zijn er meer mogelijkheden. Misschien is globaal andere aanpak nodig? Minder straffend toekennen uitkering en inzetten op werkhervatting en motivatie? Hoe zit het met beroepsgeheim tussen BA en AdG: enkel met wettelijk akkoord. AdG met BA moet met expliciet akkoord, maar niet met HA. Aanpak wettelijk kader noodzakelijk hier rond? BA kijkt naast individu ook naar werkbelasting voor àlle werknemers! Huisarts publiek "Ik denk dat systeem doodbloedt als er geen incentive is voor de HA. Waarom moeten wij gratis iets extra te doen om te besparen voor de regering?" (hierop erg veel verontwaardigde reacties vanuit het publiek)

Bijlage 6: Diepte-interview deelnemers

PERSOONSGEGEVENS
Naam
Geslacht: man / vrouw
Leeftijd
Gezinssituatie: gehuwd / kinderen:
Voormalig beroep
Hoe lang deed u dat werk?
Is er nog een **contract**? ja / nee

Werkomstandigheden ('blauwe vlaggen') stress / sociale steun / voldoening ?

Heeft u daarvoor ander werk gedaan? Welk?

Welke opleiding heeft u genoten?

Bij welke **mutualiteit** bent u aangesloten? CM / BM / Liberale / OZ / andere:

ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Hoe lang bent u thuis?

Hoe lang bent u blijven werken toen u al ziek was?

Welke **uitkering** krijgt u? mutualiteitsuitkering / invaliditeitsuitkering

Heeft u een bijkomende uitkering? ja / nee
Indien, ja welke:

Tot welke categorie behoort de **aandoening** dewelke de arbeidsongeschiktheid heeft veroorzaakt?

- Musculoskeletaal
- Psychologisch
- Cardiovasculair
- Ongeval
- Stofwisselingsziekte
- Gezwellen
- Respiratoir
- Urogenitaal
- Huid en bindweefsels
- Gastro-intestinaal
- Andere

Specifieer:

Heeft u tijdens uw afwezigheid contact gehouden met je werkgever/collega's?

STAPPEN TOT ARBEIDSRE-INTEGRATIE

Hoe heeft de huisarts u tot nog toe begeleid tijdens uw arbeidsongeschiktheid? Werd er ooit gepraat over arbeidsre-integratie?

Wat vindt u dat de taak is van de huisarts tijdens uw arbeidsongeschiktheid?

Heeft u reeds contact gehad met de **adviserend geneesheer** van het ziekenfonds? ja / nee

Hoe vaak?

Hoe verliep dit contact?

Hoe heeft u dat ervaren?

Wat lijkt u de taak van de adviserend geneesheer?

Weet u wie uw **bedrijfsarts** is? ja / nee

Indien nee, weet u hoe u dit kan achterhalen?

Heeft u reeds contact gehad met de bedrijfsarts? ja / nee

Hoe vaak?

Hoe verliep dat?

Hoe heeft u dat ervaren?

Wat lijkt u de taak van de bedrijfsarts?

Weet u dat u het recht hebt om na slechts 4 weken arbeidsongeschiktheid een bezoek aan de bedrijfsarts voorafgaand aan de werkhervatting kunt vragen?

Heeft u reeds een **opleiding/herscholing** gevolgd (bvb bij VAB) ikv arbeidsre-integratie? ja / nee
Indien ja, dewelke, hoe verliep die en hoe heeft u die ervaren?

ARBEIDSRE-INTEGRATIE

Is uw behandeling volledig afgerond of laat deze werkhervatting toe?

Hoeveel uur per dag kan je actief zijn?

Zijn er taken of handelingen waar je het moeilijk mee hebt?

Zijn er mogelijkheden bij je werkgever qua werkaanpassingen (uren/taken/arbeidspost/begeleiding)?

Hoe denkt u dat uw werkgever zou reageren moest u terug willen beginnen te werken?

Weet u wat **progressief werk** inhoudt? ja / nee (vragen aan deelnemer om uit te leggen)

Na uitleg te geven over progressieve tewerkstelling: Zou u hiertoe bereid zijn? ja / nee

Waarom wel / niet?

Wat zijn hierrond uw ideeën, bezorgdheden en verwachtingen (ICE)?

Zou u bereid zijn om het werk te hervatten (progressief of andere)? ja / nee

Waarom wel / niet?

Hoe hoog schat je nu je kansen in op arbeidsre-integratie?

In Nederland kun je het werk hervatten op proef: reeds gaan werken terwijl je de ziekte-uitkering behoudt. Wat denkt u daar over?

