

# 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

Hélène Henry, Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland – Studiedienst

## Samenvatting

Nu het aantal personen in arbeidsongeschikt en invaliditeit in België blijft toenemen, onderzoekt deze studie van de Christelijke Mutualiteit (CM) de ervaringen van CM-leden en in het bijzonder van de leden die door een Terug Naar Werk-coördinator werden begeleid bij een terugkeer naar een job die bij hun behoeften en mogelijkheden past.

CM heeft daartoe beschrijvende analyses uitgevoerd van kwantitatieve gegevens, verzameld via een vragenlijst die in november 2023 online werd ingevuld door 5.100 personen in arbeidsongeschiktheid of die recent weer aan het werk waren gegaan.

Uit de resultaten bleek dat iets meer dan de helft van de respondenten die door een Terug Naar Werk-coördinator waren begeleid, op eigen initiatief met deze begeleiding was begonnen en zich door de coördinator geholpen voelde, bijvoorbeeld bij het bepalen van hun mogelijkheden, of omdat ze het gevoel hadden dat er naar hen werd geluisterd. De kwaliteit van deze contacten werd over het algemeen ook als positief beoordeeld. Bijna een derde van de respondenten zag op het ogenblik van de bevraging al resultaten van de begeleiding, met name in termen van de terugkeer naar de arbeidsmarkt.



Iets minder dan de helft van diegenen die het werk hadden hervat na een periode van arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, verklaarde het moeilijk te vinden om weer aan het werk te gaan na hun arbeidsongeschiktheid. Iets meer dan de helft zei aanpassingen nodig te hebben voor het werk dat ze voor hun arbeidsongeschiktheid deden.

Op basis van deze resultaten worden een aantal aanbevelingen gedaan aan de verschillende actoren die betrokken zijn bij de terugkeer naar het werk, met het oog op de verbetering van de begeleiding van personen die weer aan het werk willen en zich hiertoe in staat voelen.

Sleutelwoorden: Arbeidsongeschiktheid, terugkeer naar werk, Terug Naar Werk-coördinator, begeleiding, enquête, kwantitatieve studie

## Inleiding

De voorbije jaren is het aantal personen in invaliditeit in België, dit zijn personen die al meer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn, aanzienlijk gestegen. Volgens de laatste cijfers van het RIZIV is het totale aantal personen in invaliditeit in de algemene regeling (werknemers in de privésector en werklozen) tussen 2017 en 2022 met 24%<sup>1</sup> toegenomen tot 471.927 personen eind 2022 (RIZIV, 2024a). In 2022 zijn er in de regeling der zelfstandigen 30.444 personen in invaliditeit (een stijging van 23% ten opzichte van 2017).

De twee belangrijkste oorzaken van invaliditeit in de algemene regeling en de regeling der zelfstandigen zijn psychische stoornissen (38% van het totale aantal personen in invaliditeit in de algemene regeling en 26% in de regeling der zelfstandigen) en ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel (32% in de algemene regeling en 29% in de regeling der zelfstandigen). Het aantal personen in invaliditeit voor deze twee soorten ziekten is eveneens aanzienlijk gestegen tussen 2017 en 2022. In de algemene regeling stelt men in deze periode bijvoorbeeld een toename vast van 30% voor de psychische stoornissen en van 29% voor de ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel.

Om personen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, wiens gezondheidstoestand het toelaat, te helpen met de terugkeer naar het werk, werd de "Wet van 12 december 2021 tot invoering van het "Terug Naar Werk-traject" onder de coördinatie van de "Terug Naar Werk-coördinator" in de uitkeringsverzekering voor werknemers" aangenomen, die op 1 januari 2022 in werking trad. Een soortgelijke wet voor zelfstandigen werd van kracht op 1 januari 2023.

Het algemene doel van het Terug Naar Werk-traject is "de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde (...) onder de coördinatie van de "Terug Naar Werk-coördinator" zo snel mogelijk te ondersteunen bij het vinden van de gepaste begeleiding met het oog op de uitoefening van een tewerkstelling die past bij zijn mogelijkheden en noden" (RIZIV, 2022, p. 53). Het Terug Naar Werk-traject kan worden opgestart door de persoon zelf of door de adviserend arts van het ziekenfonds, na een beoordeling van de 'restcapaciteiten' van de persoon, dit is een inschatting van wat de persoon nog kan doen, gebaseerd op diens fysieke en mentale capaciteiten (RIZIV, 2024b).

Om deze trajecten in de praktijk te brengen en personen te helpen wiens gezondheidstoestand een terugkeer naar het werk toelaat, is binnen de ziekenfondsen de functie van Terug Naar Werk-coördinator gecreëerd. Deze functie wordt als volgt gedefinieerd: "(...) 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 voornoemde natuurlijke personen of rechtspersonen" (RIZIV, 2022, p. 55). In de rest van dit artikel zullen we de term 'coördinator' gebruiken om te verwijzen naar de Terug Naar Werk-coördinator.

In april 2022 werden de coördinatoren opgenomen in de interdisciplinaire medische teams van de ziekenfondsen. In de loop van 2022 en 2023 nam het aantal coördinatoren geleidelijk toe tot een gemiddelde van ongeveer dertig binnen CM in 2023. Iets meer dan anderhalf jaar nadat ze aan het werk waren gegaan, wenste CM haar leden te bevragen over hoe ze deze begeleiding bij de terugkeer naar het werk hadden ervaren en gepercipieerd, en ook hoe de werkhervatting was verlopen voor diegenen die waren teruggekeerd.

Om deze vragen te beantwoorden werd een vragenlijst ontworpen en in november 2023 verstuurd naar CM-leden die in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit waren of recent waren geweest. Dit artikel stelt de resultaten van deze studie voor, die twee vragen onderzocht:

- a) **Wat is de ervaring van CM-leden tijdens de begeleiding van hun terugkeer naar het werk?**
- b) **Wat zijn de ervaringen van CM-leden bij hun werkhervatting?**

Omdat deze functie nog maar recent bestaat, moeten de resultaten in dit artikel met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Ten eerste, aangezien **de rol van coördinator nieuw is**, kan hij nog evolueren, en kan de praktijk van de functie met de tijd en de opgedane ervaring verbeteren. De resultaten hebben daarom alleen betrekking op de periode waarin de gegevens werden verzameld (november 2023). Bovendien hebben de in dit onderzoek verzamelde gegevens uitsluitend betrekking op de personen die ermee instemden de vragenlijst in te vullen: **het zijn dus geen volledige gegevens over de volledige populatie** die door de

<sup>1</sup> Met het oog op de leesbaarheid van de tekst hebben we de percentages in de oorspronkelijke tekst afgerond naar hele getallen.

coördinatoren werd gevolgd. Tot slot zijn dit zelfgerapporteerde enquêtegegevens: de studie meet de **perceptie van de leden** en in het bijzonder hangen hun antwoorden af van hun perceptie van **wat ze verstaan onder en verwachten van de functie van een coördinator**. Deel 4.1. verduidelijkt de methodologische beperkingen van dit onderzoek.

## 1. Literatuuroverzicht

Voor we de methode en de resultaten van het CM-onderzoek voorstellen, presenteren we een aantal studies<sup>2</sup> die in andere landen zijn uitgevoerd en die de rol van de coördinatoren hebben onderzocht bij de begeleiding bij de terugkeer naar het werk van personen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit. Een eerste vaststelling uit het literatuuronderzoek is dat deze functie niet in alle landen op dezelfde manier gedefinieerd of geïmplementeerd wordt. Afhankelijk van het land kan de coördinator bijvoorbeeld verbonden zijn aan de werkplek, het verzekeringsstelsel of het gezondheidsstelsel (Corbière et al., 2020). Dit beperkt de mogelijkheden om de resultaten van de studies naar de begeleiding bij de terugkeer naar het werk te vergelijken.

Voor de uitvoering van het literatuuronderzoek, zochten we studies en systematische literatuuroverzichten met betrekking tot onze onderzoeksvraag, met name de begeleiding bij de terugkeer naar het werk en de terugkeer zelf. Dit literatuuroverzicht is bijgevolg gestructureerd door een onderscheid te maken tussen de twee vragen.

### 1.1. Literatuuroverzicht over de begeleiding bij de terugkeer naar het werk

#### 1.1.1. Rol en sleutelcompetenties van de coördinatoren

Terwijl de functie van Terug Naar Werk-coördinatoren in België relatief recent is, bestaat zij al langer in andere landen. Een literatuuroverzicht door Corbière et al. (2020) identificeerde 33 studies waarin de coördinator werd genoemd als betrokken partner bij de terugkeer naar het werk, in de volgende landen: Verenigd Koninkrijk, Dene-

marken, Nederland, Australië, Verenigde Staten, Canada, Noorwegen, Ierland, Brazilië en Zweden.

Na hun literatuuronderzoek definiëren Corbière et al. (2020) de rol en de acties van de Terug Naar Werk-coördinator als volgt: "De coördinator is verantwoordelijk voor het betrekken van alle actoren van de terugkeer naar het werk en is bekend met de diensten voor revalidatie en geestelijke gezondheidszorg, de organisatorische procedures en de managementwaarden, evenals de behoeften van de werknemer en de organisatie. Diens rol moet bestaan uit het aanmoedigen van directe uitwisselingen tussen de verschillende belanghebbenden, om een gedeelde visie op een duurzame terugkeer naar het werk voor de werknemer tot stand te brengen. Soms treedt die ook op als bemiddelaar in interpersoonlijke conflicten op de werkplek. De coördinator moet ook de andere belanghebbenden die betrokken zijn bij de terugkeer naar het werk helpen om de middelen en procedures te identificeren die nodig zijn voor de terugkeer van de werknemer naar het werk. Tot slot houdt de coördinator toezicht op de gezondheidstoestand van de werknemer om het doel van een duurzame terugkeer naar het werk te bereiken" (Corbière et al., 2020, p. 408, eigen vertaling).

Hoewel de rol van de coördinator slechts werd genoemd in 15% van het totale aantal onderzochte artikelen in het literatuuroverzicht van Corbière et al. (2020), dat zich meer in het algemeen richtte op de rollen en acties van de verschillende betrokken partijen in het proces van terugkeer naar het werk voor werknemers na een afwezigheid wegens veel voorkomende psychische stoornissen, moet worden opgemerkt dat twee derde van de studies pas na 2010 was gepubliceerd. Volgens Corbière et al. (2020) bestaat er een groeiende belangstelling voor de rol van de coördinatoren, die een steeds centralere rol spelen in het waarborgen van de communicatie en een gedeeld begrip van de verwachtingen van alle betrokkenen in het proces van de terugkeer naar werk (Vogel et al., 2017), en in de coördinatie van de acties tussen leidinggevendenden, verzekeraars en zorgverleners (Durand, Nastasia, Coutu, & Bernier, 2017). In dezelfde geest heeft een Fins onderzoek de centrale rol van de coördinatoren benadrukt in termen van functionele activiteiten (bijvoorbeeld het identificeren van obstakels voor de terugkeer naar werk en het onderhandelen over de aanpassing van het werk) en interpersoonlijke activiteiten (bijvoorbeeld het verduidelijken van de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokkenen en hun samenwerking) (Kärkkäinen, Saaranen, & Räsänen, 2019).

<sup>2</sup> Het betreft dus een 'niet exhaustief' literatuuroverzicht, dat dus niet alle studies omvat die over dit onderwerp zijn uitgevoerd (dit artikel heeft geen systematisch overzicht van de literatuur over dit onderwerp tot doel).

Een aantal studies heeft ook enkele van de belangrijkste vaardigheden benadrukt die de coördinatoren nodig hebben om hun rol te spelen en de terugkeer naar het werk te bevorderen (Bohatko-Naismith, James, Guest, & Rivett, 2015; Pransky, Shaw, Loisel, Hong, & Désorcy, 2010). Ze toonden aan dat het succes van het terugkeerproces afhing van de **interpersoonlijke eigenschappen** van de coördinator, zoals **vriendelijkheid, organisatie en ondersteuning, evenals goede vaardigheden op vlak van actief luisteren, communicatie, probleemoplossing en onderhandelen**. Die competenties zijn zeer belangrijk voor het betrekken van alle belanghebbenden, in het bijzonder de werkgever en de behandelende arts. Andere kwaliteiten werden eveneens benadrukt, zoals **empathie, assertiviteit, ruimdenkendheid, aanpassingsvermogen, geduld en medeleven** in de omgang met werknemers na een ziekte of ongeval.

### 1.1.2. Ervaring van de personen bij interventies voor de terugkeer naar het werk

We hebben een aantal onderzoeken geïdentificeerd over de beleving van personen die werden gevolgd tijdens een interventie voor de terugkeer naar het werk. Over het algemeen laten de resultaten van deze onderzoeken een zekere mate van tevredenheid zien bij de deelnemers aan de programma's, hoewel die ook negatieve gevoelens kunnen opwekken.

Een kwalitatief onderzoek (met interviews) in Denemarken analyseerde bijvoorbeeld de ervaringen van personen die niet konden werken **vanwege psychische problemen**, tijdens een interventie om hen te helpen weer aan het werk te gaan. De interventie bestond uit een gesprek met een coördinator om de werkcapaciteit te beoordelen en de persoon te begeleiden naar **activiteiten die zouden helpen om weer aan het werk te gaan** (Andersen, Nielsen, & Brinkmann, 2014).

De resultaten toonden aan dat de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid verschillend kan worden ervaren. Sommige personen vonden het een positieve ervaring en hadden het gevoel dat het hen **hielp om structuur en richting te krijgen** in een situatie die nogal chaotisch en onzeker leek, om **hun kennis van hun gezondheidssituatie te vergroten** en om **beter te bepalen wanneer en hoe ze weer aan het werk konden**. Dit type consultatie kan echter ook aanleiding geven tot negatieve gevoelens, zoals **frustratie en onzekerheid**, in het bijzonder over de doelstellingen van de consultatie met de coördinator, en **moeilijkheden bij het verwoorden en beschrijven van psychische gezondheidsproblemen**.

Over het algemeen vonden de deelnemers aan de studie van Andersen et al. (2014) dat ze baat hadden bij de activiteiten die werden aangeboden om hen te helpen bij hun terugkeer naar het werk (bijvoorbeeld individuele sessies met een psycholoog of groepsessies psycho-educatie), maar alleen als de activiteiten leken **aan te sluiten bij hun behoeften**. De auteurs concluderen dat een geïndividualiseerde aanpak (dit is het vermogen van de experts van de terugkeer naar het werk om de werknemers in arbeidsgeschiktheid het gevoel te geven dat aan hun behoeften wordt voldaan en dat zij als een uniek individu worden gezien) noodzakelijk lijkt om het positieve potentieel van de interventie te realiseren.

Uit een ander kwalitatief onderzoek (Holmlund et al., 2022) in Zweden bleek dat personen met **veelvoorkomende psychische stoornissen** de coördinator als een **facilitator van de organisatie** van het terugkeerproces ervaarden. Hier toonden de resultaten aan dat dit proces wordt bevorderd, vooral **wanneer belanghebbenden de voordelen zien** en een positieve houding hebben ten opzichte van de coördinatie van de terugkeer naar werk, wanneer er een **open dialoog** bestaat tussen het zorgsysteem, de werknemer en de werkgever, of wanneer het leiderschap zich inzet voor het proces. **Belemmeringen** voor deze coördinatie zijn onder andere het feit dat de **inhoud van de interventie onduidelijk is**, dat er **conflicten op de werkplek van de werknemer** bestaan, er een **gebrek aan communicatielijnen** is tussen het zorgsysteem en de werkgevers, een **gebrek aan teamwork**, en dat de kwaliteit van de interventie afhangt van de professionele achtergrond en de **opleiding van de coördinatoren**.

