

# Re-integratie: keer je terug of de rug naar het werk?

***Jaarlijks bevinden zich in België meer dan 400 000 mensen in primaire arbeidsongeschiktheid, dit betekent dat zij minder dan één jaar arbeidsongeschikt zijn. Arbeidsongeschiktheid, zeker als deze dreigt langdurig te worden, is nefast voor de financiële stabiliteit, levenskwaliteit en leidt tot psychologische problemen en sociale exclusie. Verontrustend is dat het aantal langdurig zieken, dit zijn personen met een arbeidsongeschiktheid van meer dan een jaar, blijft stijgen. De stijging zorgt ervoor dat de uitgaven voor arbeidsongeschiktheid nu hoger liggen dan die voor de werkloosheid. Momenteel zijn zo'n 415 000 werknemers en zelfstandigen in België op invaliditeit, en dus langer dan een jaar arbeidsongeschikt. Meer dan twee derde van de invalide werknemers kampen met mentale en/of musculoskeletale aandoeningen.***

Terugkeer naar goed en aangepast werk is een belangrijke stap in de behandeling en draagt bij tot de gezondheid en levenskwaliteit. Helaas blijkt het heel moeilijk om na langere afwezigheid de weg terug te vinden naar de vroegere job. Dit heeft onder andere te maken met evenwichten en angsten bij zowel werkgever als werknemer, die zich reeds na drie maanden afwezigheid instellen. Het dag-schema en de dagindeling van de patiënt begint een vaste vorm te krijgen. De werkgever heeft vaak al maatregelen genomen om de afwezigheid van de zieke werknemer op te vangen. Ook moet de werkgever na één maand geen gewaarborgd loon meer betalen. Het is duidelijk dat die evenwichten zonder incentives niet zo gemakkelijk verstoord worden.

Bovendien sluipt geleidelijk aan meer en meer angst in bij de werknemer: zal ik mijn werk nog

aankunnen? Hoe zullen mijn leidinggevende en collega's reageren? Maar ook de twijfel langs werkgeverskant neemt toe: zal de werknemer zijn job nog (aan) kunnen? Zal hij of zij hervallen? Die angsten verhinderen verder initiatief en inhinderen de broodnodige stappen richting de terugkeer. Daarom is het belangrijk om werknemers voor de kaap van drie maanden ondersteuning aan te bieden, afgestemd op de concrete noden en situatie.

Willen we ziekte voorkomen en langdurig zieken succesvoller re-integreren, dan staan we beter stil bij het voorkomen van langdurige

arbeidsongeschiktheid en het belang van een goede werkomgeving. Want in plaats van het recht te hebben om (thuis) ziek te zijn, hebben zieke werknemers vooral recht op genezing en herstel. Voor patiënten is het, naast een degelijke behandeling, belangrijk dat tijdens en na het herstelproces de kwaliteit van leven voldoende aandacht krijgt. Een actieve deelname aan het maatschappelijke leven is daar een essentieel onderdeel van (Godderis, 2017).

Voor werkzoekenden is er al langer een reactivatiebeleid. Werkzoekenden worden van dichtbij opgevolgd. Voor werknemers werd begin 2017 een initiatief opgestart om bij een arbeidsongeschiktheid die langer dan twee maanden duurt, ondersteuning aan te bieden bij de terugkeer naar werk. Ziekte- en werkloosheidsuitkering zijn communicerende vaten, wat dus pleit voor een gezamenlijke,

geïntegreerde en gedeelde visie in het reactivatie- en opvolgingsbeleid (Godderis, 2017).