Bijlage 7: Enquête betrokken artsen

Op 26 oktober 2016 werd het KB re-integratietraject uitgevaardigd. Hieronder volgen enkele stellingen. Gelieve te antwoorden in welke mate u eens bent:

- Sinds het KB pak ik re-integratie anders aan
- Ik verwijs de patiënt voor re-integratie met het officiële sjabloon
- Ik overloop met de patiënt de vragenlijst voor re-integratie
- Sinds het KB kunnen mijn patiënten gemakkelijker re-integreren
- De taak van de huisarts beperkt zich bij langdurig arbeidsongeschikten vooral tot het verlengen van de arbeidsongeschiktheid
- **Huisarts**: sinds het KB heb ik…
  - ...vaker contact met bedrijfsarts
  - ...vaker contact met adviserend arts
- **Bedrijfsarts**: sinds het KB heb ik…
  - …vaker contact met de huisarts
  - …vaker contact met de adviserend arts
- **Adviserend arts**: sinds het KB heb ik…
  - …vaker contact met de huisarts
  - …vaker contact met de bedrijfsarts

Uit de literatuur blijkt dat re-integratie van langdurig (>1j) arbeidsongeschikte patiënten niet eenvoudig is. Hieronder staan een aantal stellingen die peilen naar mogelijke knelpunten. Gelieve aan te geven in welke mate u eens bent:

- Ik merk dat langdurig arbeidsongeschikte patiënten weinig te motiveren zijn
- Ik kan mezelf moeilijk motiveren om dergelijk tijdsintensief traject te begeleiden
- Ik ervaar een gebrekkige communicatie tussen de betrokken actoren
- Ik ervaar een gebrekkige ondersteuning van het EMD/eHealth ikv arbeidsre-integratie
- Ik vind dat ik zelf te weinig kennis heb rond arbeidsre-integratie

Enkel voor huisartsen: *Volgende stellingen peilen naar de bezorgdheden die u kan hebben wanneer u langdurig arbeidsongeschikte patiënten (>1j) zou begeleiden bij re-integratie. Gelieve te antwoorden in welke mate u akkoord gaat:*

- Ik maak mij zorgen het vertrouwen van de patiënt te verliezen als ik begin over arbeidshervatting
- Ik maak mij zorgen dat de patiënt financieel verlies zou lijden bij re-integratie
- Een arbeidsre-integratie opstarten en begeleiden lijkt mij arbeidsintensief

Enkel voor bedrijfsartsen en adviserend artsen: *Volgende stellingen peilen naar mogelijke bezorgdheden die heersen onder huisartsen betreffende arbeidsre-integratie. Gelieve aan te geven in welke mate u akkoord gaat met onderstaande stellingen.*

- Huisartsen praten te weinig over werkhervatting met de patiënt omdat ze schrik hebben het vertrouwen van de patiënt te verliezen
- Huisartsen hebben over het algemeen te weinig kennis rond de mogelijkheden bij arbeidsre-integratie
- Een arbeidsre-integratie opstarten en begeleiden is te arbeidsintensief voor het takenpakket
- van de huisarts

Bijlage 9: Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0463	23-mei-17	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Opstellen van een zorgpad tot arbeidsre-integratie van langdurig zieken.
ManaMa: Defruyt Linde

Belgisch Registratienummer: B670201732172

* Antwoord onderzoekers via mail Dr. L. Defruyt dd. 14/05/2017 (ontfv. dd. 15/05/2017) op opmerkingen EC dd. 04/04/2017
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie dd. 14/05/2017 - ontv. dd. 15/05/2017)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier dd. 7/04/2017 (ontv. dd. 15/05/2017)
* Vragenlijst masterproef Arbeidsre-integratietraject INTAKE - 3 maand - 6 maand (ontv. dd. 15/05/2017)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 23/05/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 23/05/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 23/05/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 23/05/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/06/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/06/2017

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0463	23-mei-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0463

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

Wat is arbeidsongeschiktheid?

Wanneer je ziek valt, kun je mogelijks enige tijd niet gaan werken en ben je arbeidsongeschikt. De administratie rond arbeidsongeschiktheid in België is niet simpel. Er komen verschillende artsen en attesten aan te pas. Deze folder geeft aan de hand van een tijdslijn de belangrijkste aandachtspunten weer.

Wat is er veranderd met het Koninklijk Besluit Arbeidsre-integratie?

Terug aan het werk gaan na langdurige ziekte is niet evident. Daarom heeft de overheid een aantal zaken veranderd sinds 1 januari 2017.

- Wie wil werken moet beloond worden. Daarom behoud je nu sowieso 20% van je uitkering wanneer je progressief aan het werk gaat. Dit wil zeggen dat je enerzijds loon ontvangt voor je gedane werk en voor de overige tijd een ziekte-uitkering blijft ontvangen.

MAANDLOON
=
loon voor de gewerkte tijd
+
ziekte-uitkering aanvullend tot 100%
+
bijkomend 20% van de uitkering

- De artsen die betrokken zijn bij jouw arbeidsongeschiktheid werken nu veel meer samen. Het is daarom belangrijk te weten wie welke rol heeft.

Zie achteraan >

Betrokken artsen

■ **Huisarts/behandelend arts**

Deze arts kent jou het best. Hij of zij beslist of je arbeidsongeschikt bent en hoe lang dit ongeveer zal duren.

