



## **Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk**

### **Samenvatting kwantitatieve, kwalitatieve en juridische evaluatie**

**MSc. Isabelle Boets & Prof. Dr. Lode Godderis, KU Leuven**

**Prof. Dr. Vanessa De Greef & MSc. Hélène Deroubaix, ULB**

Dit onderzoek werd gefinancierd door de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg.



**Federale Overheidsdienst  
Werkgelegenheid, Arbeid  
en Sociaal Overleg**

## Inhoudstafel

1. Maatschappelijke problematiek, situering re-integratieregelgeving en huidig onderzoek.....	3
2. Werkpakket 1 & 2: Kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie .....	4
2.1. Onderzoeksvragen en methode (WP1 en WP2).....	4
2.2. Resultaten.....	5
3. Werkpakket 3: Juridische evaluatie.....	8
3.1. Methode.....	8
3.2. Resultaten.....	8
4. Conclusie, aanbevelingen en suggesties .....	10

## 1. Maatschappelijke problematiek, situering re-integratieregelgeving en huidig onderzoek

Het aantal arbeidsongeschikte werknemers stijgt elk jaar, zo blijkt uit cijfers van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Langdurig arbeidsongeschikte werknemers ondervinden daarenboven moeilijkheden bij de hervatting van hun werk, gezien de kans om opnieuw aan de slag te gaan afneemt met de duur van de ongeschiktheid. Deze langdurige arbeidsongeschiktheid kan nefast zijn voor de werknemer zelf, omwille van de belangrijke impact van werk op het fysiek en psychosociaal welzijn. Maar ook de werkgever kan nadelen ondervinden, bijvoorbeeld omwille van onduidelijkheid over werkhervatting of vervanging, hetgeen een negatieve invloed kan hebben op de motivatie en de werkdruk van andere werknemers.

Voor de invoering van de hervorming van de regelgeving<sup>1</sup>, hadden zowel de werkgever als de werknemer echter weinig mogelijkheden tot ingrijpen indien de arbeidsongeschiktheid langdurig werd, zonder zicht op werkhervatting. Deze situatie en de stijging van het (langdurig) ziekteverzuim wogen bovendien zwaar op het budget van het RIZIV. Daarom is sinds één december 2016 het KB in verband met het re-integratietraject van arbeidsongeschikte werknemers van kracht. Het doel van het re-integratietraject (RIT) is om de re-integratie van de arbeidsongeschikte werknemer die het overeengekomen werk niet kan uitoefenen te bevorderen. Sinds de invoering van de hervorming kan een RIT opgestart worden, zowel door de werknemer, zijn behandelend arts, de werkgever als door de adviserend arts van de mutualiteit. Het RIT kan leiden tot een re-integratie bij de werkgever, al dan niet in een tijdelijk of definitief andere of aangepast functie, of tot het verbreken van de overeenkomst omwille van medische overmacht indien er sprake is van een definitieve arbeidsongeschiktheid.

Sinds de invoering van de hervorming blijkt dat een groot deel van de beslissingen een beslissing van definitieve arbeidsongeschiktheid betreft (beslissing C of D), waarbij een verbreking van de overeenkomst omwille van medische overmacht kan worden ingeroepen. Tot op heden is het echter onduidelijk wat er gebeurt met werknemers waarvan het contract verbroken werd omwille van medische overmacht. Blijven zij arbeidsongeschikt of werkloos, of gaan ze elders aan de slag? Het is bijgevolg zeer relevant om de impact van deze nieuwe wetgeving te evalueren inzake re-integratie op het werk voor de arbeidsongeschikte werknemers. Daarom evalueerde de onderzoeksgroep Omgeving en Gezondheid van KU Leuven de hervorming op een kwantitatieve en kwalitatieve manier. Ze gingen na welke invloed de regelgeving heeft op de re-integratie van werknemers, en hoe de regelgeving eventueel kan worden geoptimaliseerd.

