KU LEUVEN

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

Kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie

MSc. Isabelle Boets & Prof. Dr. Lode Godderis

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

Federale Overheidsdienst
Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg

Inhoud

Lijst van figuren 5

Lijst van tabellen 5

1. Inleiding 7

1.1. Maatschappelijke problematiek re-integratie en regelgeving vóór KB re-integratie 7

1.2. Situering van het Koninklijk Besluit betreffende re-integratie 8

1.3. Situering van het huidige onderzoek 10

1.4. Werkpakketten en onderzoeksvragen 10

2. Kwantitatieve evaluatie 12

2.1. Procedure 12

2.2. Methode 13

2.3. Resultaten 14

2.3.1. Verschil re-integratietraject en bezoek voorafgaand aan de werkhervatting 14

Respons 14

Socio-demografische kenmerken 14

Werk gerelateerde kenmerken 17

Kenmerken arbeidsongeschiktheid 19

Tussentijdse conclusie 20

2.3.2. Groep re-integratietraject 20

Aanvrager en beslissing 20

Multinomiale logistische regressie: werkhervatting 24

2.3.3. Groep bezoek voorafgaand aan de werkhervatting 28

Multinomial logistische regressie: werkhervatting 28

2.4. Discussie 31

Werkhervatting na formele en informele wegen van re-integratie 32
Predictoren voor werkhervatting na het re-integratietraject 32
Medische overmacht na het re-integratietraject 34
Sterktes en zwaktes van de studie 35
Suggesties voor vervolgonderzoek 36
2.5. Conclusie 36
3. Kwalitatieve evaluatie 38
3.1. Procedure 38
3.2. Deelnemers 38
3.3. Resultaten 39
Het wettelijke kader/proces 40
De beschikbaarheid van aangepast werk 45
Communicatie tussen de verschillende (medische) actoren 48
Alternatieven aan het RIT 49
Medische overmacht 50
3.4. Discussie 54
Belemmerende factoren, bevorderende factoren en aanbevelingen 54
Sterktes en zwaktes van de studie 57
Suggesties voor vervolgonderzoek 57
3.5. Conclusie 57
4. Overkoepelende conclusie, aanbevelingen en suggesties 59
Referenties 61
Bijlagen 64
Bijlage 1: Vragenlijst (NL) 64

Bijlage 2: Vragenlijst (FR) 72

Bijlage 3: Data-aanvraag Kruispuntbank Sociale Zekerheid 80

Bijlage 4: Interviewleidraad per groep (NL) 98

Bijlage 5: Interviewleidraad per groep (FR) 101

Bijlage 6: Informed Consent (NL) 104

Bijlage 7: Informed Consent (FR) 106

Lijst van figuren

Figuur 1: Taal (Significant, p = .001) 15

Figuur 2: Geslacht (Significant, p = .002) 15

Figuur 3: Werk partner (Significant, p = .012) 15

Figuur 4: Burgerlijke status (Niet Significant) 16

Figuur 5: Migratieachtergrond (Niet significant) 16

Figuur 6: Thuiswonende kinderen (Niet significant) 17

Figuur 7: Type job (Significant, p = .000) 17

Figuur 8: Opleidingsniveau (Significant, p = .001) 18

Figuur 9: Extralegale voordelen (Significant, p = .000) 18

Figuur 10: Tewerkstellingspercentage (Significant, p = .000) 18

Figuur 11: Duur arbeidsongeschiktheid (Significant, p = .000) 19

Figuur 12: Reden arbeidsongeschiktheid (Significant, p = .001) 19

Figuur 13: Aanvragers RIT 20

Figuur 14: Aanvragers in huidig onderzoek t.o.v. cijfers CoPrev (Significant, p = .000) 21

Figuur 15: Beslissing RIT 21

Figuur 16: Beslissingen huidig onderzoek t.o.v. cijfers CoPrev (Significant, p = .000) 22

Figuur 17: Aanvrager tegenover beslissing (Significant, p = .000) 22

Figuur 18: Werkhervatting ten opzichte van beslissing 23

Lijst van tabellen

Tabel 1: Resultaten multinomial logistische regressieanalyse re-integratietraject 26

Tabel 2: Resultaten multinomial logistische regressieanalyse bezoek voorafgaand aan de werkhervatting 30

Tabel 3: Overkoepelende thema's en subthema's 40

Lijst afkortingen

AV	Afhankelijke Variabele
BV	Bezoek voorafgaand aan de werkhervatting
DCM	Disability Case Management / Manager
EDPBW	Externe Diensten voor Preventie en Bescherming op het werk
FOD WASO	Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg
GTB	Gespecialiseerd Team Bemiddeling
KB	Koninklijk Besluit
KMO	Kleine of Middelgrote Onderneming
KSZ	Kruispuntbank voor Sociale Zekerheid
L'AVIQ	l'Agence pour une Vie de Qualité
NAR	Nationale Arbeidsraad
OR	Odds Ratio
OV	Onafhankelijke Variabele
RIT	Re-integratietraject
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
ROI	Return On Investment
RVA	Rijksdienst Voor Arbeidsvoorziening
SMEC	Sociaal Maatschappelijk Ethische Commissie, KU Leuven
TWW	Toezicht op het Welzijn op het Werk
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VIF	Variance Inflation Factor

1. Inleiding

1.1. Maatschappelijke problematiek re-integratie en regelgeving vóór KB re-integratie

Cijfers van het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), het beheersorgaan van de ziekteverzekering, tonen aan dat het aantal arbeidsongeschikte werknemers elk jaar stijgt [1]. Eind 2017 ontvingen meer dan 400.000 Belgen een invaliditeitsuitkering en waren ze dus langer dan één jaar ziek thuis. De vergrijzing van de bevolking en de verhoging van de pensioenleeftijd voor vrouwen (zodat ze langer op de invaliditeit kunnen blijven) verklaren, onder andere, de toename van het langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in België [2]. Het betreft voornamelijk kankers, hart- en bloedvat, mentale en musculoskeletale aandoeningen. De laatste twee aandoeningen zijn de belangrijkste oorzaken van langdurige ziekteverzuim en invaliditeit [3]. De evolutie van het ziekteverzuim langer dan één maand en minder dan één jaar, de zogenaamde periode van primaire arbeidsongeschiktheid, blijft ook toenemen. Volgens cijfers van SD Worx steeg het aantal werkende Belgen in primaire arbeidsongeschiktheid van 1.49% in 2004 naar 2.88% in 2016 [4].

Gezien de kans om opnieuw aan de slag te gaan afneemt met de duur van de ongeschiktheid [3], hebben de meerderheid van werknemers die langer dan drie maanden afwezig zijn ondersteuning nodig om te kunnen re-integreren. Ze ondervinden vaak moeilijkheden bij de terugkeer naar het werk, niet alleen door de aandoening, maar ook door een toenemende onzekerheid en angst voor de terugkeer bij zowel werknemer als werkgever.

Voor de invoering van het KB (Koninklijk Besluit) re-integratie (zie infra) [5], hadden zowel de werkgever als de werknemer weinig mogelijkheden tot ingrijpen indien arbeidsongeschiktheid langdurig werd, zonder zicht op werkhervatting [6]. De werkgever kon zijn werknemer bijvoorbeeld enkel vrijblijvend uitnodigen voor een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting (BV) en had weinig financiële motivatie om een arbeidsongeschikte werknemer te re-integreren, omdat hij na één maand arbeidsongeschiktheid geen gewaarborgd loon meer moest voorzien voor de werknemer. Bovendien betaalde een werkgever een hoge kost voor het ontslaan van een werknemer, zeker in geval van een werknemer met aanzienlijke anciënniteit waarbij de ontslagvergoeding aanzienlijk kan oplopen.

Toch zijn er verschillende nadelen verbonden aan het in dienst houden van een langdurige arbeidsongeschikte werknemer: bepaalde administratieve kosten blijven doorlopen en bij onduidelijkheid over een eventuele werkhervatting waardoor een werknemer niet vervangen kan worden, kan dit nadelig zijn voor de motivatie en werkdruk bij de collega's [6]. Vóór 1 januari 2014 was een werkgever wel in de mogelijkheid om een werknemer te ontslaan na zes maanden ononderbroken arbeidsongeschiktheid, met vermelding van 'ziekte' als reden van het ontslag op het C4 [7]. De ontslagvergoeding was in dat geval gelijk aan de nog te betalen opzegtermijn. Deze regeling werd echter geschrapt, omwille van het verbod op discriminatie van werknemers op basis van hun gezondheidstoestand.

Maar ook voor de werknemer is langdurige arbeidsongeschiktheid nefast. Werk heeft namelijk een belangrijke impact op het psychosociaal en fysiek welzijn, het werk kan de gezondheid en de levenskwaliteit verbeteren en een zinvolle invulling geven aan het leven [8, 9]. Daarom is het belangrijk om arbeidsongeschikte werknemers zo snel als mogelijk terug te begeleiden naar werk. In geval dat een werkhervatting bij de eigen werkgever onmogelijk lijkt, kan een werknemer echter ook niet zomaar ontslag nemen omdat hij dan bepaalde verworven rechten verliest, zoals bijvoorbeeld een hospitalisatieverzekering betaald door de werkgever [6]. Bovendien volgt er een wachttijd van zes

maanden vooraleer hij dan aanspraak kan maken op een werkloosheidsvergoeding van de RVA (Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening). Voor de invoering van het KB re-integratie [5], was het enkel de werknemer die in dat geval een verbreking van het contract omwille van medische overmacht kon inroepen met behulp van een attest van definitieve ongeschiktheid van zijn behandelend arts of zijn arbeidsarts. In dat geval gold er geen ontslagvergoeding of wachttijd.

Met andere woorden zorgde deze regelgeving ervoor dat zowel de werkgevers als de werknemers de arbeidsovereenkomst niet zomaar konden of wilden verbreken [6]. Deze situatie en de stijging van het (langdurig) ziekteverzuim woog bovendien zwaar op het budget van het RIZIV. In combinatie met de toenemende aandacht voor initiatieven rond re-integratie en de belangrijke herstellende rol die werk kan spelen, heeft deze situatie ertoe geleid dat er nieuwe wettelijke initiatieven werden genomen die de onzekerheden moeten verminderen en de re-integratie moeten bevorderen.

1.2. Situering van het Koninklijk Besluit betreffende re-integratie

Vanaf 1 januari 2016 trad een nieuwe regelgeving in voege waarbij de behandelende arts op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid van het ziekenfonds dient te vermelden wat de vermoedelijke einddatum is van de ongeschiktheid. De doelstelling was om het gesprek over re-integratiemoeilijkheden en -mogelijkheden op gang te brengen bij het uitschrijven van het attest. Vanaf 1 januari 2017 werd deze wetgeving nog aangevuld door twee KB's over re-integratie. Beide KB's willen de re-integratiemogelijkheden bevorderen en ondersteunen door het kader en takenpakket van zowel de adviserend arts van de mutualiteit, als de arbeidsarts duidelijker te omschrijven. Beide artsen spelen een belangrijke rol in het opvolgen en het begeleiden van de arbeidsongeschikte werknemer in zijn re-integratietraject. In het kader van het KB van 8 november 2016, houdende wijziging van het KB van 3 juli 1996, betreffende de socio-professionele herinschakeling (gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 24 november 2016, Ed.2), gaat het RIZIV regelmatig de efficiëntie en de gevolgen van dit besluit in de praktijk evalueren.

Sinds één december 2016 is het KB in verband met het re-integratietraject van arbeidsongeschikte werknemers van kracht, art. I.4-72 tot I.4-82 van de codex welzijn op het werk (hoofdstuk VI van boek I, titel 4) [5]. 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. Er wordt via het RIT getracht de werknemer te begeleiden naar een werkhervatting, eventueel door hem tijdelijk of definitief aangepast of ander werk aan te bieden. In dit KB speelt de arbeidsarts een belangrijke rol, als bemiddelaar tussen de verschillende actoren en om een inschatting te maken van de arbeidsongeschiktheid van de werknemer. Het KB is van toepassing op alle werknemers, maar is niet van toepassing op werkhervatting na een arbeidsongeval of een beroepsziekte. Het RIT kan opgestart worden door:

- De werknemer of zijn behandelend arts tijdens zijn periode van arbeidsongeschiktheid;
- De adviserend arts, indien deze van mening is dat de werknemer in aanmerking komt voor een re-integratie;
- De werkgever, ten vroegste vanaf vier maanden na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid van zijn werknemer, of in geval dat de werknemer hem een attest van zijn behandelend arts bezorgt waaruit definitieve ongeschiktheid voor het overeengekomen werk blijkt.

De arbeidsarts nodigt in geval van de opstart van een RIT de werknemer uit voor een consultatie om na te gaan of de werknemer op termijn, eventueel met aanpassingen, het werk zal kunnen hervatten. Met toestemming van de werknemer kan de arbeidsarts overleg plegen met de behandelend arts van de werknemer, de adviserend arts of andere personen die kunnen bijdragen aan de re-integratie. De arbeidsarts onderzoekt eveneens de werkpost. Binnen 40 werkdagen na aanvraag van het RIT moet de arbeidsarts een beslissing maken. De beslissing kan als volgt zijn:

- A: De mogelijkheid bestaat dat de werknemer op termijn het overeengekomen werk kan hervatten (eventueel mits aanpassing van de werkpost). Ondertussen is bij de werkgever aangepast werk of ander werk mogelijk (eventueel mits aanpassing van de werkpost);
- B: De mogelijkheid bestaat dat de werknemer op termijn het overeengekomen werk kan hervatten (eventueel mits aanpassing van de werkpost). Ondertussen is aangepast werk of ander werk niet mogelijk;
- C: De werknemer is definitief ongeschikt om het overeengekomen werk bij de werkgever te hervatten, maar is wel in staat om aangepast werk of ander werk bij de werkgever uit te voeren (eventueel mits aanpassing van de werkpost);
- D: De werknemer is definitief ongeschikt om het overeengekomen werk bij de werkgever te hervatten en is niet in staat om enig aangepast of ander werk uit te voeren bij deze werkgever;
- E: Het is om medische redenen niet opportuun om momenteel een re-integratietraject te starten. Herevaluatie na twee maanden. (Deze beslissing kan niet genomen worden indien de aanvraag kwam van de adviserend arts).

Indien er een beslissing werd genomen waarbij wel aangepast werk mogelijk is, zal de werkgever een re-integratieplan of –verslag moeten opstellen. Het re-integratieplan bevat één of meerdere maatregelen, zo concreet en gedetailleerd mogelijk, aangaande: de redelijke aanpassingen van de werkpost, de omschrijving van het aangepast werk, de duur van het plan, … Dit plan moet aan de werknemer bezorgd worden binnen 55 werkdagen indien het gaat om een tijdelijke ongeschiktheid (beslissing A) en binnen twaalf maanden indien het gaat om een definitieve ongeschiktheid (beslissing C). De werknemer heeft vijf werkdagen de tijd om al dan niet in te stemmen met het re-integratieplan. Indien hij niet instemt moet hij de reden van zijn weigering noteren op het plan. Indien het volgens de werkgever omwille van technische of objectieve redenen onmogelijk is om een re-integratieplan op te stellen voor de werknemer, maakt de werkgever een verslag op waarin wordt gemotiveerd waarom de aanpassingen niet geëist kunnen worden.

In geval van een beoordeling van definitieve ongeschiktheid voor het overeengekomen werk (beslissing C of D), en indien er geen aangepast werk voorzien kan worden volgens de werkgever ingeval beslissing C, kunnen de werknemer of werkgever medische overmacht inroepen. In dat geval wordt de arbeidsovereenkomst verbroken omwille van medische overmacht. In desbetreffend geval is de werkgever niet verplicht om een verbrekingsvergoeding te betalen en heeft de werknemer geen wachttijd om een uitkering van de RVA te ontvangen. Een werknemer die definitief ongeschikt verklaard wordt, kan in beroep gaan binnen zeven werkdagen na de genomen beslissing.

De werknemer wiens arbeidsovereenkomst door de werkgever wordt verbroken omwille van medische overmacht, heeft ten laste van de werkgever recht op een outplacementbegeleiding van €1.800 [10]. Deze regelgeving werd pas na het invoeren van het KB gepubliceerd in het Belgisch Staatblad en is van kracht sinds 29 april 2019. De outplacementbegeleiding heeft als doel om werknemers te begeleiden in hun zoektocht naar nieuw werk.

1.3. Situering van het huidige onderzoek

Sinds de invoering van het KB re-integratie blijkt dat een groot deel van de beslissingen een C of D betreft, waarbij een verbreking van de overeenkomst omwille van medische overmacht kan worden ingeroepen. CoPrev, de koepelorganisatie voor externe diensten voor preventie en bescherming op het werk (EDPBW's) bracht een rapport uit over de cijfers in verband met 16.000 re-integratietrajecten uitgevoerd in 2017, gepubliceerd in advies nummer 2.099 van de Nationale Arbeidsraad (NAR) [11]. Dit rapport wijst uit dat 10% van de trajecten opgestart wordt door de adviserend arts, 61% door de werknemer, 27% door de werkgever en 2% door de behandelend arts. Het RIT zou voor 6% van de gevallen leiden tot beslissing A, voor 5% tot beslissing B, voor 12% tot beslissing C, voor 68% tot beslissing D en voor 9% tot beslissing E. In 68% van de gevallen blijkt dus dat de arbeidsarts van oordeel is dat de werknemer definitief ongeschikt is en niet in staat om een ander werk of een aangepast werk uit te voeren. Dit kan leiden tot het einde van de overeenkomst van de werknemer wegens medische overmacht. Dit heeft er al meermaals tot geleid dat vakbonden zich erg negatief uitlaten over het KB en het RIT. Er wordt gesteld dat het KB misbruikt wordt door werkgevers om de werknemer te kunnen ontslaan en er werd zelfs opgeroepen om niet mee te werken aan het RIT en niet naar de arbeidsarts te gaan [12, 13].

Het is bijgevolg zeer relevant om de impact van deze nieuwe wetgeving te evalueren inzake re-integratie op het werk voor de arbeidsongeschikte werknemers, voornamelijk om te zien wat er gebeurt met de werknemers voor wie een re-integratie in de onderneming niet mogelijk was ingevolge de beslissing C of D en om eventueel aanbevelingen te formuleren om deze nieuwe wetgeving en de toepassing ervan aan te passen in de praktijk. Er moet bekeken worden welke invloed de wetgeving momenteel heeft op de re-integratie van werknemers, en hoe de wetgeving eventueel kan worden aangepast in de praktijk. Daarom evalueerde de onderzoeksgroep Omgeving en Gezondheid van het Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg van KU Leuven, op vraag van FOD WASO (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg), het KB RIT op kwantitatieve en kwalitatieve wijze.

Het KB RIT werd eveneens op juridische wijze geëvalueerd door ULB, onder leiding van Prof. Dr. Vanessa De Greef.

1.4. Werkpakketten en onderzoeksvragen

Het KB RIT werd geëvalueerd op een kwantitatieve, kwalitatieve, en juridische manier, en verdeeld in drie werkpakketten met elk hun eigen onderzoeksvragen en onderdelen. De onderzoeksvragen in elk werkpakket zijn de volgende:

Werkpakket 1: Kwantitatieve evaluatie

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

Werkpakket 2: Kwalitatieve evaluatie

- Hoe ervaren verschillende stakeholders de nieuwe wetgeving en het RIT sindsdien?
- Hoe kan de huidige wetgeving verbeterd worden volgens deze verschillende stakeholders?

Werkpakket 3: Juridische evaluatie

- Dit deel zal bestaan uit een beschrijvend gedeelte gevolgd door een propositioneel deel, inclusief juridische aanbevelingen om (mogelijk) de bestaande teksten te wijzigen. Dit deel zal in het Frans geschreven worden.

In wat volgt zullen achtereenvolgens de resultaten werkpakket 1 en 2 met betrekking tot de vooropgestelde onderzoeksvragen besproken worden. De resultaten van de juridische evaluatie worden besproken in een apart rapport [14].

2. Kwantitatieve evaluatie

2.1. Procedure

Voor het kwantitatieve deel van onze studie deden we een vragenlijstonderzoek om een antwoord te kunnen formuleren op de volgende onderzoeksvragen:

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

Om hieraan tegemoet te komen, werd de vragenlijst opgebouwd met enkele socio-economische vragen - zoals leeftijd, geslacht en huishouden -, enkele werk-gerelateerd vragen – zoals loon en type job -, en enkele vragen betreffende de arbeidsongeschiktheid – zoals duur en reden van de arbeidsongeschiktheid. De volledige vragenlijst in het Nederlands en Frans kan teruggevonden worden in respectievelijk bijlage 1 en 2.

Personen die bij hun arbeidsarts een RIT volgden in 2017 of in het eerste kwartaal van 2018 werden via de post uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Vijf externe diensten voor preventie en bescherming op het werk (Idewe, Mensura, Liantis, Attentia en Cesi) werkten mee aan de studie en nodigden elk 700 à 1000 werknemers uit aan de hand van een willekeurige steekproef. In het totaal werden 3192 vragenlijsten verstuurd in het begin van mei 2019. Eind mei 2019 werd een reminder verstuurd. Dit komt overeen met ongeveer 20% van de totale populatie van 16.000 werknemers die in 2017 een RIT volgden.

Als vergelijkingsgroep werd een gelijkaardige steekproef van personen uitgenodigd die een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting (BV) volgden. In totaal ontvingen 3198 personen begin mei 2019 eveneens de uitnodiging om de vragenlijst in te vullen. Ook zij ontvingen eind mei 2019 een reminder.

De EDPBW's trokken beide willekeurige steekproeven (RIT vs BV) uit hun eigen database. Zij vormden elk een bestand met de naam en het adres van de persoon. Ze voegden ook de NACE-code, om de sector van tewerkstelling te kennen, en het kwartaal van het bezoek toe. Voor de personen die een RIT volgden, verzamelden ze eveneens informatie over de aanvrager van het RIT en de beoordeling van de arbeidsarts. Elke persoon werd gekoppeld aan een persoonlijke code. Deze code liet de deelnemers toe om in te loggen om de vragenlijst in te vullen en om de antwoorden achteraf te kunnen koppelen aan de gegevens vanuit de EDPBW's. De codes werden gegenereerd door de onderzoekers en via CoPrev verdeeld onder de EDPBW's. Op deze manier was het voor de onderzoekers onmogelijk om te achterhalen welke codes bij welke EDPBW's hoorden. De EDPBW's vormden hun bestanden en bezorgden deze geanonimiseerd (zonder naam en adres) opnieuw aan CoPrev. CoPrev voegde alle bestanden samen en bezorgde deze aan de onderzoekers. Op deze manier kon de vertrouwelijkheid van de gegevens gewaarborgd worden.

Het invullen van de vragenlijst gebeurde online, via het platform Qualtrics. Op de brief vonden de deelnemers een link naar de website en hun persoonlijke code, waarmee ze toegang kregen tot de vragenlijst. Bij moeilijkheden konden deelnemers mailen naar het mailadres van de studie of ze konden op bepaalde tijdstippen terecht bij een telefonisch hulplijn. Hier kregen personen hulp om in te loggen of konden ze samen met de onderzoeker de vragenlijst telefonisch invullen. Hierdoor probeerden we

bepaalde doelgroepen, bijvoorbeeld personen die niet met een computer kunnen werken of personen zonder internet, toch te bereiken. We kunnen hiermee niet uitsluiten of er sprake was een self-selection bias.

De studie werd als amendement van de reeds eerder goedgekeurde studie **G-2018 07 1286** ingediend en goedgekeurd door de Sociaal Maatschappelijk Ethische Commissie van KU Leuven (SMEC). Deze voorgaande studie was een inhoudelijk en methodologische gelijkaardige studie, uitgevoerd door de onderzoekers van Idewe "Opvolging van werknemers in een re-integratietraject en resultaten van voorafgaande werkhervattingsonderzoeken bij langdurig zieken" [6].

Omdat de economische data voor een grondige economische evaluatie ontbraken en niet opgevangen konden worden via het vragenlijstonderzoek, werd een data-aanvraag opgesteld om objectieve gegevens op grote schaal op te halen uit de Kruispuntbank voor Sociale Zekerheid (KSZ). Hiervoor werden verschillende variabelen uit hun Datawarehouse gekozen die relevant zouden kunnen zijn voor een economische evaluatie van het RIT.

2.2. Methode

Om de hypothese te testen dat beide groepen erg verschillend en dus niet vergelijkbaar zijn, vergeleken we beide groepen op vlak van socio-demografische en werk gerelateerde kenmerken, en kenmerken van de arbeidsongeschiktheid (duur en oorzaak). Dit deden we aan de hand van een *t-test* om na te gaan of er significante verschillen waren tussen beide groepen. Er werd voldaan aan alle voorwaarden voor het uitvoeren van deze test. We rapporteerden de verschillen met een *p-waarde*, waarbij een waarde kleiner dan .05 als significant werd gezien.

De verdere analyses werden apart uitgevoerd op beide groepen. Zowel voor de RIT- als voor de BV-groep gingen we na welke predictoren significant bijdroegen aan de werkhervatting. Hiervoor voerden we een multinomial logistische regressie uit. We kozen voor een multionomial regressie met een afhankelijke variabele (AV) met meerdere mogelijke uitkomsten, in ons geval de AV "werkhervatting" met drie mogelijke uitkomsten: 1) nee (geen werkhervatting), 2) werkhervatting bij dezelfde werkgever en 3) werkhervatting bij een andere werkgever. We verkozen deze multinomial test boven een lineaire logistische regressie met een dichotome uitkomst (wel / geen werkhervatting) omdat we er vanuit gaan dat een werkhervatting bij de eigen of andere werkgever andere voorspellende factoren heeft.

Het model werd opgebouwd uit verschillende onafhankelijke variabelen (OV) of predictoren (factoren): socio-demografische kenmerken (zeven predictoren), werk gerelateerde kenmerken (zes predictoren) en kenmerken van de arbeidsongeschiktheid (vier predictoren voor het RIT-model, twee predictoren voor het BV-model).

Het model voldeed voor de RIT-groep aan de assumpties voor multinomial logistische regressie: elke OV had één waarde voor elke case en er was geen sprake van multicollineariteit tussen de OV. Aan de hand van de VIF-test (Variance Inflation Factor) werd de multicollineariteit getest. VIF-waarden groter dan vier wijzen op multicollineariteit. De VIF-waarden waren in dit geval allen kleiner dan twee.

Het BV-model daarentegen voldeed niet aan al de assumpties voor multinomial logistische regressie: er was niet voor elke OV één waarde voor elke case. Voor de variabele migratieachtergrond was er geen waarde voor werkhervatting bij een andere werkgever. Omdat migratieachtergrond een belangrijke controlevariabele is, besloten we deze toch te behouden in het model. Er werd wel voldaan aan de assumptie van multicollineariteit. Er was geen sprake van multicollineariteit tussen de OV. De VIF-waarden waren allen kleiner dan twee.

Binnen beide modellen werd voor elke predictor (OV) bekeken of ze significant gerelateerd waren aan één van de mogelijke uitkomsten van de AV. De interpretatie van de regressie gebeurde aan de hand van de waarde van de exp(β) of de Odds Ratio (OR). De OR geeft aan in welke mate de kans (*odds*) op een uitkomst verandert wanneer de waarde van de predictor verandert. Met andere woorden gingen we met de OR na wat de sterkte van elk verband was tussen elke waarde van de OV en elke waarde van de AV. Of het verband significant was, werd nagegaan via de *p-waarde*, waarbij een waarde kleiner dan .05 als significant werd gezien.

2.3. Resultaten

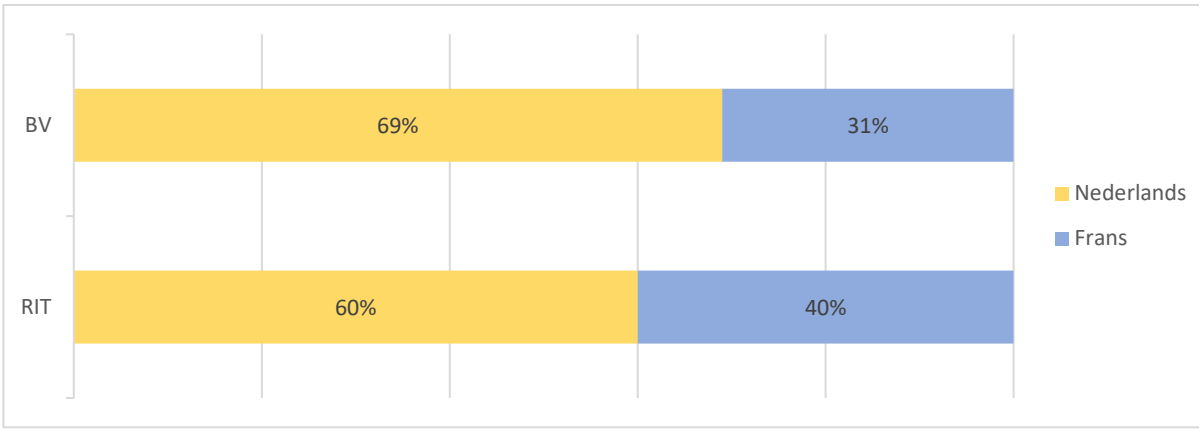
2.3.1. Verschil re-integratietraject en bezoek voorafgaand aan de werkhervatting

Respons

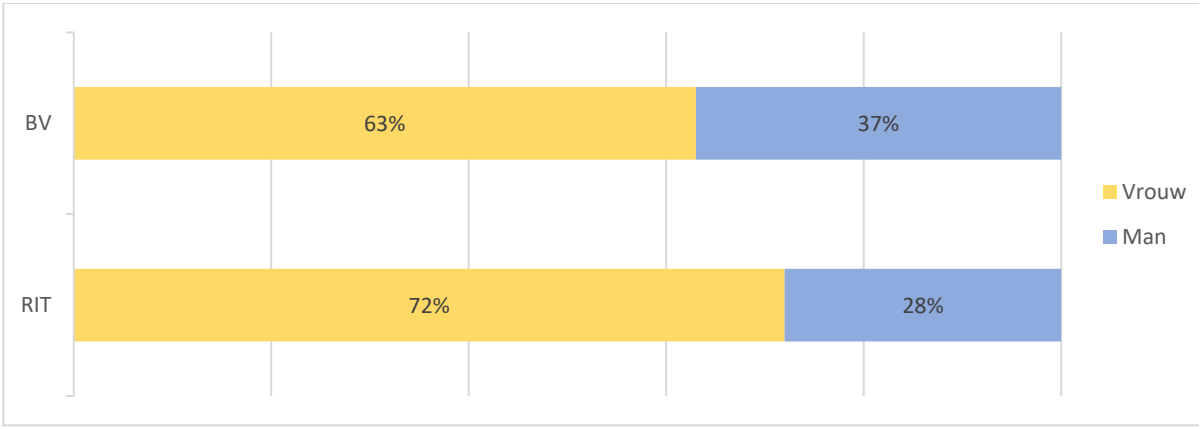
Het responspercentage voor de RIT-groep bedroeg 15% (481 ingevulde vragenlijsten). Voor de BV-groep was dat 19% (592 ingevulde vragenlijsten).

