



Bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op de arbeidsre-integratie van langdurig zieken

Annelotte Van Haeren, Universiteit Antwerpen

Promotor: Christophe Vanroelen, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Fred Louckx, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: [2017 - 2018]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

“Bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op de arbeidsre-integratie van langdurig zieken”

Abstract

Achtergrond: Langdurig ziekteverzuim, dat sinds de laatste jaren een sterke stijging kent, heeft een negatieve impact op het individu. Het is gekend dat hoe langer het ziekteverlet duurt, hoe kleiner de kans op een terugkeer naar het werk wordt. Nochtans is er nog veel niet gekend over de factoren die arbeidsre-integratie beïnvloeden. Deze kwalitatieve studie peilde naar bevorderende en belemmerende factoren voor arbeidsre-integratie volgens langdurig zieken zelf en ging tevens na wat hun ervaringen met re-integratie waren.

Methode: Er werden 14 diepte-interviews en 4 focusgroepen afgenomen bij in totaal 28 deelnemers die langer dan 4 weken langdurig ziek waren omwille van diverse aandoeningen. Voor de kwalitatieve gegevensanalyse werd gebruik gemaakt van zowel inductief als deductief coderen. De analyses werden uitgevoerd met behulp van Nvivo Pro, versie 11.

Resultaten: Vier grote groepen van belemmerende factoren voor arbeidsre-integratie werden geïdentificeerd: ziektegerelateerde, werkgerelateerde, maatschappelijke en persoonlijke/familiale factoren. Meer dan de helft van de deelnemers was in aanraking gekomen met arbeidsre-integratie. Zij ervoeren dit veelal als negatief. Onwil vanuit de werkgever om aangepast werk te voorzien, onvoldoende begeleiding tijdens het re-integratieproces en (dreiging van) ontslag omwille van medische overmacht waren de belangrijkste negatieve factoren. Als bevorderende factoren voor re-integratie werden werkgerelateerde, maatschappelijke en persoonlijke/familiale factoren aangehaald; zoals aangepast werk, sociale contacten en het willen leveren van een maatschappelijke bijdrage.

Conclusie: De resultaten van deze studie komen overeen met wat eerder in de literatuur werd beschreven. Zij tonen aan dat niet enkel aan- of afwezigheid van ziekte belangrijk is in het re-integratieproces, maar dat de bredere context een invloed heeft. Bij het optimaliseren van het re-integratieproces verdient het aanbeveling om gebruik te maken van het biopsychosociaal model en een multidisciplinaire aanpak, waarbij overleg tussen verschillende actoren (o.a. arbeidsgeneesheer, adviserend geneesheer, werkgever,...) essentieel is.

Inleiding

Het langdurige ziekteverzuim ('langdurige arbeidsongeschiktheid'), waarbij werknemers gedurende meer dan vier weken afwezig zijn op het werk omwille van ziekte, zit in stijgende lijn. Terwijl het percentage ziektedagen tussen één maand en één jaar in 2008 nog 1.73% van het totale aantal te presteren werkdagen bedroeg, was dit in 2017 2.19%.¹

Ook het ziekteverzuim langer dan 1 jaar ('invaliditeit') kende tussen 2001 (1% van het totale aantal te presteren werkdagen) en 2015 (2.84%) een enorme stijging van 168%.²

De twee belangrijkste oorzaken van langdurige arbeidsongeschiktheid zijn musculoskeletale aandoeningen en psychische problemen.² Meer algemeen kan gesteld worden dat de stijging van het langdurige ziekteverzuim de laatste jaren voornamelijk te wijten is aan de vergrijzing van de beroepsbevolking en chronische stress.² In januari 2017 publiceerde de Stichting Innovatie en Arbeid de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2016 voor werknemers. Zij concludeerden dat de werkbaarheidsgraad significant afnam tussen 2016 en 2013. Deze daling is vooral te wijten aan een toename van het aantal werknemers met werkstress.³ Langdurig ziekteverlet heeft een negatieve impact op het individu. Het vergroot o.a. het risico op bijkomende gezondheidsproblemen, verminderd zelfvertrouwen, sociale isolatie en uitsluiting op de arbeidsmarkt. Hoe langer het ziekteverlet aansleept, hoe kleiner de kans wordt op een terugkeer naar het werk.⁴

Een adequate arbeidsre-integratie is zinvol. Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar specifieke factoren die een bevorderende of belemmerende invloed hebben op arbeidsre-integratie. Persoonlijke factoren zoals ziektegedrag, weinig zelfvertrouwen, slechte copingstijl

en een moeilijke balans tussen werk- en privéleven lijken belangrijke belemmerende factoren te zijn. Oudere leeftijd is ook geassocieerd met verminderde kans op terugkeer naar het werk. Ziektegerelateerde factoren, zoals pijn en vermoeidheid, en werkgerelateerde factoren zoals bv. grote fysieke belasting, weinig ondersteuning en gebrek aan aangepast werk bemoeilijken re-integratie. Ook sociale factoren, zoals onvoldoende begeleiding, werken belemmerend. Als bevorderende persoonlijke factoren worden zelf-efficaciteit en de moeilijke financiële situatie tijdens het ziekteverlet aangehaald. Op de werkvloer werken o.a. controle over de werksituatie, vooral wat betreft jobinhoud en –uren, en goede werkrelaties bevorderend.⁵⁻⁸