Daarnaast werd de hervorming juridisch geëvalueerd door onderzoekers van ULB. Het gerecht heeft zich sinds dat de hervorming in werking is getreden, nog maar heel zelden uitgesproken. Het is dus nog minstens twee jaar wachten vooraleer een uitvoerige analyse van de rechtspraak zinvol kan zijn. Het is evenwel mogelijk dat de gerechtelijke geschillenbeslechting veel beperkter zal zijn dan vroeger, omdat er al onderhandelingen plaatsvinden tussen de partijen in een pre-contentieuze fase, die dus meteen ook de laatste fase van een geschil kan zijn (waarbij het conflict uiteindelijk nooit voor de

---

<sup>1</sup> De hervorming van de professionele re-integratie werd in vier teksten gegoten: in chronische volgorde, het koninklijk besluit van 28 oktober 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers betreft, het koninklijk besluit van 8 november 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de sociaalprofessionele re-integratie betreft, de wet van 20 december 2016 houdende diverse bepalingen inzake arbeidsrecht in het kader van arbeidsongeschiktheid en, ten slotte, het koninklijk besluit van 30 januari 2017 tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers. Het koninklijk besluit van 28 mei 2003 is inmiddels opgenomen in de codex welzijn op het werk.

arbeidshoven of -rechtbanken wordt gebracht). In die nieuwe context lijkt ook de rol van de advocaat te evolueren: veel advocaten komen tussenbeide nog voor een gerechtelijke procedure wordt opgestart, om te onderhandelen over de verbreking van de arbeidsovereenkomst. In de juridische analyse werd onderzocht hoe die onderhandelingen verlopen en werden enkele aandachtspunten uitgelicht die eveneens pleiten voor een aanpassing van de bestaande regelgeving.

## 2. Werkpakket 1 & 2: Kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie

### 2.1. Onderzoeksvragen en methode (WP1 en WP2)

Het **kwantitatieve luik** (WP1) van de evaluatie bestond uit een vragenlijstonderzoek. De onderzoeksvragen van het kwantitatieve luik waren de volgende:

- OV1: Hoeveel procent van het totale aantal behandelde cases krijgt een beslissing A, B, C, D of E.
- OV2: Hoeveel gevallen zijn na het RIT (nog) aan het werk?
- OV3: Hoeveel procent van de gevallen krijgt een beslissing van medische overmacht?
- OV4: Hoeveel gevallen van einde van overeenkomst wegens medische overmacht zijn na het RIT opnieuw aan het werk?

Werknemers die in 2017 en het eerste kwartaal van 2018 een RIT volgden bij de arbeidsarts waren het doelpubliek voor het invullen van de vragenlijst. Als vergelijkingsgroep werd een gelijkaardige steekproef van personen uitgenodigd die een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting (BV) volgden, een informele weg van re-integratie. In samenwerking met vijf externe diensten voor preventie en bescherming op het werk (Idewe, Mensura, Liantis, Attentia en Cesi) werden 481 werknemers die een RIT (15% respons) en 592 werknemers die een BV (19% respons) volgden, bevraagd via een online vragenlijst. Ze werden bevraagd over hun socio-demografische- en werk gerelateerde kenmerken, en kenmerken van hun arbeidsongeschiktheid.

Beide groepen (RIT versus BV) werden verondersteld erg verschillend te zijn en werden daarom vergeleken op de bevraagde kenmerken. Daarnaast werd onderzocht welk van de bevraagde kenmerken of predictoren significant bijdroegen aan de werkhervatting. Dit gebeurde aan de hand van multinomial logistische regressie met een afhankelijke variabele “werkhervatting” met drie mogelijke uitkomsten: 1) nee (geen werkhervatting), 2) werkhervatting bij dezelfde werkgever en 3) werkhervatting bij een andere werkgever.

Het kwantitatieve luik werd aangevuld met het **kwalitatieve luik (WP2)**, hetgeen bestond uit focusgroepen met belangrijke stakeholders binnen de wetgeving. De onderzoeksvragen voor het kwalitatieve luik waren de volgende:

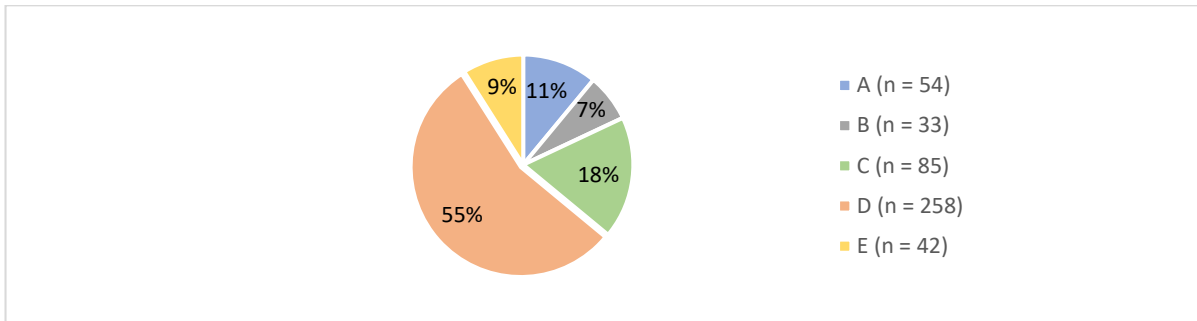
- OV5: Hoe ervaren verschillende stakeholders de nieuwe regelgeving en het RIT sindsdien?
- OV6: Hoe kan de huidige regelgeving verbeterd worden volgens deze verschillende stakeholders?