Socio-demografische kenmerken

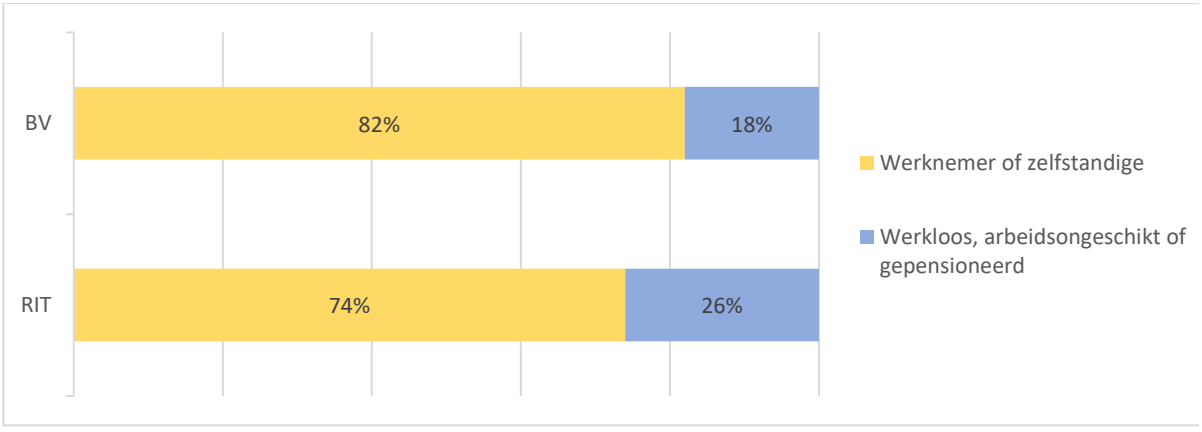
Wat betreft de socio-demografische kenmerken van de deelnemers waren er enkele significante verschillen tussen beide groepen. Wat betreft **taal** waren er significant meer Nederlandstaligen respondenten in de BV groep (69%) in vergelijking met de RIT-groep (60%) (p = .001) (Figuur 1). Ook het **geslacht** van de deelnemers was significant verschillend tussen beide groepen (p = .002) (Figuur 2). In de BV-groep waren er meer mannen (37%) dan in de RIT-groep (28%). Tot slot was het hebben van een **werkende partner** (werknemer of zelfstandige) significant verschillend tussen beide groepen (p = .012) (Figuur 3). De deelnemers van de BV-groep hadden vaker een werkende partner (82%) dan deelnemers van de RIT-groep (74%).



Figuur 1: Taal (Significant, p = .001)



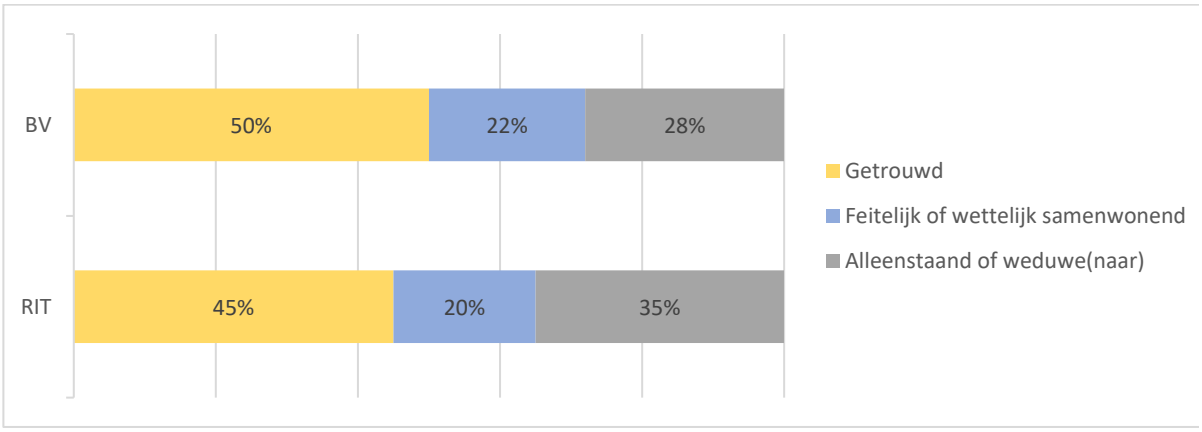
Figuur 2: Geslacht (Significant, p = .002)



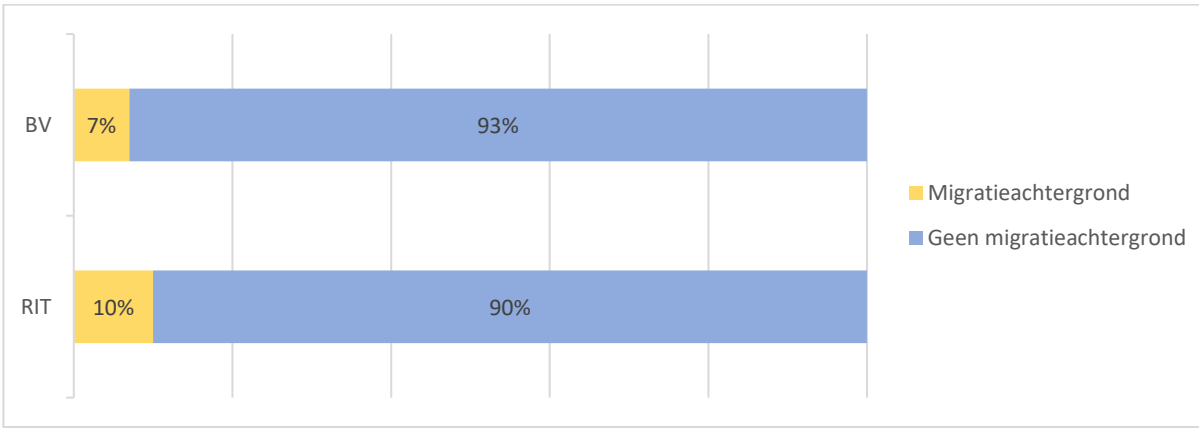
Figuur 3: Werk partner (Significant, p = .012)

De burgerlijke status en migratieachtergrond van participanten was niet significant verschillend tussen beide groepen (respectievelijk p = .065 en p = .055) (Figuur 4, Figuur 5). Er waren ook geen significante verschillen in gemiddelde leeftijd tussen de BV-groep (M = 47 jaar) en de RIT-groep (M = 46 jaar) (p =

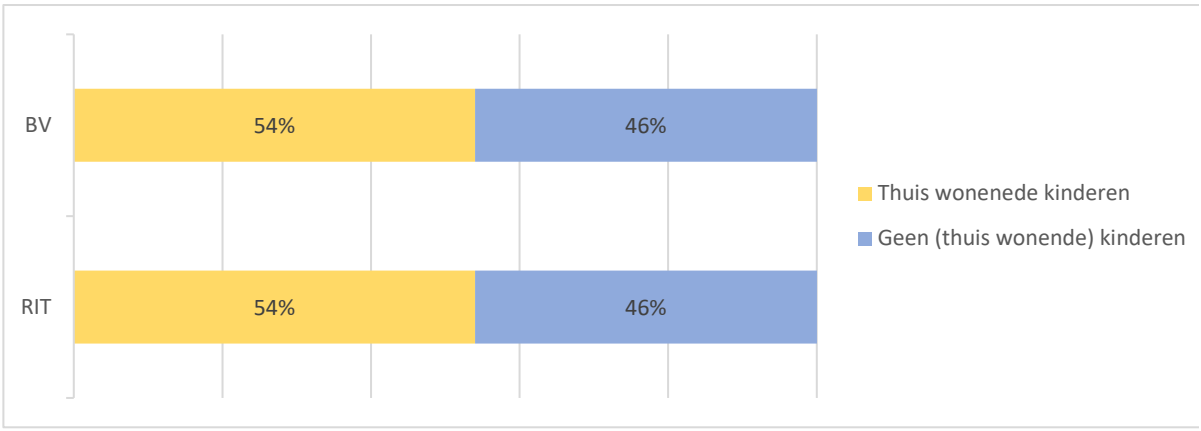
.127). Ook het al dan niet hebben van thuiswonende kinderen was niet verschillend tussen beide groepen (*p* = .912) (Figuur 6).



Figuur 4: Burgerlijke status (Niet Significant)



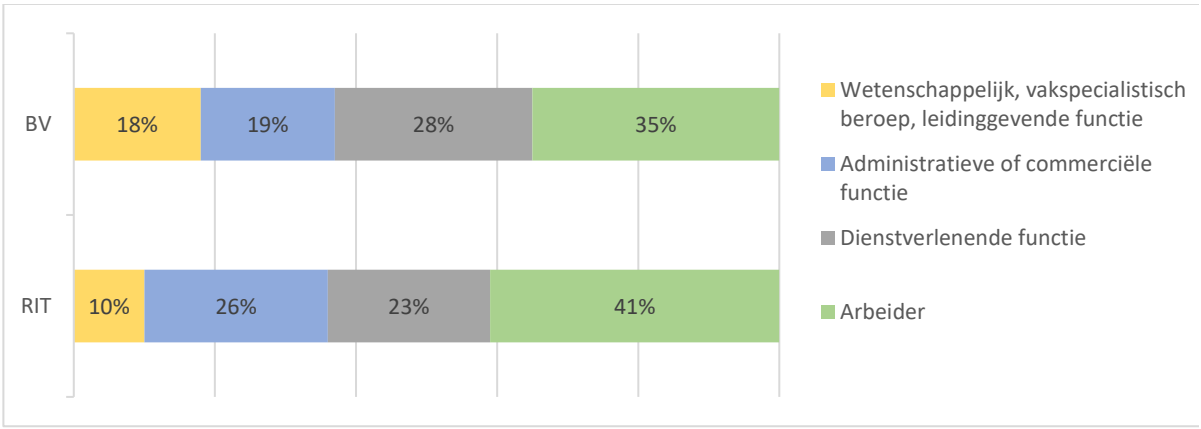
Figuur 5: Migratieachtergrond (Niet significant)



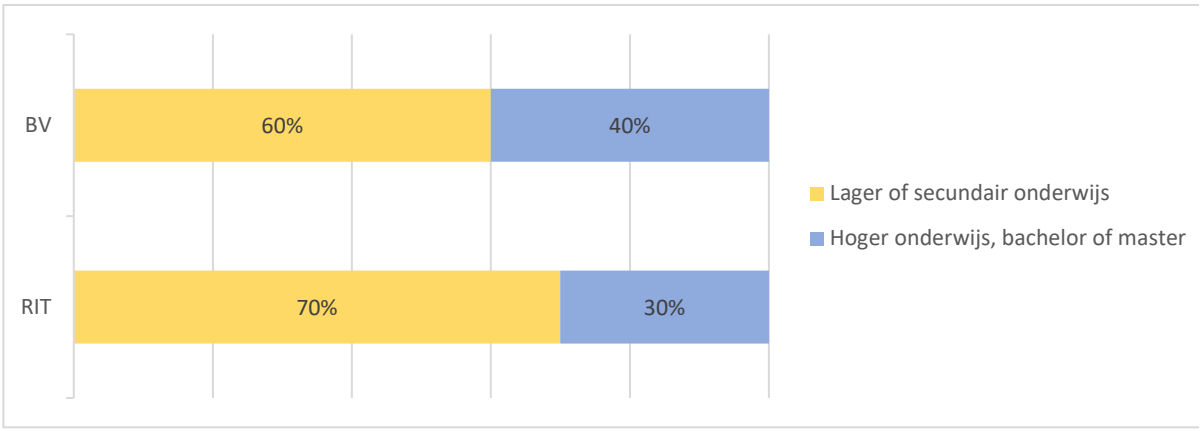
Figuur 6: Thuiswonende kinderen (Niet significant)

Werk gerelateerde kenmerken

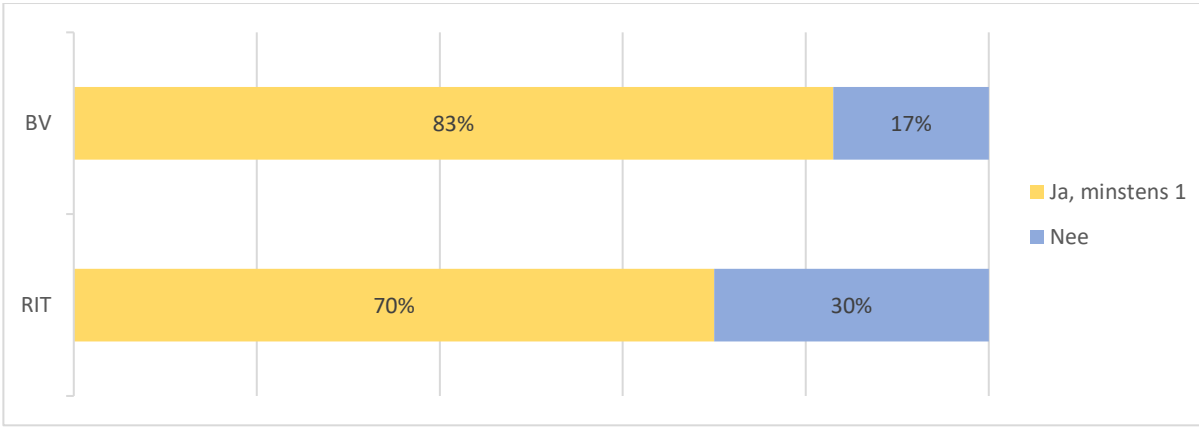
Op vlak van werk waren alle kenmerken significant verschillend tussen beide groepen. Het **type job** was significant verschillend tussen beide groepen (p = .000) (Figuur 7). In de BV-groep hadden de deelnemers vaker vakspecialistische jobs (18%) dan de RIT-groep (10%) en minder vaak arbeiders-jobs (35% vs 41%). Ook het **opleidingsniveau** tussen beide groepen was significant verschillend (p = .001). participanten in de BV-groep genoten vaker een opleiding in het hoger onderwijs (40%) dan participanten in de RIT-groep (30%) (Figuur 8). Ook het gemiddelde **netto-inkomen** en het hebben van **extralegale voordelen** was significant hoger in de BV-groep (respectievelijk p = .000 en p = .000) (Figuur 9). Tot slot was ook het tewerkstellingspercentage tussen beide groepen significant verschillen (p = .000) (Figuur 10). In de BV-groep waren de deelnemers vaker 90% tot voltijds tewerkgesteld (67%), dan in de RIT groep (56%).



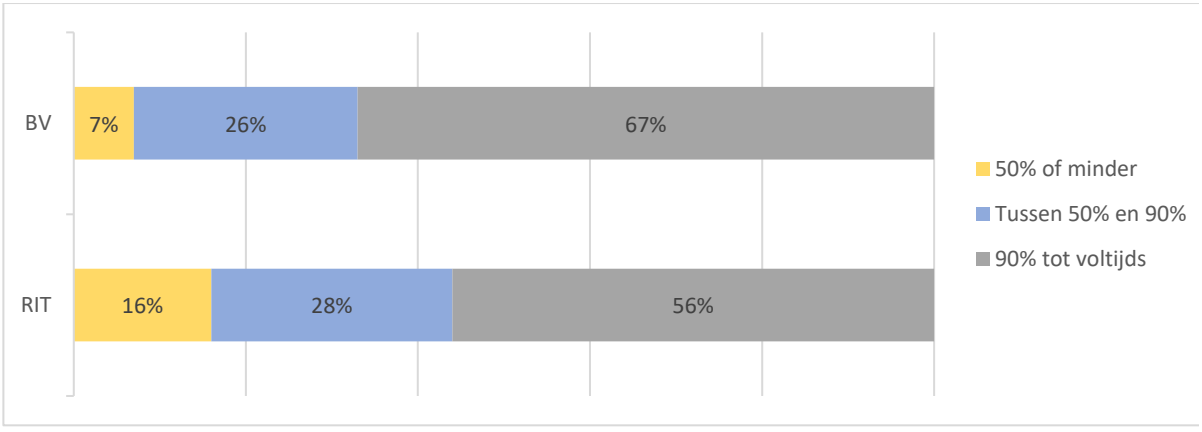
Figuur 7: Type job (Significant, p = .000)



Figuur 8: Opleidingsniveau (Significant, p = .001)



Figuur 9: Extralegale voordelen (Significant, p = .000)

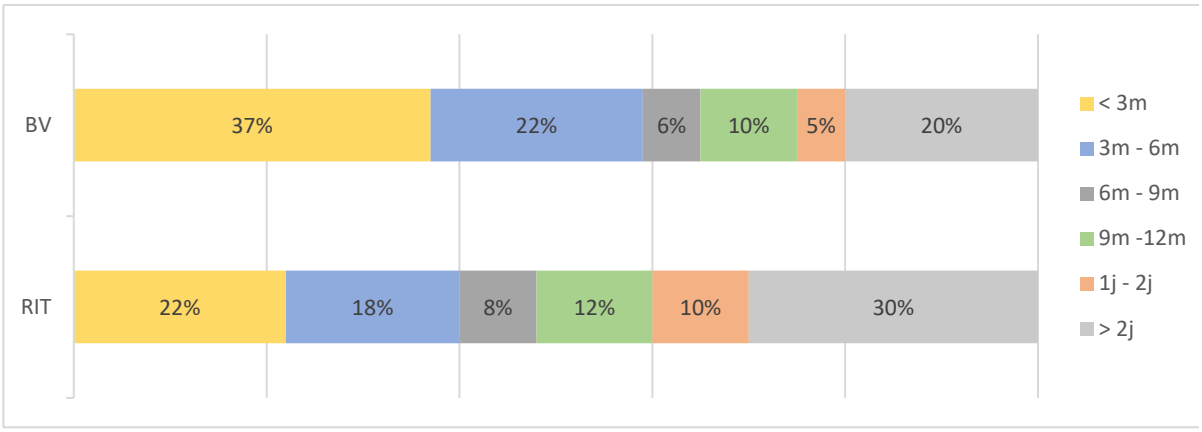


Figuur 10: Tewerkstellingspercentage (Significant, p = .000)

Wat betreft de beschikbare NACE-codes waren er te veel missings (bv. onbestaande codes), om analyses te kunnen uitvoeren.

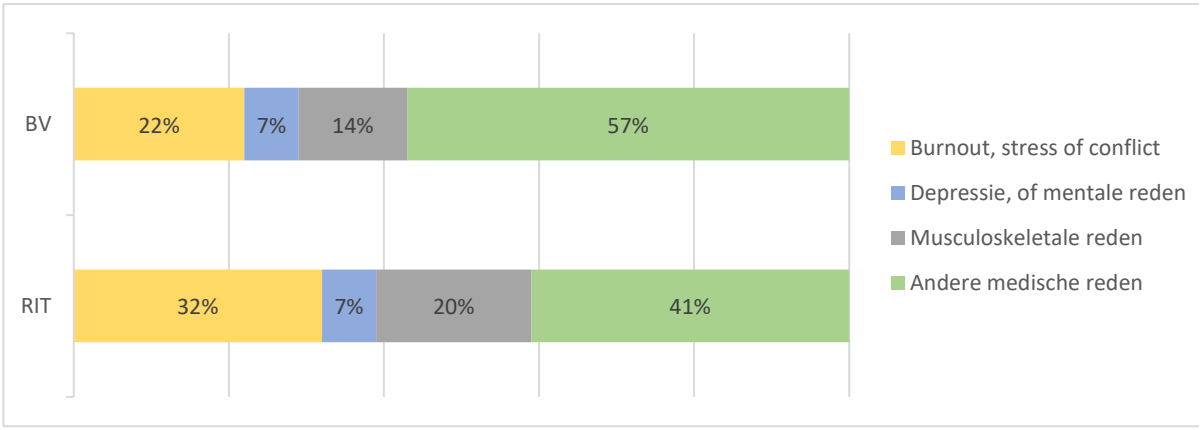
Kenmerken arbeidsongeschiktheid

Wat betreft de kenmerken van de arbeidsongeschiktheid waren er significante verschillen tussen de duur van de arbeidsongeschiktheid en de oorzaak ervan. De **duur van de arbeidsongeschiktheid** voor deelnemers van de BV-groep was significant korter dan die van de Rit-groep (p = .000) (Figuur 11). In de BV-groep was meer dan de helft (65%) minder lang dan negen maanden afwezig op het moment van de afspraak met de arbeidsarts, in vergelijking met slechts 48% in de RIT-groep. In de RIT-goep was 40% van de deelnemers bovendien al langer dan één jaar afwezig, waarvan 30% zelfs langer dan twee jaar, ten opzichte van 25% in de BV-groep.



Figuur 11: Duur arbeidsongeschiktheid (Significant, p = .000)

Ook de **reden van de arbeidsongeschiktheid** was significant verschillend tussen beide groepen (p = .001) (Figuur 12). De RIT-groep gaf vaker psychosociale redenen aan (zoals burnout of depressie) (39%) dan de BV-groep (29%). In de BV-groep was daarentegen vaker sprake van een andere medische reden (zoals kanker of fibromyalgie) (57%) dan in de RIT-groep (41%).



Figuur 12: Reden arbeidsongeschiktheid (Significant, p = .001)

Tussentijdse conclusie

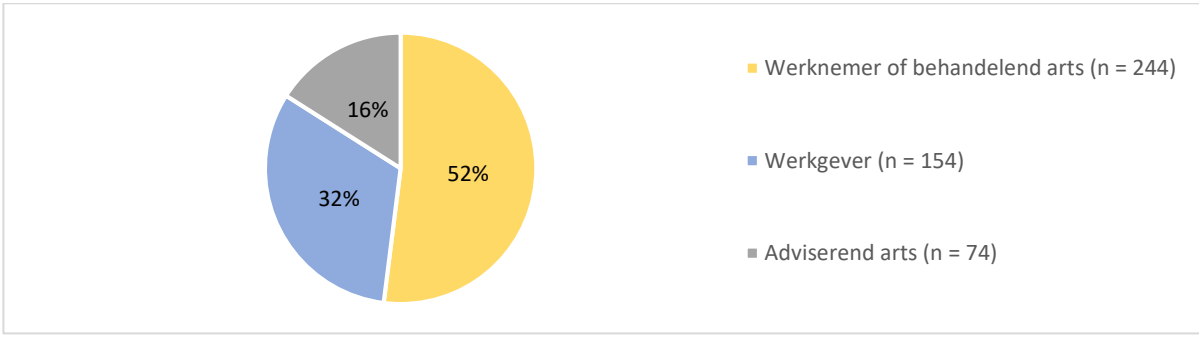
Concluderend kunnen we spreken van twee erg verschillende, niet-vergelijkbare groepen. Zowel op gebied van taal, geslacht, werk van de partner, type job, opleiding, inkomen, duur en pathologie is de RIT-groep significant verschillend van de BV-groep. Om deze redenen werden de volgende analyses wat betreft werkhervatting voor beide groepen apart gedaan.

2.3.2. Groep re-integratietraject

Aanvrager en beslissing

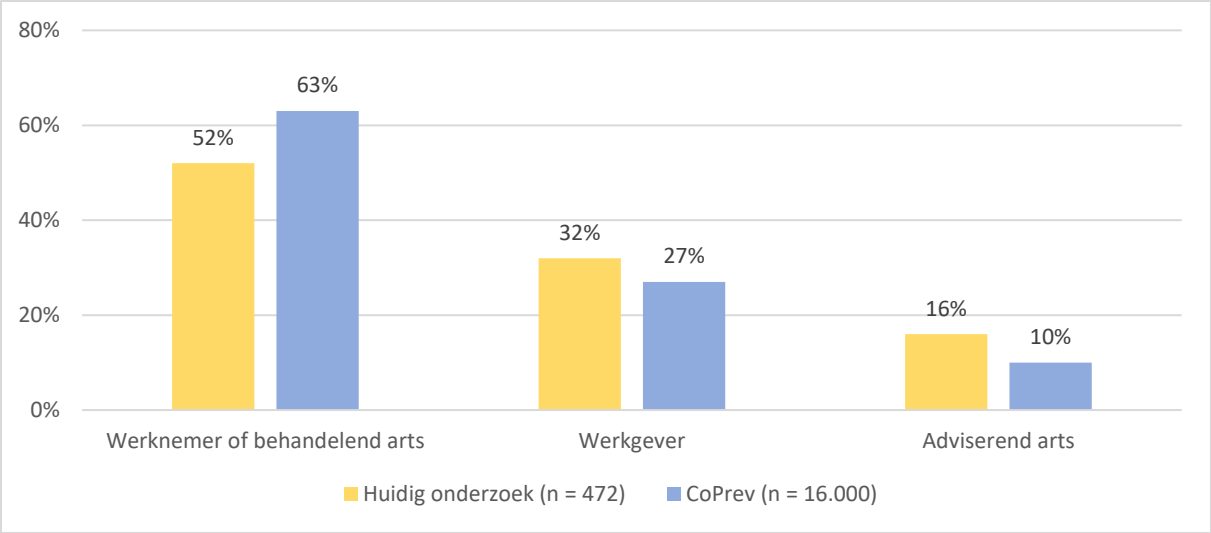
Wat betreft de participanten in de RIT-groep (N = 481), werd op basis van een koppeling met de gegevens vanuit de EDPBW's achterhaald wie de aanvrager van het RIT was en wat de uitkomst van het RIT was. Voor negen deelnemers konden we geen koppeling maken. Deze gegevens werden als missing beschouwd voor de analyses aanvrager en beslissing (n = 472).

In meer dan de helft van de trajecten (52%) was de **aanvrager** van het RIT de werknemer zelf of zijn behandelend arts. De werkgever vroeg in 32% van de gevallen het traject aan. Slechts in 16% van de gevallen werd het RIT aangevraagd door de adviserend arts van de mutualiteit (Figuur 13).



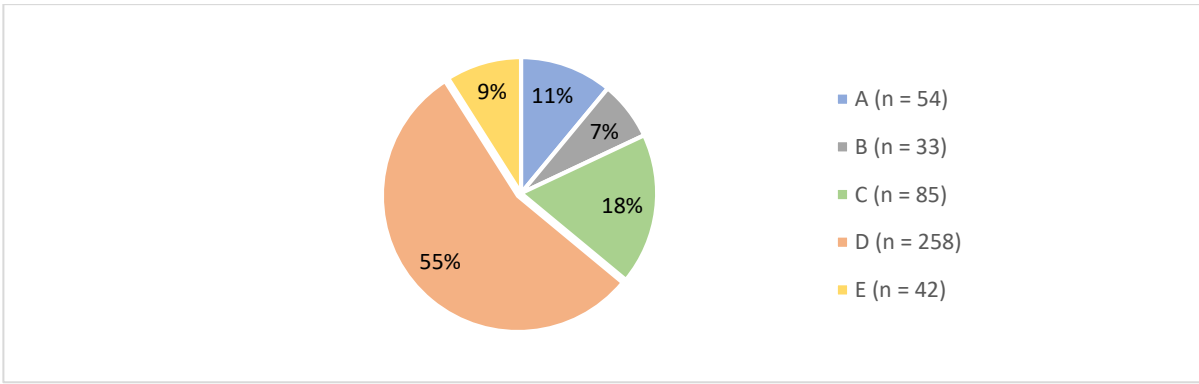
Figuur 13: Aanvragers RIT

Deze cijfers zijn gelijkaardig aan de cijfers die CoPrev publiceerde over het RIT in 2017 (een gelijkaardige periode als ons onderzoek) [11], maar zijn significant verschillend (p = .000), met minder aanvragen door de werknemer of zijn behandelend arts in ons onderzoek (Figuur 14).



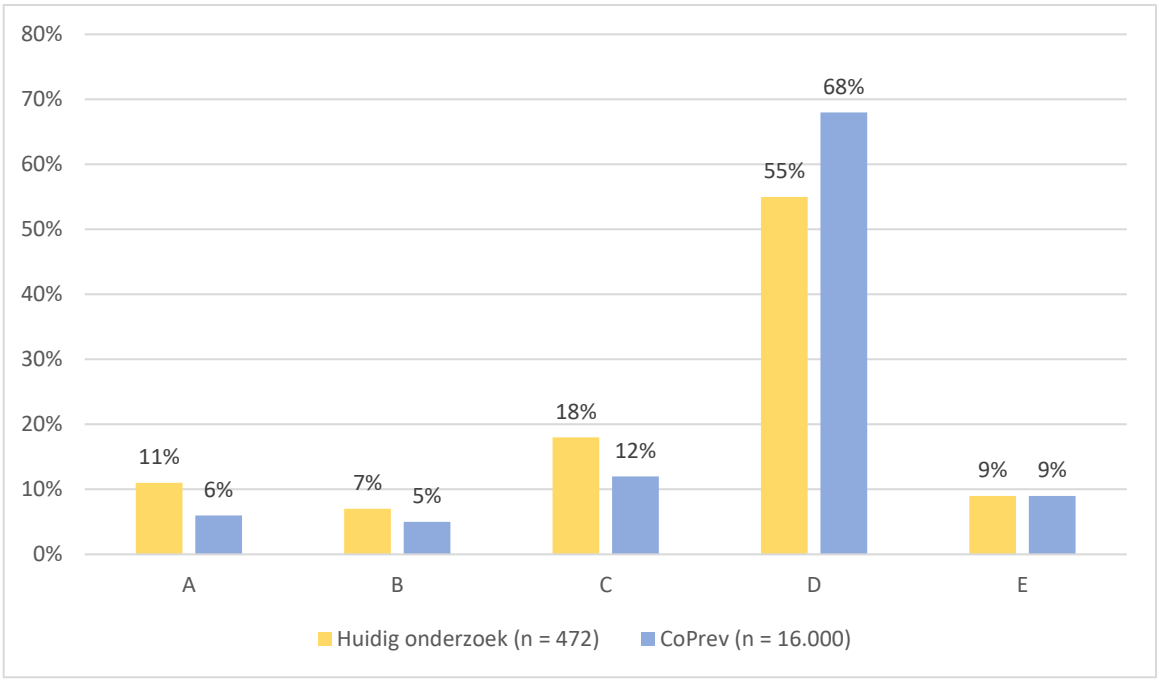
Figuur 14: Aanvragers in huidig onderzoek t.o.v. cijfers CoPrev (Significant, p = .000)

In het merendeel van de gevallen kregen de participanten een **beslissing** van een definitieve arbeidsongeschiktheid bij de werkgever voor het huidige overeengekomen werk (C of D) (Figuur 15). In 18% van de gevallen oordeelde de arbeidsarts dat de werknemers wel in staat waren om nog aangepast werk te kunnen uitvoeren bij de werkgever (beslissing C). Voor 55% was ook aangepast werk niet mogelijk (beslissing D). Voor 18% van de werknemers oordeelde de arbeidsarts wel dat het werk op termijn hervat kon worden, al dan niet met tijdelijk aangepast werk (beslissing A of B). De overige 9% van de werknemers kreeg beslissing E en was het om medische redenen nog niet opportuun om het RIT op te starten. In dat geval herbekijkt de arbeidsarts elke twee maanden de mogelijkheden om het RIT op te starten.



