

De dynamiek tussen werk en gezondheid

Re-integratie van langdurig zieke werknemers: kansen en bedreigingen

Dr. J. Van de Cauter

Prof. Dr. L. Braeckman

Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

De Pintelaan 185, 4K3

B-9000 Gent

Inhoudsopgave

<N1> Inleiding

<N1> Het belang van werk

- <N2> Werkloosheid als een ziekte en ziektes van werklozen

- <N2> Oudere werknemers

- <N2> Invloed van slechte gezondheid op economische inactiviteit

- <N2> Jobtypes en gezondheid

- <N2> Wat betekent werk voor zieken?

- <N2> Absenteïsme

<N1> Re-integratie op de werkvloer

- <N2> Achtergrond

- <N2> Factoren die meespelen op in domein van re-integratie en revalidatie

- <N2> Regelgeving in verband met arbeids(on)geschiktheid en re-integratie

 - <N3> Taak van de arbeidsgeneesheer

 - <N3> Koninklijke besluiten over re-integratie

- <N2> Semestriële cijfers 2017

- <N2> Kansen en bedreigingen

<N1> Bibliografie

<N1> Inleiding

Het uitoefenen van enige vorm van arbeid kan bepaalde risico's inhouden voor de gezondheid. In het licht hiervan ontstond in België de eerste regelgeving voor veiligheid en welzijn op het werk met name het 'Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming' (ARAB) en recenter de 'Codex Welzijn op het werk' (vernieuwd op 28 april 2017 bevattend de uitvoeringsbesluiten van de wet van 4 augustus 1996). Werk kent vooral een negatieve connotatie, het woord '*travailler*' vindt zijn oorsprong zelfs in het Latijnse '*tripotium*' (een foltertuig) (Jenlart, 2001). Door een steeds veranderende maatschappij en arbeidsmarkt verdient de relatie tussen gezondheid en beroepsrisico's onze blijvende aandacht en blijft wetenschappelijk onderzoek wenselijk. Naarmate men vordert doorheen de tekst, wordt duidelijk dat de relatie tussen enerzijds werk en gezondheid en anderzijds gezondheid en werk complexer is dan eerst gedacht.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert een gezonde werkplek als:

'A healthy workplace is one in which workers and managers collaborate to use a continual improvement to protect and promote health, safety and well-being of all workers and the sustainability of the workplace by considering the physical and psychosocial work environment, personal health resources in the workplace and the participation of enterprises in the community to improve health of workers, their families and other members of the community' (Burton, 2010).

Ondanks het feit dat er, volgens de WHO, aandacht dient te gaan naar zowel het fysieke en mentale welzijn van werknemers, blijft de werkplek niet vrij van enig risico. Wereldwijd schat de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO, 'International Labour Organisation' of 'ILO') dat er iedere vijftien seconden iemand overlijdt als gevolg van een werkgebonden ongeval of ziekte en dat er iedere vijftien seconden 153 mensen een arbeidsongeval hebben (Takala et al., 2014). Op jaarbasis zijn er volgens de laatste statistieken van de IAO ongeveer 2,3 miljoen overlijdens per jaar en zo'n 317 miljoen arbeidsongevallen (Takala et al., 2014).

In België heeft Fedris – vroeger het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ) – in 2016 aan 48.238 slachtoffers van een beroepsziekte een vergoeding voor blijvende arbeidsongeschiktheid uitbetaald. De uitkeringen van Fedris bedragen ongeveer 253 miljoen euro per jaar (Federaal agentschap voor beroepsrisico's, 2016)

<N1> Het belang van werk

'For those able to work, work is the best form of welfare and the most effective way to improve well-being' (Mead 1997, Deacon 1997, King 1999, Waddell & Burton 2006).

Met hun uitgebreide review '*Is work good for your health & well-being*' braken Burton & Waddell in de Britse gezondheidszorg een lans voor de positieve aspecten van arbeid op de gezondheid. Tewerkstelling is de meest belangrijke en adequate economische bron voor materieel welzijn en een volle participatie in de maatschappij. Werken vervult psychosociale noden en staat centraal in toekennen van individuele identiteit, sociale rollen en -status. Zo zijn werk en sociaal-economische status (SES) primordiale factoren van een sociale gradiënt in fysieke- en mentale gezondheid en mortaliteit (Waddell & Burton, 2006).

Jobonzekerheid en werkloosheid zijn geassocieerd met een slechtere algemene gezondheid, verhoogd medicatiegebruik, verminderd mentaal welzijn, een hoger aantal doktersbezoeken,

een slechtere levensstijl en een verhoogde mortaliteit. Volgens deze review dienen zieken en invaliden, waar mogelijk, gemotiveerd en ondersteund te worden om aan het werk te blijven of het werk zo spoedig mogelijk te hervatten aangezien werk:

- therapeutisch is
- helpt in het herstel en revalidatieproces
- leidt tot betere gezondheidsresultaten
- de schadelijke fysieke, sociale, mentale effecten van langdurig ziekte-afwezigheid helpt verminderen
- het risico op langdurige beperkingen en onvermogen vermindert
- volle participatie in de gemeenschap en onafhankelijkheid promoot
- armoede vermindert
- de levenskwaliteit ('*Quality of life*' of QoL) en welzijn verbetert

Hun resultaten toonden eveneens aan dat mensen die afstappen van een uitkering en hun herintrede doen op de arbeidsmarkt, doorgaans verbeteringen ervaren op het vlak van inkomen, SES, algemene gezondheid en -welzijn (Waddell & Burton, 2006).

Het addertje onder het gras is hier natuurlijk dat dit alles slechts van toepassing is indien het individu de best passende job krijgt volgens diens capaciteiten en gezondheidsstatus.

Het staat dus buiten kijf dat er een aantal oorzakelijke verbanden bestaan tussen gezondheid, werk en welzijn maar deze zijn gekenmerkt door complexe interacties met soms tegengestelde effecten. De volgende paragrafen met het overzicht van wetenschappelijke studies uitgevoerd in het laatste decennium illustreren dit verder.

Uit verschillende studies in het domein van de arbeidpsychologie (Schaufeli & Bakker, 2013: 347-348; Warr, 1987) is aangetoond dat tewerkstelling bijdraagt aan de gezondheid. Het verrichten van arbeid werkt als een medicijn en men spreekt zelfs van 'arbeidstherapie'. Dit kan in verband gebracht worden met het opnemen van een actieve rol en het leveren van een nuttige bijdrage in onze maatschappij wat een positieve impact heeft op het zelfbeeld. Arbeid structureert de activiteitenstroom in de hersenen, activeert en stimuleert verschillende psychische functies.

In een ander beroemd rapport uit het Verenigd Koninkrijk, legt Dame Carol Black nogmaals bewijzen voor die suggereren dat arbeid goed kan zijn voor de gezondheid, schadelijke effecten kan omkeren van absentisme en langdurige werkloosheid (Black, 2008). Met de quote '*Good health is good business*' impliceert het rapport dat gezondheid en welzijn niet enkel een medische kwestie zijn maar dat het ook de werkgevers aanbelangt. Zo kan de werkplek een prominente plaats innemen in gezondheidspromotie en welzijn. Het rapport besluit dan ook het volgende :

‘werk, gepaard aan iemands kennis, vaardigheden en uitgevoerd in een veilige gezonde omgeving, kan de schadelijke effecten van een langdurige ziekteafwezigheid of langdurige werkloosheid omkeren én gezondheid, welzijn en welvaart promoten’.

