



Advies

Re-integratie van arbeidsongeschikten met een RIZIV-uitkering

Brussel, 25 november 2020

Goedkeuring raad: 25 november 2020
Advies op eigen initiatief

Contactpersoon: Nele Vanheeswijck - nvanheeswijck@serv.be



Mevrouw Hilde CREVITS
Vlaams minister van Economie, Innovatie, Werk, Sociale economie en Landbouw
Consciencegebouw
Koning Albert II laan 15
1210 Sint-Joost-ten-Node

contactpersoon
Nele Vanheeswijck
nvanheeswijck@serv.be

ons kenmerk
COMDIV_20201125_Re-integratie_RIZIV

Brussel
25 november 2020

Re-integratie van arbeidsongeschikten met een RIZIV-uitkering

Mevrouw de viceminister-president

De Vlaamse regering wil de komende jaren 120.000 Vlamingen extra aan een job helpen. Om dit te realiseren telt élk talent, en wil de Vlaamse regering ook wil inzetten op het activeren van kwetsbare groepen en inactieven, waaronder RIZIV-gerechtigden. Met het oog op re-integratie van (langdurig) arbeidsongeschikten op de arbeidsmarkt zal VDAB een aanbod op maat voorzien en wordt ook de samenwerking tussen VDAB, RIZIV en de ziekenfondsen versterkt.

De Commissie Diversiteit staat volmondig achter deze beleidsdoelstelling. Cijfers tonen namelijk aan dat de groep (langdurig) zieken in Vlaanderen alsmear toeneemt. Bovendien verwachten zowel de VDAB als gezondheidsexperts nog een bijkomende stijging van het aantal arbeidsongeschikten als gevolg van de huidige coronacrisis. Tegelijkertijd zien we dat de werkbaarheidsgraad van zowel werknemers als zelfstandigen in Vlaanderen onder druk staat, waardoor in de toekomst nog meer mensen dreigen uit te vallen wegens (een verergering van) gezondheidsproblemen. Om het tij te keren is er nood aan een beleid met concrete acties.

In dit advies doet de Commissie Diversiteit aanbevelingen om in eerste instantie uitval wegens gezondheidsproblemen te voorkomen, en in tweede instantie zo snel als mogelijk gegeven de gezondheidstoestand, in te zetten op duurzame re-integratie van de grote groep arbeidsongeschikten. Dit is enerzijds belangrijk om de gezondheid en/of het herstel van deze (potentiële) werknemers te bevorderen en anderzijds ook om de krapte op te arbeidsmarkt aan te pakken voor ondernemingen en de betaalbaarheid van de sociale zekerheid te garanderen.

We hopen van harte dat u de aanbevelingen en sleutels in dit advies meeneemt in de verdere uitbouw van uw beleid, en zijn steeds bereid om hierover met u van gedachten te wisselen.

Hoogachtend

Pieter Kerremans
administrateur-generaal

Danny Van Assche
voorzitter

Inhoud

Krachtlijnen	6
Advies	8
1 Situering	8
2 Doel	10
3 Focus	10
4 Arbeidsongeschiktheid en re-integratie in Vlaanderen in cijfers	12
4.1 Doelgroep in Vlaanderen	12
4.1.1 'Kern'doelgroep voor re-integratie.....	12
4.1.2 'At risk' doelgroep waar preventief moet op worden ingezet	19
4.2 Opnieuw aan de slag in Vlaanderen	22
4.2.1 'informele' re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte werknemers	22
4.2.2 'formele' re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte loontrekkenden	24
4.2.3 Gedeeltelijke werkhervatting (RTTP)	26
4.2.4 Socio-professionele re-integratie (beroepsherscholing)	26
4.3 De Vlaamse dienstverlening op dit terrein.....	27
4.3.1 Beknopte beschrijvende schets	27
4.3.2 Opname dienstverlening in het kader van het raamakkoord	28
5 Sleutelprincipes	31
5.1 Werken is gezond, op voorwaarde dat het werkbaar werk is	31
5.2 Empowerment van alle betrokken actoren is noodzakelijk	31
5.3 Afstemming en samenwerking tussen beleidsdomeinen en beleidsniveaus is cruciaal	32
6 Aanbevelingen	33
6.1 Inzetten op preventie	33
6.2 Verhogen van re-integratie van arbeidsongeschikten	35
6.2.1 Positievare benadering van doelgroep; focus verleggen naar competenties	35
6.2.2 Maak (her)tewerkstelling bespreekbaar van bij het begin.....	36
6.2.3 Meer nood aan samenwerking.....	37
6.2.4 Stimuleer en versterk mogelijkheden voor aangepast werk en geleidelijke aan- of hervatting van werk.....	43

Krachtlijnen

Cijfers tonen aan dat de groep (langdurig) zieken in Vlaanderen alsmaar toeneemt. Tegelijkertijd zien we dat de werkbaarheidsgraad van zowel werknemers als zelfstandigen in Vlaanderen onder druk staat, waardoor in de toekomst nog meer mensen dreigen uit te vallen wegens (een verergering van) gezondheidsproblemen. Om het tij te keren is er nood aan een beleid met concrete acties. Hierbij is het in eerste instantie belangrijk om **uitval wegens gezondheidsproblemen te voorkomen**. In tweede instantie is het belangrijk om **zo snel als mogelijk gegeven de gezondheidstoestand, in te zetten op duurzame re-integratie** van de grote groep arbeidsongeschikten. Dit is enerzijds belangrijk om de gezondheid en/of het herstel van deze (potentiële) werknemers te bevorderen en anderzijds ook om de krapte op te arbeidsmarkt aan te pakken voor ondernemingen en de betaalbaarheid van de sociale zekerheid te garanderen.

Om bovenstaande doelstellingen te realiseren vertrekt de Commissie Diversiteit van **drie sleutelprincipes**, met name

- **Werken is gezond op voorwaarde dat het werkbaar werk is.** Onderzoek toont aan dat werk een belangrijke factor kan zijn om preventie te ondersteunen en een hefboom kan zijn in het herstelproces. Steeds speelt de kwaliteit van het werk of werkbaar werk hierin een cruciale rol. Werk dat niet werkbaar is maakt mensen ziek en zorgt ervoor dat zieke mensen ook niet terug aan de slag kunnen. Werkbaar werk houdt mensen gezond en kan de gezondheid zelfs verbeteren.
- **Empowerment van alle betrokken actoren is noodzakelijk.** Zowel de werknemer (of werkzoekende) als de werkgever, maar ook artsen en andere betrokkenen, moeten gemotiveerd zijn om preventief te werken aan gezondheid en zo snel als mogelijk gegeven de gezondheidstoestand, werk te maken van re-integratie als mensen toch uitvallen wegens ziekte. Het is dan ook zeer belangrijk dat alle actoren het belang en de meerwaarde ervan inzien en worden ondersteund om samen oplossingen te vinden. Dit vraagt om een mindswitch op verschillende terreinen.
- **Afstemming en samenwerking tussen beleidsdomeinen en beleidsniveaus is cruciaal.** De re-integratie van (langdurig) arbeidsongeschikte personen bevindt zich op het snijpunt van de domeinen werk en welzijn/gezondheid en op het snijpunt van Vlaamse- en federale bevoegdheden. Een diepgaandere samenwerking tussen deze beleidsdomeinen is daarom van groot belang. Bovendien is het, naast sterker inzetten op re-integratie van (langdurig) zieken in het Vlaams werkgelegenheidsbeleid, zeer belangrijk om een aantal knelpunten en hiaten op het federaal niveau op te lossen.

Vertrekkend vanuit deze principes zijn voor de Commissie Diversiteit volgende **aanbevelingen** cruciaal om het toenemend aantal zieken die (langdurig) uitvallen wegens (een verergering van) gezondheidsproblemen, een halt toe te roepen

- **Zet in eerste instantie in op preventie van (het verergeren van) gezondheidsproblemen.** Preventie kan ervoor zorgen dat minder werknemers ziek uitvallen en dat het proces van re-integratie minder nodig is.
 - **Bekijk als Vlaamse overheid de mogelijkheid om, aanvullend op de federale wetgeving rond preventie en bescherming op het werk, initiatieven te nemen om gezondheid op de werkvloer te stimuleren.** Heb daarbij voldoende oog voor sensibilisering en informatiecampagnes, evenals voor coördinatie en samenwerking met het federaal beleid.

- **Stimuleer en ondersteun het gebruik van tools, zoals de website werkbaar werk, redelijke aanpassingen en de uitbouw van disability management in Vlaamse organisaties en bedrijven.** Deze instrumenten kunnen werkgevers helpen om hun preventief beleid beter af te stemmen op de elementen in de arbeidsvoorwaarden, -omstandigheden,-organisatie en -relaties die de oorzaak zijn van gezondheidsproblemen of die ervoor zorgen dat mensen met een (chronisch) gezondheidsprobleem achteruitgaan en uitvallen. Ook het comité PB kan de werkgever hierbij ondersteunen.
- **Maak, zo snel als mogelijk gegeven de gezondheidstoestand, werk van duurzame re-integratie wanneer mensen toch uitvallen omwille van gezondheidsproblemen.** Dit vraagt om een mindswitch op verschillende terreinen.
 - **Zorg voor een positievere benadering van de doelgroep**, die de focus verlegt van 'patiënt met gezondheidsproblemen en beperkingen' naar '(potentiële) werknemer met talenten en competenties'. Een meer waarderende terminologie die de talenten en competenties van de personen honoreert, evenals aandacht voor het belang van werk zijn daarbij van belang.
 - **Maak (her)tewerkstelling van bij het begin bespreekbaar**, de eerste 4 tot 6 weken van de arbeidsongeschiktheid blijken namelijk cruciaal voor een succesvolle terugkeer naar werk. Het is dan ook aangeraden dat de persoon in kwestie zo snel als mogelijk een eerste (informeel) contact heeft over de terugkeer naar werk. De behandelend arts kan hier een belangrijke rol spelen. Daarnaast is het ook belangrijk dat er (informeel) contact blijft bestaan tussen de werknemer en een vertrouwenspersoon in de onderneming. Dit vraagt om ondersteuning en sensibilisering van zowel de werknemer als werkgever. Het is tot slot belangrijk dat er niet over, maar wel samen mét, de persoon over de mogelijkheden inzake re-integratie wordt gesproken.
 - **Versterk samenwerking tussen alle betrokkenen.** Wanneer mensen gedurende een langere periode afwezig zijn hebben zij vaak behoefte aan ondersteuning bij hun werkhervatting. Dit vraagt, los van welk traject er wordt gelopen, steeds om een goede samenwerking tussen alle betrokken actoren. Naast een duidelijke regie in alle trajecten is het van belang om kennis, informatie en goede praktijken efficiënter te delen en uit te wisselen. De persoon waar het om draait, evenals de werkgever, mogen daarbij niet uit het oog worden verloren en moeten worden geïnformeerd, gerespecteerd en ondersteund. Tot slot is het ook van belang dat het toenemend tekort aan arbeidsartsen en adviserend artsen wordt aangepakt.
 - **Stimuleer en versterk mogelijkheden voor aangepast werk en geleidelijke aan- of hervatting van werk.** Arbeidsongeschikten moeten namelijk de kans krijgen om vlot, in aangepaste omstandigheden en/of op geleidelijke wijze, een beroepsactiviteit aan te vatten of te hervatten. De Commissie Diversiteit vraagt om verder in te zetten op sensibilisering rond de bestaande instrumenten en systemen om dit te bevorderen, zoals redelijke aanpassingen en het systeem van gedeeltelijke werkhervatting. Daarnaast moeten ook de drempels die betrokkenen kunnen demotiveren of verhinderen om hier gebruik van te maken, zoals bv. een gebrek aan transparante communicatie, potentiële inactiviteitsvallen, administratieve overlast,...worden aangepakt.

Advies

1 Situering

Het **Vlaams regeerakkoord 2019-2024** van oktober 2019 stelt de doelstelling voorop van een algemene werkzaamheidsgraad van 80% tegen 2024. De Vlaamse regering wil hiertoe de komende jaren **120.000 Vlamingen extra aan een job** helpen. Om dit te realiseren telt elk talent, en wil de Vlaamse regering ook wil inzetten op het activeren van kwetsbare groepen en inactieven. Dit wil men o.a. realiseren door een structurele verbreding van het activeringsbeleid waarbij niet langer het statuut of het uitkeringsstelsel, maar wel de competenties en de afstand tot de arbeidsmarkt de toegang tot de dienstverlening bepalen. **De arbeidsreserve zal op die manier worden uitgebreid met o.a. RIZIV-gerechtigden.** Met het oog op re-integratie van arbeidsongeschikten en langdurig zieken op de arbeidsmarkt zal VDAB een aanbod op maat voorzien en wordt ook de **samenwerking tussen VDAB, RIZIV en de ziekenfondsen versterkt.** Ook de SERV pleitte in het [akkoord 'Iedereen aan boord'](#) van 22 juni 2019 reeds voor een **breed en meervoudig participatie- en activeringbeleid** waarbij elk talent ten volle wordt benut. Breed betekent in deze dat de zoektocht naar potentiële arbeidskrachten moet worden geïntensifieerd bij zowel de huidige beschikbare arbeidsreserve als bij de potentiële arbeidsreserve binnen de (heterogene) groep van niet-beroepsactieven. De SERV pleitte hier voor een plan '**potentiële arbeidsreserve**' waarbij o.a. ten aanzien van langdurig zieken een sensibiliserend, stimulerend, motiverend en ondersteunend beleid moet worden uitgetekend.

Deze gemeenschappelijke ambities werden in februari 2020 verzilverd in de [VESOC-engagementsverklaring "Iedereen aan boord – samen voor meer mensen aan de slag 120 000 mensen extra aan het werk"](#) waarin de Vlaamse sociale partners en de Vlaamse regering zich engageerden om samen hun schouders te zetten onder de doelstellingen om 120.000 Vlamingen extra aan een job te helpen, blijvend in te zetten op de aanpak van de krapte en de mismatches op de arbeidsmarkt, iedereen aan boord te krijgen en duurzaam aan boord te houden, en hierover op korte termijn een Vesoc-akkoord af te sluiten. Het opstellen van **een beleid rond de potentiële arbeidsreserve en een verbreding van de activeringsaanpak naar o.a. RIZIV-gerechtigden is hierin één van de actielijnen.**

Ook de **Commissie Diversiteit** pleitte in het verleden¹ al voor een **ruimere focus van het arbeidsmarktbeleid** dan de activering van niet-werkende werkzoekenden. Dit niet alleen vanuit de ambitie om de krapte op de arbeidsmarkt te bestrijden, maar ook vanuit de **gezamenlijke toekomstvisie van de Vlaamse sociale partners gericht op duurzame inclusieve groei**, waarin zij werk zien als een belangrijke motor voor inclusie en participatie in de samenleving. Ook in de [actielijst arbeidsbeperking 2020](#), die als doelstelling had om de werkzaamheidsgraad van personen met een arbeidsbeperking duurzaam te verhogen, was het '**stimuleren van transitie naar werk vanuit een uitkeringsstatuut**' 1 van de 5 prioritaire actiedomeinen. Dit omdat er een belangrijke groep is die (een of andere vorm van) een vervangingsinkomen ontvangt op basis van gezondheidsbeperkingen, en op basis van de gezondheidstoestand wel in staat en bereid is

¹ Commissie Diversiteit (2 december 2015) [Actielijst arbeidsbeperking 2020](#). SERV, Brussel.; Commissie Diversiteit (3 mei 2019). [Actielijst Personen met een migratieachtergrond](#). SERV, Brussel.; Commissie Diversiteit (23 mei 2018). [Laaggeschoolde vrouwen met een migratieachtergrond](#). SERV, Brussel.; Commissie Diversiteit (31 januari 2020). [Outreachinge aanpak in trajecten naar werk voor moeilijk bereikbare werkbereide niet-beroepsactieven](#). SERV, Brussel.

om te gaan werken, maar daarbij nog vaak heel wat drempels ervaart. Ter voorbereiding op dit advies organiseerde de Commissie Diversiteit tot slot in juni 2019 [een rondetafelgesprek](#) over re-integratie met alle partners uit het raamakkoord en andere betrokken actoren.

Waar het thema 're-integratie van arbeidsongeschikten' dus al een tijdje hoog op de beleidsagenda stond, is het **belang ervan wellicht nog toegenomen door de huidige coronacrisis**. Zowel de VDAB als gezondheidsexperts verwachten namelijk nog een stijging van het aantal arbeidsongeschikten als gevolg van deze crisis². Dit heeft te maken met factoren zoals het post intensive care syndrome, het verergeren van gezondheidsproblemen door uitgestelde zorg en niet-gestelde diagnoses, het ontstaan van psychosociale problemen omwille van de quarantaine en de economische recessie, etc. Hoewel de terugkeer naar werk van personen met gezondheidsproblemen in deze tijd misschien minder evident lijkt of bezorgdheden met zich meebrengt, blijft het belangrijk om te zoeken naar mogelijkheden om (her)tewerkstelling te faciliteren. De terugkeer naar werk en werk 'tout court' is namelijk niet alleen financieel belangrijk, maar is ook één van de belangrijkste factoren voor de preventie van (verergering van) mentale en andere gezondheidsproblemen evenals voor herstel³.

Voor de Commissie Diversiteit is het daarom belangrijk dat de Vlaamse regering werk maakt van een sterk relancebeleid dat, wat betreft het arbeidsmarktbeleid, versterkte aandacht blijft hebben voor dit thema. Ook de SERV gaf in haar [relancenota 'Iedereen terug aan boord'](#) reeds mee dat de VDAB ongewijzigd werk moet maken van een brede activering, als antwoord op de structurele krapte (en kwalitatieve mismatches) die immers blijvend zal zijn. De Commissie Diversiteit is dan ook verheugd dat het relanceplan 'Vlaamse Veerkracht' de ambitie herhaalt om een VESOC-akkoord "Alle hens aan dek" te sluiten met oog op het snel terug verhogen van de werkzaamheidsgraad richting 80%, door o.a. de activering van anders-actieven en het nog meer ondersteunen van werkbaar werk, én dat er ambitie spreekt uit het recente federaal regeerakkoord wat betreft het optimaliseren van de bestaande re-integratietrajecten en het uitbouwen van analoge trajecten voor andere doelgroepen. Volgens de commissie zijn dit namelijk noodzakelijke randvoorwaarden om ook op Vlaamse niveau de re-integratie van arbeidsongeschikte personen verder te bevorderen.

