

RE-INTEGRATIE NA ZIEKTEVERLOF VANWEGE MUSCULOSKELETALE KLACHTEN IN DE CONTEXT VAN PSYCHOSOCIALE RISICO'S OP HET WERK

Musculoskeletale klachten en psychosociale risicofactoren – een inleiding



©David Tijero Osorio

Re-integratie en blijven werken met aandoeningen aan het bewegingsapparaat (musculoskeletale klachten – MSK's) is een cruciaal thema in alle Europese landen (met een zekere mate van variabiliteit tussen landen), omdat MSK's een van de vaakst gerapporteerde gezondheidsproblemen ter wereld zijn (WHO, 2019).

Volgens de Europese enquête naar de arbeidsomstandigheden (EWCS; zie Eurofound, 2015) werd 50% van alle Europese werknemers in 2015 getroffen door een of meer musculoskeletale klachten, waarbij rugpijn het meest voorkomende probleem was, gevolgd door problemen met de bovenste ledematen (hals en schouders) en problemen met de onderste ledematen (heupen, knieën, enkels).

Van de arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen komen arbeidsgerelateerde MSK's het vaakst voor: in de Enquête naar de arbeidskrachten van 2013 schaarde 60% van alle respondenten musculoskeletale klachten onder de ernstigste gezondheidsproblemen (Eurostat, 2013). Jaarlijks gaan talloze werkdagen verloren vanwege MSK's. Zo verklaarde 53% van de

werknemers met MSK's in 2015 dat zij het jaar daarvoor met ziekteverlof waren geweest (EU-OSHA, 2019a).

De prevalentie van MSK's is de afgelopen jaren constant hoog gebleven, hoewel er grote inspanningen zijn geleverd om de risico's voor MSK's te verminderen. Aangezien mensen langer leven en werken, zullen de prevalentie en gevolgen van musculoskeletale klachten wereldwijd naar verwachting verder toenemen.

Verschillende risicofactoren kunnen bijdragen tot MSK's, zoals fysieke, organisatorische, psychosociale, sociaal-demografische en individuele factoren (EU-OSHA, 2019a). Psychosociale risico's, met name in combinatie met fysieke risico's, kunnen MSK's veroorzaken of verergeren.

In de strijd tegen MSK's zijn de ergonomische omstandigheden aanzienlijk verbeterd, maar dit geldt niet voor de arbeidsorganisatie of de psychosociale werkomgeving.

In dit artikel bespreken we MSK's, met de nadruk op psychosociale risicofactoren op het werk, en richten we ons met name op de re-integratie van werknemers met MSK's.

Wat zijn MSK's en wat zijn arbeidsgerelateerde MSK's?

MSK is een generieke term om pijn en ongemak in de spieren van het lichaam te beschrijven (EU-OSHA, 2020a: 14). Musculoskeletale klachten zijn een brede groep aandoeningen die van invloed zijn op het bewegingsapparaat, d.w.z. spieren, botten, gewrichten en weefsels zoals pezen en ligamenten, zoals vermeld in de internationale classificatie van ziektes (M00-M99). Deze aandoeningen omvatten meer dan 150 diagnoses. Musculoskeletale klachten worden doorgaans gekenmerkt door pijn (vaak hardnekkig) en beperkingen op het gebied van mobiliteit, beweeglijkheid en functionele vermogens, waardoor mensen minder goed in staat zijn om te werken en deel te nemen aan het sociale leven, met

alle gevolgen van dien voor het geestelijk welzijn. Op een breder niveau hebben zij gevolgen voor de welvaart van gemeenschappen (WHO, 2019).

Sommige MSK's treden plots op (bijv. na een acuut trauma als gevolg van een ongeval); de meeste ontwikkelen zich echter geleidelijk als gevolg van een langdurige of herhaalde blootstelling (ze zijn cumulatief). MSK's kunnen van korte duur of levenslang (chronisch) zijn.

De term **arbeidsgerelateerde MSK's** verwijst naar gezondheidsproblemen die spieren, pezen, ligamenten, kraakbeen, vaatstelsel, zenuwen of andere zachte weefsels en gewrichten van het bewegingsapparaat aantasten en die voornamelijk door het werk zelf worden veroorzaakt of verergerd; ze kunnen zich manifesteren in de bovenste ledematen, de hals en de schouders, de onderrug en de onderste ledematen. Arbeidsgerelateerde MSK's zijn veelal cumulatieve aandoeningen als gevolg van herhaalde en langdurige blootstelling aan arbeidsrisico's.

Feiten en cijfers over MSK's en de negatieve gevolgen van arbeidsgerelateerde MSK's

Uit de gegevens uit verschillende bronnen ⁽¹⁾ kan worden samengevat dat arbeidsgerelateerde MSK's een belangrijke kwestie zijn in alle EU-lidstaten. In de EU zijn zowel de incidentie als de prevalentie ⁽²⁾ door de jaren heen hoog gebleven. MSK's hebben **negatieve gevolgen** op verschillende "niveaus": op microniveau voor de individuele werknemer, op mesoniveau voor bedrijven en ondernemingen, en op macroniveau voor de volksgezondheid, de economie en de samenleving in het algemeen. MSK's kunnen gevolgen op korte en lange termijn hebben: voor de gezondheid, de levenskwaliteit, de kwaliteit van het werk, de productiviteit en de economische status van het individu, alsook voor de economie van het land.



©David Tijero Osorio

Voor arbeidsinspecties, verzekeringsmaatschappijen, deskundigen op gebied van veiligheid en gezondheid op het werk (VGW) en bedrijven, zijn de **incidentie en prevalentie van beroepsziekten** (ziekten die wettelijk als beroepsziekten zijn aangemerkt) belangrijke indicatoren voor wettelijk vereiste maatregelen en mogelijke vergoedingen voor werknemers. Op EU-niveau kunnen de gegevens echter niet zeer goed worden vergeleken. In sommige landen vormen MSK's een groot deel van de beroepsziekten (EUMUSC, 2011), in andere landen is het percentage veel lager, omdat minder MSK's als beroepsziekten worden erkend.

MSK's en verzuim Ruim de helft van de werknemers met MSK's gaf aan over een periode van 12 maanden ziekteverlof te hebben opgenomen (EU-OSHA, 2019a). In de EU rapporteert 26% van de werknemers met chronische MSK's en andere gezondheidsproblemen meer dan 8 dagen verzuim per jaar (maar slechts 7% van de werknemers zonder onderliggende gezondheidsproblemen) (Eurostat, 2014). Langdurige afwezigheid brengt de inzetbaarheid van een persoon op lange termijn in gevaar. Een hoog ziekteverzuim leidt tot hogere kosten als gevolg van directe of indirecte betalingen in verband met ziekteverzuim ⁽³⁾.

Presenteïsme ⁽⁴⁾ Het percentage werknemers met MSK's dat tussen 4 en 20 werkdagen heeft gewerkt terwijl zij ziek waren, is veel hoger dan dat van werknemers met andere gezondheidsproblemen

⁽¹⁾ De belangrijkste informatiebronnen zijn enquêtes zoals de Europese enquête naar de arbeidsomstandigheden (EWCS), de arbeidskrachtenenquête – ad-hocmodules (LFS), de Europese bedrijvenenquête over nieuwe en opkomende risico's (Esener), het Europees gezondheidsonderzoek door middel van interviews (EHIS) en administratieve gegevens uit Europese statistieken over arbeidsongevallen (ESAW), de European Health for All Database of de European Mortality Database van de Wereldgezondheidsorganisatie.

⁽²⁾ Bij de incidentie wordt rekening gehouden met het aantal nieuwe gevallen van MSK's binnen een bepaalde populatie en periode, en bij de prevalentie wordt gekeken naar het totale aantal MSK's in de afgelopen 12 maanden.

⁽³⁾ Van directe kosten in verband met ziekteverzuim is sprake wanneer bedrijven het loon van werknemers betalen tijdens het ziekteverzuim; van indirecte kosten in verband met ziekteverzuim is sprake wanneer bedrijven sociale bijdragen betalen, en de socialeverzekeringsmaatschappijen op hun beurt ziekte-uitkeringen en behandeling betalen.

⁽⁴⁾ Presenteïsme beschrijft het fenomeen dat mensen werken terwijl ze zich ziek voelen of ziek zijn.

(Eurofound, 2015). Presenteïsme kan leiden tot ontevredenheid van het werk, conflicten en een hoog ziekteverzuim.

Vervroegde uittreding Een derde van de werknemers met MSK's (gekoppeld aan andere gezondheidsproblemen) denkt dat zij niet in staat zullen zijn om tot hun zestigste te blijven werken (Eurofound, 2015). Het risico op arbeidsongeschiktheid en vervroegde uittreding is groter bij mensen met MSK's.

Gevolgen voor de nationale economie Naar schatting 1-2% van het bruto binnenlands product gaat verloren als gevolg van MSK's (Bevan, 2015). MSK's brengen extra kosten met zich mee voor geneesmiddelen en behandelingen, revalidatie, schadeloosstelling als de MSK arbeidsgerelateerd is, arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en vervroegde pensioenen, enzovoort.

De preventie van MSK's en het ondersteunen van een goed re-integratieproces zijn dus niet alleen vanuit menselijk en ethisch oogpunt, maar zijn ook om economische redenen van cruciaal belang!

