

Het ziektebegrip en de objectiveerbaarheid van psychische kwetsbaarheden in de arbeidsrechtelijke arbeidsongeschiktheid

Alexander Maes

Arbeidsrecht Journaal 2022

Rechtsleer

Inleiding

1. Recent oordeelde de arbeidsrechtbank te Antwerpen dat het maken van een onderscheid tussen personen die lijden aan een psychische kwetsbaarheid (bijvoorbeeld een depressie, een angststoornis of een burn-out) enerzijds of een fysieke aandoening anderzijds een verboden discriminatie uitmaakt op grond van de (huidige of toekomstige)¹ gezondheidstoestand wanneer dat onderscheid geen passend en noodzakelijk middel vormt om een legitiem doel te bereiken.² In dat opzicht werd reeds eerder opgemerkt dat vooral de problematiek omtrent de objectiveerbaarheid van psychische kwetsbaarheden al eens aangegrepen wordt om een onderscheid te rechtvaardigen.³

2. In deze bijdrage⁴ wordt nagegaan in welke mate 'moderne' inzichten met betrekking tot de psychodiagnostiek en de objectiveerbaarheid van ziektes ook doordringen in het arbeidsrecht waar het in het kader van de arbeidsrechtelijke regelingen rond arbeidsongeschiktheid ook soms nodig wordt geacht om te verifiëren of een werknemer al dan niet lijdt aan een psychische kwetsbaarheid. In dat opzicht zal eerst kort worden stilgestaan bij de vraag wat net begrepen moet worden onder een ziekte. Vervolgens wordt stilgestaan bij de praktijk van de psychodiagnostiek en de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid.

Ziektebegrip – wetenschappelijke visie

3. Het arbeidsrecht refereert zelden rechtstreeks aan psychische kwetsbaarheden, dat is bij de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid ook niet het geval. Men heeft het eerder algemeen over 'ziektes' die tot een arbeidsongeschiktheid kunnen leiden. Om een psychische kwetsbaarheid als 'ziekte' te kunnen vaststellen, moet enigszins vaststaan wat er onder dat begrip verstaan moet worden. Ook dat blijkt evenwel geen eenvoudige opdracht, ziekte is immers een ambigu begrip.⁵ In de wetenschappelijke wereld bestaat geen eensgezindheid en ook juridisch wordt geen duidelijke definitie vooropgesteld.

4. Het traditionele ziektebegrip gaat uit van een biomedisch model en stelt dat er sprake moet zijn van symptomen die onderliggend hun oorzaak vinden in een pathofysiologische afwijking.⁶ De afwijking moet met andere woorden terug te leiden zijn tot een probleem in lichamelijke functies van zieke organismen of organen. Deze invulling van het ziektebegrip leidt ertoe dat wanneer enkel de symptomen gekend zijn en de onderliggende (lichamelijke) oorzaak niet, er niet gesproken kan worden van een 'ziekte', maar slechts van een 'syndroom'. Veel psychische kwetsbaarheden vinden binnen dit model enkel een legitimering in de assumptie dat er nog een onderliggende afwijking zal gevonden worden.⁷

5. Vanuit de traditionele biomedische visie en de kritiek die erop weerklonk⁸ ontwikkelde ENGEL een model dat de tegenstrijdige visies enigszins probeerde te integreren. Het biopsychosociaal model verlaat gedeeltelijk het idee dat enkel een onderliggende lichamelijke ziekte bepaalt of iemand ziek is. In de plaats daarvan laat het ruimte voor psychologische of sociale factoren die samen mét een – eventueel verborgen – pathofysiologische afwijking bepalen of er ook echt sprake is van een ziekte. De psychologische component verwijst naar de ziektebeleving of de ervaring van hinder in het somatisch, psychisch of sociaal functioneren. De sociologische component heeft betrekking op de ziekerol. Er wordt dan gekeken of de ‘zieke’ op zoek gaat naar erkenning en eventueel genezing bij deskundigen. De vergelijking wordt gemaakt met diabetes, waar de patiënt ‘gezond’ kan zijn en toch een pathofysiologische afwijking in zich kan dragen. Er spelen dus andere zaken mee dan louter de afwijking op zich voordat de patiënt in kwestie ‘ziek’ wordt bevonden.⁹ De pathofysiologische oorzaak wordt ook in deze visie nog steeds verondersteld. Onder meer daarom wordt ook dit ziektebegrip bekritiseerd.¹⁰

6. Ook recentere theorieën waarbij de onderliggende oorzaak nog meer wordt losgelaten, worden – vooral vanuit de psychologie en psychiatrie – naar voren geschoven. De American Psychiatric Association (APA), het grootste beroepsverbond van psychiaters, omschrijft het begrip ‘mentale stoornis’ bijvoorbeeld als: *“(...) a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual’s cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. (...)”*.¹¹ Door te spreken over een ‘syndroom’ wordt aangegeven dat er (nog) geen onderliggende lichamelijke oorzaak moet zijn ontdekt. BOLTON ontwikkelde een eigen visie waarin de band met een eventuele onderliggende oorzaak zelfs volledig wordt doorgeknipt en de beleving van de patiënt centraal wordt gesteld. Hij omschrijft een ‘mentale stoornis’ als een toestand waarin een persoon zijn leed en beperkingen niet meer zelf kan dragen en daarom zoekt naar professionele, medische hulp. Ook wanneer het net de omgeving van die persoon is die hulp zoekt voor hem of haar, kan er binnen deze definitie sprake zijn van een ‘mentale stoornis’.¹²

7. Samenvattend moet vastgesteld worden dat er geen wetenschappelijke consensus bestaat over de invulling van het ziektebegrip, noch over een specifiekere definitie van een ‘psychische kwetsbaarheid’ of ‘mentale stoornis’.

Ziektebegrip – de arbeidsrechtelijke arbeidsongeschiktheid

8. Artikel 31 van de arbeidsovereenkomstenwet omschrijft een arbeidsongeschiktheid als de onmogelijkheid voor de werknemer om zijn werk te verrichten ten gevolge van ziekte of ongeval. Wat met het begrip ‘ziekte’ wordt bedoeld, wordt in de wettekst zelf, noch in de parlementaire voorbereiding verduidelijkt. Enkel in een antwoord op een parlementaire vraag werd ooit een poging tot definitie ondernomen, waarbij de toenmalige Minister te kennen gaf dat de arbeidsongeschiktheid gezien moet worden als *“de fysiologische toestand die de werknemer in de onmogelijkheid plaatst zijn werk te verrichten”*.¹³ Deze uitleg waardoor psychische kwetsbaarheden buiten het ziektebegrip dreigden te vallen, werd evenwel meteen zowel door de rechtsleer bekritiseerd als door de rechtspraak tegengesproken. Telkens werd aangenomen dat niet enkel de fysiologische toestand in aanmerking moest worden genomen, maar ook de mentale (of geestelijke) gezondheid van de werknemer.¹⁴

9. Omdat het begrip ‘ziekte’ niet werd gedefinieerd, moet het worden verstaan in overeenstemming met de gangbare betekenis.¹⁵ In dat opzicht kan, zoals bijvoorbeeld ook HERMAN doet¹⁶,

teruggeregren worden naar hoe één en ander wordt omschreven in de VAN DALE. Vandaag definieert men het begrip 'ziek' daar als *"zich bevindend in de toestand dat de levensprocessen niet regelmatig en ongestoord verlopen, m.n. dat niet alle organen goed werken"*.¹⁷ Een dergelijke omschrijving vindt ook ondersteuning in cassatierechtspraak waarin gesteld werd dat een ziekte gelijk te stellen is met stoornissen in lichamelijke en/of geestelijke functies.¹⁸ Verschillende auteurs hebben daarbij nog opgemerkt dat in de gangbare betekenis van 'ziekte' niet enkel de in de medische wetenschap beschreven syndromen worden bedoeld.¹⁹

10. BETSCH definieert het begrip 'ziekte' ruimer, onder verwijzing naar de omschrijving van het begrip 'gezondheid' die gehanteerd wordt door de WHO.²⁰ Dat begrip wordt gedefinieerd in de preambule van het statuut van de internationale organisatie uit 1948 als: *"(...) a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."*²¹ Al wat niet onder de definitie van gezondheid valt, kan gezien worden als een ziekte en bijgevolg als een oorzaak voor arbeidsongeschiktheid.²² Door de verwijzing naar het (on)welbevinden wordt naar een 'subjectievere' invulling van het begrip 'ziekte' verwezen. Om deze benadering te staven verwijst BETSCH naar een vonnis van de arbeidsrechtbank van Gent. In dat vonnis werd bepaald dat iemand die plastische chirurgie ondergaat ook 'ziek' is omdat die niet 'gezond' is. De reden voor het beroep op de plastische chirurgie zou immers gelegen zijn in het zich fysiek, mentaal of sociaal niet in orde voelen.²³ In ieder geval lijkt deze visie ook meer aan te sluiten op de modernere versies van het wetenschappelijke ziektebegrip.

Objectiveerbaarheid: (psycho)diagnose

11. Zoals hierboven aangegeven, is voor veel psychische kwetsbaarheden nog steeds geen onderliggende pathofysiologische afwijking ontdekt die het bestaan van de 'ziekte' eenvoudig vaststelbaar maakt. Daar komt bij dat de symptomen van welomschreven psychische kwetsbaarheden vaak niet 'objectief' zijn, in de traditionele medische betekenis (*infra*). Een patiënt kan bijvoorbeeld wel zeggen dat hij zich al geruime tijd neerslachtig voelt, maar daaruit blijkt op zich nog niet dat hij depressief is. Zowel in de wetenschap als bij de arbeidsrechtelijke vaststelling van de arbeidsongeschiktheid wordt men met deze problematiek geconfronteerd.

12. Problemen met de objectiveerbaarheid doen zich niet enkel voor bij psychische kwetsbaarheden.²⁴ Wel is het zo dat de problematiek zo goed als altijd net bij deze 'ziekten' de kop opsteekt omdat het net moeilijk of zelfs onmogelijk is om het bestaan ervan (traditioneel) medisch objectief te verifiëren. Hoewel verschillende onderzoekers momenteel proberen om depressie te herkennen in de hersenen of psychische kwetsbaarheden te objectiveren via biomarkers in bijvoorbeeld het bloed²⁵, blijft de inschatting dat zelfs indien de onderzoeken iets opleveren, er steeds ook nog rekening zal gehouden moeten worden met een zekere mate van subjectiviteit. GODDERIS verwoordde dat zo: *"Om in te schatten of iemand een burn-out heeft, zal wellicht altijd een combinatie van een gestandaardiseerde vragenlijst, een goed gesprek en een samenspel van biologische indicatoren nodig zijn. Met die drie samen kunnen we komen tot een correcte diagnose."*²⁶ Hij verwoordt op die manier het biopsychosociaal model, maar aangezien er nog geen sprake is van een duidelijke pathofysiologische afwijking die eenvoudig kan worden opgespoord, lijkt de praktijk eerder aan te sluiten op de theorie die door BOLTON werd omschreven (*supra*). De vragenlijst en het 'goed gesprek' (ook wel de anamnese genoemd) waarover gesproken wordt, zijn daarbij in belangrijke mate subjectieve indicatoren omdat minstens de vrees bestaat dat de patiënt de resultaten ervan enigszins zou kunnen sturen door de manier waarop hij de vragenlijst invult of door de houding die hij aanneemt tijdens het gesprek.²⁷ Psychodiagnostiek vereist dan ook dat rekening wordt gehouden met 'subjectieve' psychologische en sociale componenten die mee de ervaring van het lijden bij de patiënt bepalen.²⁸ Wanneer een traditioneel medisch objectief bewijs wordt gevraagd van de ziekte,

kunnen deze technieken volgens sommigen dan ook niet volstaan.²⁹ Een en ander heeft te maken met de opsplitsing tussen een materiewetenschappelijke benadering, die de basis vormt van de traditionele 'biomedische' geneeskunde, en de betekeniswetenschappelijke benadering, die een belangrijke rol speelt in de 'biopsychosociale' psychodiagnostiek. Een betekeniswetenschappelijke benadering houdt in dat rekening wordt gehouden met de manier waarop mensen hun eigen situatie interpreteren en er betekenis aan geven. Er wordt gepolst naar hun 'subjectieve' ervaring van het lijden dat ze ondervinden om zo dat lijden te verstaan en er een betekenis aan te kunnen geven. Via de analyse daarvan door de diagnosticus kan een 'betekeniswetenschappelijke objectieve' psychodiagnose gesteld worden. Deze benadering wijkt dus af van de traditionele materiewetenschappelijke benadering waarbij prioriteit (of zelfs een monopolie) wordt gegeven aan datgene wat via medische beeldvorming, biomarkers of andere biologische componenten 'materiewetenschappelijk objectief' kan worden vastgesteld.³⁰ Een psychodiagnostisch onderzoek neemt dan ook relatief veel tijd in beslag en is een erg specialistische aangelegenheid.³¹ In de behandeling van psychische kwetsbaarheden vormt een correcte psychodiagnose overigens zelden het centrale aandachtspunt. De Belgische Hoge Gezondheidsraad waarschuwt zelfs expliciet voor het hokjesdenken dat kan voortvloeien uit statische diagnostische classificaties die nog steeds te zeer gebaseerd zijn op een biomedisch model.³² Ook internationaal wordt afstand genomen van behandelingsvormen op basis van diagnoses.³³

Vaststelling van de arbeidsongeschiktheid

13. Of de vaststelling de (arbeidsrechtelijke) arbeidsongeschiktheid materiewetenschappelijk dan wel betekeniswetenschappelijk dient te verlopen wordt niet verduidelijkt in de wetgeving of rechtspraak. De objectiveerbaarheid van de arbeidsongeschiktheid is nochtans een belangrijke vereiste om een controle uit te kunnen voeren. De Belgische doctrine viel dan ook al eerder in twee kampen uit elkaar met betrekking tot de vraag of niet-objectiveerbare ziekten aanleiding kunnen geven tot een arbeidsrechtelijke arbeidsongeschiktheid. Sommige auteurs lijken daarbij te aanvaarden dat alle ziekten door het begrip in de arbeidsovereenkomstenwet worden gedekt.³⁴ PETIT heeft het naast de duidelijk omschreven ziekten zo bijvoorbeeld ook uitdrukkelijk over de *"onduidelijk omschreven syndromen, ongemakken zonder bekende ecologie, angsten, psychosen, toestand van intern onevenwicht"*.³⁵ Andere auteurs vinden een dergelijke interpretatie te ver gaan en wijzen erop dat enkel de objectieve ziekten (of nog: "objectiveerbare aandoeningen") in overweging genomen mogen worden.³⁶ Enkel QUISTHOUDT verduidelijkte in dat verband uitdrukkelijk zijn traditionele biomedische invulling van objectiviteit door te verduidelijken dat een arbeidsongeschiktheid volgens hem daardoor enkel kan voortvloeien uit *"een proces in het organisme dat t.g.v. schadelijke uit- en inwendige invloeden veranderingen teweegbrengt in de kwantitatieve of kwalitatieve werking van cellen of weefsels, waardoor het functioneel evenwicht van geest en lichaam verstoord wordt."*³⁷ Een dergelijke opvatting is uiteraard problematisch voor werknemers met een psychische kwetsbaarheid omdat dergelijke processen in hun geval (nog) niet objectief kunnen worden vastgesteld. Gelet op de maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen ter zake valt echter niet in te zien hoe deze visie vandaag nog zou kunnen worden volgehouden. Juridische objectiviteit lijkt in dat opzicht ook perfect bereikt te kunnen worden via de betekeniswetenschappelijke methoden.

14. In de praktijk is bijna steeds de werknemer zelf eerst aan zet bij de vaststelling van zijn eigen arbeidsongeschiktheid. Dat daarbij wordt vertrokken vanuit diens eigen subjectieve ziektebeleving vormt pas een probleem indien de werkgever vereist dat de werknemer zijn arbeidsongeschiktheid staaft met een geneeskundig getuigschrift.³⁸ Een dergelijk attest kan afgeleverd worden door artsen of door andere gezondheidszorgberoepsbeoefenaars binnen hun expertise.³⁹ In de praktijk lijkt dus zowel de huisarts van de werknemer als eventueel diens behandelend klinisch psycholoog,

psychotherapeut of psychiater in aanmerking te komen om een dergelijk attest af te leveren. Enkel de groep van 'psychische' gezondheidszorgberoepsbeoefenaars heeft (in België) evenwel uitgebreid les gekregen over de methodes van de psychodiagnostiek.⁴⁰ Bovendien heeft door de band genomen noch de huisarts, noch de behandelende psychische gezondheidszorgberoepsbeoefenaar kaas gegeten van de inschatting wat de invloed van een ziekte op het arbeidsvermogen van een werknemer is. VIAENE merkte daarom in 1976 reeds op: *"Breken de geneeskundigen zich niet de kop over wat gezond zijn en ziek zijn in wezen is, zij hebben zo mogelijks nog minder weet van wat arbeid is."*⁴¹ DE MAESENEER stelde in 2015 eveneens: *"Als een patiënt zegt dat hij zich belabberd voelt en niet in staat om te werken, wie ben je dan als arts om dat in twijfel te trekken?"*⁴²

15. De verdere controle op de (vaststelling van de) arbeidsongeschiktheid wordt grotendeels overgelaten aan controleartsen en artsen-scheidsrechters. Het gaat daarbij om 'echte artsen'. Klinisch psychologen kunnen (vooralnog) niet optreden als controlearts. Hoewel een psychodiagnose op basis van betekeniswetenschappelijke methodes tot juridische objectiviteit kan leiden (*supra*), moet vastgesteld worden dat deze artsen daar niet noodzakelijk de nodige opleiding voor hebben genoten en door de band genomen een eerder biomedische benadering zullen hanteren. Er wordt in de wet betreffende de controlegeneeskunde nergens melding gemaakt van de noodzaak aan enige verdere opleiding of permanente vorming specifiek gericht op de vaststelling van arbeidsongeschiktheden, laat staan van psychische arbeidsongeschiktheden. Ook in de memorie van toelichting werd er niet over gesproken.⁴³ Nochtans werd in 1990 al duidelijk gesteld dat de (algemene) medische opleiding artsen onvoldoende voorbereidt op de evaluatie van arbeidsongeschiktheid.⁴⁴ Voor de controlearts zal het dan ook veel moeilijker zijn om op basis van een kort (en in principe steeds eenmalig⁴⁵) medisch onderzoek in te schatten of de werknemer lijdt aan een psychische kwetsbaarheid die het hem of haar onmogelijk maakt de overeengekomen arbeid te verrichten.

16. Minstens in theorie kan aan de scheidsrechterlijke procedure waarin wordt voorzien door artikel 31 van de arbeidsovereenkomstenwet ontsnapt worden door het geschil voor te leggen aan de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken. Daar zal allicht een gerechtsdeskundige aangesteld worden om de arbeidsongeschiktheid te beoordelen. Het onderzoek van de gerechtsdeskundige beperkt zich tot de opdracht die hij krijgt van de voorzitter van de arbeidsrechtbank.⁴⁶ *In se* zal de gerechtsdeskundige dus louter nagaan of de werknemer al dan niet arbeidsongeschikt is (gedurende een bepaalde periode). Hij kan daartoe steunen op de bevindingen die de controlearts en de behandelaar aan hem hebben overgemaakt. Uiteraard moet hij ook zelf in persoon de werknemer onderzoeken. Daarbij wordt van de gerechtsdeskundige een 'objectieve' weergave van de feiten verwacht. Die objectiviteitsvereiste heeft uiteraard helemaal geen invloed op het feit dat psychodiagnostiek ook inhoudt dat rekening wordt gehouden met 'subjectieve' gegevens. Op basis van die subjectieve gegevens kan de diagnosticus/expert immers wel tot een onafhankelijke en objectieve conclusie komen zoals de wetgeving vereist. De vereiste van een 'objectief' optreden van de gerechtsdeskundige is dan ook niet gelijk te stellen met een optreden dat louter voortgaat op de materiewetenschappelijke benadering van het 'objectieve' binnen de medische wetenschappen. Een voordeel van deze procedure is ook dat er – naargelang de aard van de betwisting over de arbeidsongeschiktheid – een gepaste specialist ter zake aangesteld kan worden. In de mate dat er iemand wordt aangesteld die een specialistische kennis heeft van psychodiagnostiek (bijvoorbeeld een klinisch psycholoog, psychotherapeut of psychiater) al dan niet in combinatie met iemand die kennis heeft over de impact van deze ziektebeelden op de arbeids(on)geschiktheid (bijvoorbeeld een arbeidsarts), kan er zo zeker nuttig onderzoek plaatsvinden. Juristen – zowel advocaten als rechters in sociale zaken – kunnen daarin ook een rol opnemen, minstens door te controleren of er wel gehandeld wordt naar een wetenschappelijk hedendaagse visie op het juridische begrip 'arbeidsongeschiktheid'. In dat verband kan de kritiek die LAHAYE en VERWILGHEN in 1993 uitten

over het vaak blinde vertrouwen van juristen op het oordeel van medici, nog steeds herhaald worden: *“De medische mogelijkheden worden door juristen dikwijls overschat. Ze hebben een blind vertrouwen in de medische uitspraak waarvoor zij aannemen dat een bijna wiskundige verantwoording kan gegeven worden. De geneesheer heeft alle baat bij het onderhouden van de medische mythe en verkondigt zijn medisch evangelie zonder nog enige tegenspraak te dulden ... tenzij die komt van een collega. Medische macht kan dan leiden tot medische willekeur.”*⁴⁷

Nood aan hervorming

17. De combinatie van onduidelijkheid over het te hanteren ziektebegrip enerzijds en anderzijds de verwarring over de objectiveerbaarheid bij de diagnose en het vaststellen van de arbeidsongeschiktheid zorgen ervoor dat werknemers met een psychische kwetsbaarheid in een onzekere rechtspositie verzeilen waarin het risico bestaat dat zij op basis van achterhaalde inzichten onterecht niet als ‘arbeidsongeschikt’ worden beoordeeld. Het risico lijkt zich minstens in theorie vooral voor te doen bij de controle op de arbeidsongeschiktheid door controleartsen en artsenscheidersrechtters. Dat is een problematische vaststelling nu het net deze artsen zijn die door de wetgever naar voren worden geschoven om medische geschillen betreffende de arbeidsongeschiktheid te beslechten. Dat van deze artsen geen enkele bijzondere opleiding (of gespecialiseerde kennis) wordt vereist over de relatie tussen arbeid en (mentale) gezondheid, is in dat opzicht dan ook een pijnlijke vaststelling. Ook het gebrek aan kennis over de specifieke werkomgeving van de betrokken werknemer is een pijnpunt. In feite leidt dat dan ook tot de vaststelling dat controleartsen niet de ‘arbeidsongeschiktheid’ controleren, maar louter het bestaan van een ziekte of letsel. In het geval van psychische kwetsbaarheden moet daarenboven worden vastgesteld dat controleartsen niet noodzakelijk de aangewezen persoon zijn om deze te diagnosticeren.

18. Een beroep op de gerechtelijke procedure via de arbeidsrechtbanken, kan in theorie soelaas bieden omdat daar – afhankelijk van de specifieke aard van de betwisting over de arbeidsongeschiktheid – gerechtsdeskundigen aangesteld kunnen worden die over de vereiste expertise beschikken. In de praktijk lijkt het echter moeilijk werkbaar (en nefast voor de arbeidsrelatie) om voor elke betwisting over een arbeidsongeschiktheid een gerechtelijke procedure tussen de werknemer en de werkgever te moeten organiseren. Het lijkt daarom eerder wenselijk dat de buitengerechtelijke procedure door de wetgever hervormd zou worden zodat de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid ook daar kan plaatsvinden door specialisten ter zake. Mogelijk kan het euvel minstens gedeeltelijk verholpen worden via bijkomende vereisten voor controleartsen. Een omvattendere oplossing zou er evenwel in bestaan om arbeidsgeneeskundigen en andere experts zoals psychodiagnostici, rechtstreeks te betrekken in de controleprocedure. ‘Arbeidsongeschiktheid’ is immers geen eenduidig en zeker ook geen ‘zuiver medisch’ – laat staan ‘biomedisch’ – begrip.

19. In Nederland gebeurt de controle op de arbeidsongeschiktheid door de arbodiensten en bedrijfsartsen⁴⁸, het Nederlandse equivalent van de Belgische preventieadviseurs. Naar Belgisch recht ligt die oplossing gevoelig aangezien preventieadviseurs zich in principe niet mogen uitspreken over de arbeidsongeschiktheid van een werknemer omdat men hun preventieve rol niet wil vermengen met een controlerende opdracht.⁴⁹ Men hoopt hiermee ook de onafhankelijkheid van zowel de controlearts als de preventieadviseur garanderen.⁵⁰ De grens tussen beide rollen werd echter ook al overschreden toen de Belgische preventiediensten betrokken werden bij de medische beoordeling voorafgaand aan de werkhervatting en bij de vaststelling van de definitieve arbeidsongeschiktheid in het kader van re-integratie en medische overmacht.⁵¹ De vraag kan dus gesteld worden of de scheiding van de controlegeneeskunde en de arbeidsgeneeskunde nog wel aangehouden dient te worden. De preventieadviseurs-arbeidsartsen en preventieadviseurs

psychosociale aspecten zouden samen in ieder geval over de nodige kennis moeten beschikken van zowel (psycho)diagnostiek, de impact van gezondheid op het arbeidsvermogen én van het eigen werk van de werknemer. Zo dekt hun gezamenlijke expertise een veel vollediger deel van de definitie van arbeidsongeschiktheid af dan de dekking die controleartsen momenteel bieden. Een bijkomend voordeel van de betrokkenheid van de preventiediensten bestaat erin dat een arbeidsongeschiktheid zo ook aangegrepen kan worden om de situatie op de werkvloer onder de loep te nemen. Op die manier kunnen bestaande arbeidsongeschiktheden die in stand worden gehouden door een situatie op het werk sneller worden weggewerkt en kunnen toekomstige arbeidsongeschiktheden ook actief worden vermeden. In een tijd waarin re-integratie alleen maar aan belang wint, lijkt de winst die hier behaald kan worden dan ook evident.

1. Recent werd een wetsvoorstel goedgekeurd dat ertoe moet leiden dat de volledige – en dus niet louter de ‘huidige of toekomstige’ – ‘gezondheidstoestand’ beschouwd zal worden als een verboden onderscheidingscriterium, zie: Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie wat de discriminatiegrond gezondheidstoestand betreft, *Parl.St. Kamer 2021-22, 2227/005*. ↩
2. Arbrb. Antwerpen (afd. Mechelen) 11 januari 2022, nr. 20/14/A, www.rechtbanken-tribunaux.be. ↩
3. A. MAES, “Arbeidsrechtbank vindt waarborgbeperking voor psychische kwetsbaarheden in aanvullende verzekering discriminerend”, *De Juristenkrant* 2022, nr. 448, 1; M. VERBERGT, “Gevolgen depressie minder vergoeden dan fysieke ziekte is discriminatie”, *De Standaard* 2022, www.standaard.be/cnt/dmf20220501_96912450. ↩
4. Verschillende elementen van deze tekst kwamen ook reeds aan bod in het proefschrift van de auteur, zie: A. MAES, *Psychische kwetsbaarheid en de beëindiging van de arbeidsrelatie – Psychische kwetsbaarheid als (verboden) beëindigingsgrond*, onuitg. doctoraatsthesis Rechten UHasselt, 2022, 1011 p. ↩
5. “Ziekte is een begrip als armoede of geluk: iedereen begrijpt wat ermee bedoeld wordt, maar het betekent niet voor iedereen hetzelfde en het is niet reproduceerbaar vast te stellen.” S. KNEPPER, “Een kritische analyse van de rol van de arts in de sociale verzekering”, in SCHOOL VOOR MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG (ed.), *Vervolmakingscyclus voor verzekeringsgeneeskunde*, Leuven, Katholieke Universiteit Leuven, 1990, (50) 58. ↩
6. W. VANDEREYCKEN, “Psychopathologie: van diagnostiek tot therapie” in W. VANDEREYCKEN, C.A.L. HOOGDUIN en P.M.G. EMMELKAMP (Eds.), *Handboek psychopathologie – Deel 1 basisbegrippen*, Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, 12-13. ↩
7. SZASZ argumenteerde in 1972 dat in dit model ‘geestesziekten’ geen echte ziekten zijn omdat er onvoldoende bekend was over de vermeende lichamelijke oorzaak, zie: T.S. SZASZ, *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*, Londen, Paladin, 1972, 296. ↩
8. Zie bijvoorbeeld: T. SCHRAMME, “The legacy of Antipsychiatry”, in T. SCHRAMME en J. THOME (eds.), *Philosophy and Psychiatry*, Berlijn, Walter de Gruyter, 2004, (94) 107. ↩
9. G.L. ENGEL, “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, *Science* 1977, Vol. 196, Nr. 4286 (129) 131-132. ↩
10. Zie louter bij wijze van voorbeeld: S. NASSIR GHAEMI, “The rise and fall of the biopsychosocial model”, *The British Journal of Psychiatry* 2009, Vol. 195, afl. 1, (3) 3-4. ↩
11. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2013, 20. Zie voor kritieken op deze definitie: D.J. STEIN, K.A. PHILLIPS, D. BOLTON, K.W.M. FULFORD, J.Z. SADLER en K.S. KENDLER, “What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V”, *Psychological Medicine* 2010, afl. 11, 1759 – 1765; E.R. MAISEL, “The New Definition of a Mental Disorder”, <https://psychologytoday.com/blog/rethinking-psychology/201307/the-new-definition-mental-disorder>. ↩
12. D. BOLTON, *What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values*, Oxford, Oxford University Press, 2008, 303. Zie ook: D. BOLTON en G. GILLET, “The Biopsychosocial Model 40 Years On”, in D. BOLTON en G. GILLET (eds.), *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments*, London, Palgrave Macmillan, 2019, 1-43. Meer dan bij de andere besproken ziektebegrippen wordt er hier dus rekening gehouden met

- 'subjectieve' factoren, de definitie is mede daarom uiteraard ook niet vrij van kritiek: G. MEYNEN en A. RALSTON, "Zeven visies op een psychiatrische stoornis", *Tijdschrift voor psychiatrie* 2011-12, (895) 900-901. ↩
13. *Vr. en Antw.* Senaat 1962-63, 25 september 1962, nr. 45-25, 954 (Vr. nr. 65 Dhr. Feron). Waarbij het fysiologische als antoniem beschouwd kan worden voor het psychische. Zie in dezelfde zin: Arbrb. Antwerpen 22 mei 1975, *JTT* 1976, 113; M. VRANKEN, "Arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of ongeval – Bewijs en controle, Verklarende rechtspraak", *Or.* 1983, afl. 3, (68) 68. ↩
14. Zie bijvoorbeeld: Cass. 12 maart 1984, *Arr.Cass.* 1983-84, 884, concl. AG H. LENAERTS en *RW* 1983-84, 2539; Arbh. Brussel 10 oktober 1979, *JTT* 1980, 48; Arbh. Gent 13 oktober 1982, *BULL.FEB* 1985, 83; Arbrb. Charleroi 13 december 1976, *JTT* 1977, 336; J. MATTHYS, *Arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en handicap – Transversaal overzicht doorheen het Belgisch recht*, Gent, Larcier, 2011, 103; J. QUISTHOUDT, "Arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of ongeval in de Arbeidsovereenkomstenwet (1978-1986)", *JTT* 1987, (141) 141-142; M. VANHEGEN, *De re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers op de arbeidsmarkt*, Brugge, die Keure, 2021, 243. ↩
15. Cass. 17 maart 1930, *Pas.* 1930, I, 164. Zie eveneens: J. PETIT, "Begrip arbeidsongeschiktheid wegens ziekte" (noot onder Arbh. Gent 7 februari 1983), *Or.* 1983, afl. 4, (95) 95-96. ↩
16. J. HERMAN, *Schorsing van de individuele arbeidsovereenkomst 2010*, Brugge, die Keure, 2010, 187. ↩
17. X., "Ziek", <https://vowb.vandale.be/>. ↩
18. Cass. 12 maart 1984, *Arr.Cass.* 1983-84, 884, concl. AG H. LENAERTS en *RW* 1983-84, 2539. ↩
19. J. PETIT, "Begrip arbeidsongeschiktheid wegens ziekte" (noot onder Arbh. Gent 7 februari 1983), *Or.* 1983, afl. 4, (95) 95-96; J. HERMAN, *Schorsing van de individuele arbeidsovereenkomst 2010*, Brugge, die Keure, 2010, 187-188. Elk ander standpunt zou ertoe leiden dat 'nieuwe' syndromen die nog niet beschreven werden, niet tot een arbeidsongeschiktheid kunnen leiden. ↩
20. N. BETSCH, "Gezondheid, arbeids(on)geschiktheid en onderneming" in F. HENDRICKX en D. SIMOENS (eds.), *Themis 60 – Arbeids- en sociaizekerheidsrecht*, Brugge, die Keure, 2010, (47) 49. Zie eveneens: Arbrb. Charleroi 24 april 1984, *TSR* 1985, 333. Deze benadering vindt ook steun in de VAN DALE waar bij het begrip "ziek" ook wordt aangegeven dat het het antoniem van "gezond" is: X., "Ziek", <https://vowb.vandale.be/>. Ook PETIT haalde deze definitie reeds aan, maar paste hem vervolgens niet volledig toe: J. PETIT, "Begrip arbeidsongeschiktheid wegens ziekte" (noot onder Arbh. Gent 7 februari 1983), *Or.* 1983, afl. 4, (95) 95. QUISTHOUDT – die zelfs de vermelding van het sociale of maatschappelijke welzijn volledig laat vallen zonder enige uitleg – verzette zich expliciet tegen het gebruik van de definitie van "gezondheid" om het begrip "ziekte" te verklaren. In die zin waarschuwde hij dan ook voor het gebruik van de WHO-definitie om het ziektebegrip te duiden. Hij stelde daarbij onomwonden dat een eenvoudige verkoudheid op die manier gelijkgesteld zou worden met een arbeidsongeschiktheid, hetgeen mijns inziens uiteraard niet noodzakelijk klopt omdat de "eenvoudige verkoudheid" – die weliswaar een ziekte zal kunnen zijn – niet ook per se tot de onmogelijkheid leidt voor de werknemer om zijn werk te verrichten: J. QUISTHOUDT, "Arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of ongeval in de Arbeidsovereenkomstenwet (1978-1986)", *JTT* 1987, (141) 141. ↩
21. Preamble to the Constitution of WHO (New York) van 22 juli 1946, Official Records of WHO, nr. 2, 100. ↩
22. N. BETSCH, "Gezondheid, arbeids(on)geschiktheid en onderneming" in F. HENDRICKX en D. SIMOENS (eds.), *Themis 60 – Arbeids- en sociaizekerheidsrecht*, Brugge, die Keure, 2010, (47) 49. Deze gelijkstelling tussen ziekte en 'niet gezond zijn' wordt uitvoerig besproken door VIAENE (en in mindere mate LAHAYE), zie: J. VAN STEENBERGE, J. VIAENE en D. LAHAYE, *Schade aan de mens, III, Evaluatie van de gezondheidsschade*, Antwerpen, Kluwer, 1976, 35 en 102 en 121; J. VAN STEENBERGE, J. VIAENE en D. LAHAYE, *Schade aan de mens, II, Evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in de geneeskunde*, Antwerpen, Kluwer, 1975, 27-28. ↩
23. Arbrb. Gent 24 april 1981, nr. 39026/80, met noot R. DE GEYTER, "Gewaarborgd loon – chirurgische ingreep zonder medische redenen", *Or.* 1983, 71. DE GEYTER formuleert daarbij een lichtelijk afwijkende bedenking. ↩
24. "Verschillende artsen blijken bij volkomen overeenstemming over de feiten tot uiteenlopende conclusies over het al dan niet bestaan van 'ziekte' te komen." Zie: S. KNEPPER, "Een kritische analyse van de rol van de arts in de sociale

- verzekering”, in SCHOOL VOOR MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG (ed.), *Vervolmakingscyclus voor verzekeringsgeneeskunde*, Leuven, Katholieke Universiteit Leuven, 1990, (50) 58. ↩
25. K. VAN HOORICK, “Wat depressie met onze hersenen doet”, *KNACK Plusmagazine* 2017, www.plusmagazine.knack.be/gezondheid/wat-depressie-met-onze-hersenen-doet/article-normal-843969.html; J. BAKUSIC, M. GHOSH, A. POLLI, B. BEKAERT, W. SCHAUFELI, S. CLAES en L. GODDERIS, “Epigenetic perspective on the role of brain-derived neurotrophic factor in burnout”, *Translational Psychiatry* 2020, 354; X. XUA, H. JIA, G. LIUA, Q. WANGA, H. LIU, W. SHEN, L. LI, X. XIE, W. ZHOU en S. DUAN, “A significant association between BDNF promoter methylation and the risk of drug addiction”, *Gene* 2016, afl. 1, (54) 54; B. PEROSA CARNIEL en N. SICA DA ROCHA, “Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and inflammatory markers: Perspectives for the management of depression”, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2020, <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110151>. ↩
26. T. STEEL, “Dokter, zit er burn-out in mijn bloed?”, *De Tijd* 2019, www.tijd.be/dossiers/burn-out/dokter-zit-er-burn-out-in-mijn-bloed/10180253.html. ↩
27. ACTUARIES INSTITUTE, “Mental health and insurance – Green paper October 2017”, <https://actuaries.asn.au/Library/Miscellaneous/2017/GPMENTALHEALTHWEBRCopy.pdf>, 28-29. ↩
28. Zie bijvoorbeeld: M.W. HENGEVELD en A.T.F. BEEKMAN, “Psychiatrische diagnostiek: per definitie gepersonaliseerd”, in *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2018, (151) 151-155. ↩
29. Hetgeen meteen ook de reden vormt waarom bepaalde (private) verzekeraars niet of uiterst beperkt tussenkomen wanneer psychische kwetsbaarheden schade veroorzaken. Zij redeneren dan dat voor bepaalde ‘verschijnselen’ als burn-out geen erkenning als ‘ziekte’ bestaat en dat voor andere psychische ziekten vaak niet ‘bewezen’ kan worden dat er werkelijk sprake is van een ziekte en dat de symptomen niet gewoon geveinsd worden door de verzekerde (*supra*). ↩
30. M.W. HENGEVELD en A.T.F. BEEKMAN, “Psychiatrische diagnostiek: per definitie gepersonaliseerd”, in *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2018, (151) 151-155. ↩
31. M.W. HENGEVELD, A.T.F. BEEKMAN, R.J. BEERTHUIS, L. HOEKSTRA, H.J.C. VAN MARLE, P. NAARDING, T. VAN OEFFELT, J.W. HAGEMEIJER en K. VENHORST, *Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek*, Utrecht, De Tijdstroom, 2015, 21 en 36; M.W. HENGEVELD en A.T.F. BEEKMAN, “Psychiatrische diagnostiek: per definitie gepersonaliseerd”, in *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2018, (151) 155. ↩
32. HOGE GEZONDHEIDSRAAD, “DSM (5): Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen”, https://health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9360_dsm5.pdf; L. GIJSEL, “Moeten psychiatrische diagnoses op de schop?”, *EOS Wetenschap* 2019, <https://eoswetenschap.eu/psyche-brein/moeten-psychiatrische-diagnoses-op-de-schop>. ↩
33. Zie louter bij wijze van voorbeeld: S.C. HAYES en S.G. HOFMANN, *Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment*, Oakland, Context Press, 2020, 289. ↩
34. W. VEROUGSTRAETE, “Overmacht als beëindigingsmodaliteit van de arbeidsovereenkomst”, in M. RIGAUX (ed.), *Actuele problemen van het arbeidsrecht*, Antwerpen, Kluwer, 1984, (31) 45-46. Zie in dezelfde zin: J. HERMAN, *Schorsing van de individuele arbeidsovereenkomst 2010*, Brugge, die Keure, 2010, 188. ↩
35. J. PETIT, “Begrip arbeidsongeschiktheid wegens ziekte” (noot onder Arbh. Gent 7 februari 1983), *Or.* 1983, afl. 4, (95) 95; P.P. WARTIN, *Medische controle bij arbeidsongeschiktheid*, Diegem, CED.SAMSOM, 1993, 60-61. ↩
36. J. QUISTHOUDT, “Arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of ongeval in de Arbeidsovereenkomstenwet (1978-1986)”, *JTT* 1987, (141) 141-142; R. DE GEYTER, “Gewaarborgd loon – chirurgische ingreep zonder medische redenen”, (noot onder Arbrb. Gent 24 april 1981, nr. 39026/80), *Or.* 1983, 71; J. MATTHYS, *Arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en handicap – Transversaal overzicht doorheen het Belgisch recht*, Gent, Larcier, 2011, 104. ↩
37. J. QUISTHOUDT, “Arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of ongeval in de Arbeidsovereenkomstenwet (1978-1986)”, *JTT* 1987, (141) 141-142 (en de verwijzingen naar de bronnen voor de definities aldaar). ↩

38. Artikel 31, §2, tweede lid Arbeidsovereenkomstenwet. ↩
39. Cass. 28 oktober 1987, nr. 5939, *Arr.Cass.* 1987, nr. 119; Arbrb. Dinant 21 mei 1975, *JTT* 1976, 202; M. DAVAGLE, *Incapacité de travail et inaptitude au travail : droits et obligations de l'employeur et du travailleur*, Waterloo, Kluwer, 2017, 29-30. ↩
40. P. MISTIAEN, J. CORNELIS, J. DETOLLENAERE, S. DEVRIESE, M.I. FARFAN en C. RICOUR (eds.), "KCE Report 318 – Organisation of Mental Health Care for Adults in Belgium", Brussel, Health Services Research, 2019, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_318_Mental_Health_care_Report_1.pdf, 102 en 177. ↩
41. J. VAN STEENBERGE, J. VIAENE en D. LAHAYE, *Schade aan de mens, III, Evaluatie van de gezondheidsschade*, Antwerpen, Kluwer, 1975, 45 en 129. ↩
42. S. VANDEKERCKHOVE, "'Tijd om doktersbriefje af te schrijven' – Gezondheidssector pleit voor einde doktersattest bij eerste dagen ziekte", www.demorgen.be/nieuws/tijd-om-doktersbriefje-af-te-schrijven~becb950f/. Een en ander hangt samen met de kritiek dat behandelaars niet het best geplaatst zijn om vanuit een vertrouwensrelatie met hun patiënt hun arbeidsongeschiktheid te beoordelen, zie: P. DONCEEL, "Het medisch arbeidsongeschiktheidsattest – behouden of afschaffen?", in D. LAHEYE (ed.), *Sociale zekerheid in Beweging – Liber Amicorum J. VIAENE en R. VANDENDRIESSCHE*, Antwerpen, Maklu, 1993 (215-225) 218; A. MAES en S. RENETTE, "Doktersbriefjes tijdens en na corona: beter afschaffen", *De Juristenkrant* 2020, nr. 407, (10) 10. ↩
43. Wet van 13 juni 1999 betreffende de controlegeneeskunde, *BS* 13 juli 1999; MvT bij het Wetsontwerp van 26 maart 1999 betreffende de controlegeneeskunde, *Parl.St.* Kamer 1998-99, nr. 2106/1. In het verslag bij het wetsvoorstel komt de noodzaak aan een specialistische opleiding wél ter sprake. De vrees bestond immers dat de controlegeneeskunde zou verworden tot een soort van tweederangsgeneeskunde. Verschillende leden van de Commissie pleitten voor het invoeren van dergelijke verplichtingen, maar de bevoegde minister wees deze extra vereiste af, zie: Verslag (M. DIGHNEEF) van 13 april 1999 bij het Wetsontwerp betreffende de controlegeneeskunde, *Parl.St.* Kamer 1998-99, nr. 2106/4, 7-12. Een verplichting van een verdere specialisatie en een bijkomende permanente vorming stond wel nog in een wetsvoorstel dat enkele jaren eerder werd ingediend: Art. 5 Wetsvoorstel (MAXIMUS en OLIVIER) van 2 september 1997 houdende reglementering van de medische controle, *Parl.St.* Senaat, 1996-97, nr. 1-723/1, 9. ↩
44. S. KNEPPER, "Een kritische analyse van de rol van de arts in de sociale verzekering", in SCHOOL VOOR MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG (ed.), *Vervolmakingscyclus voor verzekeringsgeneeskunde*, Leuven, Katholieke Universiteit Leuven, 1990, (50) 53. ↩
- 45.
- De aanstelling van de controlearts door de werkgever is louter beperkt tot de controle op de arbeidsongeschiktheid op dat tijdstip. De controlearts kan de werknemer dus niet vragen om bijvoorbeeld een tweede keer langs te komen voor een vervolgonderzoek: P.P. WATRIN, *Medische controle van de arbeidsongeschiktheid in het kader van de Wet van 3 juli 1978*, Diegem, CED.SAMSOM, 1993, 77; S. DEMEESTERE en K. DE SCHOENMAEKER, *Arbidsongeschiktheid – Rechtsgevolgen voor werkgever en werknemer*, Mechelen, Kluwer, 2017, 56. ↩
46. De beslissing waarbij het deskundigenonderzoek wordt bevolen, bevat immers ook een nauwkeurige omschrijving van de opdracht van de deskundige, zie: art. 972, §1, derde gedachtestreepje *Gerechtigd Wetboek*. ↩
47. D. LAHAYE en R. VERWILGHEN, "De medisch-juridische samenspraak", in D. LAHAYE (ed.), *Sociale Zekerheid in Beweging – Liber amicorum J. VIAENE en R. VANDENDRIESSCHE*, Antwerpen, Maklu, 1993, (331-339) 331. ↩
48. Art. 14, eerste lid *Arbowet*. ↩
49. Art. I.4-22 *Codex Welzijn op het Werk*. Zie in die zin bijvoorbeeld ook: (Oud) art. 104 *ARAB*; A. VAN REGENMORTEL, "Actuele knelpunten bij de uitoefening van de arbeidsgeneeskunde", in M. RIGUAX (ed.), *Actuele problemen van het arbeidsrecht*, 4, Antwerpen, Maklu uitgevers, 1993, (145-194) 148-149. ↩
50. F. LIPPENS en R. LEURIDAN, "De formaliteiten bij arbeidsongeschiktheid", *TSR* 1979, nr. 1, (9) 28-29; M. DECONYNCK, *Diensten voor preventie en bescherming op het werk*, Brussel, Larcier, 2008, 69; K. REYNIERS en A. VAN REGENMORTEL,

“Bescherming van de onafhankelijkheid van de deskundigen in België”, in A. VAN REGENMORTEL en J. R. POPMA (Eds.), *Werknemersbetrokkenheid en inbreng van deskundigen in het kader van veiligheid en gezondheid op het werk: een Belgisch-Nederlandse confrontatie*, Antwerpen, Intersentia, 2013, (363) 388. Zie ook: Art. II.1-24 Codex Welzijn op het Werk. ↩

51. J. ROELS en A. VAN REGENMORTEL, “De definitieve arbeidsongeschiktheid van de werknemer als beëindigingsgrond voor de arbeidsovereenkomst: een standpunt dat ook de arbeidsgeneeskunde in zijn essentie bedreigt? Commentaar bij het arrest van het Hof van Cassatie van 2 oktober 2000”, *Soc.Kron.* 2002, afl. 9, (417) 431; V. VERVLIEET en I. VAN PUYVELDE, “Van kaart van medisch toezicht tot re-integratietraject: geschiktheid en ongeschiktheid voor het werk.”, *TSR* 2018, nr. 4, (635) 654; M. VANHEGEN, “Re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers in het arbeidsrecht: een conceptuele benadering.”, *TSR* 2020, nr. 2, (215) 247. ↩