² Opinie en Webinar (2020). ['Na V\(irus\) komt W\(erk\)'](#). Brussel.; De Standaard (2020) ['Uitgestelde zorg veroorzaakt mogelijk tweede crisis'](#); De Wereld Morgen (2020). ['Terug naar werk maar niet terug naar vroeger'](#).

³ Knaeps, J. (2013). Werk Werkt! Werkschrift 5. GTB. Gent.; Godderis, L. (2017). Gezond (op het) werk(t)!, Leuven.; De Wereld Morgen (2020). ['Terug naar werk maar niet terug naar vroeger'](#); Opinie en Webinar (2020). ['Na V\(irus\) komt W\(erk\)'](#). Brussel.; Podcast (2019). ['In de grijze zone met prof. Lode Godderis'](#).

2 Doel

Cijfers tonen aan dat de groep (langdurig) zieken alsmaar toeneemt, in die mate zelfs dat de uitgaven voor arbeidsongeschiktheid de uitgaven voor werkloosheid overstijgen. De ziekte- en invaliditeitsuitkering en werkloosheidsuitkering zijn deels communicerende vaten, wat pleit voor een **geïntegreerde en gedeelde visie in het reactivering- en opvolgingsbeleid**, zoals ook wordt vooropgesteld in het Vlaams regeerakkoord 2019-2024⁴. Tegelijkertijd zien we dat de werkbaarheidsgraad van zowel werknemers als zelfstandigen in Vlaanderen onder druk staat, waardoor in te toekomst nog meer mensen dreigen uit te vallen wegens (een verergering van) gezondheidsproblemen. Om het tij te keren is er nood aan een beleid met concrete acties. Hierbij is het in eerste instantie belangrijk om **uitval wegens gezondheidsproblemen te voorkomen**. In tweede instantie is het belangrijk om **zo snel als mogelijk gegeven de gezondheidstoestand, in te zetten op duurzame re-integratie** van de grote groep arbeidsongeschikten. Dit is enerzijds belangrijk om de gezondheid en/of het herstel van deze (potentiële) werknemers te bevorderen en anderzijds ook om de krapte op de arbeidsmarkt aan te pakken voor ondernemingen en de betaalbaarheid van de sociale zekerheid te garanderen.

3 Focus

In dit advies zal de Commissie Diversiteit specifiek focussen op re-integratie van de groep **arbeidsongeschikten met een RIZIV-uitkering**, waarvoor in 2016 twee nieuwe KB's⁵ in werking traden. De bedoeling daarvan is om, meer dan 3 jaar na invoering van deze regelgeving, een tussentijdse balans op te maken en te bekijken of **werkzoekenden en werknemers** die wegens ziekte niet aan het werk zijn of (langdurig) afwezig zijn van het werk, effectief beter worden ondersteund en (terug) naar werk worden begeleid, en hoe dit nog kan worden versterkt.

Hoewel ook de groep van arbeidsongeschikte zelfstandigen in Vlaanderen sterk toeneemt, bestaat er (nog) geen formeel re-integratietraject voor deze groep. Bovendien zijn de bestaande regelingen (beroepsherscholing en gedeeltelijke werkhervatting) waarvan zij gebruik kunnen maken voor hun re-integratie onderworpen aan heel andere regels. Omwille van deze redenen zullen we in dit advies geen aanbevelingen opnemen voor deze groep, maar verwijzen we hieromtrent naar een advies⁶ dat het Algemeen Beheerscomité voor het sociaal statuut der zelfstandigen (ABC) in 2019 uitbracht. Wel zullen we in het cijfergedeelte een aantal evoluties in de populatie van arbeidsongeschikte zelfstandigen opnemen, om ook voor deze groep met een RIZIV-uitkering de nood aan sterke re-integratietrajecten te belichten⁷.

⁴ 'We breiden de arbeidsreserve uit met burgers op beroepsactieve leeftijd die niet werken en niet ingeschreven zijn bij VDAB. [...] Met het oog op re-integratie van arbeidsongeschikten en langdurig zieken op de arbeidsmarkt voorzien we een aanbod op maat en versterken we de samenwerking tussen VDAB, RIZIV en de ziekenfondsen'.

⁵ Het **KB van 28 oktober 2016** tot wijziging van het KB van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op werknemers wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers betreft en het **KB van 8 november 2016** tot wijziging van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wat de sociaalprofessionele re-integratie betreft.

⁶ ABC (26 september 2019). '[Arbeidsongeschikte zelfstandigen en hun socioprofessionele re-integratie](#)'. Brussel.

⁷ Het federaal regeerakkoord stelt hierover dat er een reflectie wordt gestart om dezelfde filosofie (als die van re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte werknemers en werkzoekenden) met begeleiding op maat toe te passen op andere doelgroepen, zoals o.a. zelfstandigen, in overleg met de betrokken sociale partners.

De totale populatie van (langdurig) arbeidsongeschikten in Vlaanderen is echter nog een stuk groter dan de groep met een RIZIV-uitkering. Deze groep omvat alle personen die omwille van arbeidsongeschiktheid of handicap gekend zijn bij het RIZIV (primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit), de FOD SZ (tegemoetkomingen voor personen met een handicap en verhoogde kinderbijslag) of Fedris (Beroepsziekten en arbeidsongevallen). Deze andere twee takken van de sociale zekerheid richten zich dus tot groepen die doorgaans te maken hebben met een ander type problematiek en gevat worden door een andere regelgeving inzake re-integratie⁸ en de combinatie met een beroepsinkomen⁹. Hoewel ook in deze andere takken van de sociale zekerheid waar (langdurig) arbeidsongeschikten sterk vertegenwoordigd zijn meer aandacht zou moeten zijn voor 'activering naar werk'¹⁰ en voor eventuele inactiviteitvallen, zullen wij hier in dit advies niet verder op ingaan¹¹. Ook in het Vlaams regeerakkoord en de beleidsnota Werk wordt, wanneer het gaat over langdurig zieken of arbeidsongeschikten, specifiek verwezen naar de groep met een RIZIV-uitkering.

⁸ Wedertewerkstelling na een arbeidsongeval of beroepsziekte verloopt niet via de hier beschreven re-integratietrajecten. Zowel de Wet op de arbeidsongevallen van 10 april 1971 als de gecoördineerde Wetten op de beroepsziekten van 3 juni 1970 bevatten een procedure voor wedertewerkstelling die losstaat van dit re-integratietraject (art. 1.4-72, tweede lid).

⁹ Tussen de verschillende uitkeringsstelsels zijn grote verschillen in de wettelijke bepalingen wat betreft de vrijstelling van beroepsinkomens. Zo bestaat er voor er voor gerechtigden van een IVT-uitkering nog steeds een schijvensysteem wat vooral arbeidsintegratie via kleine deeltijdse jobs bevordert. Bij personen met een RIZIV-uitkering wordt in het werknemersstelsel sinds april 2018 de hoogte van de uitkering niet langer aangepast in functie van het loon, maar in functie van het aantal gewerkte uren, met een vrijstelling van de eerste 20%.

¹⁰ Ook in het advies '[outreachinge aanpak in trajecten naar werk](#)' gaf de commissie reeds aan dat er bij werkbereide niet-beroepsactieven die (nog) niet (meer) zijn ingeschreven bij VDAB maar wel bekend zijn bij andere instanties zoals FOD SZ (bv. bij personen met een tegemoetkoming voor personen met een handicap), er voldoende aandacht moet worden besteed aan een traject naar werk in de begeleiding van deze personen en dat het belangrijk is dat VDAB de samenwerking met deze instanties mee opzet.

¹¹ Het federaal regeerakkoord stelt hierover dat ook voor personen met een handicap de financiële drempels om (deeltijds) te kunnen werken zullen worden weggewerkt. Voor deze doelgroep zal een systeem van vrijwillige werkherhervatting worden uitgewerkt, geïnspireerd op dat van de arbeidsongeschiktheidsverzekering en met aandacht voor de specificiteit van de doelgroep.

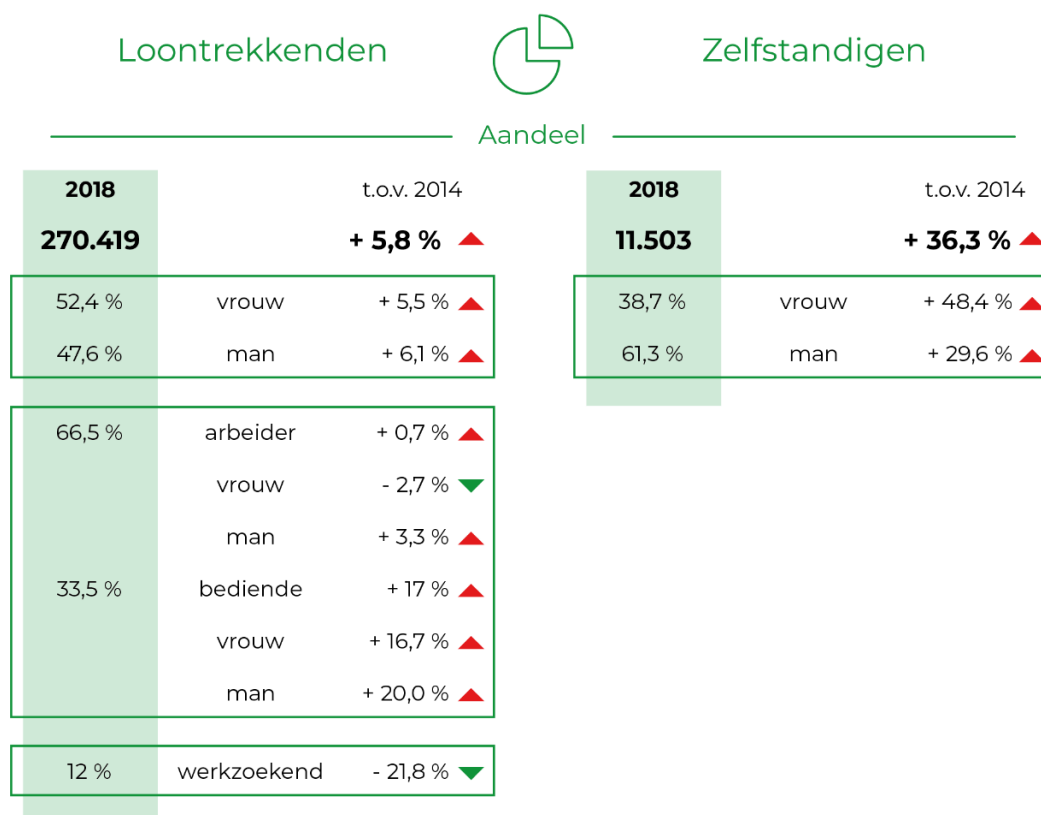
4 Arbeidsongeschiktheid en re-integratie in Vlaanderen in cijfers¹²

4.1 Doelgroep in Vlaanderen

4.1.1 'Kern' doelgroep voor re-integratie

Primaire arbeidsongeschiktheid

Figuur 1 Evolutie van het aantal loontrekkenden en zelfstandigen in primaire arbeidsongeschiktheid in Vlaanderen (Bron: RIZIV)



Het aantal **loontrekkenden** dat in Vlaanderen terecht komt in primaire arbeidsongeschiktheid nam toe tussen 2014 en 2018, en dit zowel voor vrouwen als mannen. Hoewel in 2018 meer dan 65% procent van deze groep arbeiders waren, stagneert hun aandeel overheen de tijd. Het aantal bedienden in primaire arbeidsongeschiktheid nam daarentegen wel vrij sterk toe. In 2018 was 12% van de primaire arbeidsongeschikten in Vlaanderen werkzoekend, maar het aantal werkzoekenden in primaire arbeidsongeschiktheid is wel sterk afgenomen t.o.v. 2014.

Ook het aantal **zelfstandigen** dat in Vlaanderen in primaire arbeidsongeschiktheid terecht kwam, nam toe tussen 2014 en 2018, en dit nog sterker dan bij loontrekkenden. Hoewel deze groep voor meer dan 60% bestaat uit mannen, steeg het aantal vrouwelijke zelfstandigen in primaire arbeidsongeschiktheid sterker.

¹² Voor alle deze gegevens van het RIZIV zijn geen statutaire ambtenaren opgenomen gezien zij niet ten laste vallen van de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor het gedeelte uitkeringen.

Figuur 2 Leeftijdsverdeling loontrekkenden en zelfstandigen in primaire arbeidsingeschiktheid, opgeplitst naar statuut en geslacht, in Vlaanderen (2018) (Bron: RIZIV)

Loontrekkenden

	Totaal	Arbeiders		Bedienden	
		♂	♀	♂	♀
< 20	0,3 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
20 - 24	5,7 %	6,3 %	5,2 %	5,4 %	5,4 %
25 - 29	11,2 %	10,3 %	10,2 %	11,4 %	13,7 %
30 - 34	11,9 %	11,1 %	11,3 %	10,9 %	14,1 %
35 - 39	12,4 %	12,3 %	12,1 %	11,9 %	12,8 %
40 - 44	12,1 %	12,2 %	12,7 %	11,2 %	11,7 %
45 - 49	13,6 %	13,9 %	14,5 %	12,1 %	12,4 %
50 - 54	15,4 %	16,0 %	16,1 %	14,6 %	13,9 %
55 - 59	13,6 %	14,1 %	13,5 %	15,4 %	12,0 %
60 - 64	3,9 %	3,3 %	4,0 %	6,6 %	3,8 %
> 64	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
Totaal	270.419	104.248	75.554	24.348	66.269

Zelfstandigen

	Totaal	♂	♀
< 20	0,0 %	0,1 %	
20 - 24	1,9 %	1,9 %	1,8 %
25 - 29	5,6 %	4,2 %	7,8 %
30 - 34	8,4 %	6,8 %	11,0 %
35 - 39	10,4 %	9,7 %	11,4 %
40 - 44	11,1 %	10,2 %	12,4 %
45 - 49	15,0 %	15,3 %	14,7 %
50 - 54	18,4 %	19,5 %	16,7 %
55 - 59	18,7 %	20,3 %	16,1 %
60 - 64	10,0 %	11,5 %	7,5 %
> 64	0,6 %	0,6 %	0,6 %
Totaal	11.503	7.055	4.448

De leeftjidsverdeling van **loontrekkenden** in primaire arbeidsongeschiktheid toont dat de groep over het algemeen redelijk gelijkmatig verdeeld is over de leeftijdscategorieën tussen de 25 en de 59 jaar¹³, en dat het aandeel over het algemeen lichtjes toeneemt met de leeftijd. De groep 50-54-jarigen is het sterkst vertegenwoordigd in primaire arbeidsongeschiktheid, gevolgd door de groep 55-59-jarigen. Voor (zowel mannelijke als vrouwelijke) arbeiders en mannelijke bedienden zien we een gelijkaardig beeld. Enkel bij vrouwelijke bedienden ligt de leeftjidsverdeling anders. Hier bevindt de grootste groep zich in de leeftijdscategorie 30-34-jarigen. Met uitzondering van de groep 50-54-jarigen, hebben ook de leeftijdscategorieën 25-29-jarigen en 35-39-jarigen een (beperkt) groter aandeel dan de oudere leeftijdscategorieën.

Bij **zelfstandigen** zien we op het vlak van leeftijd een minder gelijkmatige verdeling, en neemt het aandeel per leeftijdscategorie beduidend toe met de leeftijd¹⁴. De groep 55-59 jarigen is het sterkst vertegenwoordigd, gevolgd door de groep 50-54-jarigen.

Voor alle primaire arbeidsongeschikten in Vlaanderen bestudeerden we ook de duur van de afwezigheid wegens ziekte.

Figuur 3 Duur afwezigheid wegens ziekte bij loontrekkenden en zelfstandigen in primaire arbeidsongeschiktheid in Vlaanderen (Bron: RIZIV)

Loontrekkenden			Zelfstandigen	
2014	2018	aantal dagen	2014	2018
10,17 %	10,54 %	1-14		
14,02 %	13,56 %	15-28	0,00 %	5,37 %
13,18 %	13,10 %	< 29	4,42 %	10,43 %
10,60 %	10,66 %	29-42	6,97 %	10,10 %
7,39 %	7,48 %	43-56	7,38 %	8,55 %
9,69 %	9,68 %	57-70	11,84 %	12,41 %
6,14 %	5,99 %	71-98	8,65 %	7,86 %
4,28 %	4,21 %	99-126	7,00 %	5,83 %
3,49 %	3,35 %	127-154	5,39 %	4,67 %
2,77 %	2,58 %	155-184	5,27 %	3,55 %
2,01 %	1,89 %	185-215	3,89 %	2,57 %
1,82 %	1,44 %	216-245	3,47 %	1,97 %
1,44 %	1,27 %	246-276	2,68 %	1,88 %
1,14 %	1,34 %	277-306	2,23 %	1,76 %
11,85 %	12,92 %	307-337	30,81 %	23,04 %
255.656	270.419	338-365	8.439	11.503

¹³ Het feit dat het aandeel van de groepen <24 jaar en >60 jaar veel lager ligt heeft wellicht te maken met de lage werkzaamheidsgraad van deze groepen (deze lag in 2018 op 30,2% voor zowel 15-24-jarigen als 60-64-jarigen).

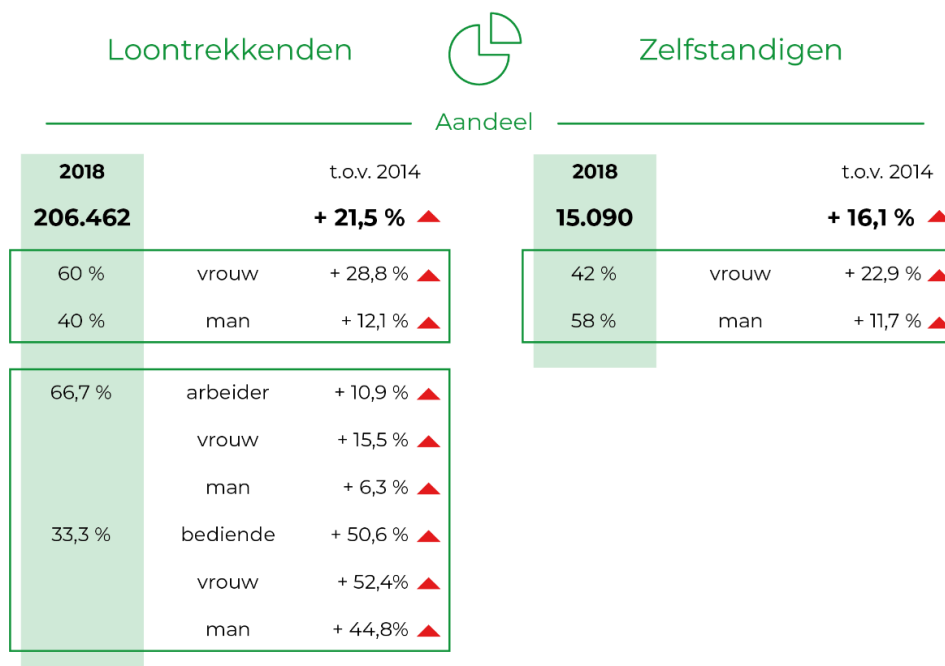
¹⁴ Met uitzondering van de categorie >60 jaar. Dit heeft wellicht te maken met het feit de werkzaamheidsgraad van deze groep (30,2% in 2018) zeer laag ligt.