● **Bedrijfsarts of Preventieadviseur Arbeidsgeneesheer (PAAG)**

Iedere werknemer heeft een bedrijfsarts. Wie dit is, kan je terugvinden in je arbeidscontract of navragen op je werk. Deze arts is dé bemiddelaar tussen jou en je werkgever. Hij of zij zorgt voor jouw welzijn op het werk en doet heel veel rond preventie. Wanneer je aanpassingen nodig hebt aan je werkplek of -uren zal de bedrijfsarts dit in een officieel advies naar de werkgever toe communiceren. Hierbij wordt het beroepsgeheim altijd gerespecteerd. Als je meer dan 4 weken arbeidsongeschikt bent geweest heb je als patiënt het recht deze arts te consulteren voor je het werk hervat.

▲ **Adviserend geneesheer van het ziekenfonds**

In België moet je je verplicht aansluiten bij een ziekenfonds naar keuze. De adviserend arts is verbonden aan het ziekenfonds. Deze arts moet jouw arbeidsongeschiktheid beoordelen. Ook heeft hij of zij een adviserend en informerende functie. Wil je vrijwillig of progressief terug aan het werk? Bespreek de mogelijkheden met deze arts. Zijn goedkeuring is sowieso noodzakelijk.

Controlearts

Deze arts wordt door je werkgever gestuurd om te controleren of je wel écht arbeidsongeschikt bent. Deze arts speelt GEEN rol in arbeidsre-integratie. Deze arts wordt hier enkel vermeld omdat hij vaak verward wordt met de bedrijfsarts.