Psychosociale risicofactoren op het werk in de context van MSK's

MSK's hangen samen met diverse risicocategorieën: individuele en sociaal-demografische factoren en arbeidsgerelateerde risico's. Beroepsmatige blootstelling aan arbeidsgerelateerde risico's draagt bij tot MSK's, hetzij op zichzelf staand, hetzij in combinatie.

Hieronder volgt een kort overzicht van deze factoren:

- **Fysiek (biomechanisch):** zoals hoge fysieke eisen, uiterst repetitief werk, hanteren van zware lasten, trillingen, erg koude of warme werkomgevingen, lastige houdingen, langdurige taken, langdurig zitten of staan;
- **Organisatorisch** (de manier waarop het werk is georganiseerd, is van invloed op hoe belastend taken zijn): het aantal opeenvolgende werkuren, weinig pauzes, slechte werktijden, werk onder tijdsdruk, gebrek aan hersteltijd, starre procedures, gebrek aan zelfbeschikking, weinig vrijheid, gebrek aan middelen om goed werk te leveren, monotone taken en een gebrek aan loopbaanvooruitzichten;
- **Psychosociaal:** hoge werkeisen, een laag niveau van ondersteuning door lijnmanagers of collega's, een geringe beslissingsvrijheid over het werk, werken in een hoog tempo, onvoldoende evenwicht tussen werk en privéleven, zware mentale belasting, gebrek aan beslissingsbevoegdheid, gebrek aan erkenning voor het verrichte werk, conflicten over waarden op het werk, conflicten over de kwaliteit van het werk, gebrek aan organisatorische rechtvaardigheid (bv. ongelijke verdeling van werk), werkonzekerheid, slechte werksfeer, gebrek aan interpersoonlijke relaties op het werk of sociale ondersteuning, discriminatie, intimidatie en pesterijen; dit alles kan stress bij werknemers tot gevolg hebben, hetgeen het risico op psychologische schade en lichamelijke schade dus vergroot.

Psychosociale risico's worden niet op uniforme wijze ingedeeld in onderzoek en publicaties, maar de meeste benaderingen houden verband met risico's zoals sociale ondersteuning, beslissingsvrijheid, beslissingsbevoegdheid en erkenning.



Door het toegenomen gebruik van nieuwe technologieën (d.w.z. de digitalisering van het werk) zijn arbeidsgerelateerde risicopatronen veranderd, en deze veranderingen moeten dus ook in aanmerking worden genomen bij risicobeoordelingen en preventie. Onder invloed van de digitalisering werken steeds meer mensen thuis of op afstand terwijl zij reizen; ook vinden steeds meer mensen een job via digitale platforms. Dit biedt werknemers meer flexibiliteit, maar verlegt tegelijkertijd de grenzen tussen werk en privéleven. De digitalisering versnelt werkprocedures en verhoogt daarmee de tijdsdruk; dit leidt tot volstrekt

nieuwe vormen van persoonlijke communicatie met lijnmanagers, leidinggevenden en collega's (EU-OSHA, 2020b).

Arbeidsgerelateerde risicofactoren zijn ongelijk verdeeld over sectoren en beroepsgroepen, al naar gelang hun aard en ergonomische kenmerken, maar ook de psychosociale kenmerken van het werk. Specifieke groepen zoals vrouwen, migrerende werknemers of LGBTI-werknemers (lesbiennes, homoseksuelen, biseksuelen, transgenders en interseksuelen) hebben een grotere kans op MSK's, zoals blijkt uit het verslag van EU-OSHA *Workforce diversity and musculoskeletal disorders: review of facts and figures and examples* (EU-OSHA, 2020c). De oorzaken zijn legio, zoals over het algemeen slechtere arbeidsomstandigheden, minderwaardige jobs en een grotere blootstelling aan intimidatie, bedreigingen, discriminatie en soms milieugevaren (d.w.z. in vuile, gevaarlijke en veeleisende 3-D-banen). Een belangrijke conclusie uit de onderzoeken die zijn uitgevoerd in opdracht van de Zweedse Arbeidsinspectie (SWEA) is dat de verschillen in slechte gezondheid tussen vrouwen en mannen geen biologische oorzaken hebben, maar worden veroorzaakt door de verschillende werkorganisatie en de ongelijke verdeling van arbeidsmiddelen (SWEA, 2020).

Het moet geweten zijn dat MSK's kunnen worden veroorzaakt of verergerd door bovengenoemde psychosociale risicofactoren, met name als het gaat om preventie en re-integratie. Daarom kunnen maatregelen ter verbetering en vermindering van psychosociale stressfactoren een grote invloed hebben op het herstel van MSK's en een duurzame re-integratie.

Hoe hangen psychosociale risico's en MSK's met elkaar samen?

Gangbare modellen van MSK's zijn gebaseerd op het biopsychosociale model⁽⁵⁾ dat door Engel (1977) is ontwikkeld en later is aangepast (bijv. door Hauke et al., 2011). Werknemers hebben op het werk en in hun privéleven te maken met psychosociale risico's. De individuele stressrespons of reactie op risicofactoren wordt gezien als een belangrijke factor in het verband tussen arbeidsgerelateerde risicofactoren (die fysiek, psychosociaal of organisatorisch kunnen zijn) en aandoeningen. Dit benadrukt waarom maatregelen op professioneel en individueel niveau of in combinatie moeten plaatsvinden, zoals hieronder zal worden beschreven.

Uit de volgende bevindingen van een verslag van EU-OSHA (2020b) blijkt hoe psychosociale risicofactoren op het werk en MSK's met elkaar samenhangen:

- **Geringe sociale ondersteuning:** veel onderzoeksresultaten staven het verband tussen geringe sociale ondersteuning en spierpijn in alle lichaamsdelen en met name pijn in de onderrug, nek en schouders.
- **Geringe beslissingsvrijheid over het werk,** hetgeen een gebrek aan beslissingsbevoegdheid omvat: aangetoond is dat dit rechtstreeks verband houdt met pijn in de rug, nek, schouders, polsen, ellebogen, heupen en knieën.
- **Ontevredenheid met het werk:** dit lijkt met name verband te houden met pijn in de bovenste ledematen en de onderrug.
- **Onvoldoende evenwicht tussen werk en privéleven:** uit verschillende onderzoeken is gebleken dat onvoldoende evenwicht tussen werk en privéleven verband houdt met spier- en skeletpijn (vooral pijn in de onderrug).
- **Negatief sociaal gedrag,** zoals discriminatie, intimidatie en pesterijen: deze risico's lijken rechtstreeks verband te houden met MSK's. Er werd ook een indirecte relatie door psychologische druk vastgesteld.

Namens EU-OSHA heeft een groep deskundigen onderzocht of er een statistisch verband bestond tussen de prevalentie van MSK's en een aantal arbeidsgerelateerde risicofactoren (EU-OSHA, 2019a). Op basis van verschillende regressiemodellen waarbij gegevens uit de zesde golf van de EWCS (2015) werden gebruikt, werd het verband tussen de verschillende risicofactoren en MSK's onderzocht. Er werden positieve verbanden gevonden tussen MSK's in de rug, onderste en bovenste ledematen en verbaal misbruik, ongewenste seksuele aandacht, pesterijen en onduidelijke werkinstructies, terwijl inspraak op het werk, tevredenheid over het eigen werk, een eerlijke behandeling op het werk en de mogelijkheid om indien nodig een pauze te nemen negatief gecorreleerd waren met aandoeningen in de bovenste ledematen, hetgeen wijst op een mogelijk beschermend effect.

⁽⁵⁾ Het bio psychosociale model werd in 1977 ontwikkeld door G. L. Engel. Volgens het model vloeien gezondheid en ziekte voort uit *biologische kenmerken* (zoals genen), *gedragsfactoren* (zoals levensstijl en gezondheidsovertuigingen) en *sociale omstandigheden* (zoals culturele invloeden, familiebanden en sociale ondersteuning).

Bovendien is het voor mensen met een chronische MSK moeilijker om hun pijnsymptomen te negeren wanneer ze stress ervaren. Er is een nauwe samenhang tussen spier- en skeletpijn en de geestelijke gezondheid (OSHWiki, 2019).

Beheer van MSK's op de verschillende preventieniveaus en re-integratie

Zowel voor individuen als voor organisaties is het belangrijk om de gezondheid van het bewegingsapparaat van werknemers gedurende hun hele beroepsleven te handhaven en er zo voor te zorgen dat zij een betere gezondheid ervaren, minder ziekteverlof nemen en hun job langer blijven uitoefenen. Werknemers hebben van een betere gezondheid en een hogere levenskwaliteit nog lang na hun arbeidsleven profijt. Holistische preventie en goede re-integratieprocedures dragen bij tot het behoud of herstel van het arbeidsvermogen. Zij maken deel uit van een hoge en inclusieve VGW-norm.

Het uiteindelijke doel is te zorgen voor een werkplek die MSK's en arbeidsgerelateerde stress voorkomt, de gezondheid van het bewegingsapparaat en de geestelijke gezondheid te bevorderen, vroegtijdige maatregelen te nemen om eventuele spier- en skeletaandoeningen aan te pakken, redelijke aanpassingen door te voeren om mensen met een MSK in staat te stellen te blijven werken, en doeltreffende revalidatie- en re-integratieplannen ten uitvoer te leggen (EU-OSHA, 2021).