Vijf stakeholdergroepen werden bevraagd in homogene focusgroepen: patiënten of werknemers die een RIT volgden, huisartsen, adviserend artsen, arbeidsartsen en werkgevers. Voor elke groep werd getracht zowel een Nederlandstalige als een Franstalige groep te vormen. Deze doelstelling werd behaald, we slaagden er enkel niet in om Franstalige werknemers te bevragen. De focusgroepen vonden plaats tussen januari en juni 2019. Per stakeholdergroep werd een interviewgide ontwikkeld en de resultaten werden geanalyseerd aan de hand van de computersoftware NVivo en de principes van Thematic Analysis.

## 2.2. Resultaten

### Kwantitatief luik (WP1)

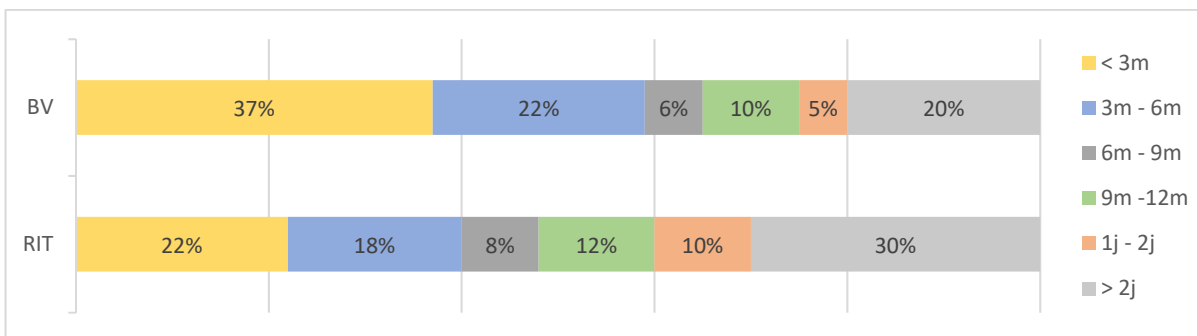
Het vragenlijstonderzoek wees uit dat in het RIT de meeste werknemers een **beslissing** kregen van definitieve arbeidsongeschiktheid (C of D) (Figuur 1) (OV1). De **aanvrager** van het RIT was in de meeste gevallen de werknemer zelf of zijn behandelend arts (52%) en in een minderheid van de gevallen de werkgever (32%) of de adviserend arts (16%). Wat betreft beoordeling en aanvrager van het RIT, kwam deze steekproef overeen met de gegevens over de totale populatie vanuit CoPrev.



Figuur 1: Beslissing RIT

De beschrijvende resultaten wezen uit dat werknemers die een formele weg van re-integratie (RIT) volgden, en werknemers die een informele weg volgden (BV), erg verschillende en niet-vergelijkbare groepen zijn. Enkele **belangrijke verschillen** waren dat werknemers die een RIT volgden vaker een werkloze of arbeidsongeschikte partner hadden. Bovendien was hun loon significant lager en hadden ze minder vaak extralegale voordelen. Ook beoefenden ze vaker een job als arbeider of administratieve kracht en hadden ze minder vaak hoger onderwijs genoten. Opvallend was dat deze werknemers vaker al reeds voor hun RIT deeltijds werkten.

De **reden van de arbeidsongeschiktheid** was in de RIT-groep vaker werk gerelateerd (stress, burnout of conflict), of omwille van een musculoskeletale reden. Op vlak van de **duur van de arbeidsongeschiktheid**, waren werknemers die een RIT volgden vaak al langer afwezig op het moment van hun eerste contact met de arbeidsarts. 40% onder hen was op dat moment al langer dan één jaar afwezig, terwijl dat bij de BV-groep slechts voor 25% het geval was (Figuur 2).



Figuur 2: Duur arbeidsongeschiktheid

Wat betreft de **werkhervatting**, hervatte 42% van de bevroegde personen het werk na het RIT, 69% van hen deed dat bij een andere werkgever (OV2). In het totaal werd het contract van 56% van de bevroegden verbroken omwille van medische overmacht (OV3). Desalniettemin hervatte 37% van hen het werk, hetzij bij een andere werkgever (OV4). De bevroegde personen van de BV-groep daarentegen hervatten in 73% van de gevallen het werk, de meerderheid bij de eigen werkgever (87%).