Andere onderzoeken (Brines, Salazar, Graham, Pergola, & Connon, 1999; Feuerstein, Salazar, Grahal, Pergola, & Connon, 2003) analyseerden de ervaringen van deelnemers aan een interventie voor de terugkeer naar het werk door verpleegkundige casemanagers in de Verenigde Staten. De studie van Brines et al. (1999) toonde bijvoorbeeld aan dat de werknemers tevreden waren over de dienstverlening wanneer de verpleegkundige casemanager **hen** met name kon **helpen bij het ontwikkelen van passende doelen**, kon **anticiperen en reageren op hun behoeften**, wanneer die diens rol in het terugkeerproces duidelijk beschreef, en wanneer die **met interesse en respect** op hun zorgen reageerde. Omgekeerd waren werknemers ontevreden wanneer ze het gevoel hadden dat het systeem **niet aan hun behoeften voldeed** en de verpleegkundige hen niet kon helpen.



Het onderzoek van Feuerstein et al. (2003) over de gevolgen van een interventie waarin verpleegkundigen de managers hielpen bij de re-integratie van personen met **werkgerelateerde aandoeningen aan de bovenste ledematen**, toonde een **grotere tevredenheid** bij de begeleide patiënten. Die tevredenheid voorspelde een vermindering van de ernst van de symptomen en een **snellere terugkeer naar het werk**.

## 1.2. Literatuuroverzicht over de ervaring van de terugkeer naar het werk

We vonden verschillende studies over de terugkeer naar het werk, die zich vooral richtten op de identificatie van de factoren die de terugkeer naar het werk na een periode van arbeidsongeschiktheid of invaliditeit vergemakkelijkt of belemmerden. Om dit gedeelte voor te stellen, baseren we ons op een studie van Corbière et al. (2018) in Canada, waarin de perceptie van werknemers werd onderzocht van de factoren die hun terugkeer naar het werk beïnvloedden na een periode van arbeidsongeschiktheid als gevolg van **een depressie**. Uit dit onderzoek kwamen drie thema's naar voren met een invloed op de terugkeer naar het werk die we hieronder uitwerken, aangevuld met de bevindingen van andere onderzoeken met vergelijkbare resultaten, ook voor personen met andere aandoeningen.

### 1.2.1. De beslissing over het moment van de werkhervatting

De beslissing over het beste moment om het werk te hervatten, kan een succesvolle terugkeer naar het werk maken of breken. Corbière et al. (2018) stelden bijvoorbeeld in hun studie vast dat **het gebrek aan consensus** tussen de werknemer en de zorgverlener over het tijdschema voor de terugkeer naar het werk, en het ontbreken van een progressieve terugkeer, gedeeltelijk de terugval verklaren van de deelnemers die **een depressie** hadden gehad. Uit een metasynthese is ook gebleken dat **niet weten wat het beste moment is** om weer aan het werk te gaan een probleem is dat vaak wordt aangehaald door personen die lijden aan **courante psychische stoornissen** (Andersen, Nielsen, & Brinkmann, 2012). Andere auteurs hebben erop gewezen dat wanneer het werk aan de bron ligt van de psychische problemen, een vroege terugkeer moeilijker te implementeren is voor dit type aandoening (MacEachen et al., 2020). Daardoor is de optimale tijd om terug te keren naar het werk niet eenvoudig te bepalen, zeker niet wanneer de coördinatoren werken met populaties die lijden aan psychi-

sche stoornissen, in tegenstelling tot personen met fysieke aandoeningen (MacEachen, et al., 2020).

### 1.2.2. De progressieve hervatting en de implementatie van aanpassingen aan het werk

De studie van Corbière et al. (2018) toont ook aan dat de meeste deelnemers die na hun **depressie** weer aan het werk gingen, dat geleidelijk aan deden. Meer dan de helft keerde terug naar het werk met dezelfde werkomstandigheden als voor hun arbeidsongeschiktheid (desgevallend met uitzondering van de progressieve terugkeer). Terwijl de meeste deelnemers geleidelijk aan weer aan het werk gingen, kreeg slechts een derde van de steekproef de kans om het te reorganiseren. De deelnemers gaven echter aan dat zonder **een reorganisatie van het werk**, een progressieve terugkeer misschien niet volstaat om het succes ervan te garanderen.

Andersen et al. (2012) wijzen eveneens op de moeilijkheid van veel personen met **courante psychische stoornissen** om de geplande oplossingen te implementeren wanneer ze weer aan het werk gaan, voornamelijk wegens een gebrek aan sociale en organisatorische steun die de uitvoering van werkaanpassingen en een geleidelijke terugkeer bemoeilijken. In een longitudinale studie hebben Joosen et al. (2022) vastgesteld dat volgens **werknemers met courante mentale stoornissen** de terugkeer naar het werk werd vergemakkelijkt door **aanpassingen van het werk en adequaat bedrijfsgeneeskundig advies**.

Voor de terugkeer naar het werk na een **hart- en vaatziekte** bleek uit een systematisch literatuuroverzicht door Andersen et al. (2023) een positieve invloed van aan de werkomgeving gerelateerde factoren, zoals de **inrichting van de werkplek** en de **flexibiliteit en autonomie in het werk**.

Voor de terugkeer naar het werk van personen die afwezig zijn door **aandoeningen aan het bewegingsapparaat**, wijst een literatuuroverzicht door Nogawa en Kojimahara (2018) op de positieve effecten van een **deeltijdse werkhervatting** en **aangepast werk**.

### 1.2.3. De houding en het gedrag van de collega's en de directe leidinggevenden

Volgens Corbière et al. (2018) kunnen de **steun, het begrip en de openheid van de directe leidinggevende over aanpassingen van het werk** een belangrijke rol spelen om de terugkeer van personen met **een depressie** te vergemakkelijken.

Ook een literatuuroverzicht door Etuknwa et al. (2019) wijst erop dat de **steun van het management en de collega's** een van de belangrijkste factoren is voor een duurzame terugkeer naar het werk van personen met **courante mentale stoornissen of met aandoeningen aan het bewegingsapparaat**.

Het belang van de steun van de werkgever geldt ook voor de terugkeer na andere aandoeningen. Uit een literatuuroverzicht van Coutts en Cooper (2023) over de terugkeer naar het werk na **een hersenberoerte** bleek bijvoorbeeld dat een **geïndividualiseerde ondersteuning in de revalidatie, de steun van werkgevers en/of collega's evenals een goede communicatie** tussen alle betrokkenen factoren zijn die terugkeer naar het werk vergemakkelijken. Bovendien komt het belang van de steun van werkgevers, leidinggevenden en collega's naar voren in onderzoeken over de terugkeer naar het werk na **borstkanker** (Islam et al., 2014; Marinas-Sanz et al., 2023).

### 1.3. Conclusie van het literatuuronderzoek

Dit korte literatuuroverzicht over de begeleiding en de terugkeer naar het werk illustreert het feit dat de functie van een Terug Naar Werk-coördinator in andere landen al verscheidene jaren bestaat. Verschillende studies en literatuuronderzoeken hebben de rollen en acties van de coördinatoren gedefinieerd en hun belangrijkste vaardigheden geïdentificeerd.

Sommige studies naar de ervaringen van personen die werden begeleid bij hun terugkeer naar het werk hebben ook aangetoond dat de tevredenheid van de begunstigen van deze interventies relatief kan variëren. Een interventie die voldoet aan de **behoeften van het individu, door een coördinator** die goede **interpersoonlijke vaardigheden** bezit, lijkt een belangrijk element te zijn voor een geslaagde begeleiding van de terugkeer naar het werk.

Voor de werkhervatting zelf hebben verscheidene onderzoeken aangetoond dat deze meer kans van slagen heeft als dit **op het juiste moment** gebeurt en **progressief** verloopt, als het werk kan worden **aangepast en de werkgever de persoon die terugkeert steunt**.

## 2. Methode

### 2.1. Gegevensverzameling

#### 2.1.1. Inclusiecriteria

---

De gegevens van deze studie werden verzameld door middel van een online enquête die midden november 2023 werd verstuurd naar een steekproef van CM-leden, woonend in Vlaanderen, Wallonië en Brussel, ouder waren dan 18 jaar en minimaal drie maanden en maximaal vier jaar arbeidsongeschikt waren op het ogenblik dat de vragenlijst werd verstuurd.

Om op de tweede onderzoeksvraag te antwoorden – de ervaring met een terugkeer naar het werk – hebben we ook personen opgenomen die weer aan het werk waren, na een periode van arbeidsongeschiktheid van minimaal drie maanden en maximaal vier jaar en die maximaal twaalf maanden voor de datum van de verzending van de vragenlijst was geëindigd.

Met betrekking tot de inclusie volgens het niveau van de restcapaciteiten (dit is de schatting van wat de persoon nog kan doen, zowel fysiek als mentaal), hebben we in de steekproef personen opgenomen met verschillende niveaus van restcapaciteiten: personen die op korte termijn spontaan weer aan het werk zouden kunnen (categorie 1); personen voor wie een werkhervatting momenteel geen optie is omdat prioriteit moet worden gegeven aan diagnose of medische behandeling (categorie 3), en personen voor wie een werkhervatting mogelijk lijkt, mits enige revalidatie en/of begeleiding (categorie 4) (RIZIV, 2022). Die laatste personen zijn de prioritaire doelgroep voor het Terug Naar Werk-traject. We hebben geen personen uit categorie 2 opgenomen, omdat zij om medische redenen het werk niet kunnen hervatten. Om een voldoende grote steekproef te krijgen, hebben we ook personen opgenomen van wie de restcapaciteiten op het ogenblik van het onderzoek nog niet waren ingedeeld.

#### 2.1.2. Uitsluitingscriteria

---

Om de vragenlijst niet naar personen te sturen die op het ogenblik van de enquête niet bezig waren met het thema van de terugkeer naar het werk (bijvoorbeeld om medische redenen, zwangerschapsverlof, enz.), hebben we personen die aan de volgende criteria voldeden uitgesloten van de steekproef:

- personen die niet kunnen werken na een bevalling of zwangerschapsverlof in 2023;
- minderjarigen (op het ogenblik van de samenstelling van de steekproef);
- personen in palliatieve zorg, in coma, verblijvend in een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of op de psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen, en personen die in woonzorgcentra verbleven.

We hebben ook personen uitgesloten die als zelfstandige werken, aangezien de wet op het Terug Naar Werk-traject onder coördinatie van de Terug Naar Werk-coördinator voor hen recenter in werking is getreden (1 januari 2023).

In totaal contacteerden we 69.527 personen die aan de bovenstaande criteria voldeden (14.776 Franstaligen, 54.751 Nederlandstaligen). Van deze personen hebben er 5.100 de vragenlijst ingevuld. De analyses zijn gebaseerd op de antwoorden van deze personen.

## 2.2. Profiel van de respondenten

Tabel 1 geeft een beschrijving van de steekproef van respondenten in dit onderzoek. Hieronder detailleren we hun sociodemografische, werk- en arbeidsongeschiktheidskenmerken<sup>3</sup>.

### 2.2.1. Sociodemografische variabelen

Onze steekproef van respondenten (n=5.100) bevat een meerderheid vrouwen (65%), wat iets hoger is dan het aandeel vrouwen onder de personen in invaliditeit in de algemene regeling (60%) in 2022 (RIZIV, 2024a). Het opleidingsniveau van de respondenten is gespreid over basisonderwijs (4%), lager secundair onderwijs (18%), hoger secundair onderwijs (35%), hoger onderwijs van het korte type (29%) en hoger onderwijs van het lange type (14%). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 49 jaar (standaardafwijking=10 jaar). De meeste deelnemers wonen in Vlaanderen (65%), gevolgd door Wallonië (30%), het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (3%) en het buitenland (2%). In vergelijking met de totale populatie van personen in invaliditeit in de algemene regeling eind 2022, bevat onze steekproef meer personen die in Vlaanderen wonen (65% in plaats van 51%), en minder personen die in Wallonië wonen (30% in plaats van 38%), het Brussels Hoofdstedelijk

Gewest (3% in plaats van 9%) en in het buitenland (2% in plaats van 3%).

### 2.2.2. Variabelen in verband met de laatste baan voor de arbeidsongeschiktheid

De meeste deelnemers werkten als loontrekkende voor het begin van hun arbeidsongeschiktheid (91%). De anderen waren werkloos (4%), loontrekkende en zelfstandige in bijberoep (3%) of bevonden zich in een andere situatie (deeltijds werk in combinatie met een uitkering, opleiding, enz.). Wat het soort werk betreft dat voor de arbeidsongeschiktheid werd gedaan, verrichte 53% van de respondenten voornamelijk handenarbeid en 47% voornamelijk hoofdarbeid. De meeste respondenten werkten voltijds (60%), in bedrijven met meer dan 500 werknemers (33%) of met 50 tot 249 werknemers (25%). Wat de activiteitssector betreft (zie Figuur 1), verklaarde een groot deel van de respondenten dat ze actief waren in de gezondheids- en welzijnzorg (27%), de verwerkende industrie (13%), administratieve en ondersteunende diensten (9%) en de handel (8%). Volgens Heidi Verlinden, experte bij het studiecentrum van Securex, komt deze verdeling relatief goed overeen met de sectoren waar het absentieïsme het hoogst is: “De sectoren die het meest door een hoog ziekteverzuim worden getroffen zijn de gezondheidszorg, de sectoren met veel arbeiders, zoals textielbedrijven, en de chemie- en papiersector. Een andere sector met bijzonder hoge verzuimpercentages is de handel en distributie, zowel voor arbeiders als bedienden. Het absentieïsme is ook hoog in het onderwijs en in de sector van de dienstencheques” (Bernaerts, 2024, eigen vertaling).

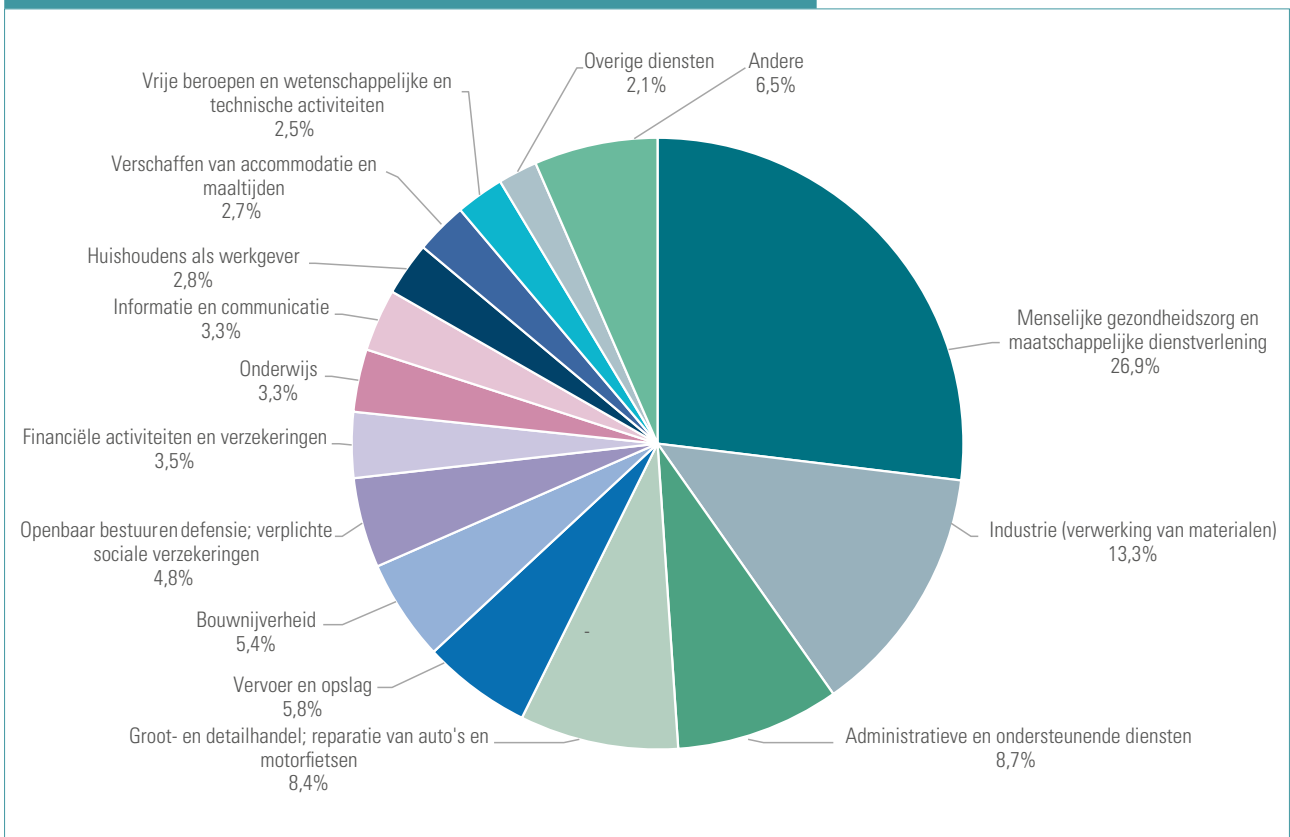
### 2.2.3. Variabelen in verband met de arbeidsongeschiktheid

De deelnemers die op het ogenblik van de enquête (november 2023) in arbeidsongeschiktheid waren, waren dat gemiddeld vijftien maanden (standaardafwijking=twaaft maanden). De twee belangrijkste aandoeningen die arbeidsongeschiktheid veroorzaken zijn psychische aandoeningen (burn-out en psychische aandoening, 38%, n=1.931) en ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel (23%, n=1.184). De statistieken voor burn-out en psychische aandoeningen liggen vrij dicht bij deze berekend door het RIZIV (2024a) voor de volledige Belgische populatie in invaliditeit in de algemene regeling in 2022 (37,5%).