In dit deel wordt gewezen op het belang van preventie van MSK's en re-integratie na een MSK, met name in de context van psychosociale risicofactoren, en wordt een voorbeeld gegeven van een risicoanalyse in het kader van het preventiebeleid en als basis voor re-integratie.

Risicoanalyse als basis voor de preventie van arbeidsgerelateerde risicofactoren voor MSK's

In de EU-regelgeving inzake veiligheid en gezondheid zijn de verantwoordelijkheden van werkgevers vastgelegd om arbeidsgerelateerde risico's te voorkomen door middel van periodieke beoordelingen van de risico's voor de veiligheid en de gezondheid van werknemers.

Met het oog op de verplichting om alle risico's voor veiligheid en gezondheid van werknemers te beoordelen, moeten bedrijven niet alleen rekening houden met (aanhoudende) fysieke risico's op het werk, maar ook met organisatorische risico's, in toenemende mate met psychosociale risico's en, uiteraard, met nieuwe risico's als gevolg van nieuwe arbeidstechnologieën en -methoden. In sommige lidstaten is aanvullende wetgeving aangenomen om psychosociale risico's te dekken. Dit heeft echter geleid tot een misvatting bij bedrijven dat verschillende risicoanalyses moeten worden uitgevoerd. EU-OSHA beveelt in verschillende verslagen duidelijk aan terug te keren naar het oorspronkelijke beoordelingsconcept en een geïntegreerde risicoanalyse uit te voeren. Dit houdt in dat risicobeoordelingsinstrumenten moeten worden geactualiseerd om rekening te houden met het verband tussen fysieke en psychosociale risico's. Psychosociale risicofactoren kunnen niet worden beoordeeld door de "meting van arbeidsmiddelen" maar moeten worden beoordeeld via enquêtes, gesprekken met werknemers en waarnemingen overeenkomstig wetenschappelijke normen voor het in kaart brengen van psychosociale risicofactoren. De beoordelingen van fysieke en psychosociale risico's moeten echter worden gekoppeld. Een VGW-deskundige kan bijvoorbeeld gesprekken voeren met werknemers terwijl hij of zij hun werkplekken inspecteert. Dit betekent ook dat alle VGW-deskundigen voorgelicht moeten worden over psychosociale risico's. Vaak staan veiligheidstechnici echter niet te springen om hun beoordelingsmethoden te wijzigen. In de praktijk is het dus zo dat veiligheidstechnici ergonomische of technische risico's beoordelen en dat arbeidsartsen of psychologen de psychosociale risicofactoren beoordelen. Idealiter moeten de beoordelingen echter gezamenlijk worden uitgevoerd door een team van deskundigen die de verschillende risico's met elkaar in verband brengen.

Binnen de lidstaten zijn er talloze leidraden voor risicoanalyse, en ook Europese of internationale organisaties stellen materiaal beschikbaar; deze kunnen door kleine ondernemingen worden gebruikt om interne psychosociale risicoanalyses uit te voeren. Het is ook belangrijk dat de risicoanalyse rekening houdt met de behoeften van specifieke groepen, zoals jonge of oudere werknemers, vrouwelijke of migrerende werknemers. Door de verschillende aspecten van specifieke groepen te beoordelen kunnen passende en doeltreffende maatregelen worden genomen.

Een praktijkvoorbeeld van het belang van een holistische risicoanalyse

Het volgende voorbeeld, gegeven door de auteur en ontleend aan haar eigen ervaring, onderstreept het belang van een holistische risicoanalyse.



Een risicoanalyse op de afdeling Chirurgie van een ziekenhuis legde het volgende bloot: vooral veel vrouwelijke verpleegkundigen leden aan chronische rugpijn doordat patiënten steeds zwaarder werden. Er werden dus twee ergonomische tilliften aangeschaft voor het verplaatsen van zware patiënten. De verpleegkundigen kregen tekst en uitleg over het gebruik ervan. Maar de rugklachten van de verpleegkundigen namen in de loop der tijd niet af; in tegendeel: ze verergerden juist. Uit een analyse door de veiligheidstechnicus en de arbeidsarts bleek vervolgens dat de liften niet verkeerd werden gebruikt – ze werden

helemaal niet gebruikt!

Op deze afdeling was sprake van hoge werkdruk door het grote aantal patiënten, en een ernstig personeelstekort vanwege een hoog ziekteverzuim. Vanwege de voortdurende onderbezetting waren verpleegkundigen alleen verantwoordelijk voor de kamers van meerdere patiënten en konden zij de hulp van een collega niet inroepen bij het tillen van zware patiënten. Ook het ophalen van de liften uit een andere kamer kostte tijd. Telkens wanneer de verpleegkundigen de liften gingen halen, maande de hoofdverpleegkundige hen aan op te schieten. De verpleegkundigen, met name buitenlandse verpleegkundigen, wilden niet in aanvaring komen met de hoofdverpleegkundige, die erom bekend stond opstandige verpleegkundigen te “bestrafen” met ongunstige ploegdiensten. De verpleegkundigen deden hun werk dus zonder de tilliften. Samenvattend kan worden gesteld dat de lijnmanager niet ondersteunend was en dat de werkeisen en tijdsdruk hoog waren. Psychosociale risicofactoren deden de arbeidsgerelateerde risico's voor de verpleegkundigen voortduren en hebben hun spier- en skeletproblemen zelfs verergerd.

Beginselen voor het vergemakkelijken van de re-integratie met MSK's

Vroegtijdige maatregelen komen van pas om langdurig ziekteverzuim te voorkomen. Maatregelen zoals gesprekken, professionele ondersteuning of aanpassing van de werkomgeving moeten zo vroeg mogelijk worden genomen, zodra symptomen worden aangekaart (EU-OSHA, 2021). In het bovenstaande voorbeeld werd de vroegtijdige maatregel (beschikbaar stellen van ergonomische hefinrichtingen) genomen nadat de symptomen waren herkend, maar het psychosociale aspect werd volledig genegeerd en de lijnmanager was niet ondersteunend, zodat de vroegtijdige maatregel geen zoden aan de dijk zette. Uit de holistische risicoanalyse bleek vervolgens waarom de vroegtijdige maatregel niet het gewenste effect had gehad.

Re-integratie na ziekteverlof Re-integratiemaatregelen zijn bedoeld om de terugkeer op de werkvloer na langdurig ziekteverlof te vergemakkelijken. Er is geen uniforme definitie van wat langdurig ziekteverzuim inhoudt: in veel landen is het zes weken, en vervolgens worden re-integratiemaatregelen geïnitieerd. Deze zijn bedoeld om werknemers met verminderde arbeidscapaciteit te ondersteunen, ongeacht of zij lijden aan chronische MSK's, kanker of andere gezondheidsproblemen. Re-integratiemaatregelen helpen hen weer beter te worden en de risico's van langdurige arbeidsongeschiktheid, die vaak samenhangen met chronische aandoeningen, te beperken. Het doel van de re-integratie is dat de werknemer zijn taken hervat en duurzaam blijft voor de werkgever ⁽⁶⁾. Sommige werknemers worden wellicht nooit meer volledig arbeidsgeschikt, maar met passende aanpassingen op de werkvloer en door te benadrukken wat werknemers wel nog kunnen, kunnen ze mogelijks toch doorwerken totdat ze met pensioen gaan.

Re-integratieprocessen worden in de verschillende EU-lidstaten verschillend gereguleerd. Veel lidstaten hanteren specifieke programma's en de mate van ondersteuning verschilt aanzienlijk per land, zoals uiteengezet wordt in het verslag van EU-OSHA over het beleid van de lidstaten over revalidatie en re-integratie (EU-OSHA, 2016). Op basis van specifieke indicatoren werden landen in vier groepen

⁽⁶⁾ Initiatieven voor het behoud van werknemers bieden hun permanent of voor een beperkte periode ondersteuning; idealiter worden deze doorgevoerd voordat er sprake is van langdurig ziekteverzuim.

ingedeeld. Een van de groepen onderscheidt zich door de inclusiviteit van het revalidatiesysteem van de lidstaten (alle werknemers hebben recht op revalidatie), de nadruk op preventie en vroegtijdige maatregelen, de brede verantwoordelijkheid van de werkgever in het re-integratieproces, de doeltreffende coördinatie van multidisciplinaire teams en het casemanagementsysteem; deze groep bestaat uit Denemarken, Duitsland, Finland, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk en Zweden. De revalidatie van werknemers wordt over het algemeen ondersteund door een geïntegreerd beleidskader voor de bevordering van duurzaam werk of het voorkomen van uitsluiting op de arbeidsmarkt (EU-OSHA, 2016: 4). In Oostenrijk werd dit beleidskader bijvoorbeeld vastgelegd in de Arbeit- und Gesundheit-Gesetz, die in 2011 werd aangenomen en in 2017 werd vervangen door de Wiedereingliederungsgesetz.