Langdurig zieken ervaren het proces van arbeidsre-integratie vaak als negatief. Uit kwalitatief onderzoek komt vooral naar voor dat zij zich machteloos voelen en te weinig inspraak krijgen in het proces. Zij voelen zich onzeker en afhankelijk van derden, die belangrijke levensbeslissingen voor hen moeten nemen.⁹

Uit recente cijfers blijkt dat sinds de aanpassing in de wetgeving rond arbeidsre-integratie voor langdurig zieken het re-integratieproces vaak negatief eindigt: in 72% van de beslissingen van de arbeidsgeneesheer wordt de werknemer definitief ongeschikt verklaard en wordt er een ontslag wegens medische overmacht opgestart.¹⁰ Uit hetzelfde rapport blijkt ook dat in 57% van de gevallen de langdurig zieke zelf het re-integratieproces opstart en dus graag het werk wil herstarten.

Deze studie heeft als doel om via kwalitatief onderzoek een zicht te krijgen op bevorderende en belemmerende factoren voor arbeidsre-integratie na langdurige ziekte volgens langdurig zieken zelf.

Methode

Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarbij focusgroepen en diepte-interviews plaatsvonden. Wilsbekwame, niet-pensioengerechtigde volwassenen van 18 jaar en ouder die minstens vier weken langdurig ziek waren kwamen in aanmerking voor deelname. De behandelend arts selecteerde op basis van gegevens uit het elektronisch medisch dossier welke patiënten in aanmerking kwamen en vroeg toestemming om hun contactgegevens door te geven aan de onderzoekers. Deelnemers werden dan verder gerekruteerd door de onderzoekers. Zij werden mondeling en schriftelijk ingelicht over het studiedoel, de studieopzet en de vrijwillige basis van deelname. Van alle deelnemers werd er een schriftelijke geïnformeerde toestemming bekomen.

Er werden 14 diepte-interviews afgenomen, deze namen één à twee uur in beslag. Er werden vier focusgroepen georganiseerd. Deze bestonden uit twee tot vijf deelnemers en namen twee à drie uur in beslag. De focusgroepen werden intern gehomogeniseerd en extern geheterogeniseerd.

Zowel voor de diepte-interviews als voor de focusgroepen werd er gewerkt met een vooropgestelde vragenlijst die naar drie thema's peilde: 1) oorzaken van het langdurig ziekzijn volgens de deelnemer, 2) beleving en impact van het langdurig ziekzijn door de deelnemer en 3) arbeidsre-integratie. Deze studie richt zich op het derde thema.

De diepte-interviews en focusgroepen werden opgenomen op bandrecorder, verbatim getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van NVivo Pro, versie 11. Voor de kwalitatieve analyse werd er gebruik gemaakt van zowel inductief als deductief coderen.

Deze studie werd goedgekeurd door de commissie medische ethiek van het UZ Brussel.

Resultaten

Er namen 21 vrouwen en 7 mannen deel aan deze studie, met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar (28-60 jaar). De aandoeningen die aanleiding gaven tot langdurige ziekte waren divers (burn-out, depressie, psychische stress, fibromyalgie, MS, reumatoïde artritis, rugklachten en andere musculoskeletale aandoeningen). De overgrote meerderheid van de deelnemers was reeds langer dan één jaar langdurig ziek (6m – 13j).

Belemmerende factoren voor arbeidsre-integratie

De deelnemers gaven vier grote thema's aan die de weg naar arbeidsre-integratie bemoeilijkten: ziektegerelateerde belemmeringen, werkgerelateerde belemmeringen, maatschappelijke belemmeringen en persoonlijke/familiale factoren.

Ziektegerelateerde belemmeringen

Ziekte en beperkingen die hiermee samenhangen werden door bijna alle deelnemers vermeld als belangrijke hindernissen om terug aan de slag te gaan. De deelnemers gaven aan dat vooral pijn en vermoeidheid ervoor zorgden dat zij niet in staat waren om een job adequaat te kunnen uitoefenen. De volgende uitspraak is illustratief: *'Hoe wil je nu een professioneel leven hebben als je geen 100 of 200 meter kan stappen? Dat alles pijn doet, je been doet pijn, je rug doet pijn, je bewegingen doen pijn. Dus wat wil je dan nog betekenen op de arbeidsmarkt?'* Sommige deelnemers kregen ook van hun behandelend arts te horen dat ze eerst volledig genezen moesten zijn vooraleer terug aan de slag te kunnen.