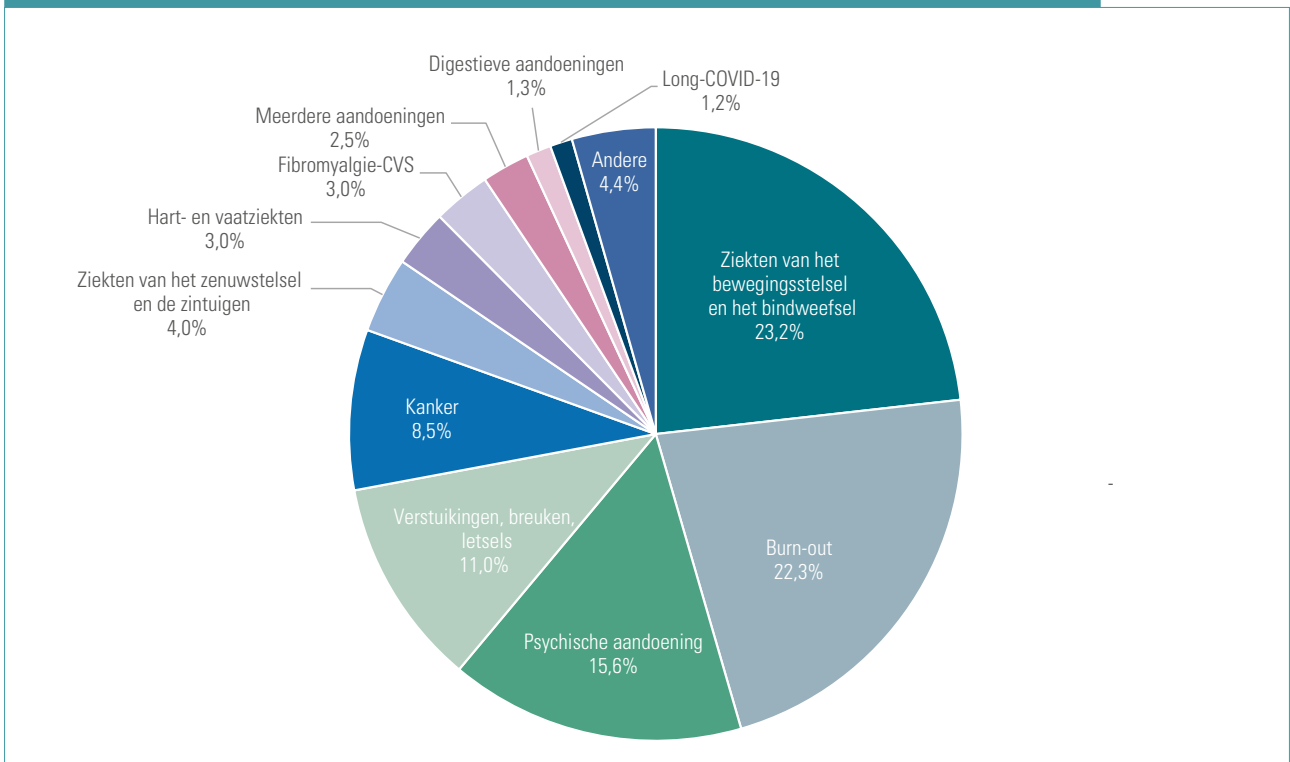
<sup>3</sup> Om de resultaten beter leesbaar te maken, zijn de percentages in de tekst afgerond. In de figuren en tabellen worden de percentages weergegeven met één decimaal na de komma.



**Figuur 1: Activiteitssectoren van de respondenten (n=5.100)**  
(Bron: CM)



**Figuur 2: Belangrijkste aandoening als oorzaak van de arbeidsongeschiktheid van de respondenten (n=5.100)**  
(Bron: CM)



De drie andere meest voorkomende aandoeningen zijn verstuikingen, breuken en letsels (11%, n=560), kanker (9%, n=431) en ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen (4%, n=204). Het detail van de overige door de respondenten vermelde aandoeningen is opgenomen in figuur 2.

Wat de restcapaciteiten betreft, omvat onze steekproef 51% personen in categorie 3 (n=2.585), 37% personen van wie de restcapaciteiten (nog) niet zijn ingedeeld (n=1.870), 6% personen in categorie 4 (n=325) en 6% personen in categorie 1 (n=320).

**Tabel 1: Beschrijving van respondenten (n=5.100)**  
(Bron: CM)

Criteria	Beschrijving	N	%
<b>Geslacht</b>	Man	1.769	34,7
	Vrouw	3.331	65,3
<b>Opleidingsniveau</b>	Lager onderwijs	209	4,1
	Lager secundair onderwijs	931	18,3
	Hoger secundair onderwijs	1.762	34,5
	Hoger onderwijs van het korte type	1.465	28,7
	Hoger onderwijs van het lange type	733	14,4
<b>Gewest</b>	Vlaanderen	3.317	65,0
	Wallonië	1.502	29,5
	Brussel	175	3,4
	In het buitenland	106	2,1
<b>Beroepssituatie voor de arbeidsongeschiktheid</b>	Werkend als loontrekkende	4.653	91,2
	Werkloos	201	3,9
	Werkend als loontrekkende en zelfstandige in bijberoep	173	3,4
	Andere situaties	73	1,5
<b>Type werk voor de arbeidsongeschiktheid</b>	Handenarbeid	2.684	52,6
	Hoofdarbeid	2.416	47,4
<b>Arbeidsstelsel</b>	Voltijds	3.049	59,8
	Deeltijds	2.051	41,2
<b>Meest frequente activiteitensectoren</b>	Menselijke gezondheid en maatschappelijk werk	1.373	26,9
	Industrie (verwerking van materialen)	680	13,3
	Administratieve en ondersteunende diensten	442	8,7
	Handel	428	8,4
	Transport en opslag	294	5,8
	Andere sectoren	1.883	36,9
<b>Meest frequente aandoeningen als oorzaak van de ongeschiktheid</b>	Burn-out en psychische aandoeningen	1.933	37,9
	Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	1.184	23,2
	Verstuikingen, breuken en letsels	560	11
	Kanker	431	8,5
	Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	204	4,0
	Andere aandoeningen	788	15,4
<b>Categorieën</b>	Geen categorie	1.870	36,6
	1	320	6,3
	3	2.585	50,7
	4	325	6,4

## 2.3. Metingen en analyse van variabelen

### 2.3.1. Metingen

De vragenlijst peilde eerst naar de sociodemografische situatie (leeftijd, geslacht, enz.), de werkcontext voor de arbeidsongeschiktheid (type, arbeidsregime, enz.) en arbeidsongeschiktheidssituatie (aandoening, duur, enz.).

Vervolgens bevatte hij vragen voor de meting van de variabelen van de onderzoeksvraag, namelijk:

- de **begeleiding bij de terugkeer naar het werk**: deze variabele werd gemeten aan de hand van vragen over het wel of niet begeleid zijn door een coördinator, het zich wel of niet geholpen voelen door de begeleiding, of ook nog de kwaliteit van de contacten tijdens de begeleiding;
- de **ervaring van de terugkeer naar het werk**: om deze variabele te meten, werden vragen gesteld over het percentage van de werkhervatting, de plaats van de terugkeer naar het werk of de behoefte aan aanpassingen bij de terugkeer.

Voor sommige vragen, zoals die over de kwaliteit van de contacten, werd aan de deelnemers gevraagd zichzelf te beoordelen op een Likert-schaal van vijf antwoorden, variërend van 1 voor 'helemaal niet akkoord' tot 5 voor 'helemaal akkoord'. Voor andere vragen, bijvoorbeeld over de plaats van de terugkeer, konden de deelnemers het antwoord dat het best bij hun situatie paste, kiezen uit een aantal opties (terugkeer naar dezelfde werkgever, in dezelfde job, met aanpassingen; of terugkeren naar een andere werkgever, in een andere job, enz.).

Het waren dus hoofdzakelijk gesloten meerkeuzevragen, maar voor sommige vragen was een veld 'andere: gelieve uit te specificeren' voorzien. De respondenten konden dus een opmerking toevoegen die hun specifieke situatie beschreef, wanneer geen van de voorgestelde opties geschikt was.

### 2.3.2. Analyses

Om onze onderzoeksvraag te beantwoorden en de ervaringen van de personen tijdens de begeleiding en, waar van toepassing, tijdens de terugkeer naar het werk te analyseren, voerden we beschrijvende statistische analyses uit met de SPSS-software. Aangezien de meeste gemeten variabelen categorisch waren (dit is met vooraf vastgestelde antwoordcategorieën), voerden we voornamelijk frequentieanalyses uit om het aantal en percentage antwoorden

te verkrijgen voor elke antwoordmodaliteit van de gemeten variabelen.

Voor de variabelen waarvoor een antwoordoptie 'andere' met een vrij veld werd voorgesteld, hebben we een hercodering toegepast, ofwel door het antwoord, indien mogelijk, in een bestaande antwoordcategorie te hercoderen, ofwel door een nieuwe antwoordcategorie te creëren als geen enkele bestaande categorie geschikt was. Door deze hercodering zijn dus nieuwe antwoordcategorieën aangemaakt. Als de opmerking van de respondent in geen enkele categorie (inclusief de nieuw gecreëerde) paste, of verwees naar een zeer specifieke situatie, of geen verband hield met de gestelde vraag, bleef het antwoord gecodeerd als 'andere'.

## 3. Resultaten

De onderstaande resultaten zijn gebaseerd op beschrijvende statistische analyses van de variabelen die van belang zijn in dit onderzoek. We hebben dit deel in twee onderdelen verdeeld. Het eerste stelt de resultaten voor van de percepties van de bevroegde leden tijdens de **begeleiding bij de terugkeer naar het werk**, terwijl het tweede de resultaten toont van de **ervaring van de personen die zijn teruggekeerd naar het werk**, tijdens hun hervatting. Om enkele resultaten te illustreren, citeren we voor bepaalde variabelen commentaren van de deelnemers in de vrije velden van de vragenlijst. Wanneer bepaalde vragen alleen werden gesteld aan deelnemers voor wie ze relevant waren, wordt telkens het aantal respondenten vermeld.

### 3.1. Resultaten over de ervaring tijdens de begeleiding bij de terugkeer naar het werk

Zoals figuur 3 laat zien, gaven op het ogenblik van de enquête (november 2023) 943 van de 5.100 personen die de vragenlijst volledig hadden ingevuld (18%) aan dat ze al door een coördinator waren begeleid. Bij sommige respondenten stopte de begeleiding na het eerste contact (5%, n=240) of na enkele contacten (3%, n=133), of werden ze doorverwezen naar andere mogelijkheden (4%, n=190), terwijl voor 380 personen (7%) de begeleiding nog liep toen ze de vragenlijst beantwoordden.

Hieronder presenteren we de resultaten, met een onderscheid tussen:

- de personen werden nooit begeleid (3.1.1.);
- de personen die op het ogenblik van de enquête begeleid werden of begeleid waren geweest (3.1.2.);
- de personen voor wie de begeleiding was gestopt of die naar andere mogelijkheden werden doorverwezen (3.1.3).

### 3.1.1. Geen begeleiding door een coördinator

#### *Wat is de belangrijkste reden waarom personen (nog) geen gesprek hebben gehad met een coördinator?*

Zoals figuur 4 laat zien, zei op het ogenblik van de enquête iets meer dan één op vijf (21%, n=891) van de 4.157 personen die niet door een coördinator waren begeleid, dat ze niet waren begeleid omdat ze wegens hun ziekte geen terugkeer konden overwegen.

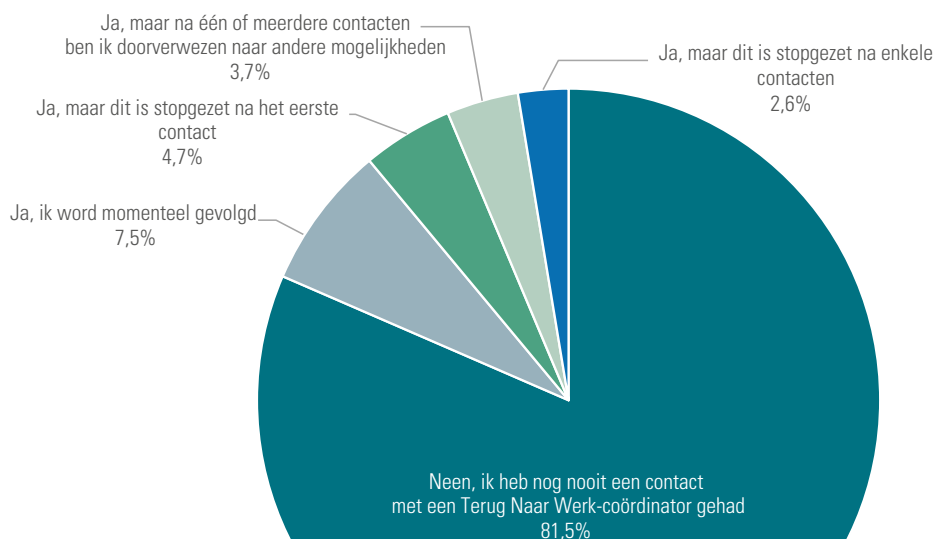
*‘Omdat ik fysiek nog niet kon werken, want ik zat 11 weken in het gips en ik had een lange revalidatie nodig’ (commentaar van een respondent).*

Een op vijf respondenten (20%, n=832) verklaarde niet uitgenodigd te zijn voor een begeleiding en ongeveer een op zes (16%, n=667) zei niet over die mogelijkheid geïnformeerd te zijn. Dit kan waarschijnlijk verklaard worden door het feit dat de mogelijkheid van een begeleiding door een coördinator nog vrij recent is en deze studie ook personen met verschillende restcapaciteiten omvatte, dus niet alleen personen in categorie 4, de belangrijkste doelgroep van de Terug Naar Werk-traject- maatregel.