Een recente systematische literatuurstudie (van der Noordt, H, Droomers, & Proper, 2014) van 33 prospectieve studies toonde aan dat betaald werk gepaard ging met een verminderd risico op depressie en een verbeterde algemene geestelijke gezondheid.

<N2> Werkloosheid als een ziekte en ziektes van werklozen

De relatie tussen werkloosheid en slechte gezondheid is goed onderbouwd en wordt aangetoond door een hogere prevalentie van ziekten en invaliditeit en een hogere mortaliteit bij werklozen (Schuring et al. 2009). De associatie tussen gezondheid en tewerkstelling is bi-directioneel:

- werkloosheid kan de oorzaak zijn van een gezondheidsdeterioratie (dit is de '*causation hypothesis*'),
- een slechte gezondheid kan het risico op jobverlies verhogen (dit is de '*selection hypothesis*')

Zoals eerder aangehaald kan werk voorzien in tal van persoonlijke behoeftes zoals het gebruik van diens vaardigheden, onderhouden van interpersoonlijke contacten, inkomensvermogen. Deze factoren bepalen mee het psychologisch welzijn en komen onder druk te staan in geval van jobverlies en werkloosheid (Schuring et al. 2009, Warr P et al 1987). Het verlies van werk kan leiden tot schade aan de roltoekenning van het individu en de emotionele leefwereld, een algemeen onbehagen en gevoelens van depressie (Schuring et al. 2009, Price et al 2002). Het gevoel van eigenwaarde daalt bij jobverlies (Schuring et al. 2009, Eden et al. 1993), en laag zelfvertrouwen is een determinant voor een zelf-gerapporteerde slechte gezondheid (Cott CA et al 1999, Schuring et al. 2009). Een slechte mentale gezondheid kan een belemmerende factor zijn voor de terugkeer naar de arbeidsmarkt : een lage motivatie en geringe verwachtingen ten aanzien van het succesvol vinden van werk resulteren in een inefficiënte zoektocht naar werk (Schuring et al. 2009, Price RH et al. 2002, Eden et al. 1993, Creed 1998).

Selectie en causaliteit interageren en versterken elkaar, hetgeen een vicieuze cirkel creëert waarin de chronisch zieken werkloos worden ('*selection*') en werkloosheid dan hun ziekte verergert ('*causality*'), wat op zich verder de kans vermindert op het vinden van nieuw werk (Herbig, Dragano, & Angerer, 2013; Schuring, Mackenbach, Voorham, & Burdorf, 2011)

Meta-analyses en systematische reviews hebben aangetoond dat in vergelijking met werkenden werklozen een tweevoudig risico hebben op psychische problemen (vooral depressie en angstklachten) en een 1,6-voudig verhoogde mortaliteit. De ziektelast neemt daarbij toe met de duur van de werkloosheid (Herbig, Dragano, & Angerer 2013).

Een recente meta-analyse van Nederlandse auteurs (van Rijn, Carlier, Schuring, & Burdorf, 2016) toont de verontrustende effecten van werkloosheid naar sociale ongelijkheid. Uit hun resultaten blijkt dat lange periodes van werkloosheid gepaard gaat met een mortaliteitsverhoging van 63% (Roelfs, Shor, Davidson, & Schwartz, 2011), een 80% hoger risico op (niet)-fatale cardiovasculaire 'events' (Meneton et al., 2015), een tweemaal verhoogd risico op het ervaren van een belemmerende ziekte (Bartley, 2004) en een 3,5% verhoogde prevalentie van een slechtere geestelijke gezondheid (Thomas, Benzeval, & Stansfeld, 2005). Werkloosheid is hoger (80-90%) bij individu's geplaagd door ernstige mentale stoornissen zoals bijvoorbeeld schizofrenie (Marwaha & Johnson, 2004). Werkloosheid is ook geassocieerd met een tweemaal verhoogd prevalentie in tabaksgebruik (Arcaya, Glymour, Christakis, Kawachi, & Subramanian, 2014; Hammarstrom & Janlert, 2003) en een 1,5 verhoogde prevalentie van overmatig alcoholgebruik (Hammarstrom & Janlert, 2003).

<N2> Oudere werknemers

Het vervroegd verlaten van de arbeidsmarkt heeft serieuze gevolgen op persoonlijk en sociaal vlak. Voor het individu kan het leiden tot financiële of sociale problemen en verhoogt het de kans op gezondheidsdeterioratie. Op maatschappelijk niveau is het aangetoond dat werkparticipatie en het onderhouden van een werkpopulatie nodig zijn om de dalende geboortes en toenemende vergrijzing tegen te gaan. In vele landen zijn er dan ook maatregelen op beleidsniveau ontwikkeld met het oog op arbeidsparticipatie of met een focus op oudere werknemers (Robroek, Schuring, Croezen, Stattin, & Burdorf, 2013).

De ‘*Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe*’ (SHARE) is een longitudinale studie die data verzamelt over gezondheid, sociale gegevens en economie bij vijftigplussers. De opzet startte in 2004 in 11 Europese landen (België, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Griekenland, Italië, Nederland, Oostenrijk, Spanje, Zweden, Zwitserland) en verzamelde over de afgelopen jaren data in fasen (Börsch-Supan et al., 2008).

Het team van Robroek en Schuring gebruikte deze data om inzicht te krijgen in de rol die slechte gezondheid, een ongezonde levensstijl en ongunstige werkomstandigheden spelen bij het verlaten van de arbeidsmarkt via een invaliditeitsuitkering, werkloosheid en vervroegd pensioen (Robroek et al., 2013). Gezondheidsdeterioratie bleek een risicofactor voor invaliditeitsuitkering, hetgeen ook logisch is. Een verminderde fysieke activiteit verhoogde de kans op invaliditeit en werkloosheid. Roken en overgewicht waren tevens geassocieerd met invaliditeit. Jobs gekenmerkt door weinige autonomie/controle en lage appreciatie stonden in verband met invaliditeit, werkloosheid en vervroegd pensioen (Robroek et al., 2013).

<N2> Invloed van slechte gezondheid op economische inactiviteit

Uit een Nederlandse systematische literatuurstudie (van Rijn, Robroek, Brouwer, & Burdorf, 2014) blijkt dat een slechte gezondheidsbeleving een risicofactor is voor de overgang van betaald werk naar invaliditeitsuitkering, vervroegd pensioen en werkloosheid. Mentale problemen blijken nogmaals geassocieerd te zijn met invaliditeit en jobverlies. Chronische aandoeningen staan ook in verband met de 2 voorafvermelde exits maar niet met vervroegd pensioen. Gezondheidsgerelateerd werkverlies wordt volgens dit onderzoek vooral gedomineerd door musculoskeletale aandoeningen (MSK) en geestelijke aandoeningen. De auteurs lobbyen dan ook voor de implementatie van gezondheidsbevorderende interventies op de werkvloer.

<N2> Jobtypes en gezondheid

In onze westerse maatschappij vertonen, sinds de jaren zeventig, niet-standaard arbeidsvormen en meer flexibele arbeidsvoorwaarden en -verhoudingen een voortdurende stijging. (Bosch, 2004). Verschillende studies (Julia, Vanroelen, Bosmans, Van Aerden, & Benach, 2017; Van Aerden, Puig-Barrachina, Bosmans, & Vanroelen, 2016) met betrekking tot precair werk hebben uitgewezen dat dit samenhangt met negatieve effecten op de lichamelijke en geestelijke gezondheid.

