

Voka Paper



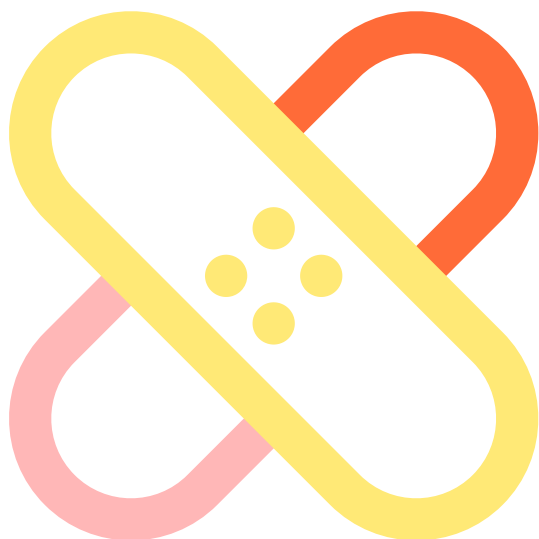
De arbeidsmarkt is ziek

Van preventie tot
re-integratie (langdurig) zieken

Daan Aeyels

De arbeidsmarkt is ziek

Van preventie tot re-integratie (langdurig) zieken



Inhoud

- 3** DE ESSENTIE
- 5** INLEIDING
- 6** HET POTENTIEEL VAN ZIEKEN
OP EEN LEGE ARBEIDSMARKT
- 10** BETER VOORKOMEN
DAN GENEZEN
- 14** RE-INTEGRATIE VANDAAG:
TRAAG, COMPLEX EN
GEFRAGMENTEERD
- 19** RE-INTEGRATIE: SNELLER,
EENVOUDIGER EN MEER
SYSTEMATISCH
- 22** BELEIDSAANBEVELINGEN
- 23** OVER PLAN SAMEN GROEIEN



Kom alles te weten over
Plan Samen Groeien op
www.voka.be/plansamengroeien

VOKA-KENNISCENTRUM

Frank Beckx | Directeur kennis- en lobbycentrum
Bart Van Craeynest | Hoofdeconoom
Sonja Teughels | Arbeidsmarkt
Julie Beysens | Onderwijs
Daan Aeyels | Welzijns- en gezondheidsbeleid
Goedele Sannen | Mobiliteit en logistiek
Katelijne Haspeslagh | Milieu en klimaat
Lorenzo Van de Pol | Klimaat en energie
Steven Betz | Ruimtelijke ordening en milieu
Karl Collaerts | Fiscaliteit en begroting
Johan Guldix | Innovatie en ondernemen
Dieter Somers | Digitale transformatie
Koen Van Diest | Bestuurszaken en staatshervorming
Maarten Libeer | Internationaal ondernemen

COLOFON

Eindredactie
Sandy Panis

Foto's
Dann en Adobe Stock

Vormgeving
Capone

Cover
Studio Chapo

Druk
INNI Group, Heule

'De arbeidsmarkt is ziek. Van preventie tot re-integratie (langdurig) zieken' is een uitgave van Voka vzw. De overname of het citeren van tekst uit deze Voka Paper wordt aangemoedigd, mits bronvermelding.

Verantwoordelijke uitgever
Hans Maertens i.o.v. Voka vzw
Burgemeester Callewaertlaan 6
8810 Lichtervelde
info@voka.be - www.voka.be



Structurele partner:





WIE?

**DAAN
AEYELS**

Senior Adviseur Welzijns- en
Gezondheidsbeleid

daan.aeyels@voka.be

Daan Aeyels volgt op het
Voka-kenniscentrum dossiers op
rond welzijn en
gezondheidsbeleid.

DE ESSENTIE

Een gezonde en gedeelde groei van 2% realiseren in 2030 is essentieel om onze economie, pensioenen en zorg op het hoogste niveau te houden. Die uitdaging vraagt om meer mensen aan het werk. Voka mikt in het Plan Samen Groeien op een tewerkstellingsgraad van 85%. Om dat niveau te bereiken moeten we inzetten op het voorkomen van uitval door ziekte en een snelle en effectieve re-integratie van zieke medewerkers.

Beter voorkomen dan genezen

Ontdek de Voka
Health Community
op [voka.be/
healthcommunity](https://voka.be/healthcommunity)



De vergrijzing en de groeiende economie doen de vraag naar medewerkers sterk stijgen. De vacaturegraad in Vlaanderen scheert ongekende hoogtes (bijna 80.000 openstaande vacatures) maar botst op een uitzonderlijk lage werkloosheidsgraad (amper 3,3%). Daar staat tegenover dat het aantal zieken – zowel kortdurend als langdurend – uitzonderlijk hoog is: meer dan een half miljoen Vlamingen op actieve

leeftijd zijn ziek. Die hoge cijfers (6,3% zieken) zijn niet te verklaren door demografie, type werk of werkbaarheid, gezien vergelijkbare landen een dergelijke stijging niet kennen (eerder 3%). Zieke medewerkers kosten dubbel zoveel als werklozen, beroepsziekten en thematische verlopen samen. De arbeidsmarkt is gemedicaliseerd.

Preventie: integrale aanpak

Twee grote groepen blijken verantwoordelijk voor 69% van alle langdurig zieken: de psychische- en gedragsstoornissen (37%) en de aandoeningen aan bot- en spierstelsel (32%). Vooral het aantal zieken met psychische en gedragsstoornissen groeit sterk: er is een toename van 20% van langdurige burn-out en depressie op amper 5 jaar tijd. De grote meerderheid van de groeiende groep werknemers met burn-out en depressie bestaat uit oudere of vrouwelijke werknemers. Net als de andere aandoeningen in de top 5 van ziekten waaraan werknemers leiden, zijn de psychische stoornissen en de aandoeningen aan bot- en spierstelsel goed te voorkomen.

“Zieke medewerkers kosten dubbel zoveel als werklozen, beroepsziekten en thematische verlopen samen.”

DAAN AEYELS

Voorkomen is beter dan genezen. Iemand die niet ziek wordt, hoeft je niet te re-integreren. Een preventief en integraal gezondheidsbeleid in ondernemingen focust daarom best op het fysieke, sociale en het mentale welzijn van zowel individuele werknemers als de algemene werkcontext. Een integrale aanpak houdt in dat je alle mogelijke stakeholders uit een onderneming >>

betreft: het topmanagement, de directe leidinggevenden, het HR-team, preventieadviseurs en arbeidsartsen en de sociale partners. Tot slot kies je best gevalideerde methodieken die preventieve én curatieve acties richten op de risicofactoren voor langdurige uitval door ziekte. Deze paper verwijst je naar specifieke websites en tools die je helpen bij het opzetten van een preventief welzijns- en gezondheidsbeleid.

“Iemand die niet ziek wordt, hoeft niet te re-integreren.”

Werken maakt gelukkig en gezond. Werken en ziek zijn worden in ons huidige systeem gezien als absolute tegenstellingen. Dat is een zeer absolute en negatieve invulling van ziekte. Werken vervult de universele psychologische behoeftes tot groeien in competenties, verbinding met anderen en autonomie. Elk van deze behoeftes kan gerealiseerd worden op het werk. Door in te zetten op ziekte-perceptie (bijvoorbeeld de perceptie die je hebt over je eigen gezondheid), persoonlijke kenmerken (bijvoorbeeld neiging tot perfectie) of kenmerken van de arbeidssituatie (bijvoorbeeld de mogelijkheid om zelf je werk te kunnen regelen) kan het risico op uitval door ziekte sterk beperkt worden. Een positieve benadering focust op wat wel nog kan en probeert dat potentieel te realiseren op het werk.



Re-integratie: te traag

De complexe en gefragmenteerde aanpak is erg traag. Het aantal procedures, categorieën en betrokkenen in de huidige re-integratietrajecten is veel te hoog. Dat zorgt voor onduidelijkheid, versnippering, herhaling en belangrijk tijdverlies. De focus moet liggen op aan het werk blijven of aan het werk krijgen zonder onderscheid in statuut, duur van de afwezigheid of toeleiding tot jobcoaching, arbeidsbemiddeling of opleiding. Beperk de verantwoordelijkheid tot de behandelende arts en arbeidsarts, zorg voor een probleem-analyse na vier weken afwezigheid en maak een plan van aanpak vanaf zes weken. Door een snelle en eenvoudige aanpak wordt de kans op tewerkstelling sterk verhoogd.

De kloof tussen werken en ziek zijn is groot. Ziekte zorgt vandaag voor het verbreken van alle contact tussen werknemer en werkgever, wat leidt tot een steeds grotere kloof tussen beiden. Hef die dichotomie op door opleiding of degressieve en progressieve tewerkstelling te combineren met een ziekte-uitkering. Om de overstap naar andere functies of werkgevers te maken is meer flexibiliteit noodzakelijk.

Voorzie snelle en aanklappende opvolging. De activering van zieken moet op een duurzame manier worden

opgeschaald, binnen de mogelijkheden van de persoon. Meer ambitie in het aantal trajecten is nodig om elke arbeidsongeschikte te activeren binnen zijn mogelijkheden. Hierbij moet ‘terug naar werk’ zo veel als mogelijk de norm worden. Voka pleit voor een snelle activering met 40.000 toeleningen naar jobbemiddeling per jaar.

De aanpak is te beperkt en te vrijblijvend. Activering moet verbreed worden tot de activering van alle niet-beroepsactieven. In alle uitkeringsstelsels moeten rechten én plichten die aanzetten tot werk, ingebouwd worden. Een notie van minimale beschikbaarheid en responsabilisering lijkt meer dan nodig. Transitietrajecten bij een andere werkgever of co-sourcing binnen werkgeversgroeperingen kunnen de arbeidsmobiliteit verbeteren.

Zowel de federale als de Vlaamse beleidsmakers voorzien een kader voor de re-integratie van deze zieken. In de praktijk stellen we echter vast dat er onvoldoende resultaten worden geboekt. Kansen op maat van het individu en zijn loopbaan, alsook snelle en doeltreffende activering zijn noodzakelijk opdat het individu opnieuw de weg naar de arbeidsmarkt zou vinden. «

Het aantal langdurig zieken blijft jaar na jaar stijgen. In Vlaanderen is het aantal personen dat langdurig (meer dan een jaar) arbeidsongeschikt is, de laatste 8 jaar met 42% gestegen van 170.906 naar 243.411. Maar ook het kortdurende (minder dan 30 dagen) en middellange ziekteverzuim (tussen 30 dagen en 1 jaar) steeg de voorbije 10 jaar nagenoeg constant.

Inleiding

Om onze welvaartsstaat te blijven betalen, zal de werkzaamheidsgraad stevig de hoogte in moeten en is deze groeiende groep van zieken zorgwekkend en zelfs onaanvaardbaar. Zowel voor de maatschappij als voor het individu is het belangrijk dat deze personen zo snel als mogelijk een perspectief krijgen op tewerkstelling en waar mogelijk begeleid worden naar de arbeidsmarkt.