## Re-integratie als onderdeel van de behandeling

---

Het doktersattest is vaak noodzakelijk om mensen rust te gunnen en te genezen. Er wordt echter zelden stilgestaan bij de nadelige nevenwerkingen van frequent en langdurig gebruik, net zoals dat ook bij klassieke medicijnen het geval is. Het ziektebriefje kan immers zijn doel voorbijschieten en de gezondheid schaden bij verkeerd en langdurig gebruik. De indicatiestelling en de juiste dosis voorschrijven zijn dus cruciaal. Voor de meeste therapieën en geneesmiddelen bestaat er heel wat onderzoek over de (bij) werking, dit in tegenstelling tot attestering waar amper onderzoek over bestaat. Het enige wat duidelijk is uit de studies, en dit voor zowat elke aandoening, is dat hoe langer iemand thuisblijft, hoe kleiner de kans is op werkhervatting (Godderis, 2017).

Ongeveer één op vijf zieken die een kort verzuim van minder dan vier dagen voorgeschreven krijgt, zou niet op consultatie komen wanneer het attest niet verplicht was omdat er sprake is van een aandoening die vanzelf geneest (bijvoorbeeld migraine, verkoudheden en maag-darmproblemen). Daarnaast is 90% van de werknemers die zich ziek meldt, ook effectief ziek. De 10% waarvan de controlearts de gegrondheid in vraag stelt, is toch aan een briefje geraakt. Met andere woorden: wat is dan nog het nut van dergelijk attest in de eerste week? Daarom stel ik voor om het ziekteattest in de eerste week af te schaffen. De werknemer moet zich uiteraard ziek melden vanaf dag één, maar niet langer bekrachtigd met een ziekteattest voor een ziekteduur tot één week. In landen waar dit ingevoerd is, onder meer Noorwegen, Engeland en Nederland, had deze maatregel een daling van het aantal korte ziekteperiodes tot gevolg.

Patiënten moeten ook beter geïnformeerd worden over het ziektebriefje en over langdurige arbeidsongeschiktheid, en dit van bij het begin van de ziekteperiode. Een 'bijsluiters' en een brede nationale campagne, zoals die over antibiotica, kan zeker helpen om patiënten beter te informeren over de effecten en nevenwerkingen van het ziektebriefje. Dergelijke campagnes kunnen het gesprek tussen

arts en patiënt over de arbeidsongeschiktheid stimuleren en vergemakkelijken, wat kan leiden tot gedeelde beslissingen over de terugkeer naar werk, afgestemd op de verwachtingen van de patiënt en de re-integratiemogelijkheden op het werk (Godderis, 2017).

Er moet ook training en begeleiding voorzien worden voor de voorschrijvende artsen. Gegevens over de (bij)werkingen van de ziekte-attestering zijn hierbij belangrijk, maar ontbreken. De vaak geciteerde "acht weken voor een 'lichte burnout'", kan met geen enkel onderzoek onderbouwd worden, omdat er geen diagnostische criteria bestaan voor een lichte burnout, laat staan dat acht weken voldoende of te weinig zou zijn voor de recuperatie. We weten het niet, en dus attesteren artsen zich vooral baserend op hun eigen gevoel en ervaring (Kausto et al., 2017).

Een richtlijn kan desalniettemin de behandelbeslissing ondersteunen, en kan bij sterke afwijkingen een indicatie voor verder onderzoek en doorverwijzing zijn. Hier zit dan ook een volgend knelpunt: er moet dringend meer werk gemaakt worden van een doorverwijzing naar arbeidsartsen, de specialisten van het werk. Voor huidproblemen wordt toch ook doorverwezen naar de huidspecialist? Voor arbeidsongeschiktheid en werkgerelateerde problemen gebeurt dit bijna niet of veel te laat, vaak ruim na de eerste drie cruciale maanden. Nochtans zijn arbeidsartsen getraind in het inschatten van de functionele mogelijkheden van de patiënt, de vereisten en mogelijkheden op het werk, en het voorschrijven van aangepast werk. Mensen die langdurig afwezig dreigen te zijn, hebben dus recht op ondersteuning om weer aan de slag te kunnen gaan op een verantwoorde en gezonde manier. Hierbij zijn werkaanpassingen vaak nodig.