De analyses wat betreft de **predictoren van werkhervatting** (multinomial logistische regressie) gebeurden voor beide groepen apart. De **duur van de arbeidsongeschiktheid** was in het RIT een belangrijke predictor voor werkhervatting bij een andere werkgever, maar niet bij dezelfde werkgever. Dit bevestigt eerder onderzoek, met name dat de kans op een werkhervatting daalt, naarmate de duur van de arbeidsongeschiktheid langer wordt. Daarnaast wezen de resultaten uit dat personen met een **werk gerelateerde pathologie** (zoals bv burnout), meer kans hadden om het werk te hervatten bij een andere werkgever, maar niet bij dezelfde werkgever. Dit zou erop kunnen wijzen dat wanneer er sprake is van een werk gerelateerd probleem, werknemers het RIT aanvragen om aan de slag te kunnen gaan bij een andere werkgever.

De **beslissing van de arbeidsarts** binnen het RIT 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. De **aanvrager** van het RIT, daarentegen, had geen significante invloed op de werkhervatting, zowel bij dezelfde als bij een andere werkgever. Dit kan mogelijke kritiek pareren dat het RIT enkel door werkgevers wordt gebruikt om makkelijk en goedkoop werknemers de laan uit te sturen. Uit de resultaten blijkt namelijk dat de kans op een werkhervatting niet verschilt wanneer het RIT nu wordt aangevraagd door de werkgever of door de werknemer.

Voor volledige resultaten en analyses, alsook de resultaten van de BV-groep, verwijzen we naar het volledige rapport (2.3.2 en 2.3.3).

### *Kwalitatief luik (WP2)*

In het kwalitatieve luik konden we vanuit de focusgroepen de belemmerende en bevorderende factoren voor re-integratie identificeren die de stakeholders ervoeren binnen de regelgeving (OV5). Deze konden we onderbrengen binnen verschillende overkoepelende thema's en subthema's (Tabel 1). We konden bovendien op basis van deze kwalitatieve analyse en een analyse van de internationale literatuur enkele aanbevelingen formuleren ter optimalisatie van de regelgeving (OV6).

*Tabel 1: Overkoepelende thema's en subthema's*

<b>Overkoepelende thema's</b>	<b>Subthema's</b>
Het wettelijke kader/proces	Sancties Werklast Kennis van de processen Lacunes Quick Scan
De beschikbaarheid van aangepast werk	Motivatie van de werkgever Motivatieverlag Adviezen van de arbeidsarts Beschikbaarheid van aangepast werk Sector en grootte van de organisatie Premies
Communicatie tussen de verschillende (medische) actoren	Communicatieplatform Privacy
Alternatieven aan het RIT	Informeel re-integratie Verzuimbeleid
Medische overmacht	Misbruik van de werkgever Druk door de werkgever Outplacement of opvolging Opportuniteit voor de werknemer

Binnen het **kader van de regelgeving** ervoeren de stakeholders heel wat belemmerende factoren. Het RIT brengt een hoge *werklast* met zich mee. Bovendien is de **kennis** van bepaalde stakeholders ondermaats. Huisartsen waren niet op de hoogte van de wetgeving, en ook werknemers, sommige adviserend artsen en werkgevers van KMO's waren slechts beperkt op de hoogte. Alle partijen ijveren er daarom voor om belangrijke stakeholders beter te informeren, alsook om huisartsen actief te betrekken bij het RIT van hun patiënten. Bovendien moet een *multidisciplinaire samenwerking* en **communicatie** tussen de verschillende stakeholders aangemoedigd worden, hetgeen momenteel door enkele *lacunes* en een gebrek aan een uniform communicatieplatform nog te wensen over laat.

Medische actoren missen binnen het kader van de regelgeving bovendien een “stok achter de deur”. Er zijn geen *sancties* verbonden aan het niet meewerken aan het RIT voor zowel werknemer als werkgever. Een belangrijke aanbeveling in dat opzicht is dat er meer (financiële) incentives zouden moeten zijn die werkgevers stimuleren om arbeidsongeschikte werknemers te re-integreren, alsook voor werknemers om het werk te *willen* hervatten. Internationaal onderzoek wees reeds uit dat dergelijke maatregelen het gewenste effect kunnen hebben. Bovendien zouden zulke sancties of incentives ook *misbruik* van de wetgeving moeten tegengaan, volgens de stakeholders. Opvallend is dat medische actoren stellen dat werkgevers het RIT misbruiken om “de payroll op te kuisen” via **medische overmacht**, terwijl ze medische overmacht op initiatief van de werknemer zelf zien als een *opportuniteit*. In geval van een conflictsituatie, kunnen werknemers bijvoorbeeld makkelijk en snel de werkgever verlaten om aan de slag te kunnen bij een andere werkgever.

