

Werkhervatting in België bij personen met een psychische stoornis

Saskia Decuman, Elke Van Hoof, Lode Godderis

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2020, 50(4), 316-327 |

De context

“Work is generally good for health and well-being”, concluderen Waddell en Burton (2006, p. ix). Maar als we de berichten in de media van de voorbije jaren erop naslaan, lijkt deze stelling achterhaald. Men gaat er doorgaans van uit dat werk een potentieel gevaar vormt voor de gezondheid en het welzijn: werknemers worden onder andere blootgesteld aan chemische agentia, lawaai en psychosociale risico's die de gezondheid kunnen schaden. De berichtgeving in de media over de relatie tussen werk en gezondheid is vaak negatief. Denk maar aan de vele berichten en cijfers over stress en burn-out. Dat de meerderheid van de mensen geïnvolveerd is in zijn werk, wordt daarbij wel eens vergeten: een recent rapport over psychosociaal welzijn toont aan dat twee derde van de ondervraagde Belgische werknemers hoog scoort op bevlogenheid (Godderis et al., 2019). Studies leveren echter wisselende resultaten op, afhankelijk van de onderzochte populatie, de gebruikte methode (vragenlijst) en cut-offscore. Dat laatste is bijzonder belangrijk: als men het risico op burn-out onderzoekt met een vragenlijst waarbij de grens op P25 ligt, dan is het niet abnormaal dat men vindt dat 25% van de onderzochte populatie een risico op burn-out heeft.

Er zijn heel wat indirecte bewijzen die toelaten te besluiten dat werk over het algemeen voor gezonde mensen het belangrijkste middel is om voldoende economische middelen te verwerven, die essentieel zijn voor hun welzijn en volledige participatie in de huidige samenleving. In een studie van Butterworth et al. (2011) scoorden werklozen gemiddeld slechter op mentale gezondheid dan werkenden. Maar opvallend was dat werklozen beter scoorden dan loontrekkenden die een baan hadden waarbij sprake was van hoge werkeisen, weinig controlemogelijkheden en grote baanonzekerheid. De kwaliteit van het werk blijkt dus een belangrijke factor.

Werken komt daarenboven tegemoet aan belangrijke psychosociale behoeften en is een voorname factor bij het bepalen van de individuele identiteit, de sociale rollen en status.

Betaald werk heeft over het algemeen positieve of neutrale effecten, en belangrijker nog, heeft geen significant negatieve effecten op de fysieke en mentale gezondheid, op voorwaarde dat de werkomstandigheden goed zijn.

Er is groeiende consensus dat personen met een beperking en ziekte, wanneer hun gezondheidstoestand het toelaat, aangemoedigd en ondersteund moeten worden om aan het werk te blijven of om zo snel mogelijk terug te keren naar het werk (Van der Noordt, IJzelenberg, Droomers, & Proper, 2014). Waddell en Burton stelden in 2006 nog dat deze consensus voornamelijk is gebaseerd op uitgebreide klinische ervaring en de opinies van experts. Recent werden echter de resultaten van wetenschappelijke studies gepubliceerd waarbij de relaties tussen werk en gezondheid nader werden onderzocht. Terugkeer naar werk wordt meer en meer een belangrijk onderdeel van de behandeling en is bijvoorbeeld expliciet opgenomen in de klinische richtlijn rond lagerugpijn van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (zie: <https://kce.fgov.be/nl/news/een-klinische-richtlijn-rond-lagerugpijn>). Voor mensen met ernstige psychische stoornissen, waaronder schizofreniespectrumstoornissen, is werk niet schadelijk voor hun psychiatrische toestand of mentale gezondheid, al heeft werk geen directe gunstige impact op hun mentale gesteldheid. Wel is er indirecte evidentie dat werk gunstig is voor hun algemeen welzijn en rehabilitatie. Voor de impact van (terugkeer naar) werk bij mensen met milde tot matig ernstige psychische stoornissen is er slechts beperkte evidentie. Bij personen met stressklachten lijkt elk nadelig effect van werk op de mentale gezondheid uitgevlakt te worden door de gunstige effecten van werk op het welzijn en door het voorkomen van de (waarschijnlijk) negatieve effecten van (langdurig) ziekteverzuim of werkloosheid. Werklozen met mentale gezondheidsproblemen die weer gedurende minstens twaalf uur per week aan het werk kunnen, rapporteren een betere mentale en fysieke gezondheid dan zij die het werk niet hervatten of die voor minder dan twaalf uur per week weer aan het werk gaan. Het effect van werkhervatting op de mentale gezondheid is significant groter bij midden- en hoogopgeleiden dan bij laagopgeleiden en hangt sterk af van de kenmerken en de kwaliteit van de baan (Luciano, Bond, & Drake, 2014; Modini et al., 2016; Schuring, Robroek, & Burdorf, 2017; Waddell & Burton, 2006).