De EU-richtlijnen inzake gelijke behandeling bevatten normen voor werknemers met een handicap, waartoe ook werknemers met chronische MSK's behoren. Zo bepaalt artikel 15 van Richtlijn 89/391/EEG van de Raad dat bijzonder kwetsbare risicogroepen moeten worden beschermd tegen voor hen specifieke gevaren.

Beroepsrevalidatie is onderdeel van re-integratieconcepten. Onder medische, beroeps- en sociale revalidatie wordt verstaan het herstellen van “optimale fysieke, zintuiglijke, intellectuele, psychologische en sociale functioneringsniveaus” (EU-OSHA, 2016, onder verwijzing naar WHO, 2016). Re-integratie is een vorm van revalidatie – het begint met medische revalidatie en eindigt met beroepsrevalidatie ⁽⁷⁾; het vereist een gezamenlijke aanpak waarbij alle relevante deelnemers worden betrokken, de zorgaanbieder, de werkgever, de lijnmanager en de werknemer (EU-OSHA, 2021).

Het percentage werkgevers dat werknemers ondersteunt om na langdurig ziekteverzuim terug te keren op de werkvloer verschilt aanzienlijk in de EU-27 en in het Verenigd Koninkrijk. Het percentage is het hoogst in het Verenigd Koninkrijk, Zweden, Finland en Nederland (meer dan 90%) en het laagst in Litouwen (19%); het EU-gemiddelde is 73% (EU-OSHA, 2020).

Alvorens in detail te treden, moeten re-integratieprogramma's drie hoofddoelstellingen nastreven:

- Ontwikkelen en uitvoeren van een doeltreffende VGW-strategie voor het beheersen van ziekteverzuim (lerende organisaties);
- Verhoging van het aantal werknemers dat na ziekte en ziekteverlof weer aan het werk gaat en blijft werken (duurzaamheid);
- Positieve ervaringen met re-integratie en een gezonde, ondersteunende cultuur voor werknemers tot stand brengen.

De volgende tabellen geven een overzicht van faciliterende voorwaarden voor de re-integratie van mensen met MSK's, waarbij met name de psychosociale aspecten worden belicht. Tabel 1 geeft een overzicht van de verantwoordelijkheden van het bedrijf, en tabel 2 geeft de verantwoordelijkheden van de werknemer weer.

Tabel 1: Relevante aspecten voor bedrijven om een succesvolle re-integratie van werknemers met MSK's te waarborgen

1. Gezondheidsbeleid

- Een geïntegreerde VGW-aanpak op het hoogste niveau van het bedrijf of de organisatie ten uitvoer leggen, inclusief een ondersteunend holistisch gezondheidsbeleid, dat gezondheidsbevordering, preventie en een vastomlijnd re-integratiebeleid omvat. De VGW-norm voorziet in preventie, regelmatige risicobeoordeling en herbeoordeling, maatregelen wanneer problemen worden vastgesteld, en arbeidsgezondheidszorg.
- Een systematisch en vastomlijnd re-integratiebeleid voeren dat een stappenplan en individuele re-integratiemaatregelen omvat.
- Een holistische aanpak hanteren waarbij rekening wordt gehouden met werkplekrisico's, inclusief fysieke, organisatorische en psychosociale factoren/stressfactoren.

⁽⁷⁾ Duitsland was vrij succesvol met zijn MBOR (*medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation*, ofwel medische en beroepsgerichte revalidatie).

- Meten van prestaties en factoren die van invloed zijn op de prestaties.

Wat psychosociale risico's en MSK's betreft, moeten aspecten als werkeisen (waaronder psychologische druk), beslissingsvrijheid over het werk, waardering, sociale ondersteuning, eerlijkheid binnen de organisatie, conflicthantering en intimidatie worden meegenomen en behandeld in de risicobeoordelingen.

Met het oog op een continu verbeteringsproces moeten gegevens over MSK's op bedrijfsniveau worden verzameld en moeten alle organisatorische en psychosociale maatregelen die worden genomen om MSK's te voorkomen of een vlotte re-integratie mogelijk te maken, worden gemonitord.

2. Cultuur ter bevordering van gezondheid en goede communicatie

- Een goede communicatiecultuur over gezondheid en ziekte bevorderen die werknemers in staat stelt vrijelijk over hun behoeften te praten met hun lijnmanager.
- Een positieve sfeer en een ondersteunende cultuur zonder druk of sancties tot stand brengen.
- Zo vroeg mogelijk contact opnemen met zieke werknemers en regelmatig met hen in contact blijven om te laten zien dat er zo nodig hulp kan worden geboden.
- Werknemers volledig betrekken bij het re-integratieprogramma en een breed draagvlak kweken voor de praktijk.

Psychosociale factoren, zoals sociale ondersteuning door lijnmanagers of collega's, kunnen van cruciaal belang zijn voor een snelle re-integratie.

Het moet voor werknemers gemakkelijk zijn om problemen aan te kaarten. Werknemers met MSK's moeten worden aangemoedigd om te praten over de psychosociale risicofactoren op het werk en ergonomische, organisatorische en psychosociale ondersteuning krijgen om een vlotte re-integratie te waarborgen.

3. Stimuleringsmaatregelen

- Het re-integratieprogramma aanprijzen als een aantrekkelijke optie, iets waar werknemers naar uit kunnen kijken in plaats van tegenaan te moeten kijken.
- Waarborgen dat werknemers snel toegang hebben tot werkplekgerichte maatregelen voor MSK's en tot (externe) ondersteuning door deskundigen op het gebied van de arbeidsgezondheidszorg, coaches, psychologen en psychotherapeuten, om ze te helpen individuele stresspatronen te analyseren, hun veerkracht te vergroten en tegemoet te komen aan hun behoeften.

4. Bewustmaking

- Lijnmanagers bewuster maken van de aard en de gevolgen van chronische aandoeningen, hun samenhang met psychosociale kwesties en de wijze waarop psychosociale risico's moeten worden beheerd.
- Blijk geven van bereidheid om de behoeften van werknemers te bespreken, maar alle betrokken partijen ook wijzen op hun wettelijke rechten en verplichtingen als het gaat om ziekteverzuim.
- Re-integratie onderdeel maken van het gezondheidsbeleid van het bedrijf en leidinggevenden informeren over en wegwijs maken in het bijstaan van personeel, waardoor ze meer oog zullen krijgen voor het belang van psychosociale risico's bij mensen met MSK's.

Met betrekking tot MSK's en psychosociale risicofactoren betekent dit ook – zoals hierboven vermeld – dat lijnmanagers inzicht moeten krijgen in arbeidsgerelateerde MSK's en de invloed van psychosociale risicofactoren op MSK's, deze problemen met hun werknemers moeten bespreken en weten hoe ze hen kunnen ondersteunen.

5. Professionele multidisciplinaire ondersteuning (interne en externe diensten)

- Re-integratie is het meest succesvol wanneer externe gezondheidswerkers (zoals VGW of adviesdiensten) en de arbeidsarts (indien het re-integratietraject niet wordt uitbesteed), de afdeling personeelszaken, lijnmanagers en uiteraard de werknemers zelf er allemaal bij betrokken worden.
- Eenvoudige toegang tot gezondheidsdiensten en een multidisciplinaire aanpak met de inbreng van medische en niet-medische facilitatoren zijn van belang om een vlotte re-integratie van werknemers te waarborgen.
- Grote bedrijven hebben vaak een veelzijdig opgeleid integratieteam en een integratiemanager die het team en het re-integratieproces zelf aanstuurt.
- In kleine en middelgrote ondernemingen (kmo's) wordt een casemanager vaak beschikbaar gesteld door externe dienstverleners (bijv. VGW-diensten of zorgverzekeraars); ook hier is een multidisciplinaire aanpak met de inbreng van verschillende deskundigen van cruciaal belang.

Het voordeel van externe adviesdiensten is dat het voor de werknemer gemakkelijker kan zijn om over zijn of haar klachten te praten; het nadeel is dat deze diensten wellicht geen volledig zicht op de werksituatie hebben en niet kunnen ingrijpen op de werkplek ⁽⁸⁾.

- Integratie- of casemanagers loodsen het management en de werknemer stap voor stap door het integratieproces en coördineren het.

Voor MSK's die niet één oorzaak hebben maar samenhangen met verschillende risicofactoren, is een holistische risicobeoordeling noodzakelijk. In complexere gevallen kan het zijn dat de maatregelen op de werkplek uiteenlopende expertise (ergonomisch, psychologisch, werktijd enz.) en ondersteuning door medische en niet-medische professionals vereisen. Psychologische coaching of psychotherapie kan ook deel uitmaken van de beroepsrevalidatie. Bij alle ondersteunende inspanningen moet een strikte procedure en een strikt tijdschema worden gevolgd. Kleine bedrijven die niet over de nodige interne deskundigheid beschikken, kunnen worden ondersteund door adviesdiensten of zorgverzekeraars.

6. Sociale ondersteuning

- Aangezien psychosociale ondersteuning van vitaal belang is voor het welslagen van de re-integratie, is het zaak dat de lijnmanager, de afdeling personeelszaken en collega's de werknemer ondersteunen.

De ondersteuning door collega's staat of valt vaak met hoe de lijnmanager het team instrueert. Ondersteuning kan van psychologische, sociale of fysieke aard zijn. Zoals uit de casestudy's van MSK's in dit artikel blijkt, was psychosociale hulp in alle gevallen een belangrijke factor voor een goed re-integratieproces.

