

“TUSSEN ZORG EN CONTROLE: EEN KWALITATIEVE VERKENNING VAN PATIËNTENERVARINGEN MET HET BELGISCH ACTIVERINGSBELEID”

Aantal woorden: 6179 woorden

Aysenur Akkus

Stamnummer: 01904277

Promotor: Prof. dr. Ignaas Devisch

Copromotor: Dr. Hanna Vandenbussche

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad Master in het Management en het
Beleid van de Gezondheidszorg

Academiejaar: 2025 - 2026

“TUSSEN ZORG EN CONTROLE: EEN KWALITATIEVE VERKENNING VAN PATIËNTENERVARINGEN MET HET BELGISCH ACTIVERINGSBELEID”

Aantal woorden: 6179 woorden

Aysenur Akkus

Stamnummer: 01904277

Promotor: Prof. dr. Ignaas Devisch

Copromotor: Dr. Hanna Vandenbussche

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad Master in het Management en het
Beleid van de Gezondheidszorg

Academiejaar: 2025 - 2026



© Copyright

Startdatum	14/11/2025
------------	------------

DEZE VERKLARING WORDT AFGELEGD TEN AANZIEN VAN

Universiteit Gent, openbare instelling met rechtspersoonlijkheid, waarvan de bestuurszetel gevestigd is te 9000 Gent, Sint-Pietersnieuwstraat 25, gekend onder ondernemingsnummer 0248.015.142, voor wie optreedt bij delegatie ingevolge het besluit van de Raad van Bestuur, rector ("UGent")

In het kader van mijn opleiding aan UGent zal ik kennis krijgen van bepaalde vertrouwelijke informatie toebehorend aan UGent of door derden toevertrouwd aan UGent in het kader van het Project.

Ik verbind er mij toe om de aan mij in het kader van het Project ter beschikking gestelde informatie op geen enkele manier publiek bekend te maken zonder voorafgaande uitdrukkelijke schriftelijke toelating van UGent. Deze verplichting houdt ook in dat de vertrouwelijke informatie niet mag worden opgeladen in generatieve AI tools. Deze verbintenis geldt vanaf de terbeschikkingstelling van de vertrouwelijke informatie en voor een duur van **tien (10) jaar** te rekenen vanaf de Startdatum van deze Eenzijdige Verklaring.

Ik verklaar kennis te hebben genomen van de "Generieke Gedragscode voor de verwerking van persoonsgegevens en vertrouwelijke gegevens" van de UGent (<https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/gedragscode-persoonsgegevens.htm>).

Ik zal (1) de mij in het kader van het Project ter beschikking gestelde persoonsgegevens vertrouwelijk behandelen, (2) geen kopieën maken van de persoonsgegevens buiten het strikte kader van de uitvoering van het Project, (3) na afloop van het Project alle kopieën van de persoonsgegevens bezorgen aan mijn promotor/opdrachtgever en (4) de persoonsgegevens op definitieve wijze verwijderen van al mijn computersystemen en datadragers (m.i.v. USB-sticks, harde schijven, ...). Deze verbintenis geldt vanaf de terbeschikkingstelling van de persoonsgegevens en voor onbepaalde duur.

Ik draag alle intellectuele rechten op de onderzoeksresultaten behaald in het kader van de uitvoering van het Project over aan UGent. In de mate deze onderzoeksresultaten beschouwd worden als werken van "letterkunde en kunst" in de zin van Boek XI, Titel 5 van het Wetboek van Economisch Recht, zal UGent het recht hebben deze resultaten op de meest volstrekte wijze verder te gebruiken en exploiteren. Dit gebruiks- en exploitatierecht omvat onder andere het recht om de resultaten naar eigen inzicht aan te passen, te vertalen en te publiceren. Ik ontvang geen financiële vergoeding voor de overdracht van de rechten noch op het toekennen van gebruiksrechten op de onderzoeksresultaten zoals voorzien in deze paragraaf. Bij publicatie wordt mijn bijdrage gehonoreerd conform de gangbare regels inzake goede academische praktijk.

Met betrekking tot diens participatie in het Project zoals hierboven omschreven, zal ik:

- a) alle behaalde onderzoeksresultaten volledig rapporteren aan de UGent promotor/opdrachtgever op diens eerste verzoek;
- b) elke redelijke medewerking verlenen om UGent in staat te stellen de onderzoeksresultaten te beschermen door middel van intellectuele rechten of om die bescherming te handhaven.

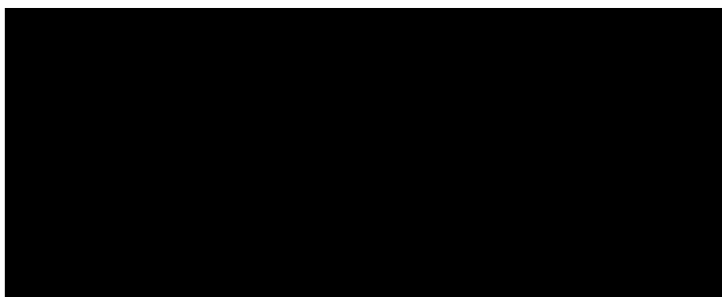
Deze Eenzijdige Verklaring vervangt alle eventuele schriftelijke en/of mondelingen afspraken, verklaringen, etc. die eerder zouden gemaakt zijn m.b.t. haar voorwerp.

Elektronische Handtekeningen en Eensluitende Kopieën

Partijen komen overeen dat deze overeenkomst en alle daarmee verband houdende documenten elektronisch kunnen worden ondertekend en afgeleverd, onder meer via een elektronisch ondertekeningplatform of door het uitwisselen van ingescande kopieën (zoals PDF-bestanden). Elke elektronische handtekening of digitaal ondertekend document heeft dezelfde rechtsgevolgen als een handgeschreven handtekening.

Deze overeenkomst kan in één of meer eensluitende kopieën worden ondertekend. Elke eensluitende kopie wordt beschouwd als een origineel, en alle eensluitende kopieën samen vormen één en dezelfde overeenkomst.

De levering van een ondertekende eensluitende kopie van deze overeenkomst (ook via e-mail of een elektronisch ondertekeningssysteem) geldt als een geldige ondertekening en aflevering.



INHOUDSOPGAVE

I.	Voorwoord	i
II.	Wetenschappelijk abstract	ii
III.	Scientific abstract	iii
IV.	Samenvatting	iv
1.	Inleiding	1
2.	Theoretisch kader en literatuurstudie	3
2.1.	Conceptuele Afbakening: Gezondheid en de ziekte-triade	3
2.2.	Van de 'Sick Role' naar de patiënt als ondernemer	5
2.3.	Ervaringen van patiënten	6
2.4.	De Belgische context	6
2.5.	Conclusie: ziekte in een activerende samenleving	7
3.	Methode	8
3.1.	Design	8
3.2.	Steekproef en setting	8
3.3.	Dataverzameling	8
3.4.	Data-analyse	9
3.5.	Ethische aspecten	9
3.6.	Kwaliteitsbewaking: Validiteit en betrouwbaarheid	10
4.	Resultaten	11
4.1.	Informatievoorziening en verwachtingen vooraf	11
4.1.1.	Vraag 1: Kunt u mij vertellen hoe u voor het eerst hoorde over de nieuwe procedures rond de 'Terug Naar Werk'-trajecten of de herbeoordeling? (n=7)	11
4.1.2.	Vraag 2: Wat was uw allereerste gedachte of gevoel toen u de brief of de uitnodiging ontving van de herbeoordeling? Niet van toepassing: ga naar vraag 4 (n=5)	11
4.1.3.	Vraag 3: Welke informatie had u op voorhand over deze nieuwe maatregelen en met welke verwachtingen ging u naar dit gesprek? (n=5)	11
4.2.	Perceptie van 'activatie' en de verdeling van verantwoordelijkheid	12
4.2.1.	Vraag 4: In het politieke debat gaat het vaak over 'mensen activeren'. Wat betekent dit begrip 'activatie' voor u persoonlijk vanuit uw huidige situatie? Hoe vult u dit in?	12
4.2.2.	Vraag 5: Hoe beïnvloedt het huidige maatschappelijke en politieke debat uw eigen standpunt over het ontvangen van een uitkering?	12
4.2.3.	Vraag 6: Hoe ziet u de verdeling van verantwoordelijkheid voor een eventuele terugkeer naar werk?	12

4.3.	Ervaringen met de adviserend arts en onzichtbare symptomen	13
4.3.1.	Vraag 7: Veel chronische ziekten zijn niet direct zichtbaar. Hoe kijkt de controlerende arts volgens u naar de aspecten van uw ziekte die minder zichtbaar zijn?.....	13
4.4.	De emotionele en maatschappelijke impact van ziekte	14
4.4.1.	Vraag 8: Hoe beïnvloedt het ‘niet kunnen werken’ wie u bent als persoon?..	14
4.5.	Toekomstperspectief en boodschap aan het beleid.....	14
4.5.1.	Vraag 9: Hoe kijkt u (na deze herbeoordeling) naar uw toekomst op de arbeidsmarkt?	14
4.5.2.	Vraag 10: Wat zou u tegen de minister willen zeggen?	15
5.	Discussie.....	16
5.1.	De discrepantie tussen 'empowerment' en de praktijk.....	16
5.2.	De interactie met de controlearts: de frictie tussen 'disease' en 'illness'	17
5.3.	De productiviteitsval en structurele ongelijkheid op de arbeidsmarkt.....	17
5.4.	Beperkingen van het onderzoek	18
6.	Aanbevelingen voor beleid en praktijk.....	19
7.	Conclusie	21
8.	Referentielijst.....	22
V.	Verklaring omtrent het gebruik van generatieve AI	26
9.	Bijlagen.....	1
9.1.	Bijlage 1: Afkortingen	1
9.2.	Bijlage 2: Geïnccludeerde Artikels	2
9.3.	Bijlage 3: Overzicht van relevante artikels.....	3
9.4.	Bijlage 4: Inclusiecriteria	8
9.5.	Bijlage 5: Vragenlijst	9
9.6.	Bijlage 6: Masterproef flyer	10
9.7.	Bijlage 7: Informed consent formulier.....	11
9.8.	Bijlage 8: Goedkeuring EC.....	16

I. Voorwoord

Dit jaar heb ik de mogelijkheid gekregen om mijn masterproef uit te voeren aan de Universiteit Gent, onder begeleiding van professor dr. Ignaas Devisch. Graag draag ik dit werk op aan de personen die mij hebben bijgestaan tijdens dit uitdagende, maar uiterst leerzame proces.

Om te beginnen wil ik mijn promotor, professor dr. Ignaas Devisch, hartelijk danken voor de geboden kans om dit onderzoek uit te voeren en voor het vertrouwen om dit project onder zijn hoede te mogen voltooien.

Daarnaast gaat mijn oprechte en speciale dank uit naar mijn co-promotor, dr. Hanna Vandenbussche. Ik waardeer haar intensieve begeleiding, geduld en voortdurende steun gedurende het gehele onderzoekstraject enorm. Haar expertise en constructieve feedback hebben aanzienlijk bijgedragen aan de uiteindelijke kwaliteit van deze masterproef.

Tevens wil ik alle respondenten bedanken voor hun deelname. Zonder hun bereidheid om hun ervaringen te delen, had ik dit onderzoek niet kunnen voltooien.

Tot slot wil ik mijn ouders bedanken. Dankzij hun onvoorwaardelijke steun en liefde heb ik de kans gekregen om aan de universiteit te studeren. Ik waardeer hun aanmoedigingen en de wandelingen die we maakten op de momenten dat het even moeilijk ging. Zonder hen zou ik niet staan waar ik nu ben.

Ik kijk met trots terug op de weg die we samen hebben afgelegd en dank iedereen die deel heeft uitgemaakt van dit traject.

II. Wetenschappelijk abstract

Achtergrond: Het huidige Belgische activeringsbeleid voor langdurig zieken focust sterk op snelle re-integratie via medische herbeoordelingen en 'Terug Naar Werk'-trajecten. In het politieke discours wordt dit vaak geframed als 'empowerment'.

Doelstelling: Dit kwalitatieve onderzoek exploreert de subjectieve ervaringen van langdurig zieken met deze procedures om de impact op hun ziekte-traject en identiteit te begrijpen.

Methodologie: Via een online vragenlijst met open vragen werden de ervaringen van acht respondenten (n=8) diepgaand bevestigd. De data werden geanalyseerd via een thematische analyse binnen een medisch-sociologisch kader.

Resultaten: De bevindingen tonen een fundamentele kloof tussen beleid en beleving. Respondenten ervaren de herbeoordelingen overwegend als stigmatiserend en gebaseerd op wantrouwen. Er is sprake van een 'institutionele verstoring' waarbij onzichtbare klachten worden genegeerd door een eenzijdige biomedische focus. Paradoxaal genoeg is de intrinsieke werkwijze hoog, maar vormen medische draagkracht en een gebrek aan inclusief werkgeverschap de werkelijke barrières.