Voor de welvaartsstaat is het van toenemend belang dat er zoveel mogelijk mensen aan de slag gaan. De vergrijzing van de bevolking leidt ertoe dat de uitgaven voor pensioenen en zorg

“Voor de welvaartsstaat is het van toenemend belang dat er zoveel mogelijk mensen aan de slag gaan.”

al geruime tijd elk jaar toenemen. In tijden van arbeidskrapte is elk talent noodzakelijk op de arbeidsmarkt. Heel wat Vlaamse bedrijven die willen groeien vinden het immers steeds moeilijker om vacatures ingevuld te krijgen, een probleem dat de volgende jaren nog verder zal toenemen omwille van de veranderende demografie.

Werken is bovendien dé sleutel voor een gezond, inclusief en welvarend leven voor elke burger. Wie werkt, is veel minder vatbaar om in armoede te verzeilen. Werken draagt daarnaast bij tot persoonlijke ontwikkeling en mentaal welzijn.

De werkzaamheidsgraad opkrikken kan door te vermijden dat werknemers langdurig uitvallen en door langdurig zieken duurzaam te re-integreren op de arbeidsmarkt. Zowel de federale als de Vlaamse beleidsmakers voorzien een kader voor de re-integratie van deze zieken, maar in de praktijk stellen we vast dat er onvoldoende resultaten geboekt worden. Kansen op maat van het individu en zijn loopbaan, alsook snelle en doeltreffende activering zijn noodzakelijk opdat het individu opnieuw de weg naar de arbeidsmarkt zou vinden.

Deze paper wil wijzen op de mogelijkheden van het onbenut talent naast de arbeidsmarkt, maar ook de hand uitreiken naar alle betrokken partners. We willen daarbij de aandacht vestigen op het potentieel van preventie, de mogelijkheden om meer positief en genuanceerd naar arbeidsongeschiktheid te kijken en op de re-integratie van langdurig zieken. «





Vlaanderen wordt geconfronteerd met een toenemende krapte op de arbeidsmarkt. Om de werkzaamheidsgraad op te trekken tot 85% mogen we niet enkel rekenen op werkzoekende werklozen. Het snel groeiend aantal zieken en de bijhorende kosten vormen zowel een aandachtspunt als een potentieel.

1. Het potentieel van zieken op een lege arbeidsmarkt

Lege arbeidsmarkt

We kijken in Vlaanderen aan tegen een vervangingsvraag van gemiddeld 77.000 mensen per jaar door de uitstroom van 55-plussers uit de arbeidsmarkt, en dit op het moment dat de vergrijzingskosten zoals pensioenen en gezondheidszorg hoog oplopen (figuur 1).

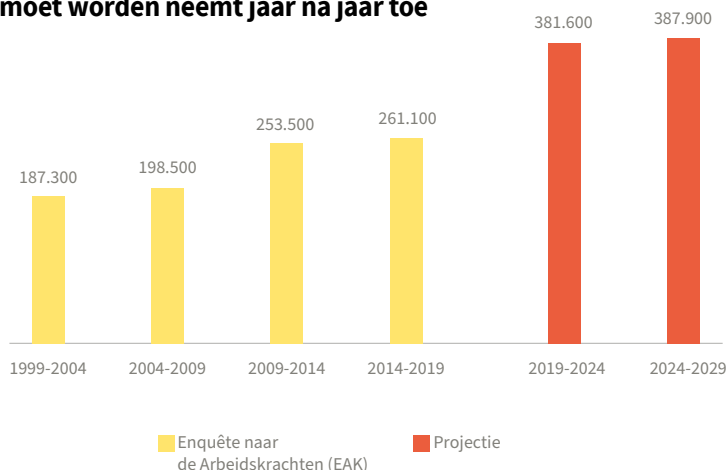
In de huidige legislatuur 2019-2024 zullen tot 381.620 vrijgekomen jobs ingevuld moeten worden. Dat loopt verder op tot 387.870 in de daaropvolgende 5 jaar. Naast de vervangingsvraag zorgt ook de economische groei voor meer vacatures. Het aantal openstaande vacatures bevindt zich terug op pre-crisisniveau: 81.433 openstaande vacatures in maart 2022.

Bij de zoektocht naar arbeidskrachten om deze vacatures in te vullen, wordt spontaan gekeken naar de groep werklozen. Die vijver is leeg: we zien een daling in het aantal niet-werkende

werkzoekenden (182.442 in maart 2022), wat overeenkomt met een daling van 13,1% op jaarbasis en het laagste aantal sinds 2008.¹ Het aandeel werklozen in de beroepsbevolking van 15 tot 64 jaar ligt uitzonderlijk laag: in 2021 bedroeg de werkloosheidsgraad in het Vlaamse Gewest amper 3,3%. En ook wanneer we nog dieper in die cijfers duiken, blijft het zoek naar werklozen (zie kader).

De spanning op de arbeidsmarkt neemt sterk toe. De combinatie van stijgende aantallen vacatures en een daling in de aantallen werkzoekenden leidt tot een uiterst scherpe spanningsratio: momenteel zijn er nog 1,9 niet-werkende werkzoekenden per openstaande vacature. Hiermee zijn we terug beland bij de krapte uit 2019. Bij hooggeschoolden zijn er vandaag amper 1,2 niet-werkende werkzoekenden per openstaande vacature, een bijzonder laag cijfer.²

Figuur 1: **Het aantal 55-plussers dat vervangen moet worden neemt jaar na jaar toe**



Zoeken naar werklozen

(werkloosheidsgraad 2021)

Hooggeschoold: 2,1%

Middengeschoold: 3,3%

Laaggeschoold: 6,6%

Conclusie: er zijn gewoonweg te weinig werklozen om alle bijkomende en vrijgekomen jobs in te vullen.

Ontgin het arbeidspotentieel

We gaan dus uit andere vaatjes moeten tappen om het recordaantal vacatures in te vullen en de werkzaamheidsgraad op te trekken. Daar is nog potentieel voor. Recent onderzoek vanuit het Steunpunt Werk (KU Leuven)³ wijst uit dat naast de werklozen, meer dan een kwart van de bevolking op actieve leeftijd zich niet aanbiedt op de arbeidsmarkt. Ons land hangt daarmee achteraan het Europese peloton.

We moeten dus onze blik verruimen en, naast werklozen, ook andere mensen begeleiden naar werk. Maar wie zijn die inactieve arbeidsreserves? De groep inactieven kan grosso modo worden ingedeeld in vier categorieën: 1) studenten en gepensioneerden, 2) mensen die voor familieleden zorgen, 3) mensen met gezondheidsproblemen of handicaps en 4) mensen die denken dat er geen banen beschikbaar zijn. De grootste en sterkst groeiende groep zijn mensen met gezondheidsproblemen. De groep mensen met gezondheidsproblemen – officieel arbeidsongeschikt – wordt ingedeeld in drie groepen:

- de kortdurende arbeidsongeschiktheid telt minder dan een maand afwezigheid,

- de middellange arbeidsongeschiktheid telt tussen één maand en één jaar afwezigheid en
- de langdurige ziekte die meer dan één jaar aanhoudt.

Het korte en middellange ziekteverzuim wordt ook primaire arbeidsongeschiktheid genoemd, het langdurige ziekteverzuim heet officieel 'invaliditeit'.

Het kort en middellang ziekteverzuim zit in stijgende lijn. De afgelopen tien jaar lagen – volgens SD Worx – die cijfers nooit zo hoog als in 2021. Het kort ziekteverzuim steeg met 9,15%, het middellang verzuim steeg met 6,41% ten opzichte van het jaar voordien. Van alle werkdagen is het voorbije jaar gemiddeld 6,13% niet gepresteerd vanwege ziekte. Dat komt neer op gemiddeld 6,5 dagen ziekte per jaar per werknemer (figuur 2).

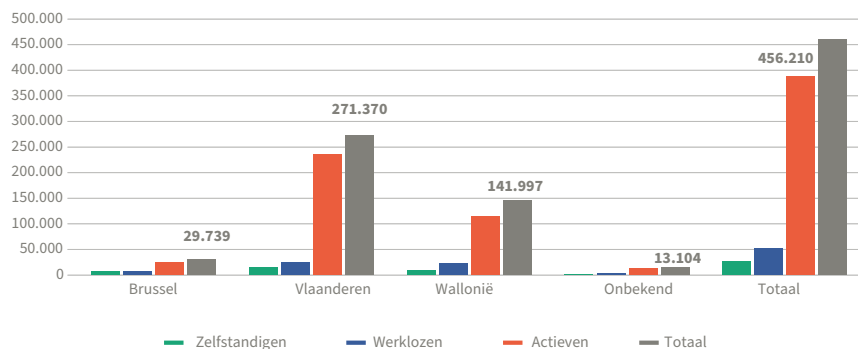
Cijfers van het RIZIV tonen aan dat ook het aantal langdurig zieken in Vlaanderen, zowel bij loontrekkenden als bij zelfstandigen, jaar na jaar blijft toenemen (figuur 3). Er zijn sinds 2017 meer langdurig zieken dan werklozen (figuur 4). Volgens het Steunpunt Werk hebben de gestegen participatiegraad van vrouwen en de stijgende pensioenleeftijd een duidelijke impact hierop, net als een spillover effect vanuit de werkloosheidsuitkering.

Systemfout: medicalisering van een arbeidsmarktprobleem

In ons land is arbeidsongeschiktheid het laatste redmiddel geworden voor werknemers of werklozen die uit de arbeidsmarkt willen stappen. De beperkingen in de toegang, duur en vrijgevigheid van de werkloosheidsuitkeringen, de strengere eisen voor het zoeken naar werk en de geleidelijke afschaffing van het vervroegd pensioen, hebben geleid tot een 'medicalisering'

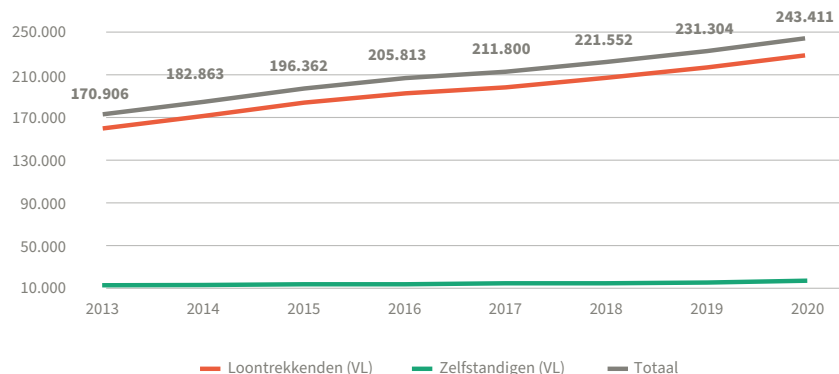
Figuur 2: **Alles samen waren er in België in 2020 456.210 personen in primaire ongeschiktheid**

Personen in primaire arbeidsongeschiktheid (2020)