7. Expertise opbouwen

- De integratiemanager en het integratieteam regelmatig bijscholen.
- Beschikken over externe deskundigen die paraat staan om hun expertise aan te bieden.
- Zorgen voor een lerende organisatie door een regelmatige procesevaluatie.
- Het netwerk voor deskundige ondersteuning regelmatig actualiseren, met name als de expertise intern niet voorhanden is; dit geldt met name voor kmo's.

⁽⁸⁾ In Oostenrijk biedt het nationale re-integratieprogramma 'fit2work' zowel professionele als individuele begeleiding. Het bedrijf krijgt advies om een re-integratiebeleid te ontwikkelen en te standaardiseren en binnen het bedrijf kennis en kunde over het opstellen van individuele re-integratieplannen op te bouwen. De werknemer krijgt individuele begeleiding. Als de werknemer niet wenst dat zijn identiteit aan het bedrijf wordt bekendgemaakt, kunnen vaak geen maatregelen of aanpassingen op de werkplek plaatsvinden en alleen individuele maatregelen worden genomen.

De kwaliteit van de maatregelen en van het hele re-integratieproces hangt in hoge mate af van de competentie van de teams en (interne of externe) deskundigen die het bedrijf en de werknemer adviseren en wegwijs maken in het proces. Door lessen te trekken uit de evaluaties van re-integratieprocessen kan de organisatie deskundigheid opbouwen.

Een hoog deskundigheidsniveau is vanzelfsprekend van belang voor de re-integratie van werknemers met MSK's, in het bijzonder gezien de nieuwe psychosociale risico's (bijv. welke hulp heeft een werknemer met ernstige nekklachten nodig die, deels vanuit huis, achter een pc zit en zijn/haar kinderen thuis lesgeeft?). Wil een maatregel echt zin hebben, dan moeten alle aspecten in ogenschouw worden genomen.

8. Aanpassingen van de werkplek

- Denk na over de risicofactoren die hierbij betrokken zijn en in aanmerking moeten worden genomen, of over veranderingen die moeten worden doorgevoerd wanneer een werknemer met een MSK het werk hervat.
- Hiertoe moeten ad-hoc beoordelingen worden uitgevoerd – meestal door deskundigen op gebied van veiligheid en gezondheid op het werk. Zij moeten een breed scala aan risico's dekken, zoals fysieke, organisatorische en psychosociale factoren, en de werknemer en de lijnmanager erbij betrekken.

Hieronder worden enkele voorbeelden uiteengezet van aanpassingen die relevant kunnen zijn voor arbeidsgerelateerde MSK's die worden verergerd door psychosociale stressfactoren:

- De arbeidsmiddelen aanpassen (vervangen door meer ergonomische middelen), maar ook werknemers voorlichten over het gebruik ervan en hen de tijd geven om eraan te wennen (de tijdsdruk wegnemen).
- Werkzaamheden wijzigen of taken wisselen of in ieder geval minder tijd besteden aan de lichamelijk zware aspecten ervan (bijv. langdurig in dezelfde houding zitten).
- De werknemer de gelegenheid bieden om taken te wisselen, een andere functie te bekleden of over te stappen naar een andere afdeling binnen het bedrijf, maar tegelijkertijd, indien nodig, collega's hierbij betrekken en potentiële conflicten beheren om verdere problemen te voorkomen.
- Flexibele werktijden toestaan; dit zorgt er ook voor dat de werknemer medische afspraken kan maken.
- Werknemers toestaan pauzes te nemen wanneer ze hier behoefte aan hebben.

9. Geleidelijke re-integratie

- Geleidelijke of gedeeltelijke re-integratie mogelijk maken door de werkuren stapsgewijs uit te breiden. Gewoonlijk duurt dit proces 3-9 maanden, en zelden langer.

Voor werknemers met MSK's is een geleidelijke re-integratie nuttig om na te gaan of de doorgevoerde aanpassingen effectief zijn, of zij de stressfactoren het hoofd kunnen bieden en of sociale ondersteuning door collega's en hun gezin hun herstel en re-integratie bevordert, zodat ze hun job kunnen behouden. Dit geeft werknemers het gevoel dat ze vat hebben op de situatie, waardoor hun angst en stress worden verminderd.

10. De juiste timing

- Het re-integratieproces en de maatregelen moeten op het juiste moment worden uitgevoerd, niet te vroeg maar ook niet te laat; doorgaans is dit 6 tot 8 weken nadat de werknemer met ziekteverlof is gegaan. Hoe langer een werknemer afwezig is, des te kleiner de kans op een goede re-integratie.

Na 6-8 weken moeten de medische behandeling en medische revalidatie van werknemers met MSK's dusdanig zijn gevorderd dat hun gezondheid niet in gevaar komt wanneer zij het werk (gedeeltelijk) hervatten.

11. Het standaard re-integratieproces op maat maken

- Het re-integratieprogramma zelf verloopt volgens een vaste procedure die door het bedrijf is overeengekomen (re-integratiebeleid), maar daarbinnen moeten de maatregelen worden afgestemd op de behoeftes van het individu door deze een op maat gesneden re-integratietraject aan te bieden.
- Veel bedrijven sluiten een soort "re-integratieovereenkomst" met de werknemer (vaak zelfs een formele).

Op bedrijfsniveau moet een standaardprocedure voor re-integratie worden ingevoerd. De procedure begint met de manier waarop de werknemer moet worden benaderd en hoe snel contact met hem kan worden opgenomen. Vervolgens wordt de individuele situatie geëvalueerd en wordt de werkplek beoordeeld; dit gaat gepaard met het opstellen van een re-integratieplan dat maatregelen op de werkplek omvat en individuele maatregelen ondersteunt en aanmoedigt. Aangezien de factoren die arbeidsgerelateerde MSK's kunnen veroorzaken of verergeren per werknemer kunnen verschillen, is het van cruciaal belang om de maatregelen op de werkplek (psychosociaal, ergonomisch of beide) af te stemmen op de behoeftes van de werknemer. Soms zal het tempo van de geleidelijke re-integratie moeten worden aangepast. Tot slot, maar daarom niet minder belangrijk, moet worden bepaald hoe de voortgang van de re-integratie moet worden opgevolgd (geëvalueerd).

Re-integratie houdt ook in dat het accent niet ligt op wat werknemers niet kunnen, maar op wat ze wel kunnen en hoe ze zich kunnen ontwikkelen en herstellen.

12. Evaluatie en monitoring van prestaties

- Het individuele re-integratieproces regelmatig evalueren om na te gaan of de maatregelen effect hebben, hoe de werknemer het ervan afbrengt en of aanpassingen nodig zijn.
- Evaluatie op metaniveau: alle re-integratiegevallen rapporteren en documenteren. Wat kan ervan worden geleerd, wat heeft goed gewerkt, wat moest worden veranderd, welke risico's verergerden of veroorzaakten MSK's, hoe kunnen deze worden vermeden, enz.?
- Het volgen van prestaties is van essentieel belang voor de evaluatie van de uitkomst (achterlopende indicatoren zoals tijdigheid of duurzaamheid van re-integratie) en de maatregelen die hebben geleid tot een succesvolle re-integratie (voorlopende indicatoren zoals inrichting van de werkplek of sociale ondersteuning).

Voor een werknemer met een MSK betekent dit:

- Het meten of de werknemer met een MSK veilig en duurzaam in het arbeidsproces wordt gere-integreerd (uitkomst);
- De maatregelen evalueren;
- Nagaan hoe de werknemer de geboden sociale ondersteuning heeft ervaren;
- Nagaan hoe uitgebreid de beoordeling van psychosociale risico's was.

Bron: tabel opgesteld door de auteur, op basis van verschillende publicaties van EU-OSHA over MSK's (EU-OSHA, 2020d, 2021) en haar eigen ervaring als re-integratiemanager in Oostenrijk.

Werknemers moeten zelf bijdragen aan de preventie van arbeidsgerelateerde aandoeningen en aan een vlotte re-integratie, bijvoorbeeld door de VGW-regelgeving na te leven.

Tabel 2: Relevante aspecten voor werknemers met een MSK om hun succesvolle re-integratie te waarborgen

1. VGW-beheer – rechten en plichten

- Net zoals bedrijven VGW hoog in het vaandel moeten dragen door risicopreventie, vroegtijdige maatregelen en re-integratie, moeten ook werknemers bijdragen aan hun welzijn door de regels over gezondheid en veiligheid op het werk na te leven, ergonomische instructies op te volgen en actief deel te nemen aan risicoanalyses. De medewerkingsplicht van werknemers is vastgelegd in de VGW-regelgeving.

Voor werknemers met MSK's betekent dit via het gebruik van de bijzondere arbeidsmiddelen die door het bedrijf ter beschikking wordt gesteld of via deelname aan psychosociale risicoanalyses.

2. Zelfbeheer van gezondheidsproblemen

- Wanneer werknemers pijn ervaren die hun arbeidsgeschiktheid beperkt (voordat deze pijn leidt tot langdurig ziekteverzuim), maar ook wanneer zij weer op de werkvloer terugkeren, is zelfbeheer van pijn en andere klachten en beperkingen van essentieel belang. Het spreekt voor zich dat zelfbeheer gemakkelijker is wanneer het bedrijf ondersteunend is en enige flexibiliteit toestaat.