Voor **loontrekkenden** bleef de verdeling overheen de verschillende duurtijden redelijk stabiel tussen 2014 en 2018. In 2018 was het aantal loontrekkenden in primaire arbeidsongeschiktheid redelijk gelijkmatig verdeeld over de periodes vanaf 1-14 dagen (max. 2 weken) tot en met de periode 71 en 98 dagen (2,5 maand tot 3,5 maand). Het grootste aandeel zagen we in de periode 15-28 dagen (2 weken tot 4 weken). Naarmate de periode van arbeidsongeschiktheid oploopt na 3,5 maand nam het aandeel loontrekkenden in primaire arbeidsongeschiktheid stelselmatig af. De enige uitzondering hierop is de laatste categorie (338-365 dagen), die de gerechtigden omvat die wellicht een tweede jaar van ongeschiktheid (invaliditeit) zullen aanvatten.

Voor **zelfstandigen** zien we een iets andere verdeling overheen de verschillende duurtijden. In 2018 was 5,4% van de zelfstandigen in primaire arbeidsongeschiktheid maximaal 28 dagen (0% in 2014 wegens de carenzperiode¹⁵) afwezig wegens ziekte. Dit aandeel nam toe naarmate de duur van arbeidsongeschiktheid vorderde, tot en met de periode van 71 tot 98 dagen (2,5 maand tot 3,5 maand). Daarna nam het aandeel zelfstandigen stelselmatig af naarmate de duur van de ongeschiktheid vorderde. Ook hier vormt de laatste categorie (338 tot 365 dagen) een uitzondering. Het aandeel zelfstandigen in deze categorie ligt een stuk hoger dan bij loontrekkenden, wat betekent dat een groter deel van de zelfstandigen voor langere periode arbeidsongeschikt blijft en wellicht in invaliditeit terecht komt.

Invaliditeit

Figuur 4 Evolutie van het aantal loontrekkenden en zelfstandigen in invaliditeit in Vlaanderen (Bron: RIZIV)



¹⁵ Tot eind 2017 was er voor zelfstandigen die in arbeidsongeschiktheid terecht kwamen een wachtperiode van één maand verbonden aan het recht op een ziekte- of invaliditeitsuitkering. Pas wanneer iemand langer dan een maand ziek was, kon hij aanspraak maken op een uitkering vanaf de tweede maand ziekte. Sinds 1 januari 2018 bedraagt deze 'carenzperiode' nog twee weken en kan de arbeidsongeschikte zelfstandige vanaf de vijftiende ziekte dag een uitkering krijgen. Op 1 juli 2019 tot slot verdween de carenzperiode volledig. Een zelfstandige die vanaf deze datum arbeidsongeschikt wordt, geniet van de eerste dag een uitkering, op voorwaarde dat hij minstens acht dagen ziek is én tijdig een aangifte van zijn arbeidsongeschiktheid doet.

Het aantal **loontrekkenden** in invaliditeit nam sterk toe tussen 2014 en 2018. In 2018 bestond deze groep voor 60% uit vrouwen. Bovendien steeg, t.o.v. 2014, het aantal vrouwen meer dan dubbel zo sterk dan het aantal mannen. Meer dan 65% procent van de groep bestaat uit arbeiders. Ook het aantal arbeiders in invaliditeit is toegenomen t.o.v. 2014 en ook deze stijging manifesteert zich, in tegenstelling tot bij primair arbeidsongeschikten, beduidend sterker bij vrouwen dan bij mannen. Het aantal bedienden in invaliditeit is nog veel sterker toegenomen. Ook hier lag de stijging hoger bij vrouwen.

Ook het aantal **zelfstandigen** in invaliditeit nam sterk toe tussen 2014 en 2018, zij het iets minder sterk dan bij loontrekkenden. In 2018 bestond deze groep voor 58% uit mannen, al steeg het aantal vrouwelijke zelfstandigen in invaliditeit dubbel zo sterk.

Figuur 5 Leeftijdsverdeling loontrekkenden en zelfstandigen in invaliditeit, opgeplitst naar statuut en geslacht, in Vlaanderen, 2018 (Bron: RIZIV)

Loontrekkenden

	Totaal	Arbeiders		Bedienden	
		♂	♀	♂	♀
< 20	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
20 - 24	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
25 - 29	2,0 %	1,7 %	2,0 %	2,0 %	2,5 %
30 - 34	4,4 %	3,7 %	4,4 %	3,8 %	5,5 %
35 - 39	7,3 %	6,4 %	7,0 %	6,7 %	8,9 %
40 - 44	9,7 %	8,7 %	9,8 %	9,0 %	10,8 %
45 - 49	13,6 %	12,6 %	14,3 %	12,2 %	14,1 %
50 - 54	19,5 %	19,5 %	19,9 %	17,7 %	19,3 %
55 - 59	24,9 %	26,9 %	24,4 %	25,7 %	22,9 %
60 - 64	18,2 %	20,0 %	17,7 %	22,5 %	15,5 %
> 64	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Totaal	206.462	66.475	71.259	16.149	52.579

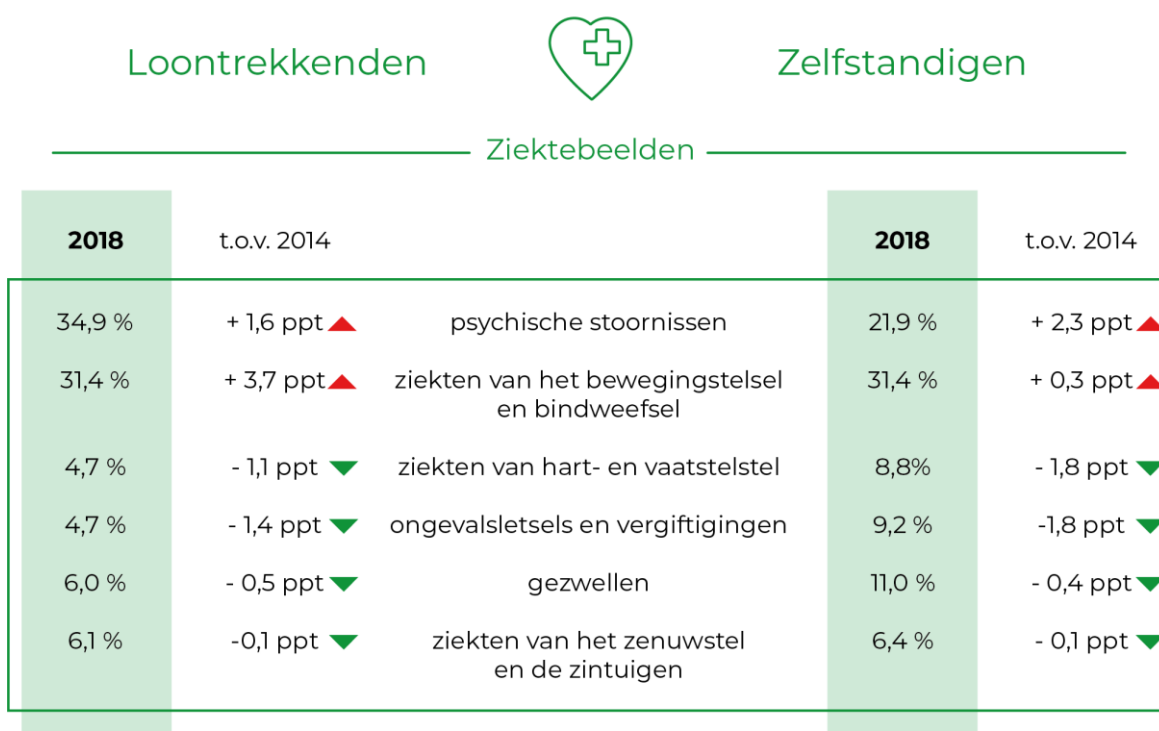
Zelfstandigen

	Totaal		
		♂	♀
< 20	0,0 %	0,0 %	0,0 %
20 - 24	0,2 %	0,2 %	0,1 %
25 - 29	0,6 %	0,6 %	0,7 %
30 - 34	1,9 %	1,4 %	2,6 %
35 - 39	3,5 %	2,8 %	4,4 %
40 - 44	6,0 %	5,3 %	6,9 %
45 - 49	10,6 %	9,1 %	12,7 %
50 - 54	17,6 %	17,0 %	18,3 %
55 - 59	28,0 %	28,7 %	27,0 %
60 - 64	31,4 %	34,7 %	26,8 %
> 64	0,3 %	0,3 %	0,4 %
Totaal	15.090	8.751	6.339

Op vlak van leeftijd zien we voor **loontrekkenden** in invaliditeit een minder gelijkmatige verdeling dan voor loontrekkenden in primaire arbeidsongeschiktheid. Hier neemt het aandeel per leeftijdscategorie beduidend toe met de leeftijd. Over het algemeen is de grootste groep de groep 55-59-jarigen. Dit betekent dat hoewel jonge vrouwelijke bedienden meer dan hun oudere collega's in primaire arbeidsongeschiktheid terecht komen, het toch vooral vrouwelijke bedienden in hogere leeftijdscategorieën zijn die sterk doorstromen naar invaliditeit.

Ook voor **zelfstandigen** zien we dat het aandeel per leeftijdscategorie beduidend toeneemt met de leeftijd. De groep 60-64-jarigen is over het algemeen het sterkst vertegenwoordigd, gevolgd door de groep 55-59-jarigen.

Figuur 6 Ziektebeelden bij langdurige ziekte (Bron: RIZIV)



In 2018 lagen hoofdzakelijk 2 ziektebeelden, met name **psychische stoornissen en ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel**, aan de basis van het hoog aantal langdurig zieken in Vlaanderen. Dit is het geval voor zowel loontrekkenden als (in iets mindere mate) voor zelfstandigen, al ligt de verhouding anders voor beide groepen. Bovendien nam voor beide groepen het aandeel van deze 2 ziektebeelden nog lichtjes toe ten opzichte van 2014.

Het aandeel van andere vaak voorkomende ziektebeelden (bv. ziekten van het hart- en vaatstelsel, gezwellen) ligt voor beide groepen een stuk lager, en nam nog lichtjes af t.o.v. 2014.

Verklarende factoren toename aantal langdurig zieken in Vlaanderen

De cijfers tonen aan dat **het aantal langdurig zieken in Vlaanderen**, zowel bij loontrekkenden als bij zelfstandigen, **toeneemt** overheen de tijd. Wat bovendien opvalt is dat in beide regelingen **vooral een sterke groei** waar te nemen is **van de vrouwelijke populatie, en van de populatie in oudere leeftijdscategorieën**. Volgens het RIZIV¹⁶ kunnen deze tendensen worden verklaard door een aantal factoren. Deze factoren lopen gelijk voor loontrekkenden en zelfstandigen.

- De vergrijzing van de beroepsbevolking en de evoluties op de arbeidsmarkt
 - De algemene **vergrijzing van de beroepsbevolking** heeft een invloed op het aantal invaliden. Aangezien de kans op langdurige ziekte toeneemt met de leeftijd, zorgt een in grote getale ouder wordende arbeidspopulatie voor een toename van het aantal langdurig arbeidsongeschikten.
 - De toename van het aantal invaliden wordt bovendien gedreven door **de stijgende participatiegraad van vrouwen** op de arbeidsmarkt. Het aantal gerechtigden onderworpen aan de uitkeringsverzekering, en vatbaar om in arbeidsongeschiktheid te treden, neemt daardoor toe.
 - Verder werd ook **de pensioenleeftijd voor vrouwen verhoogd** waardoor vrouwen langer participeren op de arbeidsmarkt en langer invalide kunnen blijven of op een meer gevorderde leeftijd in invaliditeit kunnen treden.
- Tot slot wijzen ze op belangrijke **verschuivingen in de ziektebeelden** die aanleiding geven tot langdurige ziekte. Voornamelijk dankzij de vooruitgang van de geneeskunde kunnen bepaalde ziektes, bv. ziektes van het hart- en vaatstelsel, beter worden behandeld waardoor het aantal langdurig zieken met dergelijke ziektebeelden afneemt. Tegelijkertijd neemt aantal invaliden dat lijdt aan psychische- of gedragsstoornissen en aan ziektes van het spierstelsel en bindweefsel aanzienlijk toe. Het RIZIV verwijst hier naar een toenemend aantal analyses die een **verband leggen tussen stress, zware werkomstandigheden en een gebrek aan motivatie/interesse voor het werk enerzijds, en arbeidsongeschiktheid door deze aandoeningen anderzijds**. Bovendien zien we dat steeds meer jonge mensen langdurig arbeidsongeschikt worden omwille van deze problematieken én dat aandoeningen van het bewegingsstelsel, zoals rugpijn en gewrichtspijn, en stressgerelateerde aandoeningen meer voorkomen bij vrouwen¹⁷. Wel stellen ze dat het leggen van een uniek oorzakelijk verband tussen werkgerelateerde factoren en arbeidsongeschiktheid niet altijd evident is, en dat oorzaken van langdurig ziekteverzuim **meestal multicausaal** zijn. Ook de **persoonlijke thuissituatie** kan een rol spelen. Complexere jobs in combinatie met het opvoeden van kinderen, mantelzorg en andere privéproblemen leggen een (te) grote druk op de actieve bevolking. Het feit dat vrouwen meer dan mannen zorgfuncties opnemen, kan volgens hen de proportioneel sterkere toename van de invaliditeitsgraad bij vrouwen, mogelijk objectiveren.

Verschillende kwalitatieve studies¹⁸ wijzen gelijkaardige **maatschappelijke, beleidsmatige, persoonlijke/familiale en werkgerelateerde factoren** aan als oorzaak.

¹⁶ RIZIV (2018). [Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden werknemersregeling en regeling voor zelfstandigen \(2007-2016\)](#). Brussel.; RIZIV (2017). [Statistieken over de invaliditeit van werknemers en werklozen in 2017](#). Brussel.

¹⁷ De Standaard (19 maart 2019). [Vrouwen zijn vaker langer ziek en het is gissen naar de reden waarom](#).

¹⁸ Van Haeren, A., (2018). Bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op de arbeidsreintegratie van langdurig zieken. Antwerpen.; Veelaert, L., Vanroelen, C., Vanhaeren, A., Vermoote, S. (2018). Waarom stijgt het aantal langdurig zieke werknemers?: Focusgroepenonderzoek naar maatschappelijk factoren.

4.1.2 'At risk' doelgroep waar preventief moet op worden ingezet

De literatuur toont dat, o.a. **werkgerelateerde factoren en de combinatie werk-gezin** belangrijke verklarende factoren zijn voor nieuwe ziektebeelden en het toenemend aantal (langdurig) zieken. Omwille van die reden is het belangrijk om ook te kijken naar het aantal loontrekkenden en zelfstandigen in Vlaanderen dat geen werkbaar werk heeft. Het is namelijk deze groep die potentieel kan uitvallen wegens (het ontstaan of een verergering van) gezondheidsproblemen.

Figuur 7 Werkbaarheidsgraad, o.b.v. werkbaarheidsindicatoren en risico-indicatoren, loontrekkenden en zelfstandigen in Vlaanderen (Bron: Werkbaarheidsmonitor 2019 Werknemers en Zelfstandige ondernemers)

Loontrekkenden		Zelfstandigen		
Werkbaarheidsgraad				
2019	t.o.v. 2013	2019	t.o.v. 2013	
49,6 %	-5,0 ppt ▼	50,1 %	- 1,3 ppt ▼	
36,8 %	+ 7,5 ppt ▲	werkstress / psychische vermoeidheid	31,0 %	+ 3,6 ppt ▲
21,1 %	+ 3,0 ppt ▲	problematische motivatie / welbevinden in het werk	10,2 %	+ 1,8 ppt ▲
12,8 %	+ 2,0 ppt ▲	problematische werk-privé-balans	30,4 %	- 1,2 ppt ▼
16,6 %	- 1,4 ppt ▼	problematische leermogelijkheden	3,5 %	- 1,2 ppt ▼
37,6 %	+ 8,6 ppt ▲	problematische werkdruk	46,1 %	+ 8,4 ppt ▲
15,3 %	+ 2,4 ppt ▲	problematische fysieke belasting	20,9 %	+ 3,3 ppt ▲
24,9 %	+ 4,9 ppt ▲	problematisch emotioneel belastend werk	28,1 %	- 1,5 ppt ▼
23,0 %	- 0,7 ppt ▼	problematische taakvariatie	7,9 %	- 0,3 ppt ▼
18,5 %	- 0,5 ppt ▼	problemen op het vlak van autonomie	n.v.t.	n.v.t.
14,4 %	0 ppt	problematisch gebrek aan ondersteuning door de directe leiding	n.v.t.	n.v.t.

In 2019 was de werkbaarheidsgraad van **werknemers** significant gedaald ten opzichte van 2013. Deze terugval kan voor een belangrijk deel worden verklaard door de negatieve ontwikkelingen op het vlak van **werkstress/psychische vermoeidheid**. Dit kan o.a. worden toegeschreven aan de krapte op de arbeidsmarkt die ervoor zorgt dat vacatures niet ingevuld geraken en personeelstekorten zich op de werkvloer laten voelen, de continue stroom aan veranderingen in businessmodellen en werkmethoden die heel wat (en soms te veel) flexibiliteit van medewerkers

vraagt, de toegenomen assertiviteit en soms ook agressiviteit van klanten, patiënten, leerlingen... die werknemers ook emotioneel onder druk kan zetten,...¹⁹ Op gebied van motivatie/welbevinden in het werk en werk-privé-balans zien we een gelijkaardige evolutie. Alleen voor de dimensie leermogelijkheden is een verbetering vast te stellen.