Auteur: Dr. Linde Defruyt, huisarts – Vormgeving en illustratie: Veerle Seys

PATIËNTENFOLDER

Arbeids-ongeschiktheid

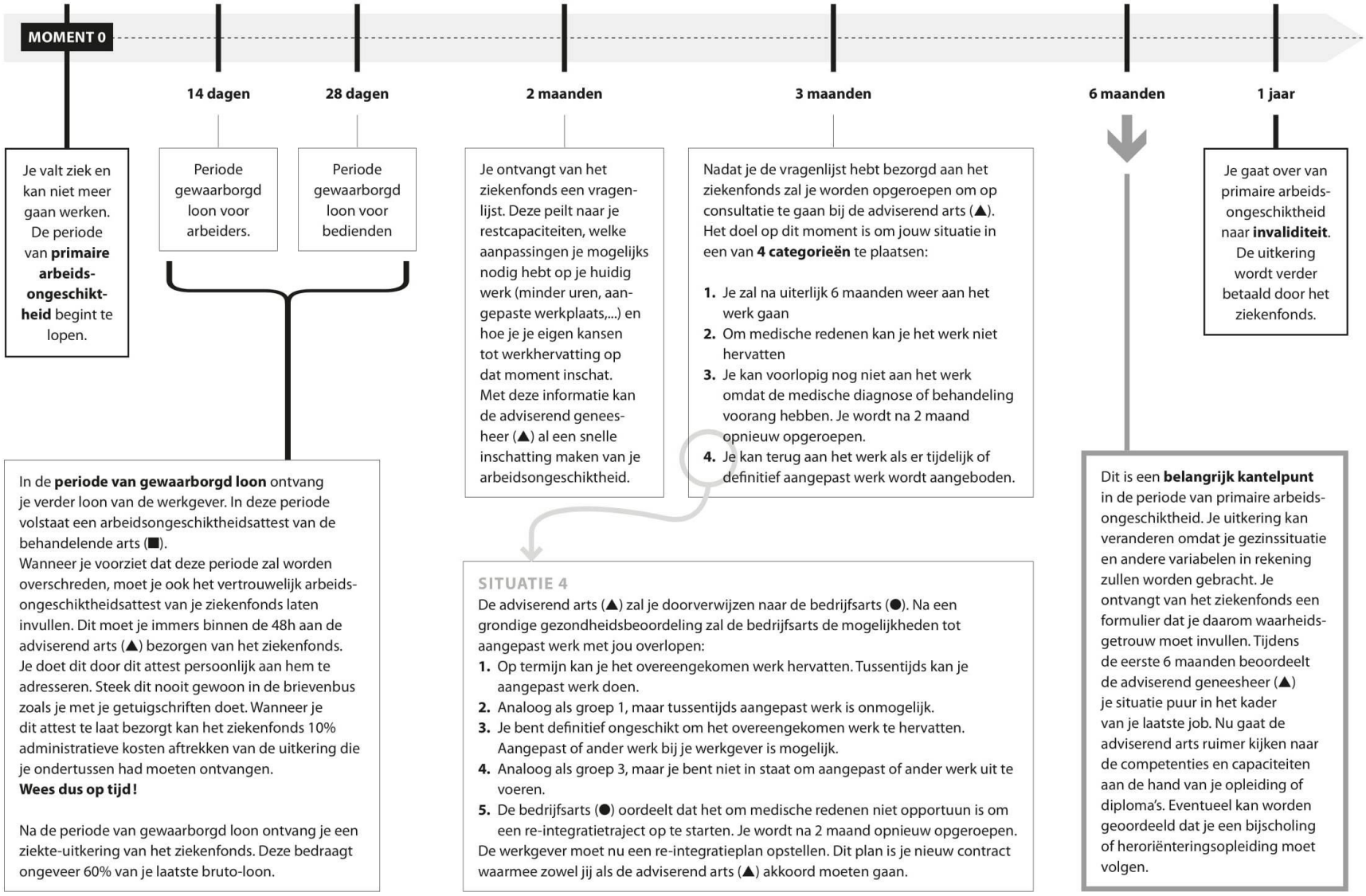
Wat je moet weten



Heb je meer vragen over de informatie in deze folder?

Twijfel niet om meer uitleg te vragen
aan een van de betrokken artsen!

TIJDSLIJN


MOMENT 0
14 dagen
28 dagen
2 maanden
3 maanden
6 maanden
1 jaar
Je valt ziek en kan niet meer gaan werken. De periode van **primaire arbeids-ongeschikt-heid** begint te lopen.
Periode gewaarborgd loon voor arbeiders.
Periode gewaarborgd loon voor bedienden
Je ontvangt van het ziekenfonds een vragen-lijst. Deze peilt naar je restcapaciteiten, welke aanpassingen je mogelijks nodig hebt op je huidig werk (minder uren, aan-gepaste werkplaats,...) en hoe je je eigen kansen tot werkhervatting op dat moment inschat. Met deze informatie kan de adviserend genees-heer (▲) al een snelle inschatting maken van je arbeidsongeschiktheid.
Nadat je de vragenlijst hebt bezorgd aan het ziekenfonds zal je worden opgeroepen om op consultatie te gaan bij de adviserend arts (▲). Het doel op dit moment is om jouw situatie in een van **4 categorieën** te plaatsen:
1. Je zal na uiterlijk 6 maanden weer aan het werk gaan
2. Om medische redenen kan je het werk niet hervatten
3. Je kan voorlopig nog niet aan het werk omdat de medische diagnose of behandeling voorang hebben. Je wordt na 2 maand opnieuw opgeroepen.
4. Je kan terug aan het werk als er tijdelijk of definitief aangepast werk wordt aangeboden.
Je gaat over van primaire arbeids-ongeschiktheid naar **invaliditeit**. De uitkering wordt verder betaald door het ziekenfonds.
In de **periode van gewaarborgd loon** ontvang je verder loon van de werkgever. In deze periode volstaat een arbeidsongeschiktheidsattest van de behandelende arts (■).
Wanneer je voorziet dat deze periode zal worden overschreden, moet je ook het vertrouwelijk arbeids-ongeschiktheidsattest van je ziekenfonds laten invullen. Dit moet je immers binnen de 48h aan de adviserend arts (▲) bezorgen van het ziekenfonds. Je doet dit door dit attest persoonlijk aan hem te adresseren. Steek dit nooit gewoon in de brievenbus zoals je met je getuigschriften doet. Wanneer je dit attest te laat bezorgt kan het ziekenfonds 10% administratieve kosten aftrekken van de uitkering die je ondertussen had moeten ontvangen.
Wees dus op tijd!
Na de periode van gewaarborgd loon ontvang je een ziekte-uitkering van het ziekenfonds. Deze bedraagt ongeveer 60% van je laatste bruto-loon.
SITUATIE 4
De adviserend arts (▲) zal je doorverwijzen naar de bedrijfsarts (●). Na een grondige gezondheidsbeoordeling zal de bedrijfsarts de mogelijkheden tot aangepast werk met jou overlopen:
1. Op termijn kan je het overeengekomen werk hervatten. Tussentijds kan je aangepast werk doen.
2. Analoog als groep 1, maar tussentijds aangepast werk is onmogelijk.
3. Je bent definitief ongeschikt om het overeengekomen werk te hervatten. Aangepast of ander werk bij je werkgever is mogelijk.
4. Analoog als groep 3, maar je bent niet in staat om aangepast of ander werk uit te voeren.
5. De bedrijfsarts (●) oordeelt dat het om medische redenen niet opportuun is om een re-integratietraject op te starten. Je wordt na 2 maand opnieuw opgeroepen.
De werkgever moet nu een re-integratieplan opstellen. Dit plan is je nieuw contract waarmee zowel jij als de adviserend arts (▲) akkoord moeten gaan.
Dit is een **belangrijk kantelpunt** in de periode van primaire arbeids-ongeschiktheid. Je uitkering kan veranderen omdat je gezinssituatie en andere variabelen in rekening zullen worden gebracht. Je ontvangt van het ziekenfonds een formulier dat je daarom waarheids-getrouw moet invullen. Tijdens de eerste 6 maanden beoordeelt de adviserend geneesheer (▲) je situatie puur in het kader van je laatste job. Nu gaat de adviserend arts ruimer kijken naar de competenties en capaciteiten aan de hand van je opleiding of diploma's. Eventueel kan worden geoordeeld dat je een bijscholing of heroriënteringsopleiding moet volgen.