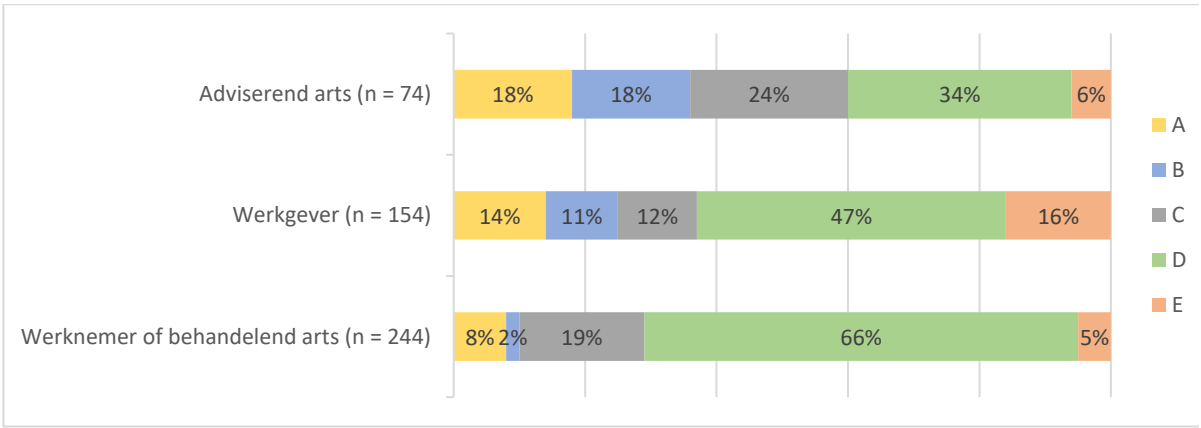
Figuur 15: Beslissing RIT

Deze cijfers lagen in lijn van de verwachtingen en zijn opnieuw gelijkaardig aan de cijfers die CoPrev publiceerde over het RIT in 2017 [11], maar zijn significant verschillend (p = .000), met een groter aantal A- en C-beslissingen, en een kleiner aantal D-beslissingen in ons onderzoek (Figuur 16).



Figuur 16: Beslissingen huidig onderzoek t.o.v. cijfers CoPrev (Significant, p = .000)

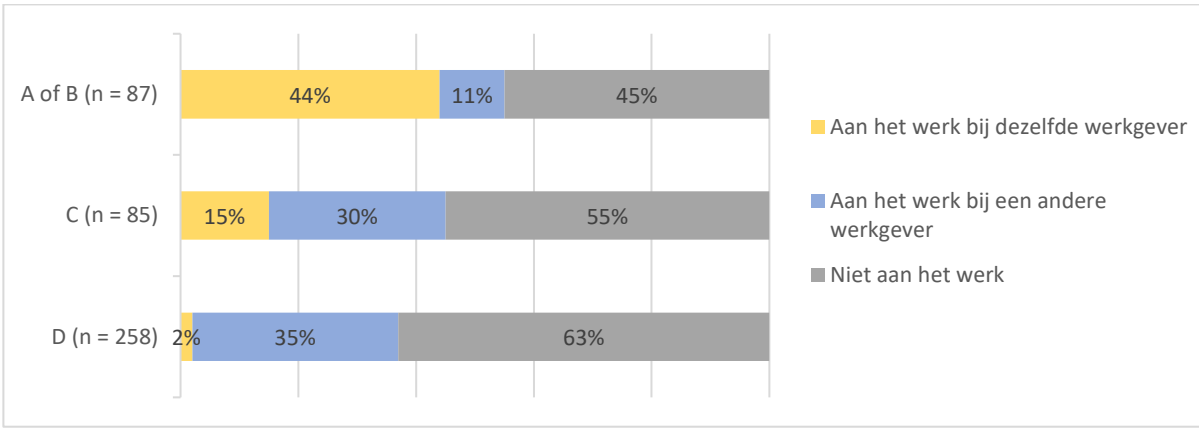
Wanneer we keken naar de **aard van de beslissing ten opzichte van de aanvrager** van het traject, werden er significante verschillen teruggevonden (*p = .000*) (Figuur 17). Wanneer de werkgever de aanvrager was van het RIT werd de beslissing van definitieve arbeidsongeschiktheid (C of D) genomen in 59% van de gevallen. 25% van de werknemers kregen in dat geval een A of B-beslissing. Wanneer de werknemer zelf de aanvrager was van zijn RIT werd de beslissing van definitieve arbeidsongeschiktheid genomen in 85% van de gevallen. 10% kreeg een A of B-beslissing.



Figuur 17: Aanvrager tegenover beslissing (Significant, p = .000)

Werkhervatting

Betreffende de werkhervatting na het RIT waren 201 werknemers (42%) aan het werk op het moment van de bevraging (minimum één jaar na het RIT). 280 werknemers waren niet aan het werk (58%). De meerderheid van de werknemers die het werk hervatten, waren aan de slag bij een andere werkgever dan voor hun RIT (69%). 31% van de werknemers hervatte het werk bij dezelfde werkgever. In Figuur 18 zien we de werkhervatting uitgezet ten opzichte van de genomen beslissing (zonder missings en zonder beslissing E). Beslissing A en B werden samengenomen, omwille van het relatieve kleine aantal B-beslissingen. Verderop (zie multinomial regressieanalyse) zullen we zien dat er significant meer kans was voor een werkhervatting bij de eigen werkgever in geval van beslissing A of B, of in geval van beslissing C, in vergelijking met het niet hervatten van het werk in geval van beslissing D. 2% van de werknemers die beoordeling D kregen (n = 6) gaven aan toch nog (terug) aan het werk te zijn bij dezelfde werkgever.



Figuur 18: Werkhervatting ten opzichte van beslissing

Wanneer het werk **hervat werd bij dezelfde werkgever** (n = 62), kreeg het merendeel van de werknemers **aanpassingen** (76%, n = 47). De meest voorkomende aanpassingen waren het progressief hervatten van het werk (85%) en/of aanpassingen van de functie-inhoud (64%). Het merendeel van de werknemers (65%) werkt bovendien minder (lager tewerkstellingspercentage) dan voor het RIT. Daarenboven gaven de meesten aan hetzelfde type job uit te voeren (85%). Een kleine minderheid kreeg geen aanpassingen (24%, n = 15). Hiervan gaven vijf respondenten aan eerder gestart te kunnen zijn indien er wel aanpassingen mogelijk waren geweest. Vijf van hen vielen bovendien na de werkhervatting opnieuw meer dan één maand uit omwille van dezelfde problematiek.

Wanneer het werk werd **hervat bij een andere werkgever** (n = 139), werd bij 73% (n = 101) het contract bij de vorige werkgever verbroken omwille van **medische overmacht** na het RIT. Slechts negen werknemers (6%) volgden via de mutualiteit een traject om een nieuwe job te vinden. Na werkhervatting behield iets meer dan de helft van de werknemers hetzelfde type job (61%). Bijna de helft van de werknemers (47%) werkt na het RIT minder (lager tewerkstellingspercentage).

Wat betreft de groep werknemers die op het moment van de bevraging **niet aan het werk** waren (58%, n = 280), heeft de meerderheid sinds hun RIT niet meer gewerkt (86%, n = 241). 170 van hen geven aan dat het contract bij de werkgever verbroken werd omwille van **medische overmacht** na het RIT (71%). Een kleine groep (14%) hervatte het werk, maar viel opnieuw uit. De meerderheid van zij die niet langer aan het werk zijn ontvangt een uitkering (93%), veelal een uitkering van de mutualiteit (72%). Bijna één op drie ontvangt een uitkering van de RVA (28%). 84 personen geven aan actief op zoek te zijn naar een nieuwe job (30%).

Wanneer we de totale groep bekeken van personen die een RIT volgden, werd het contract van 271 personen verbroken omwille van medische overmacht. Het gaat over 56% van de totale groep. Desalniettemin hervatte 101 personen van deze groep (37%) het werk, weliswaar bij een andere werkgever.

Multinomiale logistische regressie: werkhervatting

Om na te gaan welke predictoren significant bijdragen aan de werkhervatting, voerden we een multinomial logistische regressie uit met als afhankelijke variabele (AV) werkhervatting (zie *2.2 Methode*). Deze afhankelijke variabele had drie uitkomsten: nee (geen werkhervatting), Werkhervatting bij dezelfde werkgever en werkhervatting bij een andere werkgever. Het model werd opgebouwd en getest met verschillende predictoren (factoren): socio-demografische kenmerken (zeven predictoren), werk gerelateerde kenmerken (zes predictoren) en kenmerken van de arbeidsongeschiktheid (vier predictoren).

Hieronder bespreken we de invloed van de significante predictoren op de werkhervatting, zowel bij dezelfde als bij een andere werkgever. De invloed drukken we steeds uit aan de hand van de odds ratio (OR) of de kans waarmee een bepaalde situatie zich voordoet. Wanneer de invloed van predictor OV1 bijvoorbeeld wordt berekend op de uitkomst AV, waarbij AV1 de referentiecategorie is en AV2 de uitkomst, wijst een OR groter dan één erop dat er meer kans is dat situatie AV2 zich voordoet in vergelijking met de referentiecategorie AV2. Wanneer de OR kleiner is dan één, wijst het erop dat er minder kans is dat de situatie AV1 zich voordoet. Wanneer de OR ongeveer één is, is er geen invloed van de predictor OV1 op de uitkomst AV.

Uit het totale model kwamen verschillende significante predictoren naar voren. De resultaten kunnen geraadpleegd worden in Tabel 1. De referentiecategorie voor de OV werd steeds aangeduid in de tabel met de code "*reference*". De referentiecategorie voor de AV is "geen werkhervatting".

De volgende predictoren hadden een significante (*p*-waarde kleiner dan .05) invloed op de werkhervatting voor personen die een RIT volgden:

- Significante predictoren voor werkhervatting bij dezelfde werkgever, in vergelijking met geen werkhervatting:
  - Personen met een **tewerkstellingspercentage tussen 51 en 90%** hebben 0.35 keer minder kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever dan personen met een tewerkstellingspercentage tussen 90% en 100%.
  - Personen die een **beslissing A of B** kregen hebben 28.64 keer meer kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever dan personen die beslissing D kregen.

- Personen die een **beslissing C** kregen hebben 8.46 keer meer kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever dan personen die beslissing D kregen.

- Significante predictoren voor werkhervatting **bij een andere werkgever,** in vergelijking met geen werkhervatting:
  - Personen **jonger dan 45 jaar** hebben 2,60 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever dan personen die 45 jaar of ouder zijn.
  - Personen waarvan de **partner werkloos, arbeidsongeschikt of gepensioneerd** was hebben 0.13 keer minder kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever dan personen waarvan de partner werknemer of zelfstandige is.
  - Personen waarvan de **duur van de arbeidsongeschiktheid minder was dan 3 maanden** hebben 3.53 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever dan personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid langer dan twee jaar is.
  - Personen waarvan de **duur van de arbeidsongeschiktheid tussen 3 en 6 maanden was** hebben 2.93 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever dan personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid langer dan twee jaar is.
  - Personen waarvan de **duur van de arbeidsongeschiktheid tussen 6 en 9 maanden was** hebben 3.20 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever dan personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid langer dan twee jaar is.
  - Personen met een pathologie betreffende **burnout, stress of conflict** hebben 2.12 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever dan personen waarvan de aandoening een andere medische reden betreft.
- Significante predictoren voor werkhervatting **zowel bij dezelfde als bij een andere werkgever**, in vergelijking met geen werkhervatting:
  - Personen met een **migratieachtergrond** hebben 0.04 keer minder kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever en 0.29 keer minder kans om het werkt te hervatten bij een andere werkgever dan personen die geen migratieachtergrond hebben.
  - Personen met een **tewerkstellingspercentage van 50% of minder** hebben 0.17 keer minder kans om het werkt te hervatten bij dezelfde werkgever en 0.37 keer minder kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever dan personen met een tewerkstellingspercentage tussen 90% en 100%.

Tabel 1: Resultaten multinomial logistische regressieanalyse re-integratietraject

Afhankelijke variabele: "Werkhervatting" (Nee (*reference*)/Ja bij dezelfde werkgever/Ja bij andere werkgever). **Uitkomstmaat:** OR en p-waarde

	Aan het werk bij dezelfde werkgever	**Aan het werk bij een andere werkgever**
Taal		
Frans	1.201 p = .691	0.751 p = .351
Nederlands *(reference)*		
Geslacht		
Man	0.860 *p* = .778	1.136 p = .726
Vrouw *(reference)*		
Leeftijd		
Jonger dan 45 jaar	0.655 p = .350	2.559 p = .002**
45 jaar of ouder *(reference)*		
Burgerlijke status		
Alleenstaand	0.841 p = .723	0.578 p = .110
Feitelijk of wettelijk samenwonend	0.583 p = .340	1.038 p = .920
Getrouwd *(reference)*		
Kinderen		
Geen thuiswonende kinderen	0.466 *p* = .075	0.611 p = .099
Kinderen *(reference)*		
Werkstatus partner		
Werkloos, arbeidsongeschikt of gepensioneerd	0.539 p = .316	0.134 p = .001***
Partner werkend of zelfstandige *(reference)*		
Migratieachtergrond		
Migratieachtergrond	0.040 p = .009**	0.285 p = .036*
Geen migratieachtergrond *(reference)*		
Type job		
Wetenschappelijk, vakspecialistisch of leidinggevend beroep	0.189 p = .106	1.613 p = .415
Administratief of commercieel beroep	1.096 p = .880	1.172 p = .697
Dienstverlenend beroep	2.159 p = .165	0.971 p = .945
Arbeider *(reference)*		
Opleiding		
Hoger onderwijs, bachelor of master	2.000 p = .158	1.690 p = .126
Secundair onderwijs of minder *(reference)*		
Netto-maandinkomen *(continu)*	1.001 *p* = .212	1.000 p = .571
Extralegale voordelen		
Geen	0.648 p = .389	1.044 p = .896
Minstens 1 *(reference)*		
Tewerkstellingspercentage		
50% of minder	0.165 p = .013*	0.372 p = .032*
51%-90%	0.349 p = .039*	0.526 p = .057

90%-100% *(reference)*		
Duur arbeidsongeschiktheid		
Ao <3m	2.050 p = .249	3.533 p = .002**
Ao 3-6m	2.356 p = .189	2.932 p = .015*
Ao 6-9m	0.492 p = .374	3.202 p = .030*
Ao 9-12m	1.139 p = .848	1.044 p = .934
Ao 1j-2j	0.752 p = .695	1.736 p = .279
Ao >2j *(reference)*		
Pathologie		
Burnout, stress of conflict	1.859 p = .237	2.128 p = .036*
Depressie of andere mentale reden	1.065 p = .945	0.822 p = .747
Musculoskeletale reden	0.707 p = .531	0.782 p = .543
Andere medische reden *(reference)*		
Aanvrager RIT		
Werkgever	1.493 p = .410	0.922 p = .814
Adviserend arts	0.805 p = .695	0.793 p = .571
Werknemer of behandelend arts *(reference)*		
Beoordeling RIT		
A of B	29.643 p = .000***	0.456 .096
C	8.463 p = .000***	1.309 p = .450
D *(reference)*		
Intercept	p = .001***	p = .055

Reference = referentiecategorie; Ao = arbeidsongeschiktheid; * = significant op .05-level; ** significant op .01-level; *** significant op .001-level

Concluderend kunnen we stellen dat het hebben van een migratieachtergrond en het tewerkstellingspercentage zowel de kans op hervatting bij dezelfde als bij een andere werkgever verkleinden. De beslissing van de arbeidsarts had een invloed op de werkhervatting bij de eigen werkgever, met meer kans op een hervatting zowel in geval van een A of B-beoordeling als bij een C-beoordeling. De leeftijd en het werk van de partner hadden daarentegen enkel een invloed op een werkhervatting bij een andere werkgever, met meer kans voor jongere mensen en minder kans voor personen waarvan de partner niet aan het werk was. Ook de duur en de pathologie hadden enkel een significante invloed op de werkhervatting bij een andere werkgever. Wanneer de duur van de arbeidsongeschiktheid minder dan negen maanden was of wanneer de pathologie werk gerelateerd was, zoals burnout of stress, was er meer kans op een werkhervatting bij een andere werkgever.

De aanvrager van het traject bleek geen significante invloed te hebben op de werkhervatting. Net als de taal, het geslacht, de burgerlijke status, het hebben van kinderen, het type job, de opleiding, het inkomen en het hebben van extralegale voordelen.

2.3.3. Groep bezoek voorafgaand aan de werkhervatting

Wat betreft de BV-groep (N = 592) hervatte de meerderheid van de werknemers het werk (73%, n = 431). Zij deden dit in het merendeel van de gevallen bij de eigen werkgever (87%), en in mindere mate bij een andere werkgever (13%). De overige 161 werknemers hervatten het werk niet (27%).

Wanneer het werk hervat werd bij dezelfde werkgever, kregen iets meer dan de helft van de werknemers aanpassingen (57%). Voor de meesten onder hen (71%) ging het over een progressieve werkhervatting. Ongeveer twee vijfde van de werknemers werkte minder dan voorheen de arbeidsongeschiktheid (lager tewerkstellingspercentage) (41%). De andere groep werknemers kregen geen aanpassingen (43%). Een kwart van hen (25%) gaf aan eerder te kunnen zijn gestart indien er wel aanpassingen waren. Bovendien viel een deel van hen (17%) na de werkhervatting opnieuw meer dan één maand uit omwille van dezelfde problematiek.

Een kleine groep hervatte het werk bij een andere werkgever (13%, n = 56). 37 van hen behielden hetzelfde type job (66%). 19 van hen werken bovendien minder dan voor hun arbeidsongeschiktheid (34%).

Wat betreft de groep die op het moment van de bevraging het werk niet hadden hervat (27%, n = 161), hadden 43 personen het werk ooit hervat, maar waren nu opnieuw uitgevallen (27%). De meerderheid van hen ontving een uitkering (84%), meestal van de mutualiteit (85%) en in een aantal gevallen van RVA (15%). Slechts een kleine minderheid (16%) was actief op zoek naar een nieuwe job.

Multinomial logistische regressie: werkhervatting

Om na te gaan welke predictoren significant bijdragen aan de werkhervatting, voerden we opnieuw een multinomial logistische regressie uit met als afhankelijke variabele (AV) werkhervatting bij de BV-groep. Deze AV had drie uitkomsten: nee (geen werkhervatting), werkhervatting bij dezelfde werkgever en werkhervatting bij een andere werkgever. Het model werd opgebouwd en getest met verschillende predictoren (factoren): socio-demografische kenmerken (zeven predictoren), werk gerelateerde kenmerken (zes predictoren) en kenmerken van de arbeidsongeschiktheid (twee predictoren).

Hieronder bespreken we de invloed van de significante predictoren op de werkhervatting, zowel bij dezelfde als bij een andere werkgever. De invloed drukken we steeds uit aan de hand van de OR of de kans waarmee een bepaalde situatie zich voordoet.

Uit het totale model kwamen verschillende significante predictoren naar voren. De resultaten kunnen geraadpleegd worden in Tabel 2. De referentiecategorie voor de OV werd steeds aangeduid in de tabel met de code "*reference*". De referentiecategorie voor de AV is "geen werkhervatting".

De volgende predictoren hadden een significante (*p*-waarde kleiner dan .05) invloed op de werkhervatting voor personen die een BV volgden:

- Significante predictoren voor werkhervatting **bij dezelfde werkgever**, in vergelijking met geen werkhervatting:

- Personen waarvan de **partner werkloos, arbeidsongeschikt of gepensioneerd** was hebben 0.42 keer minder kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever dan personen waarvan de partner werknemer of zelfstandige was.
- Personen met een **dienstverlenend beroep** hebben 2,37 keer meer kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever dan arbeiders.
- Personen waarvan de **duur van de arbeidsongeschiktheid minder was dan 3 maanden** hebben 2.21 keer meer kans om het werk te hervatten bij een dezelfde werkgever dan personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid langer dan 2 jaar was.
- Personen waarvan de **duur van de arbeidsongeschiktheid tussen 3 en 6 maanden was** hebben 3.30 keer meer kans om het werk te hervatten bij een dezelfde werkgever dan personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid langer dan 2 jaar was.
- Personen waarvan de **duur van de arbeidsongeschiktheid tussen 6 en 9 maanden was** hebben 4.82 keer meer kans om het werk te hervatten bij een dezelfde werkgever dan personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid langer dan 2 jaar was.
- Personen met een pathologie betreffende **musculoskeletale redenen** hebben 0.42 keer minder kans om het werk te hervatten bij een dezelfde werkgever dan personen waarvan de aandoening een andere medische reden betrof.

- Significante predictoren voor werkhervatting **bij een andere werkgever**, in vergelijking met geen werkhervatting:
  - Personen **jonger dan 45 jaar** hebben 2.56 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever dan personen die 45 jaar of ouder waren.
  - Personen die **hoger onderwijs** hebben genoten, hadden 2.40 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever dan personen die geen hoger onderwijs hebben genoten.
  - Personen waarvan de **duur van de arbeidsongeschiktheid tussen 9 en 12 maanden was** hebben 0.11 keer minder kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever dan personen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid langer dan 2 jaar was.
  - Personen met een pathologie betreffende **burnout, stress of conflict** hebben 2.77 keer meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever dan personen waarvan de aandoening een andere medische reden betrof.

Tabel 2: Resultaten multinomial logistische regressieanalyse bezoek voorafgaand aan de werkhervatting

Afhankelijke variabele: "Werkhervatting" (Nee (*reference*)/Ja bij dezelfde werkgever/Ja bij andere werkgever). **Uitkomstmaat:** OR en p-waarde

	Aan het werk bij dezelfde werkgever	**Aan het werk bij een andere werkgever**
Taal		
Frans	0.968 p = .894	0.812 p = .692
Nederlands *(reference)*		
Geslacht		
Man	1.014 p = .957	0.805 p = .613
Vrouw *(reference)*		
Leeftijd		
Jonger dan 45 jaar	1.303 p = .300	2.558 p = .020*
45 jaar of ouder *(reference)*		
Burgerlijke status		
Alleenstaand	0.783 p = .370	0.809 p = .629
Feitelijk of wettelijk samenwonend	1.369 p = .292	0.891 p = .806
Getrouwd *(reference)*		
Kinderen		
Geen thuiswonende kinderen	1.125 p = .601	1.234 p = .570
Kinderen *(reference)*		
Werkstatus partner		
Werkloos, arbeidsongeschikt of gepensioneerd	0.417 p = .006**	0.397 p = .142
Partner werkend of zelfstandige *(reference)*		
Migratieachtergrond		
Migratieachtergrond	1.778 p = .199	/
Geen migratieachtergrond *(reference)*		
Type job		
Wetenschappelijk, vakspecialistisch of leidinggevend beroep	1.346 p = .458	0.788 p = .710
Administratief of commercieel beroep	1.682 p = .106	0.953 p = .933
Dienstverlenend beroep	2.368 p = .008**	1.781 p = .274
Arbeider *(reference)*		
Opleiding		
Hoger onderwijs, bachelor of master	1.268 p = .388	2.397 p = .045*
Secundair onderwijs of minder *(reference)*		
Netto-maandinkomen *(continu)*	1.000 p = .063	1.000 p = .611
Extralegalevoordelen		
Geen	0.869 p = .642	1.089 p = .853
Minstens 1 *(reference)*		
Tewerkstellingspercentage		
50% of minder	1.204 p = .674	0.581 p = .536

51%-90%	1.251 p = .401	1.120 p = .784
90%-100% *(reference)*		
Duur arbeidsongeschiktheid		
Ao <3m	2.205 p = .006**	1.367 p = .473
Ao 3-6m	3.299 p = .000***	1.251 p = .676
Ao 6-9m	4.824 p = .005**	2.355 p = .278
Ao 9-12m	0.779 p = .498	0.108 p = .045*
Ao 1j-2j	0.809 p = .639	0.659 p = .583
Ao >2j *(reference)*		
Pathologie		
Burnout, stress of conflict	0.660 p = .162	2.769 p = .023*
Depressie of andere mentale reden	0.915 p = .844	2.883 p = .093
Musculoskeletale reden	0.420 p = .004**	1.763 p = .246
Andere medische reden *(reference)*		
Intercept	p = .149	p = .008**

Reference = referentiecategorie; Ao = arbeidsongeschiktheid; * = significant op .05-level; ** significant op .01-level; *** significant op .001-level

Samenvattend waren de predictoren voor werkhervatting verschillend voor werkhervatting bij dezelfde of bij een andere werkgever. Personen met een werkloze partner of een musculoskeletale aandoening hadden minder kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever. Wanneer het beroep dienstverlenend was, daarentegen, was de kans om het werk te hervatten groter. Ook wanneer de duur van de arbeidsongeschiktheid korter dan negen maanden was, had men meer kans om het werk te kunnen hervatten bij dezelfde werkgever. Personen jonger dan 45 jaar, die hoger onderwijs hadden genoten of met een werk gerelateerde pathologie, zoals burnout of stress, hadden meer kans om het werk te kunnen hervatten bij een andere werkgever. Bij een langere duur van arbeidsongeschiktheid, tussen negen en twaalf maanden, was er echter minder kans om het werk te kunnen hervatten bij een andere werkgever.

De predictoren taal, geslacht, burgerlijke status, het hebben van thuiswonende kinderen, migratieachtergrond, inkomen, extralegale voordelen of tewerkstellingspercentage hadden geen significante invloed op de werkhervatting.

2.4. Discussie

In het kwantitatieve luik van deze studie probeerden we, naast de beschrijvende gegevens over het RIT, eveneens te achterhalen wat de uitkomsten zijn van het **RIT**. Gaan personen opnieuw aan het werk, en doen ze dat bij dezelfde of bij een andere werkgever? Dit onderzochten we aan de hand van onze vragenlijststudie. Bij wijze van vergelijkingsgroep voor het RIT, kozen we ervoor om ook werknemers te bevragen die een **BV** volgden, een zogenaamde **informele weg** van re-integratie. Al

snel bleek echter dat zowel op gebied van socio-economische kenmerken, als op gebied van kenmerken van de arbeidsongeschiktheid, zoals duur en pathologie, de RIT-groep significant verschillend was van de BV-groep.

Werkhervatting na formele en informele wegen van re-integratie

Op het moment van de bevraging, minstens één jaar na het RIT, vonden we dat 42% van de werknemers het werk had hervat, hetzij vaker bij een andere werkgever (69%) dan bij dezelfde werkgever (31%) (N = 481). De slaagkansen van de BV-groep (N = 592) daarentegen, waren veel hoger, met een aandeel van 73% van de werknemers die het werk hervatten (n = 431), het merendeel hiervan bij de eigen werkgever (87%).

Dit ligt in lijn met de verwachtingen. Een mogelijke verklaring voor het verschil met de RIT-groep, is dat de BV-groep gunstigere kenmerken heeft om het werk te hervatten. De socio-economische kenmerken zijn gunstiger, zoals het huishouden en het inkomen, en er is minder vaak sprake van een deeltijdse tewerkstelling, hetgeen bevorderend kan zijn voor de re-integratie [15, 16]. Bovendien is de duur van de arbeidsongeschiktheid significant korter bij de BV-groep op het moment van de start van het re-integratieproces, met name het eerste contact met de arbeidsarts. Ook dit zorgt voor een grotere kans op werkhervatting [3]. Deze gunstige resultaten pleiten voor het BV als informele weg van re-integratie. Het aandeel van werknemers die een BV of een progressieve werkhervatting volgen, is bovendien gestegen sinds de invoering van het KB re-integratie [11]. Doordat het thema re-integratie omwille van het KB hoger op de agenda wordt geplaats, kan dit een positief neveneffect zijn van de invoering van het KB.

Dit wil daarentegen niet zeggen dat het RIT niet behouden moet blijven. Uit de resultaten blijkt dat met het RIT een groep van arbeidsongeschikte werknemers bereikt kan worden die niet bereikt kunnen worden aan de hand van de informele wegen. Bovendien hervat een groot deel van deze groep desondanks het werk, hetzij vaker bij een andere werkgever. Hoewel de werkhervatting niet bij de eigen werkgever gebeurd en het RIT misschien gebruikt werd om de arbeidsovereenkomst te beëindigen bij deze werkgever, kunnen we in dat geval toch spreken van een geslaagde re-integratie. Bovendien is er nog veel potentieel in het opvolgen van werknemers die niet opnieuw aan de slag gaan na het RIT, omdat deze begeleiding of opvolging nog vaak ontbreekt.

Predictoren voor werkhervatting na het re-integratietraject

Vervolgens gingen we na wat de bepalende factoren zijn bij een werkhervatting, zowel bij de eigen als bij een andere werkgever. Volgens de verwachtingen hadden werknemers die een A of B-**beoordeling** kregen, significant meer kans om het werk te hervatten bij dezelfde werkgever. Dit is niet onlogisch gezien deze beoordelingen inhouden dat de werknemer op termijn in staat zou moeten zijn om het werk te kunnen hervatten. Maar ook werknemers die een C-beoordeling kregen hadden significant meer kans (meer dan acht keer zo veel) om het werk te hervatten bij de eigen werkgever, in vergelijking met een D-beoordeling. Dit kan erop wijzen dat in geval van beslissing C, werkgevers toch significant moeite doen om een werknemer te kunnen re-integreren, door hem aangepast werk aan te bieden. De cijfers tonen ook aan dat werknemers die het werk hervatten bij dezelfde werkgever in 76% van de

gevallen **aangepast werk** aangeboden krijgen, met als meest voorkomende genomen maatregel de progressieve werkhervatting. Deze maatregel is bovendien bevorderend voor de re-integratie en onderzoek wees uit dat een progressieve werkhervatting een belangrijke voorspeller is van het voltijds hervatten van het werk op termijn [17].

Eveneens volgens de verwachtingen, had de **duur van de arbeidsongeschiktheid** een significante invloed op de werkhervatting. Wanneer het RIT werd opgestart op het moment dat de arbeidsongeschiktheid minder dan negen maanden bedroeg, was de kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever 2.93 tot 3.20 keer groter. Wanneer de duur van de arbeidsongeschiktheid de negen maanden overschreed, daalde de kans op een succesvolle werkhervatting. Dit was ook het geval bij de eigen werkgever, hetzij niet significant. Dit pleit opnieuw voor het snel opstarten van het RIT, zeker in geval van een definitieve arbeidsongeschiktheid voor het overeengekomen werk bij dezelfde werkgever. Dit wordt bevestigd in ander onderzoek: hoe later het re-integratieproces op gang komt, hoe kleiner de kans op een werkhervatting [3]. Opvallend was dat de aanvrager van het RIT geen significante invloed had op de werkhervatting.

Wanneer de zelf gerapporteerde **pathologie** van werknemers die een RIT volgden werk gerelateerd was, zoals stress, burnout, of een conflict, stegen de kansen op een werkhervatting bij een andere werkgever significant. Dit kan verklaard worden door dat wanneer er conflictsituaties ontstaan op het werk, zowel werkgevers als werknemers de arbeidsovereenkomst zouden willen verbreken. Dit wordt ook ondersteund door de resultaten van ons kwalitatief onderzoek (zie infra), waarin arbeidsartsen aangaven dat in geval van conflict met de werkgever, werknemers vaak het RIT gebruiken om aan de slag te kunnen bij een andere werkgever.

Wat betreft werk gerelateerde kenmerken, was enkel het **tewerkstellingspercentage** een significante predictor voor een werkhervatting, hetzij enkel bij een andere werkgever. Hoe lager het percentage van de tewerkstelling, hoe kleiner de kans op een werkhervatting. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat een deeltijdse tewerkstelling die er reeds voor het RIT was, al een teken was van een minder goede gezondheid en mogelijk wordt gebruikt als een brug naar pensioen. Desalniettemin moet deze mogelijke verklaring verder onderzocht worden in verdere analyses en wetenschappelijk onderzoek. Opvallend was dat **andere werk gerelateerde factoren**, zoals het type job, geen invloed hadden op de werkhervatting, zowel bij de eigen als bij een andere werkgever. Nochtans zou men kunnen vermoeden dat personen met een fysiek zware job, zoals arbeiders of zorgverleners, moeilijker het werk zouden kunnen hervatten. Echter bleek uit de resultaten dat musculoskeletale problematieken eveneens niet significant in verband gebracht konden worden met een werkhervatting na het RIT, hetgeen wel het geval was bij het BV. Mogelijks spelen fysieke kenmerken van het werk geen rol bij het RIT, omdat er zoals gedacht andere zaken een rol spelen, zoals een conflict of moeizaam contact tussen werkgever en werknemer, los van het type werk.

