

Vlaamse Liga tegen Kanker

Beleidsvoorstellen om de werkhervatting na kanker of een andere ernstige ziekte te bevorderen

Mei 2013



Omdat niemand kanker verdient

COLOFON

Tekst: Ward Rommel (ward.rommel@tegenkanker.be)

Redactieraad: Chris Heremans, Hans Neefs, Inge Pelemans, Hedwig Verhaegen

Eindredactie: Brecht Desplenter

Verantwoordelijke uitgever: Marc Michils, Koningsstraat 217, 1210 Brussel

Uitgave: mei 2013

De Vlaamse Liga tegen Kanker dankt alle deskundigen die kritische commentaren leverden bij eerdere versies van deze tekst (eventuele fouten blijven uiteraard de verantwoordelijkheid van de auteur):

Nathalie Betsch, Luc Cools, Huget Desiron, Erik Samoy, Karel Van Damme, Piet Vandenberg

Beleidsvoorstellen om de werkhervatting na kanker of een andere ernstige ziekte te bevorderen

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Inleiding | 6 |
| 1. Motiveren en sensibiliseren | 7 |
| Bestaande initiatieven | 7 |
| Prioritaire volgende stappen | 8 |
| 2. Informatieverstrekking over wetgeving | 8 |
| Bestaande initiatieven | 11 |
| Prioritaire volgende stappen | 12 |
| 3. Ontwikkeling van richtlijnen en interventies voor alle betrokken partijen | 12 |
| 3.1. Richtlijnen en interventies voor zorgverstrekkers uit de medische sfeer | 12 |
| Bestaande initiatieven | 13 |
| Prioritaire volgende stappen | 15 |
| 3.2. Richtlijnen en interventies voor de werkvloer | 15 |
| Bestaande initiatieven | 18 |
| Prioritaire volgende stappen | 19 |
| 3.3. Uitkeringen als instrument van re-integratie | 20 |
| Prioritaire volgende stappen | 23 |
| 4. Verbetering van samenwerking en communicatie tussen de betrokken actoren | 24 |
| Bestaande initiatieven | 25 |
| Op het niveau van de beleidsorganen | 25 |
| Op het niveau van de ondersteuning van de individuele werkhervatter | 25 |
| Prioritaire volgende stappen | 25 |
| Op het niveau van de beleidsorganen | 25 |
| Op het niveau van de ondersteuning van de individuele werkhervatter | 25 |
| 5. Bescherming tegen ontslag | 26 |
| Prioritaire volgende stappen | 27 |
| Lijst met afkortingen | 28 |

Samenvatting

Weer aan de slag gaan na kanker is voor veel ex-patiënten belangrijk. Om een beter zicht te krijgen op de ervaringen van mensen die na kanker het werk hervatten, deed de VLK n.a.v. de Dag tegen Kanker 2012 een oproep in de media om problemen met werkhervatting anoniem te melden. Er kwamen meer dan 350 reacties binnen. Deze getuigenissen bevestigden het belang van de werkhervatting. Het werk hervatten is echter niet evident. De zware neveneffecten maken de werkhervatting er niet makkelijker op. En er is een groot tekort aan informatie over ondersteunende overheidsmaatregelen. De maatregelen hebben in de praktijk ook enkele beperkingen. Niet alle werkgevers zijn bereid om het takenpakket of het uurrooster aan te passen. Ook wie na de behandeling werk gaat zoeken of zich wil vestigen als zelfstandige, stoot op problemen.

Naar aanleiding van de Dag tegen Kanker 2012 overhandigde de VLK het dossier *“Werken na kanker: welke problemen ervaren (ex-)kankerpatiënten die het werk hervatten?”* aan minister van Werk Monica De Coninck. Dit dossier brengt een grondige analyse van de patiëntengetuigenissen. De minister engageerde zich ertoe om in het voorjaar van 2013 een rondetafelconferentie samen te roepen met alle partijen die kunnen bijdragen tot een vlottere werkhervatting.

Als bijdrage aan deze vlottere werkhervatting werkte de VLK een pakket beleidsvoorstellen uit. De beleidsvoorstellen zijn gebaseerd op twee door de VLK gesteunde onderzoeksprojecten over *“werken na kanker”*: een project dat de juridische kant van werken na kanker bekijkt (door Frank Hendrickx en Nathalie Betsch, KU Leuven) en een kwalitatief onderzoeksproject over de werkhervatting na borstkanker (Peter Donceel en Corine Tiedtke, KU Leuven). Daarnaast zijn er ook verschillende andere recente initiatieven, onderzoeksrapporten en beleidsnota's over terugkeren naar het werk na een ernstige ziekte, die voor inspiratie zorgen, bijv. een onderzoek in opdracht van het RIZIV door Prevent (een multidisciplinair kennisinstituut gericht op de preventie van beroepsrisico's door de bevordering van de kwaliteit van de arbeidsomstandigheden en de verbetering van de arbeidsorganisatie) en een onderzoek in opdracht van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO).

De beleidsvoorstellen zijn samengebracht in vijf thema's: 1. motiveren en sensibiliseren, 2. informatieverstrekking, 3. ontwikkelen van richtlijnen en interventies, 4. verbetering van samenwerking en communicatie tussen de betrokken actoren, en 5. bescherming tegen ontslag. Elk thema vertrekt vanuit een probleemschets, vervolgens wordt aangegeven welke initiatieven al genomen zijn door de overheid of andere betrokken partijen om de vastgestelde problemen op te lossen, en ten slotte geven we aan welke de prioritaire volgende stappen zijn om binnen een bepaald thema vooruitgang te boeken. De VLK zal vooral op deze prioritaire stappen vooruitgang proberen te boeken, met behulp van de verschillende middelen die haar ter beschikking staan (zoals lobbywerk of ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek).

De beleidsvoorstellen gaan in de eerste plaats over werknemers in de privésector, en niet over ambtenaren of zelfstandigen. De beschikbare onderzoeksrapporten focussen tot nu toe immers vooral op werknemers in de privésector. Dit is een hiaat dat in de nabije toekomst weggewerkt moet worden.

De belangrijkste prioritaire stappen op de vijf geanalyseerde domeinen zijn:

1. Motiveren en sensibiliseren

- Engagementsverklaringen waarbij de verschillende betrokken actoren (vooral de werkgevers- en werknemersorganisaties) zich ertoe engageren om de werkhervatting na een ernstige ziekte zo goed mogelijk te ondersteunen bij hun leden. (mogelijke initiatiefnemer: VLK, sociale partners)
- Oplijsten van de voordelen van een soepele werkhervatting voor de verschillende betrokken partijen. (mogelijke initiatiefnemer: federale of Vlaamse overheid, onderzoeksinstelling)

2. Informatieverstrekking

- Een informatiebrochure over de wetgeving i.v.m. werkhervatting voor (ex-)kankerpatiënten die werken of werkten in een zelfstandigen- of ambtenarenstatuut. (initiatiefnemer: VLK)
- Een aanspreekpunt dat de verschillende beleidsdomeinen en bevoegdheidsniveaus overkoepelt en waar alle betrokkenen terecht kunnen met vragen over werkhervatting. (initiatiefnemer: Vlaamse en federale overheid)
- De ontwikkeling van een eenvoudige rekenmodule online om duidelijkheid te creëren over de financiële impact van de werkhervatting. (initiatiefnemer: Vlaamse overheid)
- Realisatie van de initiatieven van het RIZIV en het plan 'back to work' (dat deel uitmaakt van de algemene beleidsnota van de staatssecretaris voor Sociale Zaken, Gezinnen en Personen met een Handicap) in verband met informatieverstrekking over de progressieve tewerkstelling. (initiatiefnemer: RIZIV, federale overheid)

3. Ontwikkeling van richtlijnen en interventies voor alle betrokken partijen

- Onderzoek over de ontwikkeling van interventies in de medische sfeer en de werksfeer om de terugkeer naar het werk te ondersteunen. Onderzoek over de effectiviteit van bestaande interventies (bijv. EMIOR, een methodiek voor ergotherapeuten om kankeroverlevers te begeleiden bij hun professionele re-integratie en disability case management (DCM), d.i. een gecoördineerde begeleiding van een werknemer met gezondheidsproblemen om hem te helpen z'n job te behouden). (initiatiefnemer: VLK, onderzoeksinstelling)
- De ontwikkeling van een instrument en/of validering van bestaande instrumenten om patiënten met een hoog risico op een mislukte werkhervatting te identificeren en om de nood aan ondersteuning bij de werkhervatting te meten, zodat een geïndividualiseerd antwoord mogelijk is. (initiatiefnemer: VLK, onderzoeksinstelling)
- De ontwikkeling van een richtlijn voor zorgverstrekkers over de ondersteuning van de werkhervatting van (ex-)kankerpatiënten (met aandacht voor wanneer de werkhervatting ter sprake wordt gebracht, welke informatie gegeven wordt, hoe doelstellingen over het tijdstip van de werkhervatting geformuleerd worden ...). (initiatiefnemer: College voor Oncologie, KCE)
- Steun aan bedrijven (vooral kmo's) om een systematisch re-integratiebeleid te ontwikkelen. (initiatiefnemer: overheid, sociale partners)

- Afstemming van de verschillende initiatieven en instrumenten met betrekking tot werkhervatting die op Vlaams en federaal niveau ontwikkeld worden. (initiatiefnemer: overheid, onderzoeksinstelling)
- Er zou een verplichting moeten komen voor de werkgever om ander of aangepast werk aan te bieden. Indien de werkhervatting niet meer kan binnen het bedrijf, zou er een soort outplacementregeling moeten komen. De werkgever biedt dan ondersteuning aan om ander werk te vinden bij een andere werkgever. (initiatiefnemer: wetgever)
- De procedures in verband met werkhervatting die nu voorzien zijn in het koninklijk besluit gezondheidstoezicht en in de arbeidsovereenkomstenwet focussen op de definitief arbeidsongeschikte werknemer. Er is ook nood aan een procedure voor de langdurig arbeidsongeschikte werknemer. (initiatiefnemer: wetgever, sociale partners)
- Realisatie van het plan “back to work” (administratieve vereenvoudiging en betere voorwaarden voor toegelaten arbeid, een informatiecampagne om werkgevers en werknemers bewust te maken van de mogelijkheden van toegelaten arbeid, maatregelen die het voor chronisch zieken mogelijk maken om vlot af te wisselen tussen periodes van werken en geregelde periodes van ziekteverlof, ondersteuning en peer review van adviserend geneesheren). (initiatiefnemer: federale overheid)
- De term ‘invaliditeit’ moet verdwijnen uit de terminologie van de uitkeringsverzekering. (initiatiefnemer: federale overheid)

4. Verbetering van samenwerking en communicatie tussen de betrokken actoren

- Realisatie van een structureel overlegplatform tussen het RIZIV, de FOD WASO, vakbonden, werkgevers, de VDAB.
- De interministeriële conferentie (IMC) moet federale en gemeenschapswetgeving analyseren, zodat inactiviteitsvallen ten gevolge van slecht op elkaar afgestemde regelgeving, verdwijnen.
- Er zou ondersteuning moeten zijn voor een overleg tussen de betrokken zorgverstrekkers, artsen, werknemer en werkgever vóór een beslissing over werkhervatting of definitieve arbeidsongeschiktheid. De realisatie van de chatbox voor adviserend geneesheren, arbeidsgeneesheren en behandelend geneesheren is een belangrijke stap in die richting. (initiatiefnemer: federale overheid)
- Er is nood aan een “universele taal” die voor alle betrokken partijen begrijpelijk is. Die taal zal medische concepten moeten vertalen naar termen die ook voor niet-medici te begrijpen zijn en die duidelijk maken wat de capaciteiten en beperkingen zijn van de werkhervatter. Een onderzoek hierover kan interessant zijn. (initiatiefnemer: federale overheid, VLK, onderzoeksinstelling)
- Een databank met contactgegevens van alle personen en instanties die betrokken kunnen zijn bij een werkhervatting (bijv. de adviserend geneesheren in een bepaalde regio, de arbeidsgeneesheren van de bedrijven in een bepaalde regio ...). (initiatiefnemer: federale en/of Vlaamse overheid)

5. Bescherming tegen ontslag

- Er moet een vorm van ontslagbescherming komen voor de arbeidsongeschikte werknemer. Voor mensen met kanker zou deze ontslagbescherming ten minste moeten gelden tijdens de primaire medische behandeling. De ontslagbescherming mag het niet moeilijker maken voor (langdurig)

arbeidsongeschikte werknemers om (ander) werk te vinden (initiatiefnemer: federale overheid, sociale partners).