In 2019 bleek ook de werkbaarheidsgraad voor **zelfstandigen** in Vlaanderen licht, maar niet significant, gedaald t.o.v. 2013. Net als bij werknemers is de dimensie **werkstress/psychische vermoeidheid** in belangrijke mate verantwoordelijk zijn voor het stagneren van de werkbaarheidsgraad. Dit is o.a. toe te schrijven aan de hoogconjunctuur in de periode 2014-2019, die zorgde voor een toenemend werkvolume. Tegelijkertijd was er sprake van een krapte op de arbeidsmarkt waardoor (kleine) ondernemers het vaak moeilijk krijgen om passend personeel te vinden voor het invullen van vacatures²⁰. Ook op vlak van motivatie/welbevinden in het werk is er sprake van een negatieve trend. Wat betreft de werk-privé-balans en leermogelijkheden zien we dan weer een positieve evolutie.

Om de werkbaarheid van jobs **oorzakelijk** te kunnen duiden, wordt in de werkbaarheidsmonitor ook gepeild naar een aantal kenmerken van de arbeidssituatie die de kwaliteit van jobs bedreigen dan wel bevorderen, met name werkdruk, emotionele belasting, (belastende fysieke) arbeidsomstandigheden, taakvariatie, (autonomie en ondersteuning door de directe leiding). Voor **werknemers** zien we in 2019 een significante stijging van alle 'belastingsindicatoren'. Voor de andere (arbeidsorganisatie- en HR-gerelateerde) werkbaarheidsrisico's werd een (heel beperkte) verbetering of stagnatie vastgesteld. Voor **zelfstandigen** zien we in 2019 een achteruitgang t.o.v. 2013 wat betreft werkdruk en fysieke belasting. Op vlak van emotionele belasting en taakvariatie is daarentegen sprake van een kleine vooruitgang.

Voor een aantal **subgroepen** en **sectoren** kunnen we volgende opvallende vaststellingen doen:

- **Vrouwelijke werknemers** hebben lagere werkbaarheidsgraad dan hun mannelijke collega's. Ze worden vaker geconfronteerd met psychische vermoeidheid en een problematische werk-privé-balans. **Vrouwelijke zelfstandige ondernemers** hadden daarentegen een hogere werkbaarheidsgraad dan hun mannelijke collega's. Zij hebben minder vaak af te rekenen met een problematische situatie op het vlak van welbevinden op het werk en werk-privé-balans dan mannelijke ondernemers;
- De werkbaarheidsgraad van **oudere werknemers (55-plus)** ligt significant hoger dan die van de leeftijdsgroep '50-54 jaar' en de groep van werknemers jonger dan 50 jaar. 55-plussers hebben opvallend minder last van psychische vermoeidheid en een problematische werk-privé-balans dan hun 'jongere' collega's. Dezelfde tendens zien we bij **zelfstandige ondernemers (55-plus)**.
- **Kortgeschoolde werknemers** hebben een belangrijk leerdeficit ten opzichte van midden- en hooggeschoolde werknemers, met een negatieve impact op hun werkbaarheidsgraad tot gevolg. Ook bij **kortgeschoolde zelfstandigen** zien we een groter leer- en motivatiedeficit dan bij hun midden- en hooggeschoolde collega's.

¹⁹ Stichting Innovatie en Arbeid (november 2019). [Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2019 – Werknemers](#). SERV, Brussel.

²⁰ Stichting Innovatie en Arbeid (februari 2020). [Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2019 – Zelfstandige ondernemers](#). SERV, Brussel.; Lamberts, M., Neyens, I. (2018). [Welzijn en welbevinden van bedrijfsleiders van zeer kleine ondernemingen \(ZKO's\) in België](#). HIVA, Leuven.

- Werknemers met een arbeidshandicap** hebben te maken met een relatief ongunstige werkbaarheidssituatie die zich manifesteert in alle werkbaarheidsdimensies. Bij zelfstandigen wordt hier niet expliciet op gemonitord.
- Werkstress blijkt de belangrijkste oorzaak van de dalende werkbaarheidsgraad bij zowel werknemers als zelfstandigen. Hoewel werkstress in alle **bedrijfstakken** stijgt, zien we voor **werknemers** de sterkste toename in het **onderwijs, de zorg en welzijnssector en de voedingsindustrie**. Ook bij **zelfstandigen** verschilt de werkbaarheid van sector tot sector. In de sector van bv. de **intellectuele diensten** (o.a. makelaars, consultants, ICT) heeft 58% een werkbare job, terwijl dat in **de bouwsector** slechts gaat om 42% van de ondernemers. Dat verschil is vooral toe te schrijven aan een verschil in werkstressklachten.

Figuur 8 Opvallende vaststellingen rond werkbaarheid bij subgroepen en sectoren (Bron: Werkbaarheidsmonitor 2019 Werknemers en Zelfstandige ondernemers)

Loontrekkenden				Zelfstandigen			
♀		♂		♀		♂	
47,2 %		52,6 %		51,9 %		49,1 %	
40,4 %		werkstress / psychische vermoeidheid		8,5 %		probleematisch welbevinden in het werk	
13,6 %		probleematische werk-privé-balans		27,3 %		probleematische werk-privé-balans	
+ 55j		50j - 54j		+ 55j		< 50j	
52 %		47,7 %		59,9 %		45,5 %	
34,9 %		werkstress / psychische vermoeidheid		26,6 %		werkstress / psychische vermoeidheid	
10 %		probleematische werk-privé-balans		24,1 %		probleematische werk-privé-balans	
scholingsgraad kort midden hoog				scholingsgraad kort midden & hoog			
43,5 %		49,4 %		51,3 %		50,1 %	
probleematische leermogelijkheden		32,1 %		22,7 %		9,1 %	
8,4 %		probleematische leermogelijkheden		15,4 %		probleematisch welbevinden in het werk	
9,8 %		probleematisch welbevinden in het werk					
personen met arbeidshandicap		personen zonder arbeidshandicap					
32,9 %		beperkte arbeidshandicap		54,1 %			
15,2 %		ernstige arbeidshandicap					
sectorale verschillen				sectorale verschillen			
werkstressklachten				intellectuele diensten werkbare job			
onderwijs		+ 10,9 ppt		werkstressklachten		30 %	
zorg en welzijn		+ 9,8 ppt		bouwsector werkbare job		42 %	
voedingssector		+ 9,2 ppt		werkstressklachten		45 %	
chemie		+ 3 ppt					
zakelijke diensten		+ 1,9 ppt					
financiële sector		+ 1,7 ppt					

4.2 Opnieuw aan de slag in Vlaanderen

Heel wat personen die uitvallen omwille van gezondheidsproblemen gaan op korte termijn zelfstandig opnieuw aan de slag. Ook personen die langdurig uitvallen willen vaak opnieuw aan de slag. Uit cijfers blijkt dat het gaat om 80% van alle langdurig zieken²¹. Zij hebben echter wel vaak behoefte aan ondersteuning bij hun werkhervatting.

- 80% van de **arbeidsongeschikte werknemers** die 6 weken of langer afwezig zijn vragen hulp bij hun werkhervatting²². Dit kan via een ‘informeel’ bezoek voorafgaand aan de werkhervatting op eigen initiatief van de werknemer, of via een formeel re-integratietraject op initiatief van de werknemer, de werkgever of de adviserend arts.
- **Arbeidsongeschikte werkzoekenden** kunnen op eigen initiatief of op initiatief van de adviserend arts (opnieuw) aan de slag via een formeel re-integratietraject.
- Ook **arbeidsongeschikte zelfstandigen** kunnen op eigen initiatief opnieuw aan de slag, mits toestemming van de adviserend arts.

Om re-integratie van arbeidsongeschikte loontrekkenden en zelfstandigen te bevorderen bestaan tot slot verschillende regelingen, nl. **deeltijdse werkhervatting** en **socio-professionele re-integratie (beroepsherscholing)**.

4.2.1 ‘informele’ re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte werknemers

Arbeidsongeschikte werknemers die hulp wensen bij hun werkhervatting kunnen vrijwillig een ‘bezoek voorafgaand aan de werkhervatting’ aanvragen bij de arbeidsarts.

Figuur 9 Evolutie aantal informele re-integratietrajecten in België (Bron: Co-prev)

2018	2015
52.226	33.786
+54,6 %	

Het aantal informele re-integratietrajecten of ‘bezoeken bij de arbeidsarts voorafgaand aan de werkhervatting’ in België kende een **sterke stijging tussen 2015 en 2018**. Het overgrote deel van deze bezoeken was van werknemers met beroepsrisico’s, onderworpen aan periodiek gezondheidstoezicht, al nam dat aandeel af van 84% in 2015 naar 78% in 2018. Er worden geen aparte cijfers bijgehouden voor Vlaanderen maar deze liggen ruw geschat op 60% van het aantal informele trajecten in België²³.

Omdat er bij een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting geen officiële geschiktheidsbeslissing mag worden genomen, kunnen externe diensten **geen echte ‘uitkomst’** weergeven van deze informele trajecten. **Fragmentarisch** zijn bij de grotere externe diensten wel **cijfers beschikbaar die een indicatie geven** van de uitkomsten.

²¹ IDEWE en Acerta (Oktober 2019). Webinar, Re-integratie, ervaringen van een arbeidsarts en een jurist.

²² Godderis, L. (2017). Gezond (op het) werk(t)!, Leuven.

²³ Co-prev, Koepelorganisatie van alle Belgische externe diensten voor preventie en bescherming op het werk.

Bij **Mensura** werd in 2018 de oefening gemaakt hoeveel werknemers (overheen de periode 2010-2017) binnen het kalenderjaar aansluitend op een bezoek voorafgaand aan een werkhervatting, op werkhervattingsonderzoek zijn gekomen. Aan dergelijk onderzoek is wel een geschiktheidsbeslissing is gelinkt. Deze oefening toont volgende resultaten:

Figuur 10 Resultaten werkhervattingsonderzoek na bezoek voorafgaand aan de werkhervatting (Bron: Mensura)

75 %	kan werk hervatten
20 %	kan aan de slag mits tijdelijke of definitieve aanpassingen / herplaatsing
1 %	definitief ongeschikt

Bij **Liantis** werd ook in kaart gebracht hoeveel werknemers de voorbije jaren na een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting op werkhervattingsonderzoek of een formeel re-integratiebezoek kwamen. Aan dergelijke onderzoeken is wel een geschiktheidsbeslissing gelinkt. Deze oefening toont volgende resultaten:

Figuur 11 Resultaten werkhervattingsonderzoek na bezoek voorafgaand aan de werkhervatting (Bron: Liantis)

75 %	kan werk hervatten
17 %	kan aan de slag mits tijdelijke of definitieve aanpassingen / herplaatsing
8 %	definitief ongeschikt

Recent publiceerde de KU Leuven de resultaten van een onderzoek²⁴ bij werknemers die in 2017 en het eerste kwartaal van 2018 een formeel re-integratietraject volgden bij een arbeidsarts. Als vergelijkingsgroep werd een gelijkaardige steekproef van personen bevraagd die een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting (BV) volgden²⁵. Dit onderzoek gaf volgende resultaten:

Figuur 12 Resultaten tewerkstelling na bezoek voorafgaand aan de werkhervatting (Bron: KU Leuven)

73 % aan het werk	87 % bij dezelfde werkgever	57 % mits aanpassingen
	13 % bij andere werkgever	66 % hetzelfde type job als voorheen
27 % niet aan het werk	16 % actief op zoek naar werk	

Bij de groep die een BV volgde was na afloop 73% aan het werk, waarvan de meerderheid (87%) bij de eigen werkgever. Van deze groep kreeg iets meer dan de helft aanpassingen, waarbij het meestal (71%) ging het over een gedeeltelijke werkhervatting. Wie aan de slag ging bij een andere werkgever deed dat vaak (66%) in hetzelfde type job als voorheen.

²⁴ Boets, I., Godderis, L. (2020). [Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk](#). KU Leuven.

²⁵ In samenwerking met vijf externe diensten (IDEWE, Mensura, Liantis, Attentia en Cesi) werden 481 werknemers die een RIT (15% respons) en 592 werknemers die een BV (19% respons) volgden, online bevraagd.

4.2.2 ‘formele’ re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte loontrekkenden

Arbeidsongeschikte werknemers (arbeidsrechtelijk traject)

Figuur 13 Evolutie aantal formele re-integratietrajecten opgestart voor arbeidsongeschikte werknemers in België (Bron: Co-prev)

2019	2017
32.076	15.000
+ 113,8 %	

Het aantal formele re-integratietrajecten dat in België werd opstart voor arbeidsongeschikten met een arbeidsovereenkomst **verdubbelde ruim** tussen in 2017 en 2019. Het aandeel van Vlaanderen wordt niet apart gemonitord maar ligt ruwweg op 60%.

Een formeel re-integratietraject kan worden aangevraagd door de werknemer of zijn behandelend arts, de adviserend arts van het ziekenfonds of door de werkgever. Tussen 2017 en 2019 is er een **verschuiving** waar te nemen in het **type aanvragers**:

Figuur 14 Evolutie type aanvrager formele re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte werknemers in België (Bron: Co-prev)

?

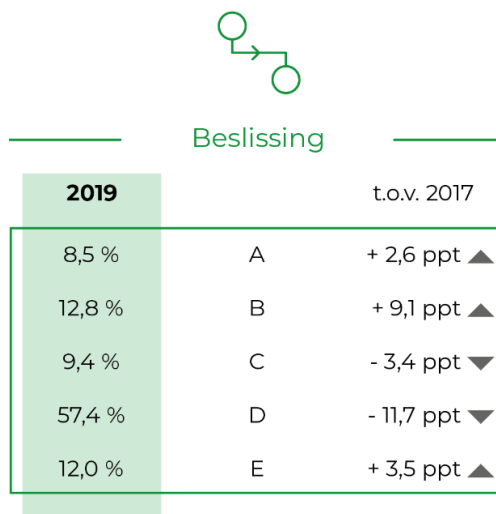
Trajectaanvrager

2019		t.o.v. 2017
42 %	werkgever	+14,6 ppt ▲
34,2 %	werknemer	- 25,8 ppt ▼
22,7 %	adviserende arts	+14,8 ppt ▲
1 %	behandelende arts	- 1,2 ppt ▼

Op vlak van de uitkomsten wordt enkel bijgehouden welke van de 5 beslissingen²⁶ (zoals voorzien in de wetgeving) werd genomen. Er wordt niet opgevolgd of de persoon aan het werk is, op welke manier (deeltijds/mits aanpassingen/...) en bij welke werkgever.

²⁶ De arbeidsarts kan een van volgende beslissingen nemen in het re-integratietraject: **De werknemer kan op termijn het overeengekomen werk hervatten en A: De werknemer kan intussen ander of aangepast werk doen (eventueel via een progressief traject) of B: De werknemer kan intussen geen ander of aangepast werk doen (bv. nog medische behandeling nodig). De werknemer is definitief ongeschikt voor het overeengekomen werk en C: Hij kan wel nog ander of aangepast werk doen (eventueel via een progressief traject) D: Hij kan geen ander of aangepast werk doen. Tenslotte is er nog E: Het is om medische redenen (nog) niet opportuun om een re-integratietraject op te starten**

Figuur 15 Evolutie uitkomsten formele re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte werknemers in België (Bron: Co-prev)



De beschikbare cijfers tonen aan dat in 2019 meer dan de helft van de trajecten opgestart in België beslissing D heeft als uitkomst, al zien we wel een daling met 11,7 procentpunt ten opzichte van 2017. Ook voor beslissing C is er een kleine daling. Voor de overige beslissingen zien we telkens een stijging.

Om een idee te krijgen van wat er gebeurt met de werknemer na afloop van het re-integratietraject, analyseerde de KU Leuven recent de hervorming van de re-integratietrajecten (RIT). Het kwantitatieve luik gaf volgende resultaten:

Figuur 16 Resultaten tewerkstelling na een re-integratietraject bij de arbeidsarts (Bron: KU Leuven)



Bij de groep die een RIT volgde was na afloop 42% aan het werk. De meerderheid daarvan (69%) ging aan de slag bij een andere werkgever, maar vaak wel in hetzelfde type job als voorheen. Van de groep die opnieuw aan het werk ging bij de eigen werkgever kreeg 76% aanpassingen. Meestal ging het om gedeeltelijke werkhervatting en/of aanpassing van de functie-inhoud. De beslissing van de arbeidsarts had een significante invloed op de werkhervatting bij de eigen werkgever, met een hogere kans voor personen die een A, B, of C-beslissing kregen.

In het totaal kreeg 56% van de bevroagden het ontslag omwille van medische overmacht. Desalniettemin hervatte 37% van hen het werk, maar bij een andere werkgever.

De cijfers tonen aan dat er over het algemeen betere resultaten worden gehaald via BV dan via RIT. Wel werd duidelijk dat het gaat om erg verschillende, niet-vergelijkbare groepen. Zo was de RIT-groep bv. vaker afwezig wegens een werk-gerelateerde (stress, burnout of conflict) of musculoskeletale reden. Ook waren werknemers die een RIT volgden vaak al langer afwezig bij hun eerste contact met de arbeidsarts.

Arbeidsongeschikte werklozen (sociaalrechtelijk traject)

Noch het RIZIV noch de landsbonden hebben (betrouwbare en lange termijn) gegevens over het aantal re-integratietrajecten dat werd opgestart in Vlaanderen, en de beslissingen die in dit kader werden genomen door de adviserend artsen. In de jaarlijkse evaluatie van het raamakkoord wordt wel gerapporteerd over de evolutie van het aantal trajecten waarbij er stappen naar werk werden gezet voor deze groep, evenals over de resultaten van deze trajecten (zie deel 4.3.2).

4.2.3 Gedeeltelijke werkhervatting (RTTP)²⁷

Tussen 2014 en 2018 is er in Vlaanderen een sterke toename van het aantal arbeidsongeschikte loontrekkenden die instappen in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting. Ook voor arbeidsongeschikte zelfstandigen zien we in deze periode een toename, maar minder uitgesproken.