Bijlage 11 Protocol Ethisch Comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

OPSTELLEN VAN EEN ZORGPAD TOT ARBEIDSRE-INTEGRATIE VAN LANGDURIG ZIEKEN

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. DIRK AVONTS
- FUNCTIE GASTPROFESSOR UNIVERSTITEIT GENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSTITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN/ VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: +32 9 332 36 12
- FAX: +32 9 332 49 67

-MAIL: DRIK.AVONTS@UGENT.BE
AAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. TOM POELMAN
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSTITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN/ VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: +32 9 87 79
- FAX: +32 9 33249 67
- E-MAIL:T.POELMAN@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: LINDE DEFRUYT
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSTITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0479 28 32 14
- E-MAIL: LINDE.DEFRUYT@OUTLOOK.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. HANS GESQUIERE
- ADRES: ELISABETHLAAN 250 – 8400 OOSTENDE
- TELEFOONNUMMER: 059 700 160
- E-MAIL: HANS.GESQUIERE@GMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-

ZIEKENHUISDIENST): SOLO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

NIET VAN TOEPASSING. DIT PROJECT SLUIT NIET AAN BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK.

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: **1 MAART 2017** (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: **30 SEPTEMBER 2018**

7. SOORT ONDERZOEK

- ❑ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ❑ VRAGENLIJSTEN
  - ❑ INTERVIEW
- ❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ❑ WELKE PERIODE: ….
- ❑ **INTERVENTIONEEL ONDERZOEK**
  - ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ❑ FASE I
    - ❑ FASE II
    - ❑ FASE III
    - ❑ FASE IV
    - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ❑ **ANDERE** SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ❑ MEDICAL DEVICE
    - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…
    - ❑ **VRAGENLIJSTEN, MOTIVATIONELE GESPREKKEN, CONSULTATIES BIJ BEDRIJFSARTS EN ADVISEREND GENEESHEER**

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Samenvatting masterproef huisartsgeneeskunde
"Opstellen van een zorgpad tot arbeidsre-integratie van langdurig zieken"

Inleiding
Men schat dat de kosten in 2017 voor de sociale zekerheid hoger zullen zijn voor ziekte- en invaliditeitsuitkeringen dan voor werkeloosheid – respectievelijk €7,96 miljard tegenover €7,79 miljard. Hierop vervaardigde de Federale overheid het KB van 26 oktober 2016 betreffende de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers – snel omgedoopt tot het TRIO-project. Dit KB focust op de restcapaciteiten - in tegenstelling tot de huidige focus op (arbeids)ongeschiktheid – van de werknemer om een individueel re-integratieproject op te stellen. In tegenstelling tot het oude systeem – waarin werkwilligen snel een groot deel van

hun uitkering verloren – zal bij huidige werkhervatting altijd 20% van de uitkering behouden blijven. Toch lijkt dit KB zich vooral toe te spitsen op de nieuwe instroom in arbeidsongeschiktheid en wordt het initiatief tot re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten voorlopig bij de werknemer zelf gelegd. Deze masterproef spitst zich net toe op deze eerder verwaarloosde groep van patiënten, wiens contact met de behandelend arts te vaak beperkt is tot het verlengen van de arbeidsongeschiktheid.

Onderzoeksvraag
Hoe staan de betrokken actoren (zorgverleners en patiënten) tegenover het TRIO-project? Hoe schatten zij de kansen in op een succesvolle re-integratie bij langdurig arbeidsongeschikten? Hoe wordt het doorlopen van arbeidsre-integratie ervaren door langdurig arbeidsongeschikten?

Methode
Een literatuuronderzoek is de eerste stap om de verschillende aspecten rond langdurige arbeidsongeschiktheid in kaart te brengen. Daarna volgt een bevraging van de betrokkenen bij het TRIO-project omtrent hun verwachtingen, bezorgdheden en eventuele knelpunten die zij voorzien binnen de arbeidsre-integratie van langdurig zieken. De bekomen informatie wordt gecombineerd in een zorgpad voor langdurig arbeidsongeschikten. De opleidingspraktijk zal langdurig arbeidsongeschikten contacteren voor een informatief gesprek en de bereidheid tot deelname aan het onderzoeksproject bevragen. Aan de hand van een vragenlijst peilt de onderzoeker naar ervaringen omtrent arbeidsongeschiktheid en hun verwachtingen en bezorgdheden rond re-integratie. De onderzoeker voorziet een maandelijkse telefonische opvolging, met op 3 maanden een individueel gesprek en op 6 maanden een vragenlijst waarin gepeild wordt naar hun ervaringen binnen het doorlopen zorgpad. Uiteindelijk volgt een kritische reflectie betreffende het vooropgestelde zorgpad ‘arbeidsre-integratie van langdurig zieken’.