Inleiding

Weer aan de slag gaan na kanker is voor veel ex-patiënten belangrijk. Dit blijkt bijvoorbeeld uit vragen die mensen stellen aan de Kankertelefoon en e-kankerlijn en uit reacties op het patiëntenforum van de VLK. Om een beter zicht te krijgen op de ervaringen van mensen die na kanker het werk hervatten, deed de VLK n.a.v. de Dag tegen Kanker 2012 een oproep in de media om problemen met werkhervatting anoniem te melden. Er kwamen meer dan 350 reacties binnen. Deze getuigenissen bevestigden het belang van de werkhervatting, maar het bleek ook dat het werk hervatten niet evident is. De zware neveneffecten maken de werkhervatting er niet makkelijker op. Gelukkig zijn er verschillende overheidsmaatregelen die de werkhervatting ondersteunen. Er is bijvoorbeeld een systeem van toegelaten arbeid (of progressieve tewerkstelling). Mensen kunnen deeltijds het werk hervatten en een deel van hun ziekte-uitkering behouden. Maar over deze overheidsmaatregelen is er een groot tekort aan informatie. De maatregelen hebben in de praktijk ook enkele beperkingen. Een geslaagde werkhervatting hangt af van de bereidheid van de werkgever om het takenpakket of het uurrooster aan te passen. Hier zijn er uiteenlopende ervaringen. Sommige werknemers kunnen rekenen op de gewenste aanpassingen. Maar bij andere werkgevers komt de aanpassing er niet, zodat de werkhervatting fout loopt. Een twintigtal getuigen melden ook dat ze ontslagen zijn tijdens het ziekteverlof of kort na de werkhervatting. Ook wie na de behandeling werk gaat zoeken of zich wil vestigen als zelfstandige, stoot op problemen. Mensen die solliciteren, worstelen met de vraag of ze iets moeten vertellen over hun ziekteverleden tijdens de selectieprocedure en zo ja, wat ze dan moeten vertellen. Getuigen die zich na een kankerepisode willen vestigen als zelfstandige, hebben het bijvoorbeeld moeilijk om nog een verzekering gewaarborgd inkomen af te sluiten.

Een meer diepgaande analyse van deze getuigenissen vindt u in het rapport: *“Werken na kanker: welke problemen ervaren (ex-)kankerpatiënten die het werk hervatten?”*¹. Naar aanleiding van de Dag Tegen Kanker 2012 overhandigde de VLK dit dossier aan minister van Werk Monica De Coninck. De minister engageerde zich ertoe om in het voorjaar van 2013 een rondetafelconferentie samen te roepen met alle partijen die kunnen bijdragen tot een vlottere werkhervatting.

Als bijdrage aan deze vlottere werkhervatting werkte de VLK een pakket beleidsvoorstellen uit. De patiëntengetuigenissen vormen het uitgangspunt voor deze voorstellen. De beleidsvoorstellen zijn gebaseerd op twee door de VLK gesteunde onderzoeksprojecten over “werken na kanker”: een project dat de juridische kant van werken na kanker bekijkt (door Frank Hendrickx en Nathalie Betsch, KU Leuven) en een kwalitatief onderzoeksproject over de werkhervatting na borstkanker (Peter Donceel en Corine Tiedtke, KU Leuven). Daarnaast zijn er ook verschillende andere recente initiatieven, onderzoeksrapporten en beleidsnota's over terugkeren naar het werk na een ernstige ziekte die voor inspiratie zorgen, bijv. een onderzoek in opdracht van het RIZIV door Prevent (een multidisciplinair kennisinstituut gericht op de preventie van beroepsrisico's door de bevordering van de kwaliteit van de arbeidsomstandigheden en de verbetering van de arbeidsorganisatie) en een onderzoek in opdracht van de FOD WASO⁸.

De beleidsvoorstellen zijn samengebracht in vijf thema's: 1. motiveren en sensibiliseren, 2. informatieverstrekking, 3. ontwikkelen van richtlijnen en interventies, 4. verbetering van samenwerking en communicatie tussen de betrokken actoren, en 5. bescherming tegen ontslag. Elk thema vertrekt vanuit een probleemschets, vervolgens wordt aangegeven welke initiatieven al genomen zijn door de overheid of andere betrokken partijen om de vastgestelde problemen op te

lossen, en ten slotte geven we aan welke de prioritaire volgende stappen zijn om binnen een bepaald thema vooruitgang te boeken. De VLK zal vooral op deze prioritaire stappen vooruitgang proberen te boeken, met behulp van de verschillende middelen die haar ter beschikking staan (zoals lobbywerk of ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek).

De beleidsvoorstellen gaan in de eerste plaats over werknemers in de privésector, en niet over ambtenaren of zelfstandigen. De beschikbare onderzoeksrapporten focussen tot nu toe immers vooral op werknemers in de privésector. Dit is een hiaat dat in de nabije toekomst moet weggewerkt worden.

1. Motiveren en sensibiliseren

Voor veel mensen die reageerden op de oproep van de VLK, is het werk kunnen hervatten erg belangrijk, om verschillende redenen (financiële redenen, zelfwaardegevoel, gevoel van verantwoordelijkheid en controle, sociale contacten, het geeft structuur aan het leven, het is een afsluiting van de ziekteperiode ...).

Een vlotte werkhervatting na een ernstig gezondheidsprobleem is ook belangrijk om het budget van de sociale zekerheid te ontlasten. Activering van arbeidsongeschikten kan bijdragen aan economische groei². Aangezien mensen langer moeten werken en de kans op kanker of een andere aandoening stijgt met de leeftijd, zullen meer mensen met kanker te maken krijgen tijdens hun carrière.

Werkhervatting na kanker of een andere aandoening is dan ook een belangrijk thema. Er is nood aan een grote maatschappelijke eensgezindheid bij de aanpak van de arbeidsre-integratie van mensen die een ernstig gezondheidsprobleem overleefden of leven met een chronische ziekte⁹. De maatschappij moet niet kijken naar wat iemand niet meer kan, maar moet aandacht hebben voor wat iemand wel nog kan. Alle betrokkenen moeten een inspanning doen⁹. Werkgevers moeten bijvoorbeeld leren dat mensen na een kankerbehandeling nog altijd gemotiveerde en waardevolle werknemers kunnen zijn. Behandelende artsen moeten het thema bespreken met hun patiënten en de overheid moet werkhervatting systematisch ondersteunen. De vakbondswerking moet niet alleen aandacht hebben voor het verdedigen van het recht op een uitkering, maar ook voor het ondersteunen van re-integratie²⁶. Sensibilisatiecampagnes en -initiatieven kunnen bijdragen tot het engagement van de betrokken partijen.

Bestaande initiatieven

- De VLK-campagne naar aanleiding van de Dag tegen Kanker 2012 probeerde ruime maatschappelijke aandacht te creëren voor het belang van werkhervatting na kanker en de problemen die hiermee gepaard gaan³.

- De Limburgse werkgeversorganisaties ondertekenden samen met LIKAS (Limburgse Kankersamenwerking) een intentieverklaring over werkhervatting tijdens en na (borst)kanker. De werkgeversorganisaties zullen hun leden stimuleren om aandacht te hebben voor de werkhervatting van mensen met borstkanker. Ze willen tonen aan hun leden dat een actief re-integratiebeleid voor werkgever en werknemer voordelen biedt en een voorbeeld is van ethisch verantwoord ondernemerschap. De Limburgse werkgevers engageren zich ertoe om toegelaten arbeid optimaal in te zetten en om de terugkeer naar het bestaande werk zo veel mogelijk te ondersteunen. Er komt

ook een communicatie-instrument voor de patiënt dat de communicatie van de patiënt met de behandelende arts en de andere betrokkenen zal ondersteunen. De intentieverklaring bevat een stappenplan voor de ondersteuning van de werkhervatting van werknemers met borstkanker: 1. werknemer en werkgever houden elkaar op de hoogte tijdens de afwezigheid van de werknemer; 2. de werkgever heeft de intentie om de werknemer weer in te schakelen in zijn huidige functie (ervaring en kennis blijven zo optimaal benut - er zullen stappen gezet worden om eventuele ergonomische aanpassingen te realiseren); 3. de werkgever vraagt de arbeidsgeneesheer om mee te werken aan een individueel plan van werkhervatting zodra de patiënt hier vragen over stelt; 4. er wordt door de arbeidsgeneesheer en de hr-afdeling een traject voor progressieve werkhervatting uitgewerkt; 5. het individueel traject is intentioneel beperkt in de tijd; 6. de werkgever biedt de werknemer de kans om ook tijdens de ziekte relevante opleidingen te volgen; 7. de werkgever kan terecht bij werkgeversorganisaties voor meer informatie en opleiding rond werkhervatting⁴.

Prioritaire volgende stappen

- De Limburgse intentieverklaring is een origineel en positief initiatief. Maar het domein van het initiatief is beperkt. Het gaat enkel over Limburg en werkhervatters met borstkanker. Ook voor de rest van Vlaanderen en voor Brussel kunnen zo'n engagementsverklaringen een positief effect hebben. Ook een verbreding naar andere patiëntengroepen en organisaties is nodig. Nu zijn er enkel werkgeversorganisaties betrokken bij het initiatief. Ook de betrokkenheid van de vakbonden bij terugkeer naar het werk is belangrijk. (mogelijke initiatiefnemer: VLK, sociale partners)

- In het kader van sensibilisatie is het belangrijk om de voordelen van de werkhervatting voor de verschillende betrokken partijen systematisch in kaart te brengen. Voor een bedrijf kan minder ziekteverzuim bijvoorbeeld leiden tot een kostenbesparing: een bedrijf moet dan onder meer minder overuren uitbetalen of niet investeren in het zoeken van een vervanger⁹. (mogelijke initiatiefnemer: federale of Vlaamse overheid, onderzoeksinstelling)

2. Informatieverstrekking over wetgeving

Het wettelijk kader in verband met de terugkeer naar het werk is heel complex en zit verspreid over verschillende beleidsniveaus⁷. Verschillende onderzoeksrapporten besluiten dat de betrokkenen onvoldoende op de hoogte zijn van de vele ondersteunende maatregelen en van de wetgeving ter zake. Bepaalde ondersteunende maatregelen worden onvoldoende benut, sommige maatregelen worden op inconsequente wijze toegepast. Daardoor zien werkgevers de terugkeer naar het werk soms onterecht als onmogelijk^{5 9}.

De getuigenissen die de VLK ontving, verwijzen bijvoorbeeld bijna nooit naar de bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen (BTOM's) van de Vlaamse overheid. Een voorbeeld van een BTOM is de Vlaamse ondersteuningspremie (VOP). Het gaat om een loonkostensubsidie betaald aan de werkgever, toegekend door de VDAB⁶.

Veel getuigenissen in het VLK-rapport gaan over vragen en onduidelijkheden over de regeling van toegelaten arbeid:

- Als je in het stelsel van toegelaten arbeid stapt, maar je kan het werk niet aan en moet terugkeren naar een volledige arbeidsongeschiktheid, hoe beïnvloedt dit dan je ziekte-uitkering?

- Als je in het stelsel van toegelaten arbeid deeltijds werkt, moet je je uren dan presteren op vaste momenten, of kan je daar flexibel mee omspringen en gaan werken op momenten dat je je goed voelt?
- Hoe worden je vakantiedagen berekend als je in het systeem van toegelaten arbeid stapt?
- Sommige werkgevers rekenen een vakantiedag aan als een werknemer op controle moet bij de adviserend geneesheer. Is dit wettelijk?
- Kan je na een periode van toegelaten arbeid nog in het stelsel van tijdskrediet stappen?
- Twee getuigenissen gaan over mensen die in het systeem van toegelaten arbeid zitten en een onverwacht hoge bijdrage aan de belastingen moeten betalen. Ze vragen zich af hoe dit komt.