Conclusie: Het beleid is verschoven naar een systeem van 'conditionele solidariteit'. De eenzijdige responsabilisering van de zieke werkt contraproductief voor duurzame re-integratie.

Praktische implicaties: Er is nood aan een paradigmaverschuiving naar gedeelde verantwoordelijkheid, met focus op sensibilisering van controleartsen rond onzichtbare ziekte en actieve coaching van het middenmanagement op de werkvloer.

III. Scientific abstract

Background: Current Belgian activation policies for the long-term ill focus heavily on rapid re-integration through mandatory medical re-assessments and 'Back to Work' trajectories. In political discourse, these measures are frequently framed as 'empowerment'.

Objectives: This qualitative study explores the subjective experiences of long-term ill individuals with these procedures to understand the impact on their illness trajectory and identity.

Methodology: Using an online questionnaire with open-ended questions, the experiences of eight respondents (n=8) were explored in depth. Data was analyzed via thematic analysis within a medical-sociological framework.

Results: Findings demonstrate a fundamental gap between policy and experience. Respondents predominantly perceive re-assessments as stigmatizing and based on distrust. There is evidence of an 'institutional disruption' where invisible symptoms are ignored due to a one-sided biomedical focus. Paradoxically, intrinsic motivation to work remains high, but medical capacity and a lack of inclusive employment act as the actual barriers.

Conclusion: Policy has shifted toward a system of 'conditional solidarity'. This one-sided responsabilization of the patient proves counterproductive for sustainable re-integration.

Practical Implications: A paradigm shift toward shared responsibility is required, focusing on sensitizing insurance physicians regarding invisible illnesses and active coaching of middle management in the workplace.

IV. Samenvatting

In België neemt het aantal langdurig zieken toe, wat heeft geleid tot een beleid dat sterk inzet op 'activering'. Via verplichte medische herbeoordelingen en specifieke trajecten streeft de overheid naar een snellere terugkeer naar de arbeidsmarkt. Dit kwalitatief onderzoek gaat na hoe langdurig zieken het huidige activeringsbeleid beleven en welke drempels een rol spelen in hun traject.

De resultaten belichten specifiek de subjectieve beleving van de patiënt. Hieruit blijkt een duidelijke kloof tussen de beleidsintenties en de dagelijkse realiteit van de patiënt. Het maatschappelijke en politieke debat rond activering gaat voor veel respondenten gepaard met gevoelens van schaamte en stigmatisering. Tijdens de medische controles ligt de nadruk bovendien vaak op objectief meetbare, fysieke parameters. Hierdoor dreigen 'onzichtbare' klachten, zoals chronische pijn of vermoeidheid, naar de achtergrond te verdwijnen. Voor veel patiënten voelt dit aan als een gebrek aan erkenning, wat het traject bemoeilijkt en leidt tot een extra mentale belasting.

Daarnaast toont het onderzoek de ingrijpende emotionele en sociale impact van langdurige ziekte aan, waaronder een verlies van eigenwaarde. De patiënten zelf geven aan sterk gemotiveerd te zijn om opnieuw deel te nemen aan de arbeidsmarkt. Deze vaststelling wijkt af van de aannames die ten grondslag liggen aan het huidige activeringsbeleid. Ondanks deze motivatie ervaren patiënten in de praktijk echter aanzienlijke barrières. De vrees voor onbegrip en discriminatie op de arbeidsmarkt is groot. Patiënten benadrukken in hun antwoorden dan ook de dringende nood aan structureel maatwerk en een beter maatschappelijk begrip voor de onvrijwillige aard van hun ziekte.

Aangezien het thema van langdurige ziekte en re-integratie hoog op de maatschappelijke agenda staat, kunnen de resultaten van dit onderzoek waardevolle informatie bieden omtrent de mogelijke werkpunten van het huidige beleid. De studie suggereert dat een eenzijdige focus op de individuele verantwoordelijkheid van de patiënt onvoldoende is voor een duurzame werkhervatting. Deze masterproef kan dienen om handvatten aan te reiken voor een verschuiving naar gedeelde verantwoordelijkheid. Voor controle-instanties betekent dit het belang inzien van een bredere, meer empathische benadering van ziekte. Tegelijkertijd is er nood aan een inclusiever beleid dat actief inzet op maatwerk en het doorbreken van heersende stigma's, zodat de drempel naar een duurzame werkhervatting daadwerkelijk verlaagd wordt.

1. Inleiding

De Belgische bevolking heeft een hoge levensverwachting (Sciensano, 2025) en een brede toegang tot kwalitatieve zorgdiensten, mede dankzij de hoge professionele standaarden (Gerken et al., 2024; KCE, 2024). Tegelijk staat dit zorgsysteem onder toenemende druk door structurele demografische en epidemiologische veranderingen, waaronder de vergrijzing van de bevolking en de stijgende prevalentie van chronische aandoeningen. Chronische ziekten, door Sciensano gedefinieerd als aandoeningen die niet spontaan genezen en zelden volledig herstellen (Sciensano, 2025), creëren een groeiende zorgvraag die langdurige opvolging, multidisciplinaire samenwerking en voortdurende ondersteuning vereist (KCE, 2024).

Hoewel België beschikt over een uitgebreid zorglandschap, tonen recente cijfers aan dat het aantal langdurig zieken jaar na jaar stijgt en recent de grens van 500.000 heeft overschreden (Schoofs, 2024). Deze evolutie heeft belangrijke maatschappelijke en economische implicaties. De stijging gaat gepaard met een hogere zorgconsumptie en een toenemende druk op de sociale zekerheid (FOD Sociale Zekerheid, 2025; RIZIV, 2024). Tegelijk heeft deze ontwikkeling geleid tot een intens maatschappelijk en politiek debat over de betaalbaarheid van het stelsel, een discussie die ook in de media sterk aanwezig is (Pironet, 2025; Schoofs, 2024).

Binnen deze context werd het 'Terug Naar Werk' ('TNW')-traject ingevoerd, een beleidsmaatregel onder minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke. Dit traject legt nadruk op activering en responsabilisering van de patiënt. Personen die langdurig arbeidsongeschikt zijn, worden na tien weken verplicht een vragenlijst in te vullen ter voorbereiding van een contactmoment met de adviserend arts of een 'TNW'-coördinator. Het niet deelnemen aan dit traject kan leiden tot een financiële sanctie, waarbij de uitkering met maximaal 2,5% wordt verminderd (Securex, 2022; Vlaams Patiëntenplatform, 2023).

Onderzoek van de Christelijke Mutualiteit (2023), gebaseerd op een bevraging bij 5.100 leden, toont dat ervaringen met deze begeleiding uiteenlopen. Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan zich geholpen te voelen door de 'TNW'-coördinator, vooral wanneer er ruimte is om naar hun verhaal te luisteren (Henry et al., 2024). Tegelijk blijft het traject voor veel patiënten complex en moeilijk te doorgronden. Grootschalige studies brengen voornamelijk kwantitatieve trends en algemene tevredenheidscijfers in kaart, terwijl de subjectieve impact van deze controlemechanismen minder zichtbaar blijft in de academische literatuur. Er is daardoor beperkt kwalitatief inzicht in hoe verplichte herbeoordelingen en mogelijke sancties door langdurig zieken worden ervaren, en hoe deze procedures hun identiteit en ziektebeleving beïnvloeden.

Deze masterproef onderzoekt de subjectieve ervaringen van langdurig zieken met het 'TNW'-traject en de systematische herbeoordeling. Met behulp van een kwalitatief onderzoeksdesign en een online bevraging wordt nagegaan welke emoties en bezorgdheden deze procedures oproepen, en in welke mate patiënten zich ondersteund dan wel gestigmatiseerd voelen binnen het huidige activeringsbeleid. Eerst wordt een theoretisch kader uitgewerkt waarin maatschappelijke opvattingen over ziekte, responsabilisering en stigmatisering worden besproken. Vervolgens beschrijft het empirische luik de gehanteerde methodologie, waarna de resultaten van de kwalitatieve analyse worden gepresenteerd en besproken.

2. Theoretisch kader en literatuurstudie

Om de impact van het huidige activeringsbeleid op langdurig zieke burgers te begrijpen, is het nodig om de onderliggende definities van gezondheid en ziekte te analyseren. Deze begrippen verwijzen niet enkel naar biologische feiten, maar bevatten ook waardeoordelen en sociale constructies die bepalen wie toegang krijgt tot zorg en sociale zekerheid (Boyd, 2000; Callahan, 1973).

Dit onderdeel is opgebouwd aan de hand van een systematische zoektocht in de wetenschappelijke literatuur. Een gedetailleerd overzicht van de zoekstrategie met een PRISMA-flowchart is te vinden in Figuur 2.1, en een samenvatting van de relevante empirische artikelen zijn terug te vinden in Tabel 2.2. Beide kunnen worden teruggevonden in de bijlagen.

2.1. Conceptuele afbakening: Gezondheid en de ziekettriade

In de literatuur wordt gezondheid vaak gedefinieerd aan de hand van de bekende omschrijving van de Wereldgezondheidsorganisatie uit 1948 als 'een staat van compleet lichamelijk, mentaal en sociaal welbevinden' (WHO, z.d.). Hoewel deze definitie baanbrekend was, wordt ze ook bekritiseerd om haar onhaalbaarheid. De nadruk op 'compleet' welbevinden maakt dat vrijwel iedereen op enig moment als patiënt kan worden beschouwd. Gezondheid wordt daardoor een moeilijk bereikbare norm.

Als reactie hierop stelt Bircher (2005) een dynamischer perspectief voor. In deze benadering wordt gezondheid niet gezien als een eindtoestand, maar als het vermogen om te gaan met de eisen van het leven. Ook met een chronische aandoening kan iemand gezondheid ervaren wanneer het persoonlijk verworven potentieel, bijvoorbeeld via copingstrategieën en zelfzorg, zich verder ontwikkelt (Bircher, 2005).

Binnen de sociologie wordt bovendien een essentieel onderscheid gemaakt tussen drie dimensies van ziekte: 'disease', 'illness' en 'sickness'. (Boyd, 2000; El-Gilany, 2023). Deze begrippen verwijzen respectievelijk naar de biomedische aandoening, de persoonlijke ervaring van ziekte en de maatschappelijke rol die met ziekte gepaard gaat. Onderstaande tabel geeft een overzicht van deze dimensies.

Tabel 2.1: De sociologische ziekettriade

Term	Definitie	Kenmerken
'Disease' (ziekte)	De medische conditie (biomedisch) (Boyd, 2000; Conrad & Barker, 2010; El-Gilany, 2023).	Objectief vastgesteld door een expert; gebaseerd op pathologische afwijkingen van de biologische norm (Boyd, 2000; Conrad & Barker, 2010; El-Gilany, 2023).
'Illness' (ziektebeleving)	De subjectieve ervaring (psychologisch) (Boyd, 2000; Conrad & Barker, 2010; El-Gilany, 2023).	Hoe het individu zich voelt; de innerlijke beleving van onwelzijn, pijn of angst (Boyd, 2000; Conrad & Barker, 2010; El-Gilany, 2023).
'Sickness' (ziekerol)	De sociale rol (maatschappelijk) (Boyd, 2000; El-Gilany, 2023).	De status van 'ziek zijn' in de maatschappij; geeft recht op zorg en vrijstelling van plichten (zoals werk) (Boyd, 2000; El-Gilany, 2023).

De spanning tussen deze dimensies wordt zichtbaar wanneer ze niet samenvallen. Conrad en Barker (2010) beschrijven dit bij aandoeningen waarbij patiënten wel duidelijke klachten ervaren, maar waarbij biomedische markers ontbreken, bijvoorbeeld bij fibromyalgie¹ of het chronisch vermoeidheidssyndroom². De subjectieve ervaring van pijn of uitputting is in deze gevallen reëel ('illness'), terwijl de biomedische bevestiging ('disease') vaak beperkt blijft. Hierdoor wordt de maatschappelijke erkenning van de ziekerol ('sickness'), een status die volgens Boyd (2000) en El-Gilany (2023) afhankelijk is van formele acceptatie door de samenleving, soms betwist door controle-instanties (Conrad & Barker, 2010).

¹ Fibromyalgie is een chronisch syndroom dat zich kenmerkt door wijdverspreide pijn in spieren en bindweefsel, vaak gepaard met stijfheid en slaapstoornissen (Clauw, 2014).

² Het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) wordt gekenmerkt door een aanhoudende, onverklaarbare en extreme uitputting. Voor beide aandoeningen ontbreken tot op heden eenduidige, objectief meetbare biomedische oorzaken, wat bijdraagt aan hun gecontesteerde status binnen medische en beleidsmatige kaders (*Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome*, 2015).

Wanneer een chronische aandoening optreedt, ontstaat voor de patiënt niet enkel een medisch probleem, maar ook een ingrijpende verstoring van het dagelijkse leven. Bury (1991) beschrijft dit proces als een 'biografische verstoring', waarbij ziekte het vertrouwde lichaam en het bestaande levensverhaal onder druk zet. De aandoening beïnvloedt het zelfbeeld, sociale relaties en verwachtingen over de toekomst. Om hiermee om te gaan ontwikkelen patiënten strategieën om hun situatie aan te passen, bijvoorbeeld door cognitieve processen ('coping') om mentaal met de ziekte om te gaan en anderzijds door gerichte acties en praktische aanpassingen in het dagelijks leven (Bury, 1991; Conrad & Barker, 2010).