Binnen de socio-demografische kenmerken waren er enkele verwachte resultaten. De **leeftijd** speelde zoals verwacht een significante rol voor de werkhervatting. Werknemers jonger dan 45 jaar hadden meer kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever. Dit kan erop wijzen dat oudere werknemers nood hebben aan extra ondersteunende maatregelen wanneer ze na het RIT op zoek moeten naar een andere job. Een andere belangrijke controlevariabele, namelijk **geslacht**, bleek geen invloed te hebben op de werkhervatting, hoewel vaak gedacht wordt dat vrouwen minder kans hebben om het werk te hervatten. Dit enerzijds omdat ze werk vaak combineren met andere huishoudelijke taken, zoals zorg voor kinderen, en anderzijds omdat ze vaker geconfronteerd worden met psychosociale belasting omdat ze vaker zorgberoepen uitoefenen. Binnen ons onderzoek echter, kan

het uitblijven van een rol van geslacht samenhangen met het eveneens uitblijven van een rol van pathologie (mentale redenen), type job (dienstverlening) en het al dan niet hebben van kinderen.

Het werk van de partner bleek wel significant voorspellend te zijn. Wanneer de **partner** van de werknemers eveneens inactief waren (werkloos, arbeidsongeschikt of gepensioneerd), daalde de kans om het werk te hervatten bij een andere werkgever. Een mogelijke oorzaak hiervoor zou kunnen zijn dat een minder gunstige socio-economische status (SES) binnen het huishouden de kans op en succesvolle re-integratie verhindert [15]. Een andere verwachte voorspeller van een werkhervatting bij dezelfde werkgever en bij een andere werkgever was **migratieachtergrond**. Werknemers met een migratieachtergrond hadden significant minder kans om het werk te hervatten. Het kleine aantal personen met een migratieachtergrond in deze studie (10%, n = 49) maakt het echter moeilijk om deze resultaten te veralgemenen en verklaringen uit te kunnen sluiten. Mogelijks hangt een migratieachtergrond samen met het hebben van een lagere SES, hetgeen volgens onderzoek leidt tot een hogere kans op werkloosheid of economische inactiviteit [15]. Het SES-gegeven en zijn invloed op re-integratie moet echter verder onderzocht worden. Binnen de RIT-groep hadden andere socio-economische factoren zoals huishouden, opleiding en inkomen namelijk geen significante invloed op de werkhervatting.

Medische overmacht na het re-integratietraject

Van de totale bevraagde groep, was 58% van de totale groep (n = 280) minsten één jaar na hun RIT niet aan het werk. De meerderheid van hen had sinds hun RIT niet meer gewerkt (86%). 170 van hen (71%) kregen **medische overmacht**. Dit grote aantal is deels volgens de verwachtingen en is mogelijk te verklaren door het gebrek aan sancties voor werkgevers. Zij kunnen relatief goedkoop het contract van een arbeidsongeschikte werknemer verbreken omwille van medische overmacht. Bovendien is er amper controle op het motivatieverslag dat werkgevers moeten opmaken wanneer zij geen aangepast werk kunnen voorzien. Dit werd bovendien bevestigd in ons kwalitatief onderzoek (zie infra). Dit zorgt ervoor dat er voor werkgevers heel wat ruimte is voor misbruik van de wetgeving.

Desalniettemin wijzen deze cijfers er ook op dat niet in alle gevallen van werknemers, die nog steeds arbeidsongeschikt zijn, het contract verbroken werd omwille van medische overmacht. In enkele gevallen kunnen deze werknemers op de payroll van de werkgever blijven staan, zodat ze bepaalde verworven voordelen, bijvoorbeeld een hospitalisatieverzekering, blijven behouden. In sommige gevallen zouden werkgevers er zelfs voor kiezen om werknemers te ontslaan met uitkering van de ontslagvergoeding (zie resultaten kwalitatief onderzoek). Deze bevindingen kunnen alvast deels de kritiek van de vakbond tegenspreken. Desondanks het uitblijven van een werkhervatting, ontving bovendien het merendeel van de participanten een uitkering, meestal van de mutualiteit, hetgeen erop wijst dat ze nog steeds erkend arbeidsongeschikt zijn. Bijna een op drie werknemers ontvingen een uitkering van de RVA en ongeveer eenzelfde aantal was actief op zoek naar een job.

Wanneer we de totale groep bekeken, inclusief zij die het werk wel hadden hervat, kregen 271 personen of 56% medische overmacht. Desalniettemin hervatte 101 van hen wel het werk (37%), hetzij bij een andere werkgever. Dit wijst erop dat medische overmacht niet steeds negatief hoeft te zijn en dat het in sommige gevallen zelfs positief aangewend wordt door werknemers, bijvoorbeeld om elders aan de slag te gaan in geval van conflictsituaties. In dat opzicht kan het RIT dus wel degelijk zijn doel bereiken, namelijk het bevorderen van de re-integratie, maar dan wel bij een andere werkgever. Dit

werd ook mede ondersteund door onze bevinding dat de **aanvrager van het traject** geen significante invloed had op de werkhervatting. Dit kan opnieuw (deels) de kritiek van de vakbond pareren, omdat met andere woorden de kans op een werkhervatting niet verschilt wanneer het RIT nu wordt aangevraagd door de werkgever of door de werknemer.

Sterktes en zwaktes van de studie

De zwakte van het uitgevoerde vragenlijstonderzoek is dat het zelf-gerapporteerde gegevens beschrijft in plaats van objectieve gegevens. Bovendien zou er sprake kunnen zijn van zogenaamde "recall bias", omdat we deelnemers bevroegen over hun RIT of BV dat minstens één jaar geleden plaatsvond. Mogelijks zijn er gegevens die niet meer goed herinnerd werden.

Een andere zwakte is dat we geen gegevens hebben opgenomen over de grootte van de organisaties waarin werknemers werkten op het moment van hun RIT of BV. Er zouden namelijk belangrijke verschillen kunnen zijn tussen grote en kleine organisaties, wat betreft werkhervatting en het kunnen aanbieden van aangepast werk.

Een sterkte van het vragenlijstonderzoek is dat we veel predictoren hebben kunnen bevragen, die ons een beter inzicht hebben gegeven in de werkhervatting na het RIT, zowel bij de eigen als bij een andere werkgever.

Wat betreft de representativiteit van het onderzoek, is een sterkte van het onderzoek dat we een belangrijke steekproef hebben kunnen bevragen met behulp van vijf EDPBW's. Onze cijfers over beslissingen kwamen overeen met de cijfers van CoPrev betreffende de gehele RIT-groep in het jaar 2017.

Data vanuit CoPrev leerden ons dat er in 2017 16.000 re-integratietrajecten waren [11]. 63% van deze trajecten werden aangevraagd door de werknemer zelf, of zijn behandelend arts. 27% werd aangevraagd door de werkgever, 10% door de adviserend arts van de mutualiteit (zie figuur 14 voor een overzicht). Dit is volgens de verwachtingen, aangezien in het eerste jaar van de wetgeving werkgevers slechts een RIT konden opstarten voor werknemers die ten vroegste ziek waren geworden op 1 januari 2016. Vanaf 2018 kunnen werkgevers eveneens trajecten opstarten voor werknemers die al afwezig waren vóór 1 januari 2016. Dit zou een stijging van het aantal aanvragen door de werkgever kunnen betekenen vanaf 2018. In ons vragenlijstonderzoek trachtten we een gelijkaardige, representatieve sample te bevragen met medewerking van vijf EDPBW's. In onze bevraagde sample (N = 481) werd het RIT in 52% van de gevallen aangevraagd door de werknemer zelf of zijn behandelend arts. 32% werd aangevraagd door de werkgever, 16% door de adviserend arts. Deze cijfers wijken licht af van de cijfers van CoPrev. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat we eveneens personen hebben bevraagd die in het eerste kwartaal van 2018 een RIT volgden, wat zou kunnen verklaren waarom er in ons onderzoek het RIT vaker werd opgestart door de werkgever.

Wat betreft beoordelingen, wezen de data van Coprev uit dat in 2017 80% van de personen die een RIT volgden een beslissing kregen van definitieve arbeidsongeschiktheid: 68% kreeg een D-beoordeling, 12% een C-beoordeling (zie figuur 16 voor een overzicht). Deze cijfers liggen iets lager in ons onderzoek: 55% kreeg een D-beoordeling, 18% kreeg een C-beoordeling. In onze bevraagde sample, daarentegen, kregen deelnemers vaker een A (11%) of B (7%) beoordeling (CoPrev

respectievelijk 6% en 5%). Hiervoor is geen eenduidige verklaring. De analyses wezen uit dat de aanvrager van het traject alleszins niet significant samenhangt met de uitkomst ervan.

Suggesties voor vervolgonderzoek

Verder kwantitatief onderzoek, op grote schaal en met objectieve gegevens is aangewezen. Hiervoor is de goedgekeurde data-aanvraag bij de KSZ een belangrijk startpunt. Deze gegevens zullen ons verder inzicht geven in het RIT en ons ook economische en organisatorische inzichten kunnen bieden, bijvoorbeeld over de verschillen tussen verschillende groottes van organisaties en de return on investment (ROI) van het RIT.

2.5. Conclusie

Wanneer we de cijfers uit het vragenlijstonderzoek bekijken, kunnen we vaststellen dat een groot aandeel van de bevraagde werknemers die een RIT volgden het werk hervatten, hetzij vaker bij een andere werkgever, zeker in geval van medische overmacht. **De kans op werkhervatting** na het RIT lijkt in dat geval groter te zijn dan wanneer men niks zou ondernemen. In dat opzicht lijkt het RIT zeker niet enkel een orgaan om werknemers te kunnen ontslaan, maar kan het net een opportuniteit zijn om ergens anders aan de slag te kunnen gaan. Bovendien heeft de invoer van het RIT een toename van informele re-integratieprocessen teweeggebracht, die wel degelijk de re-integratie bevorderen.

Desalniettemin, blijft het belangrijk om arbeidsongeschikte werknemers te ondersteunen zo snel mogelijk het werk te hervatten. Deze hervatting kan zowel bij de eigen als bij een andere werkgever gebeuren, afhankelijk van de situatie van de arbeidsongeschikte werknemer. De voorkeur gaat in veel gevallen naar **de informele wegen van re-integratie**, zoals het BV, die een hogere slaagkans hebben wat betreft re-integratie bij de eigen werkgever. Met andere woorden loont het wél om langs te gaan bij de arbeidsarts. Wanneer een werkhervatting echter niet mogelijk lijkt bij de eigen werkgever, kan het RIT wel een opportuniteit zijn om het werk te kunnen hervatten bij een andere werkgever. In deze gevallen kan het RIT opgestart worden om de arbeidsovereenkomst te kunnen verbreken, hetzij door werkgevers die niet weten wat ze moeten doen met hun langdurig arbeidsongeschikte werknemers, hetzij door werknemers die in een conflictsituatie verwikkeld zijn met hun werkgever en niet zelf ontslag willen nemen. Het beëindigen van het contract omwille van medische overmacht moet in dat geval niet gezien worden als een eindpunt, maar als een startpunt van de re-integratie bij een andere werkgever.

Wel staat vast dat zowel het formele RIT als de informele wegen van re-integratie, zoals het BV, niet steeds kunnen voldoen aan één van de belangrijkste voorwaarden voor een succesvolle werkhervatting, namelijk **het tijdig opstarten van het re-integratieproces**. Het is dan ook van groot belang dat de re-integratie vroeg in de periode van arbeidsongeschiktheid wordt besproken. Dit kan door een **getrapte aanpak** te hanteren, 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, hetgeen tot op heden nog onvoldoende gebeurd. 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).

3. Kwalitatieve evaluatie

3.1. Procedure

Voor het kwalitatieve deel van deze studie werden de relevante stakeholders bevraagd in een focusgroep. Vijf stakeholdergroepen werden bevraagd in homogene focusgroepen: patiënten of werknemers die een RIT volgden, huisartsen, adviserend artsen, arbeidsartsen en werkgevers. We kozen ervoor om enkel artsen en stakeholders te bevragen die effectief met het RIT te maken krijgen, met name werknemers en werkgevers. We kozen er bewust voor om geen werknemersorganisaties te bevragen, maar werknemers zelf aan het woord te laten. Per groep werd getracht één Nederlandstalige en één Franstalige focusgroep te laten doorgaan. De doelstelling was om tijdens de focusgroepen het RIT kritisch te evalueren en om aanbevelingen te formuleren ter optimalisatie van de wetgeving. Op deze manier wilden we een antwoord krijgen op volgende onderzoeksvragen:

- Hoe ervaren verschillende stakeholders de nieuwe wetgeving en het RIT sindsdien?
- Hoe kan de huidige wetgeving verbeterd worden volgens deze verschillende stakeholders?

Per stakeholdergroep werd een interviewguide ontwikkeld (Bijlage 4 NL; Bijlage 5 FR). De vragen werden opgesteld vanuit het Attitude Social Influence Self-Efficacy (ASE) framework, toegepast op terugkeer naar het werk [18], en het Normalization Process Model [19].

De resultaten werden geanalyseerd aan de hand van de computersoftware NVivo. De principes van Thematic Analysis werden toegepast. Over de verschillende focusgroepen en stakeholders heen werd op zoek gegaan naar overkoepelende thema's die konden dienen als antwoord op de onderzoeksvragen [20]. De thema's werden opgesteld vanuit analyse van de transcripten en werden teruggekoppeld aan de onderzoeksvragen, op basis van de gekozen frameworks. Barrières en facilitators (barriers/Facilitators) van het RIT, de Belgische wetgeving (Health Care System) en de werkomgeving (Workplace System) konden ondergebracht worden in het ASE-framework [18]. Deze zaken passen eveneens in het Normalization Process model [19], bijvoorbeeld onder "Contextual integration" (wetgeving, voor- en nadelen) en "Relational integration" (communicatie, Kennis van de processen).

3.2. Deelnemers

De stakeholders werden gerekruteerd via verschillende kanalen:

- Patiënten/werknemers: rekrutering via het Vlaams patiëntenplatform (via de website en nieuwsflits) (NL) en Idewe (via studie van Idewe) (NL + FR);
- Huisartsen: rekrutering via verantwoordelijken LOKs Oost-Brabant (Lokale Kwaliteitsgroep), (NL) en via het GLEM (Groupe Local d'Évaluation Médicale) (FR);
- Adviserend artsen: rekrutering via Wetenschappelijke Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (WVV) (NL) en Association Scientifique de Médecine d'Assurance (ASMA) (FR);
- Arbeidsartsen: rekrutering via Belgische Beroepsvereniging voor Arbeidsgeneesheren (BBvAg) via de nieuwsbrief (NL + FR);
- Werkgevers: rekrutering via werkgeversvertegenwoordigers (NL + FR) en Acerta (NL).

Volgende focusgroepen vonden plaats:

- Werknemers: er vonden twee Nederlandstalige focusgroepen plaats voor werknemers, één te Mechelen in februari 2019 en één te Leuven in maart 2019, in totaal namen zes patiënten deel. Langs Franstalige zijde konden geen patiënten gerekruteerd worden;
- Huisartsen: er vonden twee Nederlandstalige focusgroepen plaats voor huisartsen, beide te Leuven in februari 2019, in totaal namen 26 huisartsen deel. Er vond één Franstalige focusgroep plaats voor huisartsen te Genval in juni 2019. Er namen 15 huisartsen deel;
- Adviserend artsen: er vond één Nederlandstalige focusgroep plaats voor adviserend artsen te Antwerpen in februari. Er waren zes adviserend artsen, twee paramedici en één arts in opleiding aanwezig. Er vonden twee Franstalige focusgroepen plaats, één te Luik in maart 2019 en één te Brussel in juni 2019. In totaal namen vier adviserend artsen, twee paramedici en één gepensioneerde arts deel. Tijdens alle focusgroepen waren artsen van verschillende mutualiteiten aanwezig;
- Arbeidsartsen: er vond één Nederlandstalige focusgroep plaats te Brussel in maart 2019. Er namen acht arbeidsartsen deel. Er vond één Franstalige focusgroep plaats te Brussel in februari 2019. Hier namen negen arbeidsartsen deel. Tijdens alle focusgroepen waren artsen van verschillende EDPBW's aanwezig;
- Werkgevers: er vond één Nederlandstalige focusgroep plaats te Leuven in april 2019. Er waren acht werkgevers (of een vertegenwoordiger van deze werkgever) aanwezig. Eén werkgever van een KMO (Kleine of Middelgrote Onderneming), zeven van grotere organisaties. Er vonden ook twee telefonische Nederlandstalige individuele interviews plaats in april 2019 met twee werkgevers van grote organisaties. Er vond één Franstalige focusgroep plaats te Namen in maart 2019. Er waren vijf werkgevers en één werknemer van een werkgeversorganisatie aanwezig. Er vond ook één telefonisch Franstalig individueel interview plaats in juni 2019 met een werkgever van een grote organisatie.

Deelname aan de focusgroepen of interviews was vrijwillig. Voor de artsen werd de mogelijkheid tot het verkrijgen van accreditatie voorzien bij deelname aan de focusgroep. De deelnemers ondertekenden elk een informed consent in (Bijlage 6, NL; Bijlage 7, FR). Elke focusgroep duurde ongeveer twee uur en er werd een geluidsopname gemaakt voor verdere analyse van de gesprekken. De individuele interviews duurden een half uur tot een uur. Tijdens de focusgroepen was er telkens één moderator aanwezig, die het gesprek leidde, en één observator, die nota nam. De Nederlandstalige focusgroepen werden gemodereerd door Isabelle Boets, met als observator Inge Neyens. De Franstalige focusgroepen werden gemodereerd door Dr. Julie Debelle, arbeidsarts in opleiding van Idewe, met als observator Isabelle Boets. De resultaten werden geanonimiseerd tijdens de analyses. Alle persoonsgegevens werden met de nodige confidentialiteit behandeld. De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven met als nummer S62212.

3.3. Resultaten

Over de focusgroepen heen waren er een aantal overkoepelende thema's. De resultaten werden veralgemeend over de Nederlandstalige en Franstalige focusgroepen heen. We beschrijven achtereenvolgens de verschillende overkoepelende thema's met elk hun subthema's. Per thema werd bekeken wat binnen dit thema de bevorderende of belemmerende factoren waren voor re-integratie.

In Tabel 3 kan een overzicht van de overkoepelende thema's, met zijn subthema's worden teruggevonden.

Tabel 3: Overkoepelende thema's en subthema's

Overkoepelende thema's	**Subthema's**
Het wettelijke kader/proces	Sancties Werklast Kennis van de processen Lacunes Quick Scan
De beschikbaarheid van aangepast werk	Motivatie van de werkgever Motivatieverslag 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	Informele re-integratie Verzuimbeleid
Medische overmacht	Misbruik van de werkgever Druk door de werkgever Outplacement of opvolging Opportuniteit voor de werknemer

Het wettelijke kader/proces

Wat betreft het wettelijke kader ervoeren de participanten van de focusgroepen heel wat gebreken en beperkingen binnen het RIT.

Een groot gebrek binnen het wettelijke kader dat werd aangeklaagd door de *medische actoren* en door de *werknemers* is de vrijblijvendheid binnen het RIT en het **ontbreken van sancties**. *Arbeidsartsen* gaven aan dat zowel werkgevers als werknemers op geen enkele manier verplicht worden of onder druk gezet kunnen worden om aan het traject mee te werken. Op deze manier is het wettelijke kader volgens hen een "lege bel":

> Als gij probeert dat ze daar beperkingen op zetten, op de documenten, en de werkgever zover te krijgen van alsjeblieft ga op zoek, is dat ook heel dikwijls een lege bel. In die wetgeving heb ik een beetje een mankement aan een stok achter de deur van als gij als werkgever niet wil meewerken, want dat is heel dikwijls. "Bwa ik heb geen werk voor die gast".
>
> *Arbeidsarts*

Ook wanneer de werknemer wordt uitgenodigd voor een RIT en besluit om niet op te dagen, zijn hieraan geen gevolgen gekoppeld. Dit punt werd ook gemaakt door de *werkgevers*, die aangaven dat de vakbond hier in sommige gevallen een belemmerende factor speelt door werknemers aan te raden niet mee te werken aan het RIT.

Een wederkerende opmerking bij zo goed als alle actoren was dat het RIT een zeer **hoge werklast** met zich meebrengt. In geval van *arbeidsartsen* ging het over een serieuze tijdsinvestering en eveneens een financiële investering voor de EDPBW's. Ook voor de *adviserend* artsen was het RIT een grote tijdsinvestering. Hoewel ze overtuigd waren van het feit dat werknemers zo vroeg mogelijk gezien moeten worden in hun periode van primaire arbeidsongeschiktheid, gaven ze aan dat dit door een gebrek aan artsen vaak onmogelijk is:

> Wilt de VI [verzekeringsinstelling] voldoende investeren opdat wij de mensen vroegtijdig kunnen zien, als wij gewoon te weinig volk hebben zoals de realiteit bij ons is. Dan zien we ze, kunnen we gewoon niet op 2 maanden zien, dat is een realiteit denk ik in quasi al onze verbonden. En iedereen is ervan overtuigd, ook in internationale studies, dat je vroeg moet interveniëren in arbeidsongeschiktheid, dat dat het beste effect geeft. Want na 6 maanden ziet ge bij iedereen een setteling optreden. Wat is de realiteit, kortste oproeptermijn bij ons, 16 weken tot 25. 25 weken…
>
> *Adviserend arts*

Adviserend artsen staan inhoudelijk achter te wetgeving, maar gaven aan dat er niet voldaan wordt aan de nodige randvoorwaarden om de wetgeving om te zetten in de praktijk. Ze gaven aan meer nood te hebben aan methodologische ondersteuning, bijvoorbeeld door administratieve ondersteuning of bijkomende paramedici of artsen. Dit was voor hen de allerbelangrijkste prioriteit:

> Ik zou in mijn team graag genoeg mensen hebben om de patiënt vroegtijdig te zien.
>
> *Adviserend arts*

Voor *werkgevers* ging het vaak over een grote administratieve en financiële last. Bovendien vonden ze de wetgeving ingewikkeld en complex. Zeker KMO's zouden beter geïnformeerd mogen worden.

De **kennis** van het RIT en de wettelijke processen was bovendien niet bij alle partijen even groot. *Arbeidsartsen* ervoeren bijvoorbeeld dat adviserend artsen soms trajecten opstarten voor personen die al opnieuw het werk hebben hervat via een progressie werkhervatting, hetgeen wettelijk onmogelijk is. Ook zouden arbeidsartsen vaak onvolledige aanvragen voor het RIT ontvangen, waarbij er bijvoorbeeld geen officiële aanvrager is of waar er geen naam wordt vermeld van de adviserend arts. Dit bemoeilijkt het proces:

> On doit prévoir un processus beaucoup plus rigoureux avant d'avoir les gens en évaluation de réintégration
>
> *Arbeidsarts*

De *arbeidsartsen* en *adviserend artsen* gaven bovendien aan de huisartsen absoluut niet op de hoogte zijn van de wetgeving. De *huisartsen* zelf bevestigden dit. Ze gaven aan nood te hebben aan meer informatie over het RIT. Nu worden ze vaak niet betrokken wanneer er een RIT wordt opgestart voor één van hun patiënten en weten ze ook niet zeker of iemand nu in een RIT zit of niet. Nochtans vonden *huisartsen* dat ze een belangrijke rol hebben in het RIT:

> Ja ik vind het eigenlijk een beetje raar dat je als huisarts daar niet in betrokken wordt omdat je toch diegene bent vaak die de arbeidsongeschiktheid voorschrijft. Dat is toch net heel logisch, dat je wel op de hoogte wordt gebracht denk ik, dus ja… 't is zo een beetje een gemiste kans precies.
>
> *Huisarts*

Huisartsen vonden het ook jammer dat ze op deze manier hun patiënten niet correct kunnen infomeren, omdat ze zelf over te weinig informatie of kennis beschikken. Ze bevalen dan ook aan om beter geïnformeerd te worden, bijvoorbeeld aan de hand van casusgerichte bijscholing, en dat ze automatisch op de hoogte worden gebracht wanneer een RIT wordt opgestart voor een patiënt.

Ook *werknemers* zelf, die een RIT hebben gevolgd, gaven aan dat het niet altijd even duidelijk is wat de wetgeving nu precies inhoudt. Sommige werknemers waren zelfs niet zeker over welke beoordeling ze nu exact hebben gekregen.

Er zijn ook enkele **lacunes** of beperkingen in de wetgeving. Arbeidsartsen van verschillende EDPBW's gaan anders om met bepaalde zaken binnen de wetgeving, zo bleek tijdens de focusgroepen. Er leek een gebrek aan consensus te zijn. Bijvoorbeeld wat betreft werknemers die 100 procent geschikt zijn om het werk te hervatten en een RIT aanvatten. In dat geval moet de arbeidsarts beslissing A nemen en alles in verband met aanpassingen schrappen en noteren "100 procent geschikt zonder

voorwaarden" en moet er dus geen plan opgemaakt worden. De *arbeidsartsen* noemden dit "kafkaiaans". Ook het verschil tussen oordeel B en E werd door verschillende EDPBW's anders geïnterpreteerd. Sommige EDPBW's kozen er bijvoorbeeld nooit voor om beslissing E te nemen, omdat ze dan vasthangen aan een herevaluatie elke twee maanden. Daarnaast was ook de startdatum van het RIT anders bij verschillende EDPBW's, dit kon bijvoorbeeld de datum zijn op de aanvraag of de datum van het eerste telefonisch contact met de werknemer.

Een tweede beperking volgens alle *medische actoren* was dat 12 maanden te lang is als termijn voor de werkgever om een plan op te stellen in geval van een beslissing C. Dit vertraagt het re-integratieproces, terwijl het net van belang is dat werknemers zo snel mogelijk het werk kan hervatten:

> Ik heb een beetje een probleem met het jaar dat de werkgever krijgt om een plan op te stellen bij een beslissing C. Ik heb een paar mensen gehad waarbij de werkgever werkelijk een jaar gewacht heeft en dan uiteindelijk een verslag heeft kunnen maken. Dan vraag ik mij af, stel u voor dat die wel een voorstel heeft kunnen doen. Wie zegt dat die persoon na dat jaar nog hetzelfde is als op het moment dat ik die gezien heb. Wie zegt dat mijn beperkingen die ik voorgeschreven heb na dat jaar…
>
> *Arbeidsarts*

Werkgevers zelf gaven aan dat deze termijn wel van pas kan komen:

> Le délai est quand même, enfin quand on cherche des solutions, le délai est quand même intéressant. Je ne vois pas comment trouver des solutions sans avoir ce délai.
>
> *Werkgever*

De suggestie van de *medische actoren* was desalniettemin om deze termijn in te korten, tot bijvoorbeeld 55 dagen, zoals na een beslissing A het geval is. Opnieuw werd hier aangehaald dat werkgevers wel ondersteund mogen worden wanneer ze een plan moeten opmaken.

Een andere lacune die *arbeidsartsen en adviserend artsen* aangaven, is dat de wetgeving niet van toepassing is voor arbeidsongevallen en beroepsziekten. Ook voor statutairen is de wetgeving moeilijker toepasbaar.

Een vierde lacune is volgens de *arbeidsartsen* dat adviserend artsen met een andere wetgeving werken dan zij. Adviserend artsen werken met artikel 100 van de ziektewet, die stelt dat de arbeidsongeschiktheid van de patiënten wordt bekeken ten opzichte van de gehele arbeidsmarkt, terwijl arbeidsartsen enkel naar de ongeschiktheid ten opzichte van de werkpost kijken. Binnen de ziektewet gaven ook de *werknemers* een belangrijke beperking aan. Wanneer werknemers het werk deeltijds hervatten, worden ze deeltijds betaald door de mutualiteit. Na een bepaalde periode

schrijven *adviserend artsen* deze werknemers echter uit, wanneer zij oordelen dat ze volgens artikel 100 van de ziektewet opnieuw geschikt zijn. Wanneer deze werknemers hun uren nog niet kunnen opbouwen, kunnen ze dus niet meer terugvallen op een uitkering, ook niet van de RVA. De *adviserend artsen* beaamden dit als een grote beperking:

> Ik heb ook zo'n geval, die heeft een herscholing gedaan, hij heeft werk gevonden aan 24u. Krijgt nog bijpassing van ons, en ik ja, … ik kan dat niet blijven aanvaarden. Ik had dan al eerst gezegd van ja, vraag of je meer uren krijgt. Ik had hem dan een paar maanden extra gegeven. Hij komt terug en ja hij krijgt dat niet. Ik heb hem dan uiteindelijk uitgeschreven. Maar ja, hij heeft geen… bijpassing niet meer. En eigenlijk is dat een straf… hij heeft al die moeite gedaan
>
> *Adviserend arts*

> Ja dat is een straf want diegenen die geen werk zoeken die niet meewillen, die worden uitgeschreven, die krijgen hun dop verder he.
>
> *Adviserend arts*

Voor *werknemers* die altijd voltijds gewerkt hebben, voelde dit zeer oneerlijk aan. Dit belemmerde de motivatie om het werk te hervatten, omwille van het risico om terug te vallen op een lagere uitkering.

Binnen het wettelijk kader spraken de *adviserend artsen* ook specifiek over de **Quick Scan**. De Quick Scan vragenlijst werd op het moment van de focusgroepen nog niet vaak gebruikt in de praktijk van de adviserend artsen. Ook *arbeidsartsen* hadden dit gevoel. Tussen verschillende mutualiteiten werd de vragenlijst op verschillende manieren gebruikt. Sommige mutualiteiten verstuurden de Quick Scan automatisch na acht weken en riepen patiënten op op basis van deze resultaten, terwijl anderen patiënten enkel opriepen op basis van de diagnose. Nog een andere mutualiteit liet de vragenlijst enkel invullen tijdens een consult met een paramedicus, als aanvulling, omdat ze het gevoel hadden dat de resultaten niet genoeg informatie boden:

> La tendance actuelle est de faire le scan avec une évaluation de visu parce que, selon notre expérience, c'est très difficile d'évaluer les gens uniquement sur papier.
>
> *Adviserend arts*

Alle mutualiteiten geloofden wel dat de Quick Scan een nuttig instrument kon zijn in de praktijk, maar enkel als aanvulling op een consult. *Adviserend artsen* vonden het RIT en hun rol hierin wel een verrijking van hun praktijk:

> On est plus là pour accompagner et pas juste pour évaluer et contrôler et mettre fin.
>
> *Adviserend arts*

De beschikbaarheid van aangepast werk

Arbeidsartsen en adviserend artsen gaven aan dat de **motivatie van de werkgever** voor het voorzien van aangepast werk een belemmerende factor kan zijn voor de re-integratie. Werkgevers hoeven zich niet te houden aan de voorstellen die de arbeidsartsen aanraden in verband met aangepast werk:

> Il [le travailleur] va trouver le service des ressources humaines pour savoir s'il y a un travail adapté ou pas. La médecine du travail n'a rien à dire quelque part.
>
> *Adviserend arts*

De indruk leefde bovendien bij *de medische actoren* dat werkgevers zich er makkelijk vanaf kunnen maken door het schrijven van een **motivatieverslag**. Dit verslag zou bovendien niet of amper gecontroleerd worden. Dit werd ook zo ervaren door de bevraagde *werknemers*. Soms zagen zij wel nog mogelijkheden voor aangepast werk binnen hun organisatie, maar werd dit afgehouden door de werkgever. *Werkgevers* zelf zeiden dat het niet hun fout is dat verslagen niet worden gecontroleerd. Wel vonden ze dat er instantie mag zijn, naast Toezicht op het Welzijn op het Werk (TWW), die de verslagen opvolgt om de werkgevers te bestraffen die geen moeite doen. Werkgevers gaven wel aan te proberen om op hun motivatieverslag te motiveren wat de reden was van het niet kunnen aanbieden van aangepast werk.