In elk geval hoeft medische overmacht niet steeds negatief te zijn en kan het ook als startpunt dienen voor een nieuwe werkgelegenheid bij een andere werkgever, hetgeen deels wordt bevestigd door de resultaten van ons vragenlijstonderzoek. Een degelijke *opvolging of begeleiding* na medische overmacht ontbrak echter en is een belangrijk aandachtspunt. Hier werd ondertussen al deels aan tegemoet gekomen via de *outplacementwetgeving*. Een andere belangrijke voorwaarde is eveneens dat een RIT tijdig opgestart dient te worden, met andere woorden vroegtijdig in de periode van arbeidsongeschiktheid, zodat de kansen op een succesvolle werkhervatting gewaarborgd blijven.

Het thema “**aangepast werk**”, werd ook veelvuldig aangehaald in de focusgroepen. Werkgevers gaven hier verschillende *organisatorische factoren* aan, zoals de grootte van de organisatie, die de re-integratie kunnen belemmeren. De meest voorkomende aanpassing is er één van tijdelijke aard, namelijk de mogelijkheid tot *progressieve werkhervatting*, hetgeen ook bevestigd wordt in de resultaten van het vragenlijsonderzoek. Deze aanpassing heeft in veel gevallen een positief effect op de re-integratie. Desalniettemin blijven vele andere, kleine aanpassingen die erg nuttig kunnen zijn, zoals ergonomische aanpassingen, nog al te vaak onbenut. Een aanbeveling hierbij is dat de beschikbare *steunmaatregelen*, zoals bijvoorbeeld de VOP, gebundeld moeten worden en onder de aandacht gebracht moeten worden van werkgevers en werknemers.

Tot slot had de invoering van het KB wel een positief effect op de **awareness** rond het thema “re-integratie”. *Informele wegen* van werkhervatting, zoals het werkhervattingsonderzoek of het BV, zijn toegenomen. Zoals het vragenlijstonderzoek uitwees, zijn deze wegen van werkhervatting vaak erg succesvol wat betreft werkhervatting bij de eigen werkgever. Ook gaven werkgevers aan dat ze sinds de invoering van het KB meer aandacht hebben voor het *verzuimbeleid* en hun reeds bestaande good practices hebben geformaliseerd.

De volledige resultaten en quotes van de stakeholders uit de verschillende focusgroepen kunnen geraadpleegd worden in het volledige rapport (3.3).

### 3. Werkpakket 3: Juridische evaluatie

#### 3.1. Methode

De juridische evaluatie kan in twee delen worden opgesplitst.

**Het eerste deel belicht de conclusies van twee focusgroepen voor advocaten** (één Franstalig en één Nederlandstalig) die eind 2019 plaatsvonden<sup>2</sup>. Het doel was om te begrijpen welke juridische strategie advocaten binnen het nieuwe wet- en regelgevende kader inzetten. De werkwijze is geïnspireerd op een **kwalitatieve methode die ook "groepsanalyse" wordt genoemd**. Die methode heeft als kenmerk dat ze een instrument is dat de stakeholders samenbrengt voor een georganiseerd debat.

**Het tweede deel van de juridische evaluatie is bedoeld als een voorstel en somt een aantal punten op die in het kader van een herziening van de hervorming aan bod kunnen komen.** De opgelijste elementen verwijzen naar gegevens uit de volgende bronnen: het deel van dit project dat door de KULeuven werd uitgevoerd, de mogelijke oplossingen die de advocaten tijdens de focusgroepen hebben voorgesteld, de rechtsleer en de rechtspraak. Voor elk voorgesteld element wordt de bron vermeld.

#### 3.2. Resultaten

##### *Deel één*

Advocaten blijken zich in hun praktijk vooral bezig te houden met het adviseren van hun cliënten met het oog op een verbreking van de arbeidsovereenkomst omwille van medische overmacht. Volgens hen maakt de hervorming het vooral mogelijk om een verbreking voor te stellen, of zelfs over de voorwaarden ervan te onderhandelen, maar niet om de arbeidsrelatie veilig te stellen. De advocaten benadrukken de essentiële maar vermeende partijdige rol van de preventieadviseur-arbeidsarts (ongeacht of die nu onafhankelijk is van de werkgever of van de werknemer, de twee groepen advocaten verschilden van mening over de partij waarvoor de preventieadviseur-arbeidsarts partij zou kiezen). In een dergelijke context is het niet verwonderlijk dat het RIT vaak wordt gezien als een "desintegratietraject". Het blijkt dat de verbreking van de arbeidsovereenkomst omwille van medische overmacht soms een goed compromis is voor beide partijen: financieel gezien voor de werkgever en eveneens op financieel vlak voor de werknemer, in die zin dat ontslag te duur zou zijn (zowel wat betreft de duur van de opzegtermijn, als omwille van de verlate toegang tot de sociale zekerheid).