Een recente Belgische studie (Van Aerden, Gadeyne, & Vanroelen, 2017) onderzocht specifiek de impact van de arbeidsmarktpositie op de gezondheid met behulp van data van de 1^{ste} ‘*Generations and Gender Survey*’ (GGS) verzameld in de periode 2008-2010. De auteurs

onderscheiden hierbij zes categorieën: vijf soorten tewerkstelling (standaard jobs, instrumentele jobs, preciaire jobs, portfolio jobs, zelfstandigen) en werkloosheid. Uit de resultaten bleek dat twee categorieën ook in onze Belgische maatschappij consistent gerelateerd zijn aan een zwakke algemene geestelijke gezondheid, nl. werkloosheid en precair werk. Voorts toont de studie het belang aan van een tewerkstelling van hoge kwaliteit voor het algemeen- en mentaal welzijn van een individu en suggereert het dus dat niet zomaar elke job voldoet.

<N2> Wat betekent werk voor zieken?

Inzake musculoskeletale aandoeningen (MSK), waarbij lage rugpijn een veelvoorkomende klacht is op de arbeidsgeneeskundige consultatie, is reeds veel onderzoek gevoerd naar preventie en interventie (Bültmann & Brouwer, 2013; Frank et al., 1996; Jansson & Bjorklund, 2007; Magnussen, Nilsen, & Råheim, 2007; Patel, Greasley, & Watson, 2007; Watson, Booker, Moores, & Main, 2004).

Hieruit blijkt dat hoe langer een werknemer is uitgevallen, des te kleiner de kans is dat hij het werk herneemt. Dit valt vooral op bij MSK-patiënten wanneer men niet adequaat leert om te gaan met de gevolgen van de aandoening zoals het ervaren van chronische pijn en deconditionering door verminderde lichamelijke beweging, verminderd zelfvertrouwen, een gewijzigd zelfbeeld en pessimisme. Hierin schuilt vanzelfsprekend het gevaar voor sociale isolatie, wijzigingen in het gezinsleven en stigmatisatie.

Vaak wordt de ervaring nog verergerd door gevoelens van angst en controleverlies over hun leven. Wanneer de beperking resulteert in baanverlies, worden de drempels tot werkhervatting nog hoger.

Mettertijd kan een zieke of gekwetste werknemer ervaren dat zijn vaardigheden verouderd zijn of niet afgestemd zijn op een nieuwe functie; kan hij steeds minder vertrouwen hebben in zijn eigen capaciteiten én potentiële werkgevers ontmoeten die niet staan te popelen om iemand aan te nemen met een zware medische voorgeschiedenis of beperking.

Een fenomenologische studie (Saunders, MacEachen, & Nedelec, 2015) exploreerde de betekenis van en de weg naar werk voor mensen met een lang bestaande beperking en jobverlies. Hieruit blijkt dat werk een centraal thema blijft voor deze populatie en dat de motivatie naar het behoud van hun job en/of het zoeken naar een nieuwe job groot blijft.

Uit een recente review (Saunders & Nedelec, 2014) over mensen met een beperking of ziekte bevestigt dat werk de belangrijkste bron van persoonlijke zingeving of levensbetekenis is. In 52 studies werd de betekenis van werk onderzocht bij mensen met kanker, mentale stoornissen, musculoskeletale aandoeningen, hersenletsels, paraplegie en AIDS.

Algemeen werd werk beschouwd als een bron van identiteit, financiële steun, gevoelens van een normaal leven en socialisatie. Dit had zowel een gezondheidsbevorderend als een motiverend effect voor '*return-to-work*' (RTW).

<N2> Absenteïsme

Uit een publicatie (white paper) van Securex (Verlinden, 2017) blijkt dat er de laatste jaren een continue stijging werd waargenomen van het ziekteverzuim. In 2016 waren er op een gemiddelde werkdag meer dan zeven op honderd werknemers afwezig door ziekte of

privéongeval. Het langdurig absentisme, waarbij werknemers minstens één jaar thuis blijven, kende in 2016 een stijging van bijna tien procent, vooral bij dertigers en veertigers.

Psychische en locomotorische problemen zijn volgens cijfers van Securex en van het RIZIV momenteel de belangrijkste redenen voor langdurig absentisme, net zoals in de voorgaande jaren (Verlinden, 2017). De invaliditeitsgraad wegens psychische problemen is tussen 2011 en 2015 met 30% toegenomen. Spier- en gewrichtspijnen zorgen voor 40% meer langdurige afwezigheden. Het toenemend aantal psychische problemen vindt zijn oorsprong zowel op het werk als in de privésfeer. Op het werk is chronische werkstress medeoorzaak van burn-out en dus van langdurige afwezigheden. Werknemers kampen niet alleen met meer, maar ook met hevigere stress. Dertigers spannen de kroon met een verstoorde balans tussen werk en privé, onder meer door infobesitas en keuzestress. In de privésfeer kampen werknemers daarnaast ook steeds meer met andere psychische problemen zoals depressie en angststoornissen. De toenemende spier- en gewrichtsklachten worden verklaard door de vergrijzende werknemer, de steeds meer sedentaire leefstijl en toenemende stress. (Verlinden, 2017).

<N1> Re-integratie op de werkvloer

<N2> Achtergrond

In vele geïndustrialiseerde landen is er sprake van een vergrijzingsfenomeen ten gevolge van de toegenomen levensverwachting en dalende geboortes. Hierdoor ontstaat er een shift van de ratio werkenden en gepensioneerden, hetgeen zal leiden tot een relatief tekort in de actieve werkbevolking. Gezien de economische gevolgen is het van belang om de participatie en ‘*return-to-work*’ (RTW) te promoten bij werklozen en zieken. Bijkomend dient men oudere werknemers te motiveren om aan het werk te blijven in plaats van te opteren voor het vervroegd pensioen (Schuring, Robroek, Otten, Arts, & Burdorf, 2013).

Onderzoek toont aan dat bij een ziekteafwezigheid de beginmaanden essentieel zijn voor interventies en contacten met de werkomgeving om een succesvolle terugkeer in de hand te werken. Bij een afwezigheid tussen drie maanden en zes maanden hervat minder dan vijftig procent bij de eigen werkgever. Bij een langere afwezigheid namelijk > zes maanden, > één jaar en > twee jaar, daalt het slagen zienderogen tot vijftig-, twintig- en tien procent respectievelijk (Godderis, 2017: 84).

In een puur biomedische benadering is de pathologie de enige reden van arbeidsongeschiktheid. Naarmate de arbeidsongeschiktheid langer duurt, houdt de oorzaak van de afwezigheid steeds minder verband met de initiële medische diagnose maar meer met psychologische en sociale factoren (= het biopsychosociaal model).

Andere studies lieten zien dat wedertewerkstelling een positief effect heeft op de lichamelijke gezondheid (Schuring et al. (2011), op een ziekte met belemmeringen in het algemeen dagelijks leven (Bartley, 2004) en op de geestelijke gezondheid (Murphy & Athanasou, 1999; Reine, Novo, & Hammarstrom, 2008; Schuring et al., 2011; Thomas et al., 2005). Een Noorse studie (Claussen, 1999) rapporteerde tevens een verbetering van somatische klachten bij herintrede van de arbeidsmarkt. Sommige studies tonen het gunstig effect ervan op mentale symptomen (Roelfs et al., 2011), op het algemeen welzijn (Paul & Moser, 2009; Wanberg, 2012) en op levenstevredenheid (Lucas, Clark, Y, & Diener, 2004).