In deze bijdrage presenteren we een overzicht van de maatregelen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering met betrekking tot re-integratie, waarbij de focus gericht is op stress en burn-out.

Cijfers en wetten

Volgens cijfers van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV, 2019) telde België op 31 december 2018 426.607 personen die langer dan één jaar ar-

beidsongeschikt waren. Bij ongeveer een derde van deze arbeidsongeschiktheden wordt als reden vermeld dat het om een psychische stoornis gaat. De uitgaven voor primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit voor het jaar 2018 bedroegen ongeveer 8,1 miljard euro. Deze uitgaven leggen een enorme druk op de sociale zekerheid. Om deze druk te verminderen, rekening houdend met het belang van werk voor het individu, streeft men ernaar om arbeidsongeschikte personen zoveel mogelijk te re-integreren op de arbeidsmarkt.

In dit verband werden in 2016 twee koninklijke besluiten (KB) goedgekeurd: het koninklijk besluit van 28 oktober 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers betreft, van de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO), en het koninklijk besluit van 8 november 2016 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, van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid.

In deze bijdrage gaan we niet nader in op de inhoud van deze KB's.¹ We volstaan hier met het aanhalen van enkele basisprincipes in dit wettelijke kader. Het stimuleren van:

- een procesmatig verloop van het traject naar werk, met een belangrijk onderscheid voor mensen met en zonder een lopende arbeidsovereenkomst;
- een efficiënte en effectieve communicatie tussen de betrokken artsen (behandelend arts, adviserend arts en arbeidsarts);
- een proactieve, vroegtijdige aanpak;
- een focus op de resterende capaciteiten van het individu en niet op de beperkingen.

Deze twee KB's doen geen afbreuk aan al bestaande wettelijke tools, gericht op het stimuleren van de re-integratie van arbeidsongeschikte personen: de toegelaten activiteit en de beroepsherscholing.

De toegelaten activiteit maakt het mogelijk dat personen tijdens de arbeidsongeschiktheid het werk kunnen hervatten, op voorwaarde dat ze vanuit medisch oogpunt 50% arbeidsongeschikt blijven. Soms wordt dit criterium verward met het percentage van toegelaten werkhervatting, maar het is dus mogelijk dat iemand voor 10% het werk hervat en voor 90% van de tijd arbeidsongeschikt blijft. De toegelaten activiteit heeft zowel voor de werknemer als voor de werkgever een aantal belangrijke voordelen: werknemers verdienen meer en kunnen revalideren op het werk; indien het niet lukt, kunnen ze direct terugvallen op de ziekte-uitkering, waarbij werkgevers geen gewaarborgd loon moeten

betalen. Eind 2017 hadden 63.358 verzekerden een lopende toelating voor gedeeltelijke werkhervatting, waarvan 13.589 (21%) een psychische stoornis hadden. Deze aantallen bevatten enkel verzekerden die een bezoldigde activiteit uitoefenden; vrijwilligerswerk en andere onbezoldigde activiteiten werden niet meegeteld.

De beroepsherscholing maakt het mogelijk dat personen tijdens de arbeidsongeschiktheid een opleiding kunnen volgen, gericht op het actualiseren van hun competenties of het verwerven van nieuwe vaardigheden. Uiteraard moet hierbij aan bepaalde voorwaarden worden voldaan. Globaal zien we dat er een sterke stijging is van het aantal opgestarte trajecten: van iets meer dan 1000 in 2012 tot meer dan 5000 in 2018. Voor meer cijfermateriaal, onder andere over het profiel van de verzekerden die een traject opstarten, verwijzen we naar de website van het RIZIV.²