Uiteindelijk, en behalve in het geval van juridische geschillen, lijkt de verbreking omwille van medische overmacht haar "essentie" te verliezen: er wordt soms zo mee gesjacherd dat we ons kunnen afvragen in hoeverre er nog sprake kan zijn van overmacht. Tot nu toe, en alleen rekening houdend met wat advocaten over hun praktijk vertelden, maken de ingevoerde maatregelen het niet mogelijk om de arbeidsrelatie tijdens de periode van aangepast werk veilig te stellen. We geven nog mee dat de enige re-integratieplannen die uit de praktijk van de advocaten naar voren kwamen, betrekking hadden op situaties waarbij de partijen gedwongen werden om samen rond de tafel te zitten: in het ene geval omdat de arbeidsrelatie betrekking had op een statutaire werknemer en in het andere geval omdat de werkgever vreesde voor een rechtszaak op grond van het non-discriminatiebeginsel. Een andere

---

<sup>2</sup> De eerste groep advocaten (in chronologische termen) was een evenwichtige groep wat betreft de vertegenwoordiging van werknemers en werkgevers; de tweede groep bestond uit advocaten die voornamelijk werkgevers verdedigen. De advocatenkantoren waar de advocaten werkzaam zijn, zijn gevestigd in Brussel (de meerderheid), Namen, Leuven, Mechelen, Kortrijk en Gent.



conclusie die uit deze focusgroepen wordt getrokken, betreft het feit dat het RIT uitsluitend gericht is op een individueel probleem dat verband houdt met de werknemer, maar niet in staat lijkt te zijn om een gebrekkige arbeidssituatie bij te sturen die soms aan de basis ligt van de arbeidsongeschiktheid (wat niet mag worden onderschat voor de behandeling van psychosociale risico's).

### *Deel twee*

**In dit deel wordt een antwoord gegeven op vijftien vragen** en worden mogelijke opties voor bijsturing van de hervorming voorgesteld. Dit deel ondersteunt ook een positieve insteek: hoewel de algemene effecten van de hervorming niet erg bemoedigend zijn, zijn er wel een aantal good practices, gerechtelijke uitspraken en denksporen van stakeholders op het terrein die aandacht verdienen. Die good practices en denksporen zijn bijvoorbeeld de manier waarop sommige rechtsgebieden controleren of de partijen effectief een RIT hebben proberen opstarten en of er werkelijk aangepast werk werd gezocht. We denken daarbij ook aan ondernemingen die een volwaardig re-integratiebeleid voeren, of aan preventieadviseurs-arbeidsartsen die zich echt inzetten voor zo'n traject, onder meer door personen of organisaties uit te nodigen die meer licht kunnen werpen op wat aangepast werk kan betekenen.

De vijftien vragen luiden als volgt:

1. Is een verbreking omwille van medische overmacht in de praktijk een verbreking wegens overmacht?
2. Is de verbreking omwille van medische overmacht voor beide partijen aantrekkelijk?
3. Zijn er elementen die door de wetgever moeten worden gespecificeerd in het kader van verbrekingen omwille van medische overmacht?
4. Zet het RIT een rem op de verbreking omwille van medische overmacht?
5. Hoe zoek (en vind) je aangepast werk?
6. Kan de werknemer beroep aantekenen tegen de beslissing van de preventieadviseur-arbeidsarts zoals voor andere preventieve onderzoeken?
7. Kan de preventieadviseur-arbeidsarts onafhankelijk zijn of hoe kunnen de opdrachten van de preventieadviseur-arbeidsarts worden gegarandeerd?
8. Welke bruggen moeten er worden geslagen tussen het arbeidsrecht en het non-discriminatiebeginsel?
9. Is de regelgeving met betrekking tot de collectieve aspecten van RIT'en toereikend?
10. Volstaan de termijnen voor het opstellen en goedkeuren van het plan?
11. Is het niet in aanmerking nemen van arbeidsongevallen en beroepsziekten bij RIT een uitsluiting?
12. Moet de scope van sommige onderdelen van de hervorming ruimer worden of opnieuw uitgelegd worden?