Een recent Nederlands onderzoek (Carlier et al., 2013) ging het effect na van wedertewerkstelling op de zelf-gerapporteerde algemene gezondheid en 'Quality of life' (QoL). Met elke maand betaald werk steeg de kans tot een verbeterde gezondheid en de levenskwaliteit. Een ander Nederlands team (Schuring et al., 2011) suggereert zelfs dat werkparticipatie kan beschouwd worden als een therapeutische interventie binnen gezondheidspromoverende programma's bij (tijdelijk) werklozen.

De focus bij onze Noorderburen blijft hangen op de gunstige effecten van werk. Een recente meta-analyse (van Rijn et al., 2016) verzamelde resultaten uit verschillende studies over het effect van wedertewerkstelling bij werklozen met gezondheidsproblemen. Observationele studies hebben al uitvoerig aangetoond dat de terugkeer naar betaald werk de gezondheid kan verbeteren. Een meta-analyse (McKee-Ryan, Song, Wanberg, & Kinicki, 2005) van vijftien studies toonde een significante verbetering in de geestelijke gezondheid, levenstevredenheid en de zelf-beoordeelde lichamelijke gezondheid bij mensen met wedertewerkstelling. Een andere meta-analyse (Luciano, Bond, & Drake, 2014) belichtte de daling in nood aan psychiatrische behandelingen en het verhoogd zelfvertrouwen bij arbeidsre-integratie. Een meta-analyse van 'randomized control trials' (RCTs) met interventieprogramma's toonde een effect van betaald werken op de QoL maar niet op geestelijke gezondheid en diens behandeling. Gelet op de verschillen in studieopzet onderstreept dit nog meer het belang naar verder onderzoek.

De gelijklopende conclusie van de verschillende auteurs blijft wel dat betaald werk kan beschouwd kan worden als een soort van therapeutische interventie én kan contribueren aan de vermindering van socio-economische gezondheidsverschillen of -ongelijkheid.

Er is dus ruim bewijs voorhanden dat RTW een grote impact heeft op micro- (de werknemer), meso- (het bedrijf) en macroniveau (de maatschappij).

Op 'microniveau' promoot RTW de gezondheid, integratie in de gemeenschap en participatie (Chiu et al., 2015; Therriault et al., 2016; van Niekerk, 2009). Bovendien is er sterk bewijs dat werk een positieve invloed heeft op o.a. QoL, sociale status en beroepsidentiteit, op voorwaarde dat het natuurlijk gaat over een goede 'person-job fit' (Decuman, Smith, Verhaeghe, Van Hecke, & De Keyser, 2014). Dit betekent een balans tussen uitdagingen, flexibiliteit, voorspelbaarheid én een job passend bij de principes en interesses van de betrokkene (Saunders & Nedelec, 2014).

Op 'mesoniveau' kan een bedrijf de productie- en absenteïsmekosten verminderen via een adequaat integratiebeleid. Bovendien is het een voordeel om een goed opgeleide ervaren werknemer te kunnen behouden en daarbij ook recruiters- en opleidingskosten te vermijden (Gensby, Labriola, Irvin, Amick, & Lund, 2014).

Op 'macroniveau' werd al eerder aangehaald (Saunders & Nedelec, 2014) dat mensen met een beperking of ziekte dezelfde verlangens hebben als andere leden van de maatschappij en wensen te participeren in de gemeenschap.

<N2> Factoren die meespelen in het domein van re-integratie en revalidatie

Een recente systematische literatuurstudie (Cancelliere et al., 2016) verzamelde de resultaten van 56 reviews over prognostische factoren met betrekking tot RTW. De helft handelde over MSK-aandoeningen (vooral nek- en lage rugklachten) en de andere helft over mentale ziektes, cardiovasculaire pathologie, 'stroke', oncologische ziektes en multiple sclerose (MS). Vele mogelijke factoren werden onderzocht maar slechts weinigen zijn consistent belangrijk bij de verschillende aandoeningen.

Algemene factoren geassocieerd met een positief RTW-resultaat zijn (Cancelliere et al., 2016):

- een hoger opleidingsniveau
- een hogere socio-economische status (SES)
- een hogere zelfredzaamheid
- een optimistische verwachting tegenover revalidatie en werkhervatting
- een lage ernstgraad van ziekte of letsel
- RTW-coördinatie
- multidisciplinaire interventies met betrekking tot de werkplek en de 'stakeholders'

Algemene negatieve factoren voor RTW zijn (Cancelliere et al., 2016):

- oudere leeftijd
- vrouwelijk geslacht
- het ervaren van ernstige pijn of een hogere beperkingsgraad
- depressie
- hoge fysieke werkeisen
- voorafgaandelijke ziekteafwezigheden en werkloosheid
- belemmering van de activiteit

Het blijkt dus dat de ziekte of het letsel op zich niet de meest belangrijke beïnvloedende factor is voor RTW. Verwachtingen over RTW en revalidatie, pijn- en beperkingsniveaus, depressie, werkomstandigheden en toegang tot multidisciplinaire zorg zijn belangrijke beïnvloedbare factoren in het werkhervattingsproces.

De fundamenteën voor '*disability management*' werden gelegd in Canada, alwaar ook het 'Institute for work and health' zeven principes opstelde voor een succesvolle werkhervatting (IWH, 2007). In de review van Cancelliere et al. konden deze principes teruggevonden worden en werd er op basis van hun eigen resultaten nog een extra principe toegevoegd. Deze leidraden zijn toepasbaar voor verschillende aandoeningen en kunnen gebruikt worden door zorgverstrekkers, werkgevers en andere betrokkenen:

1. De bedrijfscultuur staat in het teken van veiligheid en gezondheid.
2. De werkgever creëert mogelijkheden tot aangepast werk voor zieken en gekwetsten zodat zij kunnen terugkeren naar een werkplek die aangepast is aan hun huidige capaciteiten.
3. RTW planners of coördinatoren zien toe op een re-integratieplan dat de betrokken werknemer ondersteunt zonder dat collega's of de supervisor wordt benadeeld.
4. Leidinggevendenden zijn bekwaam in de preventie van werkonbekwaamheid en worden betrokken bij het re-integratieplan.
5. De werkgever onderhoudt een vroeg en attent contact met de uitgevallen werknemer.
6. Er wordt een RTW coördinator aangesteld.
7. Werkgevers en zorgverstrekkers communiceren met elkaar over de werkvereisten met toestemming van de werknemer.
8. De werknemer heeft toegang tot multidisciplinaire zorg (inclusief klinische interventies voor het omgaan met pijn, beperkingen, depressie en slechte verwachtingen voor revalidatie), en waar nodig in samenwerking met andere RTW-partners.

<N2> Regelgeving in verband met arbeids(on)geschiktheid en re-integratie

<N3> Taak van de arbeidsgeneesheer

De arbeidsgeneesheer dient, volgens art. II.1-5 en 6 ("Koninklijk besluit tot vaststelling van boek I Algemene beginselen van de codex over het welzijn op het werk ", 2017) de tewerkstellingskansen te bevorderen voor iedereen en dit geldt ook voor mensen met een beperkte arbeidsgeschiktheid door ziekte of handicap. Dit kan hij realiseren door aan de werkgever aangepaste werkmethodes en aanpassingen van de werkpost voor te stellen, te zoeken naar aangepast werk en te vermijden dat werknemers blootgesteld worden aan taken waarvan ze wegens hun gezondheidstoestand de risico's niet meer kunnen dragen (het vroegere KB betreffende het Gezondheidstoezicht op de werknemers, 2003 - nu boek 1, titel 4 van de codex over het welzijn op het werk). Met de toenemende vergrijzing dient voor ouderen op het werk de focus ook gelegd te worden op 'werkbaar werk'. Voor al deze 'kwetsbare' groepen is een samenwerking met alle sociale actoren binnen de werkomgeving van essentieel belang.