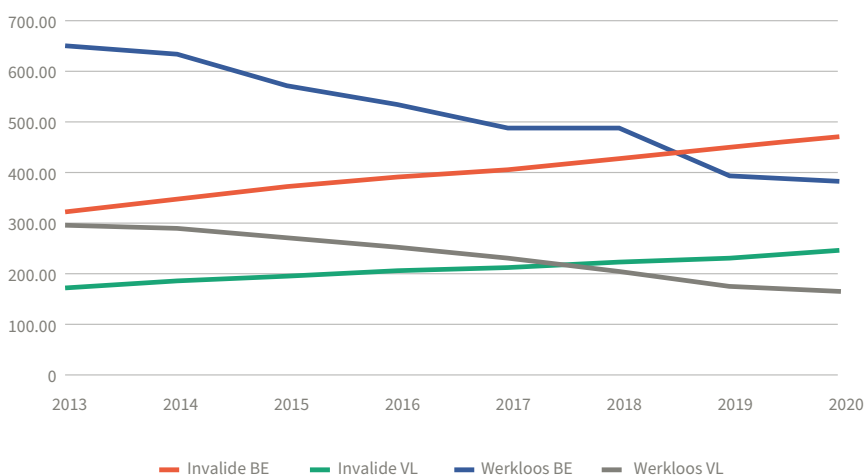


Figuur 3: **Op 8 jaar tijd is het aantal langdurig zieke werknemers en zelfstandigen in Vlaanderen sterk toegenomen**

Evolutie langdurig zieken in Vlaanderen



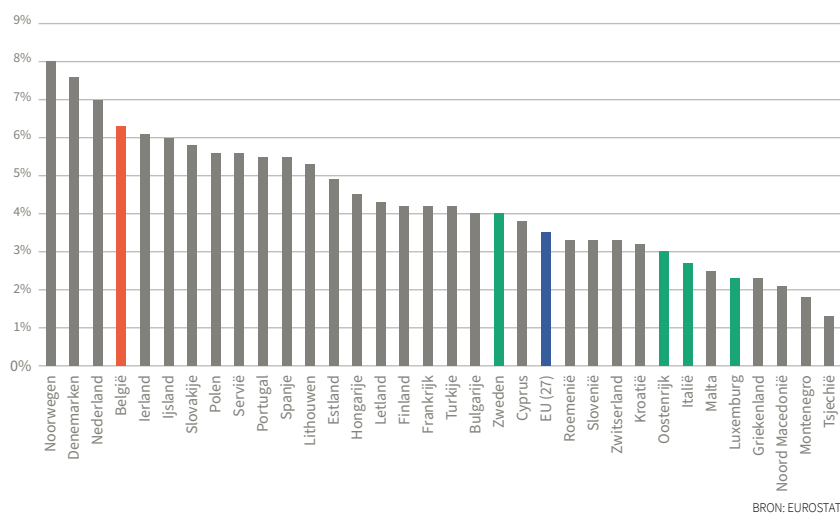
Figuur 4: **Meer langdurig zieken dan werklozen**



1. arvastat.vdab.be/arvastat_basisstatistieken_vacatures.html
 2. www.steunpuntwerk.be/node/3959
 3. Vandenbergh, C., & Vansteenkiste, S; (red.) (2021). *Trendrapport 2021: Kwetsbare groepen op de Vlaamse arbeidsmarkt (Werk.Rapport 2021 nr.2)*.

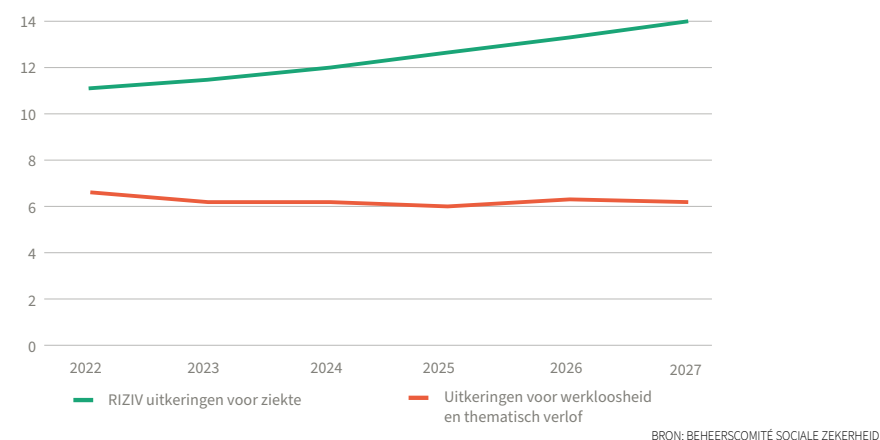


Figuur 5: **Andere landen die net als ons land vergrijzen én een strenger arbeidsmarktbeleid hebben gevoerd kennen een veel lager aandeel arbeidsongeschikten dan België**

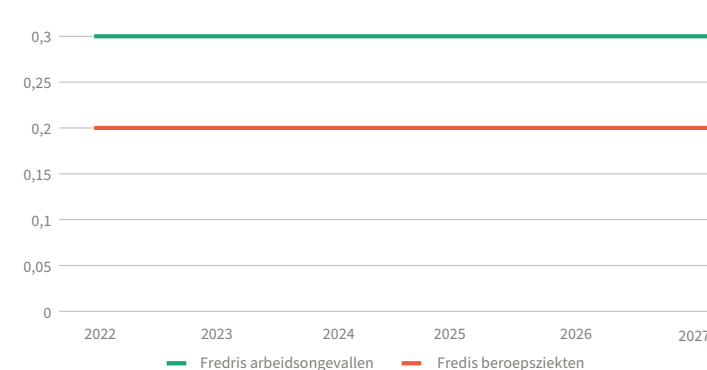


Figuur 6: **De kostprijs van zieke werknemers voor de sociale zekerheid is bijna dubbel zo hoog dan de kost voor werkloosheid, tijdskrediet en thematische verloven én beroepsziekten samen**

Raming kostprijs sociale zekerheid van zieke werknemers vs werkloosheid en thematische verloven (in mld euro)



Raming kostprijs sociale zekerheid van arbeidsongevallen en beroepsziekten (in mld euro)



van inactieven. In plaats van in werkloosheid of met vervroeg pensioen te gaan, worden deze mensen in de ziekte-uitkeringen geduwd.

De medicalisering verklaart echter onvoldoende de sterke stijging van langdurig zieken in ons land. Het blijft gissen waarom de cijfers over langdurig zieken in België zo hoog liggen. Andere landen die net als ons land vergrijzen én een strenger arbeidsmarktbeleid hebben gevoerd, kennen een veel lager aandeel arbeidsongeschikten dan België (6.4%): Zweden (4%), Oostenrijk (3%), Italië (2,7%) en Luxemburg (2,3%) (figuur 5). Belangrijk: die landen kennen nauwelijks een stijging van langdurig zieken in de voorbije 10 jaar. Zweden kende zelfs een dalende trend.

Een interessante Europese vergelijking door Randstad wijst op een unieke Belgische situatie. Hun studie toont aan dat noch de vergrijzing (onze arbeidsmarkt is jong), noch arbeidsomstandigheden (die zijn gemiddeld) en evenmin spillover (andere landen kennen een véél lagere instroom zieken bij dalende werkloosheid) de medicalisering van de Belgische arbeidsmarkt verklaren. In ons land blijven zieken ook langer vastzitten. In Noorwegen, Denemarken en Nederland zitten meer mensen in het ziektestelsel maar hebben zieken meer kans er weer uit te geraken.⁴

Volgens de OESO zijn in ons land belemmeringen tot de arbeidsmarkt voornamelijk gerelateerd aan gezondheid en onderwijs. Om dat op te lossen is een goede coördinatie tussen werkgelegenheids-, gezondheids- en onderwijsdiensten nodig om de inactieven aan een job te helpen.⁵ In ons land opereren arbeidsbemiddeling, ziekenzorg en onderwijs echter vaak in aparte trajecten.

Duur en kosten stijgen snel

De kostprijs van zieke werknemers voor de sociale zekerheid is bijna dubbel zo hoog dan de kost voor werkloosheid, tijdskrediet, thematische verlopen én beroepsziekten samen (figuur 6). De verwachting is dat deze kost oploopt tot 14 miljard euro per jaar voor het ganse land. De overheid beschikt niet over de meest elementaire informatie over het proces van de eerste ziektedag tot de re-integratie na langdurige ziekte. Het RIZIV beschikt daarnaast niet over een overzicht van de termijn waarbinnen adviserend artsen de begeleiding van arbeidsongeschikten starten.⁶

Opvallend: hoewel terecht veel aandacht gaat naar arbeidsongevallen en beroepsziekten zijn de bedragen en het aantal werknemers van een véél kleinere schaal.

Ook voor ondernemingen is het kostenplaatje niet min. SD Worx berekende dat die voor een organisatie

van 100 werknemers gemiddeld oploopt tot meer dan 100.000 euro. Dat bedrag omvat louter de loonkost van de niet-gepresteerde tijd. En dus niet de omvangrijke indirecte kosten zoals productiviteits- en kwaliteitsverlies, vervanging van de zieke werknemer, stijgende werkdruk en mogelijk motivatieverlies bij collega's. «



4. Denys, J. (2021) *België is ziek. Op zoek naar de oorzaken van de sterke stijging ziekte en invaliditeit in België 2010-2019*. Randstad Research.
5. Fernandez, R., et al. (2020). "Identifying and addressing employment barriers in Belgium, Korea and Norway." OECD.
6. Rekenhof (2021) *Langdurig zieken. Maatregelen tot re-integratie op de arbeidsmarkt. Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers*.

Werken en ‘ziek zijn’ worden vaak als twee onverenigbare zaken voorgesteld, maar dat is al lang achterhaald. Integendeel zelfs, werken maakt gezond en gelukkig. Heel wat ziekte en uitval kunnen voorkomen worden door actief in te zetten op ‘gezond werken’ en door aandacht te hebben voor een stimulerende werkorganisatie.

2. Beter voorkomen dan genezen

Langdurig zieken: wie zijn ze?

Uit de cijfers van het RIZIV in figuur 7 blijken twee grote groepen verantwoordelijk te zijn voor 68% van alle langdurig zieken: de psychische- en gedragsstoornissen (37%) en de aandoeningen aan bot en spierstelsel (32%). Niet onbelangrijk is de samenhang tussen beide groepen: psychische factoren spelen een rol bij lage rugpijn en pijn in de hoofd- en halsstreek.

Voorals de groep psychische en gedragsstoornissen groeit sterk door een stijging met 20% van burn-out en depressie in vijf jaar. Dit is vooral een zaak van oudere werknemers tussen 50 en 60 jaar. Opvallend: vrouwen vertegenwoordigen meer dan tweederde van de gevallen van langdurig

ziekteverzuim omwille van depressie en burn-out.

Langdurig zieken opdelen per statuut leert dat het in twee op de drie gevallen om arbeiders gaat. Bij arbeiders zijn mannen en vrouwen gelijk vertegenwoordigd. Bij de bedienden is de verhouding vrouwen ongeveer drie op vier. De vergrijzing en de vervrouwelijking van de beroepsbevolking verklaren deels de toename van het langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in België, maar niet helemaal.

Werk maakt gelukkig en gezond

Werken en ziek zijn worden in ons huidige systeem gezien als absolute tegenstellingen. Dat merk je ook aan de zeer

negatieve beoordelingen die gebruikt worden: je bent arbeidsongeschikt of invalide en lijkt niets meer te kunnen. Dat is voorbijgestreefd en niet correct: werk maakt gelukkig en gezond. Meer zelfs: werken kan deel uitmaken van het herstel.