Figuur 17 Evolutie van het aantal nieuwe deelnemers gedeeltelijke werkhervatting loontrekkenden en zelfstandigen in Vlaanderen (Bron: RIZIV)

Loontrekkenden			Zelfstandigen		
2018	t.o.v. 2014		2018	t.o.v. 2014	
33.182	+ 75 %		3.789	+ 29,4 %	
70,7 %	+ 64 % ▲	primaire arbeidsongeschiktheid	71,1 %	+ 19,6 % ▲	
29,3 %	+ 109,2 % ▲	invaliditeit	28,9 %	+ 62,3 % ▲	

In 2018 bevond de meerderheid van de arbeidsongeschikten die een gedeeltelijke activiteit aanvaarden (zowel bij loontrekkenden als bij zelfstandigen), zich in het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid. Tussen 2014 en 2018 is er echter een sterkere stijging van het aantal personen in invaliditeit dat instapt in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting, dan van het aantal primair arbeidsongeschikten.

4.2.4 Socio-professionele re-integratie (beroepsherscholing)²⁸

Het aantal trajecten beroepsherscholing dat jaarlijks werd opgestart in Vlaanderen steeg heel sterk tussen 2014 en 2018, en dit zowel voor loontrekkenden als voor zelfstandigen.

²⁷ **Systeem loontrekkenden:** De gedeeltelijke werkhervatting heeft de gedeeltelijke of volledige re-integratie van de persoon tot doel. Het biedt een werknemer die (nog) niet (meer) geschikt is voor het werk, de mogelijkheid om een verminderde/ aangepaste activiteit uit te voeren tijdens de erkende arbeidsongeschiktheid. Om in aanmerking te komen moet de persoon: alle activiteiten hebben stopgezet aan het begin van de arbeidsongeschiktheid (minstens 1 dag), erkend zijn als arbeidsongeschikt (medisch gezien een vermindering van minstens 50% behouden), een job uitoefenen die verenigbaar is met de gezondheidstoestand, de adviserend arts vooraf om toestemming vragen.

Systeem zelfstandigen: De deeltijdse werkhervatting heeft als doel om ofwel de volledige professionele re-integratie te realiseren via een aangepaste/ geleidelijke werkhervatting (de periode kan worden beperkt) ofwel om gedeeltelijke re-integratie te realiseren omdat een volledige werkhervatting om medische redenen onmogelijk is. De persoon moet vooraf de toestemming hebben van de adviserend arts.

²⁸ Socio-professionele re-integratie bestaat uit 2 programma's die arbeidsongeschikte personen de mogelijkheid bieden om competenties te verwerven (heroriëntering) of te actualiseren (rehabilitatie) met het oog op hun terugkeer naar de arbeidsmarkt.

Figuur 18 Evolutie van het aantal opgestarte trajecten beroepsherscholing voor loontrekkenden en zelfstandigen in Vlaanderen (Bron: RIZIV)

Loontrekkenden		Zelfstandigen	
2018	t.o.v. 2014	2018	t.o.v. 2014
4049	+ 168,2 % ▲	140	+ 197,9 % ▲

In de monitoring van beroepsherscholing bij loontrekkenden wordt geen onderscheid gemaakt tussen personen met of zonder arbeidscontract, noch wordt er in de cijfers een onderscheid gemaakt tussen personen in primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit.

4.3 De Vlaamse dienstverlening op dit terrein

4.3.1 Beknopte beschrijvende schets

VDAB heeft als arbeidsmarktregisseur in Vlaanderen de doelstelling om een **inclusief beleid** te voeren. Concreet betekent dit dat niet langer het statuut of uitkeringsstelsel, maar wel **de competenties en de afstand tot de arbeidsmarkt** de toegang tot de dienstverlening bepalen.

- Om de arbeidsmarktintegratie van **erkend arbeidsongeschikte werkzoekenden** te faciliteren werd op 1 januari 2016 het vernieuwd **raamakkoord**²⁹ afgesloten tussen het RIZIV, het VICO, VDAB en GTB. Arbeidsongeschikte werkzoekenden worden daarin, op eenzelfde manier als de RVA-doelgroep, zo snel mogelijk aan de juiste bemiddelaar toegewezen en in de juiste actie opgenomen. Bij deze doelgroep is het namelijk nog crucialer dat de weg naar werk zo kort mogelijk is. Dit houdt in dat **alle dienstverlening en instrumenten die VDAB ter beschikking stelt voor andere werkzoekenden** (begeleiding en bemiddeling, opleidingen, werkplekieren,...) ook ter beschikking staan van deze groep van erkend arbeidsongeschikte werkzoekenden.

De groep van arbeidsongeschikte werkzoekenden is, net zoals bij de RVA-doelgroep, heel gevarieerd qua competenties en afstand tot de arbeidsmarkt. De doelstelling is altijd om in eerste instantie de persoon te begeleiden via het reguliere aanbod. Er wordt bijgevolg niet automatisch doorgestuurd naar de intensieve dienstverlening.

Tot slot beschikken VDAB en partners ook over een **gespecialiseerde dienstverlening**, specifiek **voor personen met een arbeidsbeperking die hier nood aan hebben**. Het gaat dan over instrumenten als gespecialiseerd werkplekieren (stages, IBO-plus,...).

- Ook voor **arbeidsongeschikte werknemers** die in een formeel re-integratietraject worden begeleid of in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting actief zijn staan **de dienstverlening en instrumenten van VDAB** ten aanzien van werknemers ter beschikking (loopbaanbegeleiding, jobcoaching, opleidingscheques,...). Ook hier zijn specifieke diensten en instrumenten beschikbaar voor **personen met een arbeidsbeperking die er nood aan hebben**, zoals bv; Gespecialiseerde jobcoaching, BTOM's

De begeleiding die VDAB en partners voorzien ten aanzien van arbeidsongeschikte werknemers kadert niet binnen het raamakkoord **en wordt dus ook niet meegenomen in de rapportering over het raamakkoord**.

²⁹ Dit raamakkoord vervangt de eerder samenwerkingsovereenkomst van oktober 2012.

4.3.2 Opname dienstverlening in het kader van het raamakkoord

Instroom

De instroom van arbeidsongeschikte werkzoekenden stijgt jaar na jaar. In 2019 waren er 4601 nieuwe aanmeldingen bij VDAB.

Figuur 19 Evolutie instroom bij VDAB in het kader van het raamakkoord (Bron: VDAB)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Totaal/jaar	864	2389	1688	2305	3424	3854	4007	4601

Algemeen totaal

23132

Profiel en doorverwijzing

Doorverwijzing gebeurt doorgaans door de **adviserend arts**. De adviserend arts kan ook doorverwijzen voor arbeidsongeschikten die nog beschikken over een arbeidsovereenkomst, wanneer hij oordeelt dat re-integratie bij de huidige werkgever niet opportuun is, wanneer de werknemer via een interim contract wordt tewerkgesteld of wanneer de arbeidsarts heeft geoordeeld dat de werknemer definitief ongeschikt is om het overeengekomen werk uit te oefenen, en de betrokkene niet in staat is om aangepast of ander werk te doen bij de huidige werkgever. De adviserend arts krijgt hiervan dan een signaal van de bedrijfsarts.

Figuur 20 Evolutie van het aandeel deelnemers raamakkoord met en zonder arbeidsovereenkomst (Bron: VDAB)

Klant heeft op het moment van de aanmelding een DIMONA contract

	Ja	Nee	Totaal	% met contract	% zonder contract
2012	227	637	864	26	74
2013	569	1820	2389	24	76
2014	409	1279	1688	24	76
2015	578	1727	2305	25	75
2016	987	2437	3424	29	71
2017	1052	2802	3854	27	73
2018	866	3141	4007	22	78
2019	1090	3511	4601	24	76
Totaal	5778	17354	23132	25	75

Aanmelding kan in dat geval ook rechtstreeks via **de arbeidsarts**. Op die manier wordt er tijd gewonnen voor VDAB. De cijfers geven aan dat dit **slechts uitzonderlijk** gebeurt. In 2018 ging het om 14 aanmeldingen. In 2019 ging het slechts om 2 van de 4601 aanmeldingen.

Type dienstverlening

2012 - 2018

Op de 18.575 aanmeldingen die er waren tussen 2012 en 2018 zagen we :

- 17.861 **begeleidingsacties** (screening, infosessies, activeringsbegeleiding, ...)
- 7.318 keer **werkplekieren** (IBO, beroepsverkennde stage, opleidingsstage, ...)
- 6.348 **opleidingsmodules** (beroepsgerichte opleidingen ,oriënterende opleidingen, ...)

2019

Werkplekieren

In 2019 werd bij 2104 arbeidsongeschikte werkzoekenden werkplekieren opgestart in het kader van het raamakkoord. 65,30% hiervan bestond uit (gespecialiseerde) beroepsverkennde stages.

Figuur 21 Verdeling van het aantal acties werkplekieren in het kader van het raamakkoord, 2019 (Bron: VDAB)

Aantal werkplekleer-acties		Totaal
Activeringsstage		135
Beroepsinlevingsstage		14
Beroepsverkennde stage	Beroepsverkennde stage	486
	Gespecialiseerde beroepsverkennde stage	888
Individuele Beroepsopleiding	IBO	60
	IBO-plus	136
Opleidingsstage	Opleidingsstage	382
	Stage in het buitenland	1
Werkervaringsstage	Werkervaringsstage	2
Eindtotaal		2104

Opleidingsmodules

In 2019 werden 1780 opleidingsmodules opgestart in het kader van het raamakkoord. 80% hiervan waren beroepsgerichte opleidingen

Figuur 22 Verdeling van het aantal opleidingsmodules in het kader van het raamakkoord, 2019 (Bron: VDAB)

Module	Totaal
module 2: oriënterende opleiding	120
module 4a: beroepsgerichte doorstroomopleiding	151
module 4b: beroepsgerichte opleiding	1424
module 5a: algemene arbeidsmarktcompetenties	66
module 5n: Nederlands voor anderstaligen	19
Eindtotaal	1780

Uitstroom

De uitstroom naar werk (31/12/2019) wordt bekeken op verschillende tijdstippen na aanmelding.

Figuur 23 Evolutie van de uitstroom naar werk na begeleiding in het kader van het raamakkoord (Bron: VDAB)

Uitstroom

Aantal aanmeldingen	23132
Aantal aanmeldingen min. 6 maand geleden	20973
waarvan uitgestroomd naar werk op het einde v/d 6de maand na aanmelding	2766
% uitgestroomd naar werk	13,2 %
Aantal aanmeldingen min. 12 maand geleden	18531
waarvan uitgestroomd naar werk op het einde v/d 12de maand na aanmelding	3972
% uitgestroomd naar werk	21,4 %
Aantal aanmeldingen min. 18 maand geleden	16528
waarvan uitgestroomd naar werk op het einde v/d 18de maand na aanmelding	4362
% uitgestroomd naar werk	26,4 %
Aantal aanmeldingen min. 24 maand geleden	14524
waarvan uitgestroomd naar werk op het einde v/d 24de maand na aanmelding	4317
% uitgestroomd naar werk	29,7 %

De uitstroom naar werk **stijgt elk half jaar**, maar net zoals voor de totale groep van personen met een arbeidsbeperking, gaat ook voor deze groep de stijging van de tewerkstellingsgraad **niet snel, zeker niet in vergelijking met andere doelgroepen**. Wanneer we bv. vergelijken met de klassieke GTB-doelgroep dan zien we dat de uitstroom na 6 maanden op 21,30% ligt. Voor de doelgroep uit het raamakkoord wordt dit uitstroompercentage slechts bereikt na 12 maanden³⁰.

³⁰ Evaluatie Raamakkoord 2018.

5 Sleutelprincipes

De cijfers tonen aan dat de groep (langdurig) arbeidsongeschikten almaar toeneemt. Tegelijkertijd zien we dat de werkbaarheidsgraad van zowel werknemers als zelfstandigen in Vlaanderen onder druk staat, waardoor in te toekomst nog meer mensen dreigen uit te vallen wegens (een verergering van) gezondheidsproblemen. Om het tij te keren is er nood aan een beleid met concrete acties om enerzijds uitval wegens ziekte te voorkomen en anderzijds zo snel als mogelijk gegeven de gezondheidstoestand, duurzame re-integratie te bewerkstelligen van de grote groep arbeidsongeschikten. De Commissie Diversiteit zal hieronder aanbevelingen formuleren om deze doelstellingen te bereiken en vertrekt daarbij vanuit 3 sleutelprincipes.

5.1 Werken is gezond, op voorwaarde dat het werkbaar werk is

Onderzoek toont aan dat werk een beschermend effect heeft op de algemene en mentale gezondheid (o.a. depressie). Werklozen voelen zich niet alleen minder gezond, ook de ziekte- en sterftcijfers bevestigen dit. De vraag is, wat is oorzaak en wat gevolg? Hoewel mensen met gezondheidsproblemen sneller werkloos worden, is er meer bewijs dat de gezondheid eerder wordt geschaad door werkloosheid dan andersom³¹. Er is ook meer en meer evidentie dat werk een belangrijke factor kan zijn om preventie te ondersteunen en een hefboom kan zijn in het herstelproces³². Steeds speelt de kwaliteit van het werk of werkbaar werk hierin een cruciale rol. De Vlaamse werkbaarheidsmonitor meet werkbaar werk op basis van 4 werkbaarheidsindicatoren: psychische vermoeidheid, welbevinden op het werk, leermogelijkheden en werk-privébalans. Indien werklozen terechtkomen in jobs met slechte werkomstandigheden dan is hun mentale gezondheid opvallend slechter dan die van personen die in werkloosheid bleven³³. Dit toont aan dat werken gezond is, op voorwaarde dat het over werkbaar werk gaat. Werk dat niet werkbaar is maakt mensen ziek en zorgt ervoor dat zieke mensen ook niet terug aan de slag kunnen. Werkbaar werk houdt mensen gezond en kan de gezondheid zelfs verbeteren.

5.2 Empowerment van alle betrokken actoren is noodzakelijk

Een beleid rond preventie en re-integratie van arbeidsongeschikten moet vooral inzetten op het motiveren, empoweren en ondersteunen van alle betrokken actoren. Het is namelijk cruciaal dat zowel de werknemer (of werkzoekende) als de werkgever, maar ook artsen en andere betrokkenen, gemotiveerd zijn om preventief te werken aan gezondheid en zo snel als mogelijk werk te maken van re-integratie als mensen toch uitvallen wegens ziekte. Het idee dat regulier betaald werk gezond is en goed is voor het herstelproces is voor velen nog relatief nieuw en zorgt vaak nog voor weerstand. Het is dan ook zeer belangrijk dat alle actoren het belang en de

³¹ Godderis, L. (2017). Gezond (op het) werk(t)!, Leuven.

³² Knaeps, J. (2013). Werk Werkt! Werkschrift 5. GTB. Gent.; Godderis, L. (2017). Gezond (op het) werk(t)!, Leuven. De Wereld Morgen (2020). '[Terug naar werk maar niet terug naar vroeger](#)'. Opinie en Webinar (2020). '[Na V\(irus\) komt W\(erk\)](#)'. Brussel. Podcast (2019). '[In de grijze zone met prof. Lode Godderis](#)'.

³³ Godderis, L. (2017). Gezond (op het) werk(t)!, Leuven.

meerwaarde ervan inzien en worden ondersteund om samen oplossingen te vinden. Een multidisciplinaire aanpak vanuit eenzelfde visie moet ertoe leiden dat de verschillende uitdagingen (medische, sociale, maatschappelijke, werkgerelateerde ...) gelijktijdig en samenhangend kunnen worden aangepakt. Dit vraagt om een mindswitch op verschillende terreinen.

5.3 Afstemming en samenwerking tussen beleidsdomeinen en beleidsniveaus is cruciaal

De re-integratie van (langdurig) arbeidsongeschikte personen bevindt zich op het snijpunt van werk en welzijn/gezondheid en op het snijpunt van Vlaamse- en federale bevoegdheden. Dat maakt, ten eerste, een goede en diepgaandere samenwerking tussen de beleidsdomeinen werk en welzijn/gezondheidszorg van groot belang. Samenwerking gaat daarbij niet alleen over doorverwijzing of warme overdrachten maar moet sterk inzetten op informatiedeling, afstemmen van acties, samen opstellen van actieplannen, enzovoort. Ten tweede, is sterker inzetten op re-integratie van langdurig zieken in het Vlaams werkgelegenheidsbeleid belangrijk, maar lost het bestaan van een aantal knelpunten en hiaten op het federaal niveau niet op. Nochtans hebben zij wel een impact op de motivatie en mogelijkheden van zowel arbeidsongeschikte werknemers of werkzoekenden als werkgevers om werk te maken van (her)tewerkstelling. De Commissie Diversiteit zal in dit advies regelmatig ingaan op federale bevoegdheden, indien zij een invloed hebben op Vlaamse aspecten. De Commissie Diversiteit vraagt de Vlaamse verantwoordelijken om deze elementen op te nemen met de federale verantwoordelijken.

6 Aanbevelingen

6.1 Inzetten op preventie

Om het toenemend aantal zieken die (langdurig) uitvallen een halt toe te roepen, is het in eerste instantie belangrijk om in te zetten op preventie van (het verergeren van) gezondheidsproblemen. Preventie kan ervoor zorgen dat minder werknemers ziek uitvallen en dat het proces van re-integratie minder nodig is. Preventie is een **gedeelde verantwoordelijkheid** van zowel de werknemer, die de taak heeft om goed voor zichzelf te zorgen, als van de werkgever die ervoor dient te zorgen dat hij de welzijnswetgeving naleeft en inzet op werkbaar werk voor zijn werknemers hebben. Werkbaar werk zorgt namelijk voor gezonde en gemotiveerde werknemers die productiever zijn. Preventie en bescherming via het werk worden echter nog te vaak gezien als een verplichting en kost, terwijl het eigenlijk een investering is met een hoog rendement op lange termijn.

Preventie en bescherming op het werk is een federale bevoegdheid die kadert binnen de welzijnswetgeving. De **Vlaamse overheid kan aanvullend initiatieven nemen** om gezondheid op de werkvloer te stimuleren. Zo werd in Vlaanderen eind 2017 2,8 miljoen euro uitgetrokken voor een project met gezondheidscoaches, die werkgevers konden begeleiden bij het opstarten van een preventief gezondheidsbeleid op de werkvloer, complementair aan initiatieven die al worden genomen in het kader van de welzijnswetgeving. Dit project liep tot eind 2019 en had de bedoeling om vooral kleine ondernemingen te bereiken en te begeleiden bij het opzetten van een preventiebeleid. Het project werd uiteindelijk geen succes³⁴. Dit had o.a. te maken met een gebrek aan kennis over het bestaan en het opzet³⁵ van het initiatief bij werkgevers, een gebrek aan coördinatie met het federaal preventiebeleid en de Comités PB, een tijdelijke projectmatige aanpak, een gebrek aan opvolging en valorisering van de resultaten. Om dergelijke initiatieven in de toekomst beter te doen slagen zijn **sensibilisering en informatiecampagnes** van groot belang, evenals **coördinatie en samenwerking met het federaal beleid**.

