



Re-integratie

Ervaringen van de huisartsen

Peter hoffman

Brussel, 14 november 2019

Een lange schets met een kort besluit...

(wat de huisartsen betreft dan toch)

Wat voorafging...

Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017

(22/11/2015)

Belang van ontwikkelen van langetermijnvisie...

- Centrale rol van de huisarts
(kwalitatief GMD – ontwikkeling mogelijkheden E-gezondheid)
- Nood aan een meer geïntegreerde zorgaanpak
(inter- en multidisciplinariteit)
- Continuïteit van zorg
- Doelmatige zorg
- Toegankelijke zorg en financiële transparantie

Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017 (22/11/2015)

Arbeidsongeschiktheid (punt 5)

Het is onontbeerlijk dat de behandelende sector nauwer betrokken wordt bij de problematiek van de arbeidsongeschiktheid...

- Invoering nieuw getuigschrift arbeidsongeschiktheid
- Optimalisatie van de communicatie met oog op snelle re-integratie
- Nagaan hoe de inspanning van de behandelende sector kan worden gevaloriseerd...
- Multidisciplinair traject ontwikkelen ivm burn-out bij werknemers...

Wat voorafging...

Pilootproject Trio-overleg (maart 2016 – Domus Medica)

Doel: gemeenschappelijk overleg tussen huisartsen, arbeidsartsen en adviserend artsen. Basis leggen voor groter netwerk om communicatie te bevorderen tussen de drie beroepsgroepen en de Re-integratie efficiënter te organiseren.

Context: Akkoord artsen-ziekenfondsen met bijzondere aandacht voor de arbeidsongeschiktheid - sterke stijging van het aantal langdurig zieken met grote budgettaire impact.

Gerechtigden invaliditeit: 257.935 (31/12/2010) => 321.573 (31/12/2014)

Uitkeringen invaliditeit: 3,1 miljard euro in 2010 => 4,1 miljard euro in 2014

Vooraf vooral psychische stoornissen (burn-out) en aandoeningen bewegingsstelsel (rug)

Pilootproject Trio-overleg (maart 2016 – Domus Medica)

Concreet: het opzetten van een netwerk tussen de betrokken groepen...

- Overleg faciliteren, uitwisselen info, dialoog op gang brengen, drempels verlagen
- Opleidingsmomenten inrichten (via de huisartsenkringen en lok-groepen)
- Meewerken aan de uitbouw van een webplatform (FAQ's - contactgegevens).

In functie van de noden binnen het bredere netwerk.

Afsluitend seminarie eind 2016 => Aanzet naar een goed uitgebouwd TRIO-overleg.

We weten (oktober 2016) nog steeds niet wat er in de nieuwe wetgeving zal staan...

Wel vermoedens:

- De rol van de arbeidsarts en in mindere mate de adviserend arts zal toenemen...
- Sanctionering van de werknemer als hij niet meewerkt...
- De werkgever zou ook gestimuleerd moeten worden...

Intussen op de RIZIV-website...

https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infofolder_socioprofessionele_reintegratie.pdf

<https://www.inami.fgov.be/nl/themas/reintegratie/Paginas/default.aspx>



Hebt u uw professionele werkzaamheden moeten beëindigen door uw gezondheidstoestand?

Arbidsongeschikt zijn als zelfstandige of werknemer en zich heroriënteren, KAN DAT?

Wat als het RIZIV uw aanvraag goedkeurt?

- U blijft arbeidsongeschikt erkend tijdens uw opleiding; u blijft uw uitkering dus ontvangen gedurende uw opleidingstraject.
- Tijdens uw opleiding kunt u verschillende financiële tussenkomst en premies krijgen.

Financiële tussenkomst voor:

- reachtvoorzorgden
- reiskosten
- basiskosten
- professioneel materiaal
- enz.

Premies

- € 500 per gewerkt opleidingsuur
- aanmelding 500 EUR na succesvol beëindigen van uw opleiding.

Belangrijke aandachtspunten

- Bring uw adviserend arts steeds op de hoogte als uw situatie wijzigt: als u uw opleiding onderbreekt, als de data van de lessen wijzigen, enz.
- 6 maanden na afloop van uw opleidingsplan evalueert de adviserend arts opnieuw uw arbeidsongeschiktheid. Hij houdt rekening met de nieuwe verworven beroepscompetenties. Hij kan een einde stellen aan uw arbeidsongeschiktheid.

Wil u meer info?

Bezoek dan de website van het RIZIV www.riziv.be > Thema's > Socioprofessionele re-integratie.