Alle medische actoren gaven aan dat er soms ook succesverhalen zijn, waarbij werkgevers zich wel flexibel opstellen en zich aan de voorwaarden van de arbeidsarts houden.

Werkgevers daarentegen gaven aan dat de **adviezen van de arbeidsarts** niet steeds even duidelijk zijn, zeker wanneer de arbeidsarts het bedrijf niet goed kent. *Arbeidsartsen* zelf bevestigden dat er inderdaad een belangrijke rol voor hen is weggelegd hierbij en dat ze moeten trachten duidelijker vast te leggen wat de modaliteiten kunnen zijn van aangepast werk. Ze pleiten hier voor het gebruiken van tools om concrete aanbeveling te kunnen geven, bijvoorbeeld met behulp van een functionele mogelijkheden vragenlijst of een job matching tool. Arbeidsartsen erkenden de moeilijkheden die er kunnen zijn om aangepast werk te voorzien en bevalen aan om werkgevers te ondersteunen bij het opstellen van een plan, bijvoorbeeld door een re-integratiecoach of Disability Case Manager (DCM'er), zeker voor KMO's. Ook *huisartsen* en de *werkgevers* zelf raadden aan werkgevers te ondersteunen.

Werkgevers zelf gaven aan dat het vinden van aangepast werk niet evident is. Sommige werknemers zouden aangepast werk "eisen" en denken dat ze via het RIT meer kunnen verkrijgen, dan door het informeel aan te pakken. Vaak is er echter geen aangepast werk en zijn er binnen een job slechts een beperkt aantal uren en taken beschikbaar. Bijvoorbeeld in de diensten- of schoonmaak**sector** is dit erg moeilijk:

> Er is niemand dat bij wijze van spreken overal de plintjes wilt doen [poetsen] en zich de hele dag moet bukken omdat die andere alles in de hoogte wil doen. Ik ken er evengoed die dan weer geen hoogtes mogen doen.
>
> *Werkgever*

Alle *medische actoren* merkten dat een progressieve werkhervatting of een (tijdelijke) aanpassing in uren wel iets is dat vaak door werkgevers wordt toegestaan of goedgekeurd. *Werkgevers* gaven ook aan dit vaak te voorzien. Een effectieve aanpassingen van taken of jobinhoud gebeurt echter zelden, zien de actoren in de praktijk. Een veelvoorkomend probleem hierbij is de **beschikbaarheid van het aangepast werk**. *Werkgevers* gaven aan dat er bijvoorbeeld slechts voor één persoon aanpassingen kunnen gebeuren en niet voor iedereen, omwille van praktische problemen. Ook is er niet steeds een nood aan een aangepaste werkpost op een bepaald moment. Hierdoor werd dan vaak gekozen om het aangepast werk niet aan te bieden, om oneerlijkheid te voorkomen. *Adviserend artsen* gaven ook aan dit te ervaren als reden waarom werkgevers geen aangepast werk willen of kunnen voorzien.

> Il faut une concomitance avec [la disponibilité d']un poste à un moment donné. Soit on a vraiment de la chance et y a un poste là et voilà. Mais la plupart du temps ce n'est pas comme ça. Ça prend du temps.
>
> *Werkgever*

Soms kon het aangepast werk ook maar **tijdelijk** voorzien worden. *Werkgevers* willen wel een inspanning doen wanneer ze weten dat de werknemer het werk na verloop van tijd voltijds zal kunnen hervatten, maar een volledig nieuwe functie of definitieve aanpassingen voorzien is vaak onmogelijk. Ook *huisartsen* ervoeren deze moeilijkheden. Dit zorgde ervoor dat huisartsen de start van het aangepast werk daardoor soms laten uitstellen, hetgeen ze betreuren omdat ze van mening zijn dat in veel gevallen een werkhervatting zo snel mogelijk moet gebeuren:

> Maar het is ook vaak alé beperkt in de tijd, bij van veel [bedrijven] drie maand aangepast werk, moeten al een beetje op voorhand denken, "kom ik toe met mijn drie maand en wanneer start ik dat dan?". Daar heb ik het dan ook soms alé dat heb ik de laatste tijd op drie maand, als ge nu al start en het is maar drie maand, halftijds werk of aangepast werk, dan gaat het niet oké zijn van want dan is die rug nog altijd kei slecht. Ja en dan stel je het soms toch nog een beetje uit.
>
> *Huisarts*

Bovendien voelden *huisartsen* aan dat voor **psychische problematieken**, zoals een depressie of burnout, het moeilijker is om aangepast werk te voorzien. In dat geval zouden ze bijvoorbeeld willen doorverwijzen naar een psycholoog, maar patiënten hebben niet steeds de middelen om deze begeleiding te kunnen betalen. Maar ook voor laaggeschoolde werknemers die vaak enkel fysieke jobs kunnen uitvoeren, is het zeer moeilijk om aangepast werk te vinden. De *werknemers* zelf gaven aan dat vooral oudere werknemers het moeilijk hebben, bijkomend omdat werkgevers er niet in zouden geloven dat ze zich nog kunnen bijscholen naar een niet-fysieke job. *Huisartsen* gaven ook aan dat het gebrek aan motivatie bij werknemers zelf om het werk te hervatten een belangrijke belemmerende factor kan zijn voor het slagen van het RIT.

Ook de **grootte van een organisatie** speelt een belangrijke rol bij het kunnen voorzien van aangepast werk. *Arbeidsartsen, adviserend artsen* en *huisartsen* gaven aan dat het veel moeilijker is voor KMO's om aangepast werk te kunnen voorzien. Voor grotere bedrijven die geen aangepast werk kunnen of willen bieden, hebben de medische actoren minder begrip. Toch erkenden *arbeidsartsen* dat een groot bedrijf niet per se gelijk staat aan een succesvolle re-integratie, ook de organisatiecultuur is hiervoor een belangrijke voorwaarde. KMO's zouden zowel logistieke als financiële steun moeten krijgen, volgens *arbeidsartsen*:

> Et que l'employeur d'une toute petite [entreprise] soit vraiment aidé pour une vraie réintégration, je pense. Soit aidé financièrement, plus aussi logistiquement. Il pourrait presque reprendre la personne et que ça ne lui coûte quasi rien.
>
> *Arbeidsarts*

De **premies of vergoedingen** die reeds aangeboden worden voor aangepast werk, zoals bijvoorbeeld de Vlaamse Ondersteunings Premie (VOP) werden wel geapprecieerd door *werkgevers*, en door sommigen ook al gebruikt. Toch zagen zij ook hier tussen het bos de bomen niet meer, omdat er veel ondersteunende maatregelen zijn die verspreid zijn over verschillende organisaties en instanties. Tijdens de focusgroepen met werkgevers gaven enkele werkgevers aan deze premies of ondersteuningen niet te kennen.

Bovendien zijn er nog enkele **good practices** die de participanten tijdens de focusgroepen aangaven die de re-integratie kunnen bevorderen. Sommige *werkgevers* gaven bijvoorbeeld voorrang aan

werknemers met medische problemen wanneer er werknemers gerekruteerd moeten worden voor een interne vacature. Een *arbeidsarts* gaf ook het voorbeeld van een werkgever die een heel uitgebreide beschrijving had van alle beschikbare functies en taken binnen de organisatie, zodat er snel gekeken kon worden waar arbeidsongeschikte werknemers eventueel ingezet zouden kunnen worden.

Communicatie tussen de verschillende (medische) actoren

Communicatie tussen de medische actoren gebeurde volgens de participanten van de focusgroepen **zelden of weinig**. Zoals eerder aangegeven werden de *huisartsen* niet betrokken en zelden geconsulteerd. *Adviserend artsen* en *huisartsen* gaven aan de arbeidsartsen niet te kennen. Daartegenover zeiden ook de *arbeidsartsen* dat ze de adviserend artsen niet kennen en moeilijk kunnen bereiken.

> Avec le médecin du travail, j'ai étonnamment très très peu de contacts.
>
> *Adviserend arts*

Dit gebrek aan communicatie werd volgens de *medische actoren* mede veroorzaakt door praktische problemen, zoals een gebrek aan tijd en een gebrek aan een geformaliseerd en **geüniformiseerd communicatieplatform** voor alle actoren. Ook *werkgevers* merkten dat deze communicatie stroef verloopt en dat hierdoor de procedure soms in het slop geraakt. Er zouden verschillende platformen zijn, die elk afzonderlijk werden gebruikt. Het platform dat voor deze communicatie (tussen medische actoren) was bedoeld volgens de *adviserend artsen*, E-Health Box, was nog niet operationeel op het moment van de focusgroep. Sommige *adviserend artsen* gaven wel aan nu meer contact te hebben met de arbeidsartsen en hierdoor beter zicht te krijgen op wat de functie van hun collega's inhoudt.

Arbeidsartsen zelf gaven aan dat ze het als een beperking ervoeren dat ze binnen de beoordelingsfase van het RIT officieel niet met de werkgever mogen overleggen. Omwille van **privacy redenen** mag er ook enkel gecommuniceerd worden tussen artsen onderling wanneer de werknemer hier zijn toestemming voor geeft. *Arbeidsartsen* en *adviserend artsen* vonden dit een grote beperking van de communicatie. *Huisartsen* gaven bovendien aan dat ze bij sommige patiënten een weerstand voelen om informatie, zoals bijvoorbeeld privéproblemen, te delen met de arbeidsarts. Hierdoor heeft deze laatste echter niet steeds het volledige plaatje om zijn beslissing te kunnen nemen.

Huisartsen geloven dat dit komt omdat werknemers niet steeds geloven in de **onafhankelijkheid van de arbeidsarts**. Sommige *werknemers* bevestigden dit gevoel tijdens hun focusgroep. *Huisartsen* gaven wel aan af en toe een positief contact te hebben met de arbeidsartsen. Ze ervoeren het als positief dat de arbeidsarts een brug kan zijn naar het werk, maar trokken soms ook de onafhankelijkheid van hun collega's in twijfel. In enkele gevallen leeft de indruk dat arbeidsartsen niet steeds onpartijdig kunnen zijn:

> Ja ja maar die zitten ook in een situatie gelijk wij [arbeidartsen], waarbij wij ook een beetje geprest worden door onze patiënten, zij worden geprest door de werkgever hè.
>
> *Huisarts*

Alternatieven aan het RIT

Arbeidsartsen en *adviserend artsen* merkten dat de alternatieven van het RIT, ook wel de **informele weg** genoemd, zoals het werkhervattingsonderzoek of het bezoek voorafgaand de werkhervatting (BV), zijn toegenomen in aantal sinds het RIT. Zijzelf waren ook voorstander van deze informele weg, omdat deze minder formeel is en een vroegtijdig contact met een arbeidsongeschikte werknemer kan bevorderen. Het voordeel van de invoering van het RIT was volgens hen dat er nu meer gesproken wordt over re-integratie en dat informele werkhervattingen zijn toegenomen.

Ook *werkgevers* gaven aan de voorkeur te geven aan informele trajecten. Een belangrijke reden hiervoor was dat ze de indruk hebben dat er binnen het informele sneller geschakeld kan worden en dat bijvoorbeeld een progressieve werkhervatting op deze manier sneller gestart kan worden. Maar ook de negatieve connotatie, bijvoorbeeld omtrent medische overmacht, die rond het RIT hangt speelde mee.

Een belangrijke plaats was volgens *arbeidsartsen* weggelegd voor een duidelijk **verzuimbeleid** binnen een organisatie. Wanneer een organisatie over een verzuimbeleid beschikt, kan een re-integratietraject (formeel of informeel) meer gestructureerd verlopen. Op voorhand kunnen de te volgen stappen vastgelegd worden, zoals bijvoorbeeld contact opnemen na een bepaalde duur, de werknemer informeren over de mogelijkheid om naar de arbeidsarts te gaan, etc. Binnen dit beleid kunnen de mogelijkheden voor re-integratie en aangepast werk vastgelegd worden. Ook een Sociaal Medisch Team (SMT) kan binnen grote organisaties een belangrijke plaats hebben. Hoewel een goed uitgewerkt beleid moeilijker is voor KMO's, zagen *arbeidsartsen* dit toch als een cruciale faciliterende factor voor re-integratie:

> Nee maar het één kan niet los van het ander hè. Het is dat beleid absoluut, dat we allemaal om de tafel akkoord zijn dat het iets is dat heel belangrijk is binnen een organisatie, of het nu groot of klein is. Kleiner is ook veel moeilijker. Een goed beleid is met duidelijke afspraken, maar dan nog is het heel belangrijk dat we die afwezige werknemer zo snel mogelijk capteren. En dat niet losgelaten wordt hetzij door de werkgever en liefst ook met ons erbij hè.
>
> *Arbeidsarts*

Enkele grote *werkgevers* gaven aan al over een uitgebreid verzuimbeleid te beschikken dat de hierboven vermelde elementen bevat. De invoering van het KB re-integratie heeft hen wel

gestimuleerd om reeds bestaande good practices rond re-integratie te formaliseren en op papier te zetten.

> On a mis en place une approche systématique qui n'existait pas auparavant. L'élément déclencheur pour créer cette approche systématique c'est l'apparition de cet arrêté royal.
>
> *Werkgever*

Voor KMO's, maar ook voor grotere organisaties, zou er wel ondersteuning mogen zijn vanuit de overheid om een verzuimbeleid mee te helpen opstellen.

Medische overmacht

Het beëindigen van het contract omwille van medische overmacht, gaat volgens de *medische actoren* sinds de invoering van het RIT makkelijker dan vroeger. *Werkgevers* daarentegen hebben de indruk dat het nu moeilijker is en dat er meer moeite gedaan moet worden voor het vinden van aangepast werk. De algemene tendens was dat de participanten van de focusgroepen vonden dat medische overmacht een opportuniteit is voor de werknemer, maar **door de werkgevers misbruikt** wordt.

De indruk leefde bij *arbeidsartsen* dat werkgevers het RIT opstarten voor "niet re-integreerbare" of invalide werknemers. *Adviserend artsen* zagen medische overmacht in veel gevallen als problematisch, zeker voor oudere werknemers met veel anciënniteit. De indruk leefde bij de *medische actoren* dat werkgevers het RIT in die gevallen opstart om "de payroll op te kuisen":

> C'est quand même aux bénéfices de l'employeur quand il y a un C4 médical, parce qu'on peut faire face à des gens qui ont quand même pas mal d'années d'ancienneté et finalement ils n'ont plus droit à rien.
>
> *Huisarts*

Arbeidsartsen voelden ook **druk van de werkgevers**. In sommige gevallen kregen de artsen telefoons van boze werkgevers of sociaal secretariaten om hen onder druk te zetten om een D-beslissing te nemen. Ook *huisartsen* voelden deze druk en werden soms onder druk gezet om medische gegevens over patiënten vrij te geven aan de werkgever.

> Et malheureusement les employeurs utilisent cet outil là et nous mettent la pression, enfin mettent la pression sur le service, pour faire ce genre de choses [l'évaluation de réintégration]
>
> *Arbeidsarts*

Ook *werknemers* zelf ervoeren dat werkgevers het RIT opstarten om hen op een makkelijke en goedkope manier te kunnen ontslaan. Ze kloegen ook, zoals reeds aangehaald bij het thema "aangepast werk", het **gebrek aan controle** op het verslag aan en hadden het gevoel dat werkgevers zonder enige controle of moeite medische overmacht kunnen inroepen voor hun werknemers:

> Het staat of valt bij de mogelijkheid van de langdurig zieken om iets af te dwingen. En als ik dan kijk wat dat de motivatie is, of de motivatieplicht is waar dat jullie al op gewezen hebben, dan is dat gewoon voor die werkgever kan hem zeer vrijwillig eigenlijk de boel naar nummerke D sturen en eigenlijk ontslag omwille van medische redenen. Dat er geen enkele dwangmaatregel is, dus ook geen enkele regel die daarin gesteld is van kijk wat is een redelijke aanpassing. Want dat staat in de wet hè, het moet een redelijke aanpassing. Dus dat redelijk zijn is volledig niet gedefinieerd. Dus je kunt daar in feite op rekenen dat hij dat kan gebruiken ja kijk voor mij is dat niet redelijk en dat het dan toch ontslag wordt.
>
> *Werknemer*

Sommige werkgevers gaven aan dat ze de wetgeving inderdaad gebruikt hebben om enkele werknemers die al ruime tijd arbeidsongeschikt waren op te roepen voor een RIT om het contract te beëindigen omwille van medische overmacht. Heel wat werkgevers gaven ook aan dit net niet gedaan te hebben. Desalniettemin is die situatie volgens hen nu gestabiliseerd, omdat de zeer langdurig zieken zich nu niet meer binnen de organisatie bevinden en dat het RIT nu op een meer constructieve manier wordt gebruikt, volgens de *werkgevers*.

> Ik denk dat ze dat eerste jaar moeten bekijken los van al de rest. Dat eerste jaar hebben we effectief gebruikt om de geschiedenis die zich al jaren opstapelde recht te zetten. Het is ook niet correct om iemand die 2 maanden bij u gewerkt heeft 22 jaar te moeten uitbetalen. Dat is ook niet correct.
>
> *Werkgever*

Werkgevers gaven al aan het RIT liever niet op te starten, maar dat ze het wel doen wanneer er een moeizaam contact is met een werknemer of wanneer het onduidelijk is wat de prognose van de situatie

is. In bijna alle gevallen bij de opstart van het RIT gaven de werkgevers aan dit te doen om het contact met de arbeidsongeschikte werknemer te herstellen.

> [Il] y a des personnes qu'on ne voit pas depuis un an, un an et demi, deux ans, on n'arrive pas à reprendre contact avec eux, c'est très très délicat et là nous ça a permis effectivement de nous positionner.
>
> *Werkgever*

Ook de *huisartsen* voelden aan dat het RIT in geval van weerstand bij de werknemer of de werkgever omtrent de re-integratie een goede manier kon zijn om het re-integratieproces op gang te krijgen.

Sommige *werkgevers* gaven aan in sommige gevallen er expliciet niet voor te kiezen om een RIT op te starten, bijvoorbeeld wanneer het ging over ernstige problematieken zoals kanker of over oudere werknemers die bijna op pensioen gingen. In zo'n gevallen lieten ze deze situatie berusten. Een werkgever gaf ook aan af en toe werknemers te ontslaan met uitbetaling van de ontslagvergoeding, bijvoorbeeld wanneer het ging over werknemers met veel anciënniteit, om deze loyaliteit toch te compenseren.

De *arbeidsartsen en adviserend artsen* zouden wel willen dat er meer verantwoordelijkheid bij de werkgevers wordt gelegd, zodat ze meer moeite willen doen om hun werknemers te re-integreren. Ze erkenden hier wel de moeilijkheden die er kunnen zijn bij KMO's.

Hoewel de nieuwe wetgeving wat betreft het aanbieden van **outplacement** nog niet in voege was op het moment dat de focusgroepen plaatsvonden, gaven *werkgevers* wel al aan dat ze dit een positieve regelgeving vonden. Ze hopen dat werkgevers met minder goede bedoelingen op deze manier toch al wat meer geremd zullen worden om het RIT op te starten. Ook *werknemers* en *huisartsen* vonden het invoeren van deze maatregel een goed idee, zeker voor oudere werknemers of werknemers met een handicap. Voorlopig **ontbrak** volgens hen **een goede opvolging** van werknemers na medische overmacht, bijvoorbeeld door VDAB, GTB, le Forem, Actiris of L'Aviq (l'Agence pour une Vie de Qualité). Er was nood aan een overkoepelend opvolgsysteem. *Adviserend artsen* bevestigden dit gebrek aan opvolging. Enerzijds omdat hen de tijd ontbreekt, anderzijds omdat de opstart van een traject bij GTB soms voor discussies zorgt. Dit zou wettelijk mogen starten nog voor het RIT is afgerond, maar adviserend artsen hadden de indruk dat dit soms geweigerd werd. Wat betreft begeleiding van arbeidsongeschikte werklozen, gaven de *adviserend artsen* aan dat ze zich hier op het moment van de focusgroep nog niet mee bezig hielden.

Wanneer een *werknemer* een RIT opstart, met als doel om medische overmacht te verkrijgen, deden ze dit vaak om op een snelle manier weg te kunnen bij hun werkgever. Vaak ging het in dat geval over conflicten op de werkvloer. Dit werd door alle *medische actoren* en ook door de *werkgevers* als een **opportuniteit** gezien voor deze werknemers. Werkgevers gaven aan dat wanneer werknemers zelf een RIT opstarten, ze dit bijna steeds doen met als doel om medische overmacht te kunnen verkrijgen.

> Ils veulent partir et donc c'est une opportunité pour eux.
>
> *Werkgever*

De werknemers gaven aan dat de wetgeving voor hen voor positieve doeleinden gebruikt kan worden, maar dat de grens met "oneigenlijk gebruik van de wetgeving" dun is, zowel voor werknemers als voor werkgevers:

> Er zijn ook mensen die daar positief gebruik van willen maken en weg willen, zo snel mogelijk. Het is dubbel… Maar ja, wanneer is dat "oneigenlijk" [gebruik van de wetgeving]? Als je voelt dat het water diep is, dat eigenlijk. Ik heb ook een beetje het gevoel dat je dat als werknemer zou doen, dat ben je een profiteur en als je dat als werkgever doet, dan ben je een goede manager of zo? Financieel is dat goed gezien voor uw bedrijf, je hebt daar die opzeg uitgespaard. Ik vind dat zo… terwijl dat allebei misbruik van de situatie is eigenlijk. Dat vind ik zo een moeilijke.
>
> *Werknemer*

Toch gaven *arbeidsartsen* aan dat wanneer werknemers op deze manier medische overmacht verkrijgen en dan aan de slag gaan bij een andere werknemer, we in dat geval ook kunnen spreken over een geslaagde re-integratie:

> U zegt: "Het zijn het de werknemers die dit nu aanvragen met de vraag om eigenlijk te kunnen vertrekken", maar die hebben meestal iets anders op het oog. En dat is eigenlijk ook een geslaagde re-integratie, alleen dient de wetgeving daar niet voor en zouden we dat niet langs deze weg mogen doen. Maar we zien heel vaak ze komen met een attest van een behandelende arts omdat en ze zeggen erbij ja ik heb eigenlijk al zicht op ander werk. Dat zijn ook geslaagden.
>
> *Arbeidsarts*

Toch vonden sommige *arbeidsartsen* het niet gemakkelijk om te oordelen dat het gaat over een "definitieve arbeidsongeschiktheid", omdat er vaak geen sprake is van een medisch probleem en dat dit oneigenlijk gebruik is van de wetgeving. Sommige werknemers zouden ook aansturen op medische overmacht wanneer ze hun ontslagperiode niet willen uitvoeren, hetgeen ook misbruik is. De discussie is echter of dat wanneer werknemers een conflict hebben, zij ook beperkingen kunnen ervaren. De beoordeling kan aldus ook als volgt geïnterpreteerd worden:

> Ik interpreteer dat als volgt, want ik zeg dan ge zijt definitief ongeschikt om te werken bij deze werkgever. Het gaat om deze werkgever. En bij deze werkgever doet gij die functie, maar het is hier deze context, voor deze context dit werk bij deze werkgever daar ga ik in mee dat je definitief ongeschikt zijt.
>
> *Arbeidsarts*

Arbeidsartsen gaven desalniettemin aan dat werknemers te laat bij hen komen en in veel gevallen "het kalf al verdronken is". Een belangrijke aanbeveling was dat het re-integratietraject van werknemers sneller opgestart zou moeten worden, formeel of informeel.

3.4. Discussie

In het kwalitatieve luik van deze studie konden we vanuit de focusgroepen en interviews met de verschillende stakeholders de belemmerende en bevorderende factoren voor re-integratie identificeren die zij ervoeren binnen de wetgeving. Deze konden we onderbrengen binnen verschillende overkoepelende thema's en subthema's (Tabel 3). We konden bovendien op basis van deze kwalitatieve analyse en een analyse van de internationale literatuur enkele aanbevelingen formuleren ter optimalisatie van de wetgeving.

Belemmerende factoren, bevorderende factoren en aanbevelingen

De stakeholders ervoeren helaas heel wat belemmerende factoren binnen het **wettelijke kader** van het RIT. Voor alle partijen (*medische actoren en werkgevers*) brengt het RIT een zware administratieve en financiële last met zich mee. Bovendien is de **kennis** van verschillende stakeholders ondermaats. *Huisartsen* zijn niet op de hoogte van de wetgeving, maar ook sommige *adviserend artsen* en *werkgevers* van KMO's zijn slechts beperkt op de hoogte. *Werknemers* die in een RIT terechtkomen, weten ook niet steeds wat dit RIT nu precies allemaal inhoudt.

Alle partijen raden daarom sterk aan om de stakeholders beter te informeren, zowel de *medische actoren* (voornamelijk de adviserend artsen en de huisartsen), als de *werkgevers* en *werknemers*. Onderzoek in het Verenigd Koninkrijk wees bijvoorbeeld uit dat huisartsen slechts beperkte kennis hebben van gezondheid op het werk ("occupational health") en vragende partij zijn voor meer opleiding en training hieromtrent [21]. Ook de *huisartsen* in de focusgroepen ijverden hiervoor, en pleiten ervoor om actief betrokken te worden in het RIT van hun patiënten. Dit is in se niet onlogisch, gezien het de huisarts is die de arbeidsongeschiktheid voorschrijft en dus ook in een ideale positie verkeert om het gesprek rond werkhervatting ter sprake te brengen. Een noodzakelijke voorwaarde hiervoor is echter voldoende kennis van de processen, hetgeen aanbevolen en aangemoedigd wordt door alle *medische actoren*.

Bovendien missen de *medische actoren* in dit kader een "stok achter de deur". Er is geen controle op het opmaken van een motivatieverslag door de werkgever, en er zijn geen **sancties** verbonden voor

het niet meewerken aan het RIT door de werknemer. Hier zou meer controle op mogen gebeuren en hier zouden ook effectieve sancties aan vast mogen hangen volgens de *medische actoren* en de *werkgevers*, zoals een boete of een vermindering van de uitkering. Onderzoek wees uit dat financiële incentives, voor werkgevers en werknemers, wel degelijk een invloed kunnen hebben op de werkhervatting. Werkgevers zouden gestimuleerd kunnen worden om te investeren in gezondheids-preventie. In Finland, bijvoorbeeld, worden werkgevers van grote bedrijven verplicht om het invaliditeitspensioen terug te betalen, en in Nederland moeten werkgevers langer een gewaarborgd loon betalen [22]. Incentives voor werknemers kunnen zowel gaan over sancties, zoals het verminderen van de uitkering, als over beloningen, zoals financiële voordelen van het wel hervatten van het werk [23-25]. Vandaag de dag zijn er in België echter enkele hiaten in de wetgeving, die ervoor zorgen dat werknemers minder verdienen als ze het werk willen hervatten, hetgeen de re-integratie sterk beperkt. Zowel de *medische actoren* als de *werkgevers* gaven hiervan voorbeelden aan tijdens de focusgroepen. Een aanbeveling hierbij is om het KB re-integratie en de ziektewet beter op elkaar af te stemmen, en dit in het belang van de werknemer.

Mogelijke sancties zouden **misbruik** van de wetgeving, zowel door werkgever als door werknemer, moeten tegen gaan. Dit misbruik of oneigenlijk gebruik werd voornamelijk aangegeven in het kader van **medische overmacht**. Werkgevers zouden het RIT gebruiken om de "payroll op te kuisen" volgens de *medische actoren*, en werknemers gebruiken het RIT om snel en makkelijk de werkgever te kunnen verlaten, voornamelijk in conflictsituaties. De cijfers van het vragenlijstonderzoek bevestigden dit vermoeden. Werknemers bleken een grotere kans te hebben om het werk te hervatten bij een andere werkgever wanneer hun pathologie burnout-, stress- of conflict gerelateerd was. In dat geval spraken *medische actoren* en *werkgevers* over medische overmacht als een opportuniteit voor de werknemer. Ook al eindigt in deze gevallen het contract, kan men toch van een geslaagde re-integratie spreken wanneer de werknemer het RIT aanvraagt met het oog op een nieuwe job bij een andere werkgever. Dit wordt deels bevestigd door het vragenlijstonderzoek, dat aantoont dat een aanzienlijk aandeel van de werknemers na medische overmacht het werk hervat bij een andere werkgever. *Werkgevers* daarentegen gaven wel toe het RIT gebruikt te hebben voor een aantal problematische langdurig afwezige werknemers, maar zeiden daarbij dat de situatie zich nu heeft genormaliseerd. Het RIT wordt nu zelfs liever vermeden en slechts in enkele gevallen nog opgestart wanneer het contact met een arbeidsongeschikte werknemer moeizaam verloopt.

Wanneer *werknemers* medische overmacht krijgen, ontbreekt volgens hen en volgens de *medische actoren* wel vaak een degelijke **opvolging of begeleiding**. De cijfers uit het vragenlijstonderzoek bevestigen dit. Slechts een heel kleine minderheid van de bevraagde medewerkers volgde na hun RIT een traject om een nieuwe job te vinden. Zeker voor oudere werknemers of werknemers met een handicap is deze situatie problematisch. De outplacementwetgeving die kort na de focusgroepen in voege ging [10], is in dat opzicht al een belangrijke stap in de goede richting voor de begeleiding van deze werknemers.

Een belangrijke oorzaak voor de belemmerende factoren binnen het wettelijke kader, lijkt te zijn dat de belangrijke stakeholders niet betrokken werden in de opmaak van het RIT. De wetgeving is "top-down" ontwikkeld, in plaats van "bottom-up". De *adviserend artsen* gaven aan dat er binnen hun praktijk niet voldaan kan worden aan de randvoorwaarden om het RIT te kunnen doen slagen, onder andere door een tekort aan artsen. De *medische actoren* **slagen er niet in om een RIT tijdig op te starten**, waardoor de kansen op een succesvolle werkhervatting dalen. Dit wordt bevestigd in wetenschappelijk onderzoek [3] en wordt ook bevestigd door de cijfers van ons kwantitatief vragenlijstonderzoek. Hoe langer de arbeidsongeschiktheid aanhoudt, hoe kleiner de kansen op een

succesvolle werkhervatting. Een belangrijke aanbeveling in dat opzicht is om het contact met de arbeidsongeschikte werknemer te onderhouden, liefst al tijdens de eerste zes weken van de periode van arbeidsongeschiktheid [22, 26]. Dit is wat de Quick Scan tracht te doen, vroegtijdig het risico op langdurige arbeidsongeschiktheid opsporen [27], maar wat nog niet helemaal is geïmplementeerd in de praktijk van de adviserende artsen. Een belangrijke rol is hier ook weggelegd voor een **beleid** rond verzuim en re-integratie. De *medische actoren* benadrukten tijdens de focusgroepen het belang van dit beleid. Contact behouden met de arbeidsongeschikte medewerker kan bijvoorbeeld een belangrijk onderdeel zijn van zo'n beleid. In het kader van een zo snel mogelijke re-integratie, haalden de stakeholders ook het gegeven aan dat na een beslissing C de werkgever 12 maanden tijd krijgt om een plan om te stellen. Alle stakeholders zijn het erover eens dat 12 maanden te lang is. Deze termijn vertraagt het re-integratieproces en verminderd bijgevolg de kansen op een succesvolle re-integratie. De *medische actoren* bevelen aan om deze termijn aan te passen naar maximum 55 dagen, zoals na beslissing A het geval is.