De werkhervatters krijgen bovendien te maken met adviserend geneesheren die niet alle mogelijkheden van de wetgeving over toegelaten arbeid benutten. Een voorbeeld: sommige patiënten willen meer dan halftijds werken en de rest van de tijd arbeidsongeschikt zijn, maar sommige adviserend geneesheren staan dit niet toe. Ze gaan ervan uit dat halftijds werken in combinatie met een ziekte-uitkering het maximum is. Wie meer dan 50 % van de tijd kan werken, zien ze als arbeidsgeschikt. Nochtans is het wettelijk perfect mogelijk om in de regeling van toegelaten arbeid meer dan 50 % te werken.

Onderzoek van het CSB (Centrum voor Sociaal Beleid) stelt vast dat de complexiteit van de stelsels om een uitkering met een inkomen te combineren, het moeilijk maakt voor de betrokkenen en de consultants om de financiële gevolgen van tewerkstelling in te schatten (impact op uitkering, kinderbijslag, tegemoetkoming ...) ²⁷. De wetgeving laat verschillende interpretaties toe wat betreft rechten en plichten van werkhervatters (i.v.m. toegelaten arbeid, inschrijving bij VDAB, volgen van opleiding). Financiële en juridische zekerheid bieden aan een werknemer die de stap zet van een uitkering naar werk, is nochtans belangrijk ²⁵. De beschreven onduidelijkheden kunnen in de praktijk een inactiviteitsval vormen. Er moet daarom duidelijkheid komen over rechten en plichten voor personen met een ZIV-uitkering en voor de adviserend geneesheren, stelt het CSB. Er moeten duidelijke richtlijnen zijn voor de betrokkenen ²⁷.

Ook de kennis over de rol die de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer (PAAG) kan spelen bij de werkhervatting, laat te wensen over. De PAAG beschikt over verschillende instrumenten om de werkhervatting te ondersteunen. Bij werknemers die onderworpen zijn aan het verplicht medisch gezondheidstoezicht, is er zo'n verplicht medisch gezondheidstoezicht na elke arbeidsongeschiktheid van vier weken of meer. De werkgever moet afwezigheden van meer dan vier weken van deze onderworpen werknemers melden aan de PAAG. Voor elke werknemer, ongeacht of hij aan het verplicht medisch gezondheidstoezicht is onderworpen, bestaat de mogelijkheid van een medisch onderzoek bij de PAAG, na elke arbeidsongeschiktheid van vier weken of meer. De werkgever moet alle werknemers informeren over dit recht. De werknemer neemt zelf het initiatief om van deze mogelijkheid gebruik te maken. Een arbeidsongeschikte werknemer heeft daarnaast ook de mogelijkheid om een spontane raadpleging bij de PAAG te vragen, voor een niet-medisch gericht bezoek. Deze werkhervattingsonderzoeken moeten de PAAG helpen om na te gaan of de werknemer nog steeds geschikt is om het overeengekomen werk uit te voeren, of om de werkgever voorstellen

te doen over het aanpassen van de arbeidspost en de arbeidsorganisatie⁷. Maar van deze mogelijkheden wordt onvoldoende gebruikgemaakt. Een enquête bij de hr-verantwoordelijken van kmo's toonde dan ook aan dat er een groot gebrek is aan kennis over de regelgeving in verband met de PAAG. Het is noodzakelijk om de kennis over deze werkhervattingsonderzoeken door de PAAG ruimer te verspreiden⁸.

Verschillende rapporten doen dan ook aanbevelingen voor een betere informatieverstrekking:

a) Er zijn voorstellen gericht aan alle betrokken partijen:

- De OESO beveelt aan om alle betrokken partijen duidelijk in te lichten over de bestaande regelgeving en de beschikbare ondersteunende maatregelen². Het CSB beveelt aan de verzekeringsinstellingen, adviserend geneesheren, arbeidsgehandicapten en werkgevers een eenduidige informatieverstrekking aan over de regeling i.v.m. toegelaten arbeid²⁷.
- De commissie diversiteit van de SERV (Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen) wijst op het belang van een goede informatieverstrekking aan werknemers en werkgevers over de mogelijkheden die er vandaag zijn inzake de Vlaamse ondersteunende maatregelen (BTOM's)²⁵.
- Een onderzoek in opdracht van het RIZIV door Prevent geeft enkele concrete ideeën om de informatieverstrekking te verbeteren⁹:

- * De relevante websites, bijv. van het RIZIV, moeten duidelijker informatie bieden.

- * Er is nood aan informatie (brochures) die een overzicht geeft van de beschikbare ondersteuning per statuut (werknemer, werkloze, zelfstandige, ambtenaar)⁹. Voor groepen met een verhoogd risico (oudere werknemers, alleenstaanden ...) is er nood aan een specifiek informatieaanbod.

- * De complexiteit van de informatie volgt voor een deel uit het feit dat de regels uit het arbeidsrecht en de regels van de sociale zekerheid elkaar ontmoeten bij een werkhervatting. Er is daarom nood aan een overkoepelend aanspreekpunt waarbij de verschillende beleidsdomeinen betrokken zijn. Dit overkoepelend aanspreekpunt moet informatie kunnen geven over de verschillende maatregelen van de verschillende bevoegdheidsdomeinen en verschillende beleidsniveaus en over de verschillende ondersteunende methodieken (bijv. disability management). Zo'n overkoepelend aanspreekpunt is bijvoorbeeld voor kleine ondernemingen belangrijk. Zij kunnen niet alle expertise in huis hebben⁹. Zo'n overkoepelend aanspreekpunt kan bijvoorbeeld bij de VDAB ingebouwd worden. Informatieverstrekking aan de arbeidsongeschikte werknemer kan wellicht het best via het ziekenfonds.

- * Vorming voor medewerkers van intermediaire organisaties (bijv. de ziekenfondsen) die in contact komen met arbeidsongeschikte werknemers, over de instrumenten die werkhervatting ondersteunen.

- * Er is nood aan een databank met contactgegevens van de verschillende betrokken partijen, zodat één betrokken partij (bijv. de adviserend geneesheer) vlot de contactgegevens kan terugvinden van andere partijen die nodig zijn om ondersteuning te leveren bij een werkhervatting (bijv. een gespecialiseerde opleidings-, begeleidings- en bemiddelingsdienst (GOB), of arbeidsgeneesheer).

b) Er zijn ook voorstellen gericht naar specifieke betrokkenen, bijv. de vakbonden:

Sedert 2003 is er steun voor diversiteitsconsulenten die bij de drie vakbonden werken. Er zijn nu meer dan 100 diversiteitsconsulenten actief die allen een deelopdracht hebben m.b.t. arbeidsre-integratie van arbeidsgehandicapten⁶. Het netwerk van diversiteitsmakelaars (bijv. diversiteits- en blijfconsulenten van de vakbonden, consulenten van jobkanaal) moet expertise inzake disability management (cfr. infra) verwerven, bijv. door opleiding over de wetgeving m.b.t. jobbehoud en re-integratie²⁵. (NB: een blijfconsulent ondersteunt mensen die op zoek zijn naar werk, bijv. door hulp bij het solliciteren en informatieverstrekking over interessante cursussen)

c) Voorstellen gericht naar de werknemers:

- De ondersteuning die nodig is voor werknemers, kan sterk verschillen, concludeert Prevent. Voor de ene is een informatiefolder genoeg, voor de andere is gespecialiseerde ondersteuning door deskundigen nodig.

- Volgens de SERV is er nood aan een computermodule om de financiële impact van de overgang van leven van een uitkering naar (ander) werk zo exact mogelijk weer te geven. Allerlei intermediaire instellingen (medewerkers van de VDAB, GTB, GOB (gespecialiseerde opleidings- en bemiddelingscentra) en GA (gespecialiseerde arbeidsonderzoeksdienst, die samen met een werkzoekende met een arbeidshandicap een diagnose van de arbeidscompetenties opmaakt en op basis hiervan een oriëntering naar de arbeidsmarkt opstelt), de OCMW's, ziekenfondsen, vakbonden, andere private en publieke arbeidsbemiddelingsinstanties) kunnen dit dan gebruiken om werkhervatters duidelijk te informeren over de financiële gevolgen van hun beslissing²⁵. Er waren plannen om de ontwikkeling van de rekenmodule onder te brengen in het onderzoeksproject Flemsi¹⁰, een project om simulatiemodellen te ontwikkelen voor het berekenen van de impact van beleidsmaatregelen, maar de financiering ontbreekt.

Bestaande initiatieven

- In het kader van het door de VLK gesteunde project 'kanker en werk: rechten en plichten'⁷ ontwikkelen de onderzoekers een informatiebrochure voor (ex-)kankerpatiënten over de complexe wetgeving in verband met werkhervatting. De brochure wil ook zorgverleners de juridische kennis verschaffen om (ex-)kankerpatiënten te informeren. De brochure gaat over werknemers. Zelfstandigen en statutaire ambtenaren komen in de brochure niet aan bod.

- Het RIZIV werkt aan een draaiboek met basisinformatie over de wetgeving inzake toegelaten arbeid. De bedoeling is dat adviserend geneesheren de wetgeving consequenter en correcter gaan toepassen. Adviserend geneesheren moeten duidelijke informatie krijgen over de mogelijkheden van de wetgeving over toegelaten arbeid, bijv. dat men meer dan halftijds kan werken binnen het systeem. Er wordt een reorganisatie van de site van het RIZIV aangekondigd, en er komt een informatiecampagne¹¹.

- Het plan 'back to work' in de beleidsnota van staatssecretaris Courard kondigt een informatiecampagne aan bij werkgevers en werknemers om ze bewust te maken van de mogelijkheden inzake toegelaten arbeid¹².

Prioritaire volgende stappen

- Voor (ex-)kankerpatiënten die werken of werkten in een zelfstandigen- of ambtenarenstatuut moet er een informatiebrochure komen over de wetgeving in verband met werkhervatting.

(initiatiefnemer: VLK)

- Er is nood aan een aanspreekpunt dat de verschillende beleidsdomeinen en bevoegdheidsniveaus overkoepelt en waar alle betrokkenen terecht kunnen met vragen over werkhervatting.

(initiatiefnemer: Vlaamse overheid)

- De ontwikkeling van een eenvoudige rekenmodule online om duidelijkheid te creëren over de financiële impact van de werkhervatting. (initiatiefnemer: Vlaamse overheid)

- Realisatie van de initiatieven van het RIZIV en het plan 'back to work' in verband met informatieverstrekking over de progressieve tewerkstelling. (initiatiefnemer: RIZIV, federale overheid)

3. Ontwikkeling van richtlijnen en interventies voor alle betrokken partijen

Er is nood aan richtlijnen en interventies om de herstelinspanning van de (ex-)kankerpatiënt te ondersteunen. De richtlijnen moeten ervoor zorgen dat de werkhervatting tijdig ter sprake gebracht wordt, dat er een goede inschatting is van de impact van de aandoening en de behandeling op de werkhervatting, dat er realistische doelstellingen geformuleerd worden en dat de patiënt snel doorverwezen wordt naar de geschikte hulp². De richtlijnen moeten ook vastleggen wie wat doet. Een voorbeeld: behandelende artsen kunnen de terugkeer naar het werk ter sprake brengen op een consultatie, de arbeidsgeneesheer stelt aanpassingen voor aan de werksituatie en bemiddelt bij de werkgever. De werkgever kan informatie inwinnen over ondersteunende maatregelen²⁰. De richtlijnen moeten de multidisciplinaire aanpak beklemtonen, waarbij actoren uit de gezondheidszorg, van de werkplek en de sociale zekerheid samenwerken⁹. Interventies zijn ingrepen om de werkhervatting te ondersteunen door in te werken op het lichamelijk functioneren, de werkomgeving en persoonsgebonden factoren. Volgens verschillende rapporten moet de werkhervatter vrijwillig van deze interventies kunnen gebruikmaken: verplichtingen werken contraproductief^{8 9}.

We maken een onderscheid tussen richtlijnen en interventies die zich op zorgverstrekkers uit de medische sfeer richten, richtlijnen en interventies die zich primair op de werkomgeving richten en interventies die zich situeren in de sfeer van de sociale zekerheid. Dit is een wat artificieel onderscheid, omdat verschillende richtlijnen en interventies gaan over verschillende omgevingen en het belang van een samenwerking beklemtonen tussen medische sfeer en werkomgeving.

3.1. Richtlijnen en interventies voor zorgverstrekkers uit de medische sfeer

Kanker en de behandeling kunnen ernstige lichamelijke en psychische gevolgen hebben. De neveneffecten en de gevolgen van de kankerbehandeling maken de werkhervatting er niet makkelijker op. Door de neveneffecten is het moeilijker om weer voltijds te gaan werken, om het werk te combineren met het huishouden, de zorg voor de kinderen of een sociaal leven.