Jammer genoeg wordt in het huidige systeem ook alle contact tussen de werkgever en de zieke werknemer verbroken zodat een steeds grotere kloof tussen beiden groeit. De werkgever mag zelfs niet bellen om te vragen “hoe gaat het met u?”. Dat gaat in tegen de zelfbeschikkingstheorie die suggereert dat mensen gemotiveerd worden door universele psychologische behoeften: competentie, verbinding en autonomie. Groeien in competentie, realiseren van doelstellingen, professionele erkenning en sociale verbinding zijn belangrijke elementen die op het werk gerealiseerd worden.⁷

Voorzie daarom een attest waarop de behandelende arts schrijft wat een werknemer wél nog kan. De behandelende arts kan bij onduidelijkheden of vragen rond het werk verwijzen naar de arbeidsarts. De arbeidsarts kent de arbeidssituatie en de aanpassingsmogelijkheden erg goed. Het contact tussen artsen garandeert het veilig

Figuur 7: **Aantal werknemers en werklozen in invaliditeit op 31 december, per ziektegroep - Evolutie 2017-2022**

Ziektegroep	2017	2018	2019	2020	% totaal (2020)	Evolutie ('17 - '22)
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	136.343	145.180	153.512	163.022	36,87%	19,57%
Ziekten van bot-spierstelsel en bindweefsel	116.529	124.560	132.352	140.835	31,85%	20,86%
Ziekten van zenuwstelsel	20.893	22.326	23.555	24.625	5,57%	17,86%
Nieuwvormingen (kanker)	20.856	21.890	22.740	23.156	5,24%	11,03%
Ziekten van hart- en vaatstelsel	20.281	20.710	21.203	21.368	4,83%	5,36%
Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	19.022	19.494	19.927	20.781	4,70%	9,25%
Andere aandoeningen	65.006	46.585	47.215	48.340	10,93%	-25,64%
Totaal	379.908	400.745	420.504	442.127	100,00%	16,38%

BRON: RIZIV



Voor de belangrijkste aandoeningen zijn de risicofactoren én de behandelopties gekend

Lage rugpijn is vaak de reden waarom mensen langdurig uitvallen. Dat hoeft nochtans niet zo te zijn, integendeel. De KCE-richtlijn (Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg) rond lage rugpijn met of zonder uitstralingspijn (radiculaire pijn) geeft aan dat je het risico op chronische pijn kan inschatten met eenvoudige risicoschalen aan de hand van een vragenlijst. De patiënt goed informeren is daarbij belangrijk.

Patiënten zijn bijvoorbeeld vaak onterecht bang dat hoe meer ze bewegen, hoe groter het probleem zal worden. Maar dat is zeker niet altijd zo. De KCE-richtlijn benadrukt daarom het belang van 'het versterken van zelfmanagement': geef informatie en gepersonaliseerd advies, aangepast aan de behoeften en capaciteiten, benadruk de goed aardigheid van lage

rugpijn en radiculare pijn en moedig patiënten aan om de normale activiteiten verder te zetten. De richtlijn opent de piste naar revalidatie op het werk: ondersteun en moedig de hervatting van het werk of van de normale dagelijkse activiteiten zo vroeg mogelijk aan bij personen met lage rugpijn, met of zonder radiculare pijn. Dat vergt mogelijk een beperkt regime of afgebakende taken, maar het helpt om mensen aan de slag te houden.⁸

Een samenvatting van het hoogste wetenschappelijk bewijsniveau over stressgerelateerde psychische stoornissen schetst erg duidelijk de belangrijkste werkgerelateerde psychosociale risicofactoren: het onevenwicht tussen inspanning en beloning, lage organisatorische 'rechtvaardigheid' en hoge taakeisen. De auteurs concluderen dat er slechts matig bewijs gevonden werd dat werkstress geassocieerd kan worden met een hoger risico op stressgerelateerde psychische stoornissen.⁹ Het is vooral zaak de problemen op de werkvloer aan te pakken.

en vertrouwelijk delen van medische informatie.

Focus op werknemers

De risicofactoren op langdurige uitval en de succesfactoren voor re-integratie op de werkvloer zijn gekend. Figuur 8 geeft een overzicht van de risico- en succesfactoren voor de re-integratie op de werkvloer van werknemers na langdurige ziekte. Het is vooral belangrijk om in te zetten op modificeerbare risicofactoren. Dat zijn risicofactoren, die in tegenstelling tot vaste factoren als geslacht en leeftijd, beïnvloedbaar zijn. Deze factoren moeten dan ook het



Figuur 8: **Overzicht van de factoren voor arbeidsongeschiktheid en re-integratie**

Modificeerbare risicofactoren staan in het groen, niet-modificeerbare risicofactoren staan in het rood. Positief verband betekent dat het een positieve impact heeft op terugkeer naar werk, negatief verband betekent dat de predictor een negatieve impact heeft op een terugkeer naar werk.

Risicofactoren	Categorie	Versand	
Leeftijd	Persoonskenmerken	>50%	
Geslacht		Vooraf vrouwen	
Laag opleidingsniveau		Negatief	
Perceptie gezondheidstoestand	Perceptie	Positief	
Eigen voorspelling		Positief	
Pijn		Negatief	
Klachteninterferentie	Invloed	Negatief	
Psychische klachten		Persoonlijke kenmerken	Negatief
Perfectionisme/ijverigheid			Negatief
Vermijding/onzekerheid	Negatief		
Belastende thuissituatie	Negatief		
Fysiek zware arbeid	Kenmerken arbeidssituatie	Negatief	
Werkdruk		Negatief	
Regelmogelijkheden		Positief	
Werkbaarheid		Positief	
Arbeidstevredenheid		Positief	

7. Wang, N., et al. (2020). "The Daily Motivators: Positive Work Events, Psychological Needs Satisfaction, and Work Engagement." *Applied Psychology* 69(2): 508-537.
8. <http://lagerugpijn.kce.be/>
9. Wang, N., et al. (2020). "The Daily Motivators: Positive Work Events, Psychological Needs Satisfaction, and Work Engagement." *Applied Psychology* 69(2): 508-537.
10. Goorts, K; et al. (2020) Psychosocial determinants predicting long-term sickness absence: a register-based cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 74 Issue 11 Pages 913-918.

BRON: GOORTS ET AL¹⁰.



“Werk maakt gelukkig en gezond. Meer zelfs: werken kan deel uitmaken van het herstel.”

uitgangspunt vormen voor preventieve én curatieve acties.

Zo kan je inspelen op de individuele perceptie van werknemers over hun gezondheidstoestand: pijn kan voor de ene erg belemmerend werken, maar voor de andere niet. Hetzelfde geldt voor het ziekteverloop: de ene werknemer schat het potentieel voor genezing anders in dan een andere. Tot slot interfereren de klachten niet voor alle werknemers in een gelijke mate met het werk.

Psychische klachten uiten zich vaak als negatieve stress (‘distress’). Het gaat dan over klachten zoals irritatie of het gevoel hebben dat je een situatie niet meer aankan. Medewerkers die eerder vermijdend of onzeker zijn, hebben een grotere kans om langdurig uit te vallen. Hetzelfde geldt voor medewerkers die geconfronteerd worden met een belastende thuissituatie. Tot slot vormt aanleg voor perfectionisme en sterke ijver een wat contra-intuïtieve voorspeller: meestal gaat het om medewerkers die zelden klagen en vele uren kloppen. Ze hebben echter een verhoogde kans op burn-out.

De arbeidsorganisatie

Je kan als werkgever de arbeidsorganisatie aanpassen en zo het uitvallen van werknemers voorkomen. We kunnen dan focussen op hoe werk verdeeld en georganiseerd wordt. Zo kan het pakket aan taken en verantwoordelijkheden van de werknemer worden aangepast om de werklust te verminderen of de rol van de werknemer duidelijker uit te klaren. Je kan daar als onderneming op inspelen op strategisch niveau door competentieprofielen te benutten en loopbaanontwikkelingsplannen op te maken.

Meer autonomie of zeggenschap voor werknemers en inzetten op het verbeteren van de communicatie en samenwerking tussen het personeel zijn essentieel om het welbevinden van werknemers te vergroten. Een belangrijke rol is weggelegd voor de directe leidinggevende bij functioneringsgesprekken en het werkoverleg. Onderzoek van AG Healthcare¹¹ leert dat zowel directe leidinggevendenden als werknemers niet altijd achter de nieuwe mogelijkheden staan of er terughoudend naar kijken. Dat is zeker zo wanneer ze niet betrokken werden bij het ontwerp en de uitrol ervan. Het is daarom belangrijk om hen vroeg te betrekken bij problemen en het uitwerken van de oplossingen.

I-deals komen tegemoet aan de behoefte aan autonomie

Wanneer je de inzetbaarheid van werknemers in je onderneming wil vergroten, kan je inzetten op i-Deals. I-deals zijn individueel onderhandelde regelingen die voor zowel werknemers als werkgevers voordelig zijn. Ze zijn zo een praktisch HR-instrument om zowel de strategische doelen van werkgevers als de loopbaandoelen van werknemers te realiseren.

I-deals werden al ingezet om kansen (bijvoorbeeld training en certificering), taken (bijvoorbeeld opdrachten die passen bij individuele vaardigheden of professionele interesses), flexibele werktijden (bijvoorbeeld de mogelijkheid om thuis te werken), beloning (bijvoorbeeld individuele financiële prikkels) of specifieke oplossingen voor persoonlijke problemen (bijvoorbeeld tijdelijk verlaagde werkdruk om voor een ziek kind te zorgen) te organiseren. I-deals worden niet enkel intern gebruikt, maar ook om de mobiliteit naar andere werkgevers te ondersteunen.

De win-win die bij i-deals wordt gerealiseerd zorgt voor intuïtieve aantrekkelijkheid en waarde. Er kunnen zelfs triple-win-situaties ontstaan, waarbij collega's de i-deals van hun collega's goedkeuren en indirect meesurfen op de afspraken van anderen.

Ondanks de aantrekkelijkheid en de aangetoonde voordelen, blijken opvallend weinig werkgevers het systeem van i-deals te gebruiken. Professor Ans De Vos van Antwerp Management School pleit in haar onderzoek sterk voor een veel breder en meer strategisch gebruik van i-deals door werknemers en werkgevers in alle sectoren, zowel in kleine als grote bedrijven, aangezien dit kan helpen het volledige potentieel van werkgever-werknemerrelaties te realiseren.¹²

Hoe inzetten op gezond werken?

Inzetten op preventie doe je best in een goed uitgewerkte HR-strategie die 'gezond werken' op een holistische wijze aanpakt. Een holistisch gezondheidsbeleid geeft aandacht aan zowel het fysieke, het sociale als het mentale welzijn van individuele werknemers en van de algemene werkcontext. Zo kan je op individueel vlak aandacht hebben voor ergonomie door een aangepaste bureaustoel of persoonlijke, psychologische ondersteuning te voorzien. Op groepsniveau zorgt een gezondheidspromotieprogramma voor meer bewustzijn rond het belang van regelmatig bewegen of voor een grotere bespreekbaarheid van mentaal welzijn op het werk.