Naar een geïntegreerd beleid inzake werkgerelateerde psychische stoornissen

Tijdens de voorbije regeringsperiode heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid samen met de diverse instellingen gewerkt aan een geïntegreerd en gecoördineerd preventiebeleid inzake werkgerelateerde psychische aandoeningen. Voor een dergelijk beleid zijn op elk preventie- en interventieniveau acties en projecten nodig, samen met transversale initiatieven. In samenspraak met de stakeholders werd een actieplan opgesteld ten behoeve van de verschillende (sub)doelstellingen op elk interventieniveau. Tevens werd een oproep gedaan voor proefprojecten gebaseerd op de doelstellingen in dit actieplan. Tabel 1 biedt een overzicht van de goedgekeurde projecten. De 12 projecten werden geselecteerd uit 77 inzendingen. Ze duurden één jaar en konden rekenen op een subsidie van 10.000 tot 300.000 euro. De geselecteerde projecten kunnen worden beschouwd als praktijkprojecten, terwijl de onderzoeksprojecten die we beschrijven in de paragraaf over het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid eerder kunnen worden beschouwd als implementatieonderzoek waaraan een wetenschappelijke evaluatiestudie is gekoppeld.

Deze proefprojecten vormen een aanvulling op andere projecten die worden uitgevoerd door verschillende instellingen, waaronder de projecten van het Federaal agentschap voor beroepsrisico's (Fedris), de FOD WASO en het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV (hierna: Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid). Omdat we in dit artikel de focus leggen op re-integratie (tertiaire preventie) besteden we hier aandacht aan de projecten die uitgevoerd worden in samenwerking met het

Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid. De projecten van Fedris en de FOD WASO focus- sen op primaire/secundaire preventie.³

Tabel I. Overzicht goedgekeurde projecten.

Naar een secundaire preventie van burn-out binnen de Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid (Fedris). Info: Libby Saeys (NL) – 02/272 21 72 – Libby.Saeys@fedris.be en Eric Mazuy (Fr) – 02/272 21 15 – Eric.Mazuy@fedris.be
Klinisch netwerk voor het werk – Focus op de professionalisering van de actoren (Intercommunale de soins spécialisés de Liège – Ulg). Info: Anne Burllet – 0486/13 53 00 – a.burllet@isosl.be
De veerkrachtige zelfstandige – Preventie van stress en burn-out bij zelfstandige ondernemers (Unizo – Integraal – Liantis). Info: Karel Van den Eynde – 0475/56 75 63 – karel.vandeneynde@liantis.be
Komen tot een geïntegreerde aanpak van burn-out in de huisartsenpraktijk via lokaal georganiseerde multidisciplinaire vormen voor huisartsen en klinisch psychologen (Domus Medica en de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen). Info: Charlotte Sercu – 03/425 76 68 – charlotte.sercu@domusmedica.be
Bouwen aan mentaal vermogen (Alert! Opleidingen en Constructiv Oost-Vlaanderen). Info: Sofie Vandermarliere – 0474/23 31 16 – sofie@alert-opleidingen.be
'ECOUTE-EMOIS' ('Luisteren-emoities/luister naar mij') (Waalse Overheidsdienst SPW). Medefinanciering met minister Alda Greoli. Info: Emmanuelle Rappe – 081/33 35 68 – emmanuelle.rappe@spw.wallonie.be
Equitaining (Le Timon ASBL, entreprise de formation par le travail). Info: Vinciane Ory – 04/250 50 44 – info@letimonasbl.be
Icare (FCR Media). Info: Maja Van der Borst – 0476/70 05 16 – maja.van.der.borst@fcrmedia.be
We care for you (Algemeen Stedelijk Ziekenhuis (ASZ)). Info: Karolien Kerckhofs – 053/76 68 29 – karolien.kerckhofs@asz.be
Interventietheater (Arteveldehogeschool). Info: Lucas Vandenbussche – 0494/34 45 19 – lucas.vandenbussche@arteveldehs.be
Burn-out voorkomen – Leven in balans (CGG Kempen – Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg). Info: An Boschmans – 0476/75 24 61 – anboschmans@cggkempen.be
Begeleiding van werknemers met een arbeidsgerelateerde mentale aandoening in hun proces naar re-integratie door een transparant beleid en eenduidige procedure (Sint-Vincentiusziekenhuis). Info: Liesbeth Clarisse – 09/387 70 50 – personeelsdienst@azstvdinze.be

Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid

Het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid is in 2013 opgericht als onderdeel van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV. Een van de belangrijkste doelstellingen van het kenniscentrum is het bieden van (financiële) ondersteuning aan studies en projecten rond re-integratie. Omdat ongeveer een derde van de gevallen van arbeidsongeschiktheid verklaard kan worden door psychische problemen, is de aanpak van re-integratie bij deze doelgroep een van de prioriteiten van het kenniscentrum. We bespreken hier enkele initiatieven van het kenniscentrum, omdat ze aansluiten bij de focus van dit themanummer over stress en burn-out.