<N3> Koninklijke besluiten over re-integratie

Op 1 december 2016 traden de koninklijk besluiten (KB) over de re-integratie van werknemers en het re-integratietraject voor arbeidsongeschikten zonder arbeidsovereenkomst in werking (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, 2017). Deze KBs weerspiegelen de gedeelde visie en opzet van huidig minister van Werk Dhr. K. Peeters en van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Mevr. M. De Block om langdurig zieken te begeleiden naar werkhervatting. In het eerste re-integratietraject is een sleutelrol weggelegd voor de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer, die niet alleen de arbeidsomstandigheden en het werk in een bepaalde onderneming kent, maar ook kan fungeren als gekend aanspreekpunt voor werkgever en werknemer. In het re-integratietraject uitgewerkt voor arbeidsongeschikten zonder arbeidsovereenkomst neemt de adviserend geneesheer van de mutualiteit de leiding en werkt hij samen met o.a. de regionale tewerkstellingsdiensten.

Op 9 januari 2017 gingen eveneens nieuwe bepalingen inzake arbeidsrecht in het kader van arbeidsongeschiktheid in voege. Het betrof de aspecten in geval van een gedeeltelijke werkhervatting (aangepast of ander werk) na een periode van arbeidsongeschiktheid. Deze maatregelen hebben tot doel om meer rechtszekerheid te geven aan de betrokken partijen in geval van tijdelijk aangepast of ander werk. Bijkomend kan de beëindiging van de arbeidsovereenkomst in geval van medische overmacht slechts na het doorlopen van het re-integratietraject (FOD WASO, 2017).

Het re-integratietraject voor werknemers kan opgedeeld worden in 5 fasen: aanvraag van een traject, beoordeling door de arbeidsgeneesheer (AG), overleg tussen werkgever en de arbeidsgeneesheer, opmaak van het re-integratieplan door de werkgever, opvolging door de AG van de uitvoering van het plan.

De aanvraag tot het opstarten van een re-integratietraject kan geschieden via 3 partijen: de werknemer of behandelende geneesheer, de arts van het ziekenfonds en de werkgever – gegeven dat betrokken werknemer minimum vier maanden arbeidsongeschikt is of definitief ongeschikt werd bevonden door zijn huisarts.

Indien de aanvraag ontvankelijk wordt beschouwd, dient de AG ter goeder trouw de situatie te analyseren op basis van de consultatie, overleg met werkgever en zijn diensten – mits toestemming van de werknemer – eventueel aangevuld met een bezoek aan de werkpost. Het is dan ook van essentieel belang dat de AG alle facetten van de functie kan afwegen ten opzichte van de medische- en psychosociale situatie van de betrokkene.

De AG kan hierna komen tot 5 soorten beslissingen:

- A. Na een aanlooperperiode met aangepast/ander werk kan de werknemer de huidige functie hernemen;
- B. Na een aanlooperperiode zonder de uitoefening van arbeid, kan de werknemer de huidige functie hernemen;
- C. De werknemer is definitief ongeschikt voor de huidige post maar komt wel in aanmerking voor een aangepast of ander werk;
- D. De werknemer is definitief ongeschikt voor alle werkposten beschikbaar bij de huidige werkgever;
- E. Het is nog te vroeg om een re-integratietraject te starten wegens medische redenen.

In geval van beslissingen A-C maakt de werkgever een re-integratieplan op in samenspraak met AG en andere nuttige partijen (zoals HR, interne preventiedienst). In dit plan worden de aanpassingen aan werkpost en -omkadering, de nodige opleidingen en geldigheidsduur opgenomen. Het plan wordt via de AG overgemaakt aan de adviserende geneesheer die beslist over de progressieve werkhervatting en de ongeschiktheid. Na diens beslissing dient het plan nog voorgelegd te worden aan de werknemer ter goedkeuring.

Indien een werknemer niet akkoord gaat met het voorgestelde plan dient hij zijn beweegredenen te motiveren én eindigt het re-integratietraject.

Het re-integratietraject wordt ook beëindigd indien een re-integratieplan onmogelijk is voor de werkgever omdat dit technisch en objectief onmogelijk is. De werkgever motiveert dit in een verslag dat ter beschikking dient te blijven voor de overheidsinstanties.

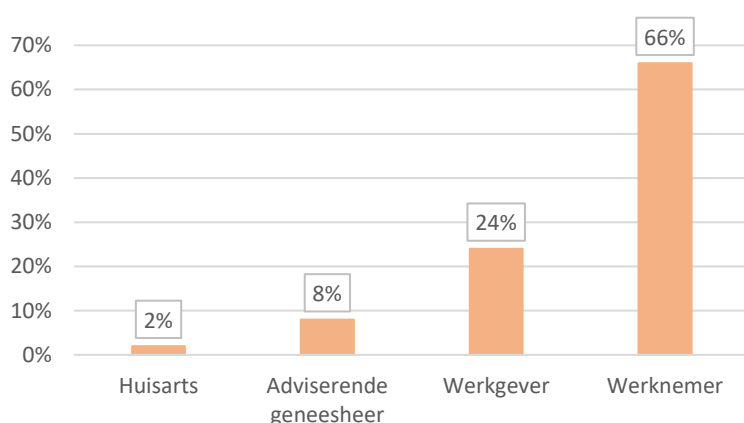
Bij beslissing C/D kan de werknemer een beroepsprocedure opstarten, hetgeen dan beslecht wordt in onderling overleg tussen de arbeidsinspecteur, de behandelde arts en de arbeids-geneesheer. In functie van deze beslissing kan er verplicht worden aan de werkgever om een nieuw plan op te stellen. Bij overmacht leidt dit tot een ontslag wegens medische redenen. Hierbij valt op dat een ontslag van een werknemer op medische grond slechts kan geschieden indien zówel het traject als de beroepsprocedure zijn doorlopen.

<N2> Semestriële cijfers 2017

De christelijke vakbond verzamelde de eerste cijfers (zie tabel 1, figuur 1) van het re-integratietraject bij zes van elf bestaande externe diensten preventie en bescherming op het werk (EDPBW), deze werden gepubliceerd in de krant De Standaard (Andries, 2017) en in de vakbondspers (o.a. 'Le Syndicaliste'). Er werden in totaal 5408 aanvragen geregistreerd waarbij in 5017 gevallen een beslissing werd genomen. De aanvragen vinden vooral hun oorsprong bij de werknemer (66%). Een kwart (24%) geschiedt op aanvraag van de werkgever en slechts tien procent op aandringen van de adviserende geneesheer.