1 Contacteer het RIZIV:

RIZIV
Afdeling socioprofessionele re-integratie
Tervurenlaan 211, 1150 Brussel
Tel: 02729.77.12
E-mail: reintegr@riziv.fgov.be

Vraag uw adviserend arts of uw arbeidsarts naar andere mogelijkheden naar werk.

- Doelrijke werkherleving
- Aangepast werk
- Reëler aanpassing van de werkplaats



Hebt u uw professionele werkzaamheden moeten beëindigen door uw gezondheidstoestand?

KAN DAT?

Melissa
Rachida
Pierre

Socioprofessionele re-integratie helpt u bij uw terugkeer naar de arbeidsmarkt

be

Wat is socioprofessionele re-integratie?

Kunt u uw beroep om gezondheidsredenen niet meer uitoefenen én wilt u opnieuw stappen zetten naar werk dat aangepast is aan uw gezondheidstoestand? Dat kan!

Doe daarvoor een beroep op socioprofessionele re-integratie dat is een traject om u te begeleiden naar een opleiding om:

- uw huidige competenties te actualiseren of
- nieuwe competenties te ontwikkelen

Wie komt in aanmerking voor een traject?

U komt in aanmerking voor socioprofessionele re-integratie als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

- U bent arbeidsongeschikt erkend.
- Uw gezondheidstoestand is verenigbaar met het gekozen opleidingstraject en het jobdoelwit. Het advies van de adviserend arts is hierbij noodzakelijk.
- U bent gemotiveerd om weer actie te ondernemen.
- Er is geen sprake van een beroepszakte of arbeidsongeval.

1 Als u nog een arbeidscontract hebt, richt u dan eerst tot uw preventieadviseur-arbeids-arts om ook andere opties te bespreken.

Uit welke stappen bestaat een traject?

STAP 1
Neem contact op met uw adviserend arts van uw ziekenfonds.

STAP 2

- Hebt u zelf al een concreet opleidingsplan? Uw adviserend arts zal u de informatie bezorgen en de nodige documenten invullen en indienen.
- Hebt u nog geen concreet opleidingsplan? Uw adviserend arts zal u doorverwijzen naar één van de partners voor een oriënterend onderzoek om zo uw opleidingsplan verder uit te stippen.

STAP 3
Uw adviserend arts evalueert of uw opleidingsplan en het generatie beroep verenigbaar is met uw gezondheidstoestand.



STAP 4
De adviserend arts dient de aanvraag in bij de Hoge Commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit van het RIZIV. Indien de beslissing van het RIZIV positief is, worden de kosten verbonden aan uw opleiding terug betaald door uw mutualiteit.

Re-integratie wordt blijkbaar (???) door de overheid vooral gezien als **een andere job** aannemen en niet langer bij dezelfde werkgever met aangepast werk (en tussenkomst van de overheid)...

Wat voorafging...

Afsluitend seminarie Trio-project (26/11/2016 – Kringvergadering Domus Medica)

Inbreng van de huisarts, de adviserend arts en de adviserend arts.

- Het oogt allemaal mooi...