Een **multidisciplinaire aanpak** van het werkhervattingsproces lijkt in dat opzicht een bijkomende belangrijke factor voor het slagen van het RIT. Onderzoek wees uit dat een multidisciplinaire aanpak, met arbeidsartsen en adviserend artsen, maar ook met psychologen en ergonomen, en met het betrekken van werkgever en werknemer, een meerwaarde kan zijn voor re-integratie [26, 28, 29]. De **communicatie** tussen de actoren, zijnde de arbeidsarts, de adviserend arts, de huisarts en de werkgever, is op dit moment echter ondermaats. Er is nood aan een geüniformiseerd communicatieplatform tussen de *medische actoren*. Een mogelijke rol kan in dit geval weggelegd zijn voor een coördinator van het proces van de werkhervatting. Het kan hier bijvoorbeeld gaan over een re-integratiecoach of een DCM'er. Onderzoek wees uit dat deze coördinator kan optreden als link tussen de verschillende actoren en de samenwerking en communicatie kan bevorderen [30, 31], hetgeen de re-integratie kan faciliteren.

Een geslaagde re-integratie staat of valt echter bij het kunnen aanbieden van **aangepast werk**. *Werkgevers* haalden hier verschillende organisatorische factoren aan die de re-integratie kunnen belemmeren. De grootte van een organisatie is in de eerste plaats een groot struikelblok, waarbij er evident minder mogelijkheden zijn voor aangepast werk binnen een KMO. Een grote organisatie staat daarentegen niet steeds garant voor succes. Ook grote werkgevers gaven aan heel moeilijk permanent aangepast werk te kunnen voorzien. Een tijdelijke aanpassingen in uren of een progressieve werkhervatting behoren tot de meest voorkomende aangeboden aanpassingen en zijn voor werkgevers meestal wel haalbaar. Gelukkig bewijst internationaal onderzoek dat een progressieve werkhervatting in veel gevallen een positief effect heeft op de re-integratie [17, 32]. Een volledig nieuwe inhoudelijke functie aanbieden is echter zelden mogelijk volgens *werkgevers* en deze functies zijn vaak niet beschikbaar binnen de organisatie. Nochtans zijn er ook verschillende minder ingrijpende veranderingen, zoals ergonomische aanpassingen, die ook een belangrijk bevorderend effect kunnen hebben [32]. Er zijn bovendien verschillende steunmaatregelen, zoals de VOP, waar de werkgever beroep op kan doen om een financiële tegemoetkoming te kunnen krijgen. Een aanbeveling voor de overheid in dat geval is om de verschillende steunmaatregelen te bundelen en onder de aandacht te brengen van werkgevers en werknemers, zeker voor KMO's.

Een positieve wending sinds de invoering van het KB is wel dat er meer gepraat wordt over re-integratie. Deze verhoogde **awareness** rond re-integratie heeft ervoor gezorgd dat de informele wegen van re-integratie, zoals het werkhervattingsonderzoek of het BV, zijn toegenomen. In veel gevallen zijn deze re-integratietrajecten succesvol, met een hoge kans op re-integratie bij de eigen werkgever, hetgeen bevestigd werd in ons vragenlijstonderzoek. Ook gaven *werkgevers* aan dat ze steeds vaker

hun good practices rond re-integratie formaliseren en vastleggen in hun verzuimbeleid. Bovendien zijn de meeste actoren een voorstander van deze informele trajecten, omdat ze hierbinnen minder gebonden zijn aan vooropgestelde regels en termijnen. Het RIT wordt in dat opzicht volgens de *medische actoren* en de *werkgevers* voornamelijk gebruikt voor de "moeilijke gevallen". Dit zou deels kunnen verklaren waarom de succesratio van informele trajecten groter is. Desalniettemin zijn er ook binnen het RIT succesvolle re-integraties mogelijk, hetzij vaker bij een andere werkgever. De keuze tussen de formele en informele weg moet volgens de actoren daarom zeker behouden blijven. Het belangrijkste uitgangspunt blijft echter dat zowel binnen het formele als het informele kader het re-integratieproces tijdig opgestart moet worden om de slaagkansen te vergroten.

Sterktes en zwaktes van de studie

Een belangrijke bedenking is dat het kwalitatieve onderzoek dateert van 2019, waardoor bepaalde aangehaalde zaken mogelijks achterhaald zijn. Toch zijn heel wat zaken de dag van vandaag nog steeds actueel en zijn de resultaten en aanbevelingen nog steeds relevant.

Een sterkte van het onderzoek is dat we alle relevante stakeholders binnen de wetgeving hebben kunnen bevragen. Dit deden we bovendien over de taalgrenzen heen, waardoor we een nationaal beeld hebben van de situatie in Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Enkel Franstalige werknemers konden niet bevraagd worden.

Een bijkomende sterkte van het onderzoek is dat we door de focusgroepen en interviews aan de hand van een semigestructureerde gespreksleidraad kwalitatief in de diepte konden gaan. Hierdoor konden de onderliggende oorzaken en pijnpunten van heel wat aangehaalde bevorderende en belemmerende factoren verder verklaard worden.

Suggesties voor vervolgonderzoek

We suggereren de overheid en de betrokken kabinetten om aan de slag te gaan met de resultaten van het kwalitatief onderzoek. Er zijn heel wat pijnpunten binnen het wettelijke kader die aangepakt kunnen worden. De relevante stakeholders worden hiervoor best actief betrokken, zodat de wetgeving "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.

3.5. Conclusie

Concluderend kunnen we stellen dat de bevraagde stakeholders vinden dat het KB re-integratie een nobel doel heeft, maar dat er aan bepaalde randvoorwaarden niet voldaan is om voor een succesvolle uitvoering ervan te 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. De 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-integratie**beleid** voor elke werkgever, waarin een multidisciplinaire samenwerking en een voegtijdige contactname met een arbeidsongeschikte werknemer centraal staan. Ook de overheid kan hier een belangrijke ondersteunende rol in spelen. Zij kunnen bovendien werkgevers stimuleren en ondersteunen in het aanbieden van **aangepast werk**.

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.

Desalniettemin heeft het KB 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. Door deze verhoogde **awareness** zijn ook informele trajecten van re-integratie gestegen, hetgeen de re-integratie wel degelijk heeft bevorderd.

4. Overkoepelende conclusie, aanbevelingen en suggesties

Wanneer we de resultaten en analyses van het kwantitatieve en kwalitatieve luik samenleggen, kunnen we stellen dat het KB RIT 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 het KB 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 kwantitatieve luik. 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 vroegtijdige 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).

Desalniettemin heeft het KB 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 wetgeving "**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.

Wat betreft de resultaten van de **juridische evaluatie** van het KB verwijzen we graag door naar het rapport van dr. Vanessa De Greef van ULB [14], te raadplegen op de website van FOD WASO. Zij voerde een focusgroep uit bij Nederlandstalige en Franstalige advocaten, die elk ervaring hadden met dossiers in kader van het RIT. Daarnaast onderzocht ze de relevante jurisprudentie. De analyses leverden verschillende juridische aanbevelingen op, ter eventuele optimalisatie van het wetgevend kader.

Referenties

1. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering. *Statistieken van de uitkeringen over 2017*. 2019 [cited 2019 16/10]; Available from: https://www.inami.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2017/Paginas/default.aspx.

2. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. *Statistieken over de invaliditeit van werknemers en werklozen in 2017* 2019 [cited 2020 01/06]; Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2017/Paginas/statistieken-invaliditeit.aspx.aspx.

3. Mylle, G., et al., *Kenmerken van het chronisch ziekteverzuim Hoe langer afwezig, hoe moeilijker terug aan het werk.* White paper IDEWE en Acerta, 2016: p. 13.

4. SD Worx, *Ziekteverzuim in België: 2016*. 2017.

5. Codex over welzijn op het werk, *Titel 4 Maatregelen in verband met het gezondheidstoezicht op de werknemers*, in *Boek 1 Algemene beginselen*. 2019.

6. Moerland, I. and L. Romanus, *Opvolging van werknemers in een re-integratietraject en resultaten van voorafgaand werkhervattingsonderzoeken bij langdurig zieken*. 2019, KU Leuven, UGent, UAntwerpen, VUB.

7. Depuydt Katrien. *Vraag aan een expert: zijn 'zieke' werknemers beschermd tegen ontslag?* 2015 [cited 2020 04/08]; Available from: https://www.partena-professional.be/nl/knowledge-center/infoflashes/vraag-aan-een-expert-zijn-zieke-werknemers-beschermd-tegen-ontslag.

8. Mortelmans, K., *Werken is genezen: Over de bijwerkingen van het doktersbriefje.* TBV–Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde, 2017. **25**(10): p. 501-501.

9. Zabkiewicz, D., *The mental health benefits of work: do they apply to poor single mothers?* Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2010. **45**(1): p. 77-87.

10. Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg. *Outplacement: specifieke regeling bij medische overmacht*. 2020 [cited 2020 01/06]; Available from: https://werk.belgie.be/nl/themas/arbeidsovereenkomsten/outplacement/outplacement-specifieke-regeling-bij-medische-overmacht#edit-group-content.

11. Nationale Arbeidsraad, *Advies nr 2.099: Overlegplatform voor de actoren die betrokken zijn bij het proces van de vrijwillige terugkeer naar werk van personen met een gezondheidsprobleem - Evaluatie en voorstellen in verband met de reglementering inzake re-integratie*. 2018.

12. ACLBV Liberale Vakbond. *Re-integratie langdurig zieken schiet doel voorbij*. 2018 [cited 2020 01/06]; Available from: https://www.aclvb.be/nl/artikels/re-integratie-langdurig-zieken-schiet-doel-voorbij.

13. Het Laatste Nieuws. *ACV: "Langdurig zieken, blijf weg bij de arbeidsgeneesheer"*. 2018; Available from: https://www.hln.be/nieuws/binnenland/acv-langdurig-zieken-blijf-weg-bij-de-arbeidsgeneesheer~afb024cb/.

14. De Greef, V., & Deroubaix Hélène, *Evaluation de l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail*. 2020.

15. Schuring, M., et al., *The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands.* Scandinavian journal of work, environment & health, 2013: p. 134-143.

16. Zucchelli, E., M.N. Harris, and X. Zhao, *Ill-health and transitions to part-time work and self-employment among older workers.* Available at SSRN 2269449, 2012.

17. Viikari-Juntura, E., et al., *Legislative change enabling use of early part-time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland.* Scandinavian journal of work, environment & health, 2017: p. 447-456.

18. van Oostrom, S.H., et al., *Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool.* BMC health services research, 2007. **7**(1): p. 127.

19. May, C., *A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care.* BMC health services research, 2006. **6**(1): p. 86.

20. Braun, V. and V. Clarke, *Thematic analysis.* 2012.

21. Elms, J., et al., *The perceptions of occupational health in primary care.* Occupational Medicine, 2005. **55**(7): p. 523-527.

22. Mittag, O., et al., *Intervention policies and social security in case of reduced working capacity in the Netherlands, Finland and Germany: a comparative analysis.* International journal of public health, 2018. **63**(9): p. 1081-1088.

23. Clayton, S., et al., *Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers.* European Journal of Public Health, 2011. **22**(3): p. 434-439.

24. Kostol, A.R. and M. Mogstad, *How financial incentives induce disability insurance recipients to return to work.* American Economic Review, 2014. **104**(2): p. 624-55.

25. Vlachou, A., et al., *Policy guidelines for effective inclusion and reintegration of people with chronic diseases in the workplace: national and European perspectives.* International journal of environmental research and public health, 2018. **15**(3): p. 493.

26. Hoefsmit, N., I. Houkes, and F. Nijhuis, *Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review.* Journal of occupational rehabilitation, 2012. **22**(4): p. 462-477.

27. Goorts, K., et al., *Quickscan assesses risk of long-term sickness absence: a cross-sectional validation study.* Journal of occupational and environmental medicine, 2019. **61**(2): p. e43.

28. Verjans, M., et al., *Er terug-zijn.* TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 2017. **25**(1): p. 21-23.

29. Carroll, C., et al., *Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions.* Disability and rehabilitation, 2010. **32**(8): p. 607-621.

30. Franche, R.-L., et al., *Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research.* Journal of occupational rehabilitation, 2005. **15**(4): p. 525-542.

31. Lefever, M., et al., *The efficacy and efficiency of Disability Management in job-retention and job-reintegration. A systematic review.* Work, 2018. **59**(4): p. 501-534.

32. Sabariego, C., et al., *Effectiveness of integration and re-integration into work strategies for persons with chronic conditions: A systematic review of European strategies.* International journal of environmental research and public health, 2018. **15**(3): p. 552.

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst (NL)

Inloggen met code

Informed consent

Wat is uw geslacht? (M/V/X)

Hoe oud bent u? (numerieke vraag)

1. Wat is uw burgerlijke staat?

- Alleenstaand
- Feitelijk samenwonend
- Wettelijk samenwonend
- Getrouwd
- Weduwe, weduwnaar

Indien niet alleenstaand

2. Wat is de huidige status van uw partner op de arbeidsmarkt?

- Werknemer
- Zelfstandige
- Arbeidsongeschikt
- Werkloos, actief op zoek naar werk
- Werkloos, niet actief op zoek naar werk/Huisvrouw- of man
- Gepensioneerd

3. Hebt u in huis wonende kinderen?

- Ja
- Nee

Indien ja

4. Hoeveel in huis wonende kinderen zijn jonger dan 14 jaar en hoeveel zijn ouder dan 14 jaar?

- Jonger dan 14 jaar: …
- Ouder dan 14 jaar: …

5. Hebt u, naast uw eventuele partner, nog volwassenen in uw huishouden (bv. Uw (schoon)ouders)?

- Nee

- Ja, aantal …

Iedereen

6. Wat is uw hoogst behaalde opleidingsniveau?

- Lager onderwijs
- Lager secundair onderwijs of secundair onderwijs van de 1ste of 2de graad
- Hoger secundair onderwijs of secundair onderwijs van de 3de graad
- Postsecundair, niet-hoger onderwijs
- Hogeschoolonderwijs van het korte type, graduaat (A1), professionele bachelor
- Hogeschoolonderwijs van het lange type, master aan de hogeschool
- Academische bachelor (hogeschool of universiteit)
- Universitair onderwijs, licentiaat, ingenieur of master
- Doctoraat met proefschrift
- Ik weet het niet

7. Wat is uw geboorteland?

- België
- Een ander land binnen de Europese Unie (niet België)
- Een land buiten de Europese Unie

8. Wat is het geboorteland van uw vader?

- België
- Een ander land binnen de Europese Unie (niet België)
- Een land buiten de Europese Unie

9. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- België
- Een ander land binnen de Europese Unie (niet België)
- Een land buiten de Europese Unie

10. Wat was de voornaamste reden van uw arbeidsongeschiktheid?

- Burnout of stress-gerelateerd
- Conflict op het werk (bv met een collega of leidinggevende)
- Depressie of andere mentale reden (bv angststoornis, psychose, …)
- Rug of nek-problemen
- Operatie of ingreep, letsel (bv gebroken voet of arm, schouder- of knieletsel, …)
- Medische reden, zoals kanker of andere aandoening (bv Multiple sclerose (MS), Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), diabetes, …)
- Andere reden, namelijk: …

Volgende vragen gaan over de periode vòòr uw arbeidsongeschiktheid.

11. Wat was het type job dat u uitvoerde vòòr uw arbeidsongeschiktheid?

- Wetenschappelijk of vakspecialistisch beroep (bv dokter, leraar, ingenieur, …)
- Hoger leidinggevend beroep (bv directeur, manager, …)
- Administratief beroep (bv secretariaatsmedewerker, boekhouder, …)
- Commercieel beroep (bv winkelbediende, sales, …)
- Dienstverlenend beroep (bv agent, verpleegkundige, kapper, …)
- Geschoolde arbeider (bv garagist, elektricien, …)
- Half geschoolde arbeider (bv metselaar, chauffeur, …)
- Ongeschoolde arbeider (bv handarbeider, fabrieksarbeider, …)
- Landbouwberoep (bv boer, visser, …)

12. Hoeveel procent was u tewerkgesteld vòòr uw arbeidsongeschiktheid?

    Numerieke schaal van 0% tot 100%

13. Onder welk type contract werkte u vòòr uw arbeidsongeschiktheid?

- Overeenkomst voor onbepaalde tijd
- Overeenkomst voor bepaalde tijd
- Overeenkomst voor uitzendarbeid (via een interim- of uitzendbureau)
- Vervangingsovereenkomst

14. Hoeveel bedroeg uw netto beschikbare maandloon vòòr uw arbeidsongeschiktheid? (Inclusief eventuele uitkeringen en tegemoetkomingen, bv: ziekte-uitkering, integratietegemoetkoming voor invaliditeit, …)

    Numerieke schaal van €0 tot €4000 of meer

15. Welke extralegale voordelen had u vòòr uw arbeidsongeschiktheid? (Meerdere opties mogelijk)

- Maaltijdcheques
- Ecocheques
- Hospitalisatieverzekering
- Groepsverzekering
- Bedrijfswagen
- Tankkaart
- Gsm
- Andere: namelijk …
- Geen van bovenstaande

16. Indien u een partner had vòòr uw arbeidsongeschiktheid, wat was zijn status op de arbeidsmarkt?

• Werknemer
• Zelfstandige
• Arbeidsongeschikt
• Werkloos, actief op zoek naar werk
• Werkloos, niet actief op zoek naar werk/Huisvrouw- of man
• Gepensioneerd
• Ik had geen partner

Voor zij die een RIT volgden

Volgende vragen gaan over het re-integratietraject dat u volgde.

17. Waarom koos u voor een officieel re-integratietraject?

• Ik koos hier zelf voor, omdat ik dacht dat dit meer slaagkansen heeft
• Ik koos hier zelf voor, omdat het niet goed lukte zonder officieel traject
• Ik koos hier zelf voor, omdat ik dacht dat dit mij meer financiële zekerheid gaf
• Omdat dit mij aangeraden werd, door bv mijn huisarts of een collega
• Ik koos hier niet zelf voor maar werd opgeroepen door mijn werkgever
• Ik koos hier niet zelf voor maar werd opgeroepen door de arts van de mutualiteit
• Andere reden: …

18. Heeft u beroep aangetekend tegen de beslissing van de arbeidsarts?

• Ja
• Nee

18.1 Is het beroep al uitgesproken?
18.1.1 Hebt u gelijk gekregen?

Voor iedereen

19. Hoeveel dagen was u afwezig van het werk op het moment dat u een afspraak had met uw arbeidsarts?

Numerieke vraag

Volgende vragen gaan over uw huidige arbeidssituatie

20. Bent u op dit moment aan het werk?

- Ja
- Nee

Indien niet terug aan het werk (allemaal ja/nee vragen)

20.1 Krijgt u een uitkering van de mutualiteit?

20.2 Krijgt u een werkloosheidsuitkering?

20.3 Zit u in een specifiek traject om een andere job te vinden? (via VDAB, mutualiteit, andere)

20.4 Volgt u een opleiding?

20.5 Heeft u in de tussentijd gewerkt?

Indien nee op laatste vraag

20.6 Bent u op het oorspronkelijke werk ontslagen om medische redenen?

20.7 Heeft u via de mutualiteit een specifiek traject gevolgd om een andere job te vinden?

Indien terug aan het werk

21. Hoe lang was u afwezig op het moment dat u het werk hervatte (bij uw vorige of een andere werkgever)?

    Numerieke vraag

22. Bent u op dit moment aan het werk bij dezelfde werkgever als vòòr uw arbeidsongeschiktheid?

- Ja
- Nee

Indien terug aan het werk bij een andere werkgever (allemaal ja/nee vragen)

22.1 Was dit op advies van de arbeidsarts?

22.2 Was dit op eigen initiatief?

22.3 Bent u op het oorspronkelijke werk ontslagen om medische redenen?

22.4 Heeft u via de mutualiteit een specifiek traject gevolgd om een andere job te vinden?

Indien terug aan het werk bij dezelfde werkgever

23. Zijn er op het moment dat u terug begon aanpassingen gebeurd in uw job? (bv deeltijds werk, ander soort werk, hulpmiddelen)

Indien er geen aanpassingen zijn gebeurd (allemaal ja/nee vragen)

23.1 Had u eerder kunnen beginnen als er wel aanpassingen mogelijk zouden zijn geweest?

23.2 Bent u nadien meer dan 1 maand terug uitgevallen omwille van dezelfde problematiek?

23.2.1 Had deze uitval vermeden kunnen worden door werkaanpassingen?

Indien wel aanpassingen

24. Bent u terug aan het werk via progressieve (deeltijdse) werkhervatting?

• Ja
• Nee

25. Hoeveel procent bent u momenteel tewerkgesteld?

Numerieke schaal van 0% tot 100%

26. Welk van de volgende aanpassingen zijn er eventueel nog gebeurd? *(Meerdere opties mogelijk)*

Aanpassingen in functie-inhoud (bv andere taken, lichter werk, …)
Aanpassingen in arbeidsomstandigheden (bv hulpmiddelen, aangepaste stoel, …)
Andere, namelijk: …

26.1 Bent u na uw werkhervatting meer dan 1 maand terug uitgevallen omwille van dezelfde problematiek?

26.2 Werden deze aanpassingen voorgesteld door uw arbeidsarts of vastgelegd in overleg met uw arbeidsarts?

26.3 Zijn de aanpassingen nog van toepassing?

26.4 Krijgt u een deeltijdse uitkering van de mutualiteit?

27. Wat is het type job dat u momenteel uitvoert?

• Wetenschappelijk of vakspecialistisch beroep (bv dokter, leraar, ingenieur, …)
• Hoger leidinggevend beroep (bv directeur, manager, …)
• Administratief beroep (bv secretariaatsmedewerker, boekhouder, …)
• Commercieel beroep (bv winkelbediende, sales, …)
• Dienstverlenend beroep (bv agent, verpleegkundige, kapper, …)
• Geschoolde arbeider (bv garagist, elektricien, …-
• Half geschoolde arbeider (bv metselaar, chauffeur, …)
• Ongeschoolde arbeider (bv handarbeider, fabrieksarbeider, …)
• Landbouwberoep (bv boer, visser, …)

28. Onder welk type contract bent u momenteel aan het werk?

• Overeenkomst voor onbepaalde tijd
• Overeenkomst voor bepaalde tijd
• Overeenkomst voor uitzendarbeid (via een interim- of uitzendbureau)
• Vervangingsovereenkomst

Iedereen

29. Hoeveel bedraagt uw netto beschikbaar maandinkomen momenteel? (Inclusief uw loon, eventuele (deeltijdse) uitkeringen en tegemoetkomingen, bv: ziekte-uitkering, werkloosheidsuitkering, integratietegemoetkoming voor invaliditeit, …)

Numerieke schaal van €0 tot €4000 of meer

30. Welke extralegale voordelen hebt u momenteel? (Meerdere opties mogelijk)

• Maaltijdcheques
• Ecocheques
• Hospitalisatieverzekering
• Groepsverzekering
• Bedrijfswagen
• Tankkaart
• Gsm
• Andere: namelijk …
• Geen

Voor zij die het werk hebben hervat

31. Hoe tevreden bent u momenteel met uw huidige beroepsleven, in vergelijking met uw tevredenheid over uw beroepsleven vòòr uw arbeidsongeschiktheid?

• Veel meer tevreden dan voor mijn arbeidsongeschiktheid
• Een beetje meer tevreden dan voor mijn arbeidsongeschiktheid
• Even tevreden als voor mijn arbeidsongeschiktheid
• Een beetje minder tevreden dan voor mijn arbeidsongeschiktheid
• Veel minder tevreden dan voor mijn arbeidsongeschiktheid

Voor iedereen

32. Hoe positief schat u de toekomst van uw carrière in, in vergelijking met een inschatting van vòòr uw arbeidsongeschiktheid?

• Veel positiever dan voor mijn arbeidsongeschiktheid
• Positiever dan voor mijn arbeidsongeschiktheid
• Niet meer positief of negatief dan voor mijn arbeidsongeschiktheid
• Negatiever dan voor mijn arbeidsongeschiktheid
• Veel negatiever dan voor mijn arbeidsongeschiktheid

33. In welke mate denkt u dat uw periode van arbeidsongeschiktheid de toekomst van uw carrière negatief zal beïnvloeden?

• In zeer grote mate
• In grote mate
• In beperkte mate
• Mijn arbeidsongeschiktheid zal mijn carrière niet negatief beïnvloeden

Bijlage 2: Vragenlijst (FR)

Informed consent

Quel est votre sexe ? (H/F/X)

Quel âge avez-vous ? (question chiffrée)

1. Quel est votre état civil ?

• Célibataire
• Cohabitant de fait
• Cohabitant légal
• Marié(e)
• Veuve, veuf

Si vous n'êtes pas célibataire

2. Quel est le statut actuel de votre partenaire sur le marché du travail ?

• Employé(e)
• Indépendant
• En incapacité de travail
• Sans emploi, activement à la recherche d'un emploi
• Sans emploi, pas activement à la recherche d'un emploi / femme ou homme au foyer
• Pensionné(e)

3. Avez-vous des enfants vivant à la maison ?

• Oui
• Non

Si oui

4. Combien d'enfants vivant à la maison ont moins de 14 ans et combien en ont plus ?

• Moins de 14 ans : …
• Plus de 14 ans : …

5. Est-ce que votre ménage, en plus de votre éventuel partenaire, comprend d'autres adultes (p.ex. vos (beaux-)parents) ?

• Non
• Oui, nombre de personnes …

Pour tout le monde

6. Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?

• Enseignement primaire
• Enseignement secondaire inférieur ou enseignement secondaire du 1er ou du 2e degré
• Enseignement secondaire supérieur ou enseignement secondaire du 3e degré
• Enseignement post-secondaire, non supérieur
• Enseignement supérieur de type court, graduat (A1), bachelier professionnel
• Enseignement supérieur de type long, master à une école supérieure
• Bachelier académique (école supérieure ou université)
• Enseignement universitaire, licencié(e), ingénieur ou master
• Doctorat avec thèse
• Je ne sais pas.

7. Quel est votre pays de naissance ?

• La Belgique
• Un autre pays au sein de l'Union européenne (pas la Belgique)
• Un pays en dehors de l'Union européenne

8. Quel est le pays de naissance de votre père ?

• La Belgique
• Un autre pays au sein de l'Union européenne (pas la Belgique)
• Un pays en dehors de l'Union européenne

9. Quel est le pays de naissance de votre mère ?

• La Belgique
• Un autre pays au sein de l'Union européenne (pas la Belgique)
• Un pays en dehors de l'Union européenne

10. Quelle était la raison principale de votre incapacité de travail ?

• Le burn-out ou le stress
• Un conflit au travail (p.ex. avec un collègue ou un responsable)
• Une dépression ou une autre raison mentale (p.ex. des troubles d'anxiété, une psychose, …)
• Des problèmes de dos ou de nuque
• Une opération ou une intervention chirurgicale, une blessure (p.ex. un pied ou un bras cassé, une blessure à l'épaule ou au genou, …)

• Une raison médicale, comme un cancer ou une autre affection (p.ex. la sclérose en plaques (MS), le syndrome de fatigue chronique (EM), le diabète, …)
• Une autre raison, à savoir : …

Les questions suivantes se rapportent à la période qui précède à votre incapacité de travail.

11. Quel type de job exerciez-vous avant votre incapacité de travail ?

• Profession scientifique ou spécialisée (p.ex. docteur, enseignant, ingénieur, …)
• Cadre supérieur (p.ex. directeur, manager, …)
• Profession administrative (p.ex. assistant de secrétariat, comptable, …)
• Profession commerciale (p.ex. vendeur, commercial, …)
• Prestataire de service (p.ex. agent, infirmier, coiffeur, …)
• Ouvrier qualifié (p.ex. garagiste, électricien, …)
• Ouvrier semi-qualifié (p.ex. maçon, chauffeur, …)
• Ouvrier non qualifié (p.ex. travailleur manuel, ouvrier d'usine, …)
• Métier du secteur primaire (p.ex. agriculteur, pêcheur, …)

12. Quel était votre temps de travail en % avant votre incapacité de travail ?

    Question chiffrée 0% - 100%

13. Sous quel type de contrat avez-vous travaillé avant votre incapacité de travail ?

• Un contrat à durée indéterminée
• Un contrat à durée déterminée
• Un contrat de travail intérimaire (par une agence d'intérim ou d'emploi)
• Un contrat de remplacement

14. Quel était votre salaire mensuel net disponible avant votre incapacité de travail ? (Y compris les éventuelles indemnités et aides financières, p.ex. une indemnité de maladie, une allocation d'intégration pour invalidité, …)

    Question chiffrée €0 - €4000 où plus

15. De quels avantages extralégaux bénéficiiez-vous avant votre incapacité de travail ? (Plusieurs options sont possibles)

• Des chèques-repas
• Des éco-chèques
• Une assurance hospitalisation
• Une assurance groupe
• Une voiture de société
• Une carte d'essence

• GSM
• Autres : à savoir …
• Aucun des avantages cités

16. Si vous aviez un partenaire avant votre incapacité de travail, quel était son statut sur le marché du travail ?

• Employé(e)
• Indépendant
• En incapacité de travail
• Sans emploi, activement à la recherche d'un emploi
• Sans emploi, pas activement à la recherche d'un emploi / femme ou homme au foyer
• Pensionné(e)
• Je n'avais pas de partenaire.

Pour ceux qui ont suivi un trajet de réintégration

Les questions suivantes portent sur le trajet de réintégration que vous avez suivi.

17. Pendant combien de jours avez-vous été absent du travail au moment où vous aviez un rendez-vous avec votre médecin du travail?

    Question chiffrée

18. Pourquoi avez-vous choisi un trajet de réintégration officiel ?

• Je l'ai choisi moi-même, parce que je pensais qu'il offrait plus de chances de réussite
• Je l'ai choisi moi-même, parce que la réintégration ne fonctionnait pas bien sans le trajet officiel
• Je l'ai choisi moi-même, parce que je pensais qu'il m'offrait plus de stabilité financière
• Parce que cela m'a été recommandé, p.ex. par mon médecin généraliste ou par un collègue
• Je ne l'ai pas choisi moi-même, mais j'ai été convoqué par mon employeur
• Je ne l'ai pas choisi moi-même, mais j'ai été convoqué par le médecin de la mutualité
• Une autre raison : …

19. Etait-ce conseillé par le médecin du travail ?

• Oui
• Non

19.1 L'appel a-t-il déjà été jugé ?
19.1.1 Avez-vous eu gain de cause ?

Pour tout le monde

Les questions suivantes concernent votre situation professionnelle actuelle.

20. Travaillez-vous-en ce moment ?

- Oui
- Non

Si vous n'avez pas repris le travail (toutes des questions oui/non)

20.1 Touchez-vous une allocation de la mutualité ?

20.2 Touchez-vous une allocation de chômage ?

20.3 Suivez-vous un parcours spécifique pour trouver un autre emploi ? (au FOREM, à la mutualité, autres)

20.4 Suivez-vous une formation ?

20.5 Avez-vous travaillé dans l'intervalle ?

Si la réponse est non à la dernière question

20.6 Avez-vous été licencié(e) à votre emploi d'origine pour des raisons médicales ?

20.7 Avez-vous suivi par l'intermédiaire de la mutualité un parcours spécifique pour trouver un autre emploi ?

Si vous avez repris le travail

21. Pendant combien de jours avez-vous été absent du travail au moment où vous avez repris le travail (chez votre employeur actuel ou chez un autre)?