De welzijnsreglementering verplicht werkgevers om alle risico's voor de veiligheid en gezondheid van hun werknemers via een **risicoanalyse** in kaart te brengen, en op basis daarvan **preventiemaatregelen** op te stellen en uit te voeren. Dit moet voorkomen dat werknemers door hun werkomstandigheden een ongeval krijgen, ziek worden of uitvallen wegens bestaande (chronische) gezondheidsproblemen. Het **Comité PB kan de werkgever hierbij ondersteunen**. Dit comité heeft wettelijk de expliciete bevoegdheid om de werkgever te adviseren over de risicoanalyse en preventiemaatregelen, en om toezicht te houden op de uitvoering ervan. In het verleden³⁶ gaf de Commissie Diversiteit reeds aan dat er een **gedragen aanpak** moet worden uitgetekend **inzake de rol die de Comités voor Preventie en Bescherming op het Werk en de (interne of externe) preventiediensten** in dit preventiebeleid van bedrijven kunnen spelen. De commissie stelde dat het daarbij in de eerste plaats belangrijk is om **werkgerelateerde**

³⁴ Midden 2019 hadden amper 74 kmo's effectief beroep op een gezondheidscoach, waarvan slechts 24 kleine ondernemingen. Van de 2,8 miljoen werd tot dan slechts 258.525 euro effectief gebruikt, waarvan amper 13.650 euro voor de gezondheidscoaches zelf. Bron: Evaluatie ABVV

³⁵ Het opzet van het project ging ruimer dan wat klassiek wordt verstaan onder 'preventie en bescherming op het werk'. Het was de bedoeling dat gezondheidscoaches ondernemingen zouden begeleiden bij het opzetten van een preventief en kwalitatief gezondheidsbeleid rond beweging, gezonde voeding, etc.

³⁶ Commissie Diversiteit. (20 maart 2014). Psychische problemen en de Vlaamse arbeidsmarkt. SERV, Brussel.

factoren die een rol kunnen spelen bij (langdurige) uitval wegens ziekte bespreekbaar te maken binnen de onderneming.

Cijfers tonen aan dat de meest voorkomende ziektebeelden bij langdurige zieken voornamelijk psychosociale aandoeningen (stress, burn-out...) en musculoskeletale aandoeningen (problemen met de rug, gewrichten, spieren...) zijn. Deze ziektebeelden worden in wetenschappelijk literatuur o.a. gelinkt aan een toename van werkstress, belastende arbeidsomstandigheden, een gebrek aan motivatie,... Een preventief beleid moet daarom **nagaan welke elementen in de arbeidsvoorwaarden, -omstandigheden, -organisatie en -relaties de oorzaak zijn** van gezondheidsproblemen of ervoor zorgen dat mensen met een (chronisch) gezondheidsprobleem achteruitgaan en uitvallen. Bovendien moet worden **nagegaan welke maatregelen genomen kunnen worden om dit te voorkomen.**

De Commissie Diversiteit wees in het verleden reeds³⁷ op **bestaande instrumenten** om bedrijven en organisaties daarin te ondersteunen, zoals:

- **de website www.werkbaarwerk.be** die tools bevat om werkstress, motivatie, de werk-privébalans en leermogelijkheden in ondernemingen in kaart te brengen, alsook praktijkvoorbeelden, tools en ondersteuningsmogelijkheden om aan de slag te gaan.
- Volgens de Commissie Diversiteit kunnen ook **redelijke aanpassingen** hier een belangrijke rol spelen. Redelijke aanpassingen hebben een heel brede scope en kunnen zowel **materieel, immaterieel als organisatorisch** zijn van aard. Het gaat bv. over;
 - **aanpassing van de werkpost** aan de individuele noden van de werknemer:
 - de arbeidsplaats anders inrichten;
 - Aanpassing van de machines, de gereedschappen, de toestellen...
 - Hulpmiddelen voorzien.
 - **begeleiding en sturing:**
 - regelmatige overlegmomenten;
 - hulp door collega's;
 - **informatie en vorming** om werknemers om te schakelen naar **ander werk** en om **op een andere manier te werken:**
 - beroepsopleidingen;
 - vorming op het vlak van welzijn op het werk (ergonomie, psychosociale risico's...)
 - **aanpassing van de taken en de arbeidsorganisatie:**
 - minder taken, nieuwe taken, meer of misschien minder afwisseling in de taken;
 - een minder hoog arbeidsritme;
 - een aangepaste samenstelling van de ploeg;
 - Telewerk of thuiswerk mogelijk maken;
 - **aanpassing van de arbeidstijden:**
 - deeltijds werk: minder uren per dag of minder dagen per week;
 - aanpassen van de duur en het aantal pauzes;
 - hetzelfde aantal uren verdelen over andere dagen, momenten van de dag;

Deze (soms eenvoudige) aanpassingen kunnen de werkbaarheid verhogen door er bv. voor te zorgen dat de combinatie werk-gezin haalbaarder wordt, het makkelijker wordt om werk vol te houden tot de pensioenleeftijd,...

³⁷ Commissie Diversiteit. (20 maart 2014). [Psychische problemen en de Vlaamse arbeidsmarkt](#). SERV, Brussel.

- Verder pleitte de Commissie Diversiteit in voorgaande adviezen ook voor de uitbouw van **disability management** in bedrijven en organisaties in Vlaanderen³⁸. Disability Management is een methode die naast re-integratie ook gericht is op jobbehoud. Deze kan bijgevolg ook worden ingezet om mensen met een (chronisch) gezondheidsprobleem aan het werk te houden en te voorkomen dat re-integratie nodig is.

6.2 Verhogen van re-integratie van arbeidsongeschikten

Wanneer mensen toch uitvallen omwille van gezondheidsproblemen is het belangrijk om, zo snel als mogelijk gegeven de gezondheidstoestand, werk te maken van duurzame re-integratie. Dit vraagt om een mindswitch op verschillende terreinen.

6.2.1 Positievare benadering van doelgroep; focus verleggen naar competenties

Terugkeer naar werk is een belangrijk onderdeel van herstel. Vandaag is er nog sprake van een te passief beleid. Er wordt nog te veel gekeken naar de gezondheidsproblemen en beperkingen van de persoon in kwestie, die vaak eenzijdig wordt gezien en benaderd als 'patiënt'. Om dit te doorbreken en het werkhervattingsproces te stimuleren is er nood aan:

- Een **omschakeling in de visie op arbeidsongeschiktheid**, bij zowel de zieke werknemer of werkzoekende, de werkgever als bij artsen, van 'recht op ziekte' naar 'recht op herstel en genezing' en van 'patiënt' naar '(potentiële) werknemer met talenten en competenties'. Dit vraagt om sensibilisering en opleiding.
- Het **aanpassen van de terminologie** naar een meer waarderend perspectief, **met aandacht voor de competenties en talenten van de werknemer**, kan hier een belangrijke stimulans vormen. Momenteel legt de terminologie die wordt gebruikt in de verschillende beleidsdomeinen en sectoren, in de wetgeving en in communicatie rond dit thema (bv. woorden als restcapaciteit, functiebeperking, invaliditeit,...) nog sterk de nadruk op *arbeidsongeschiktheid*, terwijl veel personen die niet aan het werk zijn wegens ziekte reeds heel wat competenties en ervaring hebben opgebouwd.
- In deze omschakeling is ook de **erkenning van het belang van werk cruciaal**. Werk kan namelijk bijdragen aan het herstelproces, maar heeft eveneens een belangrijke rol voor personen die niet (volledig) zullen herstellen omwille van een chronische aandoening. Werk kan ervoor zorgen dat zij zich nuttig voelen en een bijdrage kunnen leveren aan de maatschappij, dat zij een sociaal netwerk kunnen uitbouwen, een (beter) inkomen kunnen verwerven,...

³⁸ Commissie Diversiteit. (20 maart 2014). [Psychische problemen en de Vlaamse arbeidsmarkt](#). SERV, Brussel.; Commissie Diversiteit (8 oktober 2018). [Werkbaar Werk voor personen met een arbeidshandicap](#). SERV, Brussel.; Commissie Diversiteit (15 januari 2015) [Inactiviteitsvallen voor personen met een \(indicatie van\) arbeidshandicap](#). SERV, Brussel.

6.2.2 Maak (her)tewerkstelling bespreekbaar van bij het begin

Uit onderzoek blijkt dat het belangrijk is om de terugkeer naar werk zo snel als mogelijk, gegeven de medische toestand, te bespreken. De eerste 4 tot 6 weken van de arbeidsongeschiktheid blijken cruciaal te zijn voor een succesvolle terugkeer naar werk. Hoe langer men wacht met de bespreking, hoe intensiever en duurder de begeleiding naar werk wordt en hoe groter ook de kans dat de werknemer niet terugkeert naar de eigen werkgever. Wie 3 tot 6 maanden afwezig is gaat slechts in 50% van de gevallen terug aan de slag bij de eigen werkgever. Wanneer de afwezigheid oploopt tot meer dan een jaar daalt de kans op terugkeer zelfs naar 10%. Bovendien toont onderzoek aan dat vaak niet de medische aandoening zelf maar angst, de terugkeer naar werk bemoeilijkt. Wanneer mensen gedurende een langere periode afwezig zijn hebben zij dus vaak behoefte aan ondersteuning. 80% van de werknemers die 6 weken of langer afwezig waren vragen dan ook hulp bij hun werkhervatting³⁹.

- Wanneer het medisch mogelijk is, is het belangrijk om **zo snel als mogelijk een eerste (informeel) contact** te hebben over de terugkeer naar werk. De **behandeld arts kan hier een belangrijke rol spelen**. Hij bespreekt best van bij het begin van de arbeidsongeschiktheid de re-integratiemogelijkheden met de persoon in kwestie. Hij kan hiervoor eventueel beroep doen op de arbeidsarts, die de werknemer en zijn job kent en dus het best geplaatst is om werkhervatting in te schatten en te begeleiden. Het is wel belangrijk om daarbij verder te kijken dan alleen de medische toestand. Ook de wensen en doelen van de persoon in kwestie, de arbeidssituatie en de mogelijkheden op de werkvloer moeten mee in acht worden genomen.
- Daarnaast is het van belang dat er **(informeel) contact blijft bestaan tussen de werknemer en een vertrouwenspersoon in de onderneming**. Dit kan de werkgever zelf zijn, maar evengoed een personeelsafgevaardigde, de arbeidsarts of een preventieadviseur,... Deze communicatie kan **zowel voor de werknemer als de werkgever het nodige perspectief creëren** en kan **voorkomen dat er angst ontstaat** voor de terugkeer naar de werkvloer.
- **Ondersteuning en sensibilisering van zowel de werknemer als werkgever** zijn ook hier belangrijk. **Vrijwilligheid, motivatie en vertrouwen** bij beide partijen zijn namelijk belangrijk voor een succesvol traject. De Commissie Diversiteit verwijst hier naar de vormingen⁴⁰ die het Vlaams patiëntenplatform, samen met het trefpunt zelfhulp, heeft ontwikkeld voor patiëntenverenigingen. De bedoeling hiervan is om werknemers te leren hoe ze op het werk best communiceren over hun gezondheidsprobleem. Hiervoor werd gebouwd op ervaringen van zowel werknemers, werkgevers als arbeidsartsen. Ook voor werkgevers wordt een folder met concrete tips uitgewerkt.
- Het is tot slot belangrijk dat er niet over de persoon en zijn re-integratie wordt gesproken, maar samen met de persoon over mogelijkheden inzake re-integratie. Dit vraagt om **samenwerking** tussen de persoon zelf, de behandelend arts, de arbeidsarts en de werkgever, en eventueel andere actoren zoals de adviserend arts van het ziekenfonds, een trajectbegeleider van VDAB,...

³⁹ Godderis, L. (2017). Gezond (op het) werk(t)!, Leuven.

⁴⁰ De inhoud van deze vormingen, de bijbehorende werkboeken en folders worden momenteel nog op punt gezet. Het Vlaams patiëntenplatform zal vanaf januari 2021 van start gaan met de lancering ervan.

6.2.3 Meer nood aan samenwerking

Heel wat personen die uitvallen omwille van gezondheidsproblemen gaan op korte termijn uit eigen beweging opnieuw aan de slag. Wanneer mensen echter gedurende een langere periode afwezig zijn hebben zij vaak behoefte aan ondersteuning bij hun werkhervatting. Dit kan via een formeel re-integratietraject of, als de persoon een arbeidsovereenkomst heeft, via een 'informeel' bezoek aan de arbeidsarts. In beide gevallen is het belangrijk dat er een goede samenwerking is tussen alle betrokken actoren.

Duidelijke regie

Formele re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte werkzoekenden

Het KB van 8 november 2016 legt de regierol voor re-integratie van arbeidsongeschikten zonder arbeidsovereenkomst bij de **adviserend arts van het ziekenfonds**. Hij oordeelt of iemand zonder arbeidsovereenkomst een job aankan, eventueel na een herscholing of een beroepsopleiding. Samen met de betrokkene bekijkt hij de jobmogelijkheden. Vervolgens stelt de adviserend arts, in overleg met de behandelende arts, een aanbod van re-integratieplan op. Ook de arbeidsongeschikte persoon krijgt de gelegenheid om opmerkingen te maken op het aanbod. Daarna wordt de VDAB gecontacteerd.

Om dergelijke trajecten naar werk te bevorderen werd op 1 januari 2016 het vernieuwd raamakkoord⁴¹ afgesloten tussen het RIZIV, het VICO, VDAB en GTB. De cijfers tonen aan dat het **aantal aanmeldingen bij VDAB** in het kader van dit raamakkoord **elk jaar stijgt**, maar toch eerder beperkt blijft. In 2019 waren er 4601 aanmeldingen. Ook de **uitstroom naar werk stijgt elk half jaar** maar, net zoals voor de totale groep van personen met een arbeidsbeperking, zien we dat deze stijging traag verloopt en de **tewerkstellingsgraad van deze groep laag blijft**⁴².

- Om **instroom te verhogen** moeten adviserend artsen nog vaker en sneller doorverwijzen naar VDAB. Op dit terrein zien we grote onderlinge verschillen tussen de landsbonden. Ook arbeidsartsen zouden sneller rechtstreeks kunnen doorverwijzen naar VDAB wanneer blijkt dat een werknemer niet opnieuw bij de huidige werkgever terecht kan. Vandaag gebeurt dit slechts zeer uitzonderlijk⁴³. Op die manier zou nochtans belangrijke tijd kunnen worden gewonnen. Dit vraagt om **sensibilisering en een mindswitch bij artsen**.
- Om **uitstroom te verhogen** moet blijvend worden ingezet op **een meer inclusieve arbeidsmarkt** waar alle personen een plaats kunnen verwerven op basis van hun competenties en talenten. **Drempels** die voorkomen dat mensen met gezondheidsproblemen een plaats verwerven op de arbeidsmarkt moeten worden **weggewerkt**. VDAB moet hiertoe o.a. inzetten op **inclusieve, kwalitatieve dienstverlening** die toegankelijk is voor iedereen, ongeacht het statuut.

Formele re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte werknemers

Het KB van 28 oktober 2016 heeft als doel om arbeidsongeschikte werknemers waar mogelijk (gedeeltelijk) te re-integreren bij de eigen werkgever. De regierol ligt bij de **arbeidsarts**, die

⁴¹ Dit raamakkoord vervangt de eerder samenwerkingsovereenkomst van oktober 2012.

⁴² 6 maanden na aanmelding is 13,2% uitgestroomd naar werk. 24 maanden na aanmelding is 29,7% uitgestroomd naar werk. Bron: Evaluatie raamakkoord 2019

⁴³ In 2018 gebeurden 14 van de 4007 aanmeldingen door een arbeidsarts. In 2019 waren gebeurden slechts 2 van 4601 aanmeldingen door de arbeidsarts. Bron: Evaluatie raamakkoord 2018, 2019

fungeert als aanspreekpunt voor werkgever en werknemer. Na de opstart van een traject⁴⁴ bepaalt hij, na consultatie van alle betrokkenen en eventueel samen met multidisciplinaire collega's van de interne of externe dienst (ergonoom, psycholoog ...), of een re-integratietraject mogelijk is. Als dit het geval is zullen werkgever en werknemer samen bekijken welke concrete mogelijkheden er zijn voor aangepast werk binnen de onderneming. Indien iedereen akkoord is, komt er een re-integratieplan. Het is voor de werkgever niet altijd evident om de nodige aanpassingen te bieden. VDAB heeft heel wat dienstverlening en instrumenten (bv. gespecialiseerde jobcoaching, BTOM's s, etc.) ter beschikking voor werkenden, waar ook werknemers die in een formeel re-integratietraject begeleid worden of in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting actief zijn, beroep op kunnen doen als ze dat nodig hebben. Vaak zijn noch arbeidsartsen, noch werkgevers hier echter voldoende van op de hoogte.