EDPBW	Huisarts	Adviserende geneesheer	Werkgever	Werknemer	Ongekend	Totaal
CESI	0	66	124	273	0	463
CLB	0	24	111	283	0	417
IDEWE	73	71	302	564	0	1010
Mensura	3	136	296	928	3	1366
Provikmo	0	62	228	709	0	999
Securex	49	63	251	790	0	1153
Totaal	125	422	1312	3547	3	5408
Percentage	2	8	24	66	0	

Tabel 1: Overzicht aanvragers geobserveerd per deelnemende externe dienst preventie en bescherming op het werk (EDPBW), (bron: Le Syndicaliste, oktober 2017)

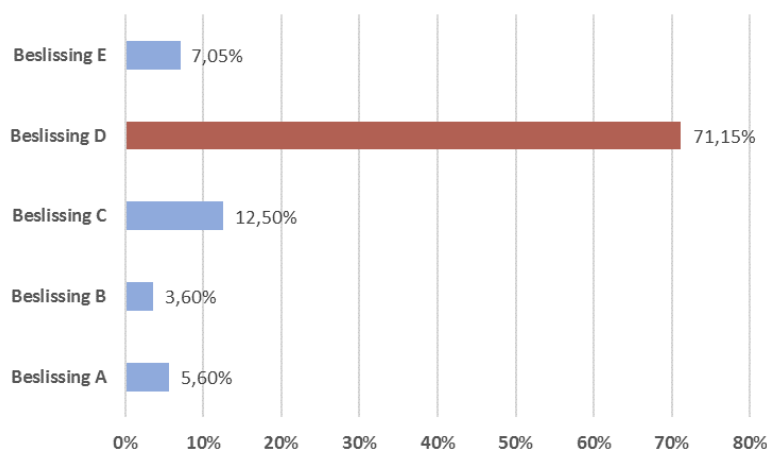


Figuur 1 : Overzicht van aanvragers tot re-integratie traject in percentage (bron: Le syndicaliste, oktober 2017)

Momenteel lijkt het alsof slechts drie op de tien werknemers, die instappen in het re-integratieplan, worden ingeschakeld op de werkvloer hetzij in een andere job met aangepast werk hetzij mits een aanlooperperiode in een andere job/functie (5,6%) en slechts drie procent kan het huidige werk op korte termijn hernemen (zie tabel 2 en figuur 2).

EDPBW	Beslissing A	Beslissing B	Beslissing C	Beslissing D	Beslissing E	Overleg of in deliberatie
CESI	34	16	31	350	32	0
CLB	29	10	27	309	41	0
IDEWE	68	27	152	490	70	89
Mensura	72	54	173	813	133	121
Provikmo	47	45	130	701	77	0
Securex	32	29	117	907	1	5
Totaal	282	181	630	3570	354	215
Proportie	5,6	3,6	12,5	71,15	7,05	

Tabel 2: Overzicht beslissingen in re-integratietrajecten geobserveerd per deelnemende preventiedienst (bron: Le syndicaliste, oktober 2017)



Figuur 2 : Totaal percentage genomen beslissingen in het re-integratietraject voor de periode 1 januari 2017 - 30 juni 2017 bij deelnemende externe preventiediensten

<N2> Kansen en bedreigingen

In de gezondheidszorg en de media wordt momenteel veel heisa gemaakt rondom de nieuwe wetgeving re-integratie en de eerste cijfers van de EDPBW's die 'aantonen' dat langdurig zieken niet terugkeren naar de werkvloer maar eerder definitief arbeidsongeschikt worden verklaard.

Het lijkt bijna alsof ieders geheugen is gewist over het feit dat de arbeidsgeneesheer voordien al werk maakte van aangepast werk via werkhervattingsonderzoeken en onderzoeken voorafgaand aan de werkhervatting. In de codex over welzijn op het werk (FOD WASO, 2017) zijn deze contacten voorzien na een afwezigheid van minstens 4 weken wegens ziekte, ongeval of bevalling en gelden zij enkel voor de werknemers die aan het periodiek onderzoek onderworpen zijn of in het kader van het zoeken naar aangepast werk op vraag van de verzekering voor arbeidsongevallen (art. 23 van de wet van 1971). Alle werknemers (onderworpen en niet-onderworpen) hebben daarnaast ook het recht om te genieten van een gezondheidsbeoordeling in geval van een arbeidsongeschiktheid van 4 weken of meer door de bedrijfsarts voorafgaand aan de werkhervatting. De werknemer kan rechtstreeks bij de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting aanvragen (art. I.4-36). Mits toestemming van de werknemer kan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer overleg plegen met de behandelende arts en/of de adviserend geneesheer. Het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting moet de arbeidsgeneesheer in staat stellen om, op basis van de gezondheidstoestand van de werknemer en het onderzoek van zijn werkpost, aan de werkgever aangepaste maatregelen voor te stellen die bestaan uit een aanpassing van de post of de arbeidsomstandigheden teneinde de belasting verbonden aan deze post te verminderen zodat de werkgever een aangepast werk kan geven aan de werknemer vanaf de werkhervatting.

De praktijk leert dat de beste oplossing vaak met deze werkhervattingsonderzoeken en onderzoeken voorafgaand aan de werkhervatting werd bereikt. Werkhervattingsonderzoeken worden voornamelijk gestart wanneer werkgever en werknemer geloven dat werkhervatting haalbaar is. Deze onderzoeken zijn laagdrempeliger en minder formeel. Het is niet ondenkbaar

dat een aanzienlijk deel van de langdurig zieken die in het re-integratie trajectstelsel stappen een hoge moeilijkheidsgraad hebben van hun medisch dossier en zich reeds voorbij het stadium bevinden van een goede '*person-job fit*' voor het huidige bedrijf.

Andere factoren die een belemmerende rol kunnen spelen in de re-integratie, zijn (Disability Management, Nidmar opleiding, RIZIV 2017)

- Bij de werknemer : angst voor herstel of toename van de problematiek; angst voor inkomensverlies of een nieuw takenpakket; geïsoleerd zijn in zijn huidige positie (zieke); negatief advies met betrekking tot werkhervatting van vertrouwensraadgevers zoals familie, vrienden, huisarts; mobiliteitsproblemen of andere praktische problemen,....
- Bij de werkgever : geen mogelijkheid hebben of zien om aangepast werk te voorzien (vooral in KMO's); kosten van de re-integratie; niet overtuigd zijn van de re-integratiemogelijkheden van de werknemer (gezien een eventuele voorgeschiedenis van afwezigheden); economische redenen (sluiting van een afdeling),....
- Bij de huisarts : visie dat her-tewerkstelling te belastend is voor de gezondheid van de patiënt, te weinig kennis van de werkplaats en de mogelijke aanpassingen; weinig kennis van de taken en rollen van de arbeidsgeneesheer en adviserend geneesheer, weinig communicatie tussen de artsen,....
- Bij de arbeidsgeneesheer : te weinig informatie over de (rest)capaciteiten van de werknemer; geen afstemming mogelijk tussen het werk en de capaciteiten van de werknemer; te weinig tijd voor grondige analyse, weinig communicatie tussen de artsen, onvoldoende opleiding als 'expert' in medische evaluatie van arbeidsongeschiktheid en als 'coach en motivator' voor de werknemer,....
- Bij de adviserend geneesheer : visie dat her-tewerkstelling te belastend is voor de gezondheid van de patiënt, te weinig informatie over de (rest)capaciteiten van de werknemer; te weinig kennis van de werkplaats en de mogelijke aanpassingen; te weinig tijd voor grondige analyse, weinig kennis van de taken en rollen van de andere artsen, weinig communicatie tussen de artsen,....
- Bij de collegae : extra werk voor hen en het lichter/aangenamer werk voor betrokkene; voorgeschiedenis (conflicten) met de betrokkene; vooroordelen ten aanzien van productiviteit en capaciteiten van betrokkene,....
- Bij de vakbonden : her-tewerkstelling is te belastend voor de collegae, de visie dat ziek =ziek is,....