    Question chiffrée

22. Travaillez-vous en ce moment chez le même employeur qu'avant votre incapacité de travail ?

- Oui

- Non

Si vous avez repris le travail chez un autre employeur (toutes des questions oui/non)

22.1 Quel était le conseil du médecin du travail ?

22.2 Etait-ce de votre propre initiative ?

22.3 Avez-vous été licencié(e) à votre emploi d'origine pour des raisons médicales ?

22.4 Avez-vous suivi par l'intermédiaire de la mutualité un parcours spécifique pour trouver un autre emploi ?

Si vous avez repris le travail chez le même employeur

23. Au moment de la reprise, y a-t-il eu des adaptations dans votre travail ? (p.ex. un travail à temps partiel, un autre type de travail, des dispositifs d'aide)

S'il n'y a pas eu d'adaptations (toutes des questions oui/non)

23.1 Auriez-vous pu recommencer plus tôt, si des adaptations avaient été possibles ?

23.2 Avez-vous ensuite à nouveau été en arrêt de travail pendant plus d'un mois en raison des mêmes problèmes ?

23.2.1 Cet arrêt de travail, aurait-il pu être évité par des adaptations au travail ?

S'il y a eu d'adaptations

24. Avez-vous repris le travail par le biais d'une reprise (partielle et) progressive du travail ?

- Oui
- Non

25. Quel est votre temps de travail en % en ce moment ?

Question chiffrée 0% - 100%

26. Quelles adaptations parmi celles proposées ci-dessous ont encore éventuellement été introduites ? *(Plusieurs options sont possibles)*

Des adaptations dans le contenu de la fonction (p.ex. d'autres tâches, un travail plus léger, …)
Des adaptations relatives aux conditions de travail (p.ex. des dispositifs d'aide, une chaise adaptée, …)
Autres, à savoir : …

26.1 Après votre reprise, avez-vous été en arrêt de travail pendant plus d'un mois en raison des mêmes problèmes ?

26.2 Ces adaptations, ont-elles été proposées par votre médecin du travail ou fixées en concertation avec votre médecin du travail ?

26.3 Ces adaptations, sont-elles toujours d'application ?

26.4 Recevez-vous une indemnité partielle de la mutualité ?

27. Quel type de job exercez-vous en ce moment ?

• Profession scientifique ou spécialisée (p.ex. docteur, enseignant, ingénieur, …)
• Cadre supérieur (p.ex. directeur, manager, …)
• Profession administrative (p.ex. assistant de secrétariat, comptable, …)
• Profession commerciale (p.ex. vendeur, commercial, …)
• Prestataire de service (p.ex. agent, infirmier, coiffeur, …)
• Ouvrier qualifié (p.ex. garagiste, électricien, …)
• Ouvrier semi-qualifié (p.ex. maçon, chauffeur, …)
• Ouvrier non qualifié (p.ex. travailleur manuel, ouvrier d'usine, …)
• Métier du secteur primaire (p.ex. agriculteur, pêcheur, …)

28. Sous quel type de contrat travaillez-vous en ce moment ?

• Un contrat à durée indéterminée
• Un contrat à durée déterminée
• Un contrat de travail intérimaire (par une agence d'intérim ou d'emploi)
• Un contrat de remplacement

Pour tout le monde

29. A combien s'élève votre salaire mensuel net disponible en ce moment ? (Y compris votre salaire, les éventuelles indemnités et aides financières (partielles), p.ex. une indemnité de maladie, une allocation de chômage, une allocation d'intégration pour invalidité, …) ?

Question chiffrée €0 - €4000 ou plus

30. De quels avantages extralégaux bénéficiez-vous en ce moment ? (Plusieurs options sont possibles)

• Des chèques-repas
• Des éco-chèques
• Une assurance hospitalisation
• Une assurance groupe
• Une voiture de société
• Une carte d'essence
• GSM
• Autres : à savoir …
• Aucun

Pour ceux qui ont repris le travail

31. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie professionnelle actuelle par rapport à votre vie professionnelle d'avant votre incapacité de travail ?

• Beaucoup plus satisfait(e) qu'avant mon incapacité de travail
• Un peu plus satisfait(e) qu'avant mon incapacité de travail
• Aussi satisfait(e) qu'avant mon incapacité de travail
• Un peu moins satisfait(e) qu'avant mon incapacité de travail
• Nettement moins satisfait(e) qu'avant mon incapacité de travail

Pour tout le monde

32. Comment percevez-vous l'avenir de votre carrière par rapport à la période qui précède à votre incapacité de travail ?

• Beaucoup plus positivement qu'avant mon incapacité de travail
• Plus positivement qu'avant mon incapacité de travail
• Pas plus positivement ou négativement qu'avant mon incapacité de travail
• Plus négativement qu'avant mon incapacité de travail
• Beaucoup plus négativement qu'avant mon incapacité de travail

33. Dans quelle mesure pensez-vous que votre période d'incapacité de travail affectera négativement l'avenir de votre carrière ?

• Dans une très large mesure
• Dans une large mesure
• Dans une moindre mesure
• Mon incapacité de travail n'aura pas d'incidence négative sur ma carrière.

Bijlage 3: Data-aanvraag Kruispuntbank Sociale Zekerheid

Data aanvraag Kruispuntbank Sociale zekerheid (KSZ) in het kader van de evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering voor de re-integratie op het werk (KB 28/10/2016)

1. **Beschrijving van de onderzoeksorganisatie die de aanvraag indient**

Betrokken onderzoeksinstelling en opdrachtgever

Omgeving en Gezondheid, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven

Het Centrum voor Omgeving en Gezondheid van KU Leuven zal de coördinatie van het project op zich nemen. Het Centrum voor Omgeving en Gezondheid heeft reeds veel ervaring met projecten in dezelfde politieke en inhoudelijke setting, en heeft daarbij ook de nodige expertise opgebouwd. KU Leuven zal de verwerkingsverantwoordelijke zijn voor de verwerking van de persoonsgegevens in het kader van dit onderzoek.

Adres:	Omgeving en Gezondheid KU Leuven
	Kapucijnenvoer 35 – Blok D – Bus 7001
	3000 Leuven
Contactpersoon:	Isabelle Boets
	016 32 84 41
	isabelle.boets@kuleuven.be
	o.l.v. Prof. Dr. Lode Godderis (lode.godderis@kuleuven.be) en Dr. Sofie Vandenbroeck (sofie.vandenbroeck@kuleuven.be)

Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO)

FOD WASO is als instantie betrokken bij dit onderzoek als opdrachtgever.

Adres:	FOD WASO
	Ernest Blerotstraat 1
	1070 Anderlecht
Contactpersoon:	Alain Piette

alain.piette@emploi.belgique.be

2. Beschrijving van het onderzoek

Het onderzoek zal worden uitgevoerd door Isabelle Boets, doctoraatsstudente aan de Faculteit Biomedische wetenschappen van KU Leuven, werknemer van Omgeving en Gezondheid, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, onder leiding van promotor Prof. Dr. Lode Godderis en copromotor Dr. Sofie Vandenbroeck, in het kader van de studie "Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering voor de re-integratie op het werk", in opdracht van FOD WASO.

Situering

Het aantal langdurig arbeidsongeschikte werknemers stijgt elk jaar. Onderzoek wees uit dat de kans om het werk te hervatten afneemt met de duur van de arbeidsongeschiktheid. De meerderheid van arbeidsongeschikte werknemers die langer afwezig zijn dan drie maanden hebben bijgevolg ondersteuning nodig om te kunnen re-integreren. Om tegemoet te komen aan deze stijgende nood aan ondersteuning, ging 1 januari 2017 het KB re-integratie van start (KB 28 oktober 2016, artikelen I.4-72 tot I.4-82 van de codex, hoofdstuk VI van boek I, titel 4). Binnen dit KB werd het re-integratietraject (RIT) opgericht, met de arbeidsarts als centrale actor. Het RIT heeft als doel om re-integratie bespreekbaar te maken en de re-integratie, al dan niet bij de eigen werkgever, te bevorderen en te versnellen. Verschillende partijen (de werknemer of zijn behandelend arts, de werkgever en de adviserend arts) kunnen zo'n RIT opstarten. Om de impact en de gevolgen van dit besluit in de praktijk op te volgen, evalueert KU Leuven op vraag van FOD WASO dit KB.

Onderzoeksvragen

De arbeidsarts kan voor een werknemer die een RIT volgt, oordelen dat deze werknemer terug aan het werk kan, al dan niet met aanpassingen van de werkpost, of dat deze werknemer definitief arbeidsongeschikt is voor zijn overeengekomen werk. Zo'n laatste beoordeling kan leiden tot het einde van de arbeidsovereenkomst omwille van medische overmacht. Voor personen die een RIT volgden willen we daarom een zicht krijgen op hun situatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid. Belangrijke vragen hierbij zijn:

- Afhankelijk van de beoordeling van de arbeidsarts, hoeveel werknemers zijn 3-6-9-12 maanden (en langer) na het RIT aan het werk?
- Indien aan het werk, is dit dan in dezelfde situatie als voor de arbeidsongeschiktheid of niet? Werken ze bij dezelfde of een andere werkgever, in hetzelfde arbeidsregime, in dezelfde sector, …?
- Indien niet aan het werk, wat is het statuut van deze personen? Zijn zij nog steeds arbeidsongeschikt, werkloos, gepensioneerd, …?
- Wat is de inkomenssituatie van deze personen vòòr en na het RIT?
- Wat zijn de kosten en baten van het RIT, zowel voor het individu als voor de maatschappij?
- Re-integreren mensen die een RIT volgden sneller dan arbeidsongeschikte personen die geen RIT volgden?
- …

3. Beschrijving van de populatie en de steekproef + beschrijving van de gegevens en motivatie van het gebruik

Voorgestelde methodologie en algemene motivering

Arbeidsongeschikte werknemers die een RIT volgen worden opgevolgd door de arbeidsarts van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk. Voor dit onderzoek zal worden samengewerkt met Idewe. Idewe vzw is één van de grootse externe diensten voor preventie en bescherming op het werk, met het grootste aantal werknemers onder toezicht. Zij zullen enkele basisvariabelen aanleveren met betrekking tot het RIT, die door hen aan de KSZ bezorgd zullen worden.

In 2017, het eerste jaar dat het RIT werd ingevoerd, volgden 2205 werknemers een RIT bij Idewe. In 2017 leidde 58.6% van de aanvragen tot een beoordeling van definitieve arbeidsongeschiktheid, met geen mogelijkheden tot aangepast werk bij dezelfde werkgever (beoordeling D). Deze beoordeling leidt in de meerderheid van de gevallen tot een verbreking van de arbeidsovereenkomst omwille van medische redenen. De personen voor wie de arbeidsovereenkomst eindigt na het RIT, verdwijnen uit de database van de externe diensten.

Daarom willen we iedereen die in 2017 een RIT volgde bij Idewe (identificatie obv INSZ-nummers, gecategoriseerd per kwartaal) opvolgen tot minstens 1 jaar later, om op die manier een zicht te krijgen op de evolutie van de situatie van de arbeidsongeschikte na het RIT. Het is namelijk belangrijk om te weten of na het einde van het RIT deze personen de weg naar de arbeidsmarkt terugvinden, zelfs in het geval van een ontslag. De opvolging van deze personen gebeurt door het koppelen van de persoonsgegevens van Idewe met de geselecteerde variabelen uit de Datawarehouse van de KSZ. Ook willen we de situatie tot 2 jaar vòòr het RIT opvolgen, om na te gaan wat de situatie voorheen was.

De te selecteren periode door KSZ betreft dus januari 2015 (2 jaar vòòr het RIT in 2017) tot en met december 2018 (minstens 1 jaar na het RIT) waarbij de gegevens worden opgeleverd op kwartaalbasis. Zo kunnen we zicht krijgen op 16 periodes vòòr, tijdens en na het RIT. Niet elke variabele kan op kwartaalbasis aangeleverd worden en bij de geselecteerde variabelen (zie verder) wordt verder gespecifieerd welke variabelen op welke basis aangeleverd moeten worden. De variabelen werden geselecteerd om een antwoord te kunnen bieden op bovenstaande onderzoeksvragen: enkele basiskenmerken (om na te gaan of er verschillen zijn tussen bepaalde bevolkingscategorieën), enkele variabelen die de socio-economische situatie op de arbeidsmarkt in kaart brengen (om de situatie vòòr en na het RIT te kunnen analyseren), een aantal variabelen met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid (om het type, de duur, … van de ongeschiktheid in kaart te brengen) en enkele variabelen die informatie verschaffen over het inkomen (om de inkomenssituatie voor en na het RIT te analyseren).

Om te kunnen nagaan of een werknemer die een RIT volgt succesvoller (sneller en duurzamer) re-integreert dan een arbeidsongeschikte werknemer die geen RIT volgt, willen we eveneens een steekproef trekken uit de KSZ als controlegroep. Om deze vergelijking te kunnen maken, willen we de steekproef opbouwen als volgt:

Alle personen die in het jaar 2016 of 2017 een waarde (jaar en maand, start periode primaire arbeidsongeschiktheid) hadden op de variabele "begindatum arbeidsongeschiktheid" (Afkorting: begindatum, Bron: DWH_CIN) hadden, en waarvoor er een waarde (jaar en maand) was voor deze personen op de variabele "einddatum arbeidsongeschiktheid" in 2016, 2017 of 2018 die minstens 1 maand (jaar en maand, reële arbeidsongeschiktheid van minimum 2 maanden, rekening houdend met een vertraging van 1 maand van de "start periode primaire arbeidsongeschiktheid", owv gewaarborgd loon tijdens de eerste maand) later was, of nog onbekend was (één periode van arbeidsongeschiktheid, bij einddatum onbekend gaat het dus over een periode van minstens één jaar (invaliditeit)). Bij meerdere waarden als "begindatum" mag naar de langste periode worden gekeken.

- *Bv. Persoon X heeft in de periode 2016-2017 één periode van arbeidsongeschiktheid*
  - *Begindatum 02/2016 en einddatum 02/2016*
    - *Persoon X behoort niet tot de steekproef*
- *Bv. Persoon Y heeft in de periode 2016-2017 twee periodes van arbeidsongeschiktheid*
  - *Begindatum 03/2016 en einddatum 03/2016*
  - *Begindatum 05/2017 en einddatum onbekend*
    - *Persoon Y behoort tot de steekproef*
- *Bv. Persoon Z heeft in de periode 2016-2017 twee periodes van arbeidsongeschiktheid*
  - *Begindatum 05/2016 en einddatum 08/2016*
  - *Begindatum 04/2017 en einddatum 05/2017*
    - *Persoon Z behoort tot de steekproef, zijn eerste periode van arbeidsongeschiktheid wordt als referentie gebruikt, omdat dit de langste periode is*

Op die manier kunnen we personen die een RIT volgden, vergelijken met de rest van de populatie van langdurig zieke werknemers, die al dan niet een (andere) return-to-work interventie volgden. Op basis van de INSZ-nummers waarborgt de KSZ dat er geen personen zich zowel in de RIT-groep als in de controlegroep bevinden. Eventueel zullen we zo verschillen kunnen identificeren in de tijd tot- en de duurzaamheid van een terugkeer naar werk, afhankelijk van de duur van de arbeidsongeschiktheid en het al dan niet volgen van het RIT bij Idewe. De grootte van de steekproef bestaat idealiter uit een zo groot mogelijk (90%) aandeel van de reële populatie.

Geselecteerde variabelen Idewe

Idewe levert éénmalig de geselecteerde onderstaande variabelen uit hun databank aan, voor alle werknemers die in 2017 bij hen een RIT volgden. De variabelen uit de Idewe-databank brengen de specificaties van het RIT per persoon in kaart. Het INSZ-nummer van de werknemers die een RIT volgden, zal gebruikt worden als identificatie voor de koppeling met de variabelen uit de Datawarehouse van de KSZ. Idewe is de oorspronkelijke verwerkingsverantwoordelijke voor de variabelen die zij aanleveren en zal, conform de wettelijke verplichtingen, een verwerkingsregister bijhouden over al haar verwerkingsactiviteiten. De DPO van Idewe heeft omtrent deze activiteiten positief advies uitgebracht.

Variabele	**Waarden**
INSZ-nummer volger RIT	xx.xx.xx-xxx.xx
Startdatum arbeidsongeschiktheid	Jaar en maand

Startdatum RIT	Jaar en maand
Kwartaal RIT	Q1, Q2, Q3, Q4
Aanvrager RIT	Werknemer, behandelend arts, werkgever, adviserend arts
Beoordeling RIT	A, B, C, D, E
Datum verslag	Jaar en maand
Datum plan	Jaar en maand
Einddatum RIT	Jaar en maand

Geselecteerde variabelen KSZ - Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming (DWH AM &SB)

Onderstaande variabelen uit de Datawarehouse van de KSZ werden geselecteerd en worden opgevraagd voor de personen geïdentificeerd bij Idewe (INSZ-nummer) en voor de personen uit de getrokken steekproef (periode van arbeidsongeschiktheid in 2016 of 2017 met duur van minimum 2 maanden). De variabelen worden opgevraagd voor de periode van januari 2015 tot en met december 2018 per kwartaal (of anders indien anders aangegeven). Het betreft meestal de situatie gekend op het einde van het kwartaal. Indien een variabele niet beschikbaar is voor een bepaalde periode, dient hij enkel opgeleverd te worden voor de beschikbare periode. Sommige variabelen zijn vanaf 01/04/2016 of 01/01/2017 terug te vinden in een nieuwe bron. Voor deze specifieke variabelen worden voor de verschillende tijdsperiodes, de verschillende bronnen opgevraagd. Indien mogelijk worden alle variabelen aangeleverd in één databestand, of in zo weinig mogelijk subbestanden.

KSZ staat als intermediaire organisatie in voor de pseudonimisering van de te koppelen gegevens, alvorens ze aan de verwerkingsverantwoordelijke (KU Leuven) over te maken voor de verdere verwerking ervan.

Variabele	Afkorting	Frequentie (Eenmalig / per kwartaal / per jaar)	Motivering	Bron	Mogelijke waarden
Basiskenmerken					
Geslacht	Geslacht	Éénmalig	We wensen het geslacht van de personen uit het databestand te kennen om zo inzicht te krijgen op hun basiskenmerken.	DWH_BCSS_MiniRN_BEL	1 (Man) / 2 (Vrouw)
Geboortedatum	D_geboor	Éénmalig	We wensen het geboortejaar van de personen uit het databestand te kennen om zo inzicht te krijgen op hun basiskenmerken.	DWH_SPPIS_Paiements	Klassen van 5 jaar: 1 (20-24j) / 2 (25-29j) / … / 10 (70 - …j)
Eerste nationaliteit	Eerste_natio	Éénmalig	We wensen de eerste nationaliteit van de personen uit het databestand te kennen om zo inzicht te krijgen op hun basiskenmerken.	DWH_RN_Origine	1 (België) / 2 (EU-land) / 3 (Niet EU-land)
Eerste nationaliteit van ouder 1	Eerste_natio_ouder1	Éénmalig	We wensen de eerste nationaliteit van de eerste ouder van de personen uit het databestand te kennen om zo inzicht te krijgen op hun basiskenmerken.	DWH_RN_Origine	1 (België) / 2 (EU-land) / 3 (Niet EU-land)
Eerste nationaliteit van ouder 2	Eerste_natio_ouder2	Éénmalig	We wensen de eerste nationaliteit van de tweede ouder van de personen uit het databestand te kennen om zo inzicht te krijgen op hun basiskenmerken.	DWH_RN_Origine	1 (België) / 2 (EU-land) / 3 (Niet EU-land)
Opleidingsniveau	ISCEDNiveau	Meest recente situatie	We wensen het opleidingsniveau van de personen uit het databestand te kennen om zo inzicht te krijgen op hun basiskenmerken.	DWH_AHOVOKS_LED	Alle niveaus
Burgerlijke staat	Burgerlijke_staat	Meest recente situatie	We wensen de burgerlijke staat van de personen uit het databestand te kennen om zo inzicht te krijgen op hun basiskenmerken.	DWH_RN_EtatCivil	Alle codes
Type huishouden	Type_huishouden	Meest recente situatie	We wensen het type huishouden van de personen uit het databestand te kennen om zo inzicht te krijgen op hun basiskenmerken.	DWH_RN_BCSS_BisTer	Alle codes

Overlijden	D_overl	Eenmalig	We willen weten of de personen uit het databestand reeds overleden zijn om hen eventueel te kunnen uitsluiten in de analyse.	DWH_RN_BCSS_BisTer_Deces	Jaar en maand
Socio-economische situatie en situatie op de arbeidsmarkt					
Nomenclatuur van socio-economische positie	Nomenc	Gekend op het einde van het kwartaal	We wensen de socio-economische positie te kennen vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid	DWH_BCSS_NomenclatureVarDer	Alle codes (grootste detail)
KBO nummer (vanaf 2017)	Companyid	Gekend op het einde van het kwartaal	We wensen te weten of men na de arbeidsongeschiktheid terug aan het werk is, al dan niet bij dezelfde werkgever. Zo kunnen we de werksituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Nominaal (geanonimiseerd)
KBO nummer				DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
Belangrijkheidscode (vanaf 2017)	Codimp	Gekend op het einde van het kwartaal	We wensen de grootte van de organisatie te kennen waarbij de tewerkgestelde groep aan het werk is. Zo kunnen we hun werksituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Alle codes
Belangrijkheidscode (private sector)				DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
Dimensie (publieke sector)				DWH_ONSSAPL_Statbase	
Prestatietype (vanaf 2017)	T_prest	Gekend op het einde van het kwartaal	We wensen de tewerkgestelde groep verder op te delen naar prestatietype, gekend op de laatste dag van het kwartaal. Zo kunnen we hun werksituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Alle codes
Prestatietype (private sector)				DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
Prestatietype (publieke sector)				DWH_ONSSAPL_Statbase	
Percentage deeltijds (vanaf 2017)	Tauxpt	Gemiddelde gedurende het kwartaal	We wensen de tewerkgestelde groep verder op te delen naar percentage van tewerkstelling. Indien	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Percentage (per 10%)

Percentage deeltijds (private sector)	Tauxpt		meerdere jobs, mag het totaal percentage worden gebruikt. Zo kunnen we hun werksituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
Percentage deeltijds (publieke sector)	Apltauxpt			DWH_ONSSAPL_Statbase	
Regime (vanaf 2017)	Regime	Gemiddelde gedurende het kwartaal	We wensen het regime van arbeid (uitgedrukt in dagen per week) te kennen van de tewerkgestelde groep. Indien meerdere jobs, mag het totaal worden berekenen. Zo kunnen we hun werksituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Aantal
Regime (private sector)				DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
Regime (publieke sector)				DWH_ONSSAPL_Statbase	
Aard tewerkstelling (vanaf 01/04/2016)	Natservcd	Per kwartaal	We wensen de aard van de tewerkstelling te kennen van de tewerkgestelde groep. Zo kunnen we hun werksituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_SDPSP_SFP_LPD_CAREER	Alle codes
Aard tewerkstelling				DWH_SDPSP_LPD_CAREER	
Voltijdsequivalent exclusief gelijkgestelde dagen (vanaf 2017)	Eqtpsp	Gemiddelde gedurende het kwartaal	We wensen de tewerkstelling in VTE te kennen van de tewerkgestelde. Indien meerdere jobs, mag het totaal worden berekend. Zo kunnen we hun werksituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Aantal
Voltijdsequivalent exclusief gelijkgestelde dagen (private sector)	Eqtpsp			DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
Voltijds equivalent gelijkgestelde dagen (publieke sector)	Eqtpsp_similar			DWH_ONSSAPL_Statbase	
Werknemersklasse (vanaf 2017)	Clatra	Gekend op het einde van het kwartaal	We wensen de tewerkgestelde groep verder op te delen naar werknemersklasse. Zo kunnen we hun werksituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Alle codes
Werknemersklasse (private sector)	Clatra			DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
Werknemersklasse (publieke sector)	Caltraapl			DWH_ONSSAPL_Statbase	

NACE-code (vanaf 2017)	Codnac	Gekend op het einde van het kwartaal	We wensen de beroepsbevolking verder op te delen naar hun sector van tewerkstelling. Zo kunnen we hun werksituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	*2 digit*
NACE-code (private) sector)	Codnac			DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
NACE-code (publieke sector)	Code_nace			DWH_ONSSAPL_Employeurs	
NACE-code (zelfstandigen)	Nacec	Gekend op het einde van het kwartaal	We wensen de beroepsbevolking verder op te delen naar hun sector van tewerkstelling. Zo kunnen we hun werksituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_INASTI_RGTI	*2 digit*
Gewone bezoldiging (vanaf 2017)	Sal100	Overheen het kwartaal	We wensen de bruto bezoldiging te kennen. Indien meerdere jobs mag het totaal gemaakt worden. Zo kunnen we de inkomenssituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Bedrag (klassen van €100)
Gewone bezoldiging (private sector)				DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
Gewone bezoldiging (publieke sector)				DWH_ONSSAPL_Statbase	
Forfaitloon (vanaf 2017)	Salfor	Overheen het kwartaal	We wensen het forfaitloon te kennen. Indien meerdere jobs mag het totaal gemaakt worden. Zo kunnen we de inkomenssituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Bedrag (klassen van €100)
Forfaitloon				DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
Normale bezoldigde voltijdse dagen (vanaf 2017)	Jrsrem_f	Overheen het kwartaal	We wensen het normale aantal bezoldigde dagen te kennen. Indien meerdere jobs mag het totaal gemaakt worden. Zo kunnen we de inkomenssituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Aantal
Normale bezoldigde voltijdse dagen				DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
Uren deeltijds (vanaf 2017)	Heurpt	Overheen het kwartaal	We wensen het normale aantal bezoldigde uren voor deeltijdse werknemers te kennen. Indien meerdere jobs mag het totaal gemaakt worden. Zo kunnen we de inkomenssituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Aantal
Uren deeltijds				DWH_ONSS_StatbaseDMFA	

Dagloon (vanaf 2017) Dagloon (private sector) Dagloon (publieke sector)	Saljrs	Overheen het kwartaal	We wensen het gemiddelde dagloon per kwartaal te kennen. Indien meerdere jobs mag het totaal gemaakt worden. Zo kunnen we de inkomenssituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA DWH_ONSS_StatbaseDMFA DWH_ONSSAPL_Statbase	Bedrag (klassen van €10)
Verminderingscode (vanaf 2017) Verminderingscode (private sector) Verminderingscode (publieke sector)	Deductioncode	Kwartaal-basis	We wensen te weten of er een bijdragevermindering zal toegepast worden. Zo kunnen we de inkomenssituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseF DWH_ONSS_StatbaseF DWH_ONSSAPL_StatbaseF	Alle codes
Bedrag (vanaf 2017) Bedrag	Mntded	Overheen het kwartaal	We wensen het bedrag van de bijdragevermindering te kennen. Indien meerdere jobs mag het totaal gemaakt worden. Zo kunnen we de inkomenssituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA DWH_ONSS_StatbaseDMFA	Bedrag (klassen van €100)
Aantal vergoede dagen	DAGEN	Overheen het kwartaal	We wensen het aantal dagen te kennen waarvoor een persoon een werkloosheidsvergoeding heeft ontvangen. Zo kunnen we de inkomenssituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONEm_Paiements	Aantal
Bedrag van de dagvergoeding	DGNDMND	Overheen het kwartaal	We wensen het bedrag van de dagvergoeding per kwartaal te kennen. Zo kunnen we de inkomenssituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_ONEm_Paiements	Bedrag (klassen van €10)
Categorie van werkzoekende	ncat	Kwartaal-basis	We wensen de werkzoekenden te klasseren op basis van de categorie waartoe ze behoren. Zo kunnen we hun werksituatie na arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_VDAB_FOREM_ACTIRIS_ADG	Alle codes
Begindatum	BEGINACT	Kwartaal-basis	We wensen de werkzoekenden die tewerkgesteld zijn in het kader van een activeringsmaatregel te kennen. Zo kunnen we een zicht krijgen op de totale duur van de activeringsmaatregel.	DWH_ONEm_Paiements	Jaar en maand

Einddatum	EINDACT	Kwartaal-basis	We wensen de werkzoekenden die tewerkgesteld zijn in het kader van een activeringsmaatregel te kennen. Zo kunnen we een zicht krijgen op de totale duur van de activeringsmaatregel.	DWH_ONEm_Paiements	Jaar en maand
Percentage tewerkstelling in betrekking	BREUKACT	Kwartaal-basis	We wensen het percentage van de tewerkstelling van de werkzoekenden die tewerkgesteld zijn in het kader van een activeringsmaatregel te kennen. Zo kunnen we een zicht krijgen op de aard van de activeringsmaatregel.	DWH_ONEm_Paiements	Alle codes
Stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag (SWT)	Stelsel_swt	Kwartaal-basis	We wensen te weten of de personen uit het databestand zich in de situatie SWT bevinden. Zo kunnen we een zicht krijgen op hun huidige situatie.	DWH_ONEm_Paiements	Alle codes
Begindatum van het pensioen (vanaf 01/04/2016)	Begindatum_pensioen_c	Éénmalig	We wensen te weten of de personen uit het databestand reeds op pensioen zijn om zo inzicht te krijgen op hun werksituatie na de arbeidsongeschiktheid.	DWH_ONP_SFP_CADASTRE	Jaar en maand
Begindatum van het pensioen				DWH_ONP_CADASTRE	
Soort pensioen volledig (vanaf 01/04/2016)	Soort_pensioen_volledig	Meest recente situatie	We wensen te weten welk soort pensioen de pensioengerechtigde personen uit het databestand krijgen om zo een zicht te hebben op hun inkomenssituatie.	DWH_ONP_SFP_CADASTRE	Alle codes
Soort pensioen volledig				DWH_ONP_CADASTRE	
Info over de arbeidsongeschiktheid (uitkering, duur, type)					
Primaire arbeidsongeschiktheid					
Begindatum arbeidsongeschiktheid	Begindatum	Per kwartaal	We wensen de begindatum van de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we een zicht krijgen op de totale duur van arbeidsongeschiktheid.	DWH_CIN	Jaar en maand
Einddatum arbeidsongeschiktheid	Einddatum	Per kwartaal	We wensen de einddatum van de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we een	DWH_CIN	Jaar en maand

			zicht krijgen op de totale duur van de arbeidsongeschiktheid.		
Aantal dagen arbeidsongeschiktheid	Aantal_dagen_ao	Overheen elk kwartaal	We wensen het aantal dagen arbeidsongeschiktheid per kwartaal te kennen. Zo kunnen we een zicht krijgen op de totale duur van arbeidsongeschiktheid.	DWH_CIN	Aantal
Soort dagen van arbeidsongeschiktheid	Srt_dagen	Gekend op het einde van het kwartaal	We wensen het type van de arbeidsongeschiktheid te kennen.	DWH_CIN	Alle codes (00 t.e.m. 10)
Bedrag (NIC)	Bedrag	Kwartaal-basis	We wensen het bedrag betaald bij primaire arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we de inkomenssituatie tijdens arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_CIN	Bedrag (klassen van €100)
Percentage arbeidsongeschiktheid	Disability_pourcent	Éénmalig, meest recente situatie	We wensen het erkende percentage van de arbeidsongeschiktheid te kennen.	DWH_SIGEDIS_Période	Percentage (per 10%)
Invaliditeit					
Begindatum invaliditeit	B_inval	Per kwartaal	We wensen de begindatum van de invaliditeit te kennen. Zo kunnen we een zicht krijgen op de totale duur van arbeidsongeschiktheid.	DWH_INAMI_CMI	Jaar en maand
Einddatum invaliditeit	E_inval	Per kwartaal	We wensen de einddatum van de invaliditeit te kennen. Zo kunnen we een zicht krijgen op de totale duur van arbeidsongeschiktheid.	DWH_INAMI_CMI	Jaar en maand
Uitkeringsdagen	Vergoede_dagen	Overheen het kwartaal	We wensen het aantal uitkeringsdagen voor de invaliditeit te kennen. Zo kunnen we een zicht krijgen op de totale duur van arbeidsongeschiktheid.	DWH_INAMI_Paiements	Aantal
Bedrag uitkering	Bedrag	Overheen het kwartaal	We wensen het bedrag betaald bij invaliditeit te kennen. Zo kunnen we de inkomenssituatie tijdens de arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren	DWH_INAMI_Paiements	Bedrag (klassen van €100)