Strategisch inzetten op gezond werken houdt in dat je alle mogelijke stakeholders uit een onderneming betreft: het topmanagement, de directe leidinggevenden, het HR-team, preventieadviseurs en arbeidsartsen en de sociale partners. Het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk lijkt een ideaal forum om een strategisch en

holistisch beleid rond gezond werken te integreren in de onderneming.

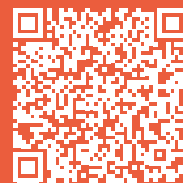
Om de slaagkans en het effect van je 'gezond werken'-beleid te verhogen is inzetten op gevalideerde methodieken essentieel. Een eerste reeks methodieken focust op de levensstijl van de werknemer: ze zetten werknemers aan tot meer beweging of betere voedingsgewoonten. Gaat het om mentale klachten, dan is psychologische begeleiding een effectief instrument om absentieïsme te voorkomen. Als werkgever kan je deze begeleiding aanbieden, via de externe preventiedienst of via een andere leverancier. Je focust best op begeleidingsvormen die gebruik maken van cognitieve gedragstherapie of oplossingsgerichte therapie: zij blijken hierbij succesvol (zie ook kader). «

11. AG Health Partner. (2021) *Absentieïsme in België. Oorzaken, kostprijs en vermijden van langdurige afwezigheid op het werk.*
12. Van der Heijden, B., et al. (2021). "Ticket to Ride: 1-deals as a Strategic HR Tool for an Employable Work Force." *Frontiers in Psychology.*



Infopunt geïntegreerd welzijnsbeleid

Een geïntegreerd welzijnsbeleid omvat de initiatieven die een onderneming voorziet rond fysieke en mentale gezondheid, veiligheid en duurzaamheid. Dat is een heel erg breed en divers domein waarbij de informatie soms erg verspreid zit. KU Leuven ontwikkelde samen met IDEWE, het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs, het Vlaams Instituut Gezond Leven en Voka Health Community een infopunt voor geïntegreerd welzijn op het werk. Het 'infopunt geïntegreerd welzijnsbeleid' is opgezet als een verwijsporaal voor info en data, methodieken en best practices. Je vindt er alle info op één plek. Het infopunt kreeg de steun van de Koning Boudewijnstichting.



Gevalideerde methodieken

Om de slaagkans en het effect van je 'gezond werken'-beleid te verhogen is inzetten op gevalideerde methodieken essentieel. Een eerste reeks methodieken focust op de levensstijl van de werknemer: ze zetten werknemers aan tot meer beweging of betere voedingsgewoonten. Bij mentale klachten blijkt psychologische begeleiding een effectief instrument om absentieïsme te voorkomen. Als werkgever kan je deze begeleiding zelf aanbieden, via de arbeidsgeneeskundige dienst of via een derde leverancier. Je focust best op begeleidingsvormen die gebruik maken van cognitieve gedragstherapie of oplossingsgerichte therapie: zij blijken hierbij succesvol. Het Vlaams Instituut Gezond Leven helpt bij het opzetten van een sterk gezondheidsbeleid.





Snelheid, flexibiliteit en eenvoud zijn cruciaal om de re-integratie van zieken vlot te laten verlopen. Vandaag reageren we te afwachtend, te rigide en te gefragmenteerd wanneer een werknemer langer dan een paar dagen afwezig is. We zetten daarbij maar liefst vier types artsen in die amper informatie kunnen delen. Dat kan allemaal efficiënter en sneller. In dit hoofdstuk stellen we een nieuw tijdsschema voor.

3. Re-integratie vandaag: traag, complex en gefragmenteerd

We reageren traag

Elke invaliditeit begint met één dag ziekte. Toch wachten we vandaag tot tien weken na de eerste ziektedag om een probleemanalyse op te maken, wordt pas na vier maanden een integratieplan gemaakt en verschijnt de 'Terug naar Werk'-coördinator pas na vijf à zes maanden. Dat is héél erg laat.

Het eerste contact met de werknemer, de ondersteuning en begeleiding van langdurig zieken kan véél vroeger beginnen. Om een evolutie naar de chronische fase te vermijden, kan ondersteuning en begeleiding best opgestart worden tussen maand één en maand drie van afwezigheid.¹³ Een snelle start van het re-integratietraject is belangrijk omdat:

- De kansen op succesvolle re-integratie dalen naarmate het traject later start;
- Een eerste probleemanalyse na zes maanden geen bijkomende toegevoegde waarde heeft;
- De werkgevers al na een paar weken aangepast zijn aan de afwezigheid van de zieke;
- De kans op langdurig verzuim na zes maand zeer hoog is;
- De ondersteunende maatregelen voor werknemers minder effectief zijn na deze periode.



Nederland als best practice

Nederland voerde in 1990 een grondige hervorming van de wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering door. Dat gebeurde na de vaststelling dat Nederland ‘ziek’ is. Nederland had toen cijfers rond arbeidsongeschiktheid die vergelijkbaar waren met België. Hoewel Nederland vooral bekend is omwille van de harde responsabilisering, ligt de sleutel van het succes volgens de Nederlandse Rijksoverheid bij het snel vastleggen van wat wel nog kan.

In de Nederlandse regeling verschuift de aandacht van inkomensbescherming naar arbeidsparticipatie. Het stelsel gaat uit van de mogelijkheden van mensen, niet van hun beperkingen. Om dat praktisch te organiseren wordt van een werknemer verwacht dat die zich binnen één week na de ziekmelding bij de arbeidsarts aanmeldt om na te gaan wat er kan gedaan worden om de medewerker aan de slag te houden. Dat is niet enkel de verantwoordelijkheid van de werknemer, ook de werkgever is betrokken en zoekt mogelijkheden rond aangepast werk. Na zes weken moet er een probleemanalyse op tafel liggen die nog eens twee weken later moet leiden tot een plan van aanpak ‘re-integratie’ of passend werk. Bij dreigend langdurig ziekteverzuim moet de werkgever een re-integratiedossier bijhouden. Elke zes weken wordt de voortgang van de re-integratie besproken. Na één jaar wordt ook de Nederlandse overheid betrokken die nagaat of er voldoende inspanningen werden geleverd door zowel werknemer als werkgever.

Met een complex en rigide systeem

Vandaag gaan we zeer rigide en beperkend om met werknemers die ziek vallen. Wanneer je arbeidsongeschikt wordt verklaard, is dat een erg absolute en totale beslissing: je kan en mag niet werken. Het systeem is bovendien helemaal gericht op controle: de ziekte wordt vastgesteld en vervolgens worden je rechten gecheckt. Geen woord over wat je wel nog kan of wil; geen aanbod om de tijd of plaats waar je werkt aan te passen of om na te gaan of een opleiding jou verder helpt.

Het systeem is bovendien zeer complex: er komen vier types artsen aan te pas, je kan een informeel en formeel traject volgen, zowel trajecten via RIZIV¹⁴ als FOD WASO¹⁵ zijn mogelijk en dan nog is het niet zeker dat je geniet van arbeidsbemiddeling, opleiding, loopbaanbegeleiding

Formele trajecten: te veel drempels

De formele re-integratietrajecten van FOD WASO en RIZIV kunnen aangevraagd worden door de werknemer of zijn behandelende arts, de adviseerend arts van het ziekenfonds of door de werkgever. Hierbij wordt de formele, complexe procedure tot re-integratie gevolgd. Er zijn verschillende stappen voorzien in de procedure met telkens een specifieke timing, waarbij de arbeidsarts kan toeleiden naar deze trajecten. Hierbij is wettelijk bepaald wie wat mag/moet doen en wie niet. Door de strikte en complexe regels zijn de betrokkenen aan handen en voeten gebonden. Zowel voor de werkgever, werknemer als de artsen en bemiddelaars kan dit belemmerend zijn.

“Elke invaliditeit begint met één dag ziekte. Toch wachten we vandaag met het analyseren van het probleem tot 10 weken na de eerste ziekdag.”

of jobcoaching. Er zijn in de huidige re-integratieprocedure maar liefst vijf trajecten (via de preventie-adviseur arbeidsarts) en vier categorieën (voor de adviserend arts) voorzien. De nieuwe ‘Terug naar Werk’-coördinatoren dienen dan vooral om die complexiteit te overwinnen.

Dat moet eenvoudiger en op een andere manier: louter rechten controleren en procedures volgen of afwachten en intussen niets doen, helpt niemand vooruit. Beter is een aanklappend beleid, waar wordt uitgegaan van de mogelijkheden van de mensen om hen aan het werk te houden of hen terug op het werk te krijgen via maatwerk.

Informeel traject meer succesvol

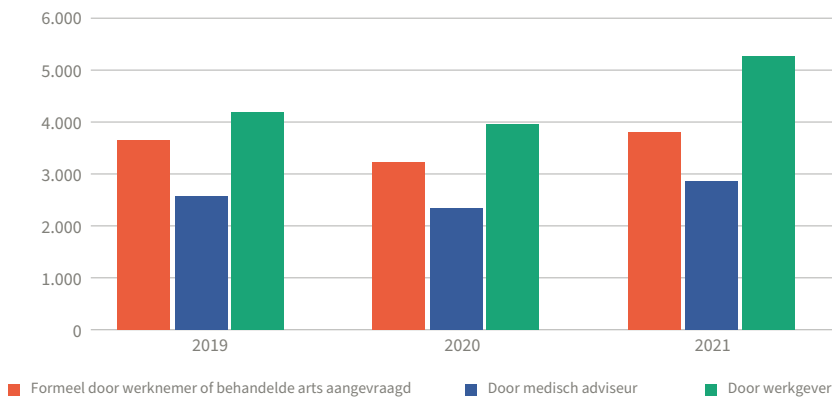
Naast de formele trajecten bestaat ook een informeel traject, beter bekend als ‘het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting’. Arbeidsongeschikte werknemers die hulp wensen bij hun werkhervatting kunnen vrijwillig een ‘bezoek’ aanvragen bij de arbeidsarts. Het gaat om een bezoek waarbij het niet de bedoeling is om een medisch oordeel te geven rond de inzetbaarheid van de werknemer maar wel om

13. Rekenhof (2021) Langdurig zieken. Maatregelen tot re-integratie op de arbeidsmarkt. Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers.
14. www.riziv.fgov.be/nl/themes/arbeidsongeschiktheid/werknemers-werklozen/Paginas/reintegratietraject.aspx
15. werk.belgie.be/nl/themes/welzijn-op-het-werk/het-gezondheidstoezicht-op-de-werknemers/re-integratie-van

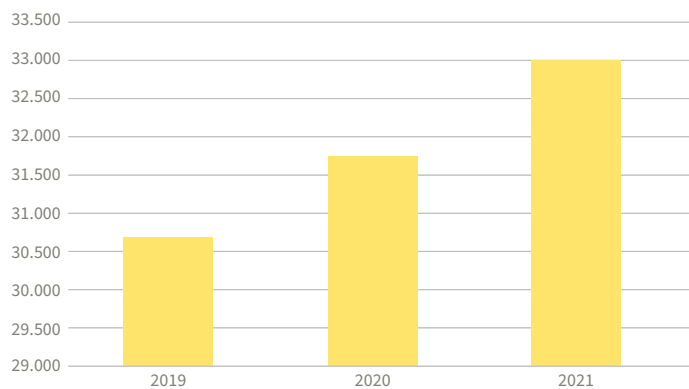


Figuur 9: **Het aantal informele re-integratietrajecten ligt veel hoger dan formele trajecten en stijgt sneller**