Opdat zorgverstrekkers de werkhervatting optimaal zouden kunnen ondersteunen, is er nood aan specifieke richtlijnen. Richtlijnen kunnen gaan over wanneer zorgverstrekkers de werkhervatting ter sprake brengen, over manieren om de hulpnood en -vraag in kaart te brengen, over het advies dat

zorgverstrekkers geven over terugkeer naar het werk (bijv. over de timing) en over technieken om om te gaan met neveneffecten zoals vermoeidheid of concentratiestoornissen^{2 20}.

Wellicht zullen deze richtlijnen er ook rekening mee moeten houden dat de noden kunnen verschillen van patiënt tot patiënt¹⁶. Mensen reageren immers verschillend op hun aandoening. In haar onderzoek over werkhervatting na borstkanker vond Tiedtke¹³ drie reacties terug. Voor sommige vrouwen overheerst sinds de diagnose een gevoel van onherstelbaar verlies (disruption), terwijl kanker voor andere vrouwen een 'episode' is, een vervelende periode waarna het leven voortgaat als voorheen. Ten slotte zijn er ook vrouwen die door de aandoening hun leven opnieuw bekijken en nieuwe prioriteiten stellen (meaningful period). Wellicht zal de begeleiding bij werkhervatting rekening moeten houden met de uiteenlopende reacties van de patiënten.

Bestaande initiatieven

- Er zijn in andere landen al richtlijnen beschikbaar die aandacht hebben voor werkhervatting. Volgens een 'cancer rehabilitation guideline' uit Nederland is er aandacht nodig voor werk en kanker tijdens behandeling en follow-up. De richtlijn richt zich op elke zorgverstrekker die betrokken is bij het verwijzen van patiënten naar kankerrevalidatie en zorgverstrekkers die betrokken zijn bij revalidatie: artsen, bedrijfsgeneesheren, verpleegkundigen, ergotherapeuten, psychologen, sociaal werkers ...¹⁴.

- Het EMIOR-project¹⁵ heeft een methodiek ontwikkeld voor ergotherapeuten om kankeroverlevers te begeleiden bij hun professionele re-integratie. Het project is gevalideerd bij patiënten met borstkanker. Er zijn gedurende het EMIOR-project 56 actieve begeleidingen bij borstkankerpatiënten geweest. Het project omvat doelstellingen voor ergotherapeuten, kankeroverlevers en bedrijfsmanagers. Ergotherapeuten moeten vrouwen met borstkanker op een meer gestructureerde manier begeleiden naar de werkvloer. (Ex-)kankerpatiënten moeten beter gewapend worden om hun rol als actief lid van de samenleving op de arbeidsmarkt in te vullen. De doelstellingen voor managers zijn: hun bereidheid versterken om vrouwen met borstkanker in de organisatie te houden, leren om een re-integratietraject op te volgen en managers de instrumenten geven om de mogelijkheden van hun werknemers goed in te schatten. De ontwikkelde methodiek omvat een traject met verschillende stappen: 1. Kennismaking: doorverwijzing door behandelend geneesheer, adviserend geneesheer of revalidatieprogramma's naar een ergotherapeut, die door middel van een interview de cliënt beter leert kennen; 2. assessment: in kaart brengen van capaciteiten, inventarisatie van de vereiste taken op de werkvloer en een vergelijking van de capaciteiten en de functievereisten, profielvergelijking (capaciteiten vs. functie); 3. opstellen en uitvoeren van het hervattingsplan; 4. nazorg.

- Tamminga¹⁶ maakte een review van zorginterventies die (ex-)kankerpatiënten ondersteunen bij het oplossen van werkgerelateerde problemen. De inhoud van de interventies en het effect op terugkeer naar werk werden beoordeeld in de review. Het ging om interventies die zich richten op het ondersteunen van de werkomgeving of van persoonsgebonden factoren. Interventies louter gericht op het verbeteren van het lichamelijk functioneren bleven buiten beschouwing. De inhoudelijke evaluatie ging na of er gewerkt werd volgens het 'shared care model' (dat de klemtoon legt op samenwerking tussen huisarts, specialist en arbeidsgeneesheer) en of de interventie rekening hield met de persoonlijke inschatting van de werkcapaciteit en het aanpassen van de fysieke werkbelasting. Volgens onderzoek bij andere aandoeningen zijn dit immers de belangrijkste

beïnvloedbare factoren om werkhervatting te ondersteunen. De onderzoekster vond in de literatuur 23 artikels die 19 interventies beschreven. Slechts drie interventies gingen uitsluitend over werkhervatting (de andere interventies hadden dus ook nog andere doelstellingen, los van werkhervatting). De werkgerelateerde persoonsgebonden elementen in de interventies waren bijvoorbeeld: aanmoediging, informatieverstrekking, counseling over werk, discussies over werk in een groepsessie. De componenten gericht op de werkomgeving waren onder andere: aanpassingen van het werk, graduele terugkeer naar het werk, informatieverstrekking door de behandelend arts aan de arbeidsgeneesheer. Tamminga concludeert dat de meeste interventies die aandacht hebben voor terugkeer naar het werk, dit thema niet centraal plaatsen. Weinig interventies zijn gebaseerd op het 'shared care model'. De meerderheid van de interventies richt zich niet op de persoonlijke inschatting van de werkcapaciteit of de aanpassing van de fysieke belasting. Als de persoonlijke inschatting van de werkcapaciteit wel aangepakt wordt, maakt men gebruik van informatieverstrekking (education), terwijl 'problem solving therapy' (vaardigheidstraining voor technieken om problemen te leren oplossen) volgens onderzoek effectiever is. Het verminderen van de fysieke werkbelasting door aanpassingen aan de werkplek is een effectieve techniek, maar in meer dan de helft van de interventies is de werkplek niet betrokken.

Zeven artikels onderzoeken de effecten van de interventie op de werkhervatting. De studies zijn op dit vlak van beperkte kwaliteit. Twee studies laten uitschijnen dat interventies gericht op het ondersteunen van werkhervatting effectief zijn. De twee studies maakten gebruik van twee technieken: aanmoediging van de werkhervatter en opvolging van de inspanningen om terug te keren naar het werk. Tamminga concludeert dat er nood is aan betere interventies om de terugkeer naar het werk te ondersteunen. De interventies moeten bijvoorbeeld meer inzetten op het 'shared care model' en meer aandacht hebben voor belangrijke prognostische factoren zoals de persoonlijke inschatting van de werkcapaciteit en aanpassing van de fysieke werkbelasting. Als eerste stap ontwikkelde en onderzocht Tamminga zelf een interventie om de werkhervatting te bevorderen. De interventie was geïntegreerd in de normale psychosociale zorg, en probeerde verkeerde opvattingen van patiënten over terugkeer naar het werk te corrigeren (dus een interventie die inwerkt op de persoonlijke inschatting van de werkcapaciteit)¹⁶. De interventie bestond uit vier gesprekken met een verpleegkundige van de ziekenhuisafdeling die terugkeer naar werk ter sprake bracht; een vergadering met de werknemer, een arbeidsgeneesheer en de leidinggevende om een terug-naar-werk-plan op te stellen; brieven van de behandelend arts naar de bedrijfsgeneesheer. De effectiviteit van deze interventie werd bestudeerd aan de hand van een 'multicenter randomized trial'. De werkhervatting was in de interventie- en controlegroep 79 %. Ook het mediane tijdsverloop tot werkhervatting en levenskwaliteit was niet significant verschillend tussen de beide groepen¹⁶. Een spectaculair resultaat is dit niet. Uit de review en de eigen interventie van Tamminga e.a kunnen we dus concluderen dat er nog heel wat werk aan de winkel is om effectieve interventies ter ondersteuning van terugkeer naar werk te ontwikkelen.

- In verschillende ziekenhuizen in Vlaanderen kunnen patiënten met kanker een revalidatieprogramma volgen. Deze programma's bestaan uit een combinatie van fysieke training, psychologische, sociale en relationele begeleiding en advies over de juiste voeding en levensstijl. Deze programma's omvatten soms ook informatiesessies over terugkeer naar werk. Onderzoek over het effect van zo'n programma's is schaars. Een recent rapport van het KCE maakte een overzicht van bestaand onderzoek over het effect van fysieke training op patiënten tijdens chemo- en radiotherapie. De conclusie was dat er weinig studies van goede kwaliteit gebeurd zijn. Er was geen

consistent bewijs voor de voordelen van fysieke training op, bijv. levenskwaliteit. Fysieke training bleek ook niet schadelijk te zijn. Werkhervatting als uitkomstmaat komt niet aan bod in het KCE-rapport¹⁷. Sinds september 2012 loopt een onderzoeksproject dat in 21 Belgische ziekenhuizen de effectiviteit van een gestandaardiseerd multidisciplinair oncologisch revalidatieprogramma zal nagaan bij adjuvant behandelde vrouwen met borstkanker¹⁸. Maar de informatiesessies over terugkeer naar het werk maken geen deel uit van het gestandaardiseerd programma. Het effect van het programma op werkherhvatting wordt jammer genoeg niet gemeten.

Prioritaire volgende stappen

- Onderzoek over de ontwikkeling en de effectiviteit van interventies om de terugkeer naar het werk te ondersteunen, en onderzoek over het effect van de bestaande revalidatieprogramma's op terugkeer naar werk. Het kan ook nuttig zijn om na te gaan of instrumenten die al getest zijn bij specifieke patiëntengroepen (bijv. EMIOR bij borstkankerpatiënten) ook nuttig zijn bij andere patiëntengroepen (initiatiefnemer: VLK, onderzoeksinstelling).

- De ontwikkeling van een instrument om te voorspellen welke patiënten een hoog risico hebben om niet terug aan het werk te gaan of om een mislukte werkherhvatting te ervaren, en de ontwikkeling van een instrument om de nood aan ondersteuning bij de werkherhvatting in kaart te brengen¹⁶. Misschien volstaat het om de assessmentprocedure ontwikkeld in het EMIOR-project te valideren (initiatiefnemer: VLK, onderzoeksinstelling).

- De ontwikkeling van een richtlijn voor zorgverstrekkers over de ondersteuning van de werkherhvatting van (ex-)kankerpatiënten (initiatiefnemer: College voor Oncologie, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)).

3.2. Richtlijnen en interventies voor de werkvloer

Om de werkherhvatting mogelijk te maken, zijn er aanpassingen nodig op de werkvloer: een andere organisatie van het werk, aanpassingen aan het takenpakket of de werkpost. Volgens de VLK-getuigenissen blijkt het hier vaak fout te lopen. Er zijn werkherhvattingen die kunnen rekenen op de gewenste aanpassingen, maar er zijn ook werkherhvattingen die deze aanpassingen niet krijgen of te maken krijgen met ongewenste aanpassingen. Voor werkgevers is de realisatie van deze aanpassingen dan ook een uitdaging. Het is moeilijk een evenwicht te vinden tussen het belang van de firma en het belang van de werkherhvatting¹³. Het ontbreekt werkgevers soms aan kennis om de nodige aanpassingen door te voeren. Een voorbereid, gestructureerd en systematisch beleid binnen het bedrijf kan helpen om deze hinderpalen uit de weg te ruimen⁹. Een enquête bij de hr-afdelingen van kmo's leert echter dat zo'n beleid erg zeldzaam is⁸.

De PAAG kan een rol spelen bij de werkherhvatting en bijvoorbeeld een plan van aanpak opstellen. De procedure bij de PAAG is nu niet laagdrempelig. Een integratieprocedure moet bijv. aangetekend aangevraagd worden. De vraag is ook of een PAAG die deel uitmaakt van een externe dienst voor preventie en bescherming op het werk, zoals bij kmo's, wegens praktische belemmeringen überhaupt een belangrijke rol kan spelen¹⁹.