Medische code	Gr_ziekte	Gekend op het einde van het kwartaal	We wensen de ziekte of aandoening te kennen op basis waarvan de persoon als invalide is erkend. Zo kunnen we zicht krijgen op de aard van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_INAMI_CMI	Alle codes
Code uitkering	Betalingscode	Éénmalig	We wensen de gezinssamenstelling van de uitkeringsgerechtigde te kennen.	DWH_INAMI_Paiements	Alle codes
Beroepsziekten					
Begindatum van de arbeidsongeschiktheid (vanaf 2017)	Beg_ongeschiktheid_datum	Kwartaal-basis	We wensen de begindatum van de arbeidsongeschiktheid door een beroepsziekte te kennen. Zo kunnen we een zicht krijgen op de totale duur van arbeidsongeschiktheid.	DWH_Fedris_FMP_MP	Jaar en maand
Begindatum van de arbeidsongeschiktheid				DWH_FMP	
Einddatum (vanaf 2017)	Stopzettings_datum	Kwartaal-basis	We wensen de einddatum van de arbeidsongeschiktheid door een beroepsziekte te kennen. Zo kunnen we een zicht krijgen op de totale duur van arbeidsongeschiktheid.	DWH_Fedris_FMP_MP	Jaar en maand
Einddatum				DWH_FMP	
Bedrag (FBZ) (vanaf 2017)	Bedrag	Kwartaal-basis	We wensen het bedrag betaald bij een beroepsziekte te kennen. Zo kunnen we de inkomenssituatie tijdens arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_Fedris_FMP_MP	Bedrag (klassen van €100)
Bedrag				DWH_FMP	
Pathologie (vanaf 2017)	pathologie_code	Gekend op het einde van het kwartaal	We wensen het deel van het lichaam of orgaan getroffen door de beroepsziekte te kennen.	DWH_Fedris_FMP_MP	Alle codes
Pathologie				DWH_FMP	
Medische kosten (vanaf 2017)	MONTFRMED	Jaarbasis	We wensen het jaarlijks betaalde bedrag te kennen dat INSZ tussenkomt bij een schadegeval. Zo kunnen we de medische kosten voor de arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_Fedris_PM	Bedrag (klassen van €100)
Medische kosten				DWH_FAT_PM	
Beroep (vanaf 2017)	Beroep_code	Éénmalig	We wensen het beroep te kennen dat werd uitgeoefend werd bij de laatste blootstelling aan het beroepsrisico.	DWH_Fedris_FMP_MP	Alle codes
Beroep				DWH_FMP	
Arbeidsongevallen					

Dagen gedeeltelijke tijdelijke ongeschiktheid (vanaf 2017) Dagen gedeeltelijke tijdelijke ongeschiktheid	DUREEITP	Jaarbasis	We wensen het aantal dagen gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid bij een arbeidsongeval te kennen. Zo kunnen we de inkomenssituatie tijdens de arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_Fedris_PM DWH_FAT_PM	Aantal
Bedrag betaald voor gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid (vanaf 2017) Bedrag betaald voor gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid	MONTITP	Jaarbasis	We wensen het bedrag betaald bij gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid bij een arbeidsongeval te kennen. Zo kunnen we de inkomenssituatie tijdens de arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_Fedris_PM DWH_FAT_PM	Bedrag (klassen van €1000)
Dagen volledige tijdelijke ongeschiktheid (vanaf 2017) Dagen volledige tijdelijke ongeschiktheid	DUREEITT	Jaarbasis	We wensen het aantal dagen volledige arbeidsongeschiktheid bij een arbeidsongeval te kennen. Zo kunnen we de inkomenssituatie tijdens de arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_Fedris_PM DWH_FAT_PM	Aantal
Bedrag betaald bij volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid (vanaf 2017) Bedrag betaald bij volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid	MONTITT	Jaarbasis	We wensen het bedrag betaald bij volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid bij een arbeidsongeval te kennen. Zo kunnen we de inkomenssituatie tijdens de arbeidsongeschiktheid beschrijven en evalueren.	DWH_Fedris_PM DWH_FAT_PM	Bedrag (klassen van €1000)
Aard van het letsel (vanaf 2017) Aard van het letsel	NATLES06	Gekend op het einde van het kwartaal	We wensen de aard van het letsel bij een arbeidsongeval te kennen.	/ DWH_FAT_AT1	Alle codes
Bruto belastbaar inkomen en bijdragen					
Bruto belastbaar loon RSZ	Loon_BB_rsz	Jaarbasis	We wensen de inkomenssituatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we	DWH_BCSS_Revenu	Bedrag (klassen van €3000)

			zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.		
Bruto belastbaar loon RSZPPO	Loon_BB_rszp_po	Jaarbasis	We wensen de inkomenssituatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_BCSS_Revenu	Bedrag (klassen van €3000)
Bruto belastbare uitkering FAO	Uitkering_BB_fao	Jaarbasis	We wensen de inkomenssituatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_BCSS_Revenu	Bedrag (klassen van €3000)
Bruto belastbare uitkering FBZ	Uitkering_BB_FBZ	Jaarbasis	We wensen de inkomenssituatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_BCSS_Revenu	Bedrag (klassen van €3000)
Bruto belastbare uitkering FOD SZ	Uitkering_BB_fod_sz	Jaarbasis	We wensen de inkomenssituatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_BCSS_Revenu	Bedrag (klassen van €3000)
Bruto belastbare uitkering NIC	Uitkering_BB_nic	Jaarbasis	We wensen de inkomenssituatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_BCSS_Revenu	Bedrag (klassen van €3000)
Bruto belastbare uitkering POD MI	Uitkering_BB_pod_mi	Jaarbasis	We wensen de inkomenssituatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_BCSS_Revenu	Bedrag (klassen van €3000)
Bruto belastbare uitkering RIZIV	Uitkering_BB_riziv	Jaarbasis	We wensen de inkomenssituatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_BCSS_Revenu	Bedrag (klassen van €3000)
Bruto belastbare uitkering RKW	Uitkering_BB_rkw	Jaarbasis	We wensen de inkomenssituatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we	DWH_BCSS_Revenu	Bedrag (klassen van €3000)

			zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.		
Bruto belastbare uitkering RSVZ-kb	Uitkering_BB_rszv_kb	Jaarbasis	We wensen de inkomenssituatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_BCSS_Revenu	Bedrag (klassen van €3000)
Bruto belastbare uitkering RVA	Uitkering_BB_rva	Jaarbasis	We wensen de inkomenssituatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_BCSS_Revenu	Bedrag (klassen van €3000)
Bruto belastbare uitkering RVO	Uitkering_BB_rvp	Jaarbasis	We wensen de inkomenssituatie vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen. Zo kunnen we zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_BCSS_Revenu	Bedrag (klassen van €3000)
Werkgeversbijdrage (vanaf 2017)	Cotpat	Kwartaalbasis	We wensen het bedrag van de werkgeversbijdrage op basis van de bezoldigingen in het kwartaal te kennen. Zo kunnen we zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Bedrag (klassen van €100)
Werkgeversbijdrage (private sector)				DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
Patronale bijdrage (publieke sector)				DWH_ONSSAPL_Statbase	
Persoonlijke bijdrage (vanaf 2017)	Cotper	Kwartaalbasis	We wensen het bedrag van persoonlijke bijdrage te kennen. Zo kunnen we zicht krijgen op de inkomenssituatie en de kosten van de arbeidsongeschiktheid.	DWH_ONSS_UniStatbaseDMFA	Bedrag (klassen van €100)
Persoonlijke bijdrage (private sector)				DWH_ONSS_StatbaseDMFA	
Persoonlijke bijdrage (publieke sector)				DWH_ONSSAPL_Statbase	
Jaarinkomen	Inkomens	Jaarbasis	We wensen de totale inkomenssituatie van de zelfstandige vòòr, tijdens en na de arbeidsongeschiktheid te kennen.	DWH_INASTI_RevenusIndependants	Bedrag (klassen van €3000)

4. GDPR

Wat betreft GDPR liet KU Leuven zich juridisch adviseren door een advocatenbureau.

Verwerking van persoonsgegevens is enkel rechtmatig wanneer deze is gesteund op één van de rechtvaardigheidsgronden bepaald in art. 6 GDPR. Idewe levert de persoonsgegevens aan KSZ en doet hiervoor beroep op overweging 50 uit de GDPR-wetgeving. Idewe levert de persoonsgegevens aan voor verdere verwerking, met het oog op wetenschappelijk onderzoek, zoals in casu het geval is. Binnen de wetgeving wordt gesteld dat de verwerking van deze persoonsgegevens in het kader van wetenschappelijk onderzoek een rechtmatige verwerking is die verenigbaar is met de aanvankelijke doeleinden waarvoor de persoonsgegevens werden verzameld. In zulk geval is er geen bijkomende rechtsgrond vereist dan die op grond waarvan de verzameling van de persoonsgegevens oorspronkelijk werd toegestaan.

Bovendien is conform art. 6, §1, (f), de verwerking van persoonsgegevens in kader van dit onderzoek tevens gerechtvaardigd omdat de verwerking ervan noodzakelijk is ter behartiging van de gerechtvaardigde belangen van Idewe. Idewe staat als externe dienst voor preventie en bescherming op het werk in voor het uitvoeren en opvolgen van het RIT. Zij wenst de impact en de gevolgen van dit RIT in de praktijk na te gaan en te evalueren. Het is namelijk van belang om te weten of de investeringen die Idewe doet in het RIT, leiden tot een verbetering van de re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten. Enkel wanneer het RIT een bewezen meerwaarde vormt voor de re-integratie, is het opportuun om het in stand te houden.

Om de privacy verder te waarborgen, zal de verwerking in de volgende stappen gebeuren:

1) Idewe bezorgt de persoonsgegevens waarover zij beschikt (INSZ-nummer en de daaraan verbonden RIT-gerelateerde informatie) aan KSZ, zodat de personen die onder toezicht van Idewe een RIT volgden in 2017 kunnen worden geïdentificeerd (= de proefpersonen).
2) De KSZ gebruikt deze persoonsgegevens om met betrekking tot de geïdentificeerde proefpersonen de geselecteerde variabelen op te kunnen vragen in de datawarehouse (DWH AM & SB).
3) De KSZ bezorgt de opgevraagde variabelen, gekoppeld aan de doorgegeven INSZ-nummers, in een gescrambled, gepseudonimiseerd bestand aan de onderzoekers van KU Leuven.
4) Op basis van de gepseudonimiseerde gegevens creëren de onderzoekers van KU Leuven hun algoritme voor de verwerking van de gegevens. Ze bouwen een model met de gewenste analyses voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen.
5) De KSZ voert ten slotte dit model uit op het originele databestand (bedoeld onder verwerking 2) en bezorgt de KU Leuven de geaggregeerde data.

Wat betreft art.8 GDPR, het bijzonder regime bij de verwerking van persoonsgegevens met het oog op wetenschappelijk onderzoek, krijgen de betrokkenen bepaalde rechten: art 15, 16, 18 en 21 GDPR (oa recht op inzage). Er zal van deze rechten worden afgeweken, dit is mogelijk onder voorwaarde dat de uitoefening van deze rechten de verwezenlijking van de noodzakelijke verwerking met het oog op wetenschappelijk onderzoek onmogelijk dreigt te maken of ernstig dreigt te belemmeren, en de voorwaarden/waarborgen bepaald onder Titel 4 van de nieuwe Belgische Privacy wet van 30 juli 2018 worden gerespecteerd. Dit laatste wordt gerespecteerd doordat de verwerkingsverantwoordelijke (KU Leuven) een overeenkomst zal afsluiten met de oorspronkelijke verwerkingsverantwoordelijke (Idewe) conform de wetgeving.

5. Beschrijving van de frequentie, timing en de bewaartermijn

Uitbreiding van de data-aanvraag

Deze eerste aanvraag zal als piloot-aanvraag gebruikt worden voor een uitgebreidere evaluatie van het KB re-integratie. Na deze evaluatie van het startjaar van het RIT bij Idewe, zal de evaluatie uitgebreid worden naar meerdere externe diensten. Bovendien zullen er in de toekomst ook voor de volgende jaren waarin het RIT loopt (2018, 2019, enz.) jaarlijks nieuwe gegevens opgevraagd worden, om zo de evolutie van het RIT over de tijd te kunnen opvolgen en analyseren. Ook de startgroep (jaar 2017) zal bij latere aanvragen opnieuw opgevraagd worden, om de evolutie van de situatie van deze werknemers nog verder in de tijd, tot 5 jaar na het RIT, op te volgen. De steekproef van arbeidsongeschikten zal eveneens jaarlijks opgevraagd worden, om steeds een zo relevant mogelijke controlegroep te hebben. Op basis van al deze gegevens kunnen eventuele trends over de tijd heen worden waargenomen en geëvalueerd.

De onderzoeksdata zullen enkel behandeld worden voor de doeleinden van dit onderzoeksproject, en enkel door de betrokken onderzoekers van KU Leuven en zullen niet gedeeld worden met Idewe of andere partijen. De data zullen bewaard worden in een beveiligde elektronische omgeving, voor de duur van het onderzoek. Na de evaluatie en rapportering van de data uit de eerste aanvraag, worden de data vernietigd door de onderzoekers van KU Leuven. De data zullen door de KSZ minimum vijf jaar bewaard worden en jaarlijks opnieuw (en steeds uitgebreider) opgeleverd worden, om de continuïteit van de dataverzameling en het halen van de doeleinden van het onderzoeksproject te kunnen garanderen. Er zal eveneens een dossier ingediend worden bij de Ethische Commissie Onderzoek UZ / KU Leuven. Zij zullen als door de overheid erkend ethisch comité de wetenschappelijke en ethische verantwoording van dit onderzoeksproject evalueren.

Bijlage 4: Interviewleidraad per groep (NL)

1) Introductie over doel onderzoek en ondertekenen informed consent
2) Interviewguide per stakeholdergroep

- **Patiënten/Werknemers**
    - Hoe bent u gestart met het re-integratietraject?
        - Wie nam het initiatief om een traject op te starten (Werknemer, huisarts, arts ziekenfonds, arbeidsgeneesheer, werkgever)?
        - Waarom heb je een RIT aangevraagd? Wat was je oorspronkelijke vraag en verwachting?
        - Werd die vraag beantwoord en je verwachting ingelost?
        - Hebt u suggesties om RIT aantrekkelijker en kenbaar te maken vroeg in het return-to-work proces?
    - Stond je achter de beslissing die werd genomen?
        - Heb je het gevoel dat je samen met verschillende actoren tot die beslissing bent gekomen?
        - Wie heeft welke inspanningen geleverd om tot het resultaat te komen? (Bv: plan met aanpassingen in de job, welke?)
        - Hebt u suggesties tot verbetering?
    - Hoe is het voorstel gecommuniceerd?
        - Hebt u een overleg gehad met de werkgever? Met welke andere actoren?
        - Hoe bent u hiermee verder gegaan? Welke stappen hebt u ondernomen?
        - Wat heeft u geholpen/tegengehouden om terug aan het werk te gaan (hetzelfde of ander werk)?
    - Wat kan u nog adviseren vanuit uw eigen ervaring?
- **Huisartsen**
    - Hoe ervoer u de invoer van de nieuwe wetgeving?
        - Zijn er concrete zaken veranderd in uw manier van werken met betrekking tot de re-integratie van zieke werknemers met een verhoogd risico op langdurige arbeidsongeschiktheid? Specifieer?
        - Indien niet, welke verandering zou je wensen te zien?
        - Wat zijn de voordelen/nadelen van de nieuwe mogelijkheden van begeleiding?
        - Op welke manier werkt de nieuwe wetgeving bevorderend/belemmerend voor re-integratie?

- Wat ontbreekt er in het huidig wetgevend kader om de ideale begeleiding te kunnen bieden aan patiënten?
- Wat kan u nog adviseren vanuit uw eigen ervaring?

- **Adviserende artsen**
  - Hoe ervoer u de invoer van de nieuwe wetgeving?
    - Welke concrete zaken zijn veranderd in uw manier van werken?
    - Wat zijn de voordelen/nadelen van de nieuwe mogelijkheden van begeleiding?
    - Op welke manier werkt de nieuwe wetgeving bevorderend/belemmerend voor re-integratie?
  - Is twee maanden voldoende als periode waarbinnen u een beoordeling moet maken?
  - Hebt u al eens een plan moeten opstellen voor een werkloze, arbeidsongeschikte werknemer?
    - Wanneer weigert u zo een plan op te stellen en waarom?
    - Wanneer keurt u een plan opgesteld door de werkgever af? Wat gebeurde hierna?
  - Wat ontbreekt er in het huidig wetgevend kader om de ideale begeleiding te kunnen bieden aan patiënten?
  - Wat kan u nog adviseren vanuit uw eigen ervaring?

- **Arbeidsgeneesheren**
  - Hoe ervoer u de invoer van de nieuwe wetgeving?
    - Welke concrete zaken zijn veranderd in uw manier van werken?
    - Wat zijn de voordelen/nadelen van de nieuwe mogelijkheden van begeleiding?
    - Op welke manier werkt de nieuwe wetgeving bevorderend/belemmerend voor re-integratie?
  - Hoe maakt u een beslissing?
    - Wanneer pleegt u overleg met andere actoren? Met wie?
    - Wat vindt u van de duur die een werkgever krijgt om een plan op te stellen? (55 dagen – 12 maanden)
  - Wat na een beslissing van arbeidsongeschiktheid?
    - Ervaart u moeilijkheden met het nemen van zo'n beslissing?
    - Hoe houdt u bij definitieve arbeidsongeschiktheid rekening met de notie van "redelijke aanpassingen" voor hulpbehoevenden?

- Hoe ervaart u de mogelijkheden tot aangepast werk binnen een organisatie?
- Wat ontbreekt er in het huidig wetgevend kader om de ideale begeleiding te kunnen bieden aan patiënten?
- Wat kan u nog adviseren vanuit uw eigen ervaring?

- **Werkgevers**
  - Hoe ervoer u de invoer van de nieuwe wetgeving?
    - Welke concrete zaken zijn er veranderd in uw manier van werken?
    - Wat zijn de voordelen/nadelen van de nieuwe mogelijkheden van begeleiding?
    - Op welke manier werkt de nieuwe wetgeving bevorderend/belemmerend voor re-integratie?
  - Wat zijn uw ervaringen met het opstellen van een plan/verslag?
    - Wat vindt u van de tijdsduur die u krijgt voor het opstellen van een plan?
    - Hoe hebt u het plan/verslag gemaakt? Welke moeilijkheden ervoer u hierbij? Wat heeft u hierbij geholpen?
    - Hebt u overleg gehad met de arbeidsgeneesheer en de werknemer?
    - Wat vindt u van de sancties die gevorderd kunnen worden bij het niet opstellen/uitvoeren van een plan?
  - Wat ontbreekt er in het huidig wetgevend kader om de ideale begeleiding te kunnen bieden aan patiënten?
  - Wat kan u nog adviseren vanuit uw eigen ervaring?

3) Afronden en eventuele vragen beantwoorden

Bijlage 5: Interviewleidraad per groep (FR)

1) Introduction de l'objectif de la recherche et signature du consentement éclairé
2) Guide d'entretien pour chaque focus groupe

- **Patients/collaborateurs**
    - Comment avez-vous démarré le trajet de réintégration ?
        - Qui a pris l'initiative de mettre en place le trajet (travailleur, médecin de famille, médecin-conseil, médecin du travail, employeur) ?
        - Pourquoi avez-vous demandé un TRI ? Quelle(s) étai(en)t votre question et vos attentes initiales ?
        - Avez-vous trouvé une réponse et vos attentes ont-elles été satisfaites ?
        - Avez-vous des suggestions pour rendre le TRI plus attrayant et le faire connaître plus tôt dans le processus de retour au travail ?
    - Avez-vous soutenu la décision qui a été prise ?
        - Avez-vous le sentiment que vous êtes parvenu(e) à cette décision en concertation avec différents acteurs ?
        - Qui a consenti quels efforts pour obtenir le résultat ? (par exemple, plan avec adaptations dans le travail, lesquelles ?)
        - Avez-vous des suggestions d'amélioration ?
    - Comment la proposition a-t-elle été communiquée ?
        - Avez-vous eu une concertation avec l'employeur ? Avec quels autres acteurs ?
        - Comment vous êtes-vous mis à l'œuvre ? Quelles démarches avez-vous entreprises ?
        - Qu'est-ce qui vous a aidé/empêché à/de reprendre le travail (le même travail ou un autre) ?
    - Quel(s) conseil(s) pouvez-vous encore donner d'après votre propre expérience ?
- **Médecins de famille**
    - Comment avez-vous vécu l'introduction de la nouvelle législation ?
        - Des changements concrets ont-ils été apportés à votre manière de travailler concernant la réintégration des travailleurs malades qui ont un risque élevé d'être en incapacité de travail de longue durée ? Veuillez préciser :
        - Si ce n'est pas le cas, quel(s) changement(s) souhaiteriez-vous ?
        - Quels sont les avantages/inconvénients des nouvelles possibilités d'accompagnement ?

        - De quelle manière la nouvelle législation a-t-elle un effet facilitant/entravant pour la réintégration ?
    - Que manque-t-il dans le cadre législatif actuel pour pouvoir offrir un accompagnement adéquat aux patients ?
    - Quel(s) conseil(s) pouvez-vous encore donner d'après votre propre expérience ?

- **Médecins-conseil**
    - Comment avez-vous vécu l'introduction de la nouvelle législation ?
        - Quels changements concrets ont-ils été apportés à votre manière de travailler ?
        - Quels sont les avantages/inconvénients des nouvelles possibilités d'accompagnement ?
        - De quelle manière la nouvelle législation a-t-elle un effet facilitant/entravant pour la réintégration ?
    - Est-ce que deux mois vous semblent suffisants pour la réalisation d'une évaluation ?
    - Avez-vous déjà dû élaborer un plan pour un travailleur en chômage ou en incapacité de travail ?
        - Quand avez-vous refusé d'élaborer un tel plan et pourquoi ?
        - Quand avez-vous refusé un plan élaboré par l'employeur ? Que s'est-il passé ensuite ?
    - Que manque-t-il dans le cadre législatif actuel pour pouvoir offrir un accompagnement adéquat aux patients ?
    - Quel(s) conseil(s) pouvez-vous encore donner d'après votre propre expérience ?

- **Médecins du travail**
    - Comment avez-vous vécu l'introduction de la nouvelle législation ?
        - Quels changements concrets ont-ils été apportés à votre manière de travailler ?
        - Quels sont les avantages/inconvénients des nouvelles possibilités d'accompagnement ?
        - De quelle manière la nouvelle législation a-t-elle un effet facilitant/entravant pour la réintégration ?
    - Comment prenez-vous une décision ?
        - Quand vous êtes-vous concerté avec les autres acteurs ? Avec qui ?
        - Que pensez-vous du délai octroyé à un employeur pour élaborer un plan ? (55 jours - 12 mois)
    - Que se passe-t-il après une décision d'incapacité de travail ?

        - Avez-vous eu des difficultés à prendre une telle décision ?
        - En cas d'incapacité de travail définitive, comment tenez-vous compte de la notion d'« adaptations raisonnables » pour les personnes dépendantes ?
    - Comment avez-vous vécu les possibilités d'adapter le travail au sein d'une organisation ?
    - Que manque-t-il dans le cadre législatif actuel pour pouvoir offrir un accompagnement adéquat aux patients ?
    - Quel(s) conseil(s) pouvez-vous encore donner d'après votre propre expérience ?
- **Employeurs**
    - Comment avez-vous vécu l'introduction de la nouvelle législation ?
        - Quels changements concrets ont-ils été apportés à votre manière de travailler ?
        - Quels sont les avantages/inconvénients des nouvelles possibilités d'accompagnement ?
        - De quelle manière la nouvelle législation a-t-elle un effet facilitant/entravant pour la réintégration ?
    - Quelle expérience avez-vous dans l'élaboration d'un plan/rapport ?
        - Que pensez-vous du délai octroyé pour l'élaboration d'un plan ?
        - Comment avez-vous rédigé le plan/rapport ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ? Quels éléments vous ont aidé dans ce cadre ?
        - Vous êtes-vous concerté avec le médecin du travail et le travailleur ?
        - Que pensez-vous des sanctions qui peuvent être imposées en cas de non-élaboration/exécution d'un plan ?
    - Que manque-t-il dans le cadre législatif actuel pour pouvoir offrir un accompagnement adéquat aux patients ?
    - Quel(s) conseil(s) pouvez-vous encore donner d'après votre propre expérience ?
- Concluez et répondez à questions

Bijlage 6: Informed Consent (NL)

Geïnformeerde toestemming
Titel van het onderzoek: Kwalitatieve evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk **Naam + contactgegevens onderzoekers**: Isabelle Boets: isabelle.boets@kuleuven.be (+32 16 32 84 41) Dr. Inge Neyens: inge.neyens@kuleuven.be Prof. Dr. Lode Godderis: lode.godderis@kuleuven.be Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg Centrum Omgeving en Gezondheid Kapucijnenvoer 35/5 PB 7001 3000 Leuven **Doel en methodologie van het onderzoek**: U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een groepsgesprek (2 uur) waarbij we u zullen bevragen over uw ervaringen met de nieuwe wetgeving rond re-integratie (KB 28/10/2016). De nieuwe wetgeving werd opgesteld om de re-integratiemogelijkheden van langdurig zieke medewerkers te bevorderen. KU Leuven wilt de efficiëntie en de gevolgen van dit besluit in de praktijk evalueren. We zullen hiervoor patiënten/werknemers, werkgevers, preventieadviseurs arbeidsgeneesheren, adviserende artsen en huisartsen bevragen. Deze studie wordt uitgevoerd met ondersteuning van de Federale Overheidsdienst voor Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO).

➢ Ik begrijp wat van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek.

➢ Ik weet dat ik zal deelnemen aan een groepsinterview dat wordt opgenomen voor latere verwerking

➢ Ikzelf of anderen kunnen baat bij dit onderzoek hebben op volgende wijze: de opgedane kennis is belangrijk voor de evaluatie van de nieuwe wetgeving rond re-integratie met als doel het formuleren van aanbevelingen voor de optimalisatie ervan.

➢ Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.

➢ De resultaten van dit onderzoek zullen gerapporteerd worden aan FOD WASO en in wetenschappelijke publicaties. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd, anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd. Mijn gegevens worden in geen geval gebruikt voor controle of andere doeleinden.

➢ Ik wil graag op de hoogte gehouden worden van de resultaten van dit onderzoek. De onderzoeker mag mij hiervoor contacteren op het volgende e-mailadres (noteer hieronder):

➢ Voor vragen weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij: *Isabelle Boets (zie boven)*

➢ Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke ethische commissie (Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven). In geen geval dien ik de goedkeuring door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven te beschouwen als een aansporing tot deelname aan deze studie. Voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent ethische aspecten van deze studie kan ik contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek van UZ/KU Leuven: ec@uzleuven.be

Dank u voor het lezen van deze informatie. Alvast bedankt voor uw bereidwillige medewerking en ondersteuning van dit project.

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument.

Datum:

Naam en handtekening proefpersoon

Naam en handtekening onderzoeker

Bijlage 7: Informed Consent (FR)

Consentement éclairé
Titre de la recherche : Évaluation qualitative de l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail **Nom + coordonnées des chercheurs** : Isabelle Boets : isabelle.boets@kuleuven.be (+32 16 32 84 41) Dr Inge Neyens : inge.neyens@kuleuven.be Prof. Dr Lode Godderis : lode.godderis@kuleuven.be Département Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg Centre Omgeving en Gezondheid Kapucijnenvoer 35/5 PB 7001 3000 Leuven **But et méthodologie de la recherche** : Vous êtes invité(e) à participer à une discussion de groupe (de 2 heures) au cours de laquelle nous vous posons des questions sur vos expériences avec la nouvelle législation sur la réintégration au travail (AR 28/10/2016). La nouvelle législation a été élaborée pour promouvoir les possibilités de réintégration des collaborateurs malades de longue durée. La KU Leuven souhaite évaluer l'efficacité et les conséquences de cet arrêté dans la pratique. Pour ce faire nous interrogerons des patients/employés, des employeurs, des conseillers en prévention, des médecins du travail, des médecins-conseil et des médecins généralistes. Cette étude est réalisée avec le soutien du Service public fédéral de l'Emploi, du Travail et de la Concertation sociale (SPF ETCS).

- Je comprends ce qu'on attend de moi pour cette recherche.

- Je sais que je participerai à une interview de groupe qui sera enregistrée pour un traitement ultérieur.

- Je ne recevrai aucune compensation pour ma participation (celle-ci n'engendre par ailleurs aucun frais).

- Moi et d'autres personnes pouvons tirer profit de cette recherche de la façon suivante : les connaissances acquises sont importantes pour l'évaluation de la nouvelle législation sur la réintégration afin de pouvoir formuler des recommandations pour l'optimiser.

- Je comprends que ma participation à cette étude est bénévole. J'ai le droit d'arrêter ma participation à tout moment. Je n'ai aucune raison à donner pour cela et je sais qu'il n'en résultera aucun inconvénient pour moi.

- Les résultats de cette recherche seront rapportés au SPF ETCS et dans des publications scientifiques. Mon nom ne sera pas publié ; l'anonymat et la confidentialité des données sont assurés à chaque étape de la recherche. Mes données ne seront en aucun cas utilisées à des fins de vérification ou à d'autres fins.

- Je souhaiterais être tenu(e) au courant des résultats de cette recherche. Le chercheur peut me contacter à cet effet à l'adresse mail suivante (veuillez la noter ci-dessous) :

- Je sais qu'après ma participation je pourrai m'adresser à : *Isabelle Boets (voir ci-dessus).*

- Cette étude a été approuvée par un comité d'éthique indépendant (Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven). Je ne dois en aucun cas considérer l'approbation par ce comité d'éthique comme une incitation à participer à cette étude. Pour toute plainte ou toute inquiétude quant aux aspects éthiques de cette étude, je peux contacter le service médiation de la UZ Leuven (ombudsdienst@uzleuven.be, 016/34 46 55) qui transmettra si nécessaire ma question à la Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.

Merci d'avoir lu cette information. Nous vous remercions d'avance de votre collaboration bénévole et de votre soutien à ce projet.

Je déclare avoir été informé de la nature, du but, de la durée des éventuels avantages et risques de la recherche et savoir ce qui est attendu de moi. J'ai pris connaissance du document d'information.

Date :

Nom et signature du sujet participant Nom et signature du chercheur