2.2. Van de 'Sick Role' naar de patiënt als ondernemer

De klassieke sociologische benadering van ziekte werd lange tijd bepaald door het concept van de 'sick role' van Parsons. In dit model mocht een zieke tijdelijk worden vrijgesteld van maatschappelijke verplichtingen, op voorwaarde dat men medisch advies volgde en herstel nastreefde. Vaak is gesteld dat dit model tekortschiet bij chronische aandoeningen, waarbij volledig herstel uitblijft. Parsons (1975) nuanceerde dit later echter zelf door te stellen dat de 'sick role' ook op chronische ziekten van toepassing is; de verplichting van de patiënt verschuift in die gevallen van het streven naar volledige genezing naar het optimaal medisch beheren van de aandoening en het minimaliseren van verdere achteruitgang (Parsons, 1975).

Binnen veel Westerse zorgsystemen is daarom een discours ontstaan waarin meer nadruk ligt op responsabilisering van de patiënt. De patiënt wordt niet langer uitsluitend gezien als zorgontvanger, maar ook als actor die verantwoordelijkheid draagt voor het beheer van de eigen gezondheid, wat Petrakaki et al. (2018) omschrijven als een 'enterprising identity' (Petrakaki et al., 2018).

Onderzoek naar de Britse National Health Service toont dat dit discours van 'empowerment' vaak samenhangt met een economische logica. Door meer verantwoordelijkheid bij het individu te leggen, bijvoorbeeld via digitale triage of zelfmanagementinstrumenten, probeert de overheid de stijgende collectieve zorgkosten te beheersen (Petrakaki et al., 2018). Gezondheid wordt daardoor in toenemende mate een persoonlijke opdracht.

In de context van re-integratie kan dit als consequentie hebben dat een moeizame terugkeer naar werk sneller wordt geïnterpreteerd als een individueel falen of een tekort aan inzet. Conrad en Barker (2010) waarschuwen in dit verband immers dat een te sterke focus op het individuele beheer van ziekte de aandacht afleidt van de onderliggende structurele en sociale factoren (Conrad & Barker, 2010).

2.3. Ervaringen van patiënten

In de dagelijkse praktijk kan de nadruk op zelfmanagement botsen met de realiteit van leven met een chronische aandoening. Chronische ziekte verloopt zelden volgens een lineair herstelproces. Patiënten moeten voortdurend balanceren tussen het omgaan met hun symptomen enerzijds en het behouden van een zo normaal en betekenisvol mogelijk leven anderzijds. Whittemore en Dixon (2008) omschrijven dit complexe proces als 'integratie'. Fluctuaties in gezondheid kunnen daarbij leiden tot periodes waarin energie uitsluitend nodig is om dagelijkse activiteiten vol te houden (Whittemore & Dixon, 2008).

Anderzijds wordt het ideaalbeeld van de autonome patiënt soms actief ondermijnd binnen de klinische context zelf. Onderzoek van Lawn et al. (2014) toont aan dat zorgverleners de regie vaak strak in handen houden via mechanismen zoals 'railroading', waarbij oplossingen worden gedicteerd nog voor de patiënt eigen voorkeuren kan uiten. Hierdoor ontstaat een paradox: terwijl het activeringsbeleid de nadruk legt op individuele verantwoordelijkheid, worden patiënten in de praktijk vaak als onmondig behandeld zodra hun keuzes afwijken van de professionele norm. Dit proces kan gevoelens van minderwaardigheid en morele schuld opwekken, waardoor patiënten zichzelf gereduceerd voelen tot een last voor het systeem (Lawn et al., 2014).

Naast de medische context spelen ook bredere sociale interacties een cruciale rol. Gallant (2003) beschrijft dat reacties uit de omgeving zowel ondersteunend als belastend kunnen zijn voor het zelfmanagementproces. Negatieve sociale invloeden, zoals ongevraagd advies, kritiek of het minimaliseren van klachten, kunnen ertoe leiden dat patiënten hun situatie minder openlijk bespreken, wat kan bijdragen aan gevoelens van isolatie en vergrote onzekerheid (Gallant, 2003).

2.4. De Belgische context

Deze ontwikkelingen zijn ook zichtbaar in België, waar het beleid rond arbeidsongeschiktheid steeds sterker gericht is op activering en re-integratie. Binnen het Belgische systeem verwijst 'invaliditeit' naar de wettelijke status van arbeidsongeschiktheid nadat het eerste jaar van primaire ongeschiktheid is verstreken (Popa et al., 2023; RIZIV, 2024). In de praktijk gaat deze status vaak gepaard met medische controles en trajecten gericht op werkhervatting (Vanovenberghe et al., 2021). Het Belgische stelsel wordt bovendien gekenmerkt door een complexe institutionele structuur waarin ziekenfondsen, werkgevers, vakbonden en arbeidsbemiddelingsdiensten betrokken zijn, wat voor patiënten kan leiden tot administratieve complexiteit en onzekerheid over de te volgen procedures (Popa et al., 2023).

Binnen deze gefragmenteerde context probeert de overheid de instroom in langdurige invaliditeit te voorkomen door sterk in te zetten op objectivering en vroegtijdige detectie met behulp van screeningsinstrumenten (Goorts et al., 2018).

De paradoxale impact van deze beleidsfocus wordt aangetoond door onderzoek van Vanovenberghe et al. (2021). Zij beargumenteren dat de huidige herbeoordeling te vaak terugvalt op principes van straffen en belonen, zoals de dreiging met financiële sancties of het verlies van de uitkering. Deze controlerende omgeving frustreert de autonomie van de patiënt, wat uiteindelijk voorspellend is voor een langere en complexere arbeidsongeschiktheid (Vanovenberghe et al., 2021).

Daarnaast toont literatuur aan dat de impact van dit beleid niet voor alle groepen gelijk is. Zo beschrijven Timp et al. (2024) verschillen in hersteltrajecten tussen mannen en vrouwen, waarbij zorgtaken buiten het betaalde werk een rol kunnen spelen. Andere studies wijzen op mogelijke ongelijkheden in medische beoordeling, bijvoorbeeld wanneer klachten van personen met een migratieachtergrond minder ernstig worden ingeschat (Jetha & Shahidi, 2023). Ook andere kwetsbare groepen ervaren bijkomende hindernissen en een gebrek aan inclusief beleid bij hun re-integratie (Van De Cauter et al., 2021). Hierdoor dreigt de beleidsmatige focus op responsabilisering de bestaande sociaaleconomische ongelijkheden niet te verkleinen, maar juist te versterken.

2.5. Conclusie: ziekte in een activerende samenleving

De literatuur toont dat de verschuiving naar activering gepaard gaat met een verandering in de manier waarop ziekte wordt benaderd. Ziekte wordt niet langer uitsluitend gezien als een sociaal risico dat collectieve bescherming vereist, maar in toenemende mate als een situatie waarin individuen worden aangesproken op hun persoonlijke verantwoordelijkheid. Deze benadering helpt te begrijpen waarom contacten met controle-instanties, zoals het RIZIV, voor patiënten vaak veel verder gaan dan een administratieve beoordeling. De procedures raken rechtstreeks aan hun identiteit en hun positie binnen de samenleving.

3. Methode

3.1. Design

Voor dit onderzoek werd gekozen voor een kwalitatief, niet-interventioneel prospectief onderzoeksdesign. De gegevens werden verzameld via een online bevraging met tien open vragen. Dit ontwerp laat toe om subjectieve ervaringen, percepties en emoties van langdurig zieken in België te verkennen. Omdat de onderzoeksvraag betrekking heeft op identiteit, ervaren druk en persoonlijke betekenisgeving rond 'activatie', bieden open tekstvragen respondenten de mogelijkheid om hun ervaringen in eigen woorden te beschrijven.

Via een anonieme online bevraging kon een brede en kwetsbare doelgroep op een laagdrempelige manier worden bereikt. De anonimiteit verlaagde de drempel om vrijuit te spreken over onzekerheden en mogelijke ervaringen van stigmatisering. Om de kwaliteit en inhoudelijke validiteit van het meetinstrument te waarborgen, werd de conceptvragenlijst tijdens de ontwikkelingsfase tweemaal geëvalueerd door de promotor en de begeleider. Op basis van deze feedback werd de definitieve vragenlijst opgesteld.

3.2. Steekproef en setting

De doelpopulatie van dit onderzoek bestaat uit patiënten die in België ressorteren onder het statuut van langdurig zieken. Om de onderzoeksvraag accuraat te kunnen beantwoorden, werd er gebruikgemaakt van een doelgerichte steekproeftrekking met de volgende inclusiecriteria: (1) respondenten moesten tussen 18 en 64 jaar oud zijn (beroepsactieve leeftijd), (2) langer dan drie maanden arbeidsongeschikt zijn, en (3) al contact hebben gehad met een adviserend arts.

De rekrutering verliep anoniem via twee kanalen. Enerzijds werd offline gerekruteerd via een informatieflyer die, na goedkeuring van het ethisch comité, werd opgehangen in de wachtkamer van een lokale huisartsenpraktijk en een apotheek in de regio Denderstreek. Anderzijds werd een digitale versie van de flyer met een link naar de vragenlijst verspreid via het persoonlijke netwerk van de studente op sociale media, waaronder Facebook. Daarbij werd gevraagd om de bevraging verder te delen binnen relevante patiëntengroepen.

3.3. Dataverzameling

De gegevens werden verzameld via een online vragenlijst die werd opgesteld en verspreid met behulp van de surveysoftware Qualtrics. Om deelname te vergemakkelijken bevatte de rekruteringsflyer een QR-code die rechtstreeks toegang gaf tot de vragenlijst. De bevraging stond online open voor respons van 01/02/2026 tot en met 30/04/2026. Het meetinstrument bestond uit tien gerichte vragen. Deze beperkte omvang moest de belasting voor

respondenten beperken en de kans op vroegtijdig afhaken verkleinen. Er werd gekozen voor een kwalitatieve online vragenlijst in plaats van face-to-face-interviews. De anonimiteit maakte het mogelijk om open te reflecteren op persoonlijke ervaringen en verminderde het risico op sociaal wenselijke antwoorden. De vragen peilden naar ervaringen met adviserend artsen, ervaren maatschappelijke druk rond werkhervatting en percepties van het re-integratiebeleid. In open tekstvelden werd gevraagd hoe respondenten beleidstermen rond activatie interpreteren, hoe zij de beoordeling van minder zichtbare symptomen ervaren en welke invloed ziekte heeft op hun identiteit en toekomstperspectief op de arbeidsmarkt.

3.4. Data-analyse

Na afloop van de dataverzamelingsperiode werden de gegevens geëxporteerd vanuit Qualtrics naar Microsoft Excel. In een eerste stap werd de dataset opgeschoond door onvolledige of ongeldige responsen te verwijderen. Vervolgens werd de tekst geanalyseerd via een thematische analyse (Braun & Clarke, 2006).

Het analyseproces bestond uit verschillende fasen. Eerst werden alle antwoorden herhaaldelijk gelezen om vertrouwd te raken met de inhoud. Daarna werd open gecodeerd, waarbij betekenisvolle fragmenten een beschrijvende code kregen. Vervolgens werden verwante codes samengebracht in overkoepelende thema's die verband houden met de onderzoeksvragen. Deze aanpak maakte het mogelijk om concepten uit het theoretisch kader te verbinden met de ervaringen van respondenten.

3.5. Ethische aspecten

Gezien de kwetsbaarheid van de doelgroep en de gevoeligheid van medische en sociaaleconomische informatie werd het onderzoek uitgevoerd volgens de geldende ethische richtlijnen en de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Het onderzoeksprotocol werd vooraf goedgekeurd door het bevoegde Ethisch Comité.

Voorafgaand aan deelname kregen respondenten een informatiebrief te zien met uitleg over het doel van de studie. De brief kon worden gedownload. Er werd benadrukt dat deelname vrijwillig was, dat respondenten op elk moment konden stoppen zonder reden en dat de gegevens anoniem werden verwerkt en veilig opgeslagen.

Om te verzekeren dat deelnemers bewust instemden met deelname werd een actieve geïnformeerde toestemming ingebouwd in de surveysoftware. Respondenten kregen pas toegang tot de vragenlijst nadat zij de volgende drie stellingen hadden bevestigd:

- Een bevestiging van meerderjarigheid (18-64 jaar) en het voldoen aan de inclusievoorwaarden.

- Een expliciet akkoord voor deelname aan de studie en het invullen van de vragenlijst.
- Een toestemming voor mogelijke datatransfer buiten de Europese Economische Ruimte, wat een technische vereiste was van de gebruikte software.

Wanneer een participant niet akkoord ging met één van deze voorwaarden werd de toegang tot de vragenlijst automatisch geweigerd.