Welke *resultaten* verwacht je?
Door het bevragen van de betrokken personen bij het TRIO-project wordt getracht een genuanceerde visie te bekomen betreffende de toepasbaarheid van het KB re-integratietraject 26 oktober 2016 bij langdurig zieken. Een zorgpad tot arbeidsre-integratie van langdurig zieken zal worden vooropgesteld als leidraad voor huisartsen en bedrijfsartsen om langdurig zieken te re-integreren in het arbeidsproces.

Welke *winst* levert het project op?
Sinds het KB re-integratietraject is het praktisch een wekelijks item in het nieuws. Het lijkt een grote meerwaarde vrij snel een inschatting te kunnen maken van hoe het traject wordt ervaren door de betrokken personen – arbeidsongeschikten, bedrijfsartsen, adviserend geneesheer en behandelend arts. Bovendien is succesvolle arbeidsre-integratie van langdurig zieken in eerste plaats positief voor de patiënt zelf. Ze hebben meer sociale contacten, vinden weer aansluiting bij de arbeidsmarkt en ervaren een positief effect op hun eigenwaarde, onder meer door hun bestaande competenties te behouden en te vergroten. Mensen met een ziekte-uitkering die deeltijds gaan werken zouden meer verdienen op het einde van de rit en betalen bovendien sociale bijdragen, waardoor de sociale zekerheid extra gevoed wordt.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ **EPIDEMIOLOGISCH EN SOCIAAL-MAATSCHAPPELIJK**

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

PATIËNTEN LIJDEND AAN: **DE PATIËNTEN BEVINDEN ZICH IN DE INVALIDITEIT, HIER GEDEFINIEERD ALS ARBEIDSONGESCHIKTHEID GEDURENDE MEER DAN EEN JAAR. DE OORZAKEN HIERVOOR ZIJN UITEENLOPEND, DOCH GAAT HET IN DE MEERDERHEID VAN DE GEVALLEN OVER MUSCULOSKELETALE (OA LAGERUGPIJN) OF PSYCHISCHE (OA DEPRESSIE) PROBLEMEN.**

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: **DE ONDERZOEKER VOORZIET 10 À 20 PROEFPERSONEN TE KUNNEN INCLUDEREN, GEZIEN HET HIER EERDER EEN KWALITATIEF ONDERZOEK BETREFT DIE EEN VRIJ INTENSIEVE OPVOLGING VEREIST (VRAGENLIJST, TELEFONISCHE OPVOLGING, INDIVIDUEEL GESPREK)**

D. LEEFTIJD: **TUSSEN 18 EN 65 JAAR, NORMAAL GEZIEN DE ACTIEVE BEVOLKING**

E. GESLACHT **MANNEN EN VROUWEN**

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? **MOGELIJKE PROEFPERSONENEN (ARBEIDSONGESCHIKTHEID > 1 JAAR) WORDEN GEÏDENTIFICEERD VIA HET ELEKTRONISCH MEDISCH DOSSIER. ZE WORDEN GECONTACTEERD DOOR DE BEHANDELENDE ARTS OF HET SECRETARIAAT VAN DE PRAKTIJK VOOR EEN INFORMATIEF GESPREK OVER HET ONDERZOEK MET DE HAIO-ONDERZOEKER. OOK KUNNEN MOGELIJKE PROEFPERSONEN OVER HET ONDERZOEKSPROJECT AANGESPROKEN WORDEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS WANNEER ZIJ SPONTAAN KOMEN CONSULTEREN.**

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ❑ **JA**

❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

❑ **JA, EEN INFORMATIEBRIEF WORDT MEEGEGEVEN WAARBIJ OP HET EINDE SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING WORDT GEVRAAGD**
❑ NEEN

MONDELING :

❑ **JA, EEN INFORMATIEF GESPREK WORDT VOORZIEN EN IS TEVENS DE EERSTE STAP IN HET ONDERZOEK**
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
❑ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? **JA, ER WORDT EEN KORTE OPINIEPEILING GEHOUDEN ROND HET VOOROPGESTELDE ZORGPAD EN HET KB RE-INTEGRATIE BIJ DE BETROKKEN ARTSEN – BEDRIJFSARTS, ADVISEREND GENEESHEER EN HUISARTSEN IN DE LOK. DEZE ARTSEN ZIJN ECHTER NIET DE PRIMAIRE FOCUS VAN DIT ONDERZOEKSPROJECT.**

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, …)