Evolutie aantal formele re-integratietrajecten in België



Evolutie aantal informele re-integratietrajecten in België



BRON: IDEWE & MENSURA

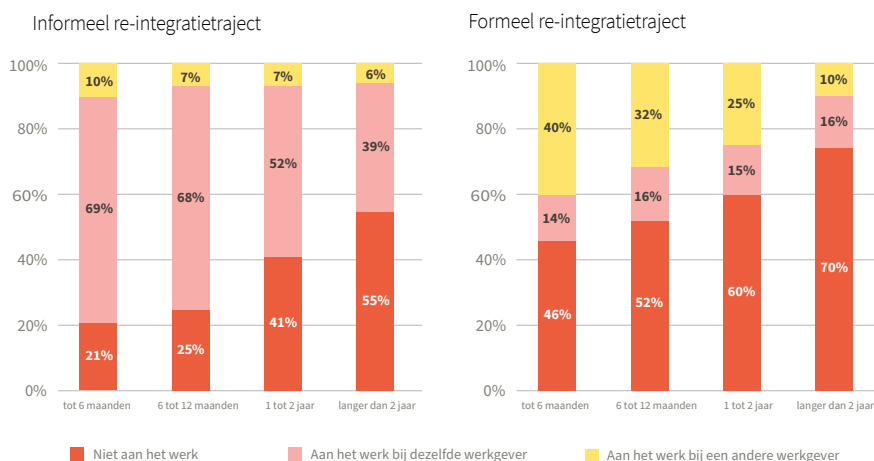
te bespreken welke aanpassingen aan werk of werkomstandigheden kunnen helpen bij een werkhervatting. Deze informele re-integratietrajecten stegen de afgelopen jaren veel sterker dan de formele trajecten (figuur 9). De informele trajecten halen ook veel betere resultaten, zowel op het vlak van het aantal gestarte trajecten als op het vlak van een geslaagde toeleiding naar werk (figuur 10).

Daarbij moet wel één kanttekening geplaatst worden. De informele trajecten zijn dan wel flexibel, maar ook erg vrijblijvend: duidelijke en concrete afspraken en bijhorende opvolging kunnen niet. Ook de mogelijkheid om een nieuw loopbaanpad te bewandelen, bijvoorbeeld bij een andere werkgever, komt nauwelijks aan bod.

Gevolgd door vier artsen

De belangrijkste poortwachters van het re-integratiebeleid zijn de verschillende artsen die betrokken zijn: de behandelende arts, de arbeidsarts, de controlearts en de adviserend arts van het ziekenfonds. Die veelheid aan actoren leidt tot communicatieproblemen waarbij het delen van informatie vaak moeizaam verloopt. De vele artsen en de beperkte mogelijkheden om gegevens te delen zorgen voor vertraging en herhaling.

Figuur 10: **Informele trajecten meer succesvol dan formele**



BRON: IDEWE & MENSURA*

Dat kan véél eenvoudiger door te focussen op de behandelende arts en de arbeidsarts. Wanneer de behandelende arts vermoedt dat het werk een rol speelt in de ziekte, verwijst hij best meteen door naar de arbeidsarts. De arbeidsarts is dé specialist rond werk. Bij een vlotte verwijzing van de behandelende arts naar de arbeidsarts keert 80% terug in de eerste zes maanden. Zelfs bij langdurig zieken die langer dan twee jaar arbeidsongeschikt zijn, zorgt een samenwerking tussen huisarts en arbeidsarts voor een hogere terugkeer naar het werk. De samenwerking zal bovendien leiden tot meer vertrouwen en minder inzet van controleartsen.

Er is dus niet per se een tekort aan controle-, adviserende- of



“De vele artsen en de beperkte mogelijkheden om gegevens te delen zorgen voor vertraging en herhaling.”

arbeidsartsen: we zetten deze artsen verkeerd in. Bovendien moeten artsen hun aandacht richten op de echt complexe gevallen. Minder complexe casussen kunnen doorgegeven worden aan de – goed opgeleide – arbeidsverpleegkundigen. Verpleegkundigen kunnen helpen bij de triage, het begeleiden en de opvolging van eenvoudige gevallen. Een efficiënte inzet van artsen maakt het systeem eenvoudiger, effectiever en laat toe om meer zieke werknemers te begeleiden.

We stellen dan ook voor om na vier weken arbeidsongeschiktheid (in plaats van tien weken vandaag) contact te voorzien met de arbeidsarts om de zieke te informeren en een probleemanalyse op te maken. De probleemanalyse wordt door de arbeidsarts gemaakt via een evidence-based medische vragenlijst die rekening houdt met de gekende risicofactoren. De arbeidsarts zorgt zo voor een eerste profilering van de zieke (zoals het Individual Placement and Support Project). Op basis van de probleemanalyse kan na zes weken (in plaats van na vier maanden vandaag) een duidelijk plan van aanpak afgesproken worden in dialoog tussen werknemer, arbeidsarts en behandelende arts. Dat gebeurt in dialoog maar wel met concrete afspraken: het zou kunnen dat er meer tijd nodig is voor herstel, dat er wordt gesproken over opleiding, jobcoaching of transitie naar een andere functie of werkgever. Ook de arbeidstijd wordt besproken zodat afspraken gemaakt kunnen worden over progressieve of degressieve tewerkstelling.

De adviserende arts en de “Terug naar Werk”-coördinator van het ziekenfonds worden na tien weken betrokken voor

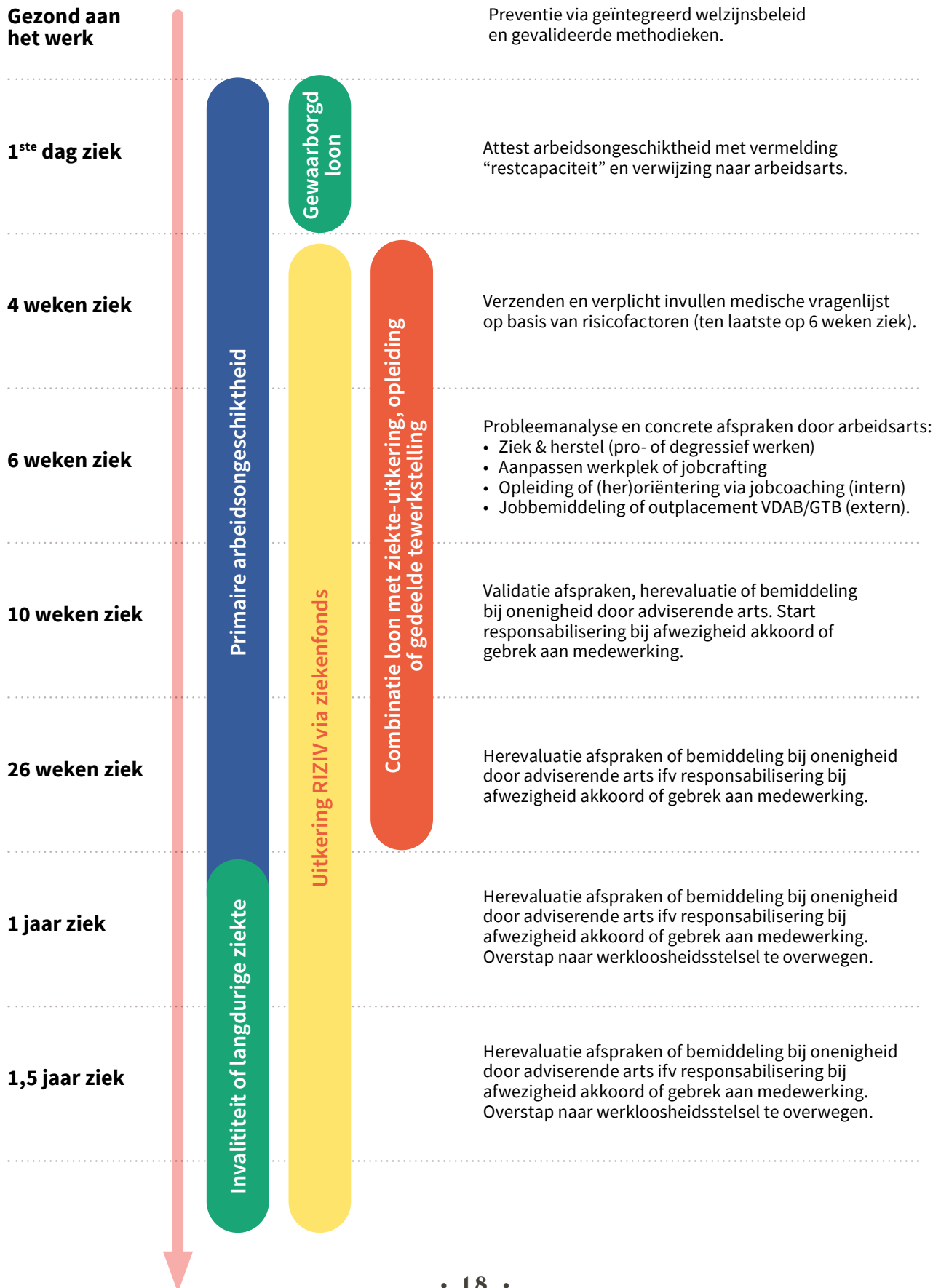
opvolging wanneer of de werkgever of de werknemer aangeven dat er een probleem is bij het opmaken of naleven van de gemaakte afspraken. De adviserende arts kijkt de medische mogelijkheden na terwijl de “Terug naar Werk”-coördinator de mogelijkheden rond re-integratie, aangepast werk, een transitietraject, opleiding of een heroriëntering voorlegt. Indien dit overleg met adviserende arts en de “Terug naar Werk”-coördinator niet leidt tot concrete afspraken tussen werkgever en werknemer treden de responsabiliseringsmechanismen in werking (zie tijdsschema pagina 18).

Welke verbeterpunten stelt Voka voor?

- » **Zet meer in op preventie:** door een geïntegreerd welzijnsbeleid en gevalideerde methodieken.
- » **Werk gericht:** de medische vragenlijst volgt de evidence-based risicofactoren.
- » **Start snel:** door na vier weken de medische vragenlijst te bezorgen kan na zes weken een plan van aanpak opgemaakt worden. Dat is veel sneller dan de huidige 10 weken en 4 maanden.
- » **Ga in dialoog:** informele re-integratie werkt veel sterker dan de formele trajecten. Zorg voor een dialoog die eindigt in duidelijke en concrete afspraken.
- » **Werk flexibel:** degressieve en progressieve tewerkstelling versterken de band, eenvoudige transitie tussen werkgevers wordt gestimuleerd en opleiding, jobcoaching en arbeidsbemiddeling kunnen snel starten al dan niet in combinatie met een uitkering.
- » **Werk met duidelijke rollen:** de behandelende arts en de arbeidsarts zijn het best geplaatst om de medische en werkgerelateerde aspecten in te schatten. De adviserend en controlerend geneesheer zorgen voor opvolging wanneer er geen afspraken gemaakt worden of deze niet nageleefd worden.
- » **Geef verantwoordelijkheid:** wanneer de afspraken niet concreet gemaakt worden of niet opgevolgd worden, treden na advies van de adviserend geneesheer de responsabiliseringsmechanismen in werking.