3.6. Kwaliteitsbewaking: Validiteit en betrouwbaarheid

Binnen kwalitatief onderzoek worden andere criteria gebruikt om de kwaliteit van onderzoek te beoordelen dan binnen kwantitatief onderzoek. In deze studie werden verschillende maatregelen genomen om de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de analyse te versterken.

De interne validiteit werd op twee manieren ondersteund. Ten eerste werd het meetinstrument tijdens de ontwerpfase geëvalueerd via een inhoudelijke en methodologische controle door de co-promotor (Armstrong, 2010). Hierdoor werd nagegaan of de vragen aansloten bij de concepten uit het theoretisch kader. Ten tweede droeg de anonimiteit van de online bevraging bij aan open en eerlijke antwoorden, omdat deelnemers geen repercussies hoefden te vrezen.

De externe validiteit binnen kwalitatief onderzoek richt zich niet op statistische veralgemening, maar op overdraagbaarheid naar vergelijkbare contexten (Armstrong, 2010). Dit werd ondersteund door duidelijke inclusiecriteria te hanteren: personen tussen 18 en 64 jaar, langer dan drie maanden arbeidsongeschikt en met ervaring met een adviserend arts. Hierdoor kunnen de bevindingen worden geïnterpreteerd binnen de specifieke context van langdurige ziekte en re-integratie in België.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de kwalitatieve bevraging gepresenteerd. Voor deze studie werd oorspronkelijk een steekproef van tien respondenten beoogd. De vragenlijst werd door dertien personen gestart. Na het opschonen van de gegevens, waarbij respondenten die na de geïnformeerde toestemming afhaakten werden verwijderd, bleef een dataset van negen bruikbare respondenten over. Van één respondent bleken de antwoorden echter onduidelijk en onbruikbaar voor de analyse, waardoor deze dataset eveneens werd uitgesloten. Dit resulteerde in een definitieve steekproef van acht bruikbare respondenten (n=8). Aangezien niet elke respondent elke open vraag heeft beantwoord, fluctueert het aantal antwoorden (n) per bevraagd thema. De verzamelde gegevens werden geanalyseerd en gegroepeerd rond vijf centrale thema's.

4.1. Informatievoorziening en verwachtingen vooraf

4.1.1. **Vraag 1: Kunt u mij vertellen hoe u voor het eerst hoorde over de nieuwe procedures rond de 'Terug Naar Werk'-trajecten of de herbeoordeling? (n=7)**

Uit de antwoorden blijkt dat respondenten via verschillende kanalen voor het eerst met de nieuwe procedures rond het TNW-traject in contact kwamen. Dit varieerde van nieuwsberichten in de media (n=2) tot gerichte communicatie via de adviserende arts of het ziekenfonds (n=3) of via de behandelende arts (n=1). Eén respondent(e) gaf aan het traject zelf online te hebben ontdekt.

4.1.2. **Vraag 2: Wat was uw allereerste gedachte of gevoel toen u de brief of de uitnodiging ontving van de herbeoordeling? Niet van toepassing: ga naar vraag 4 (n=5)**

De reacties op de uitnodiging voor een herbeoordeling waren uiteenlopend. Eén respondent merkte op dat de herbeoordeling weinig relevant was, aangezien de status van invaliditeit al was toegekend. Drie respondenten rapporteerden negatieve emoties, waaronder angst en bezorgdheid over de mogelijke beslissing. Bovendien meldde één respondent hoop en opluchting te ervaren, omdat het gesprek de mogelijkheid bood om de eigen situatie toe te lichten.

4.1.3. **Vraag 3: Welke informatie had u op voorhand over deze nieuwe maatregelen en met welke verwachtingen ging u naar dit gesprek? (n=5)**

Wat betreft voorkennis over de procedure gaf de meerderheid van de respondenten aan voorafgaand aan het gesprek weinig concrete informatie te hebben ontvangen (n=4). De

verwachtingen beperkten zich meestal tot het idee dat er vragen gesteld zouden worden en dat er een beslissing zou volgen (n=5).

4.2. Perceptie van 'activatie' en de verdeling van verantwoordelijkheid

4.2.1. Vraag 4: In het politieke debat gaat het vaak over 'mensen activeren'. Wat betekent dit begrip 'activatie' voor u persoonlijk vanuit uw huidige situatie? Hoe vult u dit in?

Wanneer respondenten werd gevraagd naar hun interpretatie van de term 'activatie', associeerden de meeste respondenten (n=6) dit met een stimulans of verplichting om opnieuw deel te nemen aan de arbeidsmarkt. Twee respondenten gaven aan dat activatie volgens hen ruimer zou moeten worden geïnterpreteerd dan enkel betaald werk. Zij verwezen naar het belang van begrip voor hun medische situatie en naar ondersteuning bij maatschappelijke participatie zonder bijkomende druk.

4.2.2. Vraag 5: Hoe beïnvloedt het huidige maatschappelijke en politieke debat uw eigen standpunt over het ontvangen van een uitkering?

Voor een deel van de respondenten (n=2) leidt het maatschappelijk debat tot gevoelens van schaamte en stigma. Dit wordt duidelijk in uitspraken zoals: *"Het debat laat me soms wel voelen alsof ik iemand ben die profiteert van het systeem"* en *"Ik ben soms beschaamd dat ik een uitkering krijg, omdat ze laten voelen dat dit een [bron van] schaamte is"*.

Daartegenover staat een groep respondenten (n=3) bij wie het debat hun eigen standpunt over de uitkering niet beïnvloedt. Zij beschouwen de uitkering in de eerste plaats als een medische noodzaak. Eén respondent verwoordde dit als volgt: *"Een uitkering is geen keuze, maar een noodzaak wegens mijn gezondheid. Het debat verandert mijn standpunt niet"*. Tegelijk gaf deze groep aan dat het debat hen bewuster maakt van maatschappelijke beeldvorming rond langdurige ziekte.

Daarnaast uitten enkele respondenten kritiek op de focus van het beleid. Eén respondent gaf aan dat het debat volgens hem of haar te sterk gericht is op de uitkering zelf, terwijl er volgens deze respondent meer aandacht zou moeten gaan naar structurele ondersteuning en aanpassingen op de arbeidsmarkt. Een andere respondent omschreef het debat als *"belachelijk"*.

4.2.3. Vraag 6: Hoe ziet u de verdeling van verantwoordelijkheid voor een eventuele terugkeer naar werk?

Een deel van de respondenten (n=2) benadrukt een gedeelde verantwoordelijkheid tussen verschillende actoren. Re-integratie wordt door hen gezien als een gezamenlijk traject tussen

werknemer, werkgever en ondersteunende instanties. Eén respondent omschrijft dit als een *"gedeelde samenwerking tussen de werkgever en ziekenbond"*, eventueel aangevuld met de *"VDAB"*. Daarbij wordt het belang benadrukt van transparantie en duidelijke acties van betrokken instanties.

Een andere groep respondenten (n=2) legt de nadruk op de rol van medische experts. Volgens hen kan een terugkeer naar werk pas plaatsvinden na een correcte medische beoordeling. Eén respondent verwijst hierbij naar een negatieve ervaring: *"In het verleden werd mij gevraagd om opnieuw te gaan werken, waardoor mijn gezondheidssituatie is verergerd (...). (...) er moet wel een realistische inschatting gebeuren door de artsen."*

Daarnaast gaf één respondent aan de verantwoordelijkheid vooral bij zichzelf te voelen, maar hierbij te botsen op onzekerheid en een gebrek aan begeleiding: *"Ik heb het gevoel dat het bij mij ligt, maar weet niet hoe ik hieraan kan werken."*

Tot slot gaf een groep respondenten (n=2) aan dat de vraag naar verantwoordelijkheid voor hen momenteel weinig betekenis heeft, omdat hun gezondheidssituatie een terugkeer naar werk niet toelaat.

4.3. Ervaringen met de adviserend arts en onzichtbare symptomen

4.3.1. **Vraag 7: Veel chronische ziekten zijn niet direct zichtbaar. Hoe kijkt de controlerende arts volgens u naar de aspecten van uw ziekte die minder zichtbaar zijn?**

Een meerderheid van de respondenten (n=4) ervaart de beoordeling van minder zichtbare klachten als negatief of ontoereikend. Zij hebben het gevoel dat de medische beoordeling sterk gericht is op uiterlijk functioneren. Eén respondent(e) verwoordt dit als volgt: *"Niet altijd even goed, er word (sic) heel erg gekeken naar je voorkomen (...) ik heb wel het gevoel dat je daarop word (sic) beoordeeld."* De respondent gaf daarnaast aan dat de impact van de ziekte op het dagelijks leven moeilijk uit te leggen is. Een andere respondent stelde: *"Ik merkte op dat deze aspecten niet werden bevraagd of belangrijk werden geacht. Ze vragen niet door en bevragen niet alles (fysiek, mentaal, emotioneel...)"*. Eén respondent vat de ervaring samen met het woord *"Slecht"*.

Daartegenover staat een groep respondenten (n=2) die de aanpak van de artsen eerder positief beoordeelt. Zij geven aan dat artsen aandacht besteden aan functionele gevolgen van de aandoening of aan medicatiegebruik. Eén respondent stelde: *"Hoewel er (sic) chronische aandoeningen niet altijd zichtbaar kunnen zijn, kijken de artsen vooral naar de functionele gevolgen ervan. Want uiteindelijk hebben die een grote impact op wat je dagelijks kan doen."*

Een andere respondent gaf aan dat de arts rekening hield met medicatiegebruik: *"Door goed te luisteren en te kijken naar [de] hoeveelheid medicatie dat (sic) ik neem."*

Eén respondent(e) merkte op dat de arts geen expliciete opmerkingen maakte over de onzichtbare symptomen.

4.4. De emotionele en maatschappelijke impact van ziekte

4.4.1. Vraag 8: Hoe beïnvloedt het 'niet kunnen werken' wie u bent als persoon?

Een eerste groep respondenten (n=3) beschrijft negatieve gevolgen voor eigenwaarde en sociaal functioneren. Het wegvallen van de professionele rol leidt tot gevoelens van isolatie en verlies van sociaal contact. Eén respondent(e) beschrijft dit als volgt: *"Je voelt je niet meer nuttig, niet relevant of belangrijk en voornamelijk een last."*

Een tweede groep respondenten (n=2) beschrijft een spanning tussen hun vroegere identiteit als actieve werknemer en hun huidige fysieke beperkingen.

Daartegenover staat een derde groep (n=2) die na verloop van tijd meer rust en acceptatie ervaart. Voor hen bood arbeidsongeschiktheid ruimte om grenzen te leren bewaken. Eén respondent beschrijft dit proces als volgt: *"Ik heb jaren gewerkt en werkte wel graag dus ik mis wel het werken en in het begin was dat ook raar dat ik niet meer werkte, maar ik voel me nu ook wel beter omdat ik naar mijn lichaam moet luisteren en moet stoppen als het niet gaat."*

4.5. Toekomstperspectief en boodschap aan het beleid

4.5.1. Vraag 9: Hoe kijkt u (na deze herbeoordeling) naar uw toekomst op de arbeidsmarkt?

Vier respondenten (n=4) geven aan de wens te hebben om op termijn opnieuw te werken. Deze wens is afhankelijk van lichamelijk herstel en aangepaste werkomstandigheden. Eén respondent formuleert dit als volgt: *"Hopelijk zal er verandering komen aan mijn lichamelijke beperkingen, wij hopen uiteraard op een positieve toekomst."*

Twee respondenten (n=2) beschrijven hun toekomst als onzeker. Eén respondent antwoordde: *"Eerlijk gezegd weet ik het voorlopig niet."*

Daarnaast beschreef één respondent(e) (n=1) zorgen over stigma en mogelijke discriminatie op de arbeidsmarkt. Deze respondent gaf aan dat een ziekteverleden door werkgevers mogelijk als een zwakte wordt gezien. Dit leidt tot een moeilijke keuze tussen openheid en het verbergen van persoonlijke ervaringen: *"Ik voel alsof het een stigma is die (sic) je meedraagt. En dat je moet kiezen tussen het verborgen houden van wie je nu bent en wat je hebt meegemaakt om gezien te worden als een capabel persoon. (...) Het voelt alsof je bij*

toekomstige werkgevers ongelijk zal worden behandeld indien ze kennis nemen (sic) van een langdurige ziekte." De respondent gaf daarnaast aan dat het vinden van een werkgever die een *"veilige omgeving"* biedt volgens hem of haar moeilijk lijkt.