Voor wie een arbeidscontract heeft, is een terugkeer naar de eigen functie te verkiezen. Maar werkherhvatting kan ook betekenen dat mensen werk moeten zoeken, bijvoorbeeld omdat ze niet meer terug kunnen naar hun vorige job of omdat ze pas afgestudeerd zijn of ontslagen. Ook hier is een actief beleid nodig, waarin VDAB en GTB een rol spelen²⁰. De getuigenissen die de VLK ontving

over werk zoeken na kanker, tonen immers dat ook hier problemen zijn. Heel wat getuigen die na de kankerbehandeling werk gaan zoeken, hebben het gevoel dat hun verleden in hun nadeel speelt. Werkgevers zijn bang dat de sollicitant zal hervallen, ze vrezen dat hij regelmatig afwezig zal zijn, ze koesteren allerlei vooroordelen. Getuigen die zich na een kankerepisode willen vestigen als zelfstandige, hebben het moeilijk om nog een verzekering gewaarborgd inkomen af te sluiten.

Met betrekking tot de problematiek van het aangepast werk, is het interessant om na te gaan in welke mate een werknemer die het werk hervat, een wettelijk beschermd recht heeft op aangepast werk. Er is geen eenduidig juridisch antwoord mogelijk op de vraag of een arbeidsongeschikte werknemer recht heeft op ander of aangepast werk, zo stelt N. Betsch⁷. De dominante visie was tot nu toe dat een werknemer geen recht heeft op ander of aangepast werk, maar er zijn ook ontwikkelingen die een andere richting uitgaan.

De analyse van Betsch, die we hier beknopt en sterk vereenvoudigd weergeven, vertrekt van wat er gebeurt met een arbeidscontract als een werknemer arbeidsongeschikt wordt. Als een werknemer tijdelijk niet in staat is om zijn werk uit te oefenen, door ziekte of ongeval, wordt de arbeidsovereenkomst tijdelijk geschorst. Als de werknemer definitief niet meer in staat is om de overeengekomen arbeid uit te oefenen, kan de arbeidsovereenkomst verbroken worden wegens medische overmacht. De werknemer krijgt dan zelfs geen opzegtermijn of -vergoeding. Volgens het Hof Van Cassatie moet deze medische overmacht beoordeeld worden in functie van de overeengekomen arbeid. Met andere woorden, de overeenkomst kan verbroken worden, zonder enige inspanning van de werkgever om aangepast werk aan te bieden. Een voorbeeld: een verpleegkundige kan de overeengekomen zorgtaken nooit meer uitvoeren omdat ze na een chirurgische ingreep voor borstkanker lymfoedeem aan de arm ontwikkelt. In de visie van het Hof van Cassatie kan de werkgever zich beroepen op medische overmacht, zodat de overeenkomst tot een einde komt zonder dat de werkgever een inspanning gedaan heeft om de verpleegkundige aangepast werk, bijv. administratieve taken, te laten verrichten.

Betsch beveelt aan om van de verbreking wegens definitieve arbeidsongeschiktheid een uitzondering op de algemene regel te maken. In afwachting van een wetgevend initiatief zouden de Belgische rechtbanken de notie "zijn werk" moeten opentrekken van overeengekomen werk naar aangepast werk. Medische overmacht zou de arbeidsovereenkomst bijgevolg pas beëindigen als het voor de werkgever onmogelijk is om ander of aangepast werk te voorzien. Betsch haalt juridische argumenten aan voor deze visie die ingaat tegen de rechtspraak van het Hof van Cassatie: 1) een arbeidsovereenkomst is een mix van expliciete en impliciete bestanddelen. De impliciete bestanddelen staan niet expliciet in de overeenkomst, maar zijn erin vervat. Een voorbeeld is een norm als goede trouw, die de wederkerigheid van rechten en plichten voor werkgever en werknemer insluit. Het principe van goede trouw impliceert het aanbieden van aangepast werk volgens verschillende juristen. 2) Het Europese arbeidsmarktbeleid zet in op integratie en inzetbaarheid. De werkgever moet tot op zekere hoogte rekening houden met deze maatschappelijke context. Hij moet binnen bepaalde grenzen meewerken aan de integratie van de arbeidsongeschikte werknemer door aangepast werk aan te bieden. Omgekeerd moet de werknemer binnen bepaalde grenzen meewerken aan zijn integratie, door aangepast werk te aanvaarden. 3) Als de arbeidsongeschikte werknemer zich beroept op het discriminatieverbod, is de werkgever verplicht om redelijke aanpassingen door te voeren. Volgens enkele arbeidshoven en -rechtbanken is de werkgever verplicht om eerst redelijke aanpassingen door te voeren voor hij zich kan beroepen op beëindigende

overmacht bij een definitieve arbeidsongeschiktheid. 4) Het KB op het gezondheidstoezicht voorziet in een verplichting voor de werkgever om aan de werknemer die definitief arbeidsongeschikt werd verklaard door de PAAG, ander of aangepast werk te geven, voor zover technisch/objectief mogelijk.

Bij verschillende argumenten kunnen nog kanttekeningen geplaatst worden. In verband met het KB op het gezondheidstoezicht is er een meerderheidsopvatting binnen de rechtspraak die ervan uitgaat dat een KB in de hiërarchie van de rechtsbronnen niet hoog genoeg staat om de werkgever te verplichten tot het aanbieden van ander of aangepast werk. Er is daarom in de arbeidsovereenkomstenwet een artikel 34 toegevoegd dat een gelijkaardige verplichting invoert. Dit artikel is nog niet in werking getreden door het uitblijven van een KB. Of en wanneer artikel 34 uitgevoerd wordt, is momenteel onzeker. Een ander knelpunt is dat dit artikel 34 enkel gaat over de definitief arbeidsongeschikte werknemer. Voor de langdurig arbeidsongeschikte werknemer is niet voorzien in een verplichte re-integratieprocedure. Voor kankerpatiënten, bij wie veel neveneffecten langdurig maar niet definitief zijn, is dit een belangrijk tekort.

Ook de antidiscriminatiewetgeving heeft z'n beperkingen voor mensen die na kanker het werk willen hervatten⁷, hoewel een recente uitspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie wel een stap vooruit betekent. Het Europees recht stelt een discriminatieverbod in wegens handicap (en niet voor gezondheidstoestand). Dit betekent onder andere dat de werkgever verplicht is om redelijke aanpassingen te doen voor werknemers met een handicap. In de Belgische antidiscriminatiewetgeving is er een verbod op discriminatie wegens huidige of toekomstige gezondheidstoestand, maar de verplichting om redelijke aanpassingen in te voeren is ook in de Belgische wetgeving beperkt tot personen met een handicap. De Europese wetgeving omschrijft het begrip 'handicap' niet. Tot nu toe werd gesteund op het arrest Chacon-Navas voor de verduidelijking van het begrip handicap: handicap is volgens dit arrest een beperking van lichamelijke, geestelijke of psychische aard die deelname aan het beroepsleven langdurig belemmert. Dit is een medische definitie, die ook de basis vormt van de Belgische antidiscriminatiewet. Het was onder deze definitie onduidelijk of alle gevolgen van kanker en chronische ziekte als handicap beschouwd konden worden in de zin van de antidiscriminatiewetgeving. Het was dus ook niet duidelijk of het recht op redelijke aanpassingen gold voor alle werknemers met kanker of een chronische ziekte. Als de kankerbehandeling leidde tot een permanente fysieke beperking (bijv. een been wordt geamputeerd bij botkanker), ging het overduidelijk om een handicap. Maar voor andere gevolgen van de behandeling (bijv. vermoeidheid op het werk na chemotherapie) was dit minder duidelijk. Een recent arrest van het Hof van Justitie van de Europese Unie²¹ (het arrest Ring en Skouboe Werge) maakt duidelijk dat het arrest Chacon-Navas achterhaald is sinds de EU de 'UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities' ratificeerde. De Europese richtlijnen moeten nu zo veel mogelijk in overeenstemming met deze conventie geïnterpreteerd worden. In dit arrest stelt het Hof van Justitie dat handicap ook een toestand omvat die veroorzaakt is door een ziekte (ongeneeslijk of geneeslijk), als deze ziekte belemmeringen met zich brengt die in het bijzonder volgen uit fysieke, mentale of psychologische beperkingen die in interactie met verschillende barrières de volledige en effectieve deelname van de betrokkene aan het professionele leven op een gelijke basis met andere werknemers kan verhinderen, en als deze beperking langdurig is. Dit is een definitie van handicap volgens het zogenaamde sociaal model. Het is een ruimere definitie dan de definitie in het arrest Chacon-Navas. Met het arrest Ring en Skouboe Werge lijkt het Hof van Justitie te stellen dat ook langdurige beperkingen zoals vermoeidheid op het werk na chemotherapie onder het begrip

handicap vallen, zodat er ook een plicht is om redelijke aanpassingen door te voeren. Het is afwachten of de toekomstige rechtspraak van het Hof van Justitie dit zal bevestigen.

Bestaande initiatieven

- "Disability Management" (DM) is een methodiek om het jobbehoud van werknemers met gezondheidsproblemen of functionele beperkingen te ondersteunen, in eerste instantie bij de eigen werkgever. Er zijn twee pijlers binnen de methodiek: een gecoördineerde inspanning op niveau van het individu (disability case management) en een systematische aanpak op niveau van het bedrijf.

- DM omvat een model voor een systematische aanpak op het niveau van het bedrijf. Dit model omvat verschillende stappen, onder andere: 1) het management engageert zich om over werkhervatting een beleid uit te werken; 2) een werkgroep stelt prioriteiten op en een handboek met de visie, de doelstellingen en de procedures van het werkhervattingsbeleid²². De procedures in het handboek kunnen gaan over het contacteren van de medewerker tijdens het ziekteverlof, procedures over de terugkeer, een terugkeergesprek, het aanbieden van aangepast werk, het zoeken naar een aangepaste functie, als het kan binnen of anders buiten het bedrijf, DCM²², begeleiding door bedrijfsgeneesheren^{16 23}. Kmo's hebben nood aan externe ondersteuning om zo'n beleid uit te bouwen⁹.

- Voor de gecoördineerde inspanning op het niveau van het individu kunnen individuele 'disability case managers' ingezet worden. Volgens Prevent is dit nuttig, maar duur en tijdrovend. Ook heeft niet elke werkhervatter hier behoefte aan. Prevent stelt daarom een getrappt systeem voor. Op een eerste niveau krijgt elke werkhervatter breed verspreide basisinformatie. Op een tweede niveau is er begeleiding door de mutualiteiten, die eventueel over disability case managers kunnen beschikken (een team onder leiding van de adviserend geneesheer). Ten slotte zijn er disability case managers op een centraal niveau (bijv. het RIZIV) die gespecialiseerde dienstverlening kunnen leveren. Zo'n centraal niveau is volgens Prevent nodig zolang niet elk bedrijf een terug-naar-het-werk-beleid heeft. Een centrale actor zal het werkhervattingstraject in bepaalde gevallen inhoudelijk en procesmatig moeten organiseren. In het kader van het plan 'back to work' wordt binnen het RIZIV een task force 'back to work' opgericht, die onder andere zal bepalen onder welke voorwaarden DCM ingezet kan worden¹².

- Eén van de belangrijkste succesfactoren van DCM is de inbreng van een vaste persoon die alle partijen betrokken bij een re-integratietraject tot samenwerking brengt en ondersteunt. Afhankelijk van het statuut van de werkhervatter zal dit netwerk uit andere partijen bestaan, bijv. de werkgever voor wie een arbeidscontract heeft en de VDAB voor wie dit niet heeft²⁴. Een website biedt informatie over deze methodiek.

- Andere instrumenten op het niveau van het individu zijn bijvoorbeeld de integratieprotocollen aanbevolen door de SERV. Integratieprotocollen zijn afspraken tussen de leidinggevende en de werknemer met een arbeidshandicap. Het integratieprotocol bevat naast de nodige administratieve gegevens, een beschrijving van de effecten van de handicap op de functie-uitvoering en de te nemen ondersteunende maatregelen. Een integratieprotocol is geen doel op zich, maar wel een instrument dat de dialoog bevordert over de werksituatie van een personeelslid met een arbeidshandicap. De Vlaamse overheid werkte reeds een structurele aanpak uit rond integratieprotocollen bij personen die een beroep doen op een Vlaamse ondersteuningspremie. Om werkgevers en werknemers op de Vlaamse arbeidsmarkt te ondersteunen bij het werken met integratieprotocollen, kan een

instrument (bijv. een brochure met praktische informatie) worden ontwikkeld dat aan elke werkgever wordt meegegeven. Deze actie kan in het communicatieplan van de VDAB worden opgenomen. Er dient afstemming te worden gezocht met de uitbouw van een structurele aanpak inzake 'disability management' en 'jobcoaching'²⁵.