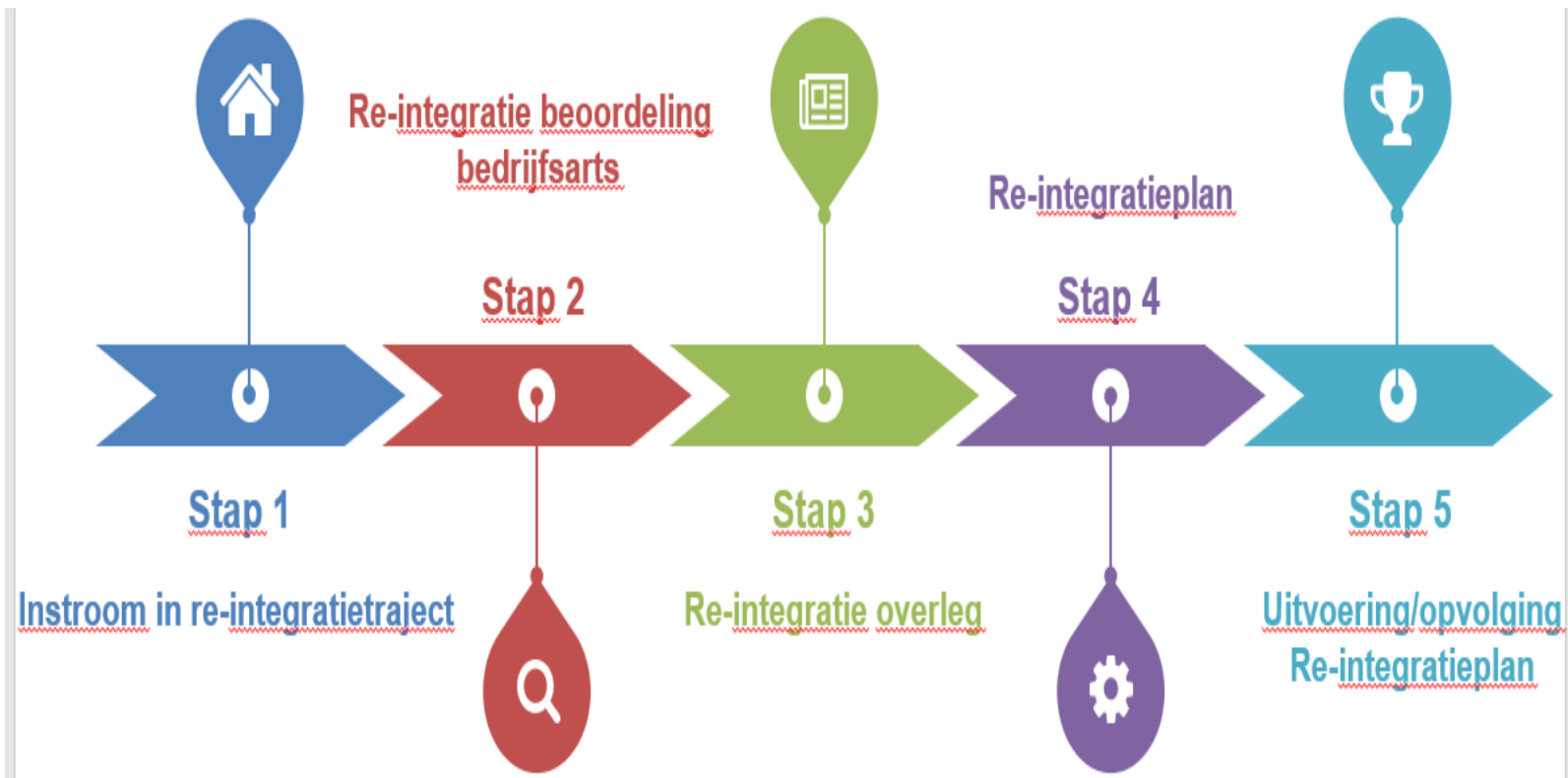
Maar

Een resem vragen...

Vooraf bij de huisartsen!

Afsluitend seminarie Trio-project (26/11/2016 – Kringvergadering Domus Medica)

1) De arbeidsarts: het re-integratietraject... (met re-integratieoverleg)



Afsluitend seminarie Trio-project (26/11/2016 – Kringvergadering Domus Medica)

1) De arbeidsarts: beoordeling en overleg...



- Kan werknemer werk opnieuw uitvoeren?
 - Tijdelijk aangepast/ander werk
 - Definitief aangepast/ander werk
 - Progressieve werkhervatting
 - Aanpassing werkpost
 - Opstart traject niet opportuun → herbekijken

Afsluitend seminarie Trio-project (26/11/2016 – Kringvergadering Domus Medica)

2) De adviserend arts:

- Controleert de arbeidsongeschiktheid van de verzekerden
- Ziet toe op hun socio-professionele re-integratie
- Informeert de zorgverleners
- Handelt in overleg met de patiënt en **in overleg** met alle betrokken partijen (huisarts, arbeidsarts, werkgever) – multidisciplinaire aanpak (werf in opbouw)
- ...

Afsluitend seminarie Trio-project (26/11/2016 – Kringvergadering Domus Medica)

3) De huisarts:

De materie/rol van de bedrijfsarts en de adviserend arts is ons te weinig bekend, dus te weinig bemind... De samenwerking kan beter!

- Waarom kennen/contacteren we elkaar niet?
- - Een wirwar aan diensten
- - Geen duidelijke coördinaten
- - Nooit aan elkaar voorgesteld
- + ook geen overlegplatform
- - Weinig incentives voor overleg
- - En de patiënt, die weet het vaak ook niet...
- + welk belang heeft hij erbij??

Afsluitend seminarie Trio-project (26/11/2016 – Kringvergadering Domus Medica)

3) De huisarts:

Nood aan meer en beter contact (cfr. Complexiteit vd gezondheidszorg).
Samenwerking loont, maar gaat niet vanzelf...