Pijn is een van de belangrijkste factoren die de arbeidsgeschiktheid in de weg staan: pijn leidt tot stress, en omgekeerd leidt stress tot meer pijn en verergert daarmee MSK's. Zelfbeheer kan een combinatie zijn van het vermijden van onnodige spanningen, regelmatig bewegen (ook op het werk), het toepassen van pijnbestrijdingstechnieken en het aanleren van ontspanningsvaardigheden (EU-OSHA, 2021). Een aspect van zelfbeheer is leren om te communiceren over de behoefte aan ondersteuning. Vaak is hulp van buitenaf nodig om werknemers een goed zelfbeheer aan te leren.

3. Het vertrouwen en de bereidheid om te praten

- Werknemers moeten bereid zijn om te praten over relevante gezondheidsproblemen – met gezondheidsdeskundigen, maar ook met hun lijnmanager.
- Diagnoses moeten worden gedeeld op 'bedrijfsniveau': doorgaans hoeft alleen de arbeidsarts of de huisarts te worden geïnformeerd. Hierbij kunnen de *Conversatiestarters voor gesprekken op de werkvloer over aandoeningen aan het bewegingsapparaat* (EU-OSHA, 2019c) van pas komen.

Werknemers met MSK's moeten:

- Met hun lijnmanager praten van zodra het probleem zich voordoet, identificeert hij de psychosociale factoren die van invloed zijn op hun aandoening en doet hij suggesties over hoe zij willen blijven werken;
- Tijdens hun ziekteverlof in contact blijven met hun manager en collega's om sociale ondersteuning te krijgen en hun collega's voor te lichten over hun aandoening;
- Indien dit onmogelijk is, bijvoorbeeld omdat intimidatie door hun leidinggevende de onderliggende psychosociale risicofactor is, dienen zij contact op te nemen met de afdeling Personeelszaken of de ondernemingsraad;
- Professionele hulp zoeken en praten over hun aandoening; medische ondersteuning staat uiteraard voorop, maar soms is psychologische begeleiding ook noodzakelijk, vooral als werknemers zich schamen.

4. Positieve houding ten aanzien van de re-integratie en de daarmee gepaard gaande veranderingen

- Positief denken over re-integratie is van vitaal belang. Een gezonde organisatiecultuur creëert een positieve sfeer en ondersteunt positief denken; werknemers moeten zich er echter ook van bewust zijn dat een goed opgetuigd integratieproces een positief effect zal hebben op hun arbeidsgeschiktheid en nieuwe kansen zal bieden.

- Werknemers moeten zich ervan bewust zijn dat, zelfs als het bedrijf ondersteuning biedt en de werknemers zelf hun best doen, de maatregelen mogelijks niet het gewenste effect hebben en moeten worden aangepast. Ze moeten dus openstaan voor feedback van anderen, over wat werkt en wat niet, en problemen voortvarend aanpakken wanneer ze terugkeren.
- Werknemers moeten bereid zijn wijzigingen in taken of rollen te aanvaarden om te kunnen blijven werken.

Dit zijn algemene aanbevelingen voor re-integratie, en deze zijn bijzonder relevant voor personen die terugkeren op de werkvloer met MSK's (die vaak niet genezen kunnen worden, chronisch zijn en gepaard gaan met pijn en stress).

Hoe positiever de instelling en hoe groter de bereidheid om veranderingen te aanvaarden, des te gemakkelijker de re-integratie voor de werknemer zal zijn. Psychologische begeleiding of psychotherapie draagt bij tot de ontwikkeling van positief denken en maakt daarom vaak deel uit van revalidatieprogramma's.

5. Actieve deelname

- Elke werknemer moet een actieve inbreng hebben in het re-integratieproces. In bedrijven met goede VGW-normen spreekt dit vanzelf, maar eigen inbreng blijft de persoonlijke verantwoordelijkheid van de werknemer. Zelfbeheer, zoals eerder vermeld, maakt deel uit van deze inbreng.

Hieronder volgen enkele voorbeelden van hoe werknemers met MSK's actief kunnen deelnemen:

- In een vroeg stadium contact opnemen met hun lijnmanager om van gedachten te wisselen over de situatie en zelf suggesties aan te dragen over wat zou kunnen helpen (voordat langdurig verzuim onontkoombaar wordt);
- Praten met collega's om begrip te bevorderen;
- Tijdig aankloppen bij gezondheidswerkers (medisch, psychologisch) om vroegtijdig ondersteuning te krijgen en te bespreken wat kan helpen; aangeven wat precies werkt, waar de beperkingen zich bevinden en strategieën voor pijnbeheersing in kaart brengen;
- Psychosociale factoren onder ogen zien in ad-hoc beoordelingen, zoals onrechtvaardigheid of gebrek aan beslissingsvrijheid;
- Hun eigen ideeën inbrengen over wat nodig is om een vlotte re-integratie te waarborgen; deze voorgestelde maatregelen kunnen ergonomisch, organisatorisch of psychosociaal van aard zijn;
- Bij re-integratie bereid zijn "water bij de wijn te doen" (bijv. een werknemer met een chronische aandoening aan het bewegingsapparaat kan moeite hebben met nachtdiensten, hetgeen door het team moet worden opgevangen; de werknemer kan aanbieden om in ruil daarvoor een weekenddienst te draaien).

6. In contact blijven met het bedrijf tijdens ziekteverlof

Dit is al eerder genoemd, maar kan niet genoeg worden benadrukt. Het is belangrijk dat werknemers in contact blijven met hun lijnmanager en collega's om begrip en ondersteuning te bevorderen. Sociale ondersteuning is een van de belangrijkste factoren voor succesvolle vroegtijdige maatregelen en re-integratie.

Bron: tabel opgesteld door de auteur, op basis van verschillende publicaties van EU-OSHA over MSK's (EU-OSHA, 2020d, 2021) en haar eigen ervaring als re-integratiemanager in Oostenrijk.

Op enkele uitzonderingen na kunnen alle bedrijven een beroep doen op de in tabel 1 vermelde facilitatoren om werknemers met MSK's te helpen succesvol terug te keren op de werkvloer. Dit kan voor kmo's echter moeilijker zijn. De meesten van hen zullen niet zelf over de expertise beschikken, maar kunnen mensen aanstellen (en opleiden) die door werknemers kunnen worden benaderd om externe ondersteuning te bieden bij re-integratie. Kmo's kunnen hulp en advies van buitenaf krijgen. In

veel landen zijn er speciale adviesdiensten beschikbaar ⁽⁹⁾, en zorgverzekeraars en overheids- of gemeenschapsprogramma's bieden kmo's ondersteuning op gebied van veiligheid en gezondheid op het werk en re-integratie.

Praktijkvoorbeelden van re-integratie

In het volgende deel wordt aan de hand van twee voorbeelden geïllustreerd hoe de algemene re-integratierichtlijnen kunnen worden nageleefd voor werknemers met MSK's. De twee in deze voorbeelden genoemde bedrijven hanteren allebei re-integratieprogramma's. Waar het eerder beschreven praktijkvoorbeeld benadrukte hoe belangrijk de beoordeling van psychosociale risicofactoren is, illustreren de volgende casestudy's het belang van psychosociale aspecten in het re-integratieproces.

Case 1: Schoonmaker in een ziekenhuis

Case 1 is gebaseerd op bewijsmateriaal dat door de auteur is verzameld en toont het belang van een holistische benadering aan – waarbij alle psychosociale aspecten in aanmerking worden genomen – voor de re-integratie van werknemers met MSK's.



Achtergrond Een 52-jarige vrouw werkt als schoonmaakster in een algemeen ziekenhuis. Daar worden de meeste schoonmaakwerkzaamheden verricht door personeel dat rechtstreeks in dienst is van het ziekenhuis. Het ziekenhuis gebruikt uitzendkrachten alleen voor bijzondere taken. Bijna de helft van het schoonmaakpersoneel is ouder dan 50 jaar en twee derde is vrouw. De vrouw is indertijd gevlucht voor de oorlogen in voormalig Joegoslavië, maar woont al 25 jaar in Oostenrijk. Ze werkt voltijds, 5 dagen per week,

in een ploegdienst met inbegrip van weekends, maar geen nachtdiensten. Ze is een betrouwbare werknemer, goed geïntegreerd en gerespecteerd door haar lijnmanager en collega's. Ze is gescheiden en heeft steeds meer kinderen. Ze wil nog eens 10 jaar werken om een goed ouderdomspensioen te krijgen. De afgelopen jaren heeft zij herhaaldelijk geklaagd over pijn in de onderrug en meerdere malen kortstondig ziekteverlof opgenomen en pijnbehandelingen en fysiotherapie ondergaan. In de maanden voorafgaand aan haar laatste ziekteverlof had ze om economische redenen overuren gemaakt. Door een onvolledige prolaps van een lumbale schijf moest ze vervolgens haar werk neerleggen. Ze kreeg medicatie, maar onderging geen operatie, en doorliep een 3 weken durend revalidatieproces. In totaal was ze bijna 2 maanden afwezig. Het ziekenhuis heeft een inclusief gezondheidsbeleid dat ook voorziet in re-integratie. Na 21 dagen ziekteverlof wordt elke werknemer verzocht aan te geven welke ondersteuning nodig is om een vlotte re-integratie te waarborgen. Daarnaast heeft het hoofd van de schoonmaakkploeg een programma voor gezondheidsbevordering opgezet met gezondheidsfora in verschillende talen waar werknemers arbeidsgelateerde gezondheidsproblemen bespreken en ideeën uitwisselen over de manier waarop een goede gezondheid op het werk kan worden bevorderd. Er is een "gezondheidsadviseur" opgeleid die fungeert als contactpersoon voor werknemers. De team- en lijnmanagers zijn opgeleid in gezond leiderschap, er is een ergonomieprogramma opgezet (waarbij alle werktaken worden beoordeeld om na te gaan in hoeverre deze geschikt zijn voor oudere werknemers) en werknemers worden intensiever voorgelicht over ergonomische aspecten.