13. Moet de coördinatie met de VGU-wetgeving (RIZIV) worden herbekeken of gewoon opnieuw toegelicht worden?
14. Wordt bij RIT'en voldoende rekening gehouden met psychosociale risico's?
15. Moet de wetgever meer informatie geven over de bijlage bij de arbeidsovereenkomst?

**Een van de delicate oefeningen die in het kader van een hervorming moeten worden ondernomen**, is dat de wetgever een standpunt moet innemen over het beperken van de toepassing van een verbreking omwille van medische overmacht en moet vermijden dat het RIT door één van beide (of beide) partijen louter als instrument wordt ingezet. Een andere complex punt zoomt in op de manier waarop de onafhankelijkheid van de preventieadviseur-arbeidsarts kan worden gewaarborgd en hoe die de nodige ondersteuning kan krijgen (wat waarschijnlijk een aparte studie zal vergen) om zijn/haar opdrachten, die zo belangrijk maar momenteel moeilijk uitvoerbaar zijn, naar behoren te kunnen vervullen.

#### 4. Conclusie, aanbevelingen en suggesties

Wanneer we de resultaten en analyses van het kwantitatieve en kwalitatieve luik samenleggen (WP1 en WP2), kunnen we stellen dat de hervorming wel degelijk tot re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers leidt, hetzij vaker bij een andere werkgever. Ondanks de negatieve connotatie rond het RIT en medische overmacht, leidt het in vele gevallen toch tot een **geslaagde werkhervatting**, hetzij vaker bij een andere werkgever. Bij werknemers wordt het RIT bovendien vaak aangewend als opportuniteit om aan de slag te kunnen gaan bij een andere werkgever. In geval van de werkgevers, maar ook in geval van sommige werknemers, wordt in dat kader ook van misbruik gesproken. Mogelijke sancties of beloningen zouden dit misbruik kunnen tegengaan, bijvoorbeeld in de vorm van financiële incentives die werkgevers aanmoedigen om te investeren in gezondheidspreventie of die werknemers aanmoedigen om opnieuw te arbeidsmarkt te betreden.

Wel is er volgens de bevraagde stakeholders niet voldaan aan bepaalde randvoorwaarden die voor een succesvolle uitvoering van de regelgeving kunnen zorgen. Eén van de belangrijkste pijnpunten is het te laat opstarten van het re-integratieproces in veel gevallen, waardoor ook het RIT geen soelaas meer kan bieden. Dit wordt eveneens bevestigd in het vragenlijstonderzoek. Een prioritaire aanbeveling is daarom om **maatregelen te nemen die een vroegtijdige re-integratie bevorderen** en een werkhervatting kunnen faciliteren. Concreet kan het gaan over het verplicht uitwerken van een uitgebreid re-integratiebeleid voor elke werkgever, waarin een multidisciplinaire samenwerking en een voegtijdige contactname met de arbeidsongeschikte werknemer centraal staan. Ook de overheid kan hier een belangrijke ondersteunende rol in spelen. Zij kunnen werkgevers stimuleren en ondersteunen in het aanbieden van aangepast werk.

Binnen zo'n **beleid** moet re-integratie bovendien bekeken worden als een proces dat zowel bij dezelfde als bij een andere werkgever kan plaatsvinden. Hiervoor kan een **getrapte aanpak** gehanteerd worden waarbij er eerst snel en informeel geschakeld kan worden. Indien bepaalde situationele zaken een informele weg verhinderen, kan het RIT een oplossing bieden voor een groep arbeidsongeschikte werknemers en werkgevers die geen oplossing vinden via de informele weg. Een belangrijke voorwaarde hierbij is echter dat deze personen goed worden opgevolgd tijdens en na het RIT, hetgeen tot op heden nog onvoldoende gebeurt. Een belangrijke rol is hierbij weggelegd voor onder andere de VDAB (Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding), le FOREM (Office Wallon de la formation professionnelle et de l'emploi), of ACTIRIS (Regionaal kantoor voor werkgelegenheid van

Brussel). Ook de adviserend artsen, paramedici van de verschillende mutualiteiten en het RIZIV kunnen een belangrijke rol spelen bij de begeleiding van arbeidsongeschikte werklozen.

Desalniettemin heeft de hervorming ervoor gezorgd dat het thema re-integratie een belangrijk punt werd op de agenda van vele werkgevers en medische actoren, waar dat voorheen niet het geval was. Heel wat good practices werden hierdoor geformaliseerd in verschillende beleidsinitiatieven. Bovendien heeft deze verhoogde **awareness** een toename van informele re-integratieprocessen teweeggebracht, die wel degelijk de re-integratie bevorderen. Met andere woorden loont het wél om langs te gaan bij de arbeidsarts.