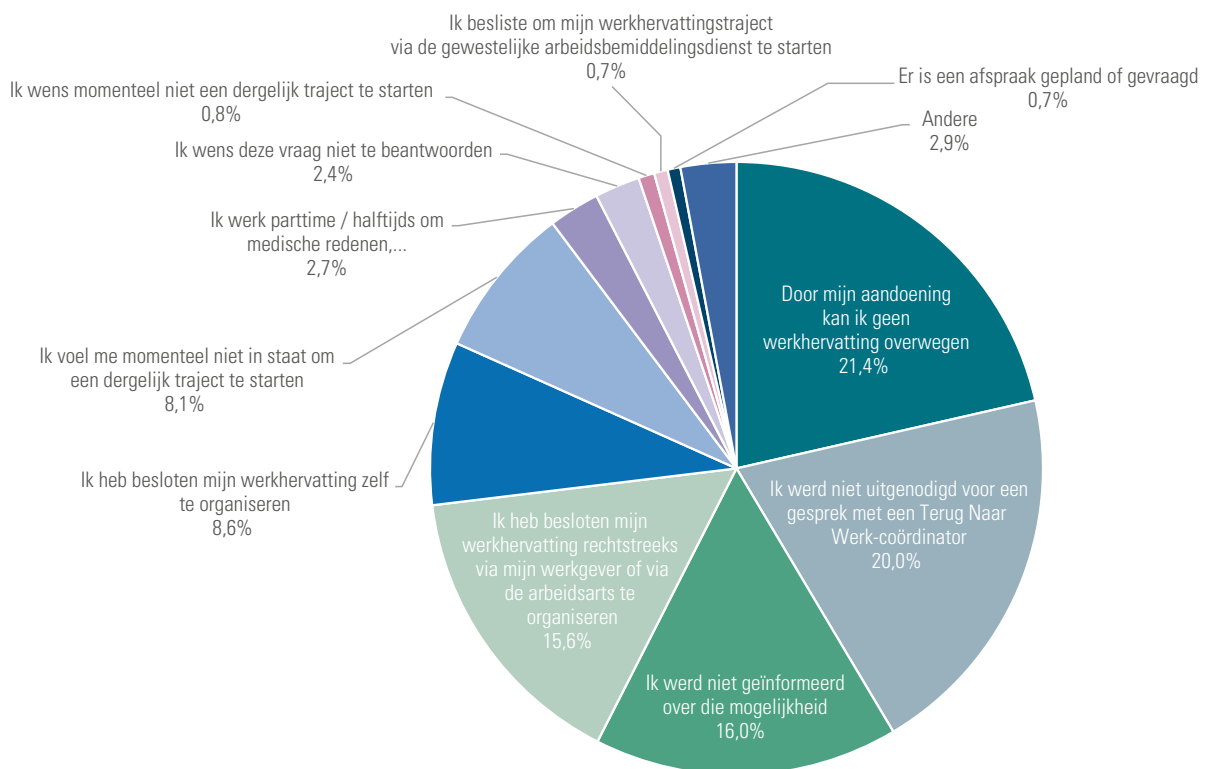
Als andere redenen verklaarden sommige personen dat ze besloten hadden om hun terugkeer naar het werk rechtstreeks via hun werkgever of de arbeidsarts te organiseren (16%, n=648) of om het op eigen houtje te doen (9%, n=358), dat ze zich nog niet in staat voelden om een dergelijke stap te zetten (8%, n=335), of dat ze al terug aan het werk waren (3%, n=112). De andere redenen worden getoond in figuur 4.

*‘Ik heb mijn werkgever gevraagd om een terugkeer naar het werk te organiseren.’*

**Figuur 3: Situatie van de respondenten in termen van de begeleiding door een coördinator (n=5.100) (Bron: CM)**



**Figuur 4: Belangrijkste reden waarom er geen gesprek was met een coördinator (n=4.157) (Bron: CM)**



### Werden de personen op een andere manier begeleid in het kader van een terugkeer naar het werk?

Ongeveer de helft van de respondenten zonder begeleiding door een coördinator (n=4.157) kreeg geen andere vorm van begeleiding voor een terugkeer naar het werk (54%, n=2.239), terwijl iets minder dan een derde (29%, n=1.197) inmiddels weer aan het werk was. De andere respondenten antwoordden dat ze de mogelijkheden om terug aan het werk te gaan onderzochten met hun werkgever (4%, n=160), hun arbeidsarts (4%, n=146), of dat ze loopbaanbegeleiding kregen (bijvoorbeeld via een opleidings- en socioprofessioneel integratiecentrum, of een gespecialiseerde coachingdienst) (3%, n=108). De andere genoemde redenen worden beschreven in figuur 5.

*'Mijn psycholoog gaf me de middelen die ik nodig had om beter te worden en mijn grenzen te kennen.'*  
*'Ik ben ontslagen en volg een coaching/omscholingsprogramma.'*

### 3.1.2. Resultaten van de begeleiding door een coördinator

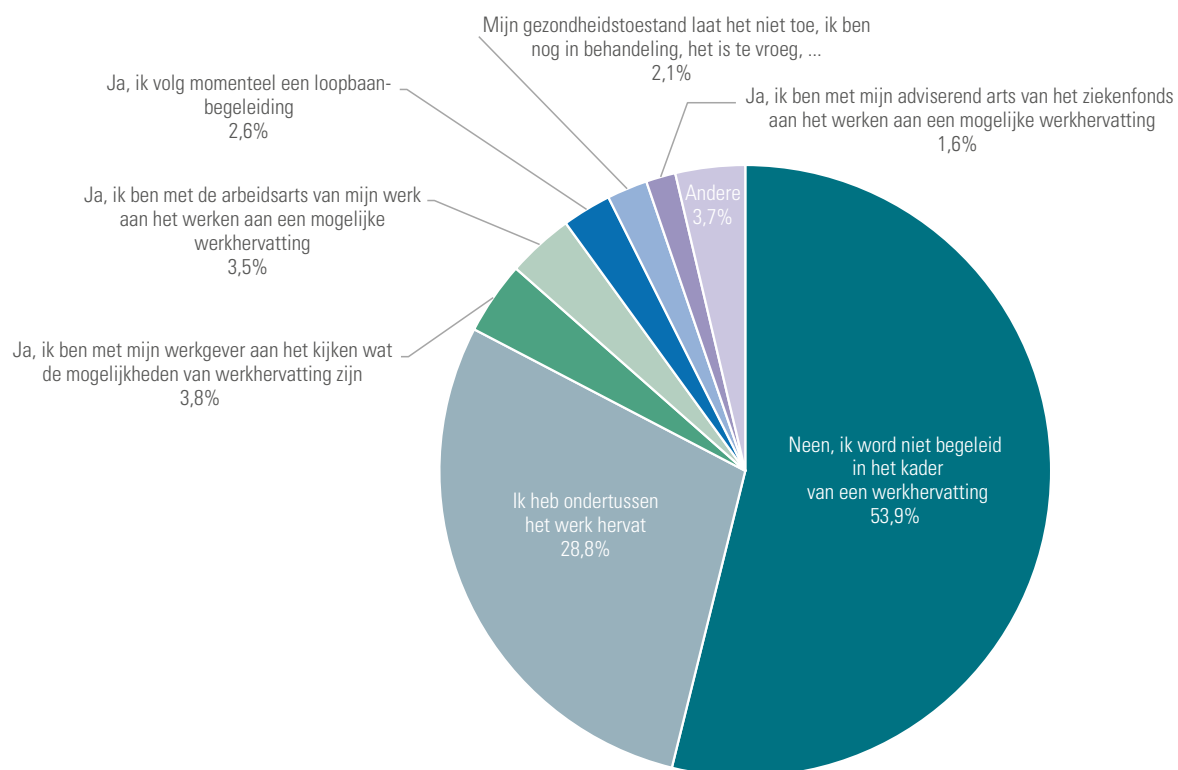
De personen die op het ogenblik van de enquête door een coördinator werden of waren begeleid (n=943) gaven aan dat ze op eigen initiatief (51%, n=484) of op initiatief van de adviserend arts met de begeleiding waren begonnen (49%, n=459). Ze hadden gemiddeld drie contacten met de coördinator (standaardafwijking=3).

#### In welke mate voelden de personen zich geholpen om hun terugkeer naar het werk voor te bereiden?

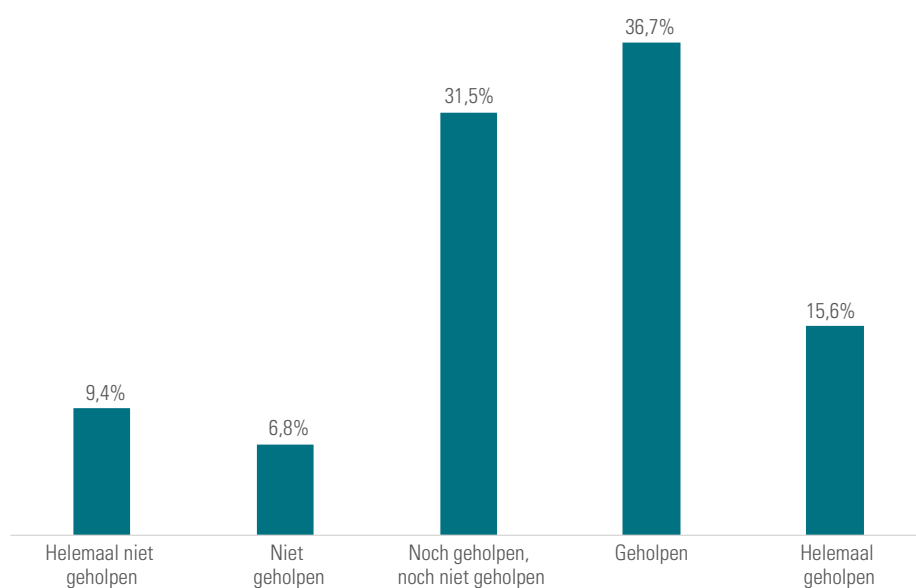
Zoals figuur 6 laat zien, zei ongeveer de helft (52%, n=493) van de 943 personen die deze begeleiding kregen, dat ze zich geholpen of helemaal geholpen voelden door de coördinator, terwijl ongeveer een op zes (16%, n=153) verklaarde zich (helemaal) niet geholpen te voelen. De overige respondenten gaven geen mening (32%, n=297).



**Figuur 5: Krijgen de personen die niet door een coördinator worden begeleid een andere vorm van begeleiding voor de terugkeer naar het werk? (n=4.157) (Bron: CM)**



**Figuur 6: Percentage respondenten volgens het ervaren gevoel van hulp na de begeleiding door een coördinator (n=943) (Bron: CM)**



De personen die zich geholpen of helemaal geholpen voelden door de coördinator (n=493), noemden als belangrijkste redenen voor hun tevredenheid de hulp bij het uitzoeken van de resterende mogelijkheden (18%, n=90), het zich gehoord voelen (17%, n=82), het krijgen van informatie over de mogelijkheden bij de arbeidsarts (15%, n=75) of de doorverwijzing naar de gewestelijke arbeidsbemiddelingsdienst (6%, n=31). De andere helpende factoren worden beschreven in figuur 7.

*'Herstel van zelfvertrouwen, het gevoel dat er naar mij geluisterd wordt, ontdekken van mijn restcapaciteiten en interesses.'*

*'We hebben de bestaande mogelijkheden besproken, hoe het werkt, de instanties waarmee ik contact kan opnemen.'*

De meest frequent genoemde reden bij de personen die zich niet geholpen voelden door de coördinator (n=153) of die een neutraal antwoord gaven op deze vraag (n=297) is dat ze gewoon nog niet klaar waren om terug aan het werk te gaan (35%, n=159). Sommige respondenten noemden ook het feit dat ze hoe dan ook zelf zouden zijn teruggekeerd (15%, n=67), dat ze op een andere manier geholpen

waren (9%, n=39), dat de gegeven informatie niet relevant was (6%, n=28) of dat hun gezondheidsproblemen te ernstig waren (6%, n=27). De andere redenen worden getoond in figuur 8.

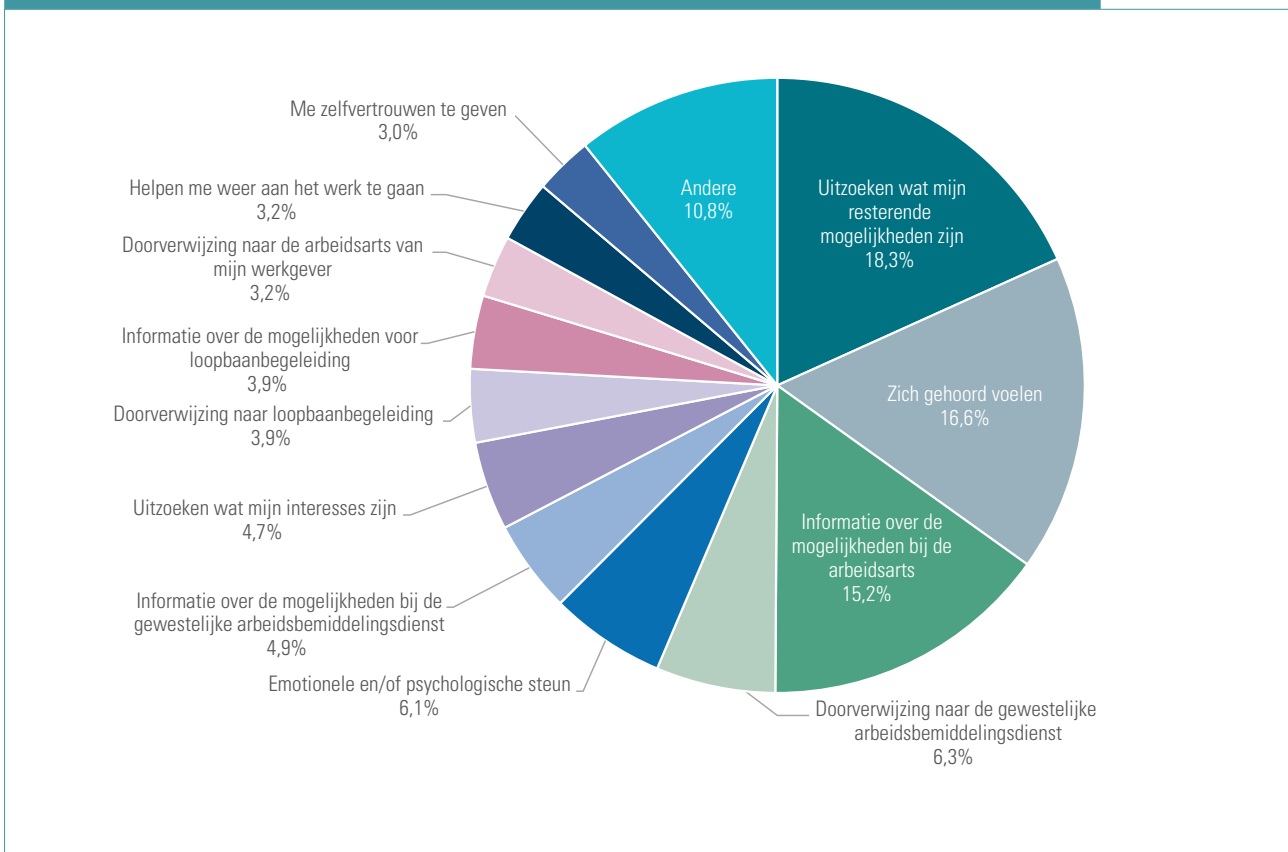
*'Ik kan niet aan het werk, dat is heel duidelijk. Ik wacht dus tot het beter wordt, als dat al gebeurt.'*

*'Het was gewoon een eerste gesprek en we hadden het vooral over de acties die ik zelf heb ondernomen. Het belangrijkste doel was om informatie te verzamelen.'*