4.5.2. Vraag 10: Wat zou u tegen de minister willen zeggen?

Een eerste thema in de antwoorden betreft de vraag naar meer maatwerk in het beleid (n=3). Respondenten benadrukken dat regelgeving rekening moet houden met individuele situaties. Eén respondent formuleerde dit als volgt: *"Bekijk goed waar u de grens trekt, bekijk iedere persoon individueel, want niet bij iedereen is het enkel die ene diagnose, maar spelen er vaak nog veel onderliggende zaken mee."*

Een tweede thema betreft de vraag naar begrip voor de onvrijwillige aard van ziekte (n=2). Respondenten benadrukken dat niet werken geen keuze is. Eén respondent stelde: *"Dat er begrip word (sic) getoond aan mensen die leven met een lichamelijke beperking (...). Niet kunnen werken is geen keuze maar een gevolg van pijn, beperkte mobiliteit en een lichaam die (sic) niet meer meekan. (...) Ik hoop dat beleid rekening houdt met mensen zoals ik, die willen maar niet altijd kunnen."*

Tot slot formuleerde één respondent(e) (n=1) een bredere oproep tot verandering in het maatschappelijk debat. Deze respondent stelde: *"Meer daden, minder woorden. Sensibiliseer, en zorg dat het stigma verdwijnt. Zorg voor betere samenwerking, met betere middelen en meer transparantie. (...) Toon aan de mensen (...) een goed voorbeeld, visualiseer en motiveer."*

5. Discussie

Dit onderzoek had als doel de subjectieve ervaringen van langdurig zieken met het TNW-traject en de systematische herbeoordeling in kaart te brengen, met aandacht voor de bijhorende emoties, bezorgdheden en de mate waarin zij zich gesteund of gestigmatiseerd voelen. De bevindingen suggereren dat respondenten zich vaker gestigmatiseerd dan gesteund voelen door het huidige activeringsbeleid. De dominante emoties en bezorgdheden hebben betrekking op psychologische druk, het gevoel gewantrouwd te worden en de vrees voor discriminatie bij toekomstige sollicitaties. Deze resultaten wijzen erop dat langdurige ziekte binnen het huidige beleid sterk wordt benaderd als een individueel managementprobleem, terwijl de bredere biopsychosociale context minder zichtbaar blijft.

5.1. De discrepantie tussen 'empowerment' en de praktijk

Hoewel het activeringsbeleid een begrijpelijke beleidsreactie vormt op de stijging van het aantal langdurig zieken en de druk op de sociale zekerheid, blijkt uit dit onderzoek dat dit discours ook een duidelijke psychologische belasting met zich meebrengt. Beleidsmakers framen activering geregeld als een vorm van empowerment. Minister Frank Vandenbroucke omschreef het huidige 'Terug naar Werk'-beleid recent nog als *“een verhaal van kansen en perspectief”* (Vandenbroucke, 2025). In de beleving van respondenten vertaalt dit zich echter eerder in maatschappelijke druk en stigma. Uitspraken waarin men zich een *“last voor de maatschappij”* of een *“profiteur”* voelt, tonen dat de sociale betekenis van ziekte zwaar doorweegt.

Deze bevinding sluit aan bij Petrakaki et al. (2018), die stellen dat de nadruk op zelfmanagement niet alleen samenhangt met zorginhoudelijke overwegingen, maar ook met budgettaire en economische motieven. Waar het klassieke model van de 'sick role' (Parsons, 1975) uitging van tijdelijke vrijstelling van verplichtingen en maatschappelijke bescherming, lijkt vandaag eerder sprake van een systeem van 'conditionele solidariteit' (van Oorschoot, 2000). Ondersteuning wordt niet langer enkel verbonden aan medische kwetsbaarheid, maar ook aan de bereidheid tot re-integratie. Daardoor ervaren langdurig zieken dat zij hun ziekte en hun recht op ondersteuning voortdurend moeten verantwoorden. In termen van Bury (1991) wordt de biografische verstoring van chronische ziekte hierdoor aangevuld met een verstoring op institutioneel niveau.

Een tweede pijnpunt betreft de interactie met adviserend artsen. Respondenten geven aan dat tijdens herbeoordelingen vooral aandacht uitgaat naar uiterlijk functioneren en objectiveerbare

beperkingen, terwijl minder zichtbare klachten, waaronder chronische vermoeidheid en uitputting in het dagelijks leven, minder aan bod komen.

5.2. De interactie met de controlearts: de frictie tussen 'disease' en 'illness'

Deze bevinding bevestigt de spanning tussen 'disease' als biomedische afwijking en 'illness' als subjectieve ervaring van ziekte. Controle-instanties lijken sterk te steunen op een biomedisch model, omdat dit meetbaar en objectiveerbaar is. Bircher (2005) beschrijft gezondheid echter als het vermogen om met de eisen van het leven om te gaan. Dat betekent dat ook mentale, sociale en functionele draagkracht deel uitmaken van gezondheid. Wanneer die bredere context buiten beeld blijft, kan bij patiënten een gevoel van onbegrip ontstaan.

Deze vaststelling sluit aan bij onderzoek van de Christelijke Mutualiteit, waaruit blijkt dat de kwaliteit van begeleiding sterk samenhangt met het gevoel gehoord te worden en met de aanwezigheid van een vertrouwensband (Henry et al., 2024). Wanneer controleartsen onvoldoende ingaan op minder zichtbare klachten en zich beperken tot een louter biomedische evaluatie, kan dit leiden tot frustratie en demotivatie. Op die manier dreigt het systeem niet alleen afstandelijk over te komen, maar ook de motivatie voor herstel en werkhervatting te ondermijnen.

5.3. De productiviteitsval en structurele ongelijkheid op de arbeidsmarkt

Een opvallende bevinding uit deze studie is dat een ruime meerderheid van de respondenten een duidelijke wens uit om opnieuw deel te nemen aan de arbeidsmarkt. Dit stelt de term 'activeringsbeleid' fundamenteel in vraag: het beleid vertrekt vanuit de assumptie dat patiënten extrinsiek gemotiveerd of 'geactiveerd' moeten worden, terwijl de bereidheid er al is. Uit deze bevraging blijkt eerder dat niet motivatie, maar medische draagkracht en het ontbreken van aangepast werk belangrijke belemmeringen vormen.

Hier ontstaat een spanning tussen de leefwereld van de patiënt en de doelstellingen van het beleid. Het Netwerk tegen Armoede (2021) waarschuwt dat een te sterke focus op snelle re-integratie kwetsbare profielen richting precaire en weinig duurzame jobs kan duwen. Een geforceerde terugkeer naar werk kan dan ten koste gaan van herstel en leiden tot nieuwe uitval.

Daarnaast wijzen respondenten op vrees voor stigma en ongelijke behandeling bij toekomstige sollicitaties. Deze bekommernis sluit aan bij recente bevindingen van Kom op tegen Kanker (2026), waaruit blijkt dat gedeeltelijke werkhervatting en werk op maat belangrijk zijn, terwijl minder dan de helft van de werkgevers over een formeel re-integratiebeleid beschikt. Het rapport benadrukt bovendien dat deze structurele drempels sterk afhankelijk zijn van het type tewerkstelling. Er bestaat immers een aanzienlijke kloof tussen arbeiders en bedienden: waar

flexibiliteit en werk op maat voorwaarden zijn voor een succesvolle werkhervatting, blijken arbeiders in de praktijk veel minder toegang te hebben tot deze faciliterende maatregelen dan bedienden (Kom op tegen kanker, 2026). Hoewel de steekproef van dit kwalitatieve onderzoek beperkt is, sluiten de zorgen van de respondenten hier naadloos bij aan. Het illustreert hoe een gebrek aan structureel maatwerk en inclusief werkgeverschap de productiviteitsval voor bepaalde kwetsbare profielen verder versterkt. Het rapport wijst er ook op dat vooral de houding van directe leidinggevendenden en collega's mee bepaalt of werkhervatting haalbaar is (Kom op tegen kanker, 2026). De bezorgdheid van respondenten over een gebrek aan psychologische veiligheid op de werkvloer past binnen die bredere context.

5.4. Beperkingen van het onderzoek

Deze studie biedt inzicht in de ervaringen van langdurig zieken, maar de bevindingen moeten worden gelezen in het licht van enkele methodologische beperkingen.

Ten eerste is de finale steekproef beperkt tot acht respondenten. Binnen kwalitatief onderzoek ligt de nadruk niet op statistische veralgemening, maar op het in kaart brengen van belevingen en onderliggende mechanismen. Daarnaast dient deze beperkte groepsgrootte ook begrepen te worden vanuit de praktische context: het tijdsbestek voor dit onderzoek was relatief kort. Voor deze kwetsbare doelgroep vormt het immers een aanzienlijke emotionele drempel om openhartig over dit persoonlijke onderwerp te spreken.

Toch betekent deze beperkte steekproef dat de resultaten niet zonder meer overdraagbaar zijn naar alle patiëntengroepen of aandoeningen. Daarnaast worden de geïdentificeerde pijnpunten, zoals de nood aan maatwerk en de impact van stigma en minder zichtbare klachten, ook besproken in recent grootschalig onderzoek in Vlaanderen (Kom op tegen kanker, 2026).

Ten tweede is er mogelijk sprake van zelfselectiebias. Respondenten met uitgesproken negatieve of emotioneel beladen ervaringen met herbeoordeling kunnen sneller geneigd zijn geweest om deel te nemen. Daardoor kan de nadruk op stigma, controle en onbegrip sterker aanwezig zijn dan bij patiënten die het traject neutraler hebben ervaren.

Ten derde werd gebruikgemaakt van een online vragenlijst met open antwoorden. Deze methode bood anonimiteit en een veilige context om ervaringen te delen, maar liet niet toe om door te vragen naar nuances, non-verbale signalen of onduidelijke antwoorden.

Ondanks deze beperkingen levert dit onderzoek een verkennende bijdrage aan het academische en maatschappelijke debat. Het geeft stem aan een kwetsbare doelgroep en maakt pijnpunten zichtbaar die in kwantitatief onderzoek minder snel naar voren komen.

Daarnaast biedt het theoretisch kader een sociologische invalshoek die nuance toevoegt aan een beleidsdiscours dat sterk gericht is op management en activering.

6. Aanbevelingen voor beleid en praktijk

Op basis van de ervaringen van de respondenten en recente beleidsrapporten kunnen drie aanbevelingen worden geformuleerd om het huidige re-integratiebeleid menselijker en effectiever te maken.

Een eerste aanbeveling betreft de nood aan maatwerk en een meer geïndividualiseerde benadering. Het huidige beleid focust sterk op snelle activering, terwijl respondenten aangeven dat herstel vaak een grillig en langdurig proces is. Het Netwerk tegen Armoede (2021) waarschuwt dat een te snelle activering kwetsbare groepen richting preciaire en weinig duurzame werksituaties kan duwen. Beleidsmakers en uitkeringsinstanties zouden daarom meer ruimte moeten voorzien voor trajecten die rekening houden met het tempo van fysiek en mentaal herstel, zodat werkhervatting duurzaam kan verlopen (Netwerk tegen armoede, 2021).

Een tweede aanbeveling heeft betrekking op de medische herbeoordelingen. Respondenten geven aan dat minder zichtbare klachten, waaronder chronische vermoeidheid of cognitieve beperkingen, tijdens controles niet altijd voldoende aandacht krijgen. Sensibilisering en bijkomende opleiding voor controleartsen kunnen helpen om deze aspecten beter te erkennen. De evaluatie zou zich niet uitsluitend moeten richten op biomedische indicatoren ('disease'), maar ook op de subjectieve ziektebeleving en draagkracht van de patiënt ('illness') (Boyd, 2000). Vanuit een sociaal model van ziekte ('sickness') moet men immers erkennen dat belemmeringen niet uitsluitend in het medische lichaam zitten, maar vaak voortkomen uit een gebrek aan maatschappelijke en institutionele aanpassingen. Zoals de respondenten bepleiten, is oprecht begrip voor deze realiteit een voorwaarde om het vertrouwen te herstellen en stigma tegen te gaan.

Een derde aanbeveling betreft de rol van werkgevers in het re-integratieproces. Uit de resultaten blijkt dat respondenten zich vaak alleen voelen in hun poging om opnieuw aan het werk te gaan. Dit wordt bevestigd door onderzoek van Kom op tegen Kanker (2026), waaruit blijkt dat minder dan de helft van de werkgevers beschikt over een formeel re-integratiebeleid. Overheden kunnen bedrijven sterker stimuleren om werkhervatting structureel te ondersteunen. Daarbij mag de focus niet uitsluitend op abstracte bedrijfsrichtlijnen liggen. Inclusie vereist structurele inbedding in het beleid in plaats van louter externe profilering. Het onderzoek van Kom op tegen Kanker (2026) wijst erop dat vooral de directe leidinggevende een bepalende rol speelt in het verloop van een re-integratietraject. Opleiding en ondersteuning van leidinggevend en HR-verantwoordelijken kan bijdragen aan een meer

open gesprek over ziekte, grenzen en aangepaste arbeid. Faciliteiten voor gedeeltelijke werkhervatting en werk op maat kunnen daarbij een belangrijke rol spelen.

Deze studie biedt daarnaast aanknopingspunten voor toekomstig onderzoek. Deze masterproef richtte zich op de subjectieve ervaringen van langdurig zieken. Recente studies van Kom op tegen Kanker (2026) hebben reeds aandacht besteed aan dynamieken op het niveau van werkgevers en werkvloeren. In de academische literatuur blijft het perspectief van medische controle-instanties echter relatief onderbelicht. Toekomstig onderzoek zou zich daarom kunnen richten op de ervaringen van adviserend artsen en medewerkers van het RIZIV en ziekenfondsen. Daarbij kan worden nagegaan welke institutionele druk en administratieve beperkingen zij ervaren bij het uitvoeren van herbeoordelingen en in welke mate zij ruimte ervaren om de subjectieve ziektebeleving ('illness' (Boyd, 2000)) mee te nemen in hun beoordeling.