❑ JA
❑ **NEEN**

ORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?
❑ JA
❑ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
❑ **NEEN, HET GAAT OM DE ACTIEVE BEVOLKINGSGROEP**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA
❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ☐ **JA**
- ☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- ☐ **JA, DEZE VINDT U OP HET EINDE VAN DE INFORMATIEBRIEF**
- ☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.
NAAST UGENTVERZEKERING BA, WERD ER GEEN ANDERE VERZEKERING AFGESLOTEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?
ARBEIDSRE-INTEGRATIE IS AL MEERMAALS HET ONDERWERP GEWEEST VAN ONDERZOEK EN MASTERPROEVEN HUISARTSGENEESKUNDE. IN VOORGAANDE ONDERZOEKEN LIGT DE FOCUS ECHTER BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID < 6 MAANDEN, DIE DOORGAANS ALS EEN KRITISCH MOMENT WORDT OMGESCHREVEN. DIT IS ECHTER DISCREPANT MET EEN ONDERZOEK VAN DE VLAAMSE PATIËNTENVERENIGING DAT UITWEES DAT VIER OP VIJF LANGDURIG ZIEKEN GRAAG WEER AAN DE SLAG ZOUDEN GAAN. BOVENDIEN DATEREN EERDERE ONDERZOEKEN VAN VOOR HET VAN KRACHT WORDEN VAN KB RE-INTEGRATIETRAJECT VAN 28 OKTOBER 2016. IN DIT ONDERZOEK LIGT DE FOCUS SPECIFIEK OP LANGDURIGE ARBEIDSONGESCHIKTEN (>1 JAAR) EN WORDT HET NIEUWE KB GEÏNTEGREERD IN HET ZORGPAD.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

- ☐ **JA, HET IS IMMERS BEWEZEN DAT TERUG AAN DE SLAG GAAN ZORGT VOOR SOCIALE CONTACTEN, AANSLUITING BIJ DE ARBEIDSMARKT, BEHOUD VAN COMPETENTIES EN EEN GOED GEVOEL VAN EIGENWAARDE. BOVENDIEN WORDEN DE DEELNEMERS OP MAAT GEÏNFORMEERD EN WORDT OP MULTIDISCIPLINAIRE BASIS (HUISARTS, BEDRIJFSARTS, ADVISEREND GENEESHEER) EEN INDIVIDUEEL RE-INTEGRATIETRAJECT UITGESTIPPELD.**
- ☐ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

- ☐ **JA, HET UITEINDELIJKE DOEL VAN HET ONDERZOEKSPROJECT IS OM EEN ZORGPAD VOOROP TE STELLEN TER ARBEIDSRE-INTEGRATIE VAN LANGDURIG ZIEKEN.**
- ☐ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

- ☐ JA, **HET ONDERZOEK ZAL BIJDRAGEN TOT HET IDENTIFICEREN VAN KNELPUNTEN BIJ RE-INTEGRATIE VAN LANGDURIG ARBEIDSONGESCHIKTEN. BOVENDIEN ZAL HET**

EEN VAN DE EERSTE ONDERZOEKEN ZIJN DIE EEN INSCHATTING ZAL KUNNEN MAKEN VAN HOE HET RE-INTEGRATIETRAJECT WORDT ERVAREN EN HET AL DAN NIET SUCCESVOL ZIJN VAN HET RE-INTEGRATIETRAJECT VOOROPGESTELD IN HET NIEUWE KB.

- ❑ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

- ❑ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
- ❑ **EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT**.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE: **OF DE RE-INTEGRATIE AL DAN NIET SUCCESVOL IS, HANGT VOOR EEN GROOT DEEL AF VAN DE BEREIDWILLIGHEID/MOGELIJKHEDEN VAN DE WERKGEVER. OP DEZE FACTOR HEEFT DE ONDERZOEKER HET MINSTE INVLOED. INDIEN DE PROEFPERSOON TE VEEL WEERSTAND ERVAART, ZAL HIJ MOGELIJKS AFHAKEN. DIT ZAL ZOVEEL MOGELIJK VERMEDEN WORDEN DOOR INTENSIEVE OPVOLING EN GOEDE COÖRDINATIE MET ADVISEREND GENEESHEER EN BEDRIJFSARTS. DIT RISICO BESTAAT ECHTER OOK BIJ HET AANVATTEN VAN EEN RE-INTEGRATIETRAJECT BUITEN DEZE ONDERZOEKSOPSTELLING.**

- ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

OOR EEN GESTRUCTUREERDE VRAGENLIJST TE HANTEREN EN ALLE PROEFPERSONEN AFDOENDE INFORMATIE TE GEVEN ZAL EEN REALISTISCH BEELD GESCHETST WORDEN OP BASIS VAN HUN VERWACHTINGEN.….