- Jobcoaching is de tijdelijke ondersteuning op de werkplek ten behoeve van de werknemer met een arbeidshandicap en zijn werkgever in functie van een duurzame tewerkstelling⁶. Deze coaching is evenwel beperkt tot zes maanden ondersteuning gedurende de eerste twaalf maanden na de aanwerving. De SERV beveelt aan om jobcoaching en andere vormen van dienstverlening langer dan zes maanden mogelijk te maken, o.a. voor werknemers die tijdens de tewerkstelling langdurige gezondheidsproblemen krijgen. Jobcoaching moet afhankelijk van de nood verschillende vormen kunnen aannemen. Bij sommige werknemers is een meer intensieve en directe jobcoaching aangewezen, bij andere werknemers kan een jobcoaching op afroep volstaan²⁵.

- Er zijn in Vlaanderen meer dan 100 diversiteitsconsulenten actief die allen een deelopdracht hebben m.b.t. arbeidsre-integratie van arbeidsgehandicapten⁶. Een deel hiervan is werknemer van een vakbond. Zij werken aan een mentaliteitswijziging zodat vakbonden de terugkeer naar het werk als een deel van hun taak gaan zien. Ze proberen disability management in de vakbond te integreren. Ze slagen er soms in om ontslag om medische redenen te vermijden²⁶.

- In Nederland bestaat er een verplichting voor de werkgever om een re-integratieplan op te stellen².

Prioritaire volgende stappen

- Bedrijven moeten ondersteund en gestimuleerd worden om een systematisch re-integratiebeleid te ontwikkelen. Het uniform aanspreekpunt (cfr. supra) bijvoorbeeld zou kleine bedrijven hierbij kunnen ondersteunen⁹. Collectieve overlegorganen moeten een rol spelen in het uitwerken van zo'n ondernemingsbeleid. Het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW) zou bijvoorbeeld een initiatiefrecht kunnen krijgen om het werkhervattingsbeleid op ondernemingsniveau uit te werken, naar het model van het initiatiefrecht van de ondernemingsraad om een arbeidsreglement uit te werken⁷. (initiatiefnemers: overheid, sociale partners)

- Het moet onderzocht worden of het getrapte ondersteuningsmodel voor individuele ondersteuning dat Prevent voorstelt, een goed kader is voor de begeleiding van de individuele werkhervatter met kanker. (initiatiefnemer: VLK, onderzoeksinstelling)

- Er lopen initiatieven op Vlaams en federaal niveau met betrekking tot werkhervatting. Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld om de individuele werkhervatting te ondersteunen (DCM, integratieprotocollen). Het is noodzakelijk om deze verschillende instrumenten en initiatieven op elkaar af te stemmen. Het is daarom ook nodig om een inventaris te maken van de verschillende werkbevorderende projecten⁹. (initiatiefnemer: overheid, onderzoeksinstelling)

- Het effect van de verschillende overheidsmaatregelen moet goed opgevolgd en gemeten worden².

- Er zou een verplichting moeten komen voor de werkgever om ander of aangepast werk aan te bieden. Indien de werkhervatting niet meer kan binnen het bedrijf, zou er een soort outplacementregeling moeten komen. De werkgever biedt dan ondersteuning aan om ander werk te vinden bij een andere werkgever. De doelstelling is om een gelijkwaardige job te vinden als voor het begin van de arbeidsongeschiktheid. Deze verplichting kan de vorm krijgen van een

inspanningsverbintenis: werkgevers worden verplicht om te verantwoorden waarom een bepaalde aanpassing niet kan of niet mogelijk is¹⁹. Dit moet gekoppeld worden aan een beleid dat bedrijven ondersteunt bij het zoeken naar aangepast werk voor de werkhervatter (flankerende maatregelen). In Nederland en Frankrijk functioneren al dergelijke systemen. (initiatiefnemer: wetgever)

- De werknemer wiens overeenkomst beëindigd wordt wegens definitieve arbeidsongeschiktheid, moet het recht hebben op een opzegtermijn en een opzegvergoeding. (initiatiefnemer: wetgever, sociale partners)

- De procedures in verband met werkhervatting die nu voorzien zijn in het KB gezondheidstoezicht en de arbeidsovereenkomstenwet focussen op de definitief arbeidsongeschikte werknemer. Er is ook nood aan een procedure voor de langdurig arbeidsongeschikte werknemer. (initiatiefnemer: wetgever, sociale partners)

- In de antidiscriminatiewet kan een definitie van chronische ziekte opgenomen worden en hieraan kunnen dezelfde gevolgen gekoppeld worden als aan een handicap, met name de plicht om redelijke aanpassingen door te voeren. Het Vlaams Patiëntenplatform heeft een definitie van een chronisch zieke opgesteld die inspiratie kan bieden: *'een persoon die lijdt aan een langdurige aandoening die de persoon fysiek en/of psychisch beperkt en belemmert en die ernstige gevolgen heeft op medisch, en/of sociaal, en/of financieel vlak voor zowel de persoon als zijn omgeving; en hierdoor de persoon kunnen beletten volledig, daadwerkelijk en op voet van gelijkheid met anderen te participeren aan de samenleving.'* (initiatiefnemer: wetgever)

3.3. Uitkeringen als instrument van re-integratie

Een werknemer die arbeidsongeschikt wordt, heeft gedurende een jaar recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Na één jaar worden dit invaliditeitsuitkeringen. De OESO beveelt aan om de reactiveringsgedachte in de verschillende uitkeringsstelsels consistent uit te werken en te versterken. Dit betekent onder andere dat de toegang tot activeringsmaatregelen zo ruim mogelijk moet zijn, dat deeltijdse werkhervatting zo flexibel mogelijk georganiseerd is, dat een geleidelijke evolutie van de arbeidsduur mogelijk is, dat er geen inactiviteitsvallen zijn en dat werkhervatters die opnieuw arbeidsongeschikt worden, van een goede bescherming genieten²⁷.

België komt al gedeeltelijk tegemoet aan de aanbevelingen van de OESO. Zo biedt het systeem van toegelaten arbeid voor personen die uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid of invaliditeit ontvangen de mogelijkheid om het werk gedeeltelijk te hervatten (ook gedeeltelijke of progressieve tewerkstelling genoemd). De werkhervatter kan de ziekte-uitkering gedeeltelijk behouden en cumuleren met het inkomen uit de hervatte arbeid. Het stelsel van toegelaten arbeid garandeert dat elke stijging van het inkomen uit de beroepsactiviteit het globale inkomen doet stijgen. Er moeten enkele voorwaarden vervuld zijn: om de arbeid gedeeltelijk te hervatten, moet men eerst alle arbeid stopgezet hebben. De werknemer moet, vanuit een geneeskundig oogpunt, een vermindering van z'n vermogens van ten minste 50 % hebben. Bij een ongeschiktheid van minder dan 50 % wordt de betrokkene immers als arbeidsgeschikt beschouwd. Om te beoordelen of de betrokkene nog 50 % ongeschikt is, wordt enkel rekening gehouden met geneeskundige factoren. De arbeid moet verenigbaar zijn met de gezondheidstoestand van de betrokkene. De toelating van de adviserend geneesheer bepaalt de aard, het volume en de voorwaarden tot de uitoefening van de activiteit. Aan de aard en de omvang van de toegelaten arbeid worden geen wettelijke beperkingen gesteld. Het is

in de praktijk dus mogelijk dat een uitkeringsgerechtigde een activiteit kan hervatten aan, bijvoorbeeld, 60 % of 70 % van de arbeidstijd.

Dit systeem is erg belangrijk voor mensen die na kanker het werk hervatten, zo blijkt uit veel getuigenissen. Maar er leven nog veel vragen en onduidelijkheden over de toegelaten arbeid. Verschillende patiënten stellen eveneens vast dat het systeem in de praktijk belangrijke beperkingen heeft:

- Sommige patiënten willen meer dan halftijds werken en de rest van de tijd in ziekteverlof blijven, maar sommige adviserend geneesheren staan dit niet toe. Ze gaan ervan uit dat halftijds werken in combinatie met een ziekte-uitkering het maximum is. Wie meer dan 50 % van de tijd kan werken, zien ze als arbeidsgeschikt.

- Mensen vragen zich af hoe lang ze in het systeem van toegelaten arbeid kunnen blijven. Kan men in het systeem van toegelaten arbeid blijven, of is het de bedoeling om op een bepaald moment weer 100 % te gaan werken? Ook hierover is onduidelijkheid.

- Patiënten hebben ook heel wat vragen over de gevolgen van toegelaten arbeid op hun sociale rechten. Er is blijkbaar nog een grote nood aan informatie (cfr. supra).

Een nota van het Vlaams Patiëntenplatform bevestigt deze vaststellingen²⁸. Betsch wijst nog een ander knelpunt aan: een werkgever is niet verplicht om een progressieve werkhervatting toe te staan. Dat dit in de praktijk een probleem vormt, blijkt uit verschillende getuigenissen van werkhervatters die van hun werkgever niet de toestemming kregen om het werk gedeeltelijk te hervatten. Het recente arrest Ring en Skouboe Werge is wel een stap vooruit: het maakt duidelijk dat arbeidstijdverkorting geldt als een redelijke aanpassing²¹

Uit de analyse van Betsch⁷ blijkt bovendien dat op de vragen van patiënten niet altijd een duidelijk antwoord mogelijk is. Er is een spanningsveld tussen de arbeidsovereenkomstenwet en de regeling inzake toegelaten arbeid uit de ZIV-wet, wat tot onduidelijkheden leidt. Zo is het lot van de oorspronkelijke arbeidsovereenkomst onduidelijk wanneer een werknemer in het systeem van toegelaten arbeid stapt. Volgens sommige rechtspraak is de toegelaten arbeid een gedeeltelijke schorsing van de oorspronkelijke arbeidsovereenkomst. Andere rechtspraak ziet het als een tijdelijke wijziging van de oorspronkelijke arbeidsovereenkomst.

Ook op de vraag hoe vakantiedagen berekend worden in het systeem van toegelaten arbeid, is geen eenduidig antwoord mogelijk. Een werknemer kan met gedeeltelijke (bijv. vijf halve dagen) of volledige dagen (bijv. drie volledige werkdagen) hervatten. Als iemand hervat met volledige dagen, worden de niet-gewerkte dagen gelijkgesteld met effectief gewerkte dagen voor de berekening van het vakantiegeld en de vakantie duur tijdens de twaalf maanden na aanvang van de arbeidsongeschiktheid. Maar wanneer de toegelaten arbeid gebeurt op basis van gedeeltelijke dagen, telt het daggedeelte waarvoor de werknemer arbeidsongeschikt blijft, niet mee als effectief gewerkt dagdeel. De Rijksdienst voor Jaarlijkse Vakantie heeft een circulaire uitgevaardigd om halve dagen in volledige dagen om te zetten, om op die manier een gelijkstelling met effectief gewerkte dagen te bekomen. Maar deze circulaire is enkel van toepassing voor arbeiders en is bovendien niet bindend voor werkgevers⁷.

Daarnaast biedt onze uitkeringsverzekering geen goede oplossing voor werknemers die wegens hun ziekte en hun behandeling herhaaldelijk enkele dagen afwezig zijn. Het gaat bijvoorbeeld om werknemers die chemotherapie krijgen. Een deel van hen zou tijdens de periode van de chemotherapiebehandeling kunnen blijven werken, op voorwaarde dat het mogelijk is om de dagen na de therapie thuis te blijven. Nu lukt dit vaak niet goed, door de regeling voor gewaarborgd loon. Een arbeider ontvangt de eerste veertien dagen van de arbeidsongeschiktheid een geheel of gedeeltelijk gewaarborgd loon, een bediende ontvangt één maand zijn volledige loon in geval van ziekte. Daarna neemt de uitkeringsverzekering het over. Als de werknemer opnieuw arbeidsongeschikt wordt en de werkhervatting is meer dan twee weken achter de rug, dan heeft de werknemer opnieuw recht op gewaarborgd loon. Voor een werknemer die herhaaldelijk enkele dagen afwezig is (bijv. na elke chemotherapiekuur), moet de werkgever dus telkens het gewaarborgd loon betalen. Niet elke werkgever is daartoe bereid. Hierbij moet ook nog opgemerkt worden dat bepaalde groepen werknemers, naast het wettelijk gegarandeerde gewaarborgd loon kunnen rekenen op een aanvullend gewaarborgd loon dat deel uitmaakt van het pakket extralegale voordelen. De impact van dit extralegale voordeel op de beslissingen in verband met werkhervatting zou eens geanalyseerd moeten worden.