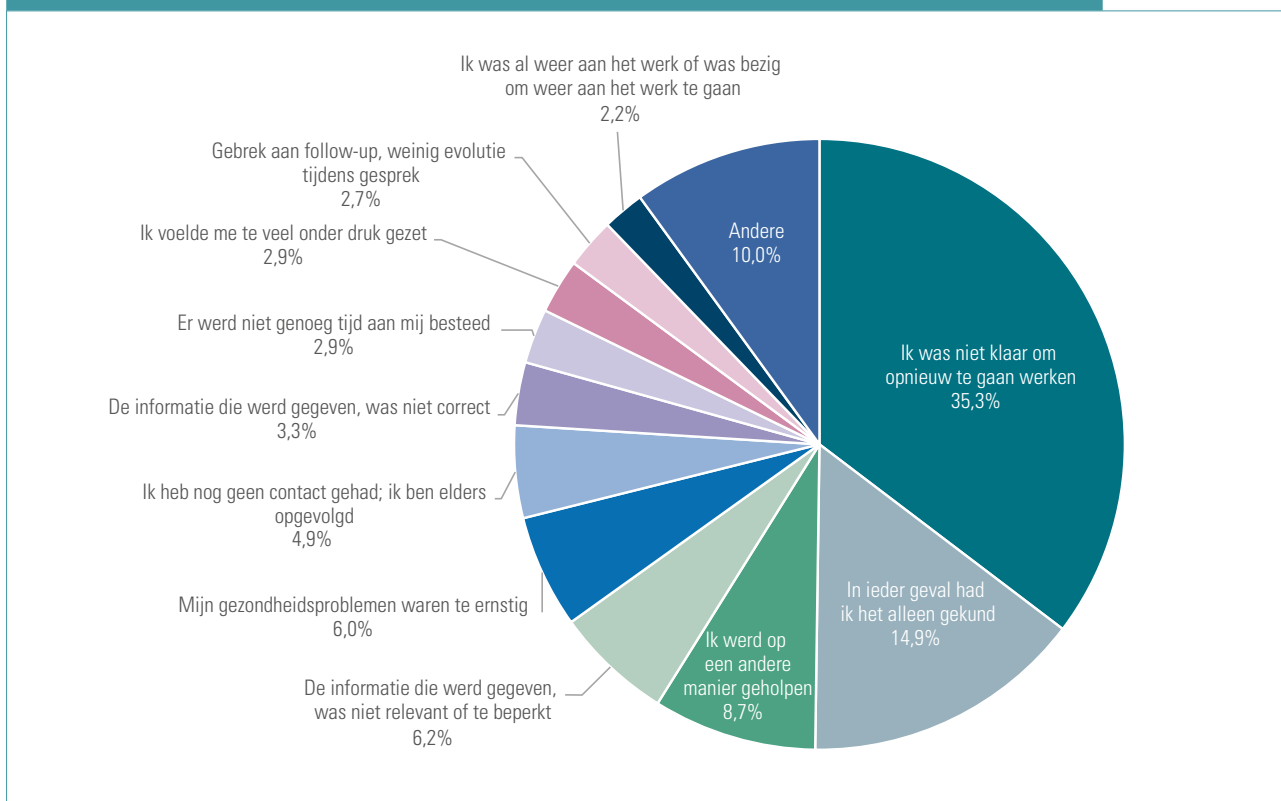
#### Hoe werden de contacten met de coördinator ervaren?

Zoals tabel 2 laat zien, gaven de meeste personen die door een coördinator begeleid waren (n=943) een positieve beoordeling van de contacten. De meeste personen waren het bijvoorbeeld eens of volledig eens met de stelling dat ze zich tijdens de contacten gehoord (80%, n=757) of begrepen (75%, n=708) voelden. Anderzijds kregen de stellingen dat de tijdens het gesprek ontvangen informatie de deelnemers hadden geholpen (59%, n=560) of dat ze naar de juiste persoon of instantie werden doorverwezen (54%, n=513), de laagste scores (maar nog altijd meer dan 50%). De mate van akkoord met alle andere stellingen varieerde van 65% tot 84%.

**Figuur 7: Voornaamste redenen waarom de respondenten zich geholpen voelen door de coördinator (n=493) (Bron: CM)**



**Figuur 8: Voornaamste redenen waarom respondenten zich niet geholpen voelden door de coördinator (n=450) (Bron: CM)**



**Welke resultaten ondervinden de respondenten van hun begeleiding door een coördinator?**

Van de door een coördinator begeleide personen (n=943), zag iets meer dan een derde (36%, n=341) geen concrete resultaten van de begeleiding op het ogenblik van de en-

quête. Een derde (33%, n=314) vond het nog te vroeg om het te zeggen, en iets minder dan een derde (30%, n=288) zag al resultaten van de begeleiding. Volgens deze laatste zijn de belangrijkste resultaten dat ze weer aan het werk zijn (40%, n=115), een beter idee hebben van de rich-

**Tabel 2: Perceptie van de kwaliteit van het contact met de coördinator (n=943) (Bron: CM)**

Tijdens mijn contacten met de coördinator:	Mee eens of volledig mee eens	
	N	%
... voelde ik me gehoord	757	80,3
... voelde ik me begrepen	708	75,1
... kreeg ik de informatie die ik nodig had (bijvoorbeeld over mijn arbeidsovereenkomst, de mogelijkheid om weer aan het werk te gaan, omscholing, loopbaanbegeleiding, enz.)	637	67,6
... was de informatie die ik kreeg begrijpelijk	757	80,3
... heeft de informatie die ik kreeg me geholpen	560	59,4
... werd goed rekening gehouden met mijn specifieke behoeften	616	65,3
... werd ik doorverwezen naar de juiste persoon/instantie (bijvoorbeeld loopbaanbegeleiding, gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling, arbeidsgeneesheer) om me verder te helpen	513	54,4
... voelde ik me vrij om te beslissen over de voorstellen die ik kreeg	622	66,0
... verliep het gesprek in goede omstandigheden (uur, plaats, enz.)	787	83,5
... was er voldoende tijd voor het gesprek	762	80,8

ting die ze uit willen (13%, n=36), of dat ze weer zin hebben om aan het werk te gaan (12%, n=33). De andere resultaten worden getoond in figuur 9.

*'Ik werk weer voor 50% en daar ben ik erg blij mee.'*  
*'Ik ga weer deeltijds werken en volg een opleiding.'*

### 3.1.3. Resultaten voor de personen voor wie de begeleiding werd gestopt of die naar andere mogelijkheden werden doorverwezen

#### Waarom is de begeleiding gestopt?

Van de personen die door een coördinator werden begeleid maar voor wie de begeleiding na een of meer contacten stopte (7%, n=373), was de meest genoemde reden om te stoppen dat hun gezondheidstoestand het niet of niet langer mogelijk maakte om aan het traject deel te nemen (33%, n=123). De andere redenen waren dat ze weer aan het werk waren (22%, n=83), dat ze niet meer konden werken (10%, n=37) of dat het traject niet aan hun verwachtingen voldeed (4%, n=15). Alle opgegeven redenen worden getoond in figuur 10.

*'Bij dat eerste contact was ik niet in staat om te werken.'*

*'Ik was weer volledig terug aan het werk.'*

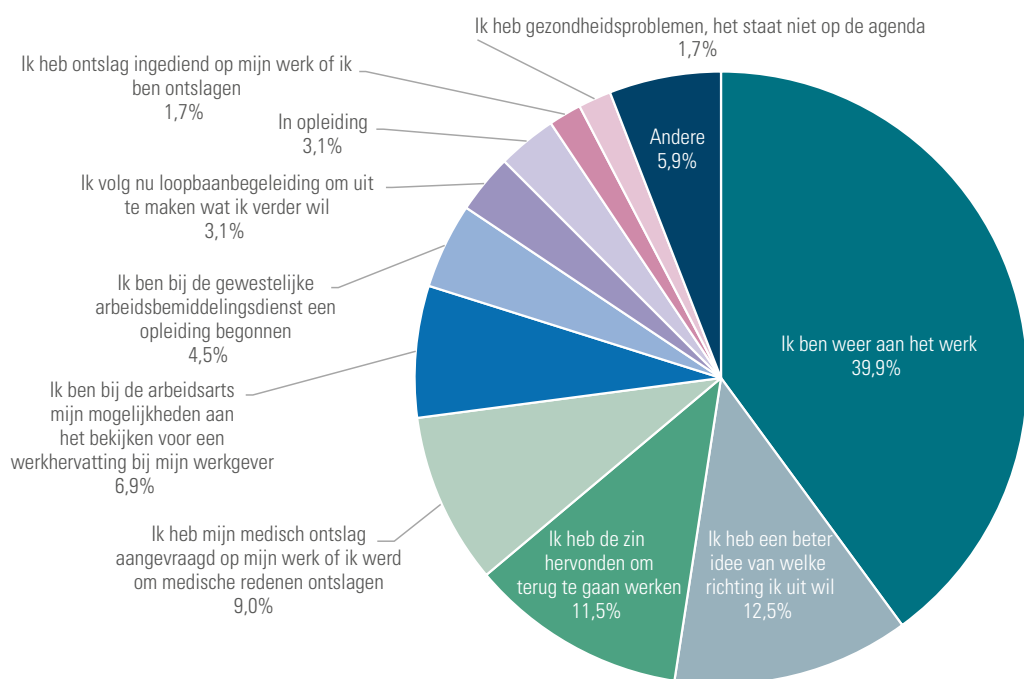
#### Indien van toepassing: naar wie werd de persoon doorverwezen?

De personen die werden doorverwezen naar andere mogelijkheden (4%, n=190) werden in 38% van de gevallen (n=73) doorverwezen naar de arbeidsarts van hun werkgever. Verder ging het om een doorverwijzing naar de gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling (35%, n=66) of een doorverwijzing naar een loopbaanbegeleiding (15%, n=29). De andere actoren naar wie de persoon werd doorverwezen, worden getoond in figuur 11.

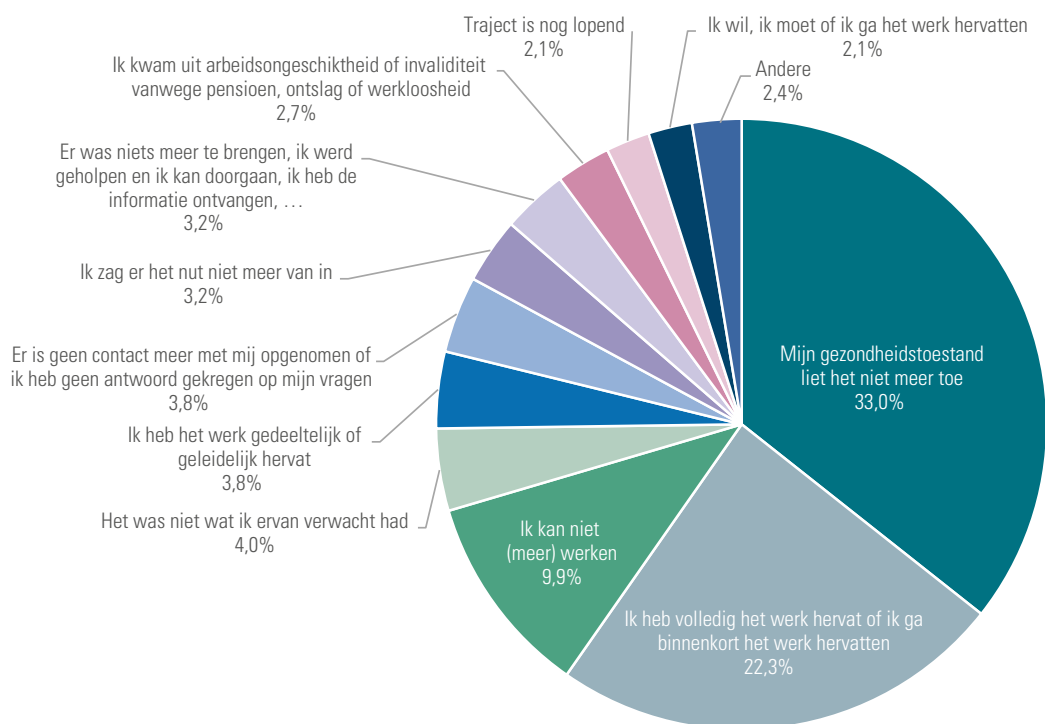
*'Ik heb zelf een gesprek met de arbeidsgeneesheer op mijn werk gevraagd.'*

*'Ik werd doorverwezen naar het [naam van een aangepast centrum voor opleiding en socioprofessionele inschakeling] om tests te doen en te kijken waar ik terecht kon.'*

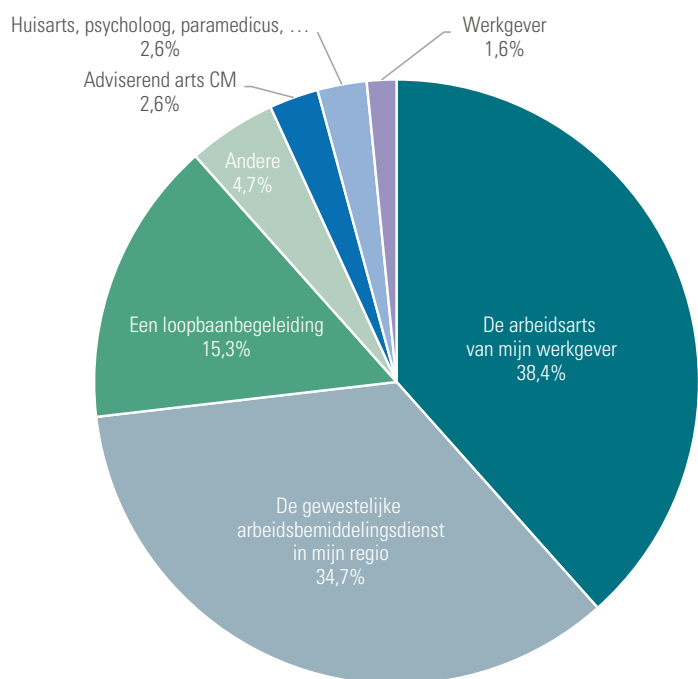
**Figuur 9: Resultaat dat door de respondenten als het belangrijkste wordt beschouwd na hun gesprek(ken) met de coördinator (n=288) (Bron: CM)**



**Figuur 10: Voornaamste reden voor de stopzetting van het traject met de coördinator (n=373) (Bron: CM)**



**Figuur 11: Actoren naar wie de deelnemers in eerste instantie werden doorverwezen (n=190) (Bron: CM)**





### 3.2. Resultaten over de ervaring van de terugkeer naar het werk

Van de respondenten (n=5.100) waren 2.299 personen weer aan het werk op het ogenblik van de enquête en werkten ze weer sinds gemiddeld acht maanden (standaardafwijking=negen maanden). Zoals te zien is in figuur 12, was 55% van de deelnemers nog niet terug aan het werk (n=2.801) op het ogenblik dat ze de vragenlijst invulden, terwijl 30% weer deeltijds werkte (n=1.549) en 15% voltijds (n=750). We herinneren eraan dat deze studie een groot aantal personen omvatte (n=2.585) voor wie een terugkeer naar het werk bij hun werkgever momenteel geen optie was omdat voorrang moest worden gegeven aan een medische diagnose of behandeling (categorie 3). Dit verklaart waarschijnlijk waarom sommige deelnemers ten tijde van de enquête nog niet terug aan het werk waren.

#### 3.2.1. Waar zijn de respondenten weer gaan werken?

Van de respondenten die weer aan het werk waren gegaan (n=2.299), was ongeveer de helft (48%, n=1.098) weer aan het werk bij dezelfde werkgever, in dezelfde functie als vroe-

ger, zonder aanpassingen van hun werk. Iets meer dan een kwart (27%, n=623) werkte weer bij dezelfde werkgever, in dezelfde functie, met werkaanpassingen, terwijl 9% (n=205) bij een andere werkgever werkte, in een andere functie.