16. Boets, I. et al. (2020) *Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk. Samenvatting kwantitatieve, kwalitatieve en juridische evaluatie.* FOD WASO.

Figuur 11: Re-integratie in schema: voorstel Voka



Relatief jonge initiatieven trachten de re-integratie van zieken te optimaliseren. Voka pleit voor een nauwgezette opvolging die kort op de bal speelt, met focus op werk zonder onderscheid in statuut of duur van de afwezigheid. Hierbij moet de terugkeer naar werk zo veel als mogelijk de norm worden. Meer ambitie is nodig om elke arbeidsongeschikte te activeren binnen zijn mogelijkheden.

4. Re-integratie: sneller, eenvoudiger en meer systematisch

Toenemende aandacht voor re-integratie

Om zieke medewerkers terug naar de arbeidsmarkt te begeleiden, werden de laatste jaren diverse wetgevende initiatieven¹⁷ opgestart met meer aandacht voor de re-integratie van zieken naar aangepast of ander werk en een centrale rol voor de arbeidsarts. De wettelijke verankering van deze re-integratietrajecten zorgde voor een kader en voor een verhoogd bewustzijn rond de problematiek. Het verslag van het Rekenhof van december 2021 toonde echter aan dat de maatregelen in de praktijk tot onvoldoende resultaten leiden.¹⁸ “Hoewel het aantal re-integratietrajecten toeneemt, blijft het effect ervan beperkt: jaarlijks wordt slecht 2% van de beoogde doelgroep effectief bereikt”, zo stelt het Rekenhof in zijn verslag. Van de personen die een

traject volgen is na bijna 2 jaar meer dan twee derde nog niet terug aan het werk.

Aan het huidige tempo is het weinig waarschijnlijk dat de re-integratietrajecten een wezenlijke bijdrage zullen leveren aan de terugkeer van zieken naar de arbeidsmarkt. Dat wijst erop dat de regelgeving onvoldoende inzet op een snelle en sterke activering.

‘Terug naar Werk’-coördinatie als oplossing?

Een van de nieuwigheden die de re-integratie van zieke medewerkers moet versterken, zijn de ‘Terug naar Werk’ (TNW)-coördinatoren. De TNW-coördinator biedt vanuit de ziekenfondsen ondersteuning en hulp bij de zoektocht naar werk dat aansluit bij de mogelijkheden van de zieke. Zo verschuift het zwaartepunt van het traject van de adviserende arts naar de TNW-coördinator.

Tien weken na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid vraagt de adviserende arts om binnen twee weken »

Ontdek onze podcast, opinies, interviews en activiteiten over de toekomst van werk op voka.be/detoekomstvanwerk.



17. *Waaronder de Koninklijke Besluiten van 28 oktober 2016 van 8 november 2016.*

18. *Rekenhof (2021) Langdurig zieken. Maatregelen tot re-integratie op de arbeidsmarkt. Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers.*





arbeidsbemiddelingsdiensten worden in de plannen van de regering geresponsabiliseerd.

De plannen van de regering blijven echter zeer vrijblijvend en missen een systematische, aanklappende aanpak. In hoofdstuk 3 stelden we daarvoor een nieuw tijdsschema voor. Kan dat niet wat sneller? En zouden zieken niet, in de mate van het mogelijke en naar analogie met uitkeringsgerechtigde werkzoekenden, beschikbaar moeten zijn om in te gaan op een Terug Naar Werk-traject? We moeten durven nadenken over een re-integratieplicht zoals in Nederland. Bovendien zijn tot vandaag enkel de TNW-coördinator en de responsabilisering van werkgevers in werking getreden. De andere regeringsplannen zijn noch regelgevend, noch in de praktijk uitgewerkt. Bijvoorbeeld de beloofde invoering van een degressieve tewerkstelling gesteund door een uitkeringsverzekering bij het RIZIV zou ervoor kunnen zorgen dat werknemers met een fluctuerende of chronisch progressieve aandoening nog deeltijds aan de slag kunnen blijven. Gelijkaardig zou een versoepeling van de gedeeltelijke werkherhervatting het arbeidspotentieel van zieken kunnen faciliteren.

Meer flexibiliteit

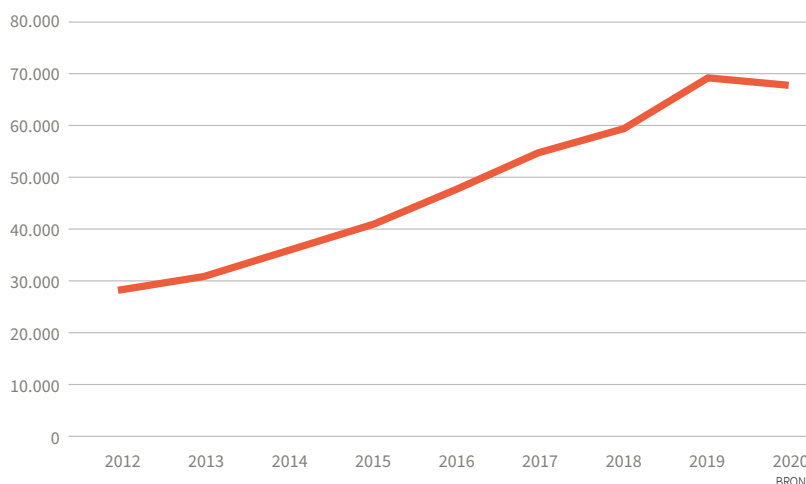
Een instrument waar wel steeds vaker

een medische vragenlijst in te vullen. Op basis van de antwoorden schat de adviserend geneesheer de 'restcapaciteit' (sic) van de werknemer in. Hij heeft hiervoor vier weken en kan dan eventueel beslissen om een re-integratieplan op te stellen. In dat geval start de TNW-coördinator na zestien weken samen met de zieke werknemer en de adviserende arts een Terug Naar Werk-traject. In de plannen van de regering verdwijnt het onlogische onderscheid gemaakt tussen zieken met en zonder arbeidsovereenkomst. Wel blijft het zo dat als de zieke nog een arbeidsovereenkomst heeft, bij voorkeur wordt doorverwezen naar de arbeidsarts van de werkgever om een re-integratietraject te stimuleren bij de huidige werkgever.

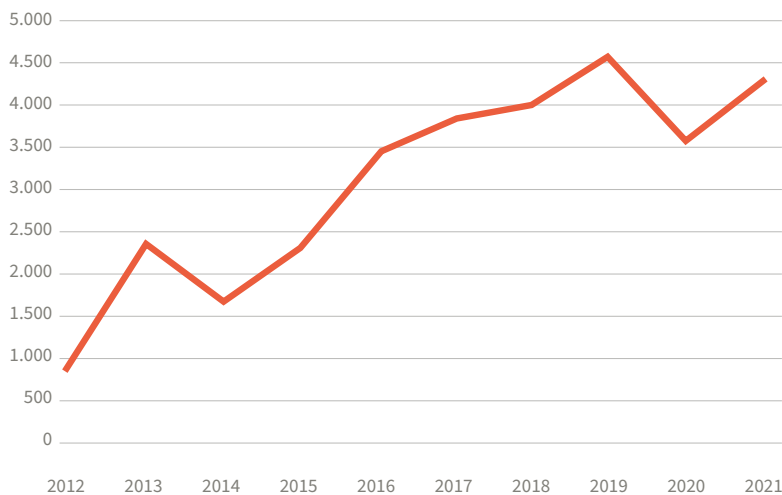
De regeling voorziet zowel wortels als stokken achter de deur: een Terug naar Werk-rekentool voedt de motivatie om te gaan werken door de zieke een zicht te bieden op wat het verschil is tussen loon en vervangingsinkomen. Daarnaast wordt aan de zieke gevraagd om een positieve engagementsverklaring voor re-integratie te

ondertekenen. Wanneer de zieke de medische vragenlijst niet of onvoldoende invult, of de uitnodiging van de TNW-coördinator negeert, wordt deze geresponsabiliseerd door een beperkte inhouding van 2,5% van de uitkering. Ook de ziekenfondsen, de werkgevers, de artsen en de regionale

Figuur 12: **Op bijna 8 jaar tijd is het aantal Belgen in gedeeltelijke werkherhervatting enorm gestegen**



Figuur 13: **Trajecten van arbeidsongeschiktheid naar werk in stijgende lijn maar onvoldoende gezien het potentieel (samenwerking RIZIV, mutualiteiten, VDAB en GTB)**



“De samenwerking tussen RIZIV en VDAB moet minstens uitgebreid worden tot 40.000 toeleidingen per jaar.”

gebruik van wordt gemaakt is de ‘gedeeltelijke werkhervatting’ of de vroegere ‘progressieve tewerkstelling’ waarbij zieke werknemers (minstens 50%) een aangepaste en/of gedeeltelijke tewerkstelling kunnen aanvatten. De ziekte-uitkering wordt dan gecombineerd met het arbeidsinkomen zodat de werknemer tijdens het herstel (terug) het werk kan opbouwen. Op bijna 8 jaar tijd is het aantal Belgen in dergelijke werkhervatting enorm gestegen: van 28.000 naar 67.595. Maar in vergelijking met het aantal zieke werknemers blijft dit toch erg beperkt (figuur 12).

En er zijn nog mankementen aan het systeem. Vandaag oordeelt de adviseerende arts of de zieke werknemer het aangepaste werk kan uitvoeren. De adviseerende arts staat ver af van de medische behandeling en de werkvloer: deze inschatting kan beter gebeuren door de behandelende arts na overleg met de arbeidsarts. Ook hier is meer maatwerk, soepelheid (niet beperkt tot 2 jaar) en flexibiliteit (minder dan 30% FTE) nodig zodat zoveel mogelijk werknemers en werkgevers ervan

gebruik kunnen maken.

Loopbaandenken voor langdurig zieken: liever meer, sneller en voor iedereen

Specifiek voor de langdurig zieken (langer dan een jaar ziek) werken RIZIV, mutualiteiten, VDAB en het Gespecialiseerd Team Bemiddeling (GTB) samen om met het nodige maatwerk een traject naar werk te bieden. Deze samenwerking werd geformaliseerd in een overeenkomst (2012) en een raamakkoord (2016). De VDAB engageert zich in principe voor 4.000 jaarlijkse trajecten, GTB realiseert jaarlijks meer dan 5.000 re-integraties.

In het traject van de VDAB kan een zieke werknemer doorverwezen worden door de adviseerende arts, de TNW-coördinator, de arbeidsarts of hij kan zich spontaan aanmelden. Op 10 jaar tijd werden er 30.990 VDAB trajecten opgestart. Dat cijfer evolueert erg traag: in 2021 werden slechts 4.310 zieke werknemers naar de VDAB toegeleid. De samenwerking tussen het RIZIV en VDAB leidt slechts in 1 op 3 toeleidingen tot een nieuwe job. Dat is

té weinig.