## Focus op kunnen

---

Niet wat iemand níét meer kan is het beoordelingscriterium, maar wel wat iemand nog wél kan. Dus zouden we de *fit note* moeten invoeren in plaats van het ziekteattest. Het kan een manier zijn om langdurig ziekteverzuim te beperken en de re-integratie van de werknemer te bevorderen. Uit de ervaring in Engeland, waar de *fit note* ingevoerd werd in 2010, blijken er twee belangrijke voorwaarden te zijn: bij de opstelling ervan is een

korte communicatielijnen met snelle doorverwijzing in vertrouwen tussen huisarts en arbeidsarts nodig. Daarnaast moeten de voorschrijvende artsen goed opgeleid worden.

Bij een fit note staan op het attest drie opties. Naast de opties 'fit om te werken' en 'niet fit om te werken', bestaat er een derde optie 'misschien fit om te werken mits volgende voorwaarden'. Deze laatste optie bleek zeven jaar na de invoering slechts bij een minderheid van de patiënten gebruikt te worden (7%), omdat de fit note incompleet geïmplementeerd was. Slechts een beperkt aantal artsen gebruikte het instrument en bovendien, zoals hoger beschreven, kennen huisartsen de werkomstandigheden niet of kunnen ze deze moeilijk inschatten. Desondanks vonden huisartsen dat de fit note aanleiding gaf om eerder in het ziekteproces met de patiënt te spreken over een mogelijke terugkeer naar de werkvloer, met de focus op de gezondheid, wat kan, en minder op de ziekte, wat niet meer kan. (Potentiële) werknemers met een beperking worden nu te veel bestempeld als 'patiënt'. Op die manier wordt de patiëntenrol in stand gehouden, eerder dan het werkhervattingsproces te stimuleren. Daarom is een omschakeling in visie nodig met focus op 'potentiële werknemer met bijzondere capaciteiten'. Want elk individu, werkend of niet, ziek of gezond, heeft sterktes en verbeterruimtes.

## **Stimuleren en mogelijkheden creëren**

Momenteel wordt terugkeer naar werk meestal pas opgestart na het beëindigen van een behandeling en staat het volledig los van het zorgtraject. Omdat werkverzuim van meer dan drie maanden dreigt te resulteren in een onomkeerbare arbeidsongeschiktheid, is het noodzakelijk om in de periode van behandeling al snel de kaart van re-integratie te trekken. Tijdens de ziekteduur is het vaak niet voldoende om patiënten te laten rusten, maar moeten deze door middel van *personalised care* actief geholpen worden om tot rust te komen. Hierbij is het vooral belangrijk dat voorschrijvende artsen bij de bepaling van de arbeidsongeschiktheid in overleg treden met de patiënt (Kausto et al., 2017).

Het is essentieel dat ondersteuning aangeboden wordt aan elke arbeidsongeschikte, maar dat het

geen verplichting met bijhorende sancties is. Iedereen beleeft gezondheid en zich gezond voelen anders en motivatie is cruciaal voor een succesvolle en duurzame re-integratie. Een zieke werknemer die gemotiveerd terugkeert naar de werkvloer is veel meer waard dan iemand die dit doet omdat het moet.

Sedert eind 2016 is die mogelijkheid ingeschreven in twee Koninklijk Besluiten die de Belgische ministers van werk en volksgezondheid hebben uitgewerkt ter bevordering van de re-integratie van zieke werknemers en werkzoekenden. De adviserend arts van het ziekenfonds en de arbeidsarts spelen een belangrijke rol in het opvolgen en het begeleiden van de verzekerde in het re-integratietraject. De arbeidsarts ondersteunt de langdurig arbeidsongeschikten met een arbeidsovereenkomst. Als een arbeidsongeschikte persoon geen arbeidsovereenkomst heeft of als blijkt dat de werknemer professioneel geheroriënteerd moet worden, wordt dit een taak van de adviserend arts van het ziekenfonds. In dit geval kan de adviserend arts de professionele heroriëntering initiëren in samenwerking met instanties voor werkbemiddeling, zoals VDAB en GTB (Mylle et al., 2017). Recent trad ook een nieuwe regelgeving in voege die werknemers het recht geeft op een outplacementbegeleiding ter waarde van 1800 euro wanneer hun arbeidsovereenkomst werd verbroken omwille van medische overmacht. Deze begeleiding, die bestaat uit minimum dertig uren begeleiding verspreid over maximum drie maanden, is een geheel van diensten en adviezen op maat van de arbeidsongeschikte werknemer, gefinancierd door zijn vorige werkgever. Dit moet ervoor zorgen dat werknemers die hun werk verliezen omwille van gezondheidsproblemen, intensief en van dichtbij worden begeleid bij de re-integratie in de arbeidsmarkt.