*'Zelfde werkgever, met aanpassingen in het begin, maar na drie maanden was het weer hetzelfde werk als vroeger.'*

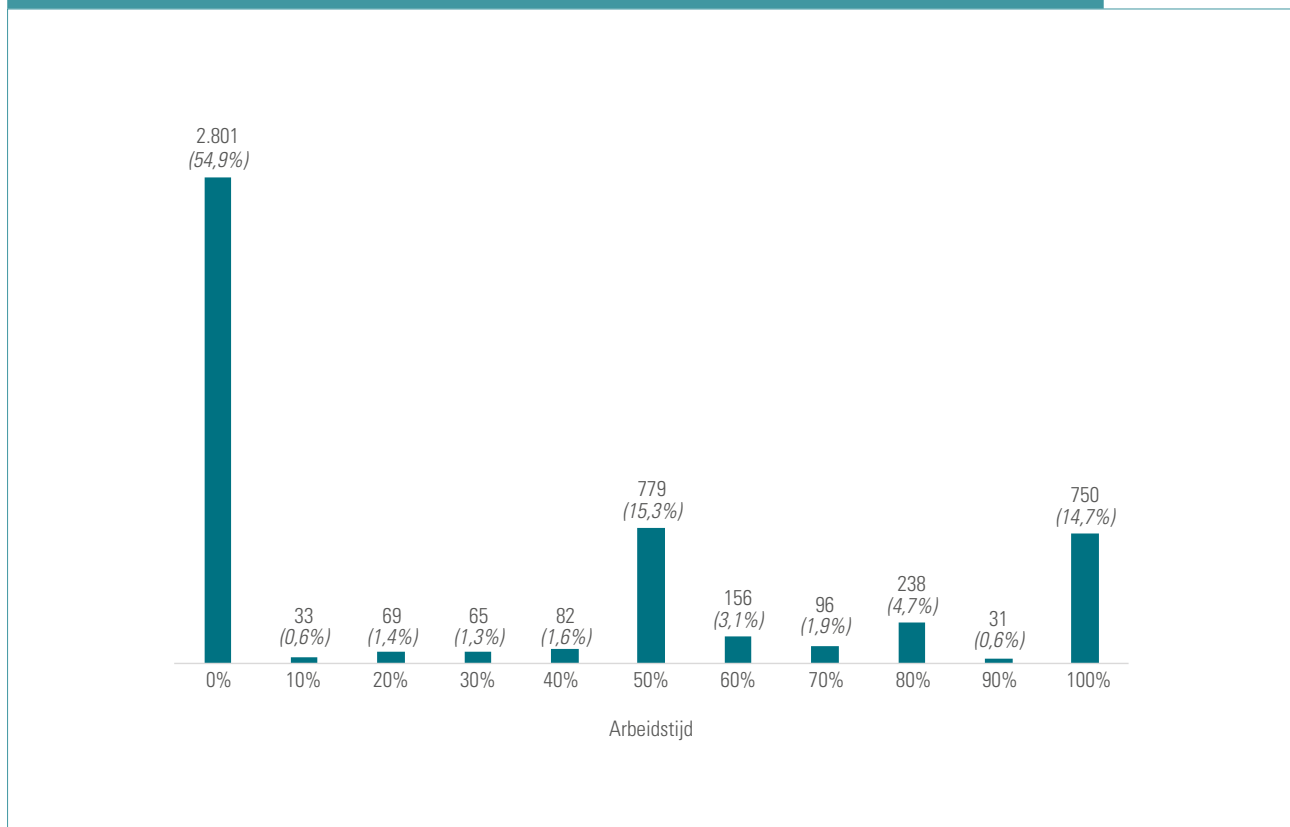
*'Zelfde werkgever, zelfde soort baan maar een ander team.'*

Figuur 13 geeft een overzicht van de andere manieren waarop de respondenten in deze enquête weer aan het werk gingen. Merk ook op dat in 86% van de gevallen (n=1.968) deze terugkeer naar het werk gebeurde in het kader van een door de adviserend arts toegestane activiteit.

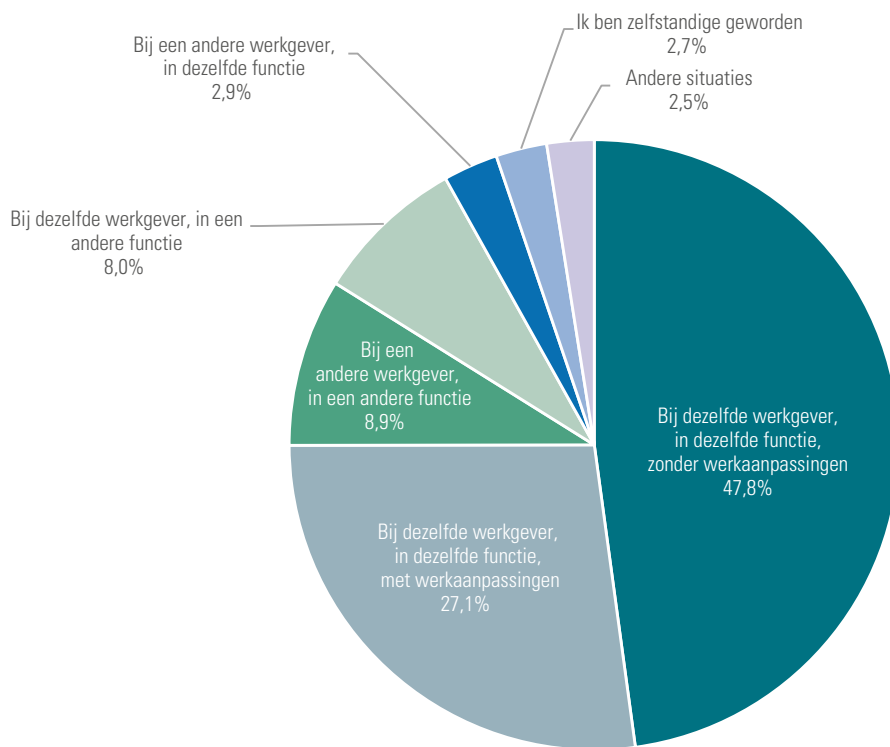
#### 3.2.2. Hoe verloopt de terugkeer naar het werk?

De terugkeer naar het werk werd beoordeeld aan de hand van twee vragen. De eerste vroeg de deelnemers hoe gemakkelijk het voor hen was geweest om weer aan het werk te gaan. Zoals figuur 14 laat zien, was ongeveer 42% (n=960) van de respondenten die weer aan het werk waren

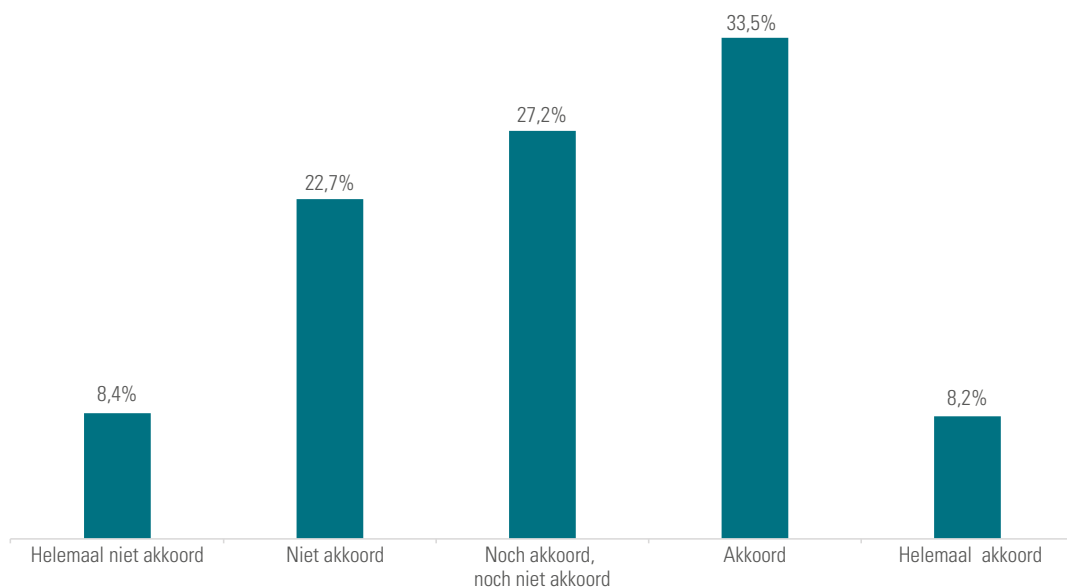
Figuur 12: Aantal (of percentage) respondenten dat wel (of niet) weer aan het werk is, volgens werktijd (n=5.100) (Bron: CM)



**Figuur 13: Plaats van de terugkeer naar het werk (n=2.299)**  
(Bron: CM)



**Figuur 14: Ervaren gemak om na arbeidsongeschiktheid weer aan het werk te gaan (n=2.299)**  
(Bron: CM)



gegaan (n=2.299) akkoord of helemaal akkoord met de stelling dat ze na hun arbeidsongeschiktheid vrij gemakkelijk weer aan het werk konden gaan, terwijl de rest van de respondenten ofwel geen mening had (27%) of (helemaal) niet akkoord was met deze stelling (31%).

De tweede vraag was peilde naar de mate waarin deelnemers het moeilijk vonden om na hun terugkeer te werken. 44% (n=1.003) was akkoord of helemaal akkoord met de stelling dat ze het moeilijk vonden om te werken na hun arbeidsongeschiktheid, terwijl 26% geen mening had en 30% (helemaal) niet akkoord was met deze stelling (zie Figuur 15). Deze verschillen in de antwoorden op de vraag suggereren dat het gemak waarmee personen terugkeren naar het werk aanzienlijk kan verschillen van persoon tot persoon.

### 3.2.3. In welke mate zijn aanpassingen aan het werk noodzakelijk en worden ze toegestaan bij de terugkeer naar het werk?

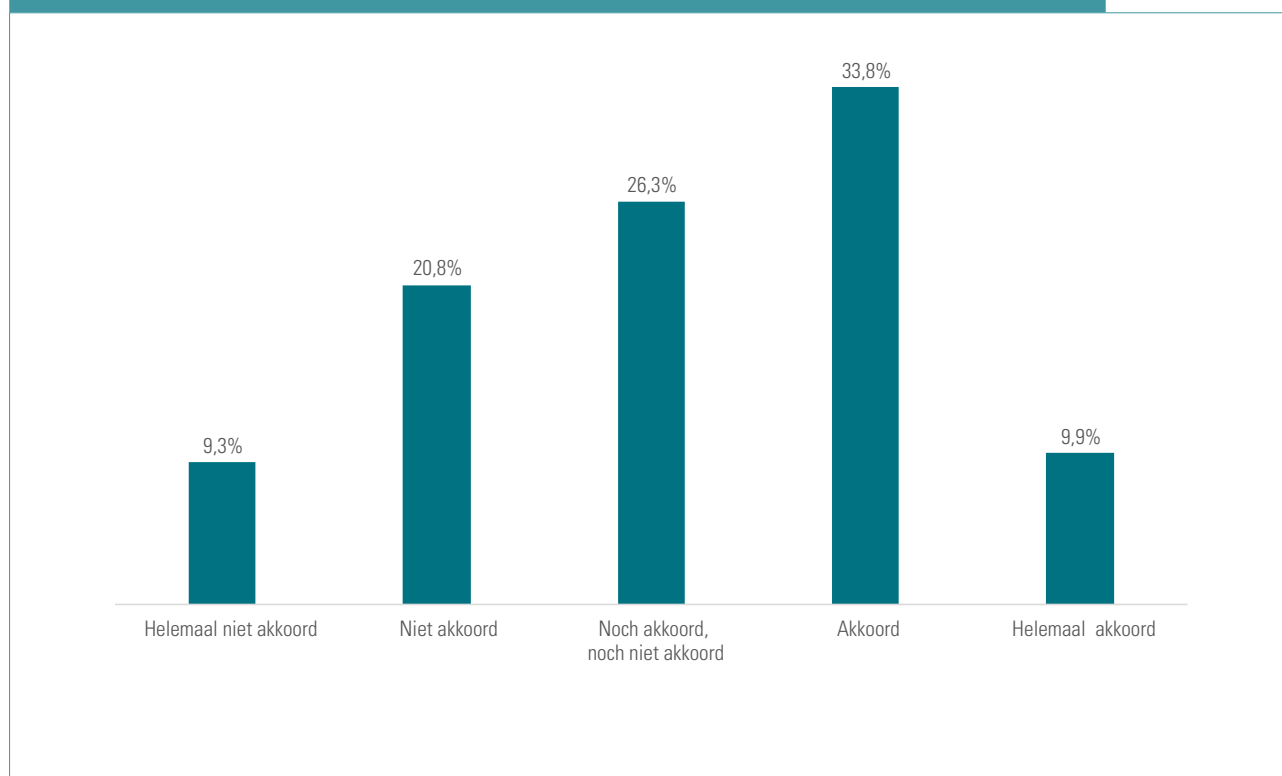
Van de personen die het werk hadden hervat (n=2.299), zei 55% (n=1.254) dat aanpassingen nodig waren aan het werk dat voor de arbeidsongeschiktheid werd gedaan. Van hen

kreeg 63% (n=786) ten minste de meeste vereiste aanpassingen (Zie Figuur 16), maar dat ging niet altijd gemakkelijk: voor 21% (n=227) van degenen die aanpassingen kregen (n=1.084), was het helemaal niet of niet gemakkelijk om ze te krijgen (zie Figuur 17).

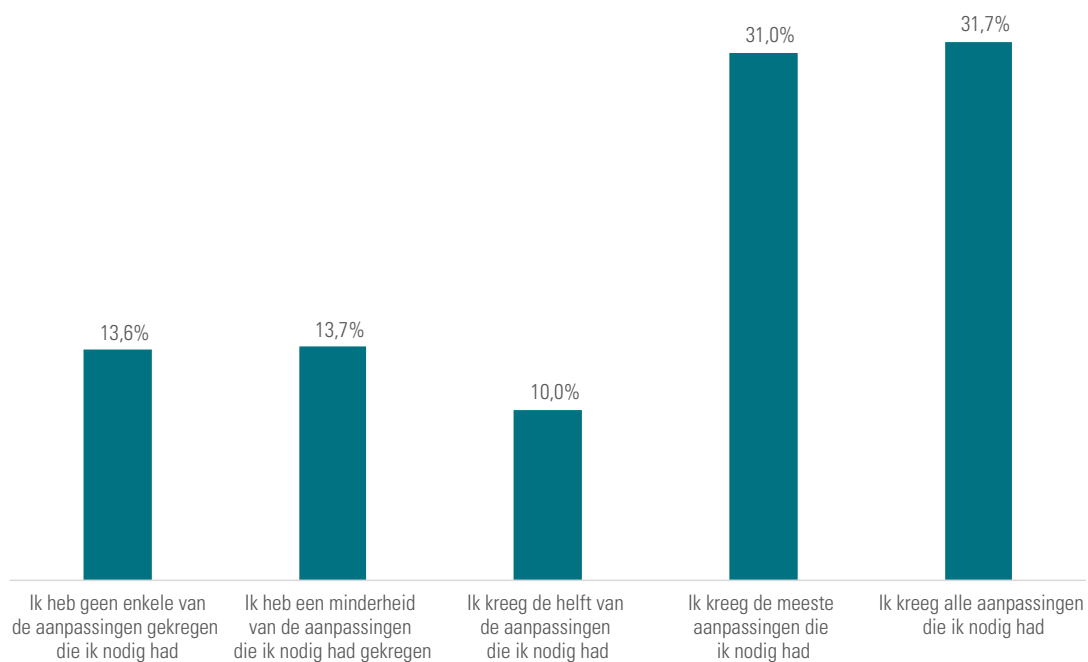
Van de 170 personen die geen van de aanpassingen kregen die ze nodig hadden, kreeg 20% (n=34) geen verklaring waarom dat niet mogelijk was. Andere redenen voor het weigeren van aanpassingen waren volgens 19% van de respondenten (n=33) problemen met de organisatie van werk, voor 16% (n=27) het feit dat aanpassingen niet mogelijk waren voor het uitgevoerde werk, en voor 11% (n=19) het feit dat de leidinggevende er het nut niet van inzag (zie Figuur 18).