De reden is eenvoudig: de toeleiding komt te laat: werknemers die minder dan een jaar ziek zijn, worden uitgesloten. Daarmee wordt de belangrijkste voorwaarde voor een succesvolle werkhervatting, namelijk het snel opstarten van het re-integratieproces, over het hoofd gezien. Om werkelijk impact te hebben mag de toeleiding naar de VDAB zich niet beperken tot langdurig zieken. De toetreding tot bemiddelingstrajecten moet toegankelijk worden voor alle statuten en categorieën. Ook moeten alle paden op de arbeidsmarkt mogelijk en bespreekbaar zijn, zowel bij de eigen werkgever, als via een transitie naar een andere werkgever.

Om re-integratie als hefboom voor hogere werkzaamheidsgraad te voorzien, is de voorziene stijging tot 12.000 jaarlijks opgestarte trajecten tegen 2024 te weinig ambitieus. De samenwerking tussen RIZIV en VDAB moet minstens uitgebreid worden tot 40.000 toeleidingen per jaar. Gezien het hoge en toenemend aantal zieke werknemers is dat de enige gepaste ambitie om tot een werkzaamheidsgraad van 85% te komen.

Om 40.000 toeleidingen tot werk te realiseren én ze succesvoller te maken moet de toeleiding eenvoudiger. De toeleiding naar de VDAB gebeurt vandaag vooral via de adviseerende arts en slechts uitzonderlijk rechtstreeks door de arbeidsarts. Belangrijk is dat de adviseerende arts enkel kan toeleiden als hij oordeelt dat er voldoende restcapaciteit voor de huidige job is om aan de slag te gaan. Geef meer mogelijkheden tot doorverwijzing en spontane aanmelding naar arbeidsbemiddeling zodat jobcoaching en transitie naar (ander) werk sneller en eenvoudiger wordt. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk dat de TNW-coördinatoren niet bepalen welke dienstverlening of dienstverlener gekozen wordt. We pleiten ervoor om de keuzevrijheid van de gebruiker te kaderen in het raamakkoord. ◀

Om meer gezonde en gedeelde groei te realiseren zullen we alle beschikbare handen nodig hebben. Om dit te kunnen waarmaken, formuleren we beleidsaanbevelingen die helpen bij het uitbouwen van een gezond welzijnsbeleid in ondernemingen en bij het voorzien van een vlotte re-integratie van zieken op de werkvoet.

5. Beleidsaanbevelingen

- » **1. Bekijk werken als iets positief.** Werken helpt om een zinvolle invulling te geven en kan bijdragen aan het voorkomen van uitval. Werken maakt bovendien deel uit van het wetenschappelijk onderbouwd hersteltraject voor de belangrijkste aandoeningen waaraan langdurig zieken lijden. Maak daar gebruik van. Daarnaast moet ingezet worden op preventie via een strategisch ingebed en integraal welzijnsbeleid.
- » **2. Focus op het potentieel en de competenties.** Veel personen die niet aan het werk zijn wegens ziekte hebben nog steeds veel competenties of slagen erin ze bij te werken. Ga na wat wel nog kan, vermeldt dit in het ziektebriefje en laat de doorverwijzing naar de arbeidsarts toe. Maak het mogelijk om een dialoog te behouden tussen de werkplek en de werknemer.
- » **3. Integreer zo snel mogelijk.** Voka vraagt om de re-integratie te starten na vier weken afwezigheid wegens ziekte met een verplichte probleemanalyse. Na zes weken moet een plan voor re-integratie, aangepast werk, opleiding of heroriëntering klaar zijn. Beperk je niet tot langdurig zieken: iedereen moet worden gesensibiliseerd, geïnformeerd en begeleid om de weg terug te vinden naar de arbeidsmarkt.
- » **4. Vereenvoudig sterk het aantal artsen en het aantal re-integratietrajecten.** Het re-integratiebeleid is te complex en te sequentieel om tot een doeltreffende re-integratie te komen. De behandelende arts en arbeidsarts leveren als experts de nodige medische en werkgerelateerde expertise aan. De adviserende arts en de Terug Naar Werk-coördinator springen bij wanneer de gemaakte afspraken niet nageleefd worden.
- » **5. Verbreed en responsabiliseer activering.** De aanpak is vandaag te versnipperd en te complex. Breid de samenwerking tussen RIZIV en VDAB uit tot 40.000 toelidingen per jaar. Beperk je niet tot langdurig zieken: iedereen moet worden gesensibiliseerd, geïnformeerd en begeleid om de weg terug te vinden naar de arbeidsmarkt. Terug naar werk moet de norm zijn in plaats van de uitzondering.
- » **6. Combineer ziekte met werk of opleiding.** Laat toe om flexibel werk of opleiding te combineren met ziekte(uitkering) zowel preventief als tijdens de re-integratie. Degressieve tewerkstelling en progressieve werkhervatting worden gesteund door de combinatie van een loon en een uitkering. Door contact te houden wordt de drempel naar terugkeer sterk beperkt.
- » **7. Zorg voor een vlotte overgang.** Transitietrajecten naar een andere werkgever of co-sourcing binnen werkgeversgroeperingen kunnen een oplossing bieden voor werkbehoud of werkhervatting. Gebruik jobcoaching en outsourcing om snel en effectief een geschikte job te vinden.
- » **8. Stimuleer werken.** Uitkeringsvallen moeten worden vermeden zodat werken altijd lonend is. Een zieke werknemer moet eenvoudig kunnen weten wat de financiële impact is van werk op de uitkering via een online-tool. Voorzie ook voor werkgevers incentives en financiële zekerheid bij de re-integratie van zieken.
- » **9. Een gedeeld re-integratiedossier** waar alle betrokken partijen toegang toe hebben is noodzakelijk voor de effectieve opvolging. Effectieve data-uitwisseling en monitoring zijn noodzakelijk om een objectief onderbouwde opvolging en aansturing van het activeringsbeleid te voorzien.
- » **10. Iedereen aan boord.** Om een werkzaamheidsgraad van 85% te bereiken moeten alle actoren en instanties daartoe bijdragen, van het federale over het regionale tot het lokale niveau. Alle betrokken, overheden en bemiddelingsactoren moeten aangesproken én geresponsabiliseerd worden. Voorzie een systematische en periodieke opvolging in een coherente activeringsaanpak over alle overheden, statuten en stelsels heen.

Plan samen groeien

Gedeelde groei is gezonde groei

Deze paper kadert in het Plan Samen Groeien van Voka, waar resoluut wordt gepleit voor gezonde en gedeelde groei. De ambitie is om Vlaanderen tegen 2030 aan de wereldtop te krijgen. Om meer gezonde en gedeelde groei te realiseren, zullen we alle beschikbare talenten nodig hebben. Daarom schuift Voka de ambitie naar voren om de Vlaamse werkzaamheidsgraad op te krikken naar 85% tegen 2030. Dit betekent concreet dat er 356.000 extra mensen aan het werk moeten.

Om deze ambitie waar te maken zullen we met zijn allen gezonder, langer, inclusiever en meer toekomstgericht moeten werken. Het is een evidentie

dat de werkzaamheidsgraad kan worden opgekrikt door te vermijden dat werknemers langdurig uitvallen en door langdurig zieken duurzaam te re-integreren op de arbeidsmarkt. Werk bevordert bovendien een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid, voorkomt ziekte en speelt een actieve rol in herstel na ziekte of uitval. Het hebben van goed werk verhoogt de eigenwaarde en verbetert het sociaal functioneren.

Met deze paper doen we een oproep om met zijn allen in te zetten op de activering van alle talenten. In de eerste plaats door welzijn en gezondheid op het werk te verankeren. Iemand die niet ziek wordt hoeft je niet te re-integreren. Maar als een werknemer toch ziek wordt, moet de re-integratie opgeschaald worden: sneller, eenvoudiger en effectiever terug naar werk.

Om op te volgen hoe Vlaanderen ervoor staat, en waar de meeste ruimte voor verbetering ligt, maakten we een groeimonitor op. Daarbij wordt nagegaan voor een hele reeks indicatoren hoe Vlaanderen presteert. Dat gaan we dan telkens vergelijken met de rest van West-Europa en vooral met een set referentielanden, met name de landen die in allerlei brede indices doorgaans goed scoren. Concreet gaat het om Denemarken, Finland, Nederland, Noorwegen, Zweden en Zwitserland. Voor dit thema kijken we in het bijzonder naar indicatoren op het vlak van werkzaamheidsgraad, inactiviteitsgraad, langdurige gezondheidsproblemen en arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen.

“Met deze paper doen we een oproep om met zijn allen in te zetten op de activering van alle talenten.”

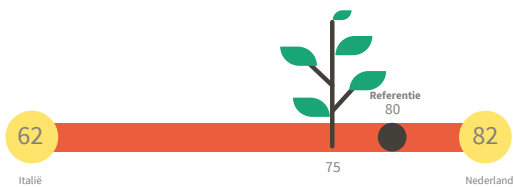
Volg onze groeimonitor op www.voka.be/plansamengroeien/groeimonitor.



De weg naar Vlaanderen topregio in 2030

Werkzaamheidsgraad

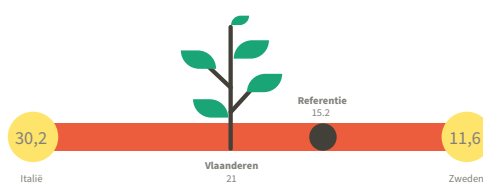
Werkzaamheidsgraad 20 tot 64-jarigen
in % (Q2 2021)



BRON: EUROSTAT/STATBEL

Inactiviteitsgraad

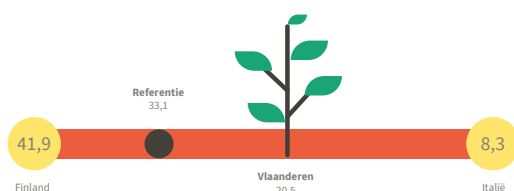
20 tot 64-jarigen die niet actief zijn op de arbeidsmarkt
in % van de 20 tot 64-jarigen (Q3 2021)



BRON: EUROSTAT

Langdurige gezondheidsproblemen

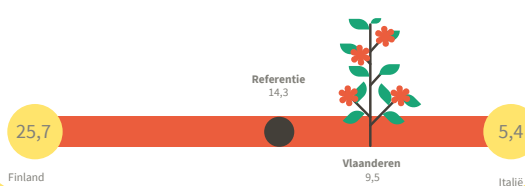
Individen met langdurige ziekte of gezondheidsproblemen
in % van de 16 tot 64-jarigen (2020)



BRON: EUROSTAT

Arbidsgerelateerde gezondheidsproblemen

Individen die arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen aangeven
in % van de werkenden en voormalig werkenden



BRON: EUROSTAT

Legende

Vlaanderen beperkt

Vlaanderen redelijk

Vlaanderen sterk

Referentielanden



De arbeidsmarkt is ziek

**Van preventie tot
re-integratie (langdurig) zieken**

Daan Aeyels