De cijfers tonen dat het aantal formele re-integratietrajecten dat in België werd opgestart voor werknemers ruim verdubbelde tussen 2017 en 2019. Bovendien zien we ook een aantal verschuivingen in het type initiatiefnemer en in de uitkomsten van deze trajecten⁴⁵. Om het aantal arbeidsongeschikte werknemers dat duurzaam kan re-integreren bij de eigen werkgever te verhogen, en om nog beter zicht te krijgen op de resultaten, pleit de commissie ervoor om:

- een **raamakkoord te sluiten tussen het RIZIV, arbeidsartsen (via Co-prev), VDAB en GTB rond re-integratietrajecten voor werknemers**, naar analogie met het bestaande raamakkoord met adviserend arts (via het VICO). Deze samenwerking wordt in eerste instantie best opgezet als proefproject. Op die manier kan VDAB, waar nodig, vanuit zijn regisseursrol doorverwijzen naar gepaste dienstverlening en/of instrumenten die beschikbaar zijn binnen hun organisatie of bij erkende partners als GTB en de GOB's. VDAB heeft namelijk een goed zicht op welke dienstverlening er bestaat, welke ondersteuning mogelijk is, etc. en kan bijgevolg snel ondersteuning bieden aan zowel de werknemer als werkgever in het opstellen van een re-integratietraject. Dit biedt voordelen voor werkgevers, die nu vaak te weinig op de hoogte zijn van bestaande instrumenten, financiële ondersteuning, etc. Voor werknemers kan dit ervoor zorgen dat zij sneller opnieuw aan de slag kunnen omdat hun competenties vlotter worden gematcht met een functie binnen de eigen onderneming. Ook wanneer dat niet mogelijk blijkt, is VDAB er bovendien sneller bij om hen toe te leiden naar een andere oplossing. Op die manier wordt een link gevormd tussen het arbeidsrechtelijk en sociaalrechtelijk re-integratietraject, en wordt belangrijke tijd gewonnen.
- niet alleen te monitoren op de beslissingen die door arbeidsartsen worden genomen in het kader van de wetgeving, maar **ook structureel op te volgen of de werknemer effectief aan de slag is, op welke manier (gedeeltelijk/mits aanpassingen/...) en bij welke werkgever.**

Informele re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte werknemers

De meerderheid van werkhervattingsonderzoeken bij arbeidsongeschikte werknemers verloopt **niet via het formeel traject maar daarbuiten**, via een **informeel** bezoek aan de arbeidsarts.

- Ook voor re-integratie via een informeel traject is het belangrijk dat, **waar nodig, iemand de afstemming maakt tussen de verschillende actoren**. Wie dit best opneemt, is afhankelijk van de persoon in kwestie en de situatie. Om een informeel traject te laten slagen is het

⁴⁴ Dit kan zowel worden opgestart door de werknemer of behandelend arts, de adviserend arts als de werkgever.

⁴⁵ Zie 4.2.2

belangrijk dat er een **vertrouwensband** is. Dit kan het geval zijn bij de behandelend arts, maar bv. ook een vakbondsafgevaardigde, de arbeidsarts zelf,... Belangrijk is wel dat het informele karakter van dit traject behouden blijft.

- Om ook via informele re-integratietrajecten succesvolle hertewerkstelling te realiseren is het belangrijk dat, **waar nodig, aanpassingen aan het werk kunnen worden voorzien**. Om dit mogelijk te maken en zowel werkgevers als werknemers te ondersteunen is het opnieuw **belangrijk dat arbeidsartsen en werkgevers beter op de hoogte zijn** van de dienstverlening en instrumenten van VDAB en partners voor werkenden, de beschikbare ondersteuningsmaatregelen etc.

Cijfers tonen aan dat het aantal informele re-integratietrajecten dat in België werd aangegaan een sterke stijging kenden tussen 2015 en 2018. De externe diensten geven bovendien aan dat deze informele trajecten succesvol zijn. Omdat er bij een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting geen officiële geschiktheidsbeslissing mag worden genomen, beschikken noch de externe diensten, noch de koepelorganisatie Co-prev over echte 'uitkomsten' van deze trajecten. **Fragmentarisch** zijn wel **cijfers** beschikbaar die een indicatie geven van de uitkomsten⁴⁶.

- Om zicht te krijgen op de resultaten van deze informele trajecten vindt de Commissie Diversiteit het belangrijk dat **niet alleen het aantal informele bezoeken bij de arbeidsarts wordt gemonitord, maar dat ook de uitkomsten van deze trajecten zo goed mogelijk en systematisch in kaart worden gebracht**. Dit kan door aanvullend onderzoek, zoals occasioneel reeds gebeurt bij bepaalde externe diensten.

Efficiënter delen en uitwisselen van kennis, informatie en goede praktijken

De nood aan goede samenwerking, kennisdeling en uitwisseling tussen alle betrokken actoren werd reeds verschillende keren duidelijk. Om dit te realiseren bestaat er geen ééndimensionale oplossing, maar is er **nood aan een én-én-verhaal**. Actoren moeten beter op de hoogte zijn van elkaars taken in een traject naar werk alsook van elkaars aanbod en de bestaande mogelijkheden. Bovendien moet relevante informatie efficiënt en veilig kunnen worden uitgewisseld. Vaak moet hiertoe nog een mindswitch gerealiseerd worden bij de betrokken actoren. Het uitwisselen van goede praktijken kan hiertoe bijdragen.

Kennis overdragen

Om samenwerking te bevorderen is het belangrijk dat de verschillende actoren goed op de hoogte zijn van **elkaars taken in een traject naar werk** alsook van **elkaars aanbod en bestaande mogelijkheden**. Dit vraagt om

- Sensibilisering en een betere bekendmaking, bv. via een centrale en toegankelijke informatiewebsite⁴⁷, bij alle betrokken stakeholders
 - van de rol, taken en verantwoordelijkheden van alle actoren (bv. van de verschillende artsen, de trajectbegeleider van VDAB,...)
 - van mogelijke systemen (bv. de regeling rond gedeeltelijke werkhervatting),

⁴⁶ Zie 4.2.1.

⁴⁷ De website '[Weer aan de slag](#)' van de FOD SZ vormt hiertoe een goed startpunt en richt zich zowel tot arbeidsongeschikte werkzoekenden, werknemers en zelfstandigen als tot werkgevers. Wel zou deze website nog verder moeten worden aangevuld met bijkomende informatie, zoals bv. de mogelijkheid van een bezoek aan de arbeidsarts voorafgaand aan de werkhervatting, linken naar relevante pagina's en brochures,...

- van het recht op redelijke aanpassingen voor personen met een arbeidsbeperking, en de mogelijke invulling van deze aanpassingen (bv. aanpassing van arbeidstijden, de arbeidsorganisatie,...)
- van beschikbare instrumenten en dienstverlening (bv. de BTOM's, gespecialiseerde jobcoaching,..).

Informatie uitwisselen

Wanneer naast de artsen ook andere actoren, zoals multidisciplinaire specialisten van interne en externe diensten (ergonomen, psychologen,..), trajectbegeleiders etc. een grotere betrokkenheid krijgen in het bevorderen van re-integratie, is het belangrijk om alle **relevante informatie omtrent dossiers te centraliseren en toegankelijk te maken voor alle betrokken actoren**.

- Er moet worden ingezet op het **efficiënt uitwisselen** van deze informatie;
 - **Telefonisch, en indien mogelijk face-to-face, overleg** is belangrijk voor inhoudelijk overleg in concrete dossiers
 - Dit moet gecombineerd worden met **ondersteunende digitale platformen** voor uitwisseling van praktische informatie
 - Aandacht voor **veiligheid** bij digitale uitwisseling van gegevens en respect voor de **privacy** van de persoon in kwestie (GDPR-wetgeving) zijn hier belangrijke aandachtspunten.
 - Tot slot moet ook de persoon zelf steeds inzage krijgen in de gegevens die over hem of haar worden bijgehouden

Mindswitch maken

De verschillende mogelijkheden tot samenwerking, ondersteuning en begeleiding kennen is één zaak, er gebruik van maken is nog een andere. Dit vraagt om een **mindswitch bij alle betrokken actoren**.

- Het **uitwisselen van informatie en expertise tussen artsen**, onderling maar vooral ook met **andere actoren in trajecten naar werk** zoals trajectbegeleiders e.d., is vaak nog een drempel voor artsen en vraagt om een mindswitch⁴⁸.
- Vooral bij **arbeidsartsen** blijkt dat zij vaak niet alleen te weinig van op de hoogte zijn van beschikbare systemen, instrumenten en dienstverlening van VDAB en partners, maar dat er bovendien ook nog een mindswitch moet worden gemaakt om er effectief gebruik van te maken en zich hierbij te laten ondersteunen.
- Bij **adviserend artsen** is deze bereidheid er doorgaans al meer, omwille van de samenwerking met VDAB en partners die reeds bestaat sinds 2012. Toch kan er nog meer worden ingezet op doorverwijzing.
- Ook bij **werkgevers** moet er vaak nog een mindswitch komen. Zij zijn soms terughoudend om in te zetten op aangepaste tewerkstelling omwille van administratieve overlast en/of uit angst om precedenten te stellen. Dit vraagt om de nodige ondersteuning en sensibilisering.
- Tot slot kan er ook bij de **persoon zelf** nog gewerkt worden aan een mindswitch. Vaak wil de persoon wel (terug) aan het werk, maar is het niet altijd evident om daar de kracht voor

⁴⁸ Het RIZIV geeft financiële steun aan deze lokale bijeenkomsten van artsen rond re-integratie (LOK's). Het beheerscomité stelt de vraag of die bijeenkomsten niet moet openstaan voor anderen, bv. een jobcoaches of psychologen. Het RIZIV kan dit in principe verplichten in het kader van de verderzetting van de financiering, maar geeft aan dat het niet evident is om dit te vragen en dat hiervoor echt nog een mindswitch nodig is. Bron: Commissie Diversiteit (19 juni 2019). [Rondetafel Re-integratie van arbeidsongeschikten met een \(indicatie van\) arbeidshandicap](#). SERV, Brussel.

te vinden. Dit is zeker het geval wanneer de overtuiging dat werk een belangrijke hefboom kan vormen in herstel, nog onvoldoende leeft in de directe omgeving en er eerder boodschappen van voorzichtigheid worden gegeven.

Goede praktijken delen

Om deze mindswitch te realiseren is het belangrijk om te sensibiliseren. Dit kan o.a. aan de hand van goede voorbeelden;

- Goede praktijken rond uitwisseling en samenwerking tussen artsen onderling (bv. de TRIO-projecten⁴⁹) en tussen artsen en VDAB (provinciale samenwerkingsverbanden bv. in West-Vlaanderen) worden te weinig gedeeld. Hierop moet meer worden ingezet ter inspiratie.

Persoon zelf niet uit het oog verliezen

Het is belangrijk om de persoon waar het om draait, de ‘arbeidsongeschikte’ zelf, voldoende te betrekken bij het maken van keuzes, bij het uitwisselen van informatie,... Een empowerment-benadering is hierbij belangrijk, in combinatie met de nodige ondersteuning op maat.

- **Transparantie en juiste informatie** over de mogelijkheden is zeer belangrijk voor alle arbeidsongeschikten, die na (langdurige) ziekte opnieuw aan de slag willen. De Commissie Diversiteit wijst hier opnieuw op het belang van een centrale en toegankelijke infowebsite die alle relevante informatie bundelt, en waarover goed wordt gesensibiliseerd.
- Een van de aspecten die hier aan bod moeten komen is de **impact van stappen naar werk op het inkomen**. Het is namelijk van groot belang dat de persoon in kwestie hier een goed zicht op heeft. De Commissie Diversiteit doet hierover in onderdeel 6.2.4 concrete aanbevelingen.
- Naast informeren en sensibiliseren is het ook belangrijk om de **wensen en doelen van de persoon te respecteren**, en deze indien gewenst zelf een actieve rol te laten opnemen in zijn of haar traject.

Aandacht voor de rol van werkgever: sensibiliseren, faciliteren én ondersteunen

Ook de werkgever heeft een zeer belangrijke impact op de slaagkans van een re-integratietraject. Het is dan ook belangrijk om;

- werkgevers te **sensibiliseren over de meerwaarde** van re-integratie van personen met gezondheidsproblemen **en over de verschillende mogelijkheden** die bestaan om werknemers aangepast werk te bieden, zoals bv. gedeeltelijke werkhervatting. Werkgevers, en zeker van kleine bedrijven, zijn vaak amper op de hoogte van systemen, maatregelen en steun- en subsidiemogelijkheden en kennen er de voordelen niet van. Dit kan o.a. door
 - vanuit VDAB **specifieke projecten** rond re-integratie op te zetten in samenwerking met bedrijven, zoals bv. het project ‘IN-STAP’⁵⁰. Op die manier kunnen bedrijven vertrouwd

⁴⁹ Overleg tussen adviserend artsen, arbeidsartsen en huisartsen in het kader van het KB-re-integratie en het opzetten van samenwerking, van netwerken en van overleg via casuïstiek. Dit overleg werd opgestart in LOK's of 'Lokale Kwaliteitsgroepen' van collega-artsen die hun medische praktijkvoering delen en kritisch beoordelen om de zorgkwaliteit te verbeteren.

⁵⁰ In april 2019 ging in het kader van het raamakkoord een project van start dat in kaart brengt op welke manier interim-werk een meerwaarde kan betekenen voor de doelgroep en hoe samengewerkt kan worden om de doelgroep via interim-werk toe te leiden naar de arbeidsmarkt. Dit project biedt werkgevers de kans om op een flexibele manier het potentieel van de doelgroep te verkennen en een grote groep aan diverse potentiële arbeidskrachten te bereiken. Voor de werknemer biedt het de kans op professionele interesses en

- geraken met het potentieel van de doelgroep, de mogelijkheden binnen de regelgeving en beschikbare systemen en maatregelen.
- het opzetten van een **centrale en toegankelijke infowebsite** die alle relevante informatie en inspirerende praktijken bundelt, en hierover goed te sensibiliseren naar werkgevers.
- werkgevers te **ondersteunen** bij re-integratie van arbeidsongeschikten, bv. door tools aan te reiken. De Commissie Diversiteit vraagt om hiertoe verder in te zetten op de uitbouw van een specifieke dienstverlening naar werkgevers in functie van re-integratie, zoals opgenomen in het raamakkoord. Hiertoe is nood aan;
- een **informatie- en kennisdesk voor werkgevers**,
 - ondersteuning bij de uitbouw van **Disability Management (DM)⁵¹ op organisatieniveau⁵²**.
 - het benadrukken van **de belangrijke rol voor het comité PB** in de ondersteuning van werkgevers bij de uitbouw van een re-integratiebeleid op organisatieniveau.
- het aanbieden van aangepast werk tot slot ook te **faciliteren**. België en Vlaanderen zijn steeds meer een land van KMO's. Bijgevolg moeten de mogelijkheden tot ondersteuning niet alleen bekend zijn bij werkgevers, maar moet de **wetgeving en ondersteuning ook op hun maat** worden uitgewerkt. Dit kan door bestaande barrières, zoals financiële en administratieve beslommingen, weg te nemen.

Tekort aan adviserend artsen en arbeidsartsen aanpakken

Arbeidsartsen en adviserend artsen hebben binnen de KB's van 2016 een belangrijke coördinerende rol gekregen, alsook een aantal nieuwe taken in het kader van re-integratie. Bovendien neemt het aantal arbeidsongeschikten toe. Dit betekent dat er ook nood is voldoende artsen om de doelstellingen die zijn vastgelegd in de wetgeving op een goede manier te kunnen verwezenlijken. De cijfers tonen echter aan dat zowel het aantal adviserend artsen⁵³ als arbeidsartsen⁵⁴ afneemt. Dit vraagt om maatregelen die dit tekort kunnen kenteren.

mogelijkheden te verkennen en ervaring op te doen binnen een flexibel kader. Er bestaat nog geen eindevaluatie van dit project (deze is voorzien voor maart 2021) maar tussentijdse evaluaties bieden perspectief voor de doelgroep. Bron: VDAB

⁵¹ 'Disability management' is een methode gericht op jobbehoud of re-integratie in de job, die aansluit bij het biopsychosociale denkkader. Centraal staan de individuele noden van de werknemer, de omstandigheden op de werkplaats en het wettelijke kader. 'Disability management' bestaat uit 2 pijlers: namelijk een systematische aanpak op niveau van het bedrijf en een gecoördineerde inspanning op niveau van het individu. Sleutelfiguren bij de toepassing van 'disability management' in de praktijk zijn onder andere de werknemer en de werkgever, de arbeidsartsen, de adviserend artsen en de behandelend artsen met elk hun multidisciplinair team. Bron: RIZIV

⁵² In de [actielijst arbeidsbeperking 2020](#) vroeg de Commissie Diversiteit reeds dat alle soorten bedrijven en organisaties een beleid ontwikkelen inzake disability management, en dat VDAB hiertoe centrale aanspreekpunten opzet (acties 63 en 64).

⁵³ Cijfers van het Nationaal Verbond Socialistische Mutualiteiten over alle VI's tonen aan dat er tussen 2010 en 2019 een systematische daling is van het aantal Nederlandstalige adviserend artsen met 29,1%. Wanneer we kijken naar het aantal VTE manifesteert de daling zich, met 29,2% nog iets sterker.

⁵⁴ Cijfers van Co-prev tonen aan dat het aantal arbeidsartsen in België tussen 2012 en 2017 is afgenomen met 6,7%. Wanneer we kijken naar het aantal VTE manifesteert de daling zich, met 7,1%, nog iets sterker. Een toekomstprognose die rekening houdt met het toekomstig aantal pensionering en nieuwe instroom, schat bovendien in dat dit aantal de komende 10 jaar nog verder zal afnemen. Op basis van de moedertaal van de arts als proxy kan worden gesteld dat een dikke 60% van deze artsen Vlaming zijn (57,21% gaf het Nederlands en 5,80% Nederlands/Frans op als moedertaal).

Op federaal niveau worden quota vastgelegd voor het aantal studenten dat elk jaar aan de opleiding geneeskunde mag beginnen. Vanaf 2021 komen daar voor de specialisaties Vlaamse subquota bij. Een Vlaamse planningscommissie, met een tiental experts, bepaalt dan hoeveel kandidaten minimaal of maximaal kunnen beginnen aan een opleiding die leidt tot een bijzondere beroepstitel. Op die manier kan het medisch aanbod beter worden afgestemd op de noden in Vlaanderen.

- In deze **Vlaamse planningscommissie** moet voldoende aandacht gaan naar de noden op vlak van arbeidsgeneeskunde en voldoende hoge quota voor adviserend artsen en arbeidsartsen worden vastgelegd.

Om de **instroom in de specifieke opleiding en het beroep te verhogen** is er bovendien nood aan;

- Een **herwaardering van de beroepen** van arbeidsarts en adviserend arts vanuit het beleid.
- Meer **aandacht voor arbeidsgeneeskunde** in de algemene **artsenopleiding** via bv. een verplicht vak en stage. Vandaag bestaan er enkel keuzemodules.

Daarnaast is het belangrijk om:

- zowel adviserend artsen als arbeidsartsen **meer te ondersteunen bij het uitvoeren van hun nieuwe opdrachten en taken** in het kader van re-integratie. Dit kan o.a. door taken meer af te bakenen en **andere profielen aanvullend in te zetten in multidisciplinaire teams** (bv. verpleegkundigen, psychologen, kinesisten, ergotherapeuten, re-integratiecoaches, ...)