Het systeem van gewaarborgd loon kan ook voor problemen zorgen voor wie na kanker op zoek moet naar werk. Het kan voor terughoudendheid zorgen bij werkgevers om iemand met een ernstige of chronische aandoening aan te nemen. Ze vrezen immers dat ze het gewaarborgd loon geregeld zullen moeten betalen omdat de werknemer vaak opnieuw ziek wordt of afwezig is door vervolgbehandelingen. Misschien is het een oplossing om de werkgever gedeeltelijk vrij te stellen van de betaling van het gewaarborgd loon wanneer een werkgever een persoon met een ernstige aandoening in dienst houdt of aanwerft. Dit kan wel in conflict komen met de privacy van de sollicitant.

Het woordgebruik in de uitkeringsverzekering kan activering tegenwerken. Na één jaar arbeidsongeschiktheid kunnen werkonbekwame werknemers of zelfstandigen worden erkend als 'invalide'. Ze hebben dan niet langer recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar op de lagere 'invaliditeitsuitkering'. De term 'invaliditeit' wekt verkeerde verwachtingen. Hij geeft de indruk dat het hier gaat om mensen die definitief ongeschikt zijn voor de arbeidsmarkt, hoewel werkhervatting in de periode van invaliditeit even goed mogelijk is als in de periode van de primaire arbeidsongeschiktheid. Voor veel kankerpatiënten duurt de behandeling zeker een jaar. Nog voor de behandeling afgelopen is, worden ze al invalide genoemd.

Bestaande initiatieven

- Het plan 'back to work', opgenomen in de "algemene beleidsnota van de staatssecretaris voor Sociale Zaken, Gezinnen en Personen met een Handicap, belast met Beroepsrisico's", bevat verschillende initiatieven om de reactiveringsgedachte in de uitkeringsverzekering sterker uit te werken. Het plan belooft een gedeeltelijke of volledige oplossing voor de vastgestelde knelpunten.

* Om primaire arbeidsongeschiktheid zo veel mogelijk te voorkomen, wordt gewerkt aan een betere voorlichting van behandelend artsen. Er komt een databank over het voorschrijfgedrag i.v.m. arbeidsongeschiktheid en er wordt een nieuw modelformulier voor het certificeren van arbeidsongeschiktheid ontwikkeld, om de adviserend geneesheer beter in te lichten over de oorzaken van arbeidsongeschiktheid¹².

* Er komen stimuli om toegelaten arbeid te bevorderen:

- Administratieve vereenvoudiging en betere voorwaarden voor toegelaten arbeid. Een al gerealiseerde stap is dat de verzekerde op eigen initiatief het werk kan hervatten (voor er toestemming is van de adviserend geneesheer), mits zijn adviserend geneesheer daarvan op de hoogte wordt gebracht.
- Er komt een informatiecampagne om werkgevers en werknemers bewust te maken van de mogelijkheden van toegelaten arbeid.
- Chronisch zieken hebben een wisselende gezondheidstoestand waarbij ze soms wel en soms niet in staat zijn om te werken. Er komen maatregelen die het voor chronisch zieken mogelijk maken om vlot af te wisselen tussen periodes van werken en periodes van ziekteverlof¹².
- Een nieuw systeem om de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid door adviserend geneesheren te beoordelen. De technisch-medische raad van het RIZIV zal gestandaardiseerde werkmethodes uitwerken. Er komen peerreviewgroepen voor adviserend geneesheren, in het kader van hun rol in de evaluatie van arbeidsongeschiktheid. De adviserend geneesheren zullen geëvalueerd worden aan de hand van een gevalideerde kwaliteitsbevorderende methode¹².

* De technisch-medische raad (RIZIV) zal aanbevelingen doen voor een betere begeleiding van sociaal verzekerden die in een individueel integratietraject willen stappen. De trajecten worden afgestemd op de arbeidshandicap van de sociaal verzekerde: terugkeer naar de werkplek met of zonder aanpassing; herscholing in een van de referentieberoepen van de sociaal verzekerde, indien hij niet terug kan naar zijn vorige job; beroepsomschakeling voor verzekerden die niet kunnen terugkeren naar hun vorige job. Staatssecretaris Courard is van plan om in 2013 de verwachte aanbevelingen in wet om te zetten¹².

- Volgens de OESO² en het CSB is er nood aan sterke garanties om werkhervatters te beschermen die opnieuw arbeidsongeschikt worden²⁷. Er zijn al enkele maatregelen die hiervoor zorgen. De garantiemaatregel voorkomt dat iemand die het werk hervat in een lager betaalde functie bij hervat dadelijk terugvalt op een lagere uitkering: *“Wanneer een invalide, na een tijdvak van invaliditeit, binnen 24 maanden volgend op het einde van dat tijdvak, opnieuw arbeidsongeschikt wordt, mag het gederfde loon op basis waarvan zijn uitkering wordt berekend, niet lager zijn dan het gederfde loon op grond waarvan de uitkering zou zijn berekend indien het invaliditeitstijdvak ononderbroken had voortgeduurd.”*

Prioritaire volgende stappen

- Realisatie van het plan ‘back to work’, met bijzondere aandacht voor de ondersteuning van de adviserend geneesheren, zodat zij hun rol in de begeleiding van werkhervatters goed zouden kunnen uitvoeren⁹. (initiatiefnemers: federale overheid; de VLK zal de uitvoering opvolgen)
- De term ‘invaliditeit’ moet verdwijnen uit de terminologie van de uitkeringsverzekering. (initiatiefnemer: federale overheid)

- De toegelaten arbeid zou een verplicht systeem moeten worden. Het RIZIV moet de mogelijkheid krijgen om te controleren of werkgever en werknemer voldoende inspanningen deden om de toegelaten arbeid te doen slagen. Belangrijk in dit verband is dat het recente arrest Ring en Skouboe Werge duidelijk maakte dat arbeidstijdverkorting geldt als een redelijke aanpassing²¹. Mogelijke sancties zijn een langere verplichte doorbetaling van het gewaarborgd loon voor de werkgever. Ook van de werknemer kan actieve medewerking verwacht worden⁷. Maar gezien de adviserend geneesheer nu al kan beslissen om de uitkering in het kader van de ZIV-wet stop te zetten indien de werknemer weigert om mee te werken aan zijn werkhervatting, lijken bijkomende sancties voor de werknemer overbodig. (initiatiefnemer: federale overheid)

4. Verbetering van samenwerking en communicatie tussen de betrokken actoren

Om de juiste hulp en dienstverlening op het juiste moment aan te bieden, is het nodig om de samenwerking tussen de betrokken partijen te versterken. Verschillende betrokkenen hebben verschillende visies op de werkhervatting. Die verschillende, en soms tegenstrijdige, visies zijn niet motiverend voor de werkhervatter¹³. Afstemming kan dit oplossen. De betrokken artsen zijn niet voldoende op de hoogte van waar andere artsen mee bezig zijn⁷. Veel adviserend artsen zeggen nooit contact te hebben met de PAAG, en vice versa⁷. Daardoor wordt de werkhervatting niet goed voorbereid. Zo komen arbeidsgeneesheren te laat in contact met een werkhervatter, op het moment dat hij/zij het werk al hervat heeft. Dan is het moeilijk om nog aanpassingen door te voeren.

Structureel overleg en samenwerking tussen arbeidsgeneesheer, adviserend geneesheer, behandelend geneesheer, oncorevalidatie en werkgever is nodig²⁰. Voor werkhervatters die op zoek moeten naar werk, is het belangrijk ook de VDAB bij de samenwerking te betrekken. Er is momenteel geen wettelijk kader om de samenwerking van alle medische en andere actoren betrokken bij het werkhervattingsproces te ondersteunen.

Het recht op privacy van de werknemer kan wel een obstakel vormen voor een betere samenwerking. Daarom bevelen Bruyninckx en De Greef⁹ aan om in de dialoog tussen de stakeholders los te komen van medische terminologie. Dit is ook nodig omdat medische termen vaak geen praktisch bruikbare omschrijving bieden van de gevolgen van de neveneffecten voor de werksituatie.

Ook samenwerking op macroniveau is belangrijk, onder andere om het beleid van de verschillende betrokken overheidsdiensten (FOD WASO, RIZIV, VDAB) op elkaar af te stemmen. Het is bijvoorbeeld belangrijk dat het 'back to work'-initiatief van het RIZIV en initiatieven van de FOD WASO met betrekking tot werkhervatting goed op elkaar afgestemd zijn⁸. De SERV beveelt aan dat de interministeriële conferentie (IMC) inactiviteitsvallen zou wegwerken. Op de IMC moet de federale overheid, in overleg met de Vlaamse overheid, de inactiviteitsvallen die volgen uit de regelgeving, analyseren. Het gaat onder meer over de nood aan afstemming tussen de verschillende stelsels van uitkeringen en tegemoetkomingen, een duidelijker interpretatie van de regelgeving, een meer consistente uitvoeringspraktijk en snellere procedures²⁵.

Bestaande initiatieven

Op het niveau van de beleidsorganen

- Er is binnen het RIZIV een task force ‘arbeidsongeschiktheid’ aan de slag geweest. Eén aanbeveling van de task force was: meer overleg tussen de betrokkenen. In het kader daarvan wordt gewerkt aan een structureel overlegplatform, waarbij onder andere het RIZIV, de FOD WASO, vakbonden, werkgevers ... zullen betrokken zijn. Bedoeling: beleidsadviezen, nieuwe projecten, coördinatie en het uniform maken van de beschikbare informatie¹².

- Partnerschappen tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen en de gewestelijke instellingen bevoegd op het vlak van arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding. Er zijn al akkoorden van het RIZIV met VDAB en FOREM. Er is een akkoord voorzien met Actiris en de Duitstalige Gemeenschap. De bedoeling van deze partnerschappen is om arbeidsongeschikten op weg te helpen naar gepast werk. Het samenwerkingsproject is een pilootproject: 100 als arbeidsongeschikt erkende gerechtigden, zowel werknemers als zelfstandigen, zullen actieve begeleiding naar werk krijgen. Deelnemen aan het project gebeurt op vrijwillige basis. De doelgroep bestaat uit als arbeidsongeschikt erkende gerechtigden die door hun arbeidshandicap hun oorspronkelijk beroep niet meer kunnen uitoefenen. Zij krijgen begeleiding en opleiding naar een nieuw referentieberoep²⁹.

Op het niveau van de ondersteuning van de individuele werkhervatter

- In het kader van het ‘back to work’-plan kondigt de staatssecretaris voor Sociale Zaken, Gezinnen en Personen met een Handicap belast met Beroepsrisico’s een beveiligde chatbox aan voor adviserend geneesheren, arbeidsgeneesheren en behandelend geneesheren, wat de communicatie tussen deze partijen zal ondersteunen¹². Er komt ook een betere samenwerking tussen de verschillende takken van de sociale zekerheid, het fonds voor beroepsziekten, het fonds voor arbeidsongevallen en de directie-generaal personen met een handicap, zodat medische onderzoeken om erkend te worden als gerechtigde op een bepaalde uitkering, niet nutteloos herhaald worden¹².

Prioritaire volgende stappen

Op het niveau van de beleidsorganen

- Realisatie van het structureel overlegplatform met het RIZIV, de FOD WASO, vakbonden, werkgevers.

- De IMC moet federale en gemeenschapswetgeving analyseren, zodat inactiviteitsvallen ten gevolge van slecht op elkaar afgestemde regelgeving verdwijnen.