- Randvoorwaarden voor goede resultaten op AO

- (1) Tijd!!
 - - Om elkaar beter te leren kennen
 - - Om een aantal nodige tools/handvaten uit te werken
 - + er mee te leren werken
- (2) Duidelijke visie
 - - Wat is het doel? Wat wil men (= Overheid) precies bereiken?
 - Op welke manier? Wie moet er beter van worden? ...
 - (gaat het puur om de cijfers of ook om de personen?)

- Randvoorwaarden voor goede resultaten op AO

- (3) Werkkader
 - - individueel overleg rond en met de patiënt zal ook tijd vergen, nu nog onduidelijk hoeveel tijd
 - - Wie coördineert? (huisarts? bedrijfsarts? adviserende arts?...)
 - - Time is money (huisarts = zelfstandige)
- (4) Realisme/regelmatige evaluatie
- (5) Mogelijkheden tot feedback en bijsturing
- (6) Er is ook de werkgever...

Afsluitend seminarie Trio-project (26/11/2016 – Kringvergadering Domus Medica)

3) De huisarts:

Einde 2016 op het ogenblik van het seminarie nog veel onduidelijkheid, veel resterende vragen en werkpunten...

- Status KB? (1 januari 2017 nadert snel)
- IT-ondersteuning
- Verschuiven er financiële middelen?
- Is er ook een rol voor de huisartsenkringen?
- Etc..

Afsluitend seminarie Trio-project (26/11/2016 – Kringvergadering Domus Medica)

4) De overheid:

- Stelt vast dat in 2016: budget uitkering AO > budget werkloosheid
- (5 miljard euro voor invaliditeit (385.000 invaliden) (cfr. in 1995: 120.000))
- Arbeidsongeschiktheid is multifactorieel => multidisciplinaire aanpak
- (met ook een rol voor de behandelende arts)
- **Overlegplatform** vereist (Trio): in creatie (2017)
- Responsabiliseren werkgever en werknemer
- ...

Wat voorafging...

De KB's re-integratie (in werking vanaf 1 januari 2017) (KB's Peeters en De Block)

einde

eerste woord

laatste woord

Publicatie : 2016-11-24
Numac : 2016205640

FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID, ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG

28 OKTOBER 2016. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wat de <re>-<integratie> van arbeidsongeschikte werknemers betreft (1)

einde

Publicatie : 2016-11-24
Numac : 2016205594

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

8 NOVEMBER 2016. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de sociaalprofessionele re-integratie betreft

De KB's re-integratie (in werking vanaf 1 januari 2017)

Wat is opgevallen...

- Als de werknemer zelf geen zin heeft in een re-integratie stopt het verhaal
- (de aanvankelijk voorzien financiële stok achter de deur voor de onwillige uitkeringsgerechtigden is weer verwijderd)
- Motivatie voor de werkgever?
- (de voorziene uitbreiding van gewaarborgd loon van één naar twee maanden is ook weer opgeborgen)
- Onduidelijke financiering van de uitvoering van het KB.

Wat voorafging...

Werkstuk van de Koning Boudewijnstichting: (2016-2017)

(bevorderende of remmende factoren voor de re-integratie van langdurig arbeidsongeschikte werknemers – een overleg tussen artsen en werkgevers)

- In de opleiding is bijna niets voorzien betreffende omkadering van arbeidsongeschiktheid
- Pleidooi voor een **sterkere dialoog** (vb. videoconferentie) met de arbeidsarts. Honorering is daarvoor te voorzien.
Gehonoreerd overleg is kostenbesparend.
- Gebrek aan goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn (bij doorverwijzing komt de huisarts er nadien vaak niet meer aan te pas + de gegevensdeling hapert met de nodige vertragingen tot gevolg).

Wat voorafging...

Möbius ((in opdracht van FOD Sociale Zekerheid - eind 2018)

Nadenken over een gestandaardiseerde duur van de arbeidsongeschiktheid voor een reeks courante aandoeningen...

Positief dat huisartsen bevroegd worden!

Opstellen van richtlijnen voor aandoeningen met lange arbeidsongeschiktheidsduur:

- Lage rugpijn
- Carpaal tunnelsyndroom
- Knieprothese
- Gescheurde rotatorcuff
- Borstkanker
- Acuut myocardinfarct
- Burn-out
- Lichte angst en depressie
- ...

Wat voorafging...

Trio-project 2018 (vervolg van 2016-2017) (Domus Medica)

Eerste voorstel ingediend november 2017...

Doelstelling 1: grotere betrokkenheid van de drie beroepsgroepen bij overleg (uitwerken contactpunten, navorming, informatie en feedback naar werkveld vergroten)

Doelstelling 2: navormingspakket (permanente evaluatie en bijsturing)

Doelstelling 3: implementatie in de dagelijkse praktijk (elektronische communicatie (RIDO-project), pilootproject Trio-vergoeding)

Voorstel aanvaard eind 2019 (??) Overheid wil “andere” disciplines betrekken...