(9) In Oostenrijk ondersteunt de Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) ondernemingen met minder dan 51 werknemers via haar VGW-programma AUVAsicher en biedt ze zakelijke en individuele begeleiding en ondersteuning bij re-integratie via haar 'fit2work'-programma, dat openstaat voor iedereen.

Het re-integratieproces Vanaf de allereerste dag van haar ziekteverlof stond de werkneemster in contact met haar lijnmanager, die ze vertrouwde. Ze ging in op de uitnodiging voor een re-integratiegesprek met haar lijnmanager en een lid van het integratieteam na haar revalidatieperiode. Samen hebben ze een re-integratieplan opgesteld. Ze kwamen overeen dat zij gedurende 3 maanden weer tijdelijk aan de slag zou gaan en haar werkuren langzaam zou uitbreiden. De arbeidsarts heeft deze geleidelijke re-integratie goedgekeurd. De werknemer zegde toe regelmatig fysiotherapie te ondergaan en mocht bij haar terugkeer korte pauzes nemen om haar oefeningen te doen of rust te nemen. Een VGW-deskundige hield haar taken tegen het licht in het kader van een ad-hoc risicobeoordeling. Naar aanleiding daarvan zijn sommige van haar arbeidsmiddelen en taken om ergonomische redenen gewijzigd; ze hoefde niet langer op ladders te klimmen of zware emmers te legen. Terwijl ze voorheen vooral zelfstandig werkte, werd ze nu geïntegreerd in een klein team, zodat ze waar nodig ondersteuning kon krijgen van collega's. Haar collega's werden geïnformeerd over haar re-integratie en waren ondersteunend, en haar teamleider informeerde aan het eind van elke dag hoe ze het ervan afbracht. Daarnaast schakelde haar lijnmanager een maatschappelijk werker in om haar te helpen om haar persoonlijke economische situatie en haar financiën op orde te krijgen. Dankzij al deze veranderingen kon de werknemer duurzaam terugkeren op de werkvloer.

Kortom, de succesfactoren waren:

- Het gezondheidsbeleid van de organisatie;
- De werknemer betrekken bij het opstellen van het re-integratieplan;
- De ondersteuning door de lijnmanager en collega's;
- Een geleidelijke re-integratie;
- Ondersteuning door professionals (arbeidsarts, maatschappelijk werker);
- Een risicoanalyse waarbij de nadruk ligt op haar taken (niet alleen op haar algemene functie) en de reorganisatie van haar werk;
- Haar taken en uitrusting veranderen en zorgen voor sociale interactie (organisatorische veranderingen);
- De mogelijkheid om pauzes te nemen wanneer nodig;
- Een waarderende werkcultuur binnen de afdeling.

Case 2: Receptioniste in een middelgrote onderneming

Deze casestudy is een van de door EU-OSHA gepubliceerde casestudy's (2020d) en wordt in dit artikel gepresenteerd omdat het een goede praktijk is van een werknemer met een aandoening aan het bewegingsapparaat die veelal zittend beeldschermwerk uitvoert en toch kan terugkeren op de werkvloer dankzij maatregelen ter voorkoming van psychosociale risico's.



Achtergrond De vrouw is rond de zestig en werkt als receptioniste in een middelgrote onderneming. Ze verricht voornamelijk beeldschermwerk, zodat ze veel zit. Ze beheert de telefooncentrale, de receptie en e-mails en verzorgt post- en koeriersdiensten. Ze leed al aan osteoartritis (pijnlijke en stijve gewrichten) voordat ze begon te werken als receptioniste. Haar klachten waren al bekend bij het bedrijf toen zij daar in dienst trad. Toen de klachten erger werden, kreeg ze een stoel met speciale armleuningen en een rugsteun (vroegtijdige maatregelen – aanpassingen). Bij een ongeval thuis brak ze twee ruggenwervels, scheurde ze haar enkelbanden en liep ze knieletsel op. Ze was 6 maanden met ziekteverlof en kreeg medicijnen en andere behandelingen. Haar lijnmanager, de personeelsmanager en collega's hielden tijdens haar ziekteverlof contact met de receptioniste en steunden haar besluit om weer aan het werk te gaan.

Haar bedrijf voert regelmatig risicoanalyses uit, waaronder risicoanalyses voor beeldschermapparatuur (DSE, ¹⁰), en beschikt over werkplekken en apparatuur met verschillende ontwerpen, zoals muizen en touchpads. De organisatie hanteert een re-integratiebeleid dat voorziet in een geleidelijke terugkeer op de werkvloer.

Haar re-integratie verliep geleidelijk en duurde 3 maanden. Toen ze weer aan het werk ging, gebruikte ze nog krukken en kreeg ze fysiotherapie. Een ergonomisch team onderwierp samen met haar de werkplek aan een inspectie. Verschillende arbeidsmiddelen werden aangepast aan haar behoeftes: ze kreeg een betere hoofdtelefoon, een nieuwe voetsteun en een speciale stoel; ook werd meer ruimte om haar heen vrijgemaakt, zodat ze haar werkplek makkelijk kon verlaten om frequente korte pauzes te nemen.

Haar lijnmanager was zeer ondersteunend. Handmatige verwerkingstaken, zoals postbezorging en opslag, werden door andere collega's overgenomen. Dankzij deze kleine veranderingen in haar takenpakket en werkomgeving kon ze haar oorspronkelijke werk als receptioniste weer vervullen.

Kortom, de belangrijkste succesfactoren waren:

- Een re-integratiebeleid;
- Een waarderende organisatiecultuur;
- Betrokkenheid van de werknemer;
- Ondersteuning door de afdeling Personeelszaken, de lijnmanager en collega's;
- Een stapsgewijze uitbreiding van de werktijden;
- Een speciale risicobeoordeling tijdens het re-integratieproces;
- Aanpassing van de gebruikte arbeidsmiddelen;
- De mogelijkheid om pauzes te nemen;
- Het bieden van ondersteuning en het delegeren van ongeschikte taken.

Zoals de werknemer zelf zei: vooral het begrip en de steun die ze ervaarde deden haar goed.

Conclusies

MSK's zijn ingrijpende gezondheidsproblemen die de beroepsbevolking treffen. Aangezien mensen langer leven en werken, zullen de prevalentie en invloed van aandoeningen aan het bewegingsapparaat naar verwachting verder toenemen. Tegelijkertijd verandert de aard van het werk (bijv. telewerken) en dienen zich nieuwe risico's aan, waardoor psychosociale factoren, zoals beslissingsvrijheid over het werk of goede sociale ondersteuning, nog belangrijker worden.

Zowel voor individuen als voor organisaties is het belangrijk om het bewegingsapparaat van werknemers gedurende hun hele werkzame leven te ontzien, hetgeen zich vertaalt in een betere gezondheid, minder ziekteverzuim, alsook langdurigere arbeidsgeschiktheid en inzetbaarheid. Van een betere gezondheid en een hogere levenskwaliteit hebben werknemers nog lang na hun arbeidsleven profijt. Het bevorderen, in stand houden en herstellen van een gezond bewegingsapparaat is een win-situatie.

Strengere **VGW-normen** op het werk zijn van cruciaal belang om dit te bereiken. Organisaties moeten een **inclusief gezondheidsbeleid** en een coherente VGW-strategie ontwikkelen die – aan de hand

(¹⁰) DSE – beeldschermapparatuur.

van regelmatige beoordelingen – streeft naar gezondheidsbevordering, preventie, re-integratie, en aanpassing van de werkplek, de werkomgeving en de arbeidsmiddelen.

De **algemene VGW-beginselen met betrekking tot preventie** zijn ook van toepassing op de preventie van psychosociale risicofactoren voor MSK's: risico's moeten in kaart worden gebracht en zoveel mogelijk worden vermeden door werktaken af te stemmen op de behoeftes van werknemers. Collectieve maatregelen verdienen de voorkeur en er moet worden voorzien in opleiding en instructie.

Een van de belangrijkste boodschappen is dat MSK's niet alleen samenhangen met fysieke risicofactoren, maar ook met organisatorische en psychosociale risicofactoren op het werk. Dergelijke factoren zijn onderling verbonden en spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling van arbeidsgerelateerde MSK's. Maatregelen om psychosociale stressfactoren te verbeteren en te verminderen, kunnen grote gevolgen hebben voor het herstel van MSK's en een duurzame re-integratie.