Daarnaast kan longitudinaal onderzoek bijdragen aan een beter inzicht in de langetermijneffecten van het TNW-traject. Om de ervaringen achter statistische trends te begrijpen, is het wenselijk dat dergelijke studies ook kwalitatieve methoden inzetten, bijvoorbeeld diepte-interviews of narratieve benaderingen. Door patiënten over een langere periode te volgen kan worden nagegaan in welke mate activeringsmaatregelen bijdragen aan duurzame werkhervatting of eerder samenhangen met terugval en langdurige uitval.

7. Conclusie

Deze masterproef had als doel om de subjectieve ervaringen van langdurig zieken met het Belgische activeringsbeleid en de verplichte medische herbeoordelingen beter te begrijpen. De resultaten suggereren dat er een duidelijke spanning bestaat tussen de beleidsmatige visie op activering en de ervaringen van patiënten. Hoewel het beleid inzet op begrippen als empowerment en re-integratie, beschrijven respondenten hun ervaringen vaker in termen van wantrouwen, druk en stigmatisering.

De kern van dit maatschappelijke pijnpunt schuilt in de reductie van een complexe, chronische aandoening tot een louter individueel managementprobleem. De ervaringen van respondenten tonen dat medische controles sterk focussen op objectieve biomedische parameters, terwijl minder zichtbare klachten en de subjectieve belasting van ziekte minder aandacht krijgen. Hierdoor kan het gevoel ontstaan dat de complexiteit van chronische aandoeningen onvoldoende wordt erkend. Op die manier creëert het activeringsbeleid geen ruimte voor duurzaam herstel, maar voegt het aan de 'biografische verstoring' van de ziekte nog een 'institutionele verstoring' toe.

Tegelijk blijkt uit de resultaten dat veel respondenten wel degelijk de wens hebben om opnieuw deel te nemen aan de arbeidsmarkt. De belemmeringen liggen volgens hen niet in een gebrek aan motivatie, maar in beperkte medische draagkracht, onvoldoende aangepast werk en de vrees voor stigma op de arbeidsmarkt.

De ultieme conclusie van dit onderzoek is dan ook dat een eenzijdige responsabilisering van de werknemer, gedreven door financiële sancties en objectiverende controles, vaak contraproductief werkt voor een duurzame re-integratie. Om langdurig zieken echt perspectief te bieden, is een paradigmaverschuiving noodzakelijk. Het beleid moet de transitie maken van conditionele solidariteit naar een systeem van gedeelde maatschappelijke verantwoordelijkheid. Dit vereist niet alleen een meer holistische en empathische benadering vanuit de medische controle-instanties, maar bovenal een activeringsbeleid dat werkgevers en leidinggevenden dwingt om de structurele drempels op de werkvloer weg te nemen en inclusief werkgeverschap in de praktijk te brengen.

8. Referentielijst

- Armstrong, J. (2010). *Naturalistic Inquiry*. In *Encyclopedia of Research Design* (pp. 880-885). Sage.
- Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness* (p. 19012). (2015). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/19012>
- Bircher, J. (2005). Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8(3), 335-341. <https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y>
- Boyd, K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: Exploring some elusive concepts. *Medical Humanities*, 26(1), 9-17. <https://doi.org/10.1136/mh.26.1.9>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness: A review of research and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 13(4), 451-468. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1991.tb00522.x>
- Callahan, D. (1973). *The Concept of Health*. *Hastings Center Studies*, 1(3), 77-88.
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: A Clinical Review. *JAMA*, 311(15), 1547. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.3266>
- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S67-S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>
- El-Gilany, A.-H. (2023). Disease, illness, sickness and related terms: A note for non-epidemiologists. *International Journal of Epidemiology and Health Sciences*, 4(2). <https://doi.org/10.51757/IJEHS.4.2023.699933>
- FOD Sociale Zekerheid. (2025). *Budgettaire statistieken*. Federale Overheidsdienst - Sociale Zekerheid. <https://socialsecurity.belgium.be/nl/cijfers-van-sociale-bescherming/statistieken-sociale-bescherming/budgettaire-statistieken>

- Gallant, M. P. (2003). The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170-195.
<https://doi.org/10.1177/1090198102251030>
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens De Noordhout, C., Obyn, C., Devos, C., Scohy, A., Vlayen, A., Yaras, H., Janssens, C., & Meeus, P. (2024). *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: Rapport 2024* (1ste dr.). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
<https://doi.org/10.57598/R376A>
- Gerkens, S., & Merkur, S. (2024). *Belgium: Health System Review*.
- Goorts, K., Vandenbroeck, S., Rusu, D., Bois, M. D., & Godderis, L. (2018). Screening for the Risk on Long-Term Sickness Absence. *Journal of Public Health Research*, 7(2), jphr.2018.1419. <https://doi.org/10.4081/jphr.2018.1419>
- Henry, H., Avalosse, H., & Vancorenland, S. (2024). *Hoe ervaren CM-leden de begeleiding bij de terugkeer naar het werk?*
- Jetha, A., & Shahidi, F. V. (2023). Racism: A Neglected Piece of the Work Disability Management Puzzle. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 33(3), 415-417.
<https://doi.org/10.1007/s10926-023-10133-3>
- KCE. (2024, februari 21). *Beschrijving van het Belgische gezondheidssysteem*. Naar een gezond België. <https://www.gezondbelgie.be/nl/hit-nl>
- Kom op tegen kanker. (2026). *Onderzoeksrapport re-integratie bij of na ernstige of langdurige ziekte*.
- Lawn, S., Delany, T., Sweet, L., Battersby, M., & C. Skinner, T. (2014). Control in chronic condition self-care management: How it occurs in the health worker–client relationship and implications for client empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 383-394. <https://doi.org/10.1111/jan.12203>
- Netwerk tegen armoede. (2021). *Effecten van het “actieplan re-integratie langdurig zieken” op mensen in armoede*.

- Parsons, T. (1975). The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53(3), 257.
<https://doi.org/10.2307/3349493>
- Petrakaki, D., Hilberg, E., & Waring, J. (2018). Between empowerment and self-discipline: Governing patients' conduct through technological self-care. *Social Science & Medicine*, 213, 146-153. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.043>
- Pironet, E. (2025, maart 28). *België is het ziekste land van Europa: Vijf feiten over langdurig zieken in ons land*. <https://www.knack.be/nieuws/belgie/maatschappij/belgie-is-het-ziekste-land-van-europa-vijf-feiten-over-langdurig-ziek-zijn/>
- Popa, A. E., Akgüç, M., & Amir, Z. (2023). Return to work following long term sickness absence: A comparative analysis of stakeholders' views and experiences in six European countries. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 33(1), 213-225.
<https://doi.org/10.1007/s10926-022-10066-3>
- RIZIV. (2024, december 19). *Statistieken over arbeidsongeschiktheidsuitkeringen* | RIZIV.
<https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen>
- Schoofs, S. (2024, maart 29). *Voor het eerst meer dan 500.000 langdurig zieken in België*.
<https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/03/29/voor-het-eerst-meer-dan-500-000-langdurig-zieken/>
- Sciensano. (2025). *Levensverwachting en Levenskwaliteit: Levensverwachting, Health Status Report*.
<https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/levensverwachting-en-levenskwaliteit/levensverwachting>
- Securex. (2022, juni 15). *Ook werknemers zullen geresponsabiliseerd worden in het*. Securex. <https://www.securex.be/nl/lex4you/werkgever/nieuws/ook-werknemers-zullen-geresponsabiliseerd-worden-in-het-kader-van-de-terug-naar-werk-trajecten>
- Van De Cauter, J., Van Schoorisse, H., Van De Velde, D., Motmans, J., & Braeckman, L. (2021). Return to work of transgender people: A systematic review through the

- blender of occupational health. *PLOS ONE*, 16(11), e0259206.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259206>
- van Oorschot, W. (2000). Who should get what, and why? On deservingness criteria and the conditionality of solidarity among the public. *Policy & Politics*, 28(1), 33-48.
<https://doi.org/10.1332/0305573002500811>
- Vandenbroucke, F. (2025, september 26). *Een derde golf aan maatregelen in het Terug naar Werk-beleid, met respect voor de gezondheid* | Frank Vandenbroucke.
<https://vandenbroucke.belgium.be/nl/nieuws/een-derde-golf-aan-maatregelen-het-terug-naar-werk-beleid-met-respect-voor-de-gezondheid>
- Vanovenberghe, C., Du Bois, M., Lauwerier, E., & Van Den Broeck, A. (2021). Does motivation predict return to work? A longitudinal analysis. *Journal of Occupational Health*, 63(1), e12284. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12284>
- Vlaams Patiëntenplatform. (2023). *De terug naar werk-coördinator en het terug naar werk-traject*.
- Whittemore, R., & Dixon, J. (2008). Chronic illness: The process of integration. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b), 177-187. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02244.x>
- WHO. (z.d.). *Health and Well-Being*. Geraadpleegd 8 december 2025, van <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>

V. Verklaring omtrent het gebruik van generatieve AI

In het kader van de transparantierichtlijnen van de Universiteit Gent verduidelijk ik hierbij de inzet van generatieve AI-tools (ChatGPT, Microsoft Copilot en Google Gemini) tijdens het schrijfproces van deze masterproef.

Deze tools werden uitsluitend ingezet als taalassistent. Concreet werd de technologie enkel gebruikt voor:

- Het opsporen en corrigeren van spelling- en grammaticafouten.
- Het verfijnen van de academische schrijfstijl en het beknopter of vlotter formuleren van individuele zinnen (zonder wijziging van de inhoudelijke kern).

De volledige inhoudelijke en structurele opbouw van deze thesis is geheel zelfstandig tot stand gekomen, onafhankelijk van enige AI-generatie. Dit omvat onder meer de literatuurstudie, de opbouw van de argumentatie, de methodologische verantwoording, de dataverzameling via Qualtrics, de codering van de open vragen en de uiteindelijke interpretatie van de resultaten. Als auteur draag ik de volledige eindverantwoordelijkheid voor de tekst. Elke door de AI gesuggereerde taalkundige aanpassing is kritisch geverifieerd. Tot slot zijn er in het kader van privacy en dataveiligheid geen ruwe, herleidbare patiëntengegevens in de AI-tools ingevoerd.

9. Bijlagen

9.1. Bijlage 1: Afkortingen

CM: Christelijke Mutualiteit

EC: Ethisch comité

FOD: Federale Overheidsdienst

HR: Human Resources

KCE: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

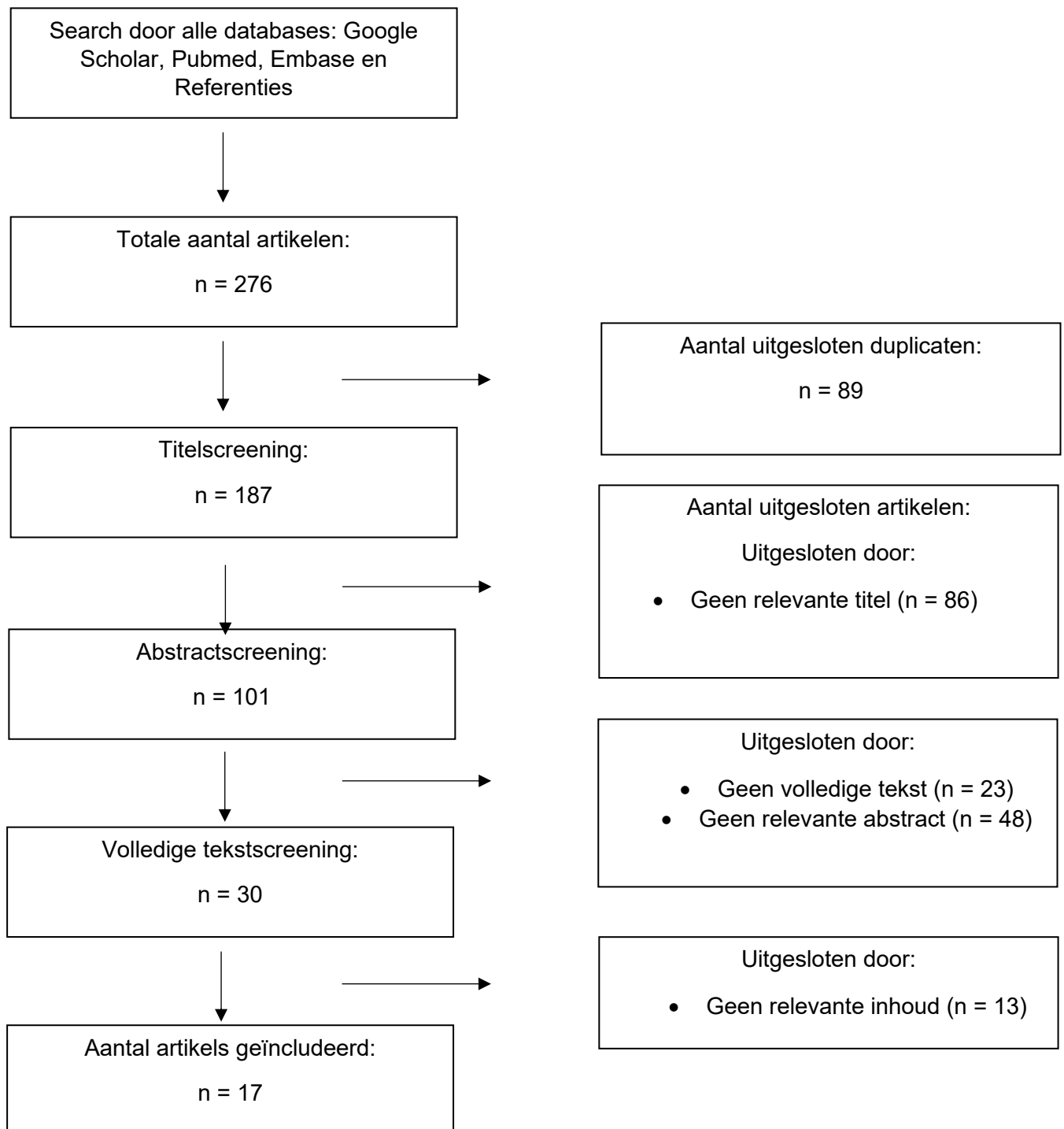
RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

TNW: Terug Naar Werk

VDAB: Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding

WHO: Wereldgezondheidsorganisatie

9.2. Bijlage 2: Geïnccludeerde Artikels



Figuur 2.1: PRISMA-flowchart van alle gebruikte artikelen van theoretisch kader en literatuurstudie.