Er is al veel te doen geweest over die wetgeving. De re-integratiewetgeving voor arbeidsongeschikten met een arbeidscontract had tot doel de hertewerking van werknemers te bevorderen. Algemeen wordt aangenomen dat 80% van de werknemers die langer dan zes weken afwezig zijn ondersteuning nodig hebben bij de terugkeer naar werk. Dit kan voorbereid worden via een informele weg: de in de sector gekende 'bezoeken voorafgaand aan de werkhervatting' bij de arbeidsarts. Elke werknemer die langer dan vier weken arbeidsongeschikt

is, kan dit onderzoek zelf aanvragen bij zijn externe of interne dienst voor preventie en bescherming op het werk. Het interessante van deze formule is dat hier geen uitspraak moet, noch mag, gedaan worden over de geschiktheid van de werknemer. Het is dus een puur informeel contact, waar de mogelijkheden tot re-integratie kunnen besproken worden.

Daarnaast is er het re-integratieonderzoek. Hierbij kan de werknemer, de behandelend arts, de adviserend arts van de mutualiteit, maar ook de werkgever een re-integratietraject starten bij de arbeidsarts. Groep IDEWE, bijvoorbeeld, heeft sinds de start van de wetgeving en tot en met het eerste kwartaal van 2019 meer dan 7000 dergelijk trajecten begeleid. In 2018 lag het aantal trajecten bijna 90% hoger dan in 2017. Die stijging is onder andere te danken aan de toename van de aanvragen door de werkgever, van 599 naar 1856; ook de aanvragen door de werknemer namen toe, van 1054 naar 1205, evenals die door de adviserend arts, van 250 naar 677. In een derde van deze trajecten was re-integratie in een aangepaste of een andere job het advies van de arbeidsarts.

Maar ook hier zien we dat de meeste van die aanvragen pas heel laat tijdens de arbeidsongeschiktheid gebeuren: in bijna 90% van de gevallen waren de werknemers meer dan drie maanden afwezig. Rekening houdende met de wetenschap dat bij meer dan drie maanden afwezigheid van het werk de kans om terug te keren ernstig is afgenomen, gaan hier al veel opportuniteiten voor terugkeer naar werk verloren. Ik wil dan ook een lans breken om de re-integratie sneller op te starten. Werknemers kunnen hierbij best zelf de stap zetten, gemotiveerd, ondersteund en in overleg met de behandelde arts.

Dit hoeft niet enkel door middel van re-integratietrajecten te gebeuren, maar kan ook via een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting. De voorbije twee jaar voerde IDEWE, als externe dienst voor preventie en bescherming op het werk, meer dan 50 000 dergelijke onderzoeken uit, ongeveer een tienvoud van de re-integratietrajecten in dezelfde periode. Bij het uitvoeren van een analyse en het formuleren van uitspraken over re-integratie via de arbeidsarts, is het dus zeer onzorgvuldig en onvolledig om enkel te kijken naar de re-integratietrajecten. Daarom analyseren we momenteel de resultaten van re-integratietrajecten en bezoeken voorafgaand aan de werkhervatting. De resultaten zullen bekend zijn in de herfst van 2019.