*'Het verzoek werd in eerste instantie geaccepteerd door mijn manager, maar vervolgens geweigerd omdat het team te veel had geleden onder mijn afwezigheid.'*  
*'Er is te weinig personeel en de werkdruk is veel te zwaar voor iedereen.'*

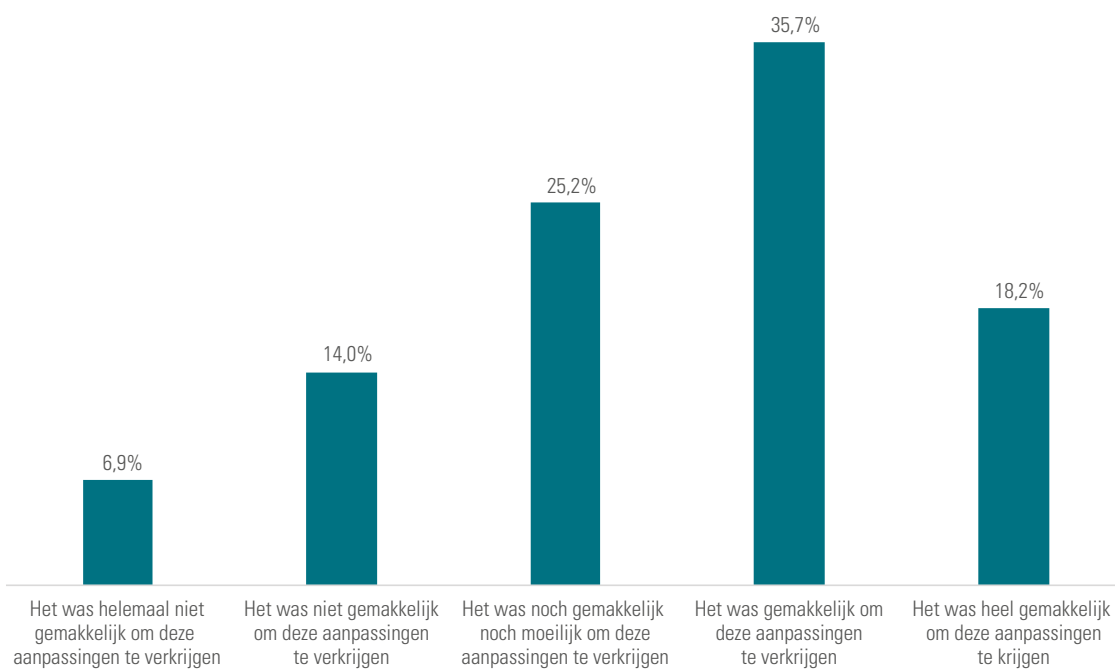
Figuur 15: Ervaren moeite om na arbeidsongeschiktheid weer aan het werk te gaan (n=2.299) (Bron: CM)



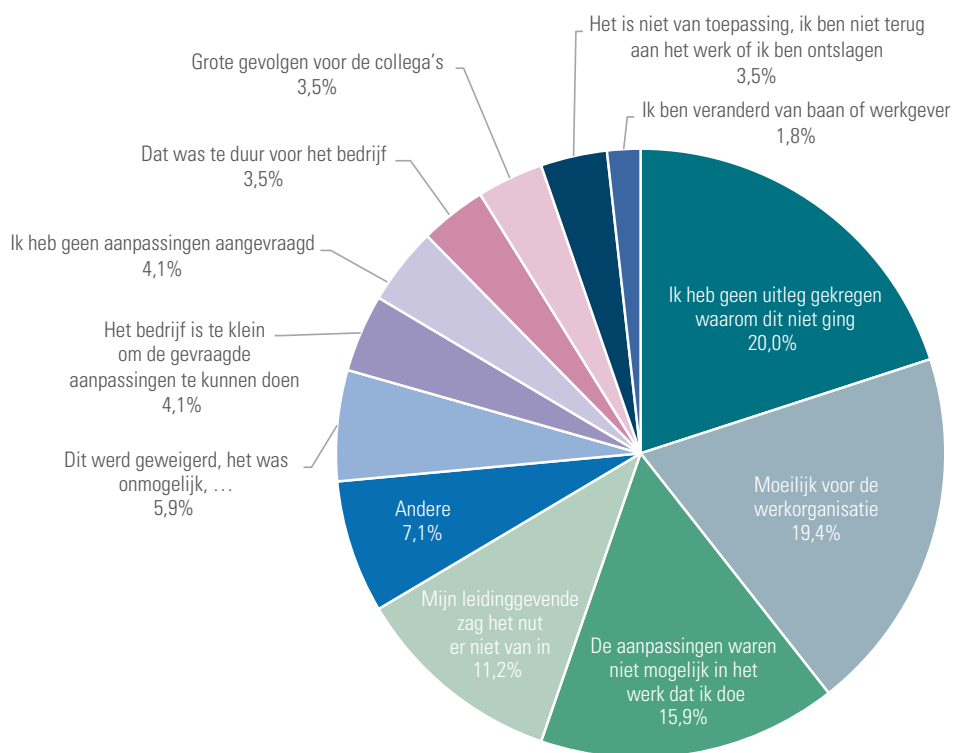
**Figuur 16: Mate waarin de respondenten aanpassingen kregen om het werk te hervatten (n=1.254) (Bron: CM)**



**Figuur 17: Mate waarin respondenten gemakkelijk aanpassingen kregen om weer aan het werk te gaan (n=1.084) (Bron: CM)**



**Figuur 18: Voornaamste reden waarom de respondenten geen aanpassingen van hun werk hebben gekregen (n=170) (Bron: CM)**



## 4. Bespreking en aanbevelingen

Het hoofddoel van deze CM-studie is een eerste overzicht te geven van de ervaringen van personen die door een Terug Naar Werk-coördinator zijn begeleid. Minder dan twee jaar nadat de nieuwe wet over het Terug Naar Werk-traject in januari 2022 van kracht ging, had bijna één op vijf (943/5.100) van de respondenten van onze enquête van november 2023, alle categorieën samen<sup>4</sup>, al minstens één contact gehad met een coördinator. Omdat de maatregel echter nog maar relatief kort van kracht is, kent dit onderzoek een aantal beperkingen. Deze beperkingen openen evenwel perspectieven voor toekomstig onderzoek over de terugkeer naar het werk.

### 4.1. Methodologische beperkingen en perspectieven voor toekomstig onderzoek

#### 4.1.1. Niet-representativiteit

Zoals vermeld in de inleiding, hebben de gegevens in deze studie enkel betrekking op een steekproef van CM-leden die ermee instemden om de vragenlijst volledig in te vullen: het zijn dus geen exhaustieve gegevens over de volledige populatie in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit die wel of niet door Terug Naar Werk-coördinatoren werd begeleid. De personen die instemden met het beantwoorden van de vragenlijst kunnen andere kenmerken hebben dan degenen die dat niet deden, en we kunnen niet uitsluiten dat dit de resultaten van dit onderzoek gedeeltelijk beïnvloed heeft.

<sup>4</sup> We herinneren eraan dat onze studie mensen omvatte met een grote verscheidenheid aan niveaus van restcapaciteiten, en niet alleen personen met het niveau van restcapaciteiten voor wie de maatregel vooral bedoeld is (categorie 4).



#### 4.1.2. Perceptie van de respondenten

In dit onderzoek werden de persoonlijke en dus subjectieve percepties van de respondenten gemeten. Bij het hercoderen van de antwoorden van de respondenten in de vrije velden stelden we een mate van verwarring vast bij sommige respondenten, die soms de begeleiding door de CM-coördinator leken te verwarren met de begeleiding door andere actoren van het terugkeerproces (bijvoorbeeld een terugkeercoach van een vereniging, de werkgever, een externe preventiedienst, enz.). We mogen ook niet vergeten dat zij de vragen over de kwaliteit van de begeleiding of het gevoel geholpen te zijn, beantwoordden volgens hun verwachtingen over de rol van een coördinator. Deze verwachtingen komen echter niet altijd overeen met de manier waarop de rol van coördinator is opgevat. De antwoorden op deze vragen kunnen evenwel informatie verschaffen over de manier waarop deze rol in de toekomst kan worden opgevat en verbeterd, zoals we voorstellen in de onderstaande aanbevelingen.

#### 4.1.3. Globale beschrijvende analyses

De analyses in dit onderzoek zijn beschrijvend: ze rapporteren de percentages van (de meest frequente) waargenomen antwoorden op de gestelde vragen, voor alle respondenten. Deze resultaten hebben dus betrekking op de gehele onderzochte populatie, zonder onderscheid naar subgroep, bijvoorbeeld op basis van leeftijd, geslacht, aandoening of soort werk. De resultaten moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd en er mag niet van worden uitgegaan dat ze uniform van toepassing zijn op de verschillende subgroepen. Toekomstig onderzoek zou kunnen worden uitgevoerd om deze verschillen te analyseren en om te kijken of er significante verschillen naar voren komen volgens de subgroep waartoe de respondent behoort.

#### 4.1.4. Periode van de meting

Voor deze studie werd een enkele meting uitgevoerd in november 2023. Enerzijds is het niet mogelijk om een causaal verband tussen de gemeten variabelen te testen, omdat alle informatie op hetzelfde moment door de respondenten werd verstrekt. Anderzijds werden de gegevens verzameld kort nadat de functie van coördinator bij de ziekenfondsen werd ingevoerd: het is een nieuwe functie die nog kan evolueren. Men kan veronderstellen dat de resultaten anders zouden zijn als deze functie al langer bestond. Toekomstige longitudinale studies zouden daarom kunnen worden uitgevoerd om de effecten van deze begeleiding door de coördinatoren in de loop van de tijd te testen.

## 4.2. Samenvatting van de resultaten en aanbevelingen

In dit deel vatten we de belangrijkste bevindingen van deze studie samen en geven we enkele **aanbevelingen** over hoe ze gebruikt kunnen worden om de begeleiding bij de terugkeer naar het werk te verbeteren. We doen ook een aantal aanbevelingen op basis van de bevindingen van het hiervoor gepresenteerde literatuuroverzicht.

Aan het eind van dit deel vat een tabel de aanbevelingen samen, met een onderscheid naargelang van de actoren voor wie ze bedoeld zijn (zie Tabel 3). Merk op dat deze tabel alleen de actoren bevat voor wie aanbevelingen kunnen worden gedaan op basis van de studieresultaten (politieke wereld, RIZIV, ziekenfondsen, werkgevers en diensten voor arbeidsgeneeskunde), en niet alle actoren die mogelijk betrokken zijn bij de terugkeer naar het werk (bijvoorbeeld de gezondheidszorg of gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling).

#### 4.2.1. De begeleiding bij de terugkeer naar het werk

Wanneer personen in het kader van een Terug Naar Werk-traject werden begeleid, verklaarde de helft (51%) zelf het initiatief voor de begeleiding te hebben genomen, terwijl iets minder dan de helft de begeleiding via de adviserend arts was gestart. Dit resultaat suggereert dat een deel van de begeleide personen dit soort traject wil beginnen. Daarnaast verklaarde de helft van de respondenten (52%) dat ze zich geholpen hadden gevoeld door de coördinator, vooral bij het identificeren van hun mogelijkheden, het gevoel dat er naar hen geluisterd werd, het verkrijgen van informatie over mogelijkheden van de arbeidsarts, de doorverwijzing naar de gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling of het ontvangen van emotionele en/of psychologische steun.

Deze resultaten suggereren, net als de studies in het literatuuroverzicht, dat de coördinatoren een zeer veelzijdige rol spelen, die niet beperkt is tot het verstrekken van informatie of het heroriënteren, maar ook het bieden van een luisterend oor en van steun omvat, wat zeer belangrijk is voor personen die overwegen weer aan het werk te gaan. Wetenschappelijke studies tonen immers aan dat het feit dat men zich gesteund en gehoord voelt door de actoren van de terugkeer naar het werk een sleutelfactor is voor het succes van de werkhervatting (Andersen, Nielsen, & Brinkmann, 2014; Haugli, Maeland, & Magnussen, 2011). Het is ook aangetoond dat communicatie, empathie, ondersteuning en actief luisteren belangrijke competenties

voor de coördinatoren zijn om zo het proces voor de terugkeer naar werk te laten slagen. Dat geldt ook voor bemiddelings- en onderhandelingsvaardigheden, opdat de coördinatoren eerlijk zouden kunnen bemiddelen bij eventuele geschillen tussen werkgevers en werknemers (Bohatko-Naismith, James, Guest, & Rivett, 2015; Pransky, Shaw, Loisel, Hong, & Désorcy, 2010; Shaw, Hong, Pransky, & Loisel, 2008).

**Het is bijgevolg belangrijk dat de coördinatoren worden opgeleid in deze aspecten, met name een luisterend oor, emotionele steun, communicatie en bemiddeling, en dat zij er de nodige tijd aan kunnen besteden.** Zoals benadrukt door Holmlund et al. (2022) is de opleiding van de coördinatoren een bepalende factor voor de kwaliteit van de coördinatie aangeboden aan de personen die begeleid worden.

De meeste respondenten beoordeelden hun contacten met de coördinatoren gunstig, met positieve scores van 65% tot 84%. Dit is een bemoedigend resultaat, aangezien verschillende onderzoeken (Black, Sim, Collie, & Smith, 2017; Lane et al., 2018) hebben aangetoond dat de kwaliteit van de interacties met de coördinatoren het gevoel van zelfeffectiviteit van de persoon die terugkeert naar het werk kan versterken (dit is het geloof in het vermogen om de eisen van het werk aan te kunnen) en de slaagkans van werkherleving kan vergroten.

Sommige personen gaven echter aan dat ze zich (helemaal) niet geholpen voelden (16%) of dat ze zich noch geholpen noch niet geholpen voelden (32%). Iets meer dan een derde (35%) van deze personen verklaarde zich niet geholpen te voelen of sprak zich niet uit, omdat ze zich niet klaar voelden om weer aan het werk te gaan. In mindere mate zeiden sommigen ook dat hun gezondheidsproblemen te ernstig waren. Deze resultaten ondersteunen **dat het belangrijk is om personen de tijd te geven om te genezen voordat ze aan een Terug Naar Werk-traject beginnen, en dat de timing van de werkherleving in de mate van het mogelijke het resultaat moet zijn van een gezamenlijke beslissing van de betrokkene en de adviseerend arts.** Dit komt overeen met de resultaten van studies die aantoonen dat indien de terugkeer naar het werk te snel wordt ingezet, of als het herstel slechts gedeeltelijk is wanneer de persoon weer aan het werk gaat, het risico op terugval toeneemt (Corbière et al., 2020). Bovendien, zoals MacEachen et al. (2020) opmerkten, moet bijzondere aandacht worden besteed aan de tijd die personen met mentale aandoeningen nodig hebben om weer aan het werk te gaan. Aangezien het werk soms de oorzaak is van de problemen, kan een vroegtijdige terugkeer naar

het werk in dit soort situaties moeilijker zijn (MacEachen et al., 2020).

Andere personen verklaarden dat ze hoe dan ook weer aan het werk zouden gegaan zijn, dat ze een andere vorm van steun hadden gekregen of dat de gegeven informatie irrelevant of te beperkt was. Hoewel de evaluatie van de contacten over het algemeen zeer positief was, kwamen ook een aantal zaken aan het licht die voor verbetering vatbaar zijn, zoals **er voor zorgen dat de verstrekte informatie relevant is en de persoon kan helpen, en als de situatie zich ertoe leent, de persoon naar de juiste actor doorverwijzen.** Verschillende studies hebben de potentiële toegevoegde waarde van de coördinator aangetoond in het verbinden van de verschillende actoren van de terugkeer naar het werk (Corbière et al., 2020; Durand, Nastasia, Coutu, & Bernier, 2017; Vogel et al., 2017).

Op het ogenblik van de enquête merkte bijna een derde van de respondenten al resultaten van hun begeleiding door de coördinatoren. Volgens hen zijn de belangrijkste resultaten dat ze weer aan het werk zijn, dat ze een beter idee hebben van de richting die ze uit willen of dat ze weer zin hebben om aan het werk te gaan. Deze eerste resultaten suggereren dat voor minstens een derde van de respondenten die door een coördinator werden begeleid, de begeleiding haar doel leek te bereiken. Voor nog eens een derde van de respondenten was het nog te vroeg om iets te zeggen, terwijl het resterende derde geen concrete resultaten van de begeleiding zag. De begeleiding door coördinatoren lijkt dus sommige respondenten te hebben aangemoedigd om terug te keren naar de arbeidsmarkt, maar **in de toekomst zouden studies kunnen worden uitgevoerd om deze effecten in de tijd en binnen verschillende subgroepen te onderzoeken.** Zo zouden toekomstige studies, vertrekkend van de bevindingen van MacEachen et al. (2020), kunnen onderzoeken in welke mate de effecten van de begeleiding door de Terug Naar Werk-coördinatoren variëren naargelang het type aandoening (mentaal of fysiek).