Aansluitend bij de initiatieven van de minister en de andere instellingen zijn binnen het kenniscentrum twee interventiestudies gelanceerd voor de doelgroep 'psychische stoor-

nissen'. Daarenboven werd op vraag van de Beleidscel van de minister een vragenlijst ontwikkeld ter ondersteuning van de Quickscan.

Vragenlijst ter ondersteuning van de Quickscan

Tijdens de achtste week arbeidsongeschiktheid wordt de verzekerde door het ziekenfonds gevraagd een vragenlijst in te vullen. Het doel hiervan is drieledig:

- ondersteuning van de adviserend arts bij zijn opdracht in het kader van het KB-re-integratie;
- ter aanvulling van het klinisch onderzoek van de adviserend arts;
- inzichtgevend voor de patiënt.

De vragenlijst,⁴ waarvan een Nederlandstalige en Franstalige versie bestaat, is het resultaat van een intensieve samenwerking tussen de KU Leuven, het RIZIV en alle ziekenfondsen, en is opgebouwd zoals weergegeven in figuur 1.

Figuur 1. Opbouw vragenlijst.



De scores op de 15 vragen en de variabelen leeftijd, geslacht en statuut worden via een algoritme omgezet in een aantal risicoscores voor langdurige arbeidsongeschiktheid. En dit onafhankelijk van de diagnose.

Er zijn:

- 11 specifieke risicoscores per domein. Deze scores geven per domein de kans aan dat de verzekerde na 6 maanden nog steeds arbeidsongeschikt is.
- 3 algemene risicoscores. Deze geven over de domeinen heen aan wat de kans is dat de verzekerde na respectievelijk 3, 6 en 12 maanden nog steeds arbeidsongeschikt is.

Een percentage hoger dan 40% betekent een hoog risico. De specifieke risicoscores geven aan op welke gebieden begeleiding vooral noodzakelijk is.

Het invullen van deze vragenlijst is niet verplicht, maar de verzekerde wordt sterk aangeemoedigd hieraan mee te werken. De vragenlijst maakt enerzijds deel uit van een lopend onderzoeksproject, maar is tegelijkertijd al een geïmplementeerde maatregel in België (Goorts et al., 2019).

Project 'Individuele plaatsing en steun' (Individual Placement and Support)

Het 'Individuele plaatsing en steun' (IPS)-model is een evidencebased aanpak in het kader van *Supported Employment* voor de arbeidsre-integratie van personen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Het eerste IPS-programma startte in New Hampshire (Verenigde Staten) in het begin van de jaren 1990 met als doelstelling: mensen met een psychische kwetsbaarheid begeleiden naar een reguliere baan. Ondertussen wordt dit model in tal van landen toegepast, ook in België, waar sinds februari 2018 een proefproject loopt met daaraan gekoppeld een wetenschappelijke evaluatiestudie. Het RIZIV werkt hiervoor samen met de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten (voor Vlaanderen: Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding, en Gespecialiseerd Team Bemiddeling) die de IPS-coaches in dienst hebben.

De IPS-benadering gaat uit van het idee dat iedereen in staat is om regulier werk te verrichten, op voorwaarde dat het lukt om de juiste soort functie en de juiste werkomgeving te vinden. IPS is gebaseerd op de volgende acht hoofdprincipes (Bond, 2004; Burns et al., 2007; Kinoshita et al., 2013; Linnemorken, Sveinsdottir, Knutsen, Hernaes, & Reme, 2018; Marino & Dixon, 2014; Modini et al., 2016; Viering et al., 2015):

1. Het vinden van een reguliere, betaalde baan, waarop iedereen kan solliciteren, met een gangbaar loon.
2. *Zero exclusion*: niemand wordt uitgesloten. Iedere werkzoekende met een psychische kwetsbaarheid (ongeacht diagnose, ernst van de symptomen of opname) die een betaalde baan wil, kan een IPS-traject opstarten. Motivatie is de meest cruciale factor in de begeleiding.
3. Integratie van de jobcoach in de zorgsetting. De IPS-coach maakt deel uit van het team binnen de geestelijke gezondheidszorg dat de behandeling biedt. Een multidisciplinair team brengt uiteenlopende expertises aan tafel.
4. De IPS-coach vraagt welke baan de cliënt het liefst zou hebben en zoekt samen naar mogelijkheden.