## Steun voor KMO

---

In de periode tot en met het eerste kwartaal van 2019 kreeg 33% een voorstel tot aangepast of ander werk van de arbeidsarts en kon 54% niet langer bij dezelfde werkgever tewerkgesteld worden om medische redenen. De meeste trajecten (34,2%) werden geïnitieerd in A-bedrijven, dit zijn bedrijven met meer dan 1000 werknemers of met zware risico's. 18,5% van de trajecten werd evenwel geïnitieerd in D-bedrijven met minder dan 20 werknemers.

Om werknemers te integreren op het werk, zijn bijkomende ondersteuningsmiddelen nodig. Dit vooral bij KMO's waar re-integratie duidelijk moeilijker verloopt, aangezien 68% er de beoordeling D van definitieve arbeidsongeschiktheid krijgt. Dit is veel meer dan de grotere A-, B- en C+-bedrijven waar het percentage D-beoordelingen respectievelijk 46%, 53,1% en 55,1% bedraagt. Zowel verplichtingen als incentives voor werkgevers ontbreken momenteel in de huidige wetgeving. Werkgevers, vooral van KMO's, blijken over het algemeen wel bereid te zijn actief deel te nemen aan het proces van werkhervatting, zeker als ze zelf of in hun directe omgeving geconfronteerd geweest zijn met ziekte en pijn. Goede intenties zijn helaas niet voldoende, ook barrières en de afwezigheid van mogelijkheden moeten overwonnen worden.

Financiële beslommeringen en onzekerheid bij de werkgevers doen hen vaak twifelen om de stap te zetten. Dit doet zich voornamelijk voor bij KMO's waar wetgeving en beleid moeilijker te implementeren zijn. Denk bijvoorbeeld aan een bakker met twee werknemers, waarbij een werknemer plots uitvalt omwille van rugpijn. Hoe kan dit opgevangen worden? En hoe staat de werkgever tegenover snelle re-integratie die vaak tijdelijk aangepast werk vergt?

Er zijn zeker mogelijkheden, zoals het systeem van toegelaten arbeid of progressieve werkhervatting, maar werkgevers van kleine ondernemingen zijn amper op de hoogte van de bestaande ondersteunende en subsidiemogelijkheden. Aangezien België meer en meer een land is van kleine ondernemingen, is het belangrijk om wetgeving en ondersteuning op maat te maken van KMO's. Dus naast empowerment van de werkzoekenden en re-integrerende werknemers, is het minstens even belangrijk om ook werkgevers en leidinggevendenden te ondersteunen. Dezelfde intensieve begeleiding en opvolging dringt

zich op. Werkgevers voelen zich immers onzeker en ervaren dilemma's: hoe balanceren tussen de belangen van de werkgever en die van de werknemer?

Een piste die ik graag wil voorstellen, is om bij de zogenaamde toegelaten arbeid, de KMO bijkomend en tijdelijk te subsidiëren voor de overige tijd die de re-integrerende werknemer nog niet kan werken. Dit kan beschouwd worden als een Vlaamse Ondersteuningspremie (VOP)-*light*. Bij de VOP dient de arbeidshandicap van de werknemer eerst erkend te worden en ook een impact te hebben op het functioneren. Indien de werknemer in zijn job een rendementsverlies van minimum 20% heeft omwille van zijn arbeidshandicap, kan de werkgever aanspraak maken op een compensatie voor het economische rendementsverlies.

Bij de VOP-light zou dit systeem toegepast kunnen worden bij werknemers die deeltijds het werk hervatten na ziekte. Dit zou kunnen aangevraagd worden voor elke werknemer die progressief hervat. Bij de VOP-light is een erkenning als werknemer met een arbeidshandicap dus niet noodzakelijk, maar zou bijvoorbeeld de adviserend arts de VOP-light kunnen toestaan. De werkgever kan dan een compensatie krijgen voor het tijdelijke economische rendementsverlies, dat overeenkomt met het percentage waarop de werknemer op ziekte-uitkering blijft. Met die subsidie kan de werkgever een langdurig werkloze of een interim tewerkstellen voor de periode van de gedeeltelijke re-integratie. Op die manier kan de werknemer verder revalideren én re-integreren op het werk en wordt een deel van zijn normale werk uitgevoerd door een langdurig werkloze of interim. Bijkomend voordeel is dat langdurig werklozen de kans krijgen om werkervaring op te doen. Deze compensatie zou ik beperken in de tijd, tot bijvoorbeeld maximum een periode van drie maanden.