Eventuele kansen en verbetervoorstellen

- Bij de werknemer : houdt werkgever, leidinggevende op de hoogte en denkt met hen na over re-integratietraject en mogelijke oplossingen; houdt zich aan de vastgelegde procedures over ziekteverzuim en werkhervatting; stimuleert de artsen tot communicatie en uitwisseling gegevens,....

- Bij de werkgever : contact houden met de zieke werknemer en samen overleggen over re-integratietraject, maken van realiseerbare afspraken met alle partijen op de werkvloer,...
- Bij de collegae : contact houden met de zieke werknemer; spreken bedenkingen uit aan werkgever/leidinggevende, vragen indien nodig overlegmomenten aan; steunen de collega bij terugkeer,....
- Bij de vakbonden : voorstellen doen over het inschakelen van externe partners of het creëren van tijdelijke werkplekken binnen de organisatie ten behoeve van re-integratie zoals bijv. toegankelijkheid van de werkplaats en aanpassing van gereedschap, werkkledij; tilt individuele re-integratie vraagstukken en dossiers naar een hoger collectief niveau,..
- Bij de artsen : aanpassen van de basisopleiding en permanente vorming zodat kennis en attitudes rond arbeids(on)geschiktheid en adviezen voor werkhervatting verbeteren, optimaliseren van managementvaardigheden en van communicatie met verschillende partners en actoren; betere informatiedoorstroming en communicatie door elektronische gegevenswisseling en gebruik e-health dossier

Als conclusie, kan men zich de vraag stellen of het doorlopen van dit nieuw re-integratietraject de zaken niet gecompliceerder heeft gemaakt zowel voor werknemer als de werkgever. In het licht van de reacties van vakbonden, preventiediensten, werkgevers, politici en anderen, lijkt één ding zeker, namelijk we zitten nog in een te vroege fase om paniekerige conclusies te trekken én men mag niet wijken van het streven naar werkbaar werk om de toenemende proportie van oudere werknemers en diegenen met chronische ziektes economisch actief te houden.

<N1> Bibliografie

- Andries, S. (2017). "Langdurig zieken keren amper terug naar werkvloer". *De Standaard*. Retrieved from http://www.standaard.be/cnt/dmf20171005_03115230
- Arcaya, M., Glymour, M. M., Christakis, N. A., Kawachi, I., & Subramanian, S. V. (2014). "Individual and Spousal Unemployment as Predictors of Smoking and Drinking Behavior". *Soc Sci Med*, 110, 89-95. doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.034
- Bartley, M. (2004). "Employment Status, Employment Conditions, and Limiting Illness: Prospective Evidence from the British household Panel Survey 1991-2001". *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(6), 501-506. doi:10.1136/jech.2003.009878
- Black, D. C. (2008). *Working for a healthier tomorrow*. Retrieved from London:
- Börsch-Supan, A., Brügiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., & Weber, G. (2008). *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement : Starting the Longitudinal Dimension*. Mannheim: Mannheim research institute for the economics of aging (MEA).
- Bosch, G. (2004). "Towards a New Standard Employment Relationship in Western Europe. British Journal of Industrial Relations". *British Journal of Industrial Relations*, 42, 617-636. doi:doi:10.1111/j.1467-8543.2004.00333.x
- Bültmann, U., & Brouwer, S. (2013). "Individual-Level Psychosocial Factors and Work Disability Prevention". In P. Loisel & J. R. Anema (Eds.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management* (pp. 149-162). New York, NY: Springer New York.
- Burton, J. (2010). *Healthy Workplace Framework and Model: background and supporting literature and practices*. Retrieved from http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/index.html
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. D. (2016). "Factors Affecting Return to Work After Injury or Illness: best evidence synthesis of Systematic Reviews". *Chiropr Man Therap*, 24(1), 32. doi:10.1186/s12998-016-0113-z
- Carlier, B. E., Schuring, M., Lötters, F. J., Bakker, B., Borgers, N., & Burdorf, A. (2013). "The Influence of Re-employment on Quality of Life and Self-Rated Health, a Longitudinal Study among Unemployed Persons in the Netherlands". *BMC Public Health*, 13(503).
- Chiu, C. Y., Chan, F., Edward Sharp, S., Dutta, A., Hartman, E., & Bezyak, J. (2015). "Employment as a Health Promotion Intervention for Persons with Multiple Sclerosis". *Work*, 52(4), 749-756. doi:10.3233/WOR-152202
- Claussen, B. (1999). "Health and Re-employment in a Five-year Follow-up of Long Term Unemployed". *Scand J Publ Health*, 27, 94-100.
- Decuman, S., Smith, V., Verhaeghe, S. T. L., Van Hecke, A., & De Keyser, F. (2014). "Work Participation in Patients with Systemic Sclerosis". *Clin Exp Rheumatol*, 32, 2016-2213.
- Federaal agentschap voor beroepsrisico's, F. (2016). *Statistisch verslag beroepsziekten*. Retrieved from Brussel: http://www.fedris.be/sites/default/files/assets/NL/Statistieken/Statistische_jaarverslagen_BZ/statistischverslag_2016.pdf
- Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid,-Arbeid en Sociaal Overleg. Re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers, 2017. Brussel (2017). Retrieved from: <http://www.werk.belgie.be/defaultTab.aspx?id=45586>