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ❑ **JA, DE OPLEIDINGSPRATKIJK VOORZIET LONGITUDINALE OPVOLGING. BOVENDIEN ORGANISEERT DE OPLEIDINGSPRAKTIJK DE COÖRDINATIE MET ADVISEREND GENEESHEER EEN BEDRIJFSARTS.**
- ❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? **HAIO, PRAKTIJKOPLEIDER, GEORGANISEERDE WACHTDIENST.**

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

- ❑ **JA, INDIEN DE PRAKTIJK NIET BEREIKBAAR IS, KAN ELKE PATIËNT ZICH WENDEN TOT DE GEORGANISEERDE WACHTDIENST. GEZIEN HET HIER GEEN ACUUT ZIEKEN BETREFT, WORDT VERWACHT DAT DIT ENKEL IN UITZONDERLIJKE GEVALLEN NOODZAKELIJK ZAL ZIJN.**
- ❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? **HAIO, PRAKTIJKOPLEIDER, GEORGANISEERDE WACHTDIENST**

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

…VAAK WORDEN PATIËNTEN DIE LANGDURIG ARBEIDSONGESCHIKT ZIJN ENKEL GEZIEN OM DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID TE VERLENGEN. ER WORDT OP DAT MOMENT SLECHTS ZELDEN GEPEILD NAAR BEREIDHEID TOT (DEELTIJDSE/PROGRESSIEVE) WERKHERVATTING. THEORETISCH VERWACHTEN WE EEN GELIJKAARDIG EFFECT ALS BIJ MOTIVATIE TOT ROOKSTOP, WAARBIJ BEWEZEN IS DAT HERHAALDELIJKE KORTE BEVRAGEN EN KORTE MOTIVATIONELE GESPREKKEN OP LANGE TERMIJN HUN VRUCHTEN AFWERPEN.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA

  WELKE ? …

- ❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA **AANGEZIEN ER GEEN SUBSTANTIE WORDT TOEGEDIEND IS DIT NIET VAN TOEPASSING**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIE

a. INTAKEGESPREK

i. VERZAMELEN PERSOONSGEGEVENS

ii. BEVRAGEN VAN ONDERLIGGEND ZIEKTEBEELD DEWELKE AANLEIDING GEEFT GEGEVEN TOT LANGDURIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

iii. EXPLORATIE VAN DOORLOPEN TRAJECT TIJDENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID (OPLIJSTEN CONTACTEN ADVISEREND GENEESHEER, ARBEIDSGENEESHEER, EVENTUEEL REEDS GEVOLGDE RE-INTEGRATIETRAJECTEN, OPLEIDINGEN E.D.)

iv. INFORMATIE GEVEN ROND ONDERZOEK EN LATEN STARTEN MET RE-INTEGRATIETRAJECT ZOALS BESCHREVEN IN KB 28 OKTOBER 2017

v. HOE SCHAT DE PATIËNT DE KANS IN TOT WERKHERVAT (PROGRESSIEF, DEELTIJDS, VOLTIJDS, VRIJWILLIGER,…)

b. TELEFONISCH CONTACT 1 MAAND

i. **WAAR STAAT DEELNEMER IN RE-INTEGRATIETRAJECT?**
ii. **HOE TOT NU TOE ERVAREN? PEILEN NAAR PROBLEMEN.**
iii. **HOE ZIET PLANNING KOMENDE MAAND ER UIT?**

c. **TELEFONISCH CONTACT 2 MAAND**
i. **WAAR STAAT DE DEELNEMER IN HET RE-INTEGRATIETRAJECT?**
ii. **HOE TOT NU TOE ERVAREN? PEILEN NAAR PROBLEMEN.**
iii. **HOE ZIET DE PLANNING ER DE KOMENDE MAAND UIT?**
iv. **AFSPRAAK VASTLEGGEN VOOR CONTACT OP 3 MAANDEN**

d. **INDIVIDUEEL GESPREK OP 3 MAANDEN**
i. **WAAR STAAT DE DEELNEMER IN RE-INTEGRATIETRAJECT? SAMEN REEDS AFGELEGDE TRAJECT OVERLOPEN.**
ii. **HOE TOT NU TOE ERVAREN?**
iii. **IS ER ZICHT OP EVENTUEEL WERKHERVAT? HOE HOOG WORDT DE KANS TOT HERVAT INGESCHAT DOOR DE PATIËNT?**

e. **TELEFONISCH CONTACT OP 4 MAANDEN EN 5 MAANDEN: ANALOOG AAN 2 EN 3 MAANDEN**

f. **INDIVIDUEEL GESPREK OP 6 MAANDEN**
i. **SAMEN AFGELEGDE TRAJECT OVERLOPEN**
ii. **HOE TOT NU TOE ERVAREN?**
iii. **IS ER ZICHT OP EVENTUEEL WERKHERVAT? HOE HOOG WORDT DE KANS TOT HERVAT NU INGESCHAT DOOR DE PATIËNT?**

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

. ANDERE : **EEN GESTRUCTUREERDE VRAGENLIJST (DEZE ZAL WORDEN GEBASEERD OP DE VRAGENLIJST ONTWIKKELD DOOR DE OVERHEID IN KADER VAN HET TRIO-PROJECT IN COMBINATIE MET GEGEVENS UIT LITERATUURONDERZOEK) WORDT AFGENOMEN BIJ DE START EN MOMENT 6 MAANDEN.**

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ☐ **NIET VAN TOEPASSING**
- ☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ☐ ERELOON:
  - ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :