

Wat zijn de voorspellende factoren voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid?

Hélène Henry – Studiedienst CM-MC

Met dank aan Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Stijn Vos en Andries De Hertogh

Samenvatting

In een context waarin België al meerdere jaren de begeleidings- en re-integratiemaatregelen voor langdurig zieke personen versterkt, beoogt deze studie de voorspellende factoren voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid te identificeren.

Dit onderzoek is gebaseerd op drie online-enquêtes, uitgevoerd door CM tussen november 2023 en maart 2025. Tijdens deze periode is de evolutie gevolgd van personen die bij aanvang van de studie arbeidsongeschikt waren, met als doel het profiel te identificeren van degenen die zijn uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid, evenals de factoren die deze uitstroom beïnvloedden, afzonderlijk voor personen die wel of niet zijn begeleid door een terug naar werk-coördinator.

Algemeen geven de resultaten aan dat personen met sterkere sociale en professionele hulpbronnen – meer bepaald diegenen met een diploma hoger onderwijs, die intellectueel werk uitoefenen en vóór de arbeidsongeschiktheid voltijds werkten – meer kans hebben om bij het derde meetmoment niet langer arbeidsongeschiktheid te zijn.

Op basis van de resultaten formuleren we diverse aanbevelingen om werkherleving na een periode van arbeidsongeschiktheid te faciliteren.

Sleutelwoorden: Arbeidsongeschiktheid, terugkeer naar werk, voorspellende factoren, longitudinale analyse, enquête, kwantitatieve studie

Inhoudstafel

Inleiding	66
1. Literatuuroverzicht	67
1.1. Resultaten van studies naar het effect van variabelen die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid beïnvloeden	67
1.1.1. Invloed van sociodemografische variabelen	67
1.1.2. Invloed van omgevingsfactoren	67
1.1.3. Invloed van persoonlijke factoren	68
1.2. Ontwikkeling van het onderzoeksmodel	68
1.2.1. Effect van werkgerelateerde omgevingsfactoren	69
1.2.2. Effect van factoren gerelateerd aan de arbeidsongeschiktheid	69
1.2.3. Effect van persoonlijke factoren	69
2. Methode	70
2.1. Steekproef	70
2.2. Metingen	72
2.2.1. Sociodemografische en werkgerelateerde omgevingsvariabelen	72
2.2.2. Variabelen gerelateerd aan arbeidsongeschiktheid	73
2.2.3. Persoonlijke factoren	73
2.2.4. Uitstroom uit arbeidsongeschiktheid	74
2.3. Analyses	75
2.4. Beperkingen	75
3. Resultaten	76
3.1. Profieltype van deelnemers uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid op T3	76
3.2. Voorspellende factoren voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid	76
3.2.1. Resultaten voor de groep 'opgevolgd'	77
3.2.2. Resultaten voor de groep 'niet-opgevolgd'	78
4. Bespreking	80
4.1. Profiel van personen uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid	80
4.2. Voorspellende factoren voor personen niet opgevolgd door een TNW-coördinator	81
4.2.1. Effect van sociodemografische en werkgerelateerde factoren	81
4.2.2. Effect van het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting	81
4.3. Voorspellende factoren voor personen opgevolgd door een TNW-coördinator	82
4.3.1. Effect van de categorie en van het initiatief voor de opvolging	82
4.3.2. Effect verbonden aan taal	82
5. Aanbevelingen	83
Conclusie	87
Bibliografie	88

Inleiding

Eind 2025 telde België meer dan een half miljoen (576.643) personen in invaliditeit (arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar) (RIZIV, 2026a). Het gaat om 537.728 werknemers of werkzoekenden, en 38.915 zelfstandigen of meehelpende echtgenoten. In de OESO-landen is voor gemiddeld 6% van de bevolking op actieve leeftijd een invaliditeitsuitkering de voornaamste inkomensbron (OECD, 2010). In België bedroeg in 2021 het inactiviteitspercentage wegens ziekte of handicap bij de 20 tot 64-jarigen ongeveer 7% (Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2024).

De toename van het aantal langdurig zieken in België staat op de politieke agenda als een voornamelijk budgettaire probleem. Voor 2025 schat het Monitoringcomité de uitgaven voor de prestaties voor loontrekkenden, zowel in primaire arbeidsongeschiktheid als in invaliditeit, op 14,2 miljard euro (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2026). In het kader van de begrotingsonderhandelingen versterkte de Belgische regering daarom recent haar terug naar werk-beleid om het aantal langdurig zieken dat het werk hervat te verhogen.

Al enkele jaren zijn in verschillende golven maatregelen ingevoerd om de werkhervatting na een periode van arbeidsongeschiktheid te bevorderen. In 2022 zijn terug naar werk-coördinatoren (TNW-coördinator) geïntegreerd binnen de ziekenfondsen. Hun rol wordt als volgt omschreven: “de “Terug Naar Werk-coördinator” neemt binnen het ziekenfonds alle nuttige maatregelen in het kader van het “Terug Naar Werk-traject” en contacteert, in samenspraak met de adviserend arts en met het akkoord van de gerechtigde, elke natuurlijke persoon of rechtspersoon die kan bijdragen tot de sociaalprofessionele re-integratie van deze gerechtigde, evenals ondersteunt hij de gerechtigde in de contacten met deze natuurlijke personen of rechtspersonen” (RIZIV, 2022, p. 55). De manier waarop deze begeleiding door CM-leden wordt ervaren, is in 2023 onderzocht (Henry, Avalosse & Vancorenland, 2024).

Vervolgens implementeerde de regering nog een reeks maatregelen. In 2023 zijn contacten volgens een vast ritme ingevoerd: in de vierde, zevende en elfde maand van het eerste jaar vindt een persoonlijk contact plaats tussen de zieke persoon en de adviserend arts van het ziekenfonds.

Daarnaast is beslist dat het in de toekomst niet langer mogelijk zal zijn een invaliditeitserkenning te krijgen met een duurtijd van langer dan een, twee of vijf jaar, behoudens belangrijke uitzonderingen (Vandenbroucke, 2025). Begin 2026 is een derde pakket maatregelen gelanceerd, waarbij bijkomende verantwoordelijkheden zijn toegekend aan werkgevers, werknemers, ziekenfondsen en artsen. Tot slot keurde de Ministerraad in februari 2026 een voorontwerp van wet goed om volgende prioriteiten te realiseren: het voorkomen van de instroom in arbeidsongeschiktheid door preventie en vroegdetectie, het versterken van de medische opvolging en de jaarlijkse herevaluatie van dossiers, het versnellen van de re-integratie en het responsabiliseren van alle betrokken actoren (Ministerraad, 2026).

De invoering van deze vier golven van maatregelen toont aan in welke mate de werkhervatting van langdurig zieken een fundamentele uitdaging vormt in België. In deze context is het onderzoeken van de factoren die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid van deze personen voorspellen van essentieel belang.

Het is echter belangrijk te benadrukken dat, los van een louter budgettaire lezing van de problematiek, het risico om arbeidsongeschikt te zijn niet gelijk verdeeld lijkt binnen de bevolking en ook – en wellicht vooral – een maatschappelijke uitdaging vormt. Gegevens tonen aan dat onder de personen in invaliditeit meer kwetsbare groepen oververtegenwoordigd zijn: meer vrouwen (61%), meer werknemers ouder dan 50 jaar (64%) en meer arbeiders (63%)¹ (RIZIV, 2023a), evenals meer personen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (49%, tegenover 21% in de totale bevolking)² (RIZIV, 2025). Bij invaliditeit wegens een psychische aandoening ligt het aandeel vrouwen nog hoger: bijna 70% van de langdurige arbeidsongeschiktheidsperiodes wegens burn-out, stemmings- of angststoornissen betreft vrouwen (Bruyneel et al., 2024). Deze gegevens suggereren dat sociodemografische factoren niet alleen de instroom in, maar waarschijnlijk ook de uitstroom uit invaliditeit beïnvloeden. Daarnaast wijst de wetenschappelijke literatuur (bijvoorbeeld Villotti et al., 2024) op het belang om tevens het effect van andere factoren te bestuderen, zoals omgevingsfactoren (bijvoorbeeld gerelateerd aan de werkomgeving) of persoonlijke factoren (bijvoorbeeld gerelateerd aan de percepties van individuen). Kennis van al deze factoren is onontbeerlijk om personen wiens gezondheidstoestand een werkhervatting toelaat optimaal te

1 Deze gegevens hebben betrekking op personen in invaliditeit binnen de algemene regeling in 2023.

2 Deze gegevens hebben betrekking op uitkeringsgerechtigden in invaliditeit binnen de algemene regeling en de regeling der zelfstandigen tijdens het eerste semester van 2025.

begeleiden, rekening houdend met hun kwetsbaarheid en de obstakels waarmee zij kunnen worden geconfronteerd. Daarom heeft deze nieuwe studie tot doel de factoren te identificeren die **de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid voorspellen bij personen die al dan niet zijn opgevolgd door terug naar werk-coördinatoren van CM**.

1. Literatuuroverzicht

Om de **voorspellende factoren voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid** (dus de variabelen die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid kunnen beïnvloeden) te onderzoeken, biedt het IFC-model (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), aangepast voor het domein arbeid, interessante perspectieven (Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden & Kant, 2017). Deze classificatie, in 2001 aangenomen door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), maakt het mogelijk het functioneren van een persoon te beschrijven door rekening te houden met zowel lichamelijke functiestoornissen, beperkingen in activiteiten van het dagelijkse leven en in maatschappelijke participatie, als met de invloed van omgevingsfactoren (Chapireau, 2001). De integratie van deze laatste in het ICF-model betekende een belangrijke vooruitgang, omdat dit bijdroeg tot het inzicht dat “arbeidsongeschiktheid niet langer wordt begrepen als een kenmerk van het individu, maar eerder als het resultaat van een interactie tussen de persoon met een gezondheidsprobleem en omgevingsfactoren” (Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden & Kant, 2017, p. 188, eigen vertaling).

Specifiek aangepast voor het domein arbeid, maakt dit model het mogelijk om contextuele factoren die de arbeidsparticipatie kunnen beïnvloeden nauwkeuriger te identificeren. Het onderscheidt:

- **Werkgerelateerde omgevingsfactoren** zoals de inhoud van de taken (vereisten, autonomie), arbeidsvoorwaarden (arbeidstijden, uitrusting), sociale relaties op het werk, arbeidsomstandigheden (fysieke aspecten, chemische agentia), kenmerken van de onderneming (sector, grootte) en de macro-economische context (wetgeving, arbeidsmarkt);
- **Persoonlijke factoren**, met inbegrip van psychologische hulpbronnen (ervaren gezondheid, zelfvertrouwen), ziekte-gerelateerde elementen (ziekteperceptie, thera-

pietrouw), levensstijl (beweging, voedingsgewoonten) evenals werkgerelateerde persoonlijke factoren (de betekenis van het werk voor de persoon). Sociodemografische variabelen vallen eveneens onder de persoonlijke factoren, maar zijn geen contextuele factoren.

Dit model is onder meer gebruikt in een recente systematische literatuurstudie (Villotti et al., 2024) om voorspellende factoren voor werkhervatting te classificeren bij personen met musculoskeletale aandoeningen en courante psychische stoornissen. Mede op basis van deze classificatie presenteren wij in het vervolg van dit deel de resultaten van studies die factoren onderzochten die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid beïnvloeden.

1.1. Resultaten van studies naar het effect van variabelen die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid beïnvloeden

1.1.1. Inloed van sociodemografische variabelen

Meerdere onderzoeken bestudeerden de invloed van de verschillende ICF-factoren op werkhervatting, waaronder de persoonlijke factoren die niet rechtstreeks verband houden met het werk. Bij de **sociodemografische variabelen**, verlagen een hogere leeftijd, vrouw zijn, en kortgeschoold zijn de kansen op werkhervatting (Baanders, Rijken & Peters, 2002; Botticello, Chen & Tulskey, 2012; Cancelliere et al., 2016; de Vries, Fishta, Weikert, Rodriguez Sanchez & Wegewitz, 2018; Vooijs et al., 2015).

Belgische gegevens bevestigen deze tendensen en tonen aan dat kortgeschoolde werknemers, vrouwen en oudere personen langer arbeidsongeschikt blijven (Bruyneel et al., 2024; Hoge Raad voor de Vergelegenheid, 2024). Deze studies tonen ook een verband aan tussen de regio en de kansen op werkhervatting (volledig of deeltijds), met lagere kansen voor personen in arbeidsongeschiktheid uit Brussel of Wallonië dan deze die in Vlaanderen wonen.

1.1.2. Inloed van omgevingsfactoren

De werkhervatting kan ook positief worden beïnvloed door **werkgerelateerde omgevingsfactoren**, zoals steun van de leidinggevende, collega's, werkaanpassingen, goede communicatie door de werkgever of autonomie (Brouwer, Reneman, Bültmann, Van der Klink & Groothoff, 2010; Cancelliere et al., 2016; Dekkers-Sanchez, 2013; Villotti et al., 2021; Villotti et al., 2024; Vooijs et al., 2015).

Omgekeerd vormen het ontbreken van werkaanpassingen, onvoldoende medewerking van de werkgever, de perceptie van stress en onrechtvaardigheid op het werk, een gebrek aan compensatie voor geleverde inspanningen en hoge jobvereisten (druk en werklast) belangrijke drempels (Dekkers-Sanchez, 2013; Villotti et al., 2021). Hoge werk-eisen kunnen zelfs de angst voor herval of verergering van de gezondheidstoestand versterken, wat indirect de motivatie van de werknemer om snel opnieuw aan het werk te gaan vermindert (Janssen et al., 2003).

1.1.3. Invloed van persoonlijke factoren

Psychologische hulpbronnen zoals het geloof in de eigen herstelkansen (positieve herstelverwachtingen), een sterk gevoel van zelfeffectiviteit (vertrouwen in de eigen capaciteiten), een interne beheersoriëntatie (het beschouwen van resultaten als afhankelijk van zichzelf en niet van externe factoren) of mentale vitaliteit (energie, motivatie, veerkracht) bevorderen doorgaans de werkhervatting (Brouwer, Reneman, Bültmann, Van der Klink & Groothoff, 2010; Dekkers-Sanchez, 2013; de Vries et al., 2018; Villotti et al., 2024). Daarentegen vormen angst (voor herval of pijn), catastroferen (de neiging om zich het slechtst mogelijke scenario voor te stellen) en onaangepaste *coping*- of omgangsstrategieën (manieren om met stress om te gaan) obstakels voor werkhervatting (Dekkers-Sanchez, 2013; Villotti et al., 2024).

Andere studies toonden ook het belang van **ziekte-gerelateerde factoren** aan, zoals de perceptie van de evolutie van de gezondheid: een als positief ervaren gezondheidsverandering vergemakkelijkt de werkhervatting (Villotti et al., 2024). Het gebruik van gezondheidszorg (consultaties bij artsen, medicatie) verhoogt daarentegen het risico dat de arbeidsongeschiktheid zich verlengt tot invaliditeit en dus dat men niet uitstroomt uit arbeidsongeschiktheid (Bruyneel, et al., 2024).

De **werkgerelateerde persoonlijke factoren** spelen eveneens een doorslaggevende rol. Positieve verwachtingen rond de werkhervatting³ (in termen van waarschijnlijkheid en tijdsduur), een positieve houding tegenover het werk, een sterk gevoel van zelfeffectiviteit bij de werkhervatting⁴ (overtuiging van de persoon in diens vermogen om obstakels bij werkhervatting te overwinnen), evenals een positieve zelfbeoordeling van de eigen arbeidsgeschiktheid, bevorderen de werkhervatting (Brouwer, Reneman, Bült-

mann, Van der Klink & Groothoff, 2010; Gragnano, Villotti, Larivière, Negrini & Corbière, 2021; Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden & Kant, 2017; Villotti et al., 2024; Vooijs et al., 2015).

Een recente Belgische studie toonde bovendien aan dat cognitieve en gedragsmatige factoren een belangrijke invloed hebben op de werkhervatting. Zo bleek dat deelnemers die na een rugoperatie verwachtten snel opnieuw aan het werk te gaan, en die een lager risico op aanhoudende pijn inschatten, effectief sneller het werk hervatten (Vlayen, Meulders, Bamelis & Masuy, 2025).

Omgekeerd worden een voorgeschiedenis van absentisme (Dekkers-Sanchez, 2013; de Vries et al., 2018) of het feit dat het werk de (gepercipieerde) oorzaak is van de gezondheidstoestand (Sampere et al., 2012) geassocieerd met een langere duur of een lagere kans op werkhervatting.

1.2. Ontwikkeling van het onderzoeksmodel

Om antwoord te geven op onze onderzoeksvraag “**Welke voorspellende factoren beïnvloeden de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid bij personen die al dan niet zijn opgevolgd door terug naar werk-coördinatoren van CM?**”, onderzoeken wij in deze studie het effect van bepaalde **persoonlijke** (al dan niet werkgerelateerde) **en omgevingsfactoren** die de werkhervatting kunnen bevorderen of belemmeren. Sommige hiervan zijn bijzonder relevant omdat zij kunnen worden aangepast in het kader van terug naar werk-programma's of preventieve interventies (Villotti et al., 2024). Ons model richt zich bijgevolg voornamelijk op het effect van deze factoren op de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid, terwijl ook **sociodemografische variabelen** (leeftijd, geslacht, scholingsgraad, origine, taal, gezins-samenstelling) worden geïntegreerd om zowel het profiel van personen die uitstromen uit arbeidsongeschiktheid te beschrijven als om rekening te houden met hun invloed in de analyses. Daarnaast nemen wij in ons model **variabelen gerelateerd aan arbeidsongeschiktheid** op, waarvan sommige verband houden met de Belgische regelgeving rond arbeidsongeschiktheid. Figuur 1 illustreert dit model en de geselecteerde variabelen.

Op basis van de hiervoor besproken literatuur, formuleren we de volgende hypothesen.

³ *Return-to-work expectations* in het Engels.

⁴ *Return-to-work self-efficacy* in het Engels.

1.2.1. Effect van werkgerelateerde omgevingsfactoren

Belgische gegevens suggereren dat bedienden vaker gebruikmaken van toegelaten arbeid (een regeling waarbij iemand in arbeidsongeschiktheid het werk gedeeltelijk mag hervatten met goedkeuring van de adviserend arts van het ziekenfonds) dan arbeiders, en dat zij ook vlotter uit arbeidsongeschiktheid uitstromen (Bruyneel, et al., 2024; Mutualités Libres, 2023). Daarnaast zou er een positief verband kunnen bestaan tussen de verbondenheid met de arbeidsmarkt (voor de arbeidsongeschiktheid een job hebben eerder dan werkloos zijn) en werkhervatting (Cancelliere et al., 2016). Op basis daarvan veronderstellen we dat personen die **voltijds werkten** vóór de arbeidsongeschiktheid, evenals personen met **intellectueel werk**, meer kans hebben om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid.

1.2.2. Effect van factoren gerelateerd aan de arbeidsongeschiktheid

We veronderstellen dat bepaalde variabelen die samenhangen met de Belgische regelgeving rond arbeidsongeschiktheid – met name de categorisering en het initiatief voor de terugkeer naar werk – de kans op uitstroom uit arbeidsongeschiktheid kunnen beïnvloeden.

De **categorisering** is een inschatting van wat een persoon fysiek en psychisch nog kan, gebaseerd op het medisch dossier van de gerechtigde en op een door hem of haar ingevulde vragenlijst. De categorieën zijn als volgt gedefinieerd:

- **Categorie 1:** personen die op korte termijn (uiterlijk tegen het einde van de zesde maand arbeidsongeschiktheid) spontaan het werk zouden kunnen hervatten;
- **Categorie 2:** personen voor wie een werkhervatting om medische redenen niet mogelijk lijkt;
- **Categorie 3:** personen voor wie een werkhervatting voorlopig niet aan de orde is, omdat prioriteit moet worden gegeven aan diagnose of medische behandeling;
- **Categorie 4:** personen voor wie werkhervatting mogelijk lijkt na één of meerdere aanpassings- en/of begeleidingsacties (RIZIV, 2022).

In onze studie is de onderzoeksvraag niet getest voor personen in categorie 2, voor wie werkhervatting medisch niet mogelijk is, noch voor personen in categorie 1, bij wie

een spontane en snelle werkhervatting wordt verwacht en waarvan de determinanten sterk kunnen verschillen van deze van personen met nood aan begeleiding.

Wat betreft **het initiatief voor de opvolging**, kan het terugkeer naar werk-traject op twee manieren worden gestart: op initiatief van de adviserend arts, of op initiatief van de persoon zelf. We veronderstellen dat personen die zelf het initiatief nemen voor een terugkeer naar werk-traject, positiever staan tegenover hun kansen op werkhervatting en daardoor meer kans hebben om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid.

Ten slotte veronderstellen we, op basis van studies die aantonen dat voorspellende factoren van arbeidsongeschiktheid kunnen verschillen volgens het **type pathologie** (Villotti et al., 2024) en dat **de duur van de arbeidsongeschiktheid** de tijd tot werkhervatting verlengt (Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2024), dat ook deze variabelen invloed uitoefenen op de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid.

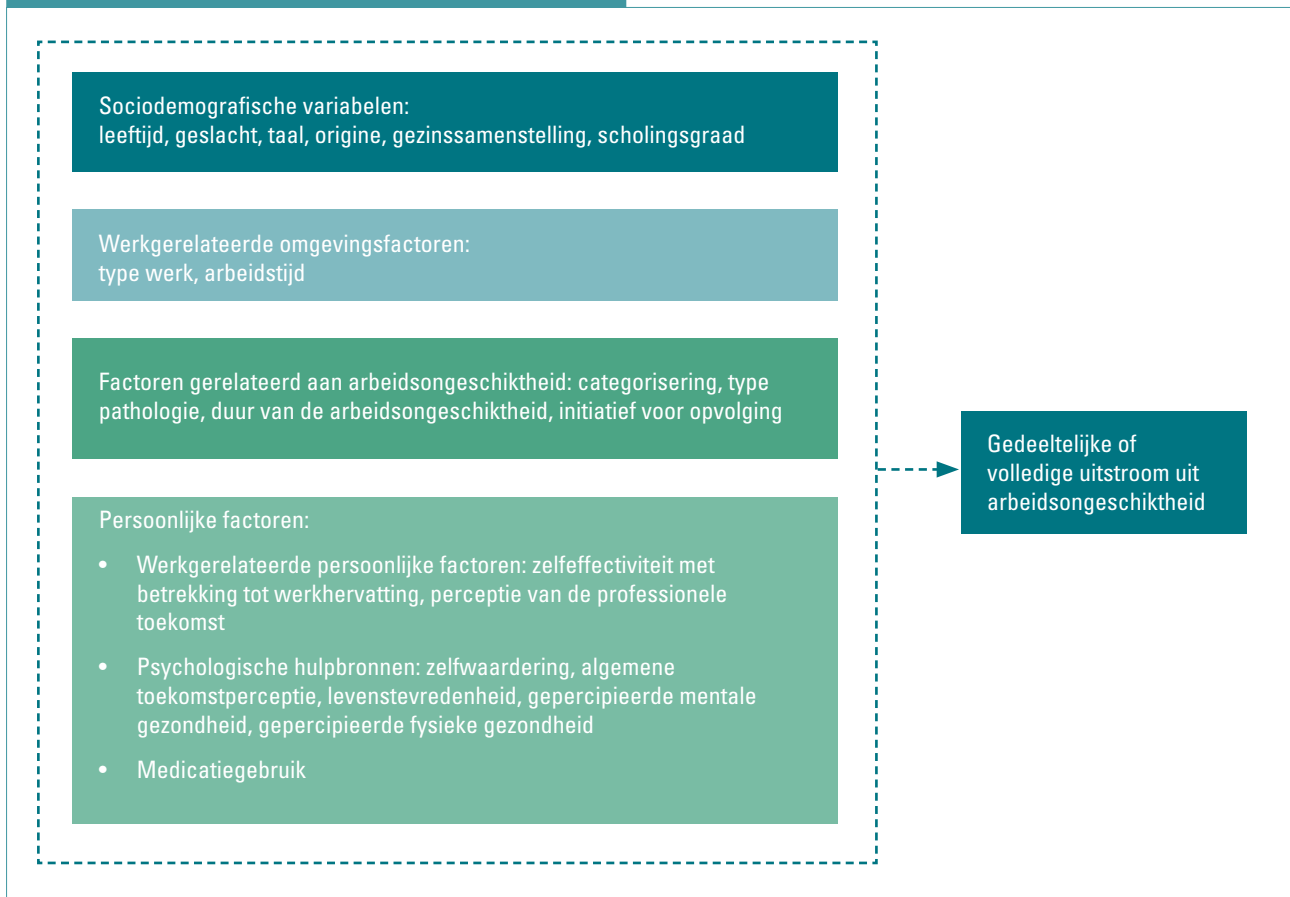
1.2.3. Effect van persoonlijke factoren

Voor effecten van **werkgerelateerde persoonlijke factoren**, tonen studies aan dat een **sterk** gevoel van zelfeffectiviteit, evenals een **optimistische perceptie** van **werkhervatting**, een snellere of meer waarschijnlijke werkhervatting voorspellen (Cancelliere et al., 2016; Gragnano et al., 2021; Villotti et al., 2024). We formuleren daarom de hypothese dat een hoog gevoel van zelfeffectiviteit en een positieve perceptie van de professionele toekomst de kans vergroten op uitstroom uit arbeidsongeschiktheid.

Op basis van de literatuur over de rol van **psychologische hulpbronnen** bij werkhervatting (Brouwer et al., 2010; Dekkers-Sanchez, 2013; De Vries et al., 2018; Villotti et al., 2024), veronderstellen we eveneens dat **tevredenheid met het leven**, een sterke **zelfwaardering**, een **positieve toekomstperceptie in het algemeen**, en een **positieve perceptie van de mentale en fysieke gezondheid**, de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid positief beïnvloeden.

Tot slot veronderstellen we, op basis van het vastgestelde verband tussen een **hoog medicatiegebruik** en de verlenging van arbeidsongeschiktheid richting invaliditeit (Bruyneel et al., 2024), dat deze variabele negatief samenhangt met de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid.

Figuur 1: Onderzoeksmodel



2. Methode

2.1. Steekproef

Dit onderzoek is gebaseerd op drie online enquêtes, uitgevoerd door CM tussen november 2023 en maart 2025. Bij het eerste meetmoment (T1, november 2023) zijn 69.527 CM-leden gecontacteerd die op het moment van verzending van de enquête minstens drie maanden en maximaal vier jaar arbeidsongeschikt waren. Van deze personen vulden er 5.100⁵ de vragenlijst volledig in, en stemden 3.322 ermee in om opnieuw gecontacteerd te worden in het kader van het vervolg van de studie. In juli 2024 (T2) ontvingen deze personen de tweede vragenlijst, die door

1.727 personen volledig is ingevuld (responsgraad 52%). In maart 2025 (T3) zijn de 1.371 deelnemers die hun toestemming hadden gegeven, gecontacteerd voor een derde en laatste vragenlijst, waarvan 692 deze volledig invulden (responsgraad 50%).

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn enkel de personen geselecteerd die aan alle drie de meetmomenten deelnamen en aan de volgende specifieke criteria voldeden:

- Het referentienummer correct hebben ingevoerd⁶;
- Hun toestemming hebben gegeven voor gegevenskoppeling⁷ en beschikken over volledige administratieve gegevens voor de relevante variabelen⁸;

5 Waarvan 2.299 op het moment van het onderzoek nog steeds arbeidsongeschikt waren.

6 Om hun antwoorden uit het derde meetmoment te kunnen koppelen aan die van het tweede en het eerste meetmoment.

7 Om administratieve gegevens over arbeidsongeschiktheid uit hun ziekenfondsdossier te kunnen gebruiken.

8 Bijvoorbeeld: beschikken over een ingevulde waarde voor de variabele 'categorie'.

- Arbeidsongeschikt of invalide zijn geweest bij het eerste meetmoment⁹;
- Beschikken over een restcapaciteit die overeenkomt met categorie 3 of categorie 4¹⁰.

Na toepassing van deze criteria omvat de finale steekproef **340 deelnemers**, met hoofdzakelijk **vrouwen (71%)**, **personen van Belgische origine (90%)**, **woonachtig in Vlaanderen (57%)** en mensen die **intellectueel werk uitoefenen (58%)**. Meer dan de helft (53%) lijdt aan fysieke aandoeningen (bijvoorbeeld kanker, verstuikingen, musculoskeletale aandoeningen) en 47% aan mentale aandoeningen (bijvoorbeeld burn-out, depressie). Bij T3 bedraagt de **gemiddelde gecumuleerde duur** van de arbeidsongeschiktheid **3 jaar** (standaardafwijking = 1,3 jaar) en de gemiddelde leeftijd is **51 jaar** (standaardafwijking = 9 jaar). Tabel 1 geeft de volledige beschrijving van de steekproef.

Wat betreft de categorisering, behoort **14%** tot **categorie 4** (n = 46). **86%** behoort tot **categorie 3** (n = 278), een percentage dat binnen het door het RIZIV vastgestelde bereik ligt voor het aandeel personen dat op verschillende momenten van de arbeidsongeschiktheid in categorie 3 wordt geplaatst: vóór het einde van de vierde maand (78%), tijdens de zevende maand (93%), tijdens de elfde maand (86%) en op het moment van de verlenging tot invaliditeit (79%), volgens de gegevens van maart 2025 uit de terug naar werk-barometer van het RIZIV (2026b). **Deze vergelijking moet echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd**, aangezien onze steekproef enkel personen uit de categorieën 3 en 4 omvat, terwijl de RIZIV-gegevens betrekking hebben op een populatie waarin alle categorieën zijn opgenomen (inclusief de categorieën 1 en 2). Bovendien weerspiegelt onze categorisering de situatie van de personen bij het derde meetmoment, zonder aanduiding van het exacte moment waarop deze is vastgesteld. Daarnaast betreffen de voorgestelde gegevens uitsluitend personen die aan de studie deelnamen en geven ze dus geen reëel beeld van de categoriseringsgraad van alle CM-leden die arbeidsongeschikt zijn.

In het algemeen geldt dat wanneer een persoon in categorie 4 wordt ingedeeld, een aanvraag voor een terug naar werk-traject wordt ingediend en die persoon wordt doorverwezen naar een TNW-coördinator. Zoals eerder vermeld, telde onze steekproef 46 personen in categorie 4. Van hen hadden 31 tijdens de bestudeerde periode al contact gehad met een TNW-coördinator. Van de 15 personen zonder contact, waren er 12 intussen gedeeltelijk of volledig uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid, en werden er 3 opgevolgd na het derde meetmoment van de studie (dus na maart 2025). Daarnaast omvat de groep van opgevolgde personen ook een aanzienlijk aandeel personen in categorie 3 (50%, of eveneens 31 personen). In totaal had **18%** (n = 62) van de respondenten tijdens de bestudeerde periode minstens één contact met een TNW-coördinator, terwijl **82%** (n = 278) niet werd opgevolgd. Deze respondenten bevonden zich grotendeels (95%¹¹) in categorie 3. Ter herinnering: voor deze personen is werkhervatting voorlopig niet aan de orde omdat prioriteit moet worden gegeven aan diagnose of medische behandeling.

Verder zijn de opgevolgde en niet-opgevolgde personen vergeleken op andere criteria: onder de **opgevolgde respondenten** bevinden zich proportioneel meer personen die alleen wonen of alleen met kind(eren) (44% tegenover 25% in de groep 'niet-opgevolgd'), meer mannen (40% tegenover 26%), meer personen die in Wallonië wonen eerder dan in Vlaanderen¹² (52% tegenover 35%), meer personen die kortgeschoold zijn (29% tegenover 13%), die een manueel beroep uitoefenen (57% tegenover 39%) en die lijden aan musculoskeletale aandoeningen (36% tegenover 22%). Al deze verschillen zijn statistisch significant (Chi-kwadraattoets; p < 0,05). Gezien deze significante verschillen tussen opgevolgde en niet-opgevolgde respondenten, zijn de analyses om onze hypothesen te toetsen afzonderlijk uitgevoerd voor deze twee groepen.

9 Deze voorwaarde was noodzakelijk, aangezien deze studie tot doel heeft de voorspellende factoren van uitstroom uit arbeidsongeschiktheid op het derde meetmoment te onderzoeken.

10 Zie verantwoording in deel 1.2.2.

11 De resterende 5% betreft de 15 personen uit categorie 4 die hiervoor zijn vermeld.

12 Door een onvoldoende aantal respondenten uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (n = 18), was het niet mogelijk om het verschil in aandeel voor dit gewest statistisch te testen.

Tabel 1: Beschrijving van de personen die aan de drie meetmomenten hebben deelgenomen (Bron: CM)

		N	%	Gemiddelde (standaard-afwijking)
Leeftijd		340		51 (8,7)
Geslacht	Vrouwen	242	71%	
	Mannen	98	29%	
Origine	Belgisch zonder migratieachtergrond	305	90%	
	Belgisch met migratieachtergrond of niet-Belgisch	35	10%	
Regio	Vlaanderen	194	57%	
	Wallonië	121	36%	
	Brussel	18	5%	
	Buiten België	7	2%	
Taal	Frans	144	42%	
	Nederlands	196	58%	
Scholingsgraad	Lager onderwijs, lager secundair of hoger secundair	157	46%	
	Hoger onderwijs (korte of lange type)	183	54%	
Gezinssamenstelling	Alleen of alleen met kind(eren)	97	28%	
	Met partner	132	39%	
	Met partner en kind(eren)	111	33%	
Arbeidstijd	Deeltijds	123	36%	
	Voltijds	217	64%	
Type werk	Manueel	143	42%	
	Intellectueel	197	58%	
Pathologie	Fysiek	182	53%	
	Mentaal	158	47%	
Categorie	Categorie 3	294	86%	
	Categorie 4	46	14%	
Opvolging door TNW-coördinator	Nee	278	82%	
	Ja	62	18%	
Duur arbeidsongeschiktheid (in maanden)		340		36 (16,5)

2.2. Metingen

De variabelen van het onderzoeksmodel zijn gemeten, hetzij via zelfgerapporteerde gegevens (online vragenlijst), hetzij op basis van administratieve gegevens van het ziekenfonds. De onafhankelijke variabelen zijn verzameld tijdens de eerste twee meetmomenten (T1 of T2), de afhankelijke variabele (uitstroom uit arbeidsongeschiktheid) bij T3. Dit laat toe een temporeel verloop tussen deze variabele en de verschillende voorspellers te meten (longitudinaal design).

2.2.1. Sociodemografische en werk-gerelateerde omgevingsvariabelen

Deze variabelen, verzameld bij T1 via de antwoorden op de online vragenlijst, zijn categorisch gecodeerd om een duidelijke interpretatie van de regressiecoëfficiënten mogelijk te maken:

- **Leeftijd**: continue variabele (chronologische leeftijd);
- **Geslacht** (0 = man en 1 = vrouw);
- **Taal** (0 = Frans en 1 = Nederlands);

- **Gezinssamenstelling** (1 = alleen, 2 = met kind(eren), 3 = met partner en 4 = met partner en kind(eren));
- **Scholingsgraad** (1 = lager onderwijs of lager secundair, 2 = hoger secundair, 3 = hoger onderwijs van het korte type en 4 = hoger onderwijs van het lange type);
- **Origine** (0 = Belgisch en 1 = niet-Belgisch of Belgisch met migratieachtergrond);
- **Type werk** (0 = manueel en 1 = intellectueel);
- **Arbeidstijd** vóór de arbeidsongeschiktheid, gecodeerd op een schaal gaande van 1 = minder dan halftijds tot 5 = voltijds.

2.2.2. Variabelen gerelateerd aan arbeidsongeschiktheid

De aan arbeidsongeschiktheid gerelateerde variabelen komen uit het administratieve dossier van de deelnemers die hun toestemming gaven voor gegevenskoppeling en zijn als volgt gecodeerd:

- Meest recente **categorie**¹³: 0 = categorie 3 en 1 = categorie 4;
- **Type pathologie**¹⁴: 0 = musculoskeletale of andere aandoeningen en 1 = mentale aandoeningen/burn-out;
- **Duur van de arbeidsongeschiktheid** bij T1, initieel beschikbaar als gecumuleerd aantal dagen, hergecodeerd als 0 = primaire arbeidsongeschiktheid (< 12 maanden) en 1 = invaliditeit (≥ 12 maanden);
- **Initiatief voor de opvolging**, gecodeerd als 0 = adviserend arts en 1 = lid, naargelang wie het terug naar werk-traject initieerde.

2.2.3. Persoonlijke factoren¹⁵

De variabelen over welbevinden en subjectieve gezondheid zijn gemeten met gevalideerde schalen uit de wetenschappelijke literatuur, meestal op Likert-schalen van 1 tot 5. Factoranalyses toonden aan dat de factorlading van alle items van deze schalen voldoende hoog was (> 0,40), en interne consistentie-analyses wezen op bevredigende Cronbach-alfa's ($\alpha > 0,70$).

Het **gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting** is gemeten aan de hand van de 11-itemschaal van Lagerfeld, Blonk, Brenninkmeijer en Schaufeli (2010) ($\alpha = 0,94$), waarbij deelnemers aangaven in welke mate ze instemden met de volgende stellingen: "Na mijn werkhervatting verwacht ik ...

- In staat te zijn om met tegenslagen om te gaan;
- Mijn professionele taken niet te kunnen uitvoeren wegens mijn emotionele toestand^{*16};
- Mijn persoonlijke grenzen op het werk te kunnen aangeven;
- Mijn taken op het werk te kunnen uitvoeren;
- Emotioneel moeilijke situaties aan te kunnen;
- Geen energie meer te hebben om iets anders te doen*;
- Mij te kunnen concentreren op mijn werk;
- Met werkdruk om te kunnen gaan;
- Mogelijke problemen op het werk niet te kunnen beheersen*;
- Mij te kunnen motiveren om mijn werk uit te voeren;
- De fysieke eisen van mijn werk aan te kunnen."

De **toekomstperspectieven op professioneel en algemeen vlak** zijn gemeten aan de hand van zes items uit respectievelijk de schaal van Zacher en Frese (2009) en deze van Carstensen en Lang (1996), met interne consistentie-indices van 0,90 en 0,88. De **zelfwaardering** is gemeten met de schaal van Rosenberg (1965) ($\alpha = 0,92$), en de **levenstevredenheid** met de schaal van Blais, Vallerand, Pelletier en Brière (1989) ($\alpha = 0,84$).

De **mentale gezondheid** is gemeten met de *General Health Questionnaire-12* (Goldberg, 1972) ($\alpha = 0,90$), en de **fysieke gezondheid** met items uit de vragenlijst over werkvermogen (Fonds voor de Professionele Ervaring, 2009) ($\alpha = 0,80$). Tot slot is het **medicatiegebruik** gemeten met vragen over de wekelijkse gebruiksfrequentie van verschillende geneesmiddelen ($\alpha = 0,60$).

13 Aangezien de categorisering in de loop der tijd kan wijzigen, is – om het aantal ontbrekende gegevens zo beperkt mogelijk te houden – de meest recent gekende categorie gebruikt.

14 Voor de beschrijvende analyses is volgende codering gehanteerd: 1 = mentale stoornissen en burn-out; 2 = musculoskeletale aandoeningen; 3 = andere pathologieën.

15 Om een coherente temporele relatie met de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid te garanderen, zijn de variabelen gemeten op T2 – dat wil zeggen ongeveer acht maanden vóór de beoordeling van de arbeidsongeschiktheidsstatus op T3 – gebruikt in de analyses. Deze keuze maakt het mogelijk om rekening te houden met recente psychosociale factoren en tegelijk temporele precedentie ten opzichte van de afhankelijke variabele te verzekeren.

16 *Negatief geformuleerde items.

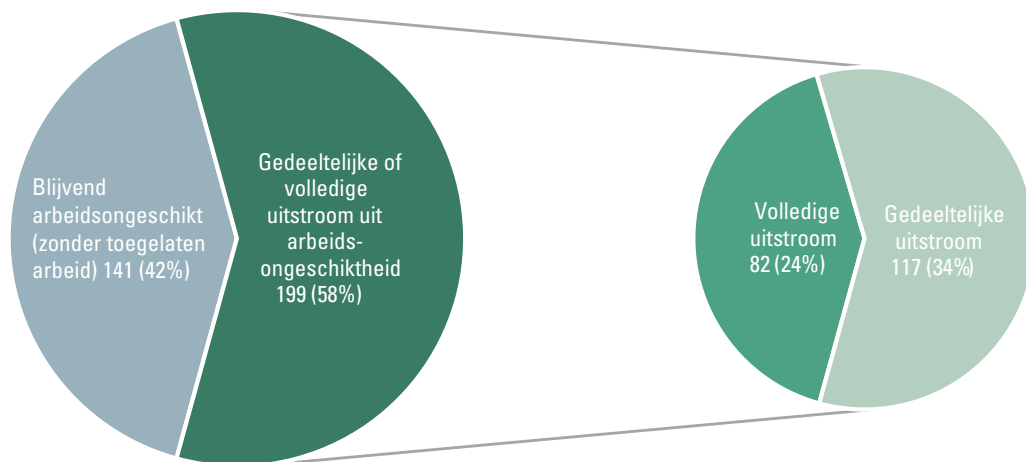
2.2.4. Uitstroom uit arbeidsongeschiktheid

De variabele 'uitstroom uit arbeidsongeschiktheid' is geconstrueerd op basis van administratieve gegevens van de deelnemers, door een combinatie van twee bij het derde meetmoment (T3) geëxtraheerde informatie-elementen: de status van arbeidsongeschiktheid (ja/nee) en de aanwezigheid van toegelaten arbeid (ja/nee). **Een persoon werd beschouwd als gedeeltelijk of volledig uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid indien die bij T3 niet langer arbeidsongeschikt was of toegelaten arbeid uitoefende;** in de andere gevallen is de persoon gecodeerd als niet uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid.

Bij T3 waren er van de 340 deelnemers 199 (58%) gedeeltelijk of volledig uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid¹⁷ (zie Figuur 2): 82 volledig (24% van de totale steekproef)

en 117 gedeeltelijk via toegelaten arbeid (34% van de totale steekproef). De overige 141 personen (42%) waren in maart 2025 nog steeds arbeidsongeschikt zonder toegelaten arbeid. Deze situatie weerspiegelt de toestand op het moment van het derde meetmoment en sluit een latere uitstroom uit arbeidsongeschiktheid niet uit, aangezien trajecten van werkhervatting zich soms over langere periodes uitstrekken. Het globale aandeel toegelaten arbeid in de steekproef – 34% – ligt duidelijk hoger dan de nationale cijfers (in 2023 volgens het RIZIV ongeveer 17%). Dit verschil kan waarschijnlijk worden verklaard door de specifieke inclusiecriteria van onze studie (uitsluitend categorieën 3 en 4, personen die bij de start van de studie minstens drie maanden en maximaal vier jaar arbeidsongeschikt waren), evenals door de meer recente observatieperiode (2025), waarbij het gebruik van toegelaten arbeid de afgelopen jaren is toegenomen (Solidaris, 2026).

Figuur 2: Aantal personen dat gedeeltelijk of volledig uit de arbeidsongeschiktheid is gestroomd op het derde meetmoment (Bron: CM)



17 Mogelijke redenen waarom iemand niet langer als arbeidsongeschikt wordt beschouwd, zijn onder meer: terugkeer naar de arbeidsmarkt (hetzij via werkhervatting, hetzij via werkloosheid), pensionering of overlijden. In het kader van deze studie is dit laatste uitgesloten, aangezien alle in de analyse opgenomen personen het onlinevragenformulier op het derde meetmoment invulden en dus op dat moment in leven waren. Wat uitstroom via werkloosheid betreft, kan worden verondersteld dat dit in onze steekproef beperkt is, aangezien slechts 4,7% (n = 16) van de respondenten aangaf werkloos te zijn op het eerste meetmoment. Wat uitstroom wegens pensionering betreft, stelt het RIZIV (2025) in zijn barometer vast dat er in de maand mei een hoog aantal uitstroomgevallen richting pensioen is. Aangezien onze gegevens de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid meten op het derde meetmoment (maart 2025), is het weinig waarschijnlijk dat pensionering een belangrijk uitstroommotief vormt in onze steekproef. Deze elementen doen vermoeden dat het overgrote deel van de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid in deze studie overeenkomt met een effectieve hervatting van betaalde arbeid.

2.3. Analyses

De analyses zijn uitgevoerd met de software IBM SPSS 23. In een eerste fase is met **beschrijvende statistieken** de steekproef beschreven (globaal en voor de groepen 'opgevolgd' en 'niet opgevolgd'; zie Deel 2.1). Vervolgens is een aanvullende beschrijvende analyse uitgevoerd om een 'profieltype' te identificeren van personen die bij het derde meetmoment uitgestroomd waren uit arbeidsongeschiktheid. De verschillen tussen personen die wel en niet waren uitgestroomd zijn getoetst met **Chi-kwadraattoetsen** (χ^2). Daarna zijn met **correlatieanalyses** de relaties onderzocht tussen de variabelen gemeten op T1 of T2 en de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid bij T3, en dit afzonderlijk voor de groepen 'opgevolgd' en 'niet-opgevolgd' (door een TNW-coördinator).

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn vervolgens **multivariate logistische regressies** uitgevoerd. Daarbij zijn hiërarchische modellen getest: vier opeenvolgende modellen voor de groep 'opgevolgd' (met toevoeging van achtereenvolgens demografische variabelen, variabelen gerelateerd aan de werkomgeving en aan de arbeidsongeschiktheid, en ten slotte persoonlijke factoren), en zes modellen¹⁸ voor de groep 'niet opgevolgd' (demografische variabelen, variabelen gerelateerd aan de werkomgeving, variabelen gerelateerd aan de arbeidsongeschiktheid, werkgerelateerde persoonlijke factoren, psychologische hulpbronnen en medicatiegebruik).

De resultaten van deze modellen worden weergegeven in de vorm van *odds ratios* (OR). De *odds ratio* (OR) of kansenverhouding meet de associatie tussen een onafhankelijke variabele gemeten op T1 of T2 (bijvoorbeeld het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting) en de kans om bij T3 uitgestroomd te zijn uit arbeidsongeschiktheid. Bij een OR gelijk aan 1, is in dit voorbeeld de kans op uitstroom identiek ongeacht het niveau van zelfeffectiviteit; bij een OR groter dan één, is de kans op uitstroom groter naarmate het niveau van zelfeffectiviteit toeneemt; bij een OR kleiner dan 1, neemt de kans op uitstroom af naarmate het niveau van zelfeffectiviteit stijgt. De OR-coëfficiënten worden dus geïnterpreteerd als een maat voor de samenhang tussen de onafhankelijke variabelen (bijvoorbeeld het gevoel van zelfeffectiviteit) en het al dan niet uitstromen uit arbeidsongeschiktheid.

2.4. Beperkingen

Hoewel deze studie steunt op een **solide methodologisch opzet** – met drie meetmomenten die telkens acht maanden uit elkaar liggen en het gecombineerd gebruik van zelfge rapporteerde en administratieve gegevens – moet rekening gehouden worden met verschillende beperkingen.

De eerste beperking betreft de **omvang van de definitieve steekproef** ($n = 340$). Deze is verkleind door de uitval van deelnemers¹⁹ in de loop van de drie meetmomenten, een frequent voorkomend fenomeen in longitudinaal onderzoek, en door de noodzaak om exclusiecriteria toe te passen om de onderzoeksvraag te kunnen toetsen. Niettemin blijft de uiteindelijke steekproefgrootte vergelijkbaar met gangbare normen binnen dit onderzoeksdomein. Zo toont een systematische literatuurreview over de longitudinale ontwikkeling van welzijn op het werk aan dat de meeste studies in hun analyse 200 tot 300 deelnemers opnemen die aan alle meetmomenten hebben deelgenomen (Mäkikangas, Kinnunen & Wilmar, 2016). Er moet wel worden benadrukt dat in de regressieanalyses enkel de modellen voor de groep 'niet-opgevolgd' beschikten over een voldoende aantal gebeurtenissen om te voldoen aan de statistische aanbevelingen over stabiliteit van schattingen (Peduzzi, Concato, Kemper, Holford & Feinstein, 1996). De **resultaten voor de groep 'opgevolgd'** moeten dan ook als **exploratief** worden beschouwd en met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Daarnaast is de steekproef **niet volledig representatief** voor de totale populatie van personen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit. In vergelijking met de populatie in invaliditeit binnen de algemene regeling (RIZIV, 2023a), bevat onze steekproef proportioneel meer vrouwen (71% tegenover 61%), meer personen wonend in Vlaanderen (57% tegenover 51%), meer met een intellectueel beroep (58%, terwijl de populatie in invaliditeit bestaat uit 37% werknemers en 63% arbeiders) en meer met psychische aandoeningen (47% tegenover 42%). De steekproef is daarentegen voldoende representatief wat leeftijd betreft (77% werknemers ouder dan 45 jaar tegenover 76 % in de populatie).

18 Aangezien de steekproefomvang groter was voor de groep 'niet gevolgd', konden in deze analyses meer variabelen worden opgenomen dan bij de groep 'gevolgd'.

19 Verlies van deelnemers in de tijd.

Deze variabelen (leeftijd, geslacht, type beroep en type pathologie) werden echter in de analyses opgenomen als controlevariabelen, waardoor met hun potentiële effect op de kans op uitstroom uit arbeidsongeschiktheid rekening wordt gehouden. De resultaten van de modellering zouden hierdoor niet structureel vertekend mogen zijn.

Ten slotte meet de **afhankelijke variabele** de **gedeeltelijke of volledige uitstroom** uit arbeidsongeschiktheid, zonder nauwkeurig onderscheid volgens onderliggende reden (werkhervatting, werkloosheid, pensionering). De opname van toegelaten arbeid garandeert echter dat het voor een groot deel van de personen uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid, wel degelijk om een gedeeltelijke werkhervatting gaat. Bovendien vermindert het lage aandeel respondenten dat vóór de arbeidsongeschiktheid werkloos was het risico op verwarring, en vormen overlijdens geen reden voor uitstroom binnen onze steekproef, aangezien alle in de analyse opgenomen personen deelnamen aan de bevraging bij het derde meetmoment en dus op dat moment in leven waren.

3. Resultaten

3.1. Profieltype van deelnemers uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid op T3

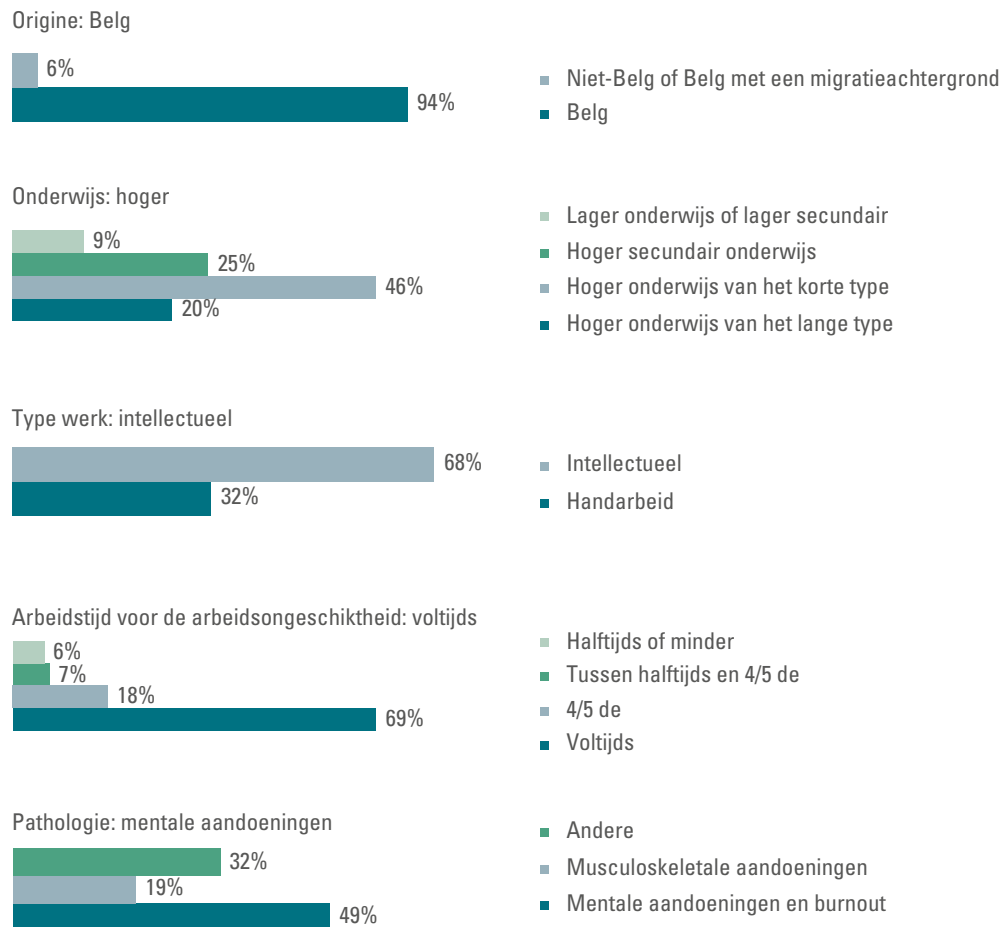
De beschrijvende analyses, uitgevoerd vóór het toetsen van onze hypothesen, maakten het mogelijk om het sociodemografisch profiel te bepalen van de deelnemers die bij het derde meetmoment geheel of gedeeltelijk uitgestroomd waren uit arbeidsongeschiktheid ($n = 199$) (zie Figuur 3). In vergelijking met personen die nog steeds arbeidsongeschikt zijn ($n = 141$), zijn deze personen **vaker afgestudeerd in het hoger onderwijs** (66% tegenover 37%), oefenen zij **vaker een intellectueel beroep** uit (68% tegenover 43%), werkten zij **vóór de arbeidsongeschiktheid vaker voltijds** (70% tegenover 56%) en zijn zij **vaker Belg zonder migratie-achtergrond** (94% tegenover 84%). Verder telt deze groep een groter aandeel personen met een periode van **primaire arbeidsongeschiktheid** (29% tegenover 18%)²⁰. Al deze verschillen zijn statistisch significant (Chi-kwadraattoets, $p < 0,05$). Op een marginaal significant niveau ($p < 0,10$) vertonen personen uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid ook **vaker mentale aandoeningen** (49% tegenover 43%) of **andere pathologieën** (31% tegenover 27%) dan musculoskeletale aandoeningen (20% tegenover 30%).

3.2. Voorspellende factoren voor uitstroom uit arbeidsongeschiktheid

De variabelen opgenomen in de logistische regressiemodellen zijn geselecteerd op basis van de wetenschappelijke literatuur en een voorafgaande correlatieanalyse met uitstroom uit arbeidsongeschiktheid. Enkel de variabelen die significant correleerden ($p < 0,05$) met uitstroom uit arbeidsongeschiktheid zijn geïntegreerd in de regressiemodellen. Zoals methodologisch voorzien (zie Deel 2.1.) zijn de analyses afzonderlijk uitgevoerd naargelang personen wel of niet zijn opgevolgd door een terug naar werk-coördinator.

20 Invaliditeit blijft in beide groepen dominant, aangezien personen in invaliditeit talrijker zijn in de steekproef.

Figuur 3: Profieltype van de deelnemers uitgestroomd arbeidsongeschiktheid op het derde meetmoment (Bron: CM)



3.2.1. Resultaten voor de groep 'opgevolgd'

Voor de groep 'opgevolgd' (n = 62) tonen de stapsgewijze logistische regressies aan dat in model 1 de **scholingsgraad** en de **taal** samenhangen met de kans om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid. We zien een hogere kans bij personen met een diploma hoger onderwijs – vooral van het lange type, en in mindere mate van het korte type – en bij Nederlandstaligen (zie Tabel 2). Het toevoegen van het type werk in model 2 verbetert de voorspelling niet.

In model 3 toont de toevoeging van de **categorie** aan dat deelnemers in **categorie 3** vaker uit arbeidsongeschiktheid zijn uitgestroomd dan deze in categorie 4. Deze bevinding wordt bevestigd door de beschrijvende analyses: van de 62 opgevolgde personen, was 58% van de personen in categorie 3 bij het derde meetmoment geheel of ge-

deeltelijk uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid, tegenover slechts 32% van diegenen in categorie 4; dit verschil is statistisch significant ($p < 0,05$). Dit resultaat leidde tot een verdiepende analyse waarin personen in categorie 4 zijn vergeleken met personen in categorie 3 binnen de totale steekproef (n = 340). Personen in **categorie 4** (n = 46) wonen proportioneel vaker alleen dan deze in categorie 3 (30% tegenover 16%), oefenen vaker **manuele beroepen** uit (57% tegenover 40%), werkten vóór de arbeidsongeschiktheid vaker **deeltijds** (48% tegenover 34%) en lijden vaker aan **mentale of musculoskeletale aandoeningen, dan aan andere aandoeningen** (87% tegenover 68%). Daarnaast **nemen opgevolgde personen in categorie 4, vergeleken met opgevolgde personen in categorie 3, veel minder vaak zelf het initiatief** tot het starten van een begeleidingstraject (10% tegenover 68%). Al deze verschillen zijn statistisch significant.

Tabel 2: Resultaten van de regressieanalyses die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid voorspellen bij de opgevolgde respondenten (n = 62) (Bron: CM)

Voorspellende variabelen	Model met categorie				Model met initiatief voor de opvolging			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Taal (ref: Franstalig)	3,29*	3,28†	9,03*	7,84*	3,29*	3,28†	18,5*	18,17*
Scholingsgraad (ref: lager onderwijs of lager secundair)								
Hoger secundair	0,45	0,45	0,47	0,40	0,45	0,45	0,39	0,30
Hoger onderwijs (korte type)	3,44†	3,29	2,37	1,19	3,44†	3,29	2,21	0,87
Hoger onderwijs (lange type)	7,61*	7,27†	5,10	3,10	7,61*	7,27†	15,7*	6,38
Type werk (ref: manueel)	-	1,08	1,35	1,65		1,08	1,24	1,61
Categorie (ref: categorie 3) of initiatief voor de opvolging (ref: adviserend arts)	-		0,15*	0,14*			12,29*	17,8*
Zelfwaardering	-			0,76				0,69
Levenstevredenheid	-			1,51				1,71
Mentale gezondheid	-			2,76				3,14

Noot. N = 62. De odds ratio's (OR) per model worden weergegeven. Associaties worden als significant beschouwd als het 95%-betrouwbaarheidsinterval de waarde 1 niet bevat ($p < 0,05$).

† $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Om rekening te houden met het **nauwe verband tussen de categorie categorie en het initiatief voor de opvolging**, is in de regressieanalyses een alternatief model getest waarbij de variabele 'categorie' is vervangen door '**initiatief voor de opvolging**'. De resultaten tonen dat personen die hun traject **op eigen initiatief** startten een hogere kans hebben om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid dan personen bij wie het traject op advies van de adviserend arts is gestart.

Ten slotte blijkt in model 4 (zowel met de variabele categorie als met het initiatief voor de opvolging) dat de toevoeging van subjectieve persoonlijke factoren (zelfwaardering, levenstevredenheid, mentale gezondheid) geen significante associatie vertoont met de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid binnen de groep 'opgevolgd'.

3.2.2. Resultaten voor de groep 'niet-opgevolgd'

Voor de groep 'niet-opgevolgd' (n = 278) tonen de logistische regressieanalyses aan dat in model 1 **scholingsgraad** en **origine** significante voorspellers zijn van de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid (zie Tabel 3). Personen met een diploma hoger onderwijs (zowel van het korte als van het lange type) hebben een aanzienlijk hogere kans om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid dan personen die korter geschoold zijn. Omgekeerd hebben niet-Belgische personen of Belgische personen met een migratieachtergrond een lagere kans op uitstroom dan personen van Belgische origine zonder migratieachtergrond. **Leef-tijd** vertoont een marginaal significant effect, suggerevend dat oudere personen iets minder kans hebben om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid. Merk op dat we in dit model het effect van de categorie niet hebben getest, omdat deze niet significant correleerde met de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid; met andere woorden, voor de niet-opgevolgde personen die in deze studie zijn bevraagd, lijkt het behoren tot categorie 3 of 4 niet samen te hangen met de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid.

In model 2 toont de toevoeging van werkgerelateerde omgevingsvariabelen het effect aan van de **arbeidstijd vóór de arbeidsongeschiktheid**: voltijds werken vóór de arbeidsongeschiktheid verhoogt de kans op uitstroom. **Het type werk** (manueel of intellectueel) is in dit stadium nog niet significant, maar wordt dat wel in de modellen 4 tot 6, waarbij personen met **een intellectueel beroep** een hogere kans hebben op uitstroom uit arbeidsongeschiktheid. Model 3 introduceert de duur van de arbeidsongeschiktheid, evenwel zonder een significant effect van deze variabele.

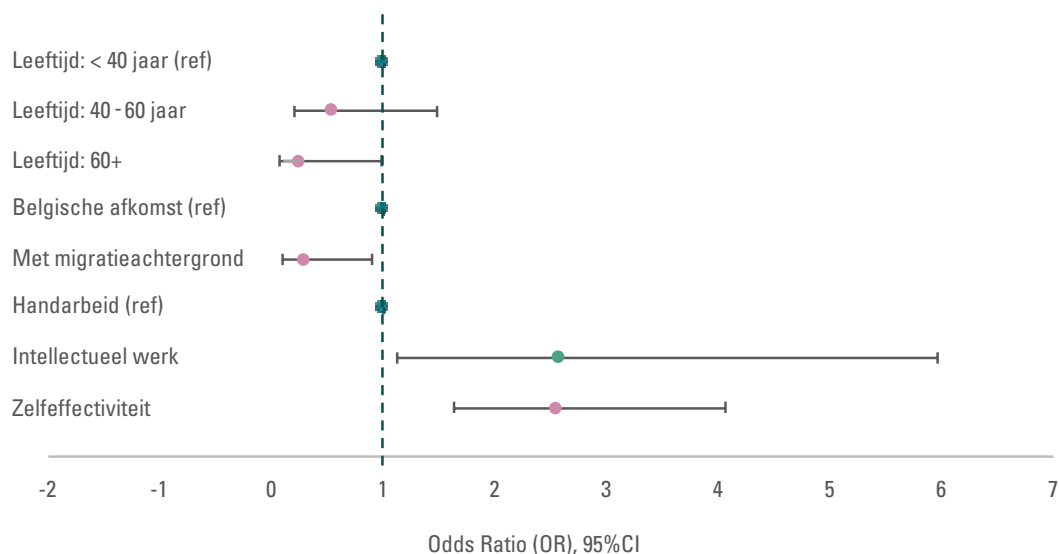
In de modellen 4 tot 6, waarin progressief subjectieve persoonlijke factoren zijn toegevoegd, blijkt slechts één variabele systematisch een significante voorspeller: het **gevoel van zelfeffectiviteit bij werkherhvatting**. Deze factor, die in elk van deze modellen positief samenhangt met uitstroom uit arbeidsongeschiktheid, vormt een **centraal element in het hervattingsproces**. Beschrijvende resultaten tonen aan dat personen die bij het tweede meetmoment geloofden in hun vermogen om obstakels bij werkherhvatting te overwinnen, bij het derde meetmoment bijna twee keer zo vaak uitgestroomd waren uit arbeidsongeschiktheid (129 tegenover 70 personen). Gezien het belang van deze variabele voor onze onderzoeksvraag, zijn bijkomende correlatieanalyses uitgevoerd om te onderzoeken hoe het niveau van zelfeffectiviteit varieert naargelang sociodemografische, professionele en arbeidsongeschiktheidsgerelateerde kenmerken.

Tabel 3: Resultaten van de regressieanalyses die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid voorspellen bij de niet-opgevolgde respondenten (n = 278) (Bron: CM)

Voorspellende variabelen	Model					
	1	2	3	4	5	6
Leeftijd	0,97†	0,97	0,98	0,97	0,95*	0,95*
Scholingsgraad (ref: lager onderwijs of lager secundair)						
Hoger secundair	1,74	1,58	1,52	1,56	1,67	1,62
Hoger onderwijs (korte type)	4,10***	3,12*	2,94*	2,03	1,93	1,88
Hoger onderwijs (lange type)	3,35*	2,38	2,32	1,37	1,30	1,23
Origine (ref: Belgisch)	0,35*	0,35*	0,33*	0,33*	0,27*	0,28*
Type werk (ref: manueel)	-	1,35	1,32	2,27*	2,58*	2,52*
Arbeidstijd (ref: minder dan halftijds)						
Tussen halftijds en 4/5de		1,85	1,87	1,03	1,14	1,11
4/5de		2,77	2,81*	1,37	1,28	1,27
Voltijds		2,85*	2,69*	1,26	1,12	1,08
Duur arbeidsongeschiktheid (ref: primaire arbeidsongeschiktheid)	-	-	0,69	0,91	1,01	1,01
Gevoel van zelfeffectiviteit bij werkherhvatting	-	-	-	3,30***	2,76***	2,62***
Toekomstperspectief op professioneel vlak	-	-	-	1,06	0,85	0,86
Zelfwaardering	-	-	-	-	1,42	1,31
Toekomstperspectief op algemeen vlak					1,27	1,19
Levenstevredenheid	-	-	-	-	1,29	1,12
Mentale gezondheid	-	-	-	-	-	1,39
Fysieke gezondheid	-	-	-	-	-	1,11
Geneesmiddelen	-	-	-	-	-	1,01

Noot. N = 278. De odds ratio's (OR) per model worden weergegeven. † $p < 0,10a0$; * $p < 0,05a0$; ** $p < 0,01a0$; *** $p < 0,001$

Figuur 4: Significante voorspellers van de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid voor respondenten niet opgevolgd door een TNW-coördinator (Bron: CM)



N = 278. De odds ratios (OR) van het meest volledige model (model 6) worden voorgesteld. Om het leeftijdseffect in de figuur weer te geven, is deze variabele gecodeerd in drie leeftijdscategorieën (op basis van de standaardafwijking) en opgenomen in het regressiemodel als een categorische variabele.

Deze resultaten moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd, aangezien het louter bivariate verbanden betreft, zonder controle voor andere beïnvloedende variabelen. De correlaties tonen aan dat het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting hoger is bij Nederlandstaligen, langer geschoolden, personen die voltijds werkten vóór de arbeidsongeschiktheid en personen die bij het eerste meetmoment in primaire arbeidsongeschiktheid waren in plaats van in invaliditeit.

Figuur 4 geeft een samenvattend overzicht van de significante effecten in het meest volledige model (model 6), inclusief de bijbehorende *odds ratios*.

4. Bespreking

4.1. Profiel van personen uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid

Deze longitudinale studie toonde vooreerst aan dat deelnemers **die Belg zijn zonder migratie-achtergrond**, met een **diploma hoger onderwijs**, die **intellectueel werk** uitoefenen, **voltijds** werkten vóór de arbeidsongeschiktheid en arbeidsongeschikt waren wegens een **mentale aandoening, meer kans** hebben **om bij het derde meetmoment uitgestroomd te zijn uit arbeidsongeschiktheid**²¹ dan personen met een migratieachtergrond, die korter geschoold zijn, een manueel beroep uitoefenen, vóór de arbeidsongeschiktheid deeltijds werkten en arbeidsongeschikt waren wegens een musculoskeletale aandoening. Onze hypothese is dat deze personen vaker kwetsbaarheden cumuleren die hen duurzamer van de arbeidsmarkt verwijderd houden, hetzij door de omvang van de beperking

²¹ Ter herinnering: het gaat hier om uitstroom uit arbeidsongeschiktheid aan het einde van de bestudeerde periode. Dit betekent niet dat deze personen nooit meer arbeidsongeschikt zullen zijn; bepaalde initiatieven tot werkhervatting of heroriëntering kunnen immers enige tijd vergen alvorens resultaten zichtbaar worden.

die hun aandoening vormt met het oog op werkhervatting, hetzij rekening houdend met de meervoudige uitdagingen waarmee zij waarschijnlijk vaker worden geconfronteerd. Zoals wordt benadrukt in een rapport van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid (2024), lijken groepen die langer arbeidsongeschikt blijven (oudere personen, personen die kortgeschoold zijn of in Wallonië of Brussel wonen) in het algemeen ook zwakker te staan op de arbeidsmarkt met een hogere werkloosheidsgraad dan gemiddeld bij oudere werknemers, kortgeschoolden en personen die in Brussel of Wallonië wonen.

4.2. Voorspellende factoren voor personen niet opgevolgd door een TNW-coördinator

Voor **personen niet opgevolgd** door een terug naar werk-coördinator, tonen de resultaten van het meest volledige model aan dat **leeftijd, origine, type werk** en het **gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting** (wanneer een persoon gelooft in diens vermogen om obstakels bij werkhervatting te overwinnen) significante voorspellers zijn van de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid. Hieronder bespreken wij elk van deze resultaten en koppelen ze aan de wetenschappelijke literatuur.

4.2.1. Effect van sociodemografische en werkgerelateerde factoren

Onze resultaten tonen aan dat **jongere werknemers** van **Belgische origine zonder migratieachtergrond** die een **intellectueel beroep** uitoefenen, meer kans hebben om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid dan oudere personen, personen met een migratieachtergrond of met een manueel beroep. Deze bevindingen sluiten aan bij eerder gedocumenteerde tendensen, waaruit blijkt dat oudere personen of personen die korter geschoold zijn minder kans hebben om de arbeidsongeschiktheid te verlaten (Vooijs et al., 2015). Op dezelfde manier hebben personen met een migratieachtergrond, die vaak geconfronteerd worden met meer precaire jobs (Unia, 2022) en sterker worden getroffen wanneer zij discriminatie ervaren in verband met hun arbeidsongeschiktheid (Henry, 2025), meer moeilijkheden om uit de arbeidsongeschiktheid te geraken. Deze resultaten roepen vragen op over de **aanwezigheid van structurele obstakels op de arbeidsmarkt**, zoals discriminatie op basis van leeftijd of origine, die in België nog steeds wijdverspreide vormen van uitsluiting zijn (Unia, 2022; Unia, 2025).

Wat het effect van het type werk betreft, toonden Belgische studies eveneens aan dat arbeiders minder vaak gebruikmaken van toegelaten arbeid en vaker doorstromen naar invaliditeit (Bruyneel, et al., 2024; Mutualités Libres, 2023). De grotere moeilijkheden bij werkhervatting bij arbeiders kunnen te maken hebben met de beperktere mogelijkheden om hun werkplek aan te passen, maar ook met grotere psychologische moeilijkheden. Een recente studie van Inoue et al. (2025) toont bijvoorbeeld aan dat werknemers in manuele beroepen vaak onzekerheid rapporteren over hun vermogen om dezelfde fysiek veeleisende taken opnieuw op te nemen, in een context van chronische blootstelling aan hoge werkbelasting en een lage mate van controle over hun job. Wat werkaanpassingen betreft, worden fysiek veeleisende beroepen bovendien als minder aanpasbaar ervaren, waarbij de mogelijkheden tot aanpassing vaak worden beperkt door taakeisen en veiligheidsoverwegingen (Inoue et al., 2025).

4.2.2. Effect van het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting

Voor het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting, blijkt het vertrouwen van de persoon in diens vermogen om het werk te hervatten en de daarmee gepaard gaande obstakels te overwinnen een robuuste voorspeller van de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid. Dit resultaat stemt overeen met andere studies (Fisker et al., 2022; Lagerveld, Brenninkmeijer, Blonk, Twisk & Schaufeli, 2017). Een recente studie van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV, 2025) benadrukt bovendien dat personen die vertrouwen hebben in hun capaciteiten en de wens uiten om opnieuw te werken, gemakkelijker de nodige motivatie vinden voor een duurzame werkhervatting. Op basis van diepte-interviews identificeert de SERV-studie **vijf sleutelhefbomen voor duurzame re-integratie**: het **vertrouwen van de persoon in diens capaciteiten en de wens om opnieuw te werken**, de **steun van betekenisvolle relaties** (collega's, artsen, therapeuten, jobcoaches), **mensgericht leiderschap**, **geschikte werkaanpassingen** en ten slotte een **redelijke periode voor zorg en herstel**, die een hervatting op het juiste moment mogelijk maakt.

Aanvullende analyses tonen bovendien aan dat dit gevoel van zelfeffectiviteit samenhangt met specifieke socioprofessionele kenmerken: het ligt hoger bij Nederlandstaligen, langer geschoolden, personen die voltijds werkten vóór de arbeidsongeschiktheid en personen die bij het eerste meetmoment in primaire arbeidsongeschiktheid waren en niet in invaliditeit.

Deze resultaten zijn coherent met de wetenschappelijke literatuur die benadrukt dat werknemers met langere periodes van arbeidsongeschiktheid (Brouwer et al., 2011) of een slechtere gezondheid (Lork & Holmgren, 2018), of van hogere leeftijd (Horn, Spronken, Brouwers, de Reuver & Joosen, 2022) minder geloven in hun vermogen om de werkhervatting tot een goed einde te brengen.

Deze variabele kan echter worden beïnvloed door de werkomgeving. Zo geloven werknemers die zich gesteund voelen door hun leidinggevende (Brouwer et al., 2011; Lork & Holmgren, 2018), of die een betekenisvolle, aangename en stimulerende job hebben (Lork & Holmgren, 2018) sterker in hun vermogen om obstakels bij werkhervatting te overwinnen.

4.3. Voorspellende factoren voor personen opgevolgd door een TNW-coördinator

Voor personen opgevolgd door een terug naar werk-coördinator suggereren de **exploratieve** resultaten (rekening houdend met de beperkte steekproefomvang) dat **Nederlandstaligen, personen in categorie 3 of die het traject op eigen initiatief zijn gestart**, een grotere kans hebben om bij het derde meetmoment uitgestroomd te zijn uit arbeidsongeschiktheid. **Deze resultaten moeten echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien ze slechts betrekking hebben op een kleine steekproef (n = 62).**

4.3.1. Effect van de categorie en van het initiatief voor de opvolging

In tegenstelling tot personen die niet zijn opgevolgd, blijkt er een significant effect van de categorie voor personen die wel zijn opgevolgd door een TNW-coördinator. De resultaten tonen aan dat opgevolgde personen in categorie 3 meer kans hebben om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid dan deze in categorie 4. Uit de analyses bleek echter ook dat deze personen vaker op eigen initiatief een begeleiding startten, in tegenstelling tot deze in categorie 4. Het gaat dus mogelijk om personen die zichzelf klaar voelden om het werk te hervatten. Bovendien hadden de personen in categorie 3 in deze steekproef kenmerken die gunstiger zijn voor werkhervatting: vaker een intellectueel beroep, voltijdse tewerkstelling vóór de arbeidsongeschiktheid en minder vaak musculoskeletale aandoeningen dan personen in categorie 4.

Over het algemeen suggereren deze resultaten dat eigen initiatief voor de start van een re-integratietraject een succesvolle werkhervatting kan bevorderen. Anders geformuleerd: personen die zich klaar voelen om dergelijk traject te initiëren, bevinden zich waarschijnlijk in een gunstige situatie om het werk te hervatten. Het belang voor de persoon om zelf de regie te hebben over het terug naar werk-proces is ook benadrukt door onderzoekers in Nederland (Hoefsmit, 2015). Sommigen concludeerden dat “werknemers de ruimte geven om zelf hun terug naar werk-proces te sturen en naar hun behoeften te luisteren gunstig kan zijn voor een betere werkhervatting” (Smeets, Hoefsmit & Houkes, 2019, p. 806, eigen vertaling). Het nemen van initiatief voor een traject getuigt van een vermogen tot zelfdeterminatie, dat ontstaat wanneer drie fundamentele psychologische basisbehoeften vervuld zijn (autonomie, competentie en verbondenheid) (Deci & Ryan, 1985). Dit veronderstelt echter dat men zich in gezondheids-, materiele, sociale, economische en eventueel familiale omstandigheden bevindt die toelaten zich in een dergelijk proces te engageren. En we zagen dat mensen op dit vlak niet gelijk zijn.

De uiteenlopende resultaten tussen de categorieën nodigen ook uit tot een genuanceerde kijk op wat deze categorieën ons vertellen. De gezondheid van personen recent ingedeeld in categorie 3, kan min of meer snel evolueren, waardoor een terugkeer naar werk mogelijk wordt. Omgekeerd kan een persoon ingedeeld in categorie 4 veel moeite ondervinden bij het omgaan met de vele problemen waarmee die wordt geconfronteerd. Zelfs als diens gezondheid zodanig wordt beoordeeld dat een terugkeer naar werk eventueel mogelijk is mits ondersteuning en aanpassingen, kan de algemene situatie in de praktijk uiterst complex en fragiel blijven. Met andere woorden: meer dan de laatst toegekende categorie, is vooral het globale gezondheidstraject van belang om de terugkeer naar werk na arbeidsongeschiktheid te beoordelen.

4.3.2. Effect verbonden aan taal

Het resultaat voor het effect van taal sluit aan bij Belgische studies die wijzen op hogere re-integratiegraden in Vlaanderen dan in Wallonië of Brussel (Bruyneel et al., 2024; Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2024). We formuleren **drie hypothesen** om deze verschillen te verklaren, op basis van bevindingen uit andere studies (bijvoorbeeld Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2024).

Ten eerste, zoals de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid (2024) stelt, “zou **de sterkere krapte op de Vlaamse arbeidsmarkt** meer kansen kunnen creëren voor personen met een gezondheidsprobleem” (p. 82). Hoewel de erkenning van arbeidsongeschiktheid gebaseerd is op een medische evaluatie, is het mogelijk dat een meer dynamische arbeidsmarkt meer uitwegen biedt voor personen met gezondheidsproblemen en zo bijdraagt aan een snellere uitstroom uit arbeidsongeschiktheid (Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2024).

Ten tweede lijken personen die in Vlaanderen wonen **meer gebruik te maken van instrumenten die re-integratie bevorderen**. De Raad merkt in zijn rapport op dat Vlaamse werknemers vaker gebruikmaakten van alle re-integratie-instrumenten die onderzocht werden tot 2020 (preventieve werkhervattingsbezoeken, gedeeltelijke werkhervatting en begeleide trajecten via de arbeidsbemiddelingsdiensten), met uitzondering van re-integratietrajecten. Deze instrumenten worden bovendien vaker gebruikt door jongere en langer geschoolde werknemers. Toekomstig onderzoek naar regionale verschillen zou kunnen inzetten op een vergelijkende analyse van recente re-integratie-instrumenten in de drie gewesten en op hun toegankelijkheid.

Ten slotte **monitort** Vlaanderen, via de Stichting Innovatie & Arbeid van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV), **de kwaliteit van de arbeid** (werkbaar werk) aan de hand van indicatoren zoals werkdruk, taakvariatie, autonomie en hiërarchische ondersteuning. Deze monitoring kan een belangrijke hefboom vormen voor de bevordering van duurzamere en beter vol te houden jobs, die werkbehoud en indirect ook re-integratieprocessen kunnen ondersteunen.

5. Aanbevelingen

De resultaten van deze studie tonen aan dat **personen die erin slagen uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid doorgaans een gunstiger profiel hebben op de arbeidsmarkt** (Belgische origine, diploma hoger onderwijs, voltijds werk vóór de arbeidsongeschiktheid) en dat zij degenen zijn die **het meest geloven in hun vermogen om obstakels bij werkhervatting te overwinnen** (gevoel van zelfeffectiviteit). Omgekeerd lijken profielen die meer moeite hebben om uit de arbeidsongeschiktheid te raken, te bestaan uit personen met een kortere scholingsgraad, die een manueel beroep uitoefenen, lijden aan musculoskeletale aandoeningen en weinig vertrouwen hebben in hun vermogen om het werk succesvol te hervatten. Dit roept de vraag op welke maatregelen kunnen worden overwogen om personen wiens gezondheidstoestand een werkhervatting toelaat op een aangepaste manier te begeleiden richting terugkeer naar werk. Hoe kunnen instrumenten, jobs en onze cultuur rond ziekte en werk evolueren? En meer algemeen, wat zeggen deze resultaten ons over onze samenleving waarin een aanzienlijk aantal mensen arbeidsongeschikt wordt en blijft, en waar bepaalde profielen meer kwetsbaar zijn en minder kans lijken te hebben om eruit te geraken?

Uit onze studieresultaten blijkt dat **het vertrouwen van een persoon in diens vermogen om de obstakels bij werkhervatting te overwinnen** (= het gevoel van zelfeffectiviteit) een bepalende rol speelt voor de kans op uitstroom uit arbeidsongeschiktheid: hoe meer personen geloven in hun capaciteiten om obstakels bij werkhervatting te overwinnen, hoe groter hun kans om de arbeidsongeschiktheid te verlaten. Deze perceptie hangt echter niet in de eerste plaats af van de persoon zelf. Verschillende onderzoekers (Nieuwenhuijsen, Noordik, van Dijk & van der Klink, 2013; Lagerveld et al., 2017) benadrukken dat het versterken van het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting **alleen mogelijk is wanneer de arbeidsomstandigheden het daadwerkelijk toelaten om de aanwezige obstakels te overwinnen**. Wanneer de jobeisen te hoog zijn of de werkomgeving ongunstig, kan het proberen versterken van dit gevoel onrealistisch en zelfs contraproductief zijn, omdat de persoon wordt aangemoedigd om doelen na te streven die in de gegeven context onhaalbaar zijn. Zoals Lagerveld et al. (2017) aangeven, kan dit leiden tot falen, gevolgd door een nog sterkere daling van het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting.

Andere onderzoeksteams suggereren bovendien dat **buitensporige jobeisen** de angst voor herval of verergering van de gezondheidstoestand kunnen voeden en indirect de motivatie om het werk te hervatten kunnen ondermijnen (Janssen et al., 2003).

Om het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting te bevorderen, en voor iedereen de kansen te optimaliseren om het werk te hervatten **wanneer de gezondheidstoestand dit toelaat**, formuleren wij zes aanbevelingen.

1. Een plan voorstellen voor aanpassingen van de arbeidsomstandigheden om de terugkeer naar werk te bevorderen;
2. Gegevens verzamelen over de uitvoering van de aanpassingen om de doeltreffendheid van het systeem te meten;
3. De toepassing van de wetgeving inzake psychosociale risico's versterken om de preventie te verbeteren;
4. Gerichte begeleidingstrajecten uitwerken om rekening te houden met de specifieke behoeften van mensen;
5. Discriminatie op de arbeidsmarkt bestrijden om de structurele belemmeringen te verminderen die het traject uit arbeidsongeschiktheid bemoeilijken;
6. De arbeidswereld minder bron van arbeidsongeschiktheid maken om deze zo beter te voorkomen.

5.1. Een plan voorstellen voor aanpassingen van de arbeidsomstandigheden om de terugkeer naar werk te bevorderen

Het voorstellen van werkaanpassingen wanneer iemand overweegt het werk te hervatten, kan het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting versterken. De wetenschappelijke literatuur benadrukt dat werkaanpassingen een **essentiële factor vormen om de resultaten van werkhervatting te verbeteren** na arbeidsongeschiktheid, zowel wegens fysieke als wegens mentale aandoeningen (Cancelliere et al., 2016). Werkaanpassingen worden gedefinieerd als "aanpassingen of wijzigingen aan procedures of aan de werkomgeving die het mogelijk maken dat een werknemer met specifieke behoeften de vereiste taken

kan uitvoeren" (Villotti et al., 2020, p. 13, eigen vertaling).

Na **arbeidsongeschiktheid wegens een mentale aandoening** (bijvoorbeeld depressie), hebben de ingevoerde aanpassingen vaak rechtstreeks betrekking op het werk, zoals **aanpassing van de arbeidstijd, invoering van flexibele uurroosters of de toelating van een geleidelijke werkhervatting** (Bastien & Corbière, 2019). Dergelijke aanpassingen zijn echter slechts doeltreffend als ze gecombineerd worden met een **geleidelijke toename van taken**, met **respect voor de beperkingen van de werknemers**, en wanneer zij plaatsvinden binnen een **ondersteunende werkomgeving** (Bastien & Corbière, 2018). Verschillende studies toonden aan dat de gunstige effecten van werkaanpassingen kunnen worden ondermijnd wanneer ze door collega's als onrechtvaardig worden ervaren (Colella, 2001; Dunstan & MacEachen, 2014) of wanneer ze worden ingevoerd in een werkomgeving gekenmerkt door hoge prestatie-eisen en beperkte sociale steun (Saint-Arnaud et al., 2006). **Psychosociale factoren en de betrokkenheid van de verschillende belanghebbenden** moeten bij de invoering van werkaanpassingen dan ook expliciet in rekening worden gebracht.

Bij personen met **musculoskeletale aandoeningen** kunnen werkaanpassingen onder meer bestaan uit een vermindering van de arbeidstijd, het voorzien van extra tijd om taken en doelstellingen te realiseren, het invoeren van regelmatige pauzes of de mogelijkheid om de werkhouding en -positie aan te passen (Liedberg et al., 2021). In België beoogt een **nieuwe regelgeving die in 2024 in werking trad** specifiek een **betere preventie van musculoskeletale aandoeningen**. Het koninklijk besluit van 19 maart 2024 bepaalt onder meer dat werkgevers bij het ontwerpen, inrichten en aanpassen van werkposten rekening houden met ergonomie²² om deze aandoeningen te voorkomen (Belgisch Staatsblad, 2025). Om **werkgevers te ondersteunen bij het verbeteren van de ergonomie**, stelt de FOD verschillende instrumenten ter beschikking (bijvoorbeeld een preventiegids en fiches ter preventie van musculoskeletale aandoeningen in 36 beroepen²³).

22 Gedefinieerd in het KB als: "een aanpak die erop gericht is het werk, met inbegrip van de werkpost en de werkomgeving, aan te passen aan de mens, rekening houdend met diens fysieke, mentale, psychische en sociale kenmerken, en die moet worden toegepast op alle domeinen inzake welzijn op het werk."

23 Beschikbaar via <https://beswic.be/nl/themas/musculoskeletale-aandoeningen-msa>.

5.2. Gegevens verzamelen over de uitvoering van de aanpassingen om de doeltreffendheid van het systeem te meten

De invoering van werkaanpassingen kan worden ingepast in het kader van een **ambitieuw collectief terug naar werk-beleid**. Zoals Inoue et al. (2025) echter benadrukken, “volstaat het louter bestaan van [terug naar werk-]beleid niet: ondersteuning bij werkhervatting moet mechanismen bevatten die een billijke en effectieve toepassing garanderen, in het bijzonder in fysiek veeleisende jobs” (p. 15, eigen vertaling). Om een rechtvaardige en effectieve toepassing van werkaanpassingen voor alle werknemers te waarborgen, zou het nuttig kunnen zijn dat **beslissingen over het toekennen of weigeren van werkaanpassingen systematisch worden opgevolgd door de overheid (monitoring)**. Het zou ook interessant zijn deze gegevens te kruisen met andere variabelen, zoals geslacht, leeftijd of type beroep, om kwalitatieve statistische analyses te kunnen uitvoeren over de toekenning van werkaanpassingen volgens het profiel van de werknemer. Dit zou kunnen helpen om obstakels bij de invoering van werkaanpassingen bij werkhervatting preciezer te identificeren en oplossingspistes aan te reiken.

5.3. De toepassing van de wetgeving inzake psychosociale risico's versterken om de preventie te verbeteren

In een recent rapport van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid (2025) over de stand van zaken op de Belgische arbeidsmarkt, wordt benadrukt dat de preventie van arbeidsongeschiktheid onvoldoende aan bod komt in recente federale hervormingen. Gezien de toename van arbeidsongeschiktheid wegens psychosociale aandoeningen in de afgelopen jaren (+44% arbeidsongeschiktheiden van meer dan één jaar wegens depressie of burn-out tussen 2018 en 2023) (RIZIV, 2023b), moet de preventie van deze risico's een prioritair aandachtspunt blijven. Onderzoek suggereert echter dat **risicoanalyses, die nochtans**

verplicht zijn, door werkgevers niet altijd worden uitgevoerd (Lorthioir, 2021; De Greef & Tesse, 2025). Zoals Lorthioir (2021) stelt, “wordt het preventiebeleid zoals het wettelijk in de onderneming zou moeten worden ingevoerd en geëvalueerd niet of slechts gedeeltelijk en onjuist toegepast. Dit begint bij te zelden uitgevoerde, ondoorzichtige risicoanalyses die onvoldoende worden geïntegreerd in het preventiebeleid” (p. 7, eigen vertaling). Bovendien lijken de **aanbevelingen van preventieadviseurs gespecialiseerd in psychosociale risico's**, die een adviserend en geen beslissend statuut hebben, **onvoldoende te worden opgevolgd** (Lorthioir, 2021; De Greef & Tesse, 2025).

Om de effectiviteit van het systeem te verbeteren, formuleert Lorthioir (2021) verschillende aanbevelingen.

1. Een **uniform minimumkader ontwikkelen op basis waarvan risicoanalyses** moeten worden uitgevoerd om hun kwaliteit te garanderen, en om de opvolging ervan, evenals de maatregelen die op basis daarvan worden genomen, gemakkelijker te kunnen controleren;
2. De **transparantie van deze risicoanalyses** garanderen voor werknemersvertegenwoordigers;
3. Wanneer een werkgever beslist om een advies of maatregel van een preventieadviseur niet te volgen, moet die **deze weigering formeel motiveren tegenover het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW)** (of, bij gebrek daaraan, de syndicale delegatie).

In hun evaluatierapport over de collectieve dimensie van de wetgeving rond psychosociale risico's, benadrukken De Greef et al. (2024) eveneens de noodzaak om de doeltreffendheid van het bestaande kader te versterken. Hun aanbevelingen convergeren rond vier hoofdlijnen: **(1) de gegevensverzameling over welzijn verbeteren²⁴ en de analyse en communicatie van psychosociale risicoanalyses systematiseren²⁵; (2) de concrete uitvoering van preventieverplichtingen versterken, met een verschuiving naar een resultaatsverbintenis met effectieve sancties²⁶; (3) de samenwerking en opleiding verbeteren van actoren in het welzijnsbeleid²⁷; en (4) sensibiliseringsacties uitbreiden²⁸ en het welzijn in kmo's herdenken²⁹.**

24 Met name: het opnieuw invoeren van de verplichting voor ondernemingen om de jaarverslagen opgesteld door de interne diensten voor preventie en bescherming op het werk te realiseren en over te maken.

25 Met name: voorzien in een termijn waarbinnen alle ondernemingen van het land hun risicoanalyse, inclusief het psychosociaal luik, overmaken aan een overheidsactor, bijvoorbeeld de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg en/of de inspectiedienst Toezicht op het Welzijn op het Werk.

26 Momenteel lijken de bestaande verplichtingen niet systematisch tot concrete gevolgen te leiden.

27 Preventieadviseurs, vertrouwenspersonen, vertegenwoordigers van de werknemers, werkgevers en hiërarchische lijn, artsen.

28 Het bekendmaken van pilootprojecten rond psychosociale risico's en burn-out, evenals van de gratis tools ontwikkeld door de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg.

29 In plaats van afwijkingen toe te laten op de regels rond welzijn op het werk (waarbij kmo's vaak onderbelicht blijven op vlak van welzijn op het werk).

5.4. Gerichte begeleidingstrajecten uitwerken om rekening te houden met de specifieke behoeften van mensen

Om rekening te houden met de in deze studie vastgestelde ongelijkheden in de kans op werkhervatting, stellen wij voor een **benadering te ontwikkelen geïnspireerd op het principe van proportioneel universalisme binnen het domein werkhervatting**. Het concept van proportioneel universalisme is geïntroduceerd door Michael Marmot in het rapport *Fair Society, Healthy Lives* (2010) met het oog op het verminderen van sociale gezondheidsongelijkheden, gedefinieerd als onrechtvaardige en vermijdbare verschillen in gezondheid binnen de bevolking en tussen maatschappelijke groepen³⁰. Deze ongelijkheden worden zichtbaar wanneer gezondheids- en welzijnsindicatoren verslechteren naarmate men een lagere positie inneemt op de sociale ladder (Mackenbach et al., 2008; Wilkinson & Pickett, 2010), op basis van criteria zoals inkomen, scholingsgraad of socioprofessionele status ('sociale gradiënt') (Avalosse, Noirhomme & Cès, 2022). Om de helling van deze sociale gradiënt te verkleinen, stelt het Marmot-rapport dat "maatregelen universeel moeten zijn, maar met een omvang en intensiteit die evenredig zijn met de mate van achterstelling" (Marmot et al., 2010, p. 10, eigen vertaling).

Proportioneel universalisme kan een structurerende inspiratiebron vormen voor maatregelen rond begeleiding bij werkhervatting. Vertrekkend van de vaststelling dat individuen niet gelijk zijn in hun vermogen om te reageren op begeleidingsinitiatieven, kunnen gerichte benaderingen volgens ieders behoeften worden overwogen. Deze maatregelen kunnen worden gedifferentieerd op basis van het profiel van elke persoon, de pathologie, de scholingsgraad, het type job en de eventuele aanpassingen die daarin moeten worden doorgevoerd. **In deze logica gaat het er dus niet om wie ver van werkhervatting verwijderd is meer te activeren, maar om iedereen beter te begeleiden volgens diens behoeften, voor zover werkhervatting mogelijk is.** Dit sluit aan bij Cancelliere et al. (2016), die in een systematische literatuurreview, zonder expliciet te verwijzen naar proportioneel universalisme, aangeven dat het niveau van werkhervattingsinterventies kan variëren volgens de prognose voor werkhervatting. Complexere interventies, met fysieke, werk- en psychologische com-

ponenten, zouden bijvoorbeeld meer aangewezen zijn voor personen met chronische musculoskeletale aandoeningen of complexe gezondheidsproblemen. Bovendien is het, gezien de impact en structurele effecten van de sociale gradiënt op ondergebruik van zorg en op ziekteprevalentie (Avalosse, Noirhomme & Cès, 2022), noodzakelijk om **de toegang tot zorg te verbeteren**, en om nog ruimer de gezondheid van **financieel kwetsbare personen in invaliditeit** te versterken, en zodoende te vermijden dat een vicieuze cirkel wordt bestendigd.

5.5. Discriminatie op de arbeidsmarkt bestrijden om de structurele belemmeringen te verminderen die het traject uit arbeidsongeschiktheid bemoeilijken

Onze studie toont aan dat de kans op re-integratie na arbeidsongeschiktheid lager is voor oudere personen of personen met een migratieachtergrond. Deze resultaten wijzen op het bestaan van **structurele obstakels voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid**, zoals discriminatie op basis van leeftijd of origine, of de moeilijkheid om aangepast werk te vinden wanneer iemand kortgeschoold is. Uit studies van Unia blijkt dat discriminatie op grond van leeftijd of origine nog steeds wijdverbreid is in België (Unia, 2022; Unia, 2025). Daarnaast bestaat ook discriminatie op basis van eerdere arbeidsongeschiktheid: in een eerdere CM-studie **verklaart bijna één op tien personen bij hun werkhervatting slachtoffer te zijn geweest van discriminatie wegens hun periode van arbeidsongeschiktheid** (Henry, 2025).

Aangezien kwetsbare groepen (vrouwen, oudere werknemers, arbeiders, personen met recht op verhoogde tegemoetkoming) oververtegenwoordigd zijn onder personen in arbeidsongeschiktheid en tegelijk minder kans hebben om eruit te geraken, rijst de vraag hoe de invaliditeitscijfers kunnen worden teruggedrongen zolang de arbeidsmarkt personen blijft discrimineren op basis van leeftijd, origine of gezondheidstoestand. Om de naleving van de antidiscriminatiewetgeving te waarborgen, moeten **instellingen die toezien op de toepassing ervan** (arbeidsinspectiediensten, Unia) **voldoende tijd en middelen krijgen** om hun opdrachten correct uit te voeren.

30 *What are healthcare inequalities?*, geraadpleegd op 3 oktober 2022 op www.england.nhs.uk.

Daarnaast is het noodzakelijk om **negatieve stereotypen en vooroordelen** over oudere personen, personen met een migratieachtergrond of langdurig zieken te bestrijden, en om **actoren in werkhervatting te sensibiliseren** voor de dubbele discriminatie waarmee deze personen geconfronteerd kunnen worden.

5.6. De arbeidswereld minder bron van arbeidsongeschiktheid maken om deze zo beter te voorkomen

Hoewel het essentieel is om de dynamieken van werkhervatting na arbeidsongeschiktheid beter te begrijpen, is het even belangrijk om **ons collectief arbeidsmodel en de plaats van werk in ons leven fundamenteel in vraag te stellen**. Deze reflectie mag zich niet beperken tot individuele trajecten van professionele re-integratie, maar moet ook gaan over de organisatie van het werk zelf, over managementculturen en de eisen die aan werknemers worden gesteld. Er moet eveneens aandacht zijn voor instrumenten die het mogelijk maken om te blijven werken met respect voor de persoonlijke en familiale situaties die onvermijdelijk deel uitmaken van een mensenleven. In dit kader kunnen regelingen rond arbeidstijdvermindering in verschillende levensfasen zoals geboorteverlof, ouderschapsverlof, landingsbanen en tijdskrediet voor zorg aan een kind of een ziek familielid belangrijke preventie-instrumenten vormen tegen arbeidsongeschiktheid, waarin meer zou moeten worden geïnvesteerd.

Het is immers cruciaal dat **de arbeidswereld zelf geen producent wordt van arbeidsongeschiktheid**, kwetsbaarheid of duurzame uitsluiting. Primaire preventie impliceert vroeg ingrijpen, door ervoor te zorgen dat jobs daadwerkelijk voldoening geven, dat arbeidsomstandigheden op lange termijn werkbaar zijn en dat de professionele omgeving zowel de fysieke als mentale gezondheid en de levensbalans respecteert. Een meer respectvolle arbeidscultuur, met aandacht voor menselijke en sociale grenzen, vormt daarbij een centrale hefboom voor de preventie van arbeidsongeschiktheid en voor de bevordering van werk dat verenigbaar is met gezondheid in brede zin.

Conclusie

Al enkele jaren voorziet de Belgische regering diverse maatregelen om de re-integratie van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid te bevorderen. Deze initiatieven steunen onder meer op een verhoogde **responsabilisering** van de actoren van werkhervatting. Onze resultaten vestigen echter de aandacht op verschillende bepalende factoren voor de kans op werkhervatting: leeftijd, origine, aard van het beroep, het gevoel van zelfeffectiviteit en het initiatief van de werknemer bij de start van het terug naar werk-traject. Oudere personen, personen met een migratieachtergrond, met een manueel beroep, die twijfelen aan hun vermogen om obstakels bij werkhervatting te overwinnen, of personen in een opgelegd terug naar werk-traject, hebben minder kans om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid. De eerste elementen wijzen op **aanhoudende structurele obstakels**, terwijl de tweede het belang benadrukken van **het mogelijk maken van de ontwikkeling van een gevoel van zelfeffectiviteit**, wat impliceert dat de **noodzakelijke werk- of organisatorische aanpassingen effectief worden geïmplementeerd**. Al deze elementen dragen bij tot de evaluatie door de persoon zelf van diens kansen op werkhervatting.