Dit is vooral een initiatief dat vele KMO's kan aanzetten om hun arbeidsongeschikte werknemers progressief te laten re-integreren op het werk. Denk bijvoorbeeld aan bakkers, slaggers en bouwondernemingen. Een zieke werknemer die deeltijds re-integreert in aangepast werk, is vaak een onmogelijke opdracht voor die kleine ondernemingen. Het brood moet gebakken, het vlees moet verwerkt en verkocht worden. Dankzij deze maatregel kan de bakkersknecht of slaggershulp terug aan de slag en kan de bakker of slagger tijdelijk een bijkomende

kracht aanwerven om hem te ondersteunen tijdens deze periode.

## Ziektepreventie en gezondheidspromotie op het werk op één lijn

---

Individueel bevinden zich in verschillende contexten die hun gezondheid kunnen bevorderen en ziektes kunnen helpen voorkomen. Het idee dat gezondheid wordt beïnvloed door talrijke factoren buiten de gezondheidssector, zoals socio-economische omstandigheden, publieke ruimte, huisvesting, leef-, leer- en werkomgeving, en voedingsaanbod wordt breed gedragen. Dat is ook gebleken in ons onderzoek naar de risicofactoren van langdurige arbeidsongeschiktheid. Het is niet de diagnose, maar wel hoe de patiënt zelf zijn gezondheid en kansen op terugkeer inschat, die de belangrijkste determinanten zijn voor een geslaagde terugkeer naar het werk. Andere determinanten gaan over de persoonsgebonden, werk-, thuis- en functioneringsgerelateerde factoren (Goorts et al., 2019, 2018).

Daarnaast lenen bepaalde *settings*, zoals de werkomgeving, zich bij uitstek om gezondheidsbevordering te organiseren. Toch is deze kans jarenlang onbenut gebleven. Diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk konden en mochten weinig tot geen initiatief nemen om aan gezondheidsscreening en gezondheidspromotie te doen. Dit zijn immers bevoegdheden van de regio's, terwijl welzijn op het werk een federale bevoegdheid is. In de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen 2017-2025 (Subdoelstelling 'Werken, ook aan gezondheid') wordt werk beschouwd als context om aan gezondheid te werken, maar vreemd genoeg is hier geen enkele verwijzing naar Diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk.

Recent is vanuit de Vlaamse Regering 2,9 miljoen euro uitgetrokken voor een project van gezondheidscoaches. Dergelijke coach moet ervoor zorgen dat gezondheid een vaste plaats in de onderneming krijgt en door iedereen op de werkvloer gedragen wordt. De onderneming betaalt eenmalig 500 euro en de Vlaamse overheid draagt de rest van de kostprijs. De bedrijfscoach ondersteunt de onderneming in het opzetten van een preventief gezondheidsbeleid in een traject van twintig uur.

Dit beleid moeten ervoor zorgen dat werknemers genoeg bewegen en gezond eten. Ondanks de goede intentie is het een gemiste kans dat het regionale en federale beleidsniveau elkaar niet gevonden hebben om gezondheidspromotie te integreren in het gezondheids- en preventiebeleid van de onderneming. Zonder inbedding, coördinatie en integratie in het bestaande preventiebeleid van de onderneming riskeert deze actie een maat voor niks te zijn (Godderis, 2018).