6.2.4 **Stimuleer en versterk mogelijkheden voor aangepast werk en geleidelijke aan- of hervatting van werk**

Arbeidsongeschikten moeten de kans krijgen om vlot, **in aangepaste omstandigheden en/of op geleidelijke wijze**, een beroepsactiviteit aan te vatten of te hervatten. Doorheen het advies werd reeds verschillende keren aangehaald dat er systemen en instrumenten bestaan om dit te bevorderen. Bovendien werd aangegeven dat het belangrijk is om in te zetten op sensibilisering over het bestaan en de voordelen ervan bij alle betrokken actoren, en om het gebruik ervan te stimuleren. Sensibilisering en stimulering alleen zijn echter niet voldoende. Er bestaan namelijk nog een aantal drempels die betrokkenen kunnen demotiveren of verhinderen om de stap te zetten. De Commissie Diversiteit zal hieronder ingaan op het belang van **redelijke aanpassingen** voor een succesvolle re-integratie, en specifiek op het systeem van **gedeeltelijke werkhervatting**. Dit systeem kan namelijk een belangrijke opstap zijn naar volledige (her)tewerkstelling voor personen die uitvielen wegens gezondheidsproblemen. Voor personen die omwille van chronische gezondheidsproblemen nooit meer in staat zullen zijn om opnieuw voltijds aan de slag te gaan, biedt het bovendien de mogelijkheid om deeltijds werk (voor lange periode) te combineren met een uitkering.

Redelijke aanpassingen

Redelijke aanpassingen zijn voor de Commissie Diversiteit een **belangrijk instrument** om ervoor te zorgen dat er in de praktijk aanpassingen op maat kunnen worden voorzien. Anderzijds benadrukt de commissie dat redelijke aanpassingen **geen onevenredige belasting mogen vormen voor de werkgever**. De redelijkheid van de aanpassingen moet onder meer worden afgewogen tegen de organisatorische en financiële kost voor de werkgever en de mogelijkheid om overheidsgeld of andere vormen van steun te verwerven.

- De commissie vraagt om het gebruik van redelijke aanpassingen **verder te promoten en stimuleren**.

De notie van de redelijke aanpassingen werd voor het eerst vastgelegd in het Europees recht met de Europese richtlijn 2000/78/EG tot instelling van een algemeen kader voor gelijke behandeling in arbeid en beroep. Zowel op federaal als op gewestelijk niveau werd de Europese richtlijn in België omgezet in anti-discriminatiewetgeving. Deze juridische teksten⁵⁵ verbieden elke vorm van discriminatie, direct of indirect, onder meer op grond van een handicap en van de (huidige of toekomstige) gezondheidstoestand. Deze wetgeving bepaalt dat het weigeren van redelijke aanpassingen een discriminatie is.

- De Commissie Diversiteit stelt vast dat **de Europese wetgeving rond redelijke aanpassingen daarnaast niet werd doorgetrokken in de welzijnscode**, die alle uitvoeringsbesluiten bevat van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk.

Zoals reeds aangehaald in onderdeel 6.1 kunnen redelijke aanpassingen allerlei vormen aannemen. Dit kan gaan van begeleiding, informatie en vorming tot aanpassing van de werkpost, de arbeidsorganisatie of arbeidstijden. Voor het aanpassen van de arbeidstijden bestaat het systeem van **gedeeltelijke werkhervatting**. Dit systeem laat toe dat arbeidsongeschikten op graduele manier terug aan de slag kunnen.

Gedeeltelijke werkhervatting

Volgens de Commissie Diversiteit is gedeeltelijke werkhervatting een belangrijke manier om arbeidsongeschikten (opnieuw) te integreren op de arbeidsmarkt. Hoewel het aantal arbeidsongeschikten die hier gebruik van maken de afgelopen jaren sterk is toegenomen (een toename van 75% voor loontrekkenden tussen 2014 en 2018⁵⁶), blijft het aandeel laag in het licht van het totaal aantal ZIV-gerechtigden in Vlaanderen. Bovendien zien we dat nieuwe intredes in het systeem vooral personen zijn die zich in primaire arbeidsongeschiktheid bevinden (70,7% van het aantal nieuwe intredes bij loontrekkenden in 2018). Hoewel gedeeltelijke werkhervatting dus al een belangrijk instrument is om re-integratie van arbeidsongeschikten te bevorderen, zijn er nog verbeteringen mogelijk die ook het gebruik ervan kunnen verhogen.

Drempels aanpakken⁵⁷

Transparante communicatie

De algemene communicatie over het systeem van gedeeltelijke werkhervatting moet beter. Zowel werknemers, werkgevers als artsen kennen het systeem niet (voldoende) of beschikken over verkeerde informatie. De gevolgen voor de uitkering of eventuele andere tegemoetkomingen zijn vaak niet duidelijk. Duidelijke informatie en zekerheid over financiële gevolgen is nochtans van cruciaal belang om alle betrokkenen te stimuleren om gebruik te maken van deze regeling.

⁵⁵ Voor het federale niveau en voor Vlaanderen zijn dit; de federale wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie; het decreet van de Vlaamse overheid van 10 juli 2008 houdende een kader voor het Vlaamse gelijkheids- en gelijkebehandelingsbeleid; het decreet van de Vlaamse overheid van 8 mei 2002 houdende evenredige participatie op de arbeidsmarkt.

⁵⁶ toename van 18.953 naar 33.182 loontrekkenden. Bron: RIZIV

⁵⁷ Vlaams patiëntenplatform (2020). [Knelpuntennota gedeeltelijke werkhervatting](#). Heverlee

Omdat de mogelijkheden en gevolgen van (her)tewerkstelling vaak afhankelijk zijn van de individuele situatie van de persoon (statuut, gezinssituatie, ...), vergt het bovendien een **individuele aanpak**.

- In het verleden⁵⁸ verwees de Commissie Diversiteit reeds naar de MOTYFF-tool als belangrijk instrument om een goed zicht te krijgen op de financiële gevolgen van stappen naar werk. MOTYFF is vandaag niet meer operationeel⁵⁹. De Commissie Diversiteit vraagt om een nieuwe toegankelijke tool te creëren die arbeidsartsen, VDAB, mutualiteiten, vakbonden, ... kunnen gebruiken om samen met de arbeidsongeschikte de impact van een mogelijke (her)tewerkstelling op het gezinsinkomen te berekenen. De Commissie Diversiteit vraagt om hiervoor een VIONA-oproep uit te schrijven.

■ Administratieve overlast

Werknemers die aan de slag zijn in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting moeten iedere maand de nodige papieren van hun werkgever aan het ziekenfonds bezorgen. Voor de werknemer betekent dit dat hij de werkgever er maandelijks aan moet herinneren dat hij ziek is. Voor de werkgever betekent dit een maandelijks inspanning om deze administratie in orde te brengen.

- De Commissie Diversiteit vraagt om de hoge administratieve drempel, zowel voor de werkgever als voor de werknemer, sterk te vereenvoudigen.

■ interpretatie van de wet

De arbeidsongeschikte persoon kan bij de adviserend arts van het ziekenfonds een aanvraag indienen om de toelating te krijgen tot gedeeltelijke werkhervatting. De adviserend arts zal oordelen of de beoogde beroepsactiviteit verenigbaar is met de gezondheidstoestand van de arbeidsongeschikte persoon. Volgens de ZIV-wet moet de werknemer vanuit een geneeskundig oogpunt een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 % behouden. Dit wordt door heel wat adviserend artsen op een verkeerde manier geïnterpreteerd. Volgens hen is het niet mogelijk om meer dan 50% te werken, omdat dit zou willen zeggen dat de persoon dan 'arbeidsgeschikt' is en dus geen uitkering meer moet ontvangen. De huidige wettelijke bepaling beperkt echter de tewerkstelling niet. Het moet daarom mogelijk zijn om meer dan halftijds te werken, zolang aan de voorwaarde voldaan is dat er vanuit geneeskundig oogpunt een vermindering van het vermogen is van ten minste 50%. Er zijn regionaal grote verschillen in het beleid van de adviserend artsen inzake gedeeltelijke werkhervatting. De letter van de wet is dan ook voor interpretatie vatbaar.

- Er is nood aan duidelijke criteria voor het beoordelen van het resterend vermogen van de arbeidsongeschikte persoon. Op die manier wordt de discretionaire ruimte van de adviserend arts beperkt en worden beslissingen over de toelating tot gedeeltelijke werkhervatting eenvormiger.

⁵⁸ Commissie Diversiteit (15 januari 2015) [Inactiviteitsvallen voor personen met een \(indicatie van\) arbeidshandicap](#). SERV, Brussel.

⁵⁹ De toenmalige partners van het MOTYFF-project werken samen met de FOD aan nieuw simulatiemodel, [BELMOD](#). Een mogelijke spin-off van dit model zou een nieuwe online-tool kunnen zijn.

■ volledig arbeidsongeschikt

Om in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting een uitkering te combineren met deeltijds werk moet de arbeidsongeschikte persoon eerst volledig uitvallen. Het huidige systeem biedt dus geen oplossing voor personen met een (chronisch) gezondheidsprobleem die hun loopbaan (tijdelijk) willen afbouwen, maar niet eerst uit de arbeidsmarkt willen stappen. Nochtans is het veel moeilijker om iemand terug op de arbeidsmarkt te integreren, dan om zijn tewerkstellingspercentage geleidelijk aan af te bouwen.

In principe is het mogelijk om vanaf de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting te stappen. In de praktijk blijkt het echter niet uitzonderlijk dat de persoon, omwille van administratieve verplichtingen, een maand arbeidsongeschikt blijft alvorens opnieuw aan de slag te kunnen. Ook dit bemoeilijkt de re-integratie.

Gedeeltelijke werkhervatting wordt bovendien ook wel eens 'progressieve tewerkstelling' genoemd. Dit insinueert dat het systeem per definitie gericht is op een terugkeer naar een voltijdse tewerkstelling. Hoewel de wettelijke bepalingen niet aangeven dat de tewerkstelling moet evolueren naar een voltijdse betrekking, gaan sommige adviserend artsen er – verkeerdelijk – van uit dat dit wel het geval is. Deze interpretatie zorgt ervoor dat het voor heel wat mensen met een (chronisch) gezondheidsprobleem zo goed als onmogelijk wordt om een gedeeltelijke werkhervatting blijvend te combineren met een uitkering. Op die manier worden ze gedwongen om volledig uit de arbeidsmarkt te stappen.

- Er is nood aan een **dynamisch systeem**. Personen met een (chronisch) gezondheidsprobleem moeten daarin de mogelijkheid krijgen om (tijdelijk) hun werktempo af te bouwen, rekening houdend met de aard van de beperkingen. Op die manier kan worden voorkomen dat de band met de arbeidsmarkt volledig wordt verbroken en dat terugkeer moeilijker wordt.
- Daarbij blijft het belangrijk dat de aanpassing in de werktijd redelijk is en **geen onevenredige belasting** vormt voor de werkgever.
- Er is nood aan **duidelijke informatie** voor zowel artsen, arbeidsongeschikten als werkgevers, **over de finaliteit** van gedeeltelijke werkhervatting. Progressieve opbouw naar **volledige (her)tewerkstelling is (wettelijk gezien) geen doel op zich, maar is het streefdoel waar mogelijk gezien de gezondheidstoestand**.

■ Potentiële (in)activiteitvallen

De hervorming van de vrijstellingsregeling voor ZIV-gerechtigden van april 2018 zet in op het principe dat meer werken ook moet leiden tot meer inkomen. De financiële meerwaarde van werken is in de nieuwe regeling voor de meeste gezinnen groter dan in de oude regeling. In die zin laat ze meer maatwerk toe in termen van aantal werkuren, al hangt in de praktijk veel af van hoe adviserend artsen de nieuwe wet toepassen⁶⁰. De nieuwe ZIV-regeling an sich is voor de meeste gezinnen dus een stuk doeltreffender dan de oude regeling, al zijn er ook gevallen waarvoor dit niet geldt.

- Sinds april 2018 wordt de **ZIV-uitkering berekend op basis van het aantal uren** dat de persoon het werk hervat in plaats van op het loon. Deze hervorming had als doel om de berekening van de ziekte-uitkering bij gedeeltelijke werkhervatting eenvoudiger en

⁶⁰ Van Mechelen, N., Buysse, L., (2019). De re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten op de arbeidsmarkt: stand van zaken en knelpunten. Armoede en handicap in België.

transparanter te maken. Berekeningen van de CRB tonen aan dat het in alle situaties loont om de stap naar werk te zetten. Voor de meeste arbeidsongeschikten is werken in het nieuwe systeem bovendien financieel lonender dan voordien. Voor sommige arbeidsongeschikten betekent de nieuwe regeling echter een achteruitgang ten opzichte van de vorige. Dit is vooral het geval voor personen met een laag brutoloon en bij bepaalde tewerkstellingspercentages⁶¹. Daarnaast is de nieuwe regeling ook nadelig voor mensen met een fluctuerende gezondheidstoestand⁶². Dit kan in bepaalde situaties en voor bepaalde groepen de stap naar werk ontmoedigen omdat het verschil met de uitkering te klein wordt.

Bovendien kunnen arbeidsongeschikten in hun zoektocht naar werk ook botsen op andere **(in)activiteitsvallen** die hen onbedoeld ontmoedigen of beperken om de stap naar de arbeidsmarkt te zetten. Werken in het kader van gedeeltelijke werkhervatting betekent in principe een hoger inkomen, maar kan door knelpunten in het flankerend beleid wel leiden tot:

- **Het verlies van bepaalde tegemoetkomingen;**
 - In 2019 veranderde het systeem van de Vlaamse kinderbijslag. Om de **sociale toeslag** te ontvangen geldt niet langer de voorwaarde dat iemand al minstens zes maanden een ZIV-uitkering ontvangt, maar moet het gezinsinkomen onder een bepaald grensbedrag blijven. Door aan de slag te gaan in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting kan het gezinsinkomen stijgen tot boven deze drempel, waardoor men de sociale toeslag verliest. De inkomensstijging die wordt gerealiseerd omwille van de werkhervatting wordt bijgevolg (gedeeltelijk) genivelleerd.
 - De **verhoogde tegemoetkoming** geeft recht op een betere vergoeding van medische kosten (arts, tandarts, apotheker, hospitalisatie,...) voor gezinnen met een laag inkomen. Het remgeld dat zij betalen voor deze prestaties ligt bijgevolg lager. Wanneer het inkomen verhoogt door tewerkstelling kunnen zij deze tegemoetkoming verliezen, waardoor de stijging van het inkomen omwille van de werkhervatting (gedeeltelijk) wordt genivelleerd. Nochtans blijven de medische kosten voor deze gezinnen vaak gelijk.
- **Andere financiële gevolgen**
 - Binnen het stelsel van gedeeltelijke werkhervatting vormen de beroepsinkomsten en de ziekte-uitkering samen het inkomen. Ook alle éénjaarlijkse premies (zoals een eindejaarspremie, dubbel vakantiegeld, e.d.) die de arbeidsongeschikte ontving in de vier kwartalen vóór de aanvang van de gedeeltelijke werkhervatting, maken deel uit van het beroepsinkomen en tellen dus mee voor de **belastingheffing**. Er is bedrijfsvoorheffing verschuldigd op het totale inkomen. Wat de ziekte-uitkeringen betreft geldt dit enkele voor uitkeringen voor primaire arbeidsongeschiktheid en niet op invaliditeitsuitkeringen. Deze bedrijfsvoorheffing

⁶¹ Onderzoek toont aan dat de nieuwe regeling over het algemeen weliswaar een positieve impact heeft op de financiële prikkels om te gaan werken, maar toch minder progressief is dan het schijvensysteem waarin vooral de laagste inkomensschijven werden vrijgesteld. Het nieuwe systeem scoort daarom minder goed op vlak van de inkomensbescherming van de meest preciaire groepen. Bron: Van Mechelen, N., Buysse, L., (2019). De re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten op de arbeidsmarkt: stand van zaken en knelpunten. Armoede en handicap in België.

⁶² Berekeningen van het Vlaams Patiëntenplatform, die bevestigd werden door het kabinet van Minister van Sociale Zaken, tonen dit aan. Ook de Nationale Arbeidsraad (NAR) kaart dit probleem aan in haar [advies 2.099](#) van 25 september 2018.

mag bovendien niet tot gevolg hebben dat de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering lager komt te liggen dan een bepaald minimumbedrag. Bij gedeeltelijke werkhervatting geldt deze beschermingsmaatregel echter niet. Dit kan betekenen dat arbeidsongeschikte personen die aan de slag zijn in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting meer dan een jaar later geconfronteerd wordt met een hoge afrekening via de belastingaanslag.

- Het **dubbel vakantiegeld** is een verworven recht bij het loon. Dit betekent dat ook personen die aan de slag zijn in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting hier recht op hebben. De hoogte van de uitkering zal echter aangepast worden aan dit dubbel vakantiegeld, terwijl dit voor andere werknemers een extra inkomen is. Dit verlies wordt door arbeidsongeschikten vaak ervaren als een bestraffing van hun inspanning. De arbeidsongeschikte werknemer zal namelijk de uitkering van het ziekenfonds eenmaal per jaar niet uitbetaald krijgen, omdat hij of zij dubbel vakantiegeld ontvangt. De overheid past wel het verschil tussen het dubbel vakantiegeld en de uitkering bij zodat de werknemer geen verlies lijdt wanneer het vakantiegeld lager is dan de uitkering. Het inkomen van de persoon die een gedeeltelijke werkhervatting uitoefent, zal daarom gelijk blijven aan het inkomen van de andere maanden.
- De Commissie Diversiteit vraagt dat de potentiële (in)activiteitsvallen die Vlaamse materie zijn worden onderzocht en waar nodig worden aangepakt. Concreet betekent dit dat:
 - voor **de sociale toeslag** moet worden **onderzocht in welke mate, en voor welke typegezinnen en tewerkstellingspercentages, deze regeling een (in)activiteitval veroorzaakt voor personen in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting,**
 - deze regeling vervolgens moet worden **aangepast waar nodig**. Werken moet immers altijd lonen.
- Daarnaast vraagt de Commissie Diversiteit dat de Vlaamse regering **op het federaal niveau aandringt om ook de andere potentiële (in)activiteitsvallen te onderzoeken en waar nodig aan te pakken.**