Centrale rol vd huisarts in de arbeidsongeschiktheid in vraag gesteld???

Ik zou het bijna vergeten...

Er bestaat een aanzet van website, maar...

Ze is helaas nog onbekend en heel erg moeilijk te vinden.

<https://domusmedica.be/actueel/website-over-samenwerking-huisartsen-en-arbeidsgeneesheren>

Casussen?

Ik zou het kunnen hebben over:

- 1) **Marleen**, die als verzorgende aan 60% is beginnen werken na haar chemotherapie voor borstkanker...
- 2) **Sandra**, winkelbediende die na een val van een ladder een open polsfractuur opliep met de nodige verwikkelingen, later PSH ontwikkelde, met de wil om te werken maar de VDAB vindt niets dat past voor haar en ze wordt van het kastje naar de muur gestuurd...
- 3) **Johan**, afdelingshoofd in een doe-het-zelf-bedrijf, die door zijn werkgever na een chemobehandeling voor lymfoom aan het lijntje wordt gehouden...
- 4) En over **anderen**, die na (vaak ongewilde) ziekte ook aan het lijntje worden gehouden en waar ons systeem de oefening tot re-integreren niet echt wil maken want het kader kan of wil zich niet aan hen aanpassen.

Casussen?

Als behandelende arts heb ik op een degelijk **overleg**moment ook misschien wel iets zinvols te zeggen:

over patiënten die volgens mij handig het systeem misbruiken (ziektewinst??) en waar ik mijn hand NIET voor in het vuur wil steken...

Er zijn wel degelijk mensen van wie men het gevoel heeft dat ze geboden kansen niet “willen” grijpen, eerder dan dat ze het niet kunnen.

Een overleg daarover is wellicht zinvol want welk systeem/welke aanpak is voor die personen het meest aangewezen? Geen one-size-fits-all aanpak.

Vragen die ik als huisarts heb...

- Waarom kan ik als behandelend arts alleen via interne kanalen vernemen wat er precies in de KB's re-integratie staat?
- Waarom is het zo moeilijk om allerhande informatie in verband met re-integratie te vinden? Resultaat van de sinds 2016 lopende (?) projecten zoals de elektronische communicatietool de website met praktische info, de ondersteuningstool, ...??
- Waarom wil men precies de behandelende artsen zo weinig betrekken? Is er wel een reële wil om mensen te re-integreren? Waarom wil men per sé ook andere disciplines betrekken?

Besluit:

Als huisarts/behandelend arts voelen wij ons ernstig onderbenut.
Vandaar dat we ook weinig tot geen ervaringen hebben of kunnen opdoen met re-integratie.

Artsen kunnen/willen veel meer dan alleen AO attesteren of documenten invullen... Optimaal re-integreren is een gedeelde verantwoordelijkheid.

De arbeidsartsen zien hun werkterrein uitbreiden, maar met heel beperkte resultaten op de re-integratie van werknemers. Er is nog werk aan.

Re-integratie: een verdoken manier om te besparen??

Wat te onthouden... (lessons learned)

- Alles slabakt in de feiten...
Te veel topdown beslissen (?) ipv actiever bottom-up mogelijkheden te verkennen.
- We hebben met zijn allen vast en zeker meer te bieden, maar dan moet er ook een aangepast werkkader geschapen worden.
- Echte vooruitgang is alleen mogelijk mits degelijk (>trio-)overleg.
- Betrek zeker de behandelende arts!
Onze mening wordt zelden gevraagd...
- De re-integratietrajecten blijken, zoals gevreesd bij de aanvang, vooral een middel om mensen in een ander statuut te duwen. Het lijkt nu vooral op een besparingsoperatie van de overheid en niet op een werkelijke re-integratieoperatie.

Wat te onthouden... (lessons learned)

- Wellicht is er nood aan meer dwang en wat meer creativiteit.
- Casussen?? Illustreren vooral... “de huisarts staat er bij en kijkt er naar”.
Op dit moment voelen de huisartsen zich helemaal niet betrokken en is het een ver-van-ons-bed-gebeuren.
- Zeker niet de fout van de andere betrokken artsen, wel van een incoherente visie van de overheid en miskennis van capaciteiten.
- En ja, de inspanningen ter zake mogen ook iets kosten als er iets tegenover staat (vraag wel ontwikkelen van een duidelijke visie)!
- **Hopelijk beterschap in de toekomst...**