Dit houdt in dat **risicoanalyses** een breed scala aan risico's moeten bestrijken – ze moeten **holistisch** zijn.

Zodra MSK's zich hebben ontwikkeld, is de eerste stap het nemen van **vroegtijdige maatregelen** door de **werkzaamheden aan te passen** en individuele ondersteuning te bieden. De volgende stap is te zorgen voor efficiënte **re-integratieprogramma's** door de werkorganisatie, werkplekken, werktijden, uitrusting enz. af te stemmen op de behoeftes van de terugkerende werknemers en door een gedeeltelijke of geleidelijke re-integratie mogelijk te maken. Re-integratie vereist niet dat de werknemer volledig van de MSK moet zijn hersteld of volledig arbeidsgeschikt moet zijn. Arbeidsgeschiktheid betekent dat werknemers met een MSK beschikken over middelen die aansluiten bij hun taken en arbeidsomstandigheden en waardoor zij – ondanks alle beperkingen die samenhangen met de MSK – hun taken naar behoren kunnen uitvoeren. **Maatregelen op de werkplek**, aangevuld met individuele maatregelen (revalidatie, fysiotherapie, psychologische begeleiding enz.), zullen noodzakelijk zijn. De organisatie zal een **positieve en ondersteunende houding** moeten bevorderen (waaronder voorlichting van leidinggevenden) zodat werknemers hun aandoening makkelijker bespreekbaar kunnen maken en minder bang hoeven te zijn voor de reacties. Het re-integratieproces moet worden ondersteund door een **multidisciplinaire aanpak** waarbij verschillende professionals en deskundigen betrokken worden.

De voorbeelden in dit artikel illustreren hoe een evenwicht kan worden bereikt tussen werken met een aandoening aan het bewegingsapparaat en werkeisen, en hoe belangrijk psychosociale aspecten zijn voor een succesvolle re-integratie en het behoud van een job.

De auteur is er stellig van overtuigd dat veel MSK's die door het werk worden veroorzaakt of verergerd, met name wanneer deze verband houden met psychosociale risicofactoren, kunnen worden vermeden als bedrijven en organisaties een waarderende en gezonde arbeidscultuur bevorderen, goede arbeidsomstandigheden bieden en welzijn op het werk bevorderen, de VGW-regelgeving serieus nemen en werknemers daadwerkelijk betrekken bij risicopreventie en re-integratieprocessen.

Auteur: Irene Kloimüller, Kloimüller Co KG/Wert:Arbeit; www.wertarbeit.at

Projectbeheer: Malgorzata Milczarek, Maurizio Curtarelli, Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk (EU-OSHA).

Deze discussienota is opgesteld in opdracht van het Europees Agentschap voor de veiligheid en de gezondheid op het werk (EU-OSHA). Alleen de auteurs zijn verantwoordelijk voor de inhoud ervan, met inbegrip van de geuite standpunten en/of conclusies, en deze inhoud komt niet noodzakelijkerwijs overeen met de standpunten van EU-OSHA.

© EU-OSHA, 2023. Overname met bronvermelding is toegestaan, tenzij anders vermeld

Auteursrecht op de foto's op de bladzijden 13 en 14 in handen van <https://www.freepik.com>, ontworpen door Freepik

Literatuuropgave

Arbeit- und Gesundheit-Gesetz – AGG (Arbeit- und Gesundheit-Gesetz: Bundesgesetz, mit dem ein Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot zu Arbeit und Gesundheit geschaffen wird), BGBl. I, nr. 111/2010 (art. 114 des Budgetbegleitgesetzes 2011), in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. I, nr. 3/2013 (art. 4 des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2012), BGBl. I, nr. 138/2013 (art. 13 des Arbeitsrechts-Änderungsgesetzes 2013), der Verordnung BGBl. II Nr. 59/2014. [Federale wet die informatie, advies en ondersteunende diensten biedt op het gebied van arbeids- en gezondheidskwesties (arbeids- en gezondheidswet), Bundesgesetzblatt nr. I, nr. 111/2010 (§ 114 van de Budget Accompanying Act 2011), zoals gewijzigd in 2013, Bundesgesetzblatt nr. 3/2013 (§ 4 van de Social Reform Act 2012), Oostenrijks Staatsblad nr. I, nr. 138/2013 (§ 13 van de wet op de hervorming van de werknemersrechten van 2013), van de bepaling, Bundesgesetzblatt nr. II, nr. 59/2014.] Beschikbaar op:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007058>

Bevan, S., 'Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe', *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2015, Vol. 29, nr. 3, blz. 356-373.

Engel, G. L., 1977, 'The need for a new medical model: a challenge for biomedicine', *Science*, Vol. 196, No 4286, pp.129-136.

EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), 2016, *Rehabilitation and return to work: analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes*. Beschikbaar op: <https://osha.europa.eu/en/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-report-eu-and-member-states-policies-strategi-0>

EU-OSHA (Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk), 2019a, *Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU*. Beschikbaar op: <https://osha.europa.eu/en/publications/msds-facts-and-figures-overview-prevalence-costs-and-demographics-msds-europe/view>

EU-OSHA (Europees Agentschap voor de veiligheid en de gezondheid op het werk), 2019b, *Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks – ESENER 3*. Beschikbaar op: <https://osha.europa.eu/en/publications/third-european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener-3/view>

EU-OSHA (Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk), 2019c, *Conversation starters for workplace discussions about musculoskeletal disorders*. Beschikbaar op: <https://osha.europa.eu/en/publications/conversation-starters-workplace-discussions-about-musculoskeletal-disorders/view>

EU-OSHA (Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk), 2020a, *Work-related musculoskeletal disorders: from research to practice. Welke lessen kunnen er worden getrokken? Verslag van de Europese Waarnemingspost voor risico's*. Beschikbaar op: <https://osha.europa.eu/en/publications/work-related-musculoskeletal-disorders-research-practice-what-can-be-learnt/view>

EU-OSHA (Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk), 2020b, *Work-related musculoskeletal disorders: why are they still so prevalent? Bewijsmateriaal uit literatuuronderzoek. Verslag van de Europese Waarnemingspost voor risico's*. Beschikbaar op: <https://osha.europa.eu/en/publications/work-related-musculoskeletal-disorders-why-are-they-still-so-prevalent-evidence/view>

EU-OSHA (Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk), 2020c, *Workforce diversity and musculoskeletal disorders: review of facts and figures and examples. Verslag van de Europese Waarnemingspost voor risico's*. Beschikbaar op: <https://osha.europa.eu/en/publications/preventing-musculoskeletal-disorders-diverse-workforce-risk-factors-women-migrants-and>

EU-OSHA (Europees Agentschap voor de veiligheid en de gezondheid op het werk), 2020d, *Analysis of case studies on working with chronic musculoskeletal disorders*. Beschikbaar op:

<https://osha.europa.eu/en/publications/analysis-case-studies-working-chronic-musculoskeletal-disorders/view>

EU-OSHA (Europees Agentschap voor de veiligheid en de gezondheid op het werk), 2021, *Working with chronic musculoskeletal disorders. Advies over goede praktijken*. Beschikbaar op: <https://osha.europa.eu/en/publications/working-chronic-msds-good-practice-advice/view>

EU-OSHA (Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk), ongedateerd, de 'kaderrichtlijn veiligheid en gezondheid', artikel 15. Beschikbaar op: <https://osha.europa.eu/en/legislation/directives/the-osh-framework-directive/1>

Eurofound 2015, *Europese enquête naar de arbeidsomstandigheden 2015*. Beschikbaar op: <https://www.eurofound.europa.eu/en/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>

Eurogip, 2007, *Musculoskeletal disorders in Europe: definitions and statistics*, Eurogip, Parijs.

Eurostat, 2014, *European Health Interview Survey (EHIS)*. Beschikbaar op: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm

Hauke, A., Flintrop, J., Brun, E. and Rugulies, R., 2011, 'The impact of work-related psychosocial stressors on the onset of musculoskeletal disorders in specific body regions: a review and meta-analysis of 54 longitudinal studies', *Work & Stress*, Vol. 25, No 3, pp. 243-256.

OSHWiki, 2019, *Working with rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs)*. Beschikbaar op: [https://oshwiki.eu/wiki/Working_with_rheumatic_and_musculoskeletal_diseases_\(RMDs\)](https://oshwiki.eu/wiki/Working_with_rheumatic_and_musculoskeletal_diseases_(RMDs))

SWEA (Swedish Work Environmental Authority), 2020, 'Gender equality in the work environment'. Beschikbaar op: <https://www.av.se/en/work-environment-work-and-inspections/gender-equality-in-the-work-environment/>

WHO (World Health Organization) 2019, 'Musculoskeletal conditions'. Beschikbaar op: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

Wiedereingliederungsteilzeitgesetz, 30, Bundesgesetz: Wiedereingliederungsteilzeitgesetz (NR: GP XXV RV 1362 AB 1440 S. 158. BR: AB 9680 S. 862). [Federale wet nr. 30: Wet inzake deeltijdre-integratie (nr. GP XXV RV 1362 AB 1440 S. 158. BR: AB 9680 S. 862.)] Beschikbaar op: https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=BgblAuth&Dokumentnummer=BGBLA_2017_I_30