- Frank, J., Keer, M., Brooker, A., DeMaio, S., Maetzel, A., & Shannon, H. (1996). "Disability Resulting from Occupational Low Back Pain. Part 1: What do we know about primary prevention? A review of the scientific evidence on prevention before disability begins". *Spine*, 21(24), 2908-2917.
- Gensby, U., Labriola, M., Irvin, E., Amick, B. C., 3rd, & Lund, T. (2014). "A Classification of Components of Workplace Disability Management Programs: results from a systematic review". *J Occup Rehabil*, 24(2), 220-241. doi:10.1007/s10926-013-9437-x
- Godderis, L. (2017). *Werken is genezen: over de bijwerkingen van het doktersbriefje*. Leuven: LannooCampus.
- Hammarstrom, A., & Janlert, U. (2003). "Unemployment -- an Important Predictor for Future Smoking: a 14-year Follow-Up Study of School Leavers". *Scand J Public Health*, 31(3), 229-232. doi:10.1080/14034940210164902
- Herbig, B., Dragano, N., & Angerer, P. (2013). "Health in the Long-term Unemployed". *Dtsch Arztebl Int*, 110(23-24), 413-419. doi:10.3238/arztebl.2013.0413
- IWH. (2007). "Seven 'Principles' for Successful Return to Work". *IWH Disability Prevention Tools*. Toronto: Institute for Work and Health.
- Janssona, I., & Bjorklund, A. (2007). "The Experience of Returning to Work". *Work*, 28, 121-134.
- Jenlart, U. (2001). "Unemployment as a Disease and Diseases of the Unemployed". *Scand J Work Environ Health*, 23(3), 79-83.
- Julia, M., Vanroelen, C., Bosmans, K., Van Aerden, K., & Benach, J. (2017). "Precarious Employment and Quality of Employment in Relation to Health and Well-being in Europe". *Int J Health Serv*, 47(3), 389-409. doi:10.1177/0020731417707491
- Koninklijk besluit tot vaststelling van boek I Algemene beginselen van de codex over het welzijn op het werk (2017).
- Lucas, R. E., Clark, A., Y, G., & Diener, E. (2004). "Unemployment Alters the Set point for Life Satisfaction". *Psychol Sci*, 15, 8-13.
- Luciano, A., Bond, G. R., & Drake, R. E. (2014). "Does Employment Alter the Course and Outcome of Schizophrenia and other Severe Mental Illnesses? A systematic review of longitudinal research". *Schizophr Res*, 159(2-3), 312-321. doi:10.1016/j.schres.2014.09.010
- Magnussen, L., Nilsen, S., & Råheim, M. (2007). "Barriers Against Returning to Work – as Perceived by Disability Pensioners with Back Pain: A Focus Group Based Qualitative Study". *Disability and Rehabilitation*, 29(3), 191-197. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/09638280600747793>
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). "Schizophrenia and Employment - a Review". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(5), 337-349. doi:10.1007/s00127-004-0762-4
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). "Psychological and Physical Well-being During Unemployment: a meta-analytic study". *J Appl Psychol*, 90(1), 53-76. doi:10.1037/0021-9010.90.1.53
- Meneton, P., Kesse-Guyot, E., Mejean, C., Fezeu, L., Galan, P., Hercberg, S., & Menard, J. (2015). "Unemployment is Associated with High Cardiovascular Event Rate and Increased All-cause Mortality in Middle-aged Socially Privileged Individuals". *Int Arch Occup Environ Health*, 88(6), 707-716. doi:10.1007/s00420-014-0997-7
- Murphy, G., & Athanasou, J. (1999). "The Effect of Unemployment on Mental Health". *J Occup Organ Psychol*(72), 83-99.
- Patel, S., Greasley, K., & Watson, P. J. (2007). "Barriers to Rehabilitation and Return to Work for Unemployed Chronic Pain Patients: a Qualitative Study". *Eur J Pain*, 11(8), 831-840. doi:10.1016/j.ejpain.2006.12.011

- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). "Unemployment Impairs Mental Health: Meta-analyses". *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282. doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001
- Reine, I., Novo, M., & Hammarstrom, A. (2008). "Does Transition from an Unstable Labour Market Position to Permanent Employment Protect Mental Health?" Results from a 14-year follow-up of school-leavers. *BMC Public Health*, 8, 159. doi:10.1186/1471-2458-8-159
- RIZIV. (2017). *Disability management education based on the National Institute on Disability Management and Research (NIDMAR, 1999)*. Retrieved from Brussels: <http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/reintegratie/Paginas/disability-management-opleidingen.aspx>
- Robroek, S. J., Schuring, M., Croezen, S., Stattin, M., & Burdorf, A. (2013). "Poor health, Unhealthy Behaviors, and Unfavorable Work Characteristics Influence Pathways of Exit from Paid Employment among Older Workers in Europe: a four year follow-up study". *Scand J Work Environ Health*, 39(2), 125-133. doi:10.5271/sjweh.3319
- Roelfs, D. J., Shor, E., Davidson, K. W., & Schwartz, J. E. (2011). "Losing Life and Livelihood: a Systematic Review and Meta-analysis of Unemployment and all-cause mortality". *Soc Sci Med*, 72(6), 840-854. doi:10.1016/j.socscimed.2011.01.005
- Saunders, S. L., & Nedelec, B. (2014). "What Work Means to People with Work Disability: A Scoping Review". *J Occup Rehabil*, 24, 100-110. doi:10.1007/s10926-013-9436-y
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2013). *De psychologie van arbeid en gezondheid* (3 ed.). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schuring, M., Mackenbach, J., Voorham, T., & Burdorf, A. (2011). "The Effect of Re-employment on Perceived Health". *J Epidemiol Community Health*, 65(7), 639-644. doi:10.1136/jech.2009.103838
- Schuring, M., Robroek, S. J., Otten, F. W., Arts, C. H., & Burdorf, A. (2013). "The Effect of Ill Health and Socioeconomic Status on Labor Force Exit and Re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands". *Scand J Work Environ Health*, 39(2), 134-143. doi:10.5271/sjweh.3321
- Takala, J., Hamalainen, P., Saarela, K. L., Yun, L. Y., Manickam, K., Jin, T. W., . . . Lin, G. S. (2014). "Global Estimates of the Burden of Injury and Illness at Work in 2012". *J Occup Environ Hyg*, 11(5), 326-337. doi:10.1080/15459624.2013.863131
- Therriault, P.-Y., Lefebvre, H., Guindon, A., Levert, M.-J., Briand, C., & Lord, M.-M. (2016). "Accompanying Citizen of Persons with Traumatic Brain Injury in a Community Integration Project: An exploration of the role". *Work*, 5(3), 591-600. doi:10.3233/WOR-162342
- Thomas, C., Benzeval, M., & Stansfeld, S. A. (2005). "Employment Transitions and Mental Health: an analysis from the British household panel survey". *J Epidemiol Community Health*, 59(3), 243-249. doi:10.1136/jech.2004.019778
- Van Aerden, K., Gadeyne, S., & Vanroelen, C. (2017). "Is Any Job Better than no job at all? Studying the Relations between Employment Types, Unemployment and Subjective Health in Belgium". *Arch Public Health*, 75, 55. doi:10.1186/s13690-017-0225-5
- Van Aerden, K., Puig-Barrachina, V., Bosmans, K., & Vanroelen, C. (2016). "How does Employment Quality Relate to Health and Job Satisfaction in Europe? A typological approach". *Soc Sci Med*, 158, 132-140. doi:10.1016/j.socscimed.2016.04.017
- van Niekerk, L. (2009). "Participation in Work: a Source of Wellness for people with Psychiatric Disability". *Work*, 32(4), 455-465. doi:10.3233/WOR-2009-0856
- van Rijn, R. M., Carlier, B. E., Schuring, M., & Burdorf, A. (2016). "Work as Treatment? The Effectiveness of Re-employment Programmes for Unemployed persons with Severe Mental Health Problems on Health and Quality of Life: a systematic review and meta-analysis". *Occup Environ Med*, 73(4), 275-279. doi:10.1136/oemed-2015-103121

- van Rijn, R. M., Robroek, S. J., Brouwer, S., & Burdorf, A. (2014). "Influence of Poor Health on Exit from Paid Employment: a systematic review". *Occup Environ Med*, 71(4), 295-301. doi:10.1136/oemed-2013-101591
- Verlinden, H. (2017, 2017 May). *Absenteïsme in 2016 (white paper). Vooral jonge werknemers steeds meer langdurig ziek: meer bewegen helpt*. Retrieved from <http://www.securex.be/nl/detail-pagina/White-paper---Absentisme-in-2016/>
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is Work Good for your Health and Well-Being?* United Kingdom: The Stationary Office
- Wanberg, C. R. (2012). "The Individual Experience of Unemployment". *Annu Rev Psychol*, 63, 369-396. doi:doi: 10.1146/annurev-psych-120710-100500.
- Warr, P. (1987). *Work, Unemployment, and Mental Health*. New York: Oxford University Press.
- Watson, P. J., Booker, C. K., Moores, L., & Main, C. J. (2004). "Returning the Chronically Unemployed with Low Back Pain to Employment". *Eur J Pain*, 8(4), 359-369. doi:10.1016/j.ejpain.2003.11.003