In het licht van deze vaststellingen is het voor begeleiders bij werkhervatting essentieel om personen in arbeidsongeschiktheid te ondersteunen bij het **herstellen van hun vertrouwen in hun capaciteiten** en om **samen met hen de concrete obstakels te analyseren** die hun werkhervatting belemmeren. Deze begeleiding kan echter slechts volledig doeltreffend zijn als op **organisatieniveau** werkgevers zich daadwerkelijk engageren in het werkhervattingsproces via een **ambitieuw collectief terug naar werk-beleid**, dat in staat is reële hervattingsmogelijkheden te garanderen binnen een werkomgeving die **aangepast is aan de gezondheidstoestand van de persoon**.

Daarnaast kan, om rekening te houden met de in deze studie vastgestelde ongelijkheden in de kans op werkhervatting, het **principe van proportioneel universalisme een inspirerend kader** bieden. Aangezien individuen niet gelijk zijn in hun vermogen om te reageren op begeleidingsinitiatieven, kunnen gerichte benaderingen volgens de behoeften van elke persoon worden overwogen. In deze logica gaat het niet om het sterker activeren van degenen die ver van werkhervatting verwijderd zijn, maar om **iedereen beter te begeleiden in functie van diens behoeften**, voor zover werkhervatting mogelijk is.

Tot slot is het belangrijk te erkennen dat de huidige werking van de arbeidsmarkt de integratie van personen wiens gezondheidstoestand een onmiddellijke inzetbaarheid niet toelaat, kan bemoeilijken of zelfs onmogelijk kan maken. Dit als gevolg van het feit dat de arbeidsmarkt gekenmerkt wordt door hoge eisen inzake prestaties en flexibiliteit, en door discriminatie op basis van leeftijd, origine of ge-

zondheidstoestand. Het **bestrijden van discriminatie op de arbeidsmarkt en het minder produceren van arbeidsongeschiktheid** door diezelfde arbeidsmarkt zijn dan ook onontbeerlijke voorwaarden om iedereen toe te laten om te werken in een omgeving die verenigbaar is met diens capaciteiten, en om duurzame en kwalitatieve trajecten van werkhervatting te bevorderen.

Bibliografie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijkheid in Gezondheid. Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-31.
- Baanders, A. N., Rijken, P., & Peters, L. (2002). Labour participation of the chronically ill: a profile sketch. *The European Journal of Public Health*, 12(2), 124-130.
- Bastien, M. F., & Corbière, M. (2019). Return-to-work following depression: what work accommodations do employers and human resources directors put in place? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(2), 423-432.
- Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2026). *Beleidsnota. Werk*. Geraadpleegd op <https://www.dekamer.be/doc/FLWB/pdf/56/1282/56K1282003.pdf>.
- Belgisch Staatsblad (2024). Koninklijk Besluit van 19 maart 2024 betreffende ergonomie op het werk en de preventie van musculoskeletale aandoeningen (MSA). Geraadpleegd op https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2024-05-15&lg_txt=n&pd_search=2024-05-15&s_edite=1&numac_search=2024201403&caller=sum&2024201403=7&view_numac=2024201403fx2024201403n.
- Blais, M., Vallerand, R., Pelletier, L., & Brière, N. (1989). L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale ». *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210-223.
- Botticello, A., Chen, Y., & Tulskey, D. (2012). Geographic variation in participation for physically disabled adults: the contribution of area economic factors to employment after spinal cord injury. *Social Science & Medicine*, 75(8), 1505-1513.
- Brouwer, S., Franche, R., Hogg-Johnson, S., Lee, H., Krause, N., & Shaw, W. (2011). Return-to-work self-efficacy: development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 244-258.
- Brouwer, S., Reneman, M., Bültmann, U., Van der Klink, J., & Groothoff, J. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of occupational rehabilitation*, 20(1), 104-112.
- Bruyneel, L., Rygaert, X., Oslejova, J., Avalosse, H., Fabri, V., Noirhomme, C., . . . Di Zinno, T. (2024). Langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit omwille van psychosociale aandoeningen. Sociaal-demografisch, medisch en zorgconsumptieprofiel. Brussel: RIZIV & IMA.
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, 24(1), 32.
- Carstensen, L., & Lang, F. (1996). *Future orientation scale*. Stanford University: Unpublished manuscript.
- Colella, A. (2001). Coworker distributive fairness judgments of the workplace accommodation of employees with disabilities. *The Academy of Management Review*, 26(1), 100-116.
- Chapireau, F. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*, 2499(4), 37-56.
- De Greef, V., & Tesse, J. (2025). L'absence ou la mauvaise organisation du travail comme cause de risque psychosocial au travail. *Journal des tribunaux du travail*, 1520, 253-257.
- De Greef, V., Verdonck, M., Carlier, J., Duchene, C., Tesse, J., Mechelynck, A., . . . Bingen, A. (2024). *Evaluation de la législation relative à la prévention des risques psychosociaux liés au travail*. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles.
- de Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A., & Wegewitz, U. (2018). Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders: a scoping review. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(3), 393-417.
- Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Dunstan, D. A., & Maceachen, E. (2014). A theoretical model of co-worker responses to work reintegration processes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 189-198.
- Dekkers-Sanchez, P. (2013). *Work ability assessment of employees on long term sick leave in insurance*. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Fisker, J., Hjorthøj, C., Hellström, L., Mundy, S., Rosenberg, N., & Eplöv, L. (2022). Predictors of return to work for people on sick leave with common mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 95(7), 1-13.

- Ervaringsfonds. (2009). *De VOW / QFT: Meetinstrument over werkbaarheid*. Geraadpleegd op <https://werk.belgie.be/nl/de-vow-qft-meet-instrument-over-werkbaarheid>.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Gagnano, A., Villotti, P., Larivière, C., Negrini, A., & Corbière, M. (2021). A systematic search and review of questionnaires measuring individual psychosocial factors predicting return to work after musculoskeletal and common mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 31(3), 491-511.
- Heerkens, Y., de Brouwer, C., Engels, J., van der Gulden, J., & Kant, I. (2017). Elaboration of the contextual factors of the ICF for Occupational Health Care. *Work*, 57(2), 187-204.
- Henry, H. (2025). Discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid: de paradox van terugkeer naar het werk. *Gezondheid & Samenleving*, 14, 6-29.
- Henry, H., Avalosse, H., & Vancorenland, S. (2024). Hoe ervaren CM-leden de begeleiding bij de terugkeer naar het werk? Resultaten van de CM-enquête onder haar leden in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit in november 2023. *Gezondheid & Samenleving*, 11, 42-70.
- Hoefsmijt, N. (2015). *Self-direction in return-to-work: bottlenecks, facilitators and an intervention*. [Doctoral Thesis]. Maastricht: Datawyse / Universitaire Pers.
- Hoge Raad voor de Werkgelegenheid. (2024). *Arbeidsongeschiktheid en de re-integratie van werknemers op de arbeidsmarkt*. Geraadpleegd op <https://hrw.belgie.be/nl/home/verslagen-adviezen/alle-verslagen/verslagen-2024/arbeidsongeschiktheid-en-de-re-integratie-van-werknemers-op-de-arbeidsmarkt-maart-2024>.
- Hoge Raad voor de Werkgelegenheid. (2025). *Stand van zaken op de arbeidsmarkt in België en haar Gewesten*. Geraadpleegd op <https://hrw.belgie.be/nl/home/verslagen-adviezen/alle-verslagen/verslagen-2025/stand-van-zaken-op-de-arbeidsmarkt-belgie-en-de-gewesten-juli-2025>.
- Horn, L., Spronken, M., Brouwers, E., de Reuver, R., & Joosen, M. (2022). Identifying return to work self-efficacy trajectories in employees with mental health problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(1), 64-76.
- Inoue, S., Tateishi, S., Harada, A., Hosoda, E., Nagata, M., & Mori, K. (2025). Differences in Perceived Return-to-Work Barriers Between Manual and Non-Manual Workers. *Journal of Occupational Health*, uiaf075.
- Janssen, N., Van den Heuvel, W., Beurskens, A., Nijhuis, F., Schröer, C., & Van Eijk, J. (2003). The demand-control-support model as a predictor of return to work. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(1), 1-9.
- Lagerveld, S., Blonk, B., Brenninkmeijer, V., & Schaufeli, W. (2010). Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress*, 24(4), 359-375.
- Lagerveld, S., Brenninkmeijer, V., Blonk, R., Twisk, J., & Schaufeli, W. (2017). Predictive value of work-related self-efficacy change on RTW for employees with common mental disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(5), 381-383.
- Liedberg, G. M., Björk, M., Dragioti, E., & Turesson, C. (2021). Qualitative evidence from studies of interventions aimed at return to work and staying at work for persons with chronic musculoskeletal pain. *Journal of clinical medicine*, 10(6), 1247.
- Lork, K., & Holmgren, K. (2018). The experience of return to work self-efficacy among people on sick leave. *Work*, 59(4), 479-490.
- Lorthioir, L. (2021). Risques psychosociaux au travail : une meilleure législation s'impose. *Démocratie*, 6(6), 5-9.
- Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A.-J., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481.
- Mäkikangasa, U., Kinnunen, T., & Wilmar, S. (2016). The longitudinal development of employee well-being: a systematic review. *Work & Stress*, 30(1), 46-70.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Executive Summary. London: Institute of Health Equity (IHE).
- Ministerraad. (2026, 14 februari). "Terug Naar Werk"-beleid: uitvoering van de vierde hervormingsgolf. Geraadpleegd op <https://news.belgium.be/nl/terug-naar-werk-beleid-uitvoering-van-de-vierde-hervormingsgolf>.
- Mutualités Libres. (2023). *Analyse des reprises de travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail*. Opgehaald van https://www.mloz.be/sites/default/files/2023-08/etude_rtp_fr.pdf.
- Nieuwenhuijsen, K., Noordik, E., van Dijk, F., & van der Klink, J. (2013). Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 290-299.
- OECD. (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers - A Synthesis of Findings across OECD Countries*. Paris: OECD Publishing.
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T., & Feinstein, A. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(12), 1373-1379.
- RIZIV. (2022). Het "Terug Naar Werk-traject" onder de coördinatie van de "Terug Naar Werkcoördinator" in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers. *Informatieblad* 2022/4, 53-65. Geraadpleegd op <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bi-20224directivesIV.pdf>.
- RIZIV. (2023a). *Statistieken over arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in 2023*. Geraadpleegd op <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-2023>.

- RIZIV. (2023b). *Arbeidsongeschiktheid in 2023: Hoeveel mensen in invaliditeit door depressie of burn-out? Hoeveel kost dat aan uitkeringen?* Geraadpleegd op <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-over-arbeidsongeschiktheid-door-burn-out-of-depressie/arbeidsongeschiktheid-in-2023-hoeveel-mensen-in-invaliditeit-door-depressie-of-burn-out-hoeveel-kost-dat-aan-uitkeringen>.
- RIZIV. (2025). *Web Reporting Tool: Ledentallen*. Geraadpleegd op Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds (ledentalen) - 2025S1: <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/wrt/nl>.
- RIZIV. (2026a). Statistieken over invaliditeitsuitkeringen in 2025. Geraadpleegd op Statistieken over invaliditeitsuitkeringen in 2025 | RIZIV.
- RIZIV. (2026b). *Terug Naar Werk-barometer over werknemers: Participatiegraad, instroom en uitstroom arbeidsongeschiktheid*. Geraadpleegd op <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/terug-naar-werk-barometer-over-werknemers>.
- Rosenberg, M. (1965). *Rosenberg self-esteem scale (RSES)*. [Database record]. APA PsycTests.
- Sampere, M., Gimeno, D., Serra, C., Plana, M., López, J., Martínez, J., . . . Benavides, F. (2012). Return to work expectations of workers on long-term non-work-related sick leave. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(1), 15-26.
- SERV. (2025). *Vanuit wederkerige relaties terug naar werk*. Brussel: de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen/Stichting Innovatie & Arbeid.
- Smeets, J., Hoefsmit, N., & Houkes, I. (2019). Self-directing return-to-work: Employees' perspective. *Work*, 64(4), 797-807.
- Solidaris. (2026). *Revenir au travail sans y laisser sa santé. Potentiel et limites du retour au travail à temps partiel*. Bruxelles : Solidaris.
- SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale. (2025, 27 mei). *Code du bien-être au travail - Nouvelle réglementation TMS et définitions ergonomie (vidéo)*. Geraadpleegd op <https://emploi.belgique.be/fr/blog/code-du-bien-etre-au-travail-nouvelle-reglementation-tms-et-definitions-ergonomie-video>.
- Unia. (2022). *Marché du travail et origine*. Bruxelles : UNIA.
- Unia. (2025). *Étude sur la discrimination fondée sur l'âge en Belgique. Improving equality data collection in Belgium III*. Bruxelles : UNIA.
- Vandenbroucke, F. (2025, 25 september). *Een derde golf aan maatregelen in het Terug naar Werk-beleid, met respect voor de gezondheid*. Geraadpleegd op <https://vandenbroucke.belgium.be/nl>.
- Villotti, P., Gragnano, A., Larivière, C., Negrini, A., Dionne, C., & Corbière, M. (2021). Tools appraisal of organizational factors associated with return-to-work in workers on sick leave due to musculoskeletal and common mental disorders: a systematic search and review. *Journal of occupational rehabilitation*, 31(1), 7-25.
- Villotti, P., Kordsmeyer, A. C., Roy, J. S., Corbière, M., Negrini, A., & Larivière, C. (2024). Systematic review and tools appraisal of prognostic factors of return to work in workers on sick leave due to musculoskeletal and common mental disorders. *Plos one*, 19(7), e0307284.
- Vlayen, J., Meulders, A., Bamelis, L., & Masuy, R. (2025). *"FearedBack": Generalization of fear and avoidance behavior as predictors of work resumption after back surgery*. Leuven: KU Leuven.
- Vooijs, M., Leensen, M., Hoving, J., Daams, J., Wind, H., & Frings-Dresen, M. (2015). Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review. *International archives of occupational and environmental health*, 88(8), 1015-1029.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin.
- Zacher, H., & Frese, M. (2009). Remaining time and opportunities at work: Relationships between age, work characteristics, and occupational future time perspective. *Psychology and Aging*, 24, 478-493.