5. De IPS-coach biedt informatie aan over de gevolgen van betaald werk voor het inkomen, uitkering of de subsidies.
6. *Place, then train*: zo snel mogelijk een baan zoeken en de betrokkene opleiden op de werkvloer, zonder training vooraf.
7. De IPS-coach zet in op het ontwikkelen van een werkgeversnetwerk en contact met opleidingsinstellingen. Zij kennen de bedrijven en de competenties die ze zoeken. Eventueel kan er onder andere ook ondersteuning worden geboden bij het ontwikkelen van diversiteitsplannen of worden meegedacht over het creëren van banen voor de doelgroep (Steenssens, Sannen, Ory, & Nicaise, 2008).
8. Ondersteuning van onbepaalde duur voor cliënt en werkgever: ook na het vinden van een baan blijft individuele coaching zo lang als nodig beschikbaar.

De inzet van een IPS-coach die volgens een strikte methodologie werkt, is een kritische succesfactor.

In verschillende landen werden al een of meerdere gerandomiseerde onderzoeken met een controlegroep (RCT) uitgevoerd. Hieruit blijkt steeds dat de resultaten van de IPS-methodiek beter zijn dan die van de traditionele arbeidsprogramma's die het *train, then place*-principe toepassen, waarbij de betrokkene zo goed mogelijk voorbereid en getraind wordt voor de werksituatie, maar zonder dat er altijd op korte termijn daadwerkelijk een plaatsing bij een werkgever volgt. Bij IPS is het uitgangspunt dat iemand zo snel mogelijk aan het werk gaat en dat eventuele verdere begeleiding op de werkvloer gebeurt. IPS wordt momenteel dan ook wereldwijd beschouwd als de meest effectieve en kostenefficiënte manier van arbeidsre-integratie.

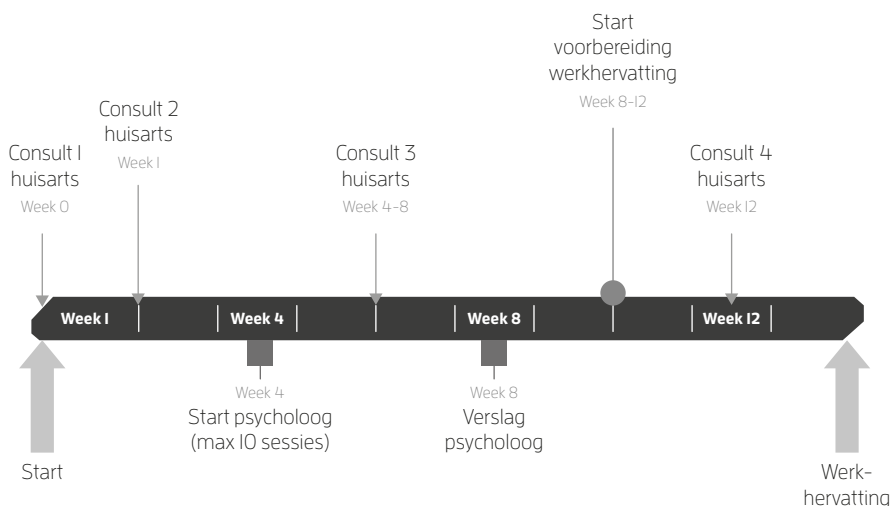
In België wordt IPS momenteel onderzocht via een RCT waarbij personen toegewezen worden aan een interventie- (IPS) of controlegroep. De IPS-groep krijgt begeleiding van een specifiek daartoe opgeleide IPS-coach, de controlegroep krijgt de standaardbegeleiding zoals geregeld in de programma's socioprofessionele re-integratie.⁵ De studie wordt door het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid gefinancierd en duurt vijf jaar. Verzekerden komen in aanmerking voor inclusie wanneer de adviserend arts van het ziekenfonds oordeelt dat de betrokkene wegens zijn psychische problematiek het werk niet spontaan zal kunnen hervatten. Diagnose en ernst van de aandoening zijn van ondergeschikt belang. Via een intensieve monitoring van de IPS-coaches wordt nagegaan in welke mate ze de IPS-richtlijnen nauwgezet volgen. Waar nodig en mogelijk wordt bijgestuurd. In deze studie wordt dus – naast de cijfers over werkhervatting – veel belang gehecht aan de procesevaluatie.