9.3. Bijlage 3: Overzicht van relevante artikels

Tabel 2.2: Overzicht van relevante empirische artikelen

GEBRUIKTE DATABANK		Google scholar
DATUM ZOEKEN		9/02/2026
ZOEKSTRING	"Definition of sickness and health"	
AANTAL BEKEKEN ARTIKELEN		50
AANTAL GEBRUIKTE ARTIKELEN		5
ARTIKEL		Korte samenvatting
BIRCHER (2005)		Definieert gezondheid als een dynamische staat van welzijn, gekenmerkt door het fysieke, mentale en sociale potentieel van een individu om aan de eisen van het leven te voldoen.
LAWN (2014)		Beschrijven de paradox waarbij patiënten volgens het beleid autonome 'zelfmanagers' moeten zijn, maar in de medische spreekkamer door sturende zorgverleners (via 'railroading') vaak betutteld en als onmondig behandeld worden .
EL-GILANY (2023)		Benadrukt de noodzaak van heldere definities (disease vs. Illness) om een meer holistische, patiëntgerichte benadering in de gezondheidszorg te garanderen.
CONRAD & BARKER (2005)		Concludeert dat de maatschappelijke reactie op een ziekte (zoals stigma en sociale verwachtingen) de uiteindelijke ziekte-ervaring van de patiënt even sterk bepaalt als de fysieke symptomen.

BURY (1991)	Bevestigt het concept van 'biografische verstoring', waarbij een chronische aandoening de structuren, verwachtingen en identiteit van het dagelijks leven ingrijpend ontwricht.
GEBRUIKTE DATABANK	Pubmed
DATUM ZOEKEN	9/02/2026
ZOEKSTRING	("Sick role" [mesh] OR "Patient compliance" [mesh]) AND "Chronic disease" [mesh] (Filter: 2000-2026)
AANTAL BEKEKEN ARTIKELEN	50
AANTAL GEBRUIKTE ARTIKELEN	2
ARTIKEL	Korte samenvatting
GALLANT (2003)	Toont aan dat een sterk sociaal netwerk en adequate sociale steun cruciaal en bevorderlijk zijn voor de capaciteit van chronisch zieken om aan zelfmanagement te doen.
Whittemore & Dixon (2008)	Identificeert het proces van 'integratie', waarbij patiënten betekenis geven aan hun ziekte en hun identiteit heroriënteren om een nieuwe balans in hun leven te vinden.
GEBRUIKTE DATABANK	Pubmed
DATUM ZOEKEN	9/02/2026

ZOEKSTRING	((Self-management) AND (Social control formal)) AND Power (psychology)
AANTAL BEKEKEN ARTIKELEN	76
AANTAL GEBRUIKTE ARTIKELEN	1
ARTIKEL	Korte samenvatting
Petrakaki et al. (2018)	Legt de spanning bloot tussen patiënten- 'empowerment' enerzijds, en 'zelfdiscipline' anderzijds, waarbij de druk op de patiënt om zichzelf te managen sterk toeneemt.
GEBRUIKTE DATABANK	Pubmed
DATUM ZOEKEN	9/02/2026
ZOEKSTRING	"chronic illness" OR "long-term sickness" OR "long-term sick leave" OR "work disability" OR "incapacity for work" (Filter: 2010-2026)
AANTAL BEKEKEN ARTIKELEN	50
AANTAL GEBRUIKTE ARTIKELEN	4
ARTIKEL	Korte samenvatting
Popa et al. (2023)	Brengt in kaart welke factoren cruciaal zijn voor een succesvolle terugkeer naar werk, met nadruk op de noodzaak voor individuele begeleiding op maat.
Timp et al. (2024)	Belicht de significante ongelijkheid tussen mannen en vrouwen inzake ziekteverzuim, veroorzaakt door biologische factoren, stress en de verdeling van zorgtaken.

Jetha & Shahidi (2023)	Bekritiseert de blinde vlek voor structureel racisme in onderzoek en beargumenteert dat gemarginaliseerde groepen een opgestapeld nadeel ervaren binnen het systeem.
Goorts et al. (2018)	Benadrukt het belang van vroege detectie van risicofactoren (medisch én psychosociaal) om langdurige ziekte-uitval proactief te voorkomen.
GEBRUIKTE DATABANK	Pubmed
DATUM ZOEKEN	10/02/2026
ZOEKSTRING	return to work belgium
AANTAL BEKEKEN ARTIKELEN	50
AANTAL GEBRUIKTE ARTIKELEN	2
ARTIKEL	Korte samenvatting
Van De Cauter et al. (2021)	Concludeert dat transgender personen specifieke en extra barrières (zoals discriminatie en stigma) ervaren bij werkhervatting, wat om een inclusief HR-beleid vraagt.
Vanovenberghe et al. (2021)	Toont aan dat motivatie een complexe rol speelt; extrinsieke motivatie leidt zelden tot duurzame werkhervatting, in tegenstelling tot intrinsieke en autonome motivatie.
GEBRUIKTE DATABANK	Referentielijsten

DATUM ZOEKEN	9/02/2026-10/02/2026
ZOEKSTRING	Niet van toepassing (Handmatig gezocht via referentielijsten van de eerder geïnccludeerde basisartikelen).
AANTAL BEKEKEN ARTIKELEN	/
AANTAL GEBRUIKTE ARTIKELEN	3
ARTIKEL	Korte samenvatting
Boyd (2000)	Maakt een cruciaal onderscheid tussen de biomedische ('disease'), de subjectieve ('illness') en de maatschappelijke ('sickness') dimensies van ziekte.
Callahan (1973)	Bekritiseert de absolute definitie van gezondheid als "compleet welzijn" en waarschuwt voor de medicalisering van maatschappelijke en sociale problemen.
Parsons (1975)	Beschrijft het 'ziekenrol-model' waarbij de patiënt maatschappelijke rechten krijgt (vrijstelling van plichten), maar ook de strikte plicht heeft om te willen genezen.

9.4. Bijlage 4: Inclusiecriteria

1. Respondenten moesten tussen 18 en 64 jaar oud zijn (beroepsactieve leeftijd),
2. Langer dan drie maanden arbeidsongeschikt zijn
3. Al contact hebben gehad met een adviserend arts.

9.5. Bijlage 5: Vragenlijst

Vragenlijst (Template vragenlijst versie 1, dd. 22/12/2025)

4. Kunt u mij vertellen hoe u voor het eerst hoorde over de nieuwe procedures rond de 'Terug Naar Werk'-trajecten of de herbeoordeling?
5. Wat was uw allereerste gedachte of gevoel toen u die brief of uitnodiging ontving van de herbeoordeling? Niet van toepassing: ga naar vraag 4
6. Welke informatie had u op voorhand over deze nieuwe maatregelen en met welke verwachtingen ging u naar dit gesprek?
7. In het politieke debat gaat het vaak over 'mensen activeren'. Wat betekent dit begrip 'activatie' voor u persoonlijk vanuit uw huidige situatie? Hoe vult u dit in?
8. Hoe beïnvloedt het huidige maatschappelijke en politieke debat uw eigen standpunt over het ontvangen van een uitkering?
9. Hoe ziet u de verdeling van verantwoordelijkheid voor een eventuele terugkeer naar werk?
10. Veel chronische ziekten zijn niet direct zichtbaar. Hoe kijkt de controlerende arts volgens u naar de aspecten van uw ziekte die minder zichtbaar zijn?
11. Hoe beïnvloedt het 'niet kunnen werken' wie u bent als persoon?
12. Hoe kijkt u (na deze herbeoordeling) naar uw toekomst op de arbeidsmarkt?
13. Wat zou u tegen de minister willen zeggen?

9.6. Bijlage 6: Masterproef flyer



Masterthesis

Deelnemers gezocht



Wie

- ✓ Tussen 18 en 64 jaar bent
- ✓ Al langer dan 3 maanden arbeidsongeschikt bent
- ✓ Ervaring heeft met een herbeoordeling of contact heeft gehad met een adviserend arts

Wat

- 📄 Eenmalige online vragenlijst
- 🕒 Kost slechts 10 à 15 minuutjes
- 🏠 Gewoon van thuis uit via smartphone of computer





Waarom

- 🗣️ Laat uw stem horen: Uw persoonlijke ervaring is uniek.
- 🗨️ Geen taboes
- 🔒 Volledig anoniem: Uw gegevens worden veilig en vertrouwelijk verwerkt
- 👤 U helpt een studente afstuderen

Voldoet u aan de voorwaarden en wilt u graag deelnemen?

Scan de QR-code en volg de stappen.



Contacteer ons bij problemen of bij vragen via
✉️ aysenur.akkus@ugent.be

9.7. Bijlage 7: Informed consent formulier

*TMP ICF eConsent Prospective Observational Study Adults – NL
Version 1; Publication Date 2025-08-01*

Online Informatiebrief en deelnameformulier voor deelnemers – Versie 1.1 dd. 2025-12-21

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Tussen Zorg en Controle: De maatschappelijke omgang met langdurig zieken

Opdrachtgever: Universiteit Gent

Onderzoeker(s):

Prof. Dr. Ignaas Devisch, Dr. Hanna Vandenbussche, Aysenur Akkus

Centrale commissie voor medische ethiek: verbonden aan het Universiteit Gent

Data Protection Officer U(Z) Gent:

Hanne Elsen, privacy@ugent.be

Gegevensbeschermingsautoriteit: Drukpersstraat 35, 1000 Brussel; Tel +32 2 274 48 00; mail: contact@apd-gba.be – website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

DEELNEMEN AAN EEN STUDIE

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Voor u akkoord gaat, vragen we u om de volgende informatie aandachtig te lezen, zodat u hierover een geïnformeerde beslissing kan nemen.

Indien gewenst kan u de onderzoeker of haar vertegenwoordiger contacteren in geval van vragen of indien u bijkomende informatie wenst.

Indien u wenst deel te nemen aan de studie kan u aan het einde van deze informatiebrief doorklikken en op die manier uw akkoord geven en bevestigen dat u de noodzakelijke informatie over deze studie ontvangen heeft.

Dit document bestaat uit 3 delen: 1) basisinformatie over de studie, 2) aanvullende informatie en 3) het deelnameformulier.

1. BASISINFORMATIE

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Gent voert een onderzoek uit naar de ervaringen van langdurig zieken. Het onderzoek richt zich specifiek op de recente veranderingen, waarbij mensen vaker worden uitgenodigd voor een herbeoordeling of een 'Terug Naar Werk'-traject.

Doel van de studie

Het doel is om u als patiënt een stem te geven. Er wordt veel over het beleid gesproken, maar wij willen onderzoeken hoe u deze controles en maatregelen *persoonlijk* ervaart. Uw ervaring is uniek en levert waardevolle informatie op die nu vaak ontbreekt.

Wat vragen we van u?

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan dit onderzoek. Dit houdt in:

- Het invullen van een online vragenlijst met open vragen.
- Dit zal 10 à 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Er zijn geen juiste of foute antwoorden; het gaat enkel om uw eerlijke mening en gevoel.

Deelname aan deze studie is mogelijk indien u tussen de 18-64 jaar bent en al meer dan 3 maanden officieel erkend bent als arbeidsongeschikt en of invalide bent. Bovendien al eerder contact heeft gehad met een adviserende arts.