Daarom moeten we vooral gaan voor een totaal en geïntegreerd gezondheidsbeleid op het werk. Hiermee kunnen belangrijke kostenreducties doorgevoerd worden en is het rendement veel hoger. Evidentie van het nut van een geïntegreerde gezondheidsopvolging van de werknemer, bestaande uit het geven van individuele feedback in combinatie met verdere opvolging, werd gesuggereerd door onder andere de Task Force on Community Preventive Services en door Tompa, Dolinschi, de Oliveira, & Irvin (2009), ook al staat het onderzoek daar nog in zijn kinderschoenen. Bij effectieve interventies op de werkplaats is het voor ondernemingen belangrijk om een zekere *return on investment* (ROI) te hebben. Recente rapporten suggereren dat gezondheidsprogramma's op de werkplek een positieve ROI opleveren (Steel, Godderis, & Luyten, 2018; Steel, Luyten, & Godderis, 2018).

Helaas beseffen ondernemingen dit nog te weinig. De recente discussie over financiering van preventie en bescherming op het werk én over uitstapregelingen bij zwaar werk illustreren dit. Sectoren voerden een heftig pleidooi om in de laagste risicocategorie terecht te komen om zo een lage financiële bijdrage te bekomen voor preventie. Indien het debat daarentegen gevoerd wordt over zwaar werk, dan gebeurt het omgekeerde: dan blijkt het werk in die sector plots zwaar en wordt er gepleit voor een flexibele uitstapregeling. Beide dossiers worden mijns inziens dus best gekoppeld.

Eén bedenking hierbij: na jaren onderzoek ben ik ervan overtuigd dat er geen lichte jobs bestaan, alleen is de belasting verschillend. In de bouw is de fysieke belasting duidelijk hoger dan in het onderwijs, maar in die laatste groep is dan weer de mentale belasting hoger. Mijn vrees is dan ook dat die sectoren met de sterkste lobby zullen erkend worden.

Het is daarom essentieel dat het re-integratiebeleid van zieke werknemers ook incentives bevat die de werkgevers stimuleren om aangepast werk aan te bieden. Succesvolle re-integratie vergt vaak aanpassingen aan het werk en de werkomstandigheden zoals ergonomische verbeteringen, en het verlagen van werkritme en werkdruk. Slechte werkomstandigheden zijn immers nefast voor de gezondheid en doen de werknemer opnieuw uitvallen na terugkeer.

Lode Godderis

KU Leuven, *Omgeving en gezondheid; IDEWE, Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk*

## Bibliografie

- Godderis, L. (2017). *Werken is genezen: Over de bijwerkingen van het doktersbriefje*. Leuven: LannooCampus 2017.
- Godderis, L. (2018). Gezond (op het) werk! In F. Leroy & W. Ranschaert (Eds.), *Ik wil gewoon werken*. Brugge: De Keure.
- Goorts, K., Vandenbroeck, S., Vander Elst, T., Rusu, D., Du Bois, M., Decuman, S., & Godderis, L. (2019). Quicksan assesses risk factors of long-term sickness absence: A cross-sectional (factorial) construct validation study. *PLoS One*, 14(1).
- Goorts, K., Vandenbroeck, S., Rusu, D., Bois, M., & Godderis, L. (2018). Screening for the risk on long-term sickness absence. *Journal of Public Health Research*, 7(2).
- Kausto, J., Pentti, J., Oksanen, T., Virta, L.J., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2017). Length of sickness absence and sustained return-to-work in mental disorders and musculoskeletal diseases: a cohort study of public sector employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 43(4), 358-66.
- Mylle, G., Henckens, P., Verbeek, C., Bulterys, S., Wuytens, C., & Godderis, L. (2017). Kenmerken van chronisch ziekteverzuim. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 73, 153-162.
- Steel, J., Godderis, L., & Luyten, J. (2018). Productivity estimation in economic evaluations of occupational health and safety interventions: a systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 44(5), 458-474.
- Steel, J., Luyten, J., & Godderis, L. (2018). *Occupational health: the global evidence and value*. London: Society of Occupational Medicine.
- Tompa, E., Dolinschi, R., de Oliveira, C., & Irvin, E. (2009). A systematic review of occupational health and safety interventions with economic analyses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(9), 1004-23.