Nog steeds bij de personen die op het ogenblik van de enquête door een coördinator werden of waren gevolgd, werd voor een vijfde (20%) het traject na een of meer contacten beëindigd, omdat ze werden doorverwezen naar andere mogelijkheden, in de eerste plaats naar de arbeidsarts van hun werkgever en in tweede instantie naar de gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling. Deze resultaten ondersteunen **de centrale rol die de coördinatoren kunnen spelen als link tussen de persoon in arbeidsongeschiktheid en de andere actoren van de terugkeer naar het werk,** wat bijzonder belangrijk is om de kansen op

een succesvolle terugkeer naar het werk te optimaliseren (Andersen, Nielsen, & Brinkmann, 2012; Corbière et al., 2020).

Wanneer personen niet werden begeleid in het kader van een Terug Naar Werk-traject, was dat in 21% van de gevallen omdat ze vonden dat hun gezondheidstoestand hen niet toeliet om een terugkeer te overwegen. Wanneer het traject werd beëindigd, was de belangrijkste genoemde reden (33%) de gezondheidstoestand van de deelnemers. Het lijkt dus eens te meer **noodzakelijk dat personen de tijd krijgen om te genezen voor dit traject wordt overwogen**. Daarnaast zei iets meer dan een derde van de personen die niet door een coördinator waren begeleid dat ze geen traject waren begonnen omdat ze niet waren uitgenodigd of geïnformeerd over die mogelijkheid. Meer personen zouden dus belangstelling kunnen hebben voor deze mogelijkheid, dus moet men **doorgaan met het informeren van de betrokkenen moeten blijven informeren over het bestaan van de nieuwe maatregel**.

#### 4.2.2. De terugkeer naar het werk

Van de 5.100 respondenten was iets minder dan de helft (45%) weer aan het werk op het ogenblik van de enquête (30% voltijds en 15% deeltijds), de overgrote meerderheid (83%) bij dezelfde werkgever als voorheen en in een activiteit die was toegestaan door de adviserend arts (86%). Veel van de respondenten lijken deze regeling te gebruiken om weer aan het werk te gaan in het kader van een toegestane activiteit. Dit resultaat komt overeen met de bevindingen van een eerder rapport van het RIZIV (RIZIV, 2016), waaruit blijkt dat het verlenen van toestemming voor de re-integratie van rechthebbende werknemers in arbeidsongeschiktheid via een deeltijdse activiteit een zeer nuttig instrument is en door de adviserend artsen wordt gebruikt. Recente RIZIV-gegevens (RIZIV, 2023) bevestigen ook dat deze regeling steeds meer wordt gebruikt: terwijl 67.595 rechthebbende werknemers er in 2020 gebruik van maakten om deeltijds te werken, deden 78.550 dat in 2021. De resultaten van deze studie bevestigen daarom opnieuw **het belang van de regeling voor (deeltijdse) werkhervatting in het kader van een toegestane activiteit**. In de literatuur wordt ook gewezen op het belang van een geleidelijke terugkeer naar het werk voor een succesvolle hervatting (Corbière et al., 2018; Nogawa & Kojimahara, 2017).

Van de respondenten die weer aan het werk waren, zei 44% dat ze het na hun arbeidsongeschiktheid moeilijk vonden om te werken; 55% verklaarde aanpassingen nodig te hebben aan het werk dat ze voor de arbeidsongeschiktheid deden. Van de personen die aanpassingen nodig hadden, kreeg 73% ten minste de helft van de gewenste aanpassingen, wat een positieve ontwikkeling is vergeleken met de resultaten van het CM-onderzoek uit 2019 (Vancorenland, et al., 2021) waarin 58% van de respondenten die aanpassingen nodig hadden, deze geheel of gedeeltelijk kregen toen ze weer aan het werk gingen. Men mag echter niet vergeten dat deze vraag enkel werd gesteld aan de personen die weer aan het werk waren: het is mogelijk dat personen niet naar het werk terugkeerden omdat ze geen aanpassingen konden verkrijgen.

Bovendien was het voor een vijfde van de personen die aanpassingen kregen, niet gemakkelijk om ze te krijgen. Moeilijkheden, voornamelijk in verband met de organisatie van het werk, lijken dit gedeeltelijk te verklaren. Het feit dat veel personen weer aan het werk gaan bij dezelfde werkgever als vroeger, en dat ze aanpassingen nodig hebben om weer aan het werk te gaan, onderstreept **het belang voor de werkgever en de arbeidsarts om in hun beleid voor terugkeer naar werk na te denken over hoe het werk kan worden aangepast**. Dit kan ook in overleg met de werknemer gebeuren wanneer deze weer aan het werk gaat. Een studie heeft zelfs aangetoond dat de meest significante factor die de terugkeer naar het werk van werknemers met een depressie voorspelt, de intentie van de leidinggevende is om stappen te ondernemen die de werkhervatting vergemakkelijken (Negrini et al., 2018). Talrijke studies (Corbière et al., 2018; Nogawa & Kojimahara, 2018; Wong et al., 2021) hebben ook gewezen op het belang van de aanpassing van het werk en de steun van de leidinggevende en de collega's bij terugkeer naar het werk.

Het aanbieden van ondersteuning en aangepaste werkmogelijkheden is daarom essentieel om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk personen weer aan het werk kunnen in goede omstandigheden die passen bij hun gezondheidstoestand, en om het risico op een terugval in de arbeidsongeschiktheid te vermijden.

Tabel 3: Aanbevelingen voor verschillende actoren van het terugkeerproces

	Politiek	RIZIV	Ziekenfondsen				Werkgevers	Arbeidsartsen
			Adviserend artsen	Terug Naar Werkcoördinatoren	Studiediensten	Paramedici		
In de opleiding van de coördinatoren het aanleren van luisterbereidheid, emotionele steun, communicatie, enz. voorzien	X	X						
Verzekeren dat de coördinatoren voldoende tijd hebben om te luisteren, te steunen, enz.	X	X						
De communicatie tussen alle actoren van het proces van de terugkeer naar het werk bevorderen	X	X		X				
De regeling voor de terugkeer naar het werk in het kader van een toegestane activiteit bestendigen	X							
De betrokkenen blijven informeren over het bestaan van het Terug Naar Werk-traject	X	X	X	X		X	X	
De mensen de tijd geven om te genezen voor ze weer aan het werk gaan (in overleg met de adviserend arts)	X	X	X	X		X	X	
Verzekeren dat de informatie die de mensen krijgen relevant is en hen kan helpen				X				
Als de situatie zich ertoe leent, de mensen doorverwijzen naar de juiste actor (bijvoorbeeld arbeidsarts, gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling) voor verdere actie				X				
Samen met de persoon bepalen wat het beste ogenblik is om weer aan het werk te gaan (in overleg met de arts)			X			X		
Studies uitvoeren om de effecten van de begeleiding door coördinatoren in de loop van de tijd te onderzoeken					X			
In het terugkeerbeleid nadenken over hoe het werk kan worden aangepast						X	X	
De juiste omstandigheden scheppen voor een progressieve terugkeer naar het werk						X	X	
De leidinggevenden en de collega's aanmoedigen om steun en begrip te tonen wanneer een werknemer na de afwezigheid weer aan het werk gaat						X		

## Conclusie

In januari 2022 werd in België een wet betreffende het Terug Naar Werk-traject van kracht en voerden de ziekenfondsen de functie van Terug Naar Werk-coördinator in. Deze verkennende studie van de CM heeft ons in staat gesteld om de percepties te meten van mensen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit die wel of niet worden begeleid door deze nieuwe actoren van de terugkeer naar het werk. Ondanks verscheidene beperkingen heeft dit onderzoek een aantal bemoedigende eerste resultaten van de implementatie van deze maatregel aangetoond, niet alleen in termen van de terugkeer naar het werk of de informatie en oriëntatie van mensen in arbeidsongeschiktheid (bijvoorbeeld naar de gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling of de arbeidsarts), maar ook in termen van luisteren, hulp bij het identificeren van hun mogelijkheden en emotionele

en/of psychologische ondersteuning. Terwijl uit de vorige studie van de CM in 2019 (Vancorenland, et al., 2021) bleek dat mensen in arbeidsongeschiktheid graag meer informatie en steun van hun ziekenfonds zouden krijgen, waaronder over de mogelijkheden om weer aan het werk te gaan, suggereert dit nieuwe onderzoek dat de coördinatoren veel mensen met deze behoefte kunnen helpen. Het feit dat de respondenten in deze studie bij hun werkhervatting meer aanpassingen van het werk verkregen dan in de studie van 2019, suggereert ook dat het nieuwe terugkeerbeleid positieve effecten lijkt te hebben op de andere actoren van de terugkeer naar het werk. Wij menen dat het essentieel is om verder te gaan op deze weg om iedereen die het **wil en kan** weer aan het werk te helpen in een context die hun capaciteiten en gezondheidstoestand respecteert.

## Bibliografie

- Andersen, E., Kristiansen, M., & Bernt Jørgensen, S. (2023). Barriers and facilitators to return to work following cardiovascular disease: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, *13*, e06909.
- Andersen, M., Nielsen, K., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *38*, 93-104.
- Andersen, M., Nielsen, K., & Brinkmann, S. (2014). How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *24*, 709-724.
- Bernaerts, M. (2024). Les absences de longue durée en hausse en Belgique: voici les secteurs touchés par ce phénomène inquiétant. *La DH*. Opgehaald van <https://www.dhnet.be/actu/belgique/2024/01/17/les-absences-de-longue-duree-en-hausse-en-belgique-voici-les-secteurs-touchees-par-ce-phenomene-inquietant-5VVE5TNBU5GHBK7NGV5WNV44M/>
- Black, O., Sim, M., Collie, A., & Smith, P. (2017). Early-claim modifiable factors associated with return-to-work self-efficacy among workers injured at work: are there differences between psychological and musculoskeletal injuries? *Journal of Occupational Environmental Medicine*, *59*(12), 257-262.
- Bohatko-Naismith, J., James, C., Guest, M., & Rivett, D. (2015). The role of the Australian workplace return to work coordinator: essential qualities and attributes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *25*(1), 65-73.
- Brines, J., Salazar, M., Graham, K., Pergola, T., & Connon, C. (1999). Injured workers' perceptions of case management services. A descriptive study. *AAOHN Journal*, *47*(8), 355-364.
- Corbière, M., Bergeron, G., Negrini, A., Coutu, M., Sauve, G., & Lecomte, T. (2018). Employee perceptions about factors influencing their return to work after a sick-leave due to depression. *Journal of Rehabilitation*, *84*(3), 3-13.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., . . . Lecomte, T. (2020). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: a scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *30*(3), 381-419.
- Coutts, E., & Cooper, K. (2023). Return to work for adults following stroke: a scoping review of interventions, factors, barriers, and facilitators. *JBI Evidence Synthesis*, *21*(9), 1794-1837.



- Durand, M., Nastasia, I., Coutu, M., & Bernier, M. (2017). Practices of return to work coordinators working in large organizations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(1), 137-147.
- Etukwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700.
- Feuerstein, M., Salazar, M., Grahal, K., Pergola, T., & Connon, C. (2003). Integrated case management for work-related upper-extremity disorders: impact of patient satisfaction on health and work status. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(8), 803-812.
- Haugli, L., Maeland, S., & Magnussen, L. (2011). What facilitates return to work? Patients' experiences 3 years after occupational rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4), 573-581.
- Holmlund, L., Hellman, T., Engblom, M., Kwak, L., Sandman, L., Törnkvist, L., & Björk Brämberg, E. (2022). Coordination of return-to-work for employees on sick leave due to common mental disorders: facilitators and barriers. *Disability and Rehabilitation*, 44(13), 3113-3121.
- INAMI. (2016). *Gedeeltelijke werkhervatting met toestemming van de adviserend artsen bij arbeidsongeschikte gerechtigden*. Opgehaald van riziv.fgov: [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie\\_du\\_deeltijdse\\_werkhervatting\\_loontrekkenden\\_2013\\_2016.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_du_deeltijdse_werkhervatting_loontrekkenden_2013_2016.pdf)
- INAMI. (2023). Geleidelijke terugkeer naar het werk. *Informatieblad 2023/1-2*, 83-84. Opgehaald van riziv.fgov: [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/ib2023\\_1\\_2\\_pva\\_V.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/ib2023_1_2_pva_V.pdf)
- RIZIV. (2024a). *Statistieken van de uitkeringen*. Opgehaald van <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-2022>
- RIZIV. (2024b). *Terugkeer naar werk tijdens arbeidsongeschiktheid*. Opgehaald van riziv.fgov: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/socio-professionele-re-integratie>
- Islam, T., Dahlui, M., Majid, H., Nahar, A., Mohd Taib, N., & Su, T. (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(Suppl 3), S8.
- Joosen, M., Lugtenberg, M., Arends, I., van Gestel, H., Schaapveld, B., Terluin, B., . . . Brouwers, E. (2022). Barriers and facilitators for return to work from the perspective of workers with common mental disorders with short, medium and long-term sickness absence: a longitudinal qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(2), 272-283.
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., & Räsänen, K. (2019). Return-to-Work Coordinators' Practices for Workers with Burnout. *Journal of Occupational Rehabilitation*(29), 493-502.
- Lane, T., Lilley, R., Hogg-Johnson, S., LaMontagne, A., Sim, M., & Smith, P. (2018). A prospective cohort study of the impact of return-to-work coordinators in getting injured workers back on the job. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 298-306.
- MacEachen, E., McDonald, E., Neiterman, E., McKnight, E., Malachowski, C., Crouch, M., . . . Giau, E. (2020). Return to work for mental Ill-health: a scoping review exploring the impact and role of return-to-work coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(3), 455-465.
- Marinas-Sanz, R., Iguacel, I., Maqueda, J., Mínguez, L., Alquézar, P., Andrés, R., . . . Martínez-Jarreta, B. (2023). Facilitating factors and barriers in the return to work of working women survivors of breast cancer: a qualitative study. *Cancers (Basel)*, 15(3), 874.
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., . . . Berbiche, D. (2018). How can supervisors contribute to the return to work of employees who have experienced depression? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 279-288.
- Nogawa, K., & Kojimahara, N. (2018). Work accommodation at the time of Return-to-Work for workers on sick leave: a qualitative systematic review with recommendations for Return-to-work Guidance 2017. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*, 60(3), 61-68.
- Pransky, G., Shaw, W., Loisel, P., Hong, Q., & Désorcy, B. (2010). Development and validation of competencies for return to work coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), 41-48.
- RIZIV. (2022). Het «Terug Naar Werk-traject» onder begeleiding van de «Terug Naar Werkcoördinator» in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers. *I.B. 2022/4*, 53-65. Opgehaald van [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bi2022\\_4\\_richtlijnen\\_IV.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bi2022_4_richtlijnen_IV.pdf)
- Shaw, W., Hong, Q., Pransky, G., & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(1), 2-15.
- Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., & Lambert, L. (2021). Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid. *CM-Informatie*, 284, 4-55.
- Vogel, N., Scandelmaier, S., Zumbrunn, T., Ebrahim, S., de Boer, W., Busse, J., & Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017*, Issue 3. Art. No.: CD011618.
- Wong, J., Kallish, N., Crown, D., Capraro, P., Trierweiler, R., Wafford, Q., . . . Heinemann, A. (2021). Job Accommodations, Return to Work and Job Retention of People with Physical Disabilities: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(3), 474-490.