Traject naar werk voor mensen met burn-out

Een tweede studie betreft de ontwikkeling van een zorgpad dat arbeidsongeschikte mensen met burn-out ondersteunt in hun terugkeer naar werk (op de huidige werkplek of elders), zodat zij het werk sneller en duurzamer kunnen hervatten vergeleken met mensen die deze ondersteuning niet ontvangen. Daarnaast is het de bedoeling om het ontwikkelde zorgpad uit te testen in de praktijk door middel van een RCT. Ten slotte zal, naast de gecontroleerde studie, een procesevaluatie worden uitgevoerd om zo concreet mogelijke aanbevelingen te kunnen formuleren voor de implementatie van het zorgpad in de dagelijkse praktijk.

Burn-out is een werkgerelateerd fenomeen. Vandaag is de behandeling evenwel meestal gericht op het individu. Werk en de terugkeer ernaar worden nog te vaak in een zeer laat stadium bekeken. Maanden kunnen verstrijken, waardoor het vaak veel te laat is om nog iets te kunnen veranderen aan de oorzaak van de burn-outproblematiek. Het uitgangspunt van het zorgpad is dat zowel de medische diagnose als de diagnose van de werksituatie sneller kan plaatsvinden. Bij werkuitval waarvan vermoed wordt dat burn-out aan de basis ligt, krijgt de huisarts in het zorgpad de mogelijkheid om sneller door te verwijzen naar een psycholoog. Op die manier kan de patiënt eerder duidelijkheid krijgen en kan tevens de behandeling sneller worden opgestart. Het is immers niet voldoende dat iemand thuis kan uitrusten. De werknemer moet worden geholpen door de problemen die aan de basis van de burn-out liggen aan te pakken. Dat houdt in dat ook de situatie op het werk moet worden bekeken. Binnen twee maanden na het begin van de arbeidsongeschiktheid moet worden onderzocht wat aan de basis kan liggen van de burn-out op het werk. Vervolgens kan er een plan worden opgesteld hoe de burn-out aan te pakken, om een succesvolle re-integratie voor te bereiden.

Figuur 2. Traject naar werk voor mensen met burn-out.



Figuur 2 biedt een visuele weergave van het traject. Naar analogie met bestaande zorgtrajecten voor patiënten met chronische suikerziekte en chronische nierinsufficiëntie werd een zorgpad uitgewerkt waardoor verschillende disciplines gecoördineerder kunnen samenwerken. Het zorgpad is ontwikkeld op basis van gegevens uit de literatuur en op basis van groepsinterviews met zorgverleners (huisartsen, psychologen, psychiaters, arbeidsartsen, adviserend artsen, jobcoaches, preventieadviseurs psychosociale aspecten).

Het zorgpad bestaat zowel uit medische/therapeutische als uit werkgerelateerde elementen. De doelgroep bestaat uit mensen die arbeidsongeschikt zijn wegens burn-out, tussen 18 en 65 jaar oud zijn en die betaald werk verrichten (werknemers en zelfstandigen) op het moment dat de arbeidsongeschiktheid begint. Vrijwilligers, mantelzorgers, studenten enzovoort worden dus niet meegenomen in dit project.

Conclusie

Binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden diverse acties ondernomen gericht op de re-integratie van mensen met psychische stoornissen: op het niveau van de wetgeving met tools die de werkhervatting moeten faciliteren; op het vlak van wetenschappelijk onderzoek ter ondersteuning van het toekomstige beleid.