Op het niveau van de ondersteuning van de individuele werkhervatter

- Er zou ondersteuning moeten zijn voor een overleg tussen de betrokken zorgverstrekkers, artsen, werknemer en werkgever vóór er een beslissing valt over werkhervatting of definitieve arbeidsongeschiktheid. De realisatie van de chatbox voor adviserend geneesheren, arbeidsgeneesheren en behandelend geneesheren is een belangrijke stap in die richting. (initiatiefnemer: federale overheid)

- Er is nood aan een “universele taal” die voor alle betrokken partijen nuttig kan zijn. Die taal zal medische concepten moeten vertalen naar termen die ook voor niet-medici begrijpelijk zijn en die duidelijk maken wat de capaciteiten en beperkingen zijn van de werkhervatter. Een onderzoek hierover kan interessant zijn. Ook opleiding over het werkkader van andere actoren (bijv.: adviserend

geneesheren moeten het bezoek bij de arbeidsgeneesheer voorafgaand aan de werkhervatting kennen) kan de dialoog ondersteunen. (initiatiefnemer: federale overheid, VLK, onderzoeksinstituut)

- Prevent stelt voor om een communicatiedocument te ontwikkelen dat de stakeholders betrokken bij een re-integratietraject oplijst en duidelijk maakt welke informatie en inbreng van elke actor verwacht kan worden. Het communicatiedocument legt vast wanneer er contactmomenten zijn⁹. Dit moet dan wel goed afgestemd zijn op al bestaande initiatieven, zoals het integratieprotocol van de SERV. (initiatiefnemer: federale overheid, VLK, onderzoeksinstituut)

- Een databank met contactgegevens van alle personen en instanties die betrokken kunnen zijn bij een werkhervatting (bijv. de adviserend geneesheren in een bepaalde regio, de arbeidsgeneesheren van de bedrijven in een bepaalde regio ...). (initiatiefnemer: federale of Vlaamse overheid)

5. Bescherming tegen ontslag

Ongeveer twintig getuigen meldden de VLK dat ze ontslagen zijn tijdens het ziekteverlof of kort na de werkhervatting. De getuigen halen hiervoor verschillende redenen aan: de werkgever denkt dat de werknemer het werk niet meer zal aankunnen, de werknemer wordt door de arbeidsgeneesheer medisch ongeschikt verklaard voor de job, de werkgever merkte tijdens het ziekteverlof dat het werk ook gedaan geraakt met een mannetje minder, de werkgever stelt meer vertrouwen in de gezonde vervanger van de werknemer die ziek geweest is, de werkgever ontslaat de werknemer omdat hij niet akkoord gaat met deeltijds werk of de beperkte uren die iemand nog kan werken.

Voor alle duidelijkheid: ontslagen worden tijdens het ziekteverlof (waarbij ook een opzegvergoeding moet betaald worden) moet onderscheiden worden van de situatie waarin een werknemer *definitief* niet meer in staat is om de overeengekomen arbeid uit te voeren, waardoor de arbeidsovereenkomst wegens overmacht kan worden beëindigd, zonder opzegtermijn of -vergoeding (cf. supra).

Er is in België weinig wettelijke bescherming tegen ontslag wegens ziekte. Uit het onderzoek van Betsch⁷ blijkt dat het grondrecht op ontslagbescherming op grond van ziekte of ongeval wel verankerd is in verschillende internationale en Europese rechtsbronnen. Deze bescherming is niet absoluut. Er kan bijvoorbeeld van de ontslagbescherming afgeweken worden als de ziekte de goede werking van de onderneming verstoort (IAO-conventie 158; art. 24 van HESH (Herzien Europees Sociaal Handvest van de Raad van Europa) en art. 30 EU-handvest Grondrechten (van de Europese Unie)). Maar België is niet toegetreten tot IAO-conventie 158 en de relevante bepalingen van het HESH en het EU-handvest Grondrechten staan in België niet op de lijst van verbindende bepalingen.

De Belgische arbeidsovereenkomstenwet verbiedt de werkgever niet om de overeenkomst eenzijdig te beëindigen tijdens de schorsing wegens ziekte of ongeval, ook niet tijdens de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid, al zal de beëindiging wel de toets moeten kunnen doorstaan met de antidiscriminatiewetgeving, die discriminatie verbiedt op basis van de huidige of toekomstige gezondheidstoestand en op basis van handicap. Wel wordt voor bedienden en arbeiders bepaald dat de werkgever de arbeidsovereenkomst kan beëindigen mits het betalen van een opzegvergoeding, nadat de arbeidsongeschiktheid van een voor onbepaalde duur aangeworven bediende of arbeider meer dan zes maanden heeft geduurd. Dit is volgens bepaalde rechtspraak een wettelijke toelating om over te gaan tot ontslag na zes maanden arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of ongeval. Het is

afwachten of deze regeling nog stand zal kunnen houden in het licht van het arrest Ring en Skouboe Werge.

Prioritaire volgende stappen

- Er moet een vorm van ontslagbescherming komen voor de arbeidsongeschikte werknemer. Voor mensen met kanker zou deze ontslagbescherming ten minste moeten gelden tijdens de primaire medische behandeling. De ontslagbescherming mag niet te zwaar zijn, want dit kan leiden tot discriminatie van (langdurig) arbeidsongeschikte werknemers die werk gaan zoeken¹⁹. Het uitgangspunt van de ontslagbescherming zou kunnen zijn dat het ontslag van de arbeidsongeschikte werknemer slechts kan wanneer terugkeer in de overeengekomen functie, een gepaste of nieuwe functie niet mogelijk is. (initiatiefnemer: federale overheid, sociale partners)

Lijst met afkortingen

| | |
|-------------|---|
| ACTIRIS | Brusselse gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling |
| BTOM | bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen |
| CPBW | Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk |
| CSB | Centrum voor Sociaal Beleid |
| DCM | Disability case management |
| DM | Disability management |
| EMIOR | Ergotherapeutische Methodiek in Oncologische Revalidatie |
| FOD WASO | Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg |
| FOREM | service public wallon de l'emploi et de la formation |
| GA | gespecialiseerde arbeidsonderzoeksdienst |
| GOB | gespecialiseerde opleidings- en bemiddelingscentra |
| GTB | gespecialiseerde trajectbepaling en -begeleiding |
| HESH | Herzien Europees Sociaal Handvest |
| IAO | Internationale Arbeidsorganisatie |
| IMC | Interministeriële conferentie |
| KCE | Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg |
| kmo | Kleine en middelgrote onderneming |
| LIKAS | Limburgse Kankersamenwerking |
| OCMW | Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn |
| OESO | Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling |
| PAAG | Preventieadviseur-arbeidsgeneesheer |
| RIZIV | Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering |
| SERV | Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen |
| VDAB | Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding |
| VLK | Vlaamse Liga tegen Kanker |
| VOP | Vlaamse ondersteuningspremie |

¹ Rommel, W., Neefs, H., & Verhaegen, H. (2012). *Werken na kanker: welke problemen ervaren (ex-) kankerpatiënten die het werk hervatten? Dossier*. Brussel: Vlaamse Liga tegen Kanker. URL: http://www.tegenkanker.be/sites/vlk/files/VLK_Dossier_Werken_na_kanker_0.pdf

² OECD (2010) *Sickness, disability and Work. Breaking the Barriers. A Synthesis of findings across OECD Countries*.

³ http://www.tegenkanker.be/12_september_2012_-_vlk_vraagt_minister_monica_de_coninck_knelpunten_rond_werken_na_kanker_op_te_loos

⁴ Unizo Limburg, VKW Limburg, VOKA-Kamer van Koophandel Limburg, and LIKAS.2012.*Intentieverklaring werkhervatting tijdens en na (borst)kanker*.

⁵ Duprez, H. (25/10/2012). Re-integratie na langdurige afwezigheid: rol van de arbeidsgeneesheer. Jobcentrum Gits. *Code 32, over reïntegratie na langdurige afwezigheid omwille van ziekte*.

⁶ Samoy, E. (2012). *Handicap en arbeid. Deel II. Beleidsontwikkelingen*. Brussel: Departement Werk en Sociale Economie.

⁷ Betsch, N. (2012). *Beleidsdocument. Werkhervatting na kanker. Rechten en plichten*. Leuven.

⁸ Mairiaux, Ph., Kéfer, F., & Donceel, P. (2012). *Werkhervatting na een langdurige afwezigheid. Retour au travail après une absence de longue durée*. Luik/Leuven: Université de Liège/Katholieke Universiteit Leuven.

-
- ⁹ Bruyninx, K., & De Greef, M. (2012). *Return to work. Een project gericht op de vrijwillige (re)integratie van werknemers die genieten van uitkeringen ten gevolge van arbeidsongeschiktheid*. Brussel: Prevent.
- ¹⁰ <http://www.flemosi.be>
- ¹¹ Perl, F. (2012) *L'incapacité de travail. Bilan et perspectives dans le contexte de la sécurité sociale*. Brussel: RIZIV.
- ¹² Algemene beleidsnota van 21/12/2012 van de staatssecretaris voor Sociale Zaken, Gezinnen en Personen met een Handicap, belast met Beroepsrisico's.
- ¹³ Tiedtke, C., Dierckx de Casterlé, B., Christiaens, R., & Donceel, P. (2011). Breast cancer treatment and work disability: Patient perspectives. *The Breast*, 20, 534-538
- ¹⁴ Oncoline. Richtlijnen Oncologische zorg. Cancer Rehabilitation. [Web Page]. 2011 Jan 10; Accessed 2013 Jan 16. http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=34808&richtlijn_id=829.
- ¹⁵ Désiron, H.; Biesmans, K., and Reyskens, A. Ergotherapie en borstkanker.(2011). EMIOR. Herstel van arbeidsparticipatie na borstkanker; Hasselt.
- ¹⁶ Tamminga, S. J. (2012). *Enhancing return to work of cancer patients*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- ¹⁷ Holdt Henningsen, K., Desomer, A., Hanssens, S., & Vlayen, J. (2012). *Supportive treatment for cancer - Part I: exercise treatment. Good Clinical Practice (GCP)* (KCE Report 185C . Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- ¹⁸ https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_185C_supportive_treatment_cancer.pdf
- ¹⁹ Betsch, N., & Hendrix, F. Besloten seminar. Werkhervatting na kanker. Rechten en plichten. Huis van Chièvres. Leuven: Faculteit Rechtsgeleerdheid. Instituut voor Arbeidsrecht. KU Leuven.
- ²⁰ Donceel, P.(7/12/2012). Evolutie in het huidige wettelijk kader met focus op arbeidsre-integratie. Provincie Limburg and Likas. *studievoormiddag werkhervatting na (borst)kanker*.
- ²¹ Instituut voor Arbeidsrecht (2013). HvJ 11 april 2013, nr. C-335/11 en C-337/11, Jette Ring (HK Danmark) / Dansk almennyttigt Boligselskab en Lone Skouboe Werge (HK Danmark) / Pro Display AS (Dansk Arbejdsgiverforening). *Nieuwsbrief Arbeidsrecht*, (4).
- ²² Bruyninx, K. (25/10/2012). Gezond omgaan met langdurig zieke werknemers. Prevent. Institute for occupational safety and health. Jobcentrum Gits. *Code 32, over reïntegratie na langdurige afwezigheid omwille van ziekte*.
- ²³ Knoche, K., Sochert, R., & Houston, K. (2012). *Promoting healthy work for workers with chronic illness: a guide to good practice*. European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP).
- ²⁴ http://www.disability-management.be/disability_management/doelgroep/
- ²⁵ Commissie Diversiteit. (2011). *Advies. Actielijst arbeidshandicap*. Brussel: SERV.
- ²⁶ Vanneste, C. and Van Becelaere, M. (25/10/2012). DM-beleid in de praktijk, ABVV Diversiteitsconsulenten, ACV Divers & anders. Jobcentrum Gits. *Code 32, over reïntegratie na langdurige afwezigheid omwille van ziekte*.
- ²⁷ Bogaerts, K.; De Graeve, D.; Marx, I., and Vandenbroucke, P.(2009). Inactiviteitsvallen voor personen met een handicap of met langdurige gezondheidsproblemen. Antwerpen: Centrum voor Sociaal Beleid. Herman Deleeck.
- ²⁸ Vlaams Patiëntenplatform vzw. (2009). *nota toegelaten activiteit*. Leuven.
- ²⁹ *PERSBERICHT. Overeenkomst RIZIV-VDAB in het kader van de herscholing van arbeidsongeschikt erkende gerechtigden*. (2011). URL: RIZIV/VDAB. URL: <http://www.riziv.fgov.be/news/nl/press/pdf/press20110225.pdf>



Omdat niemand kanker verdient

Vlaamse Liga tegen Kanker
Koningsstraat 217
1210 Brussel
Telefoon: 02 227 69 69 • Fax: 02 223 22 00
E-mail: vl.liga@tegenkanker.be
www.tegenkanker.be