1.1. Wat houdt deelname aan de studie in?

Deelname aan deze studie houdt in dat u eenmalig een online vragenlijst invult. In deze vragenlijst worden enkele open vragen gesteld over uw persoonlijke ervaringen met de herbeoordeling.

Praktisch:

- U ontvangt een weblink (of QR-code) waarmee u de vragenlijst op uw eigen computer, tablet of smartphone kunt openen.
- Het invullen neemt 10 à 15 minuten in beslag.
- Het gaat om een eenmalige bevraging.

1.2. Kosten en vergoeding

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

U zal geen vergoeding ontvangen voor uw deelname aan deze studie.

2. AANVULLENDE INFORMATIE

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door de onafhankelijke Commissie(s) voor medische ethiek. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor medische ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

2.1. Voordelen bij deelname aan de studie

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen voordeel met zich mee. De kans dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag.

2.2. Uw rechten

Deelnemen aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie en u kan zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Stoppen met deelnemen heeft geen invloed op uw verdere relatie met de onderzoeker.

De informatie verzameld tijdens de studie wordt gepseudonimiseerd. Pseudonimiseren wordt ook "coderen" genoemd. Dit betekent dat uw gegevens via een code terug te koppelen zijn naar uw persoonsgegevens. De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoeker of de door hem/haar aangestelde vervanger.

Indien u uit de studie gehaald wordt of indien u zelf beslist om uw deelname te stoppen, dan zullen de gepseudonimiseerde gegevens die al verzameld werden (dat wil zeggen enkel herkenbaar door een unieke code) in de databank blijven voor analyse. Er zullen in dat geval geen nieuwe gegevens meer toegevoegd worden.

2.3. Bescherming van uw persoonsgegevens

Deelname aan de studie betekent dat uw persoonsgegevens verwerkt worden voor het doel van deze studie. Deze verwerking van uw persoonsgegevens is noodzakelijk voor de uitvoering van een taak in het algemeen belang en dit met het oog op wetenschappelijk onderzoek (volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming en de Gecoördineerde Wet op de Ziekenhuizen van 10 juli 2008).

Uw persoonsgegevens zullen steeds beschermd worden. In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

U kan toegang vragen tot de over u verzamelde gegevens. Elk gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent, <https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm>.

De gepseudonimiseerde gegevens, verzameld binnen deze studie, kunnen gedeeld worden met andere onderzoekers. Het opnieuw gebruiken van uw gepseudonimiseerde gegevens in toekomstig academisch onderzoek kan enkel plaatsvinden wanneer het onderzoek verenigbaar is met het huidige onderzoek. Dit hergebruik van gegevens dient altijd vooraf ingediend te worden bij en goedgekeurd te worden door een ethisch comité of Data Access Comité.

Indien uw gegevens in het kader van toekomstig onderzoek gebruikt zouden worden voor commerciële doeleinden of door commerciële organisaties dan dient u hiervoor uw toestemming te geven via de aanvinkvakjes in het deelnameformulier. Deze verwerking van uw gegevens gebeurt op basis van toestemming (zoals vermeld in GDPR, artikel 6, paragraaf 1(a)).

In rapporten of publicaties over deze studie (zoals in medische tijdschriften of congressen) zullen de gegevens zodanig verwerkt worden dat u als individu niet direct herkenbaar bent. Ook wanneer de datasets binnen dit onderzoek openbaar gemaakt worden op een online platform, zullen uw persoonsgegevens niet openbaar gemaakt worden. Uw persoonsgegevens zullen steeds op gepaste wijze beschermd worden.

Zowel uw persoonsgegevens als gevoelige persoonsgegevens (zoals bijvoorbeeld gezondheidsgegevens) zullen binnen deze studie verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Olivier Degromme (UGent). Zijn/haar studieteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. De gegevens worden in het kader van de gegevensbescherming verwerkt door personen binnen het studieteam, onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker. Tot dit team behoren ook medewerkers met een niet-gezondheidszorgberoep.

Wanneer uw gegevens overgemaakt zouden worden aan een land buiten de Europese Economische Ruimte (EER), dan zal U(Z) Gent nagaan of het land van bestemming een passend beschermingsniveau van de gegevens biedt. Wanneer dat land geen passende waarborgen biedt, zal U(Z) Gent bijvoorbeeld via modelovereenkomsten zelf passende waarborgen afdwingen. Hiervoor zal uw toestemming gevraagd worden via de aanvinkvakjes in het deelnameformulier.

Wanneer de procedures en/of de verzamelde gegevens binnen de studie dienen gecontroleerd te worden door vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor medische ethiek of de bevoegde overheden, dan kunnen deze partijen toegang krijgen tot uw gegevens. Deze personen zullen de vertrouwelijkheid niet schenden.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.

De Data Protection Officer kan u ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Daarnaast heeft u het recht om een klacht in te dienen bij een toezichthoudende autoriteit. In België is dit de Gegevensbeschermingsautoriteit (zie contactgegevens bovenaan).

DEELNAMEFORMULIER

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" gelezen en begrepen en ik kan een exemplaar downloaden. Ik heb de informatie over de aard, het doel en de duur van de studie gelezen en weet wat men van mij verwacht.

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door de onafhankelijke Commissie(s) voor medische ethiek. Deze goedkeuring is geen aanzet om deel te nemen aan deze studie.

Men heeft mij ingelicht dat persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens, worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van de studie. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor de **huidige** studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek verenigbaar met het huidige onderzoek. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door een ethisch comité of Data Access Comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de onderzoeker contacteren.

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit de volgende **verplichte onderdelen** (wanneer ik geen toestemming geef voor deze onderdelen, kan ik niet deelnemen aan de studie):

- ☐ Ik bevestig dat ik voldoe aan de inclusiecriteria.
- ☐ Ik ben akkoord met deelname aan deze studie die het vervullen van online vragenlijst omvat.
- ☐ Voor deze studie is een data transfer naar een land buiten de EER mogelijk. Door dit vakje aan te vinken, geef ik hiervoor mijn toestemming.

9.8. Bijlage 8: Goedkeuring EC

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Ignaas Devisch
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Universiteit Gent

Contact
Commissie voor medische ethiek

Aanvrager
Aysenur Akkus

Onze referentie:
THE-2025-0365

Telefoon
+32 (0)9 332 33 36

Datum
27/01/2026

Belgisch Uniek Nummer
nvt

E-mail
ethisch.comite@uzgent.be

Pagina
1/6

Betreft:

Tussen Zorg en Controle: De maatschappelijke omgang met langdurig zieken.

Betrokken student(en):
- Aysenur Akkus

Positief Advies betreffende een studie die buiten het toepassingsgebied valt van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.

Dit project valt niet onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de ingediende informatie en documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (26/01/2026):

Positief advies.

Gelieve er rekening mee te houden dat de hoofdonderzoeker erop dient toe te zien dat deze studie wordt uitgevoerd conform de ethische en wettelijke richtlijnen en bepalingen.

Ingediende documenten: zie bijlage 1

Ledenlijst: zie bijlage 2

Aandachtspunten: zie bijlage 3a

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor medische ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. M. Petrovic

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Unofficial translation in English:

Positive advice regarding a study that falls outside the scope of the law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person

The Medical Ethics Committee affiliated with Ghent University (UGent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has evaluated the above-mentioned dossier.

This project does not fall within the scope of the Law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person.

After consulting the submitted information and documents regarding this proposal, the Medical Ethics Committee provides the following advice on (26/01/2026):

Positive advice.

Please keep in mind that the principal investigator must ensure that this study is conducted in accordance with ethical and legal guidelines and regulations.

Submitted documents: see annex 1

List of members: see annex 2

Points of concern: see annex 3b



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 1: Ingediende documenten

Categorie: CV

- promotor Ignaas Devisch, versie ontvangen dd. 22/12/2025 (Nederlands)
- Aysenur Akkus, versie ontvangen dd. 08/12/2025 (Nederlands)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier

- Informed consent form masterproef, versie 1.1 dd. 21/12/2025 (Nederlands)

Categorie: Rekruteringsmateriaal

- Flyer masterproef om patiënten te rekruteren in de studie, versie ontvangen dd. 22/12/2025 (Nederlands)

Categorie: Vragenlijsten

- Vragenlijst masterproef, versie ontvangen dd. 14/01/2026 (Nederlands)



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

voorzitter: Prof. dr. M. Petrovic
secretaris: Dr. L. Goossens

<u>Effectief lid</u>	<u>Plaatsvervangend lid</u>
Prof. dr. G. Van Lancker UZ Gent – klinisch farmacoloog, ♀	Prof. dr. S. Rottey UZ Gent – klinisch farmacoloog, ♀
Prof. dr. D. De Bacquer UGent – statisticus, ♂	Prof. dr. P. Coorevits UGent – statisticus, ♂
Dr. M. Cosyns Extern – huisarts, ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, ♂
Dr. J. Van Elsen Extern – huisarts, ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, ♂
Prof. dr. K. De Groot UZ Gent – kindercardioloog, ♀	Dr. P. De Bruyne UZ Gent – kindergastro-enteroloog, ♀
Prof. dr. W. Notebaert UGent – psycholoog, ♂	Dhr. W. Schrauwen UGent – psycholoog, ♂
Mevr. R. Vrielynck UZ Gent – verpleegkundige, ♀	Mevr. A. Charles UZ Gent – verpleegkundige, ♀
Dhr. C. Demeestere UZ Gent – verpleegkundige, ♂	Dhr. G. De Smet UZ Gent – verpleegkundige, ♂
Apr. K. Kint UZ Gent – apotheker, ♀	Apr. L. Huys UZ Gent – apotheker, ♀
Dr. B. Vanderhaegen UZ Gent – ethicus, ♂	Prof. dr. K. Raus UZ Gent – ethicus, ♂
Prof. dr. T. Goffin UGent – jurist, ♂	Mevr. V. Vanscheewijck UGent – jurist, ♀
Mevr. C. Van Caeneghem extern – patiëntenvertegenwoordiger, ♀	Mevr. S. Degroote extern – patiëntenvertegenwoordiger, ♀
Prof. dr. W. Van Biesen UZ Gent – nefroloog, ♂	Dr. A. Beyens UZ Gent – geneticus, ♀
Prof. dr. M. Petrovic UZ Gent – geriater, ♂	Dr. L. Goossens UZ Gent – neonatoloog, ♀
Dr. T. Martens UZ Gent – hartchirurg, ♂	Prof. dr. H. Eker UZ Gent – algemeen en hepatobiliair chirurg, ♂
Dr. L. Dhaenens UZ Gent – fertilititsarts, ♀	Dr. I. Dehaene UZ Gent – verloskundige, ♀
Dr. R. Van Der Looen UZ Gent – kinderrevalidatie, ♀	Dr. M. Neckebroek UZ Gent – anesthesist, ♀
Dr. E. Schoentjes UZ Gent – kinder- en jeugdpsychiater, ♂	Prof. dr. K. Dhondt UZ Gent – kinder- en jeugdpsychiater, ♀

Bijlage 3a: Aandachtspunten

Dit project valt niet onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker en de promotor van dit onderzoek voor het waarborgen van de privacy van de persoons- en patiëntgegevens in contacten met patiënten en bij het inkijken van patiëntgegevens, inclusief de correcte omgang hiermee door medewerkers en studenten. De hoofdonderzoeker/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet op de patiëntenrechten van 06/02/2024, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

De CME bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Het is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever om ervoor te zorgen dat eventueel vertaalde documenten conform zijn met de Nederlandstalige documenten.

De hoofdonderzoeker dient erover te waken dat publicaties, rapporten voor de overheid, enz. steeds het eigen standpunt betreffende de resultaten van dit onderzoek weergeven.

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. De opdrachtgever blijft verantwoordelijk voor het onderzoek.

De CME verwacht dat de sponsor bij een volgende indiening rekening houdt met haar huidige opmerkingen.

De goedkeuring van de CME voor een specifiek project is twee jaar geldig. Wij verzoeken u om ons te informeren als het onderzoek niet wordt opgestart, binnen de twee jaar na goedkeuring.



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Annex 3b: Points of concern

This project does not fall within the scope of the law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person.

The EC emphasises that it is the responsibility of the principal investigator and the promotor of this study to safeguard the privacy of the personal and patient data during contacts with patients and when consulting patient data, including the correct handling thereof by employees and students. The principal investigator/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with the applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on the Rights of the Patient of 06/02/2024, and the policy of the institution where the research is carried out.

The EC confirms that in the event of a conflict of interest, members involved will not participate in the vote on the study.

It is the responsibility of the sponsor to make sure that any translated documents comply with the Dutch documents.

The principal investigator must ensure that publications, government reports, etc. always reflect his or her own position regarding the results of this research.

The EC's favourable advice does not imply that it assumes responsibility for the planned study. The sponsor remains responsible for the study.

The EC expects the sponsor to take its current comments into account in any future submission.

The EC approval for a specific project is valid for two years. We request that you inform us if the study is not initiated within the second year after approval.



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