We suggereren de overheid en de betrokken kabinetten om aan de slag te gaan met de resultaten van het kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Allereerst is verder **kwantitatief onderzoek op grote schaal** en met objectieve gegevens aangewezen. Hiervoor is de goedgekeurde data-aanvraag bij de Kruispuntbank voor Sociale Zekerheid een belangrijk startpunt. Deze gegevens zullen ons verder inzicht geven in het RIT en ons ook economische en organisatorische inzichten kunnen bieden. Daarnaast zijn er heel wat pijnpunten binnen het wettelijke kader die aangepakt kunnen worden. De **relevante stakeholders** worden hiervoor best actief betrokken, zodat de regelgeving "**bottom-up**" geoptimaliseerd kan worden. Deze aanpak kan ervoor zorgen dat het wettelijke kader aansluit bij de effectieve individuele en maatschappelijke noden van de stakeholders. We raden aan om de positieve beweging die zich heeft gevormd, zoals de toename in de informele trajecten, te gebruiken als aanknopingspunt om re-integratie blijvend onder de aandacht te brengen.

Vanuit het juridische luik (WP3), kunnen eveneens verschillende prioritaire aanbevelingen worden geformuleerd:

1. **Het zou wenselijk zijn om de doelstellingen voor de volgende hervormingen scherp te stellen, door volgende subvragen te beantwoorden:**

- Is het de bedoeling om de arbeidsrelatie tijdens de periode van aangepast werk veilig te stellen of om een "halfslachtige" arbeidsrelatie, of een arbeidsrelatie waarvan de voortzetting onzeker is te verduidelijken?
- Moet de scope ruimer zijn dan nu het geval is?

Als het de bedoeling is onder meer om de arbeidsrelatie tijdens de periode van aangepast werk veilig te stellen, lijkt het wenselijk om een reeks maatregelen door te voeren (en indien mogelijk moeten deze tegelijk met de uitvoering ervan worden geëvalueerd), zoals het aanbieden van stimulansen om echt naar aangepast werk te zoeken, de veel stevigere verankering van het non-discriminatiebeginsel in het arbeidsrecht en de beperktere toepassing van de verbreking omwille van medische overmacht wanneer de overmacht het niet echt onmogelijk maakt om de arbeidsovereenkomst uit te voeren.

2. Ondanks het feit dat de hervorming een rol toebedeelt aan het CPBW, wordt het comité in de praktijk te weinig aangesproken. **Zo moet er op worden toegezien dat re-integratie een centrale plaats inneemt in de onderneming, bijvoorbeeld door de middelen te analyseren die het CPBW nodig heeft om hier echt werk van te maken, of, wanneer een CPBW niet verplicht is, door ervoor te zorgen dat er gemakkelijk contact kan worden opgenomen met diensten die hierbij kunnen helpen (bijvoorbeeld rechtstreekse lijn met de FOD Werkgelegenheid of een ander bestuur zoals de gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling of de gemeenschapsdienst voor personen met een handicap, die vertrouwd zijn met aangepast werk).** Dit zou niet alleen de overdreven administratieve belasting die de hervorming voor de stakeholders op het terrein lijkt op te leveren kunnen verlichten, maar zou ook het begrip "aangepast werk" een concrete impuls geven.

3. **Er moet opnieuw worden nagedacht over de manier waarop RIT'en kunnen worden opgezet specifiek voor psychosociale risico's op het werk, zodat niet langer alleen de arbeidsongeschiktheid van de werknemer wordt onderzocht.** Het RIT en het re-integratieplan streven immers een individueel doel na: ze hebben alleen betrekking op de arbeidsongeschikte werknemer en besteden niet meteen aandacht aan de gebrekkige arbeidssituatie in termen van welzijn op het werk. Vanuit dit uitsluitend individuele perspectief worden de psychosociale risico's die hun oorsprong vinden op de werkplek, links gelaten. Hoewel de wetgever en de overheid zich bewust zijn van het toenemende aandeel van psychosociale risico's in arbeidsongeschiktheid, is het helemaal niet zeker - integendeel - dat deze hervorming een effect op die risico's kan hebben. In dat verband moet verder worden ingezoomd op de rol van de preventieadviseur-arbeidsarts: het lijkt niet realistisch om te denken dat één persoon, als die in de praktijk niet degelijk wordt ondersteund door een reeks actoren of voorzieningen, een complex maatschappelijk probleem kan oplossen.