Noten

1. De geïnteresseerde lezer verwijzen we naar:
 - <https://www.riziv.fgov.be>
 - <https://www.beswic.be/nl/themas/terug-aan-het-werk>
 - <https://www.weeraandeslag.be/werknemer/terug-aan-de-slag-gaan>
2. Dit cijfermateriaal werd door de auteurs opgevraagd bij de Directie financiën en statistiek van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV. Op het moment van schrijven van het artikel waren deze cijfers nog niet gepubliceerd op de website van het RIZIV. Voor meer informatie zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/reintegratie>
3. Voor meer informatie zie:
 - <https://fedris.be/nl/pilootproject-burn-out>
 - <http://www.werk.belgie.be/onderzoeksprojecten>
 - <https://www.stressburnout.belgie.be/nl>
4. De vragenlijst kan worden opgevraagd bij de auteurs.
5. Voor meer informatie zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/reintegratie/Paginas/default.aspx>

Literatuur

- Bond, G.R. (2004). Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 345-359. doi:10.2975/27.2004.345.359
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M., ... Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomized controlled trial. *Lancet*, 370, 1146-1152. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61516-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61516-5)
- Butterworth, P., Leach, L.S., Strazdins, L., Olesen, S.C., Rodgers, B., & Broom, D.H. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: Results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 806-812. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.059030>
- Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2016). Koninklijk besluit van 8 november 2016 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. *Belgisch Staatsblad*, 24 november 2016. Geraadpleegd via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2016110801
- Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. (2016). Koninklijk besluit van 28 oktober 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers betreft. *Belgisch Staatsblad*, 24 november 2016. Geraadpleegd via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2016102808&table_name=wet
- Godderis, L., Vander Elst, T., Delvaux, E., Sercu, M., Van Rafelghem, E., Boonen, E., & Schouteden, M. (2019). *Rapport psychosociaal welzijn van de Belgische werknemer* (IDEWE-rapport 2018). Heverlee: Groep IDEWE.
- Goorts, K., Vandenbroeck, S., Vander Els, T., Rusu, D., Du Bois, M., Decuman, S., & Godderis, L. (2019). Quickscan assesses risk factors of long-term sickness absence: A cross-sectional (factorial) construct validation study. *PLoS ONE*, 14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210359>
- Kinoshita, Y., Furukawa, T.A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I.M., Marshall, M., ... Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008297.pub2>
- Linnemorken, L.T.B., Sveinsdottir, V., Knutsen, T., Hernaes, K.H., & Reme, S.E. (2018). Protocol for the Individual Placement and Support (IPS) in Pain trial: A randomized controlled trial investigating the effectiveness of IPS for patients with chronic pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-1962-5>
- 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. *Schizophrenia Research*, 159, 312-321. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.09.010>
- Marino, L.A., & Dixon, L.B. (2014). An update on Supported Employment for people with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 210-215. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000058>
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R.A., Mitchell, P.B., & Harvey, S.B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24, 331-336. <https://doi.org/10.1177/1039856215618523>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (2019). *Langdurige arbeidsongeschiktheid: cijfers invaliditeit door burn-out en depressie* (29 mei 2019). Geraadpleegd via <https://www.inami.fgov.be/nl/nieuws/Paginas/cijfers-invaliditeit-burn-out-depressie.aspx>
- Schuring, M., Robroek, S.J., & Burdorf, A. (2017). The benefits of paid employment among persons with common mental health problems: Evidence for the selection and causation mechanism. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 43, 540-549. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3675>
- Steenssens, K., Sannen, L., Ory, G., & Nicaise I. (2008). *W². Werk- en welzijnstrajecten op maat. Een totaalconcept*. Leuven, België.

- Van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M., & Proper, K. (2014). Health effects of employment: A systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 71, 730-736. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>
- Viering, S., Jäger, M., Nordt, C., Bühler, F., Bärtsch, B., Leimer, H., ... Kawohl, W. (2015). Does "Individual Placement and Support" satisfy the user's needs? *Frontiers in Public Health*, 3. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00160>
- Waddell, G., & Burton, A.K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London, UK: The Stationery Office.

Personalia

Saskia Decuman is diensthoofd cel kwaliteit en onderzoek, Dienst voor uitkeringen RIZIV, Brussel en academisch consulent vakgroep Inwendige Ziekten, faculteit Geneeskunde, Universiteit Gent.

E-mail: saskia.decuman@riziv-inami.fgov.be

Prof. dr. Elke Van Hoof, onderzoekseenheid klinische psychologie, faculteit Psychologie en Educatieve wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel.

Lode Godderis is deeltijds hoogleraar aan de KU Leuven, departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, centrum Omgeving en Gezondheid en directeur Kennis, Informatie & Research van IDEWE, externe dienst voor preventie en bescherming op het werk

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.