Werkgerelateerde belemmeringen

Voor bijna alle deelnemers vormden werkgerelateerde factoren de belangrijkste belemmeringen. Ze gaven aan dat het niet kunnen aanpassen van jobinhoud en werktempo – een gebrek aan autonomie – hindernissen zijn. Één deelnemer maakte zich zorgen dat ze na haar periode van langdurige ziekte een lagere functie zou moeten uitoefenen. Er werd ook gesproken over het gebrek aan medewerking vanuit de werkgever en (gepercipieerde) onwil om mensen die langdurig ziek zijn aan de slag te houden.

Maatschappelijke belemmeringen

Drie grote thema's kwamen in de diepte-interviews en focusgroepen naar boven: gebrek aan informatie over terugkeer naar het werk, gebrek aan begeleiding hierbij en het huidige beleid. Een deelnemster van 60 jaar met burn-out zei hierover het volgende: *'Hoe ze nu bezig zijn bemoeilijkt het natuurlijk, want dat geeft extra stress. Dus zij zijn mijn ziekteproces aan het vertragen. Want dat geeft hoe dan ook extra stress. Zo dat gevoel van – ja, vanaf juli had ik zoiets van 'ah, ik heb nog 6 maanden om te genezen'. Ja. En dat heeft mij terug achteruit gebracht. Want ik ben nooit zo ziek geweest als in september en oktober.'* Een 36-jarige deelnemster met musculoskeletale klachten zei: *'Ik vraag gewoon info van 'hoe zit dat juist als je terug wilt starten?' Ik weet niks. Je zoekt op internet en daar vind je tegenovergestelde informatie. Je weet niks.'*

Persoonlijke/familiale factoren

De familiale context (geen ondersteuning, het hebben van kinderen,...) vormt voor sommige deelnemers een belemmerende factor voor arbeidsre-integratie. Één deelnemer had het gevoel dat zijn oudere leeftijd ervoor zou zorgen dat hij niet opnieuw aan de slag zou kunnen gaan. Er werd door verschillende deelnemers gesproken over het gebrek aan zelfvertrouwen om terug aan de slag te gaan na een lange periode van ziekteverlet. Een 57-jarige deelnemster met rugklachten verwoordde dit als volgt: *'Ook het feit dat dat nu de derde keer is dat ik eigenlijk vrij lang thuis ben. Euhm, ook voor mezelf is dat geen fijn gevoel en dan denk ik al van voor hoe lang gaat het deze keer zijn? Dus ja, ik ben het vertrouwen een beetje kwijt. Het is dat wat, het vertrouwen dat ik wat kwijt ben.'*

Bevorderende factoren voor arbeidsre-integratie

De factoren die helpen bij het terug aan de slag gaan, kunnen ook worden onderverdeeld in 3 grote thema's: werkgerelateerde factoren, persoonlijke/familiale factoren en maatschappelijke factoren.

Werkgerelateerde factoren

Bijna alle deelnemers gaven aan dat aangepast werk de terugkeer naar werk zou vergemakkelijken. Hoewel er door de deelnemers ook werd gesproken over aanpassing van de jobinhoud (minder stresserend, minder verantwoordelijkheid, minder fysiek zwaar), bleek vooral het aanpassen van de werkuren belangrijk (minder uren werken en progressief kunnen opstarten). Ook inspraak is hierbij erg belangrijk. Een deelnemer met een burn-out zei: *“En dat je dan inderdaad zo systematisch langzaam kunt opbouwen en als je voelt dat het teveel is dat je dan eventjes een stapje terug kan doen. En inderdaad ook tijdelijk simpele jobs, bv. mensen wat helpen met hun achterstand. Waardoor je geen stress hebt, maar ook, ja, iets simpel.”*. Voor een aantal deelnemers was het sociaal contact op de werkvloer een motiverende factor om terug te keren. Zij ervoeren hun langdurige ziekte als isolerend en zagen werk als een mogelijkheid om *“terug onder de mensen te zijn”*. Een aantal deelnemers vond een goed contact met de werkgever en de collega's, zowel tijdens de periode van langdurige ziekte als tijdens het re-integratieproces essentieel. Een deelnemer die reeds 2 jaar thuis was met musculoskeletale klachten verwoordde dit als volgt: *“Ik denk vooral mijn collega's en het contact dat je behoudt met je baas. Dat je niet het gevoel hebt na twee jaar dat je op een vreemde plek terecht komt. Het is dan jammer dat ik dat dan zelf vooral heb moeten doen, maar het maakt de stap kleiner om terug op de werkvloer te komen”*. Twee deelnemers gaven aan dat ze waarschijnlijk sneller dan ze zelf zouden willen terug aan de slag zouden gaan uit angst om ontslagen te worden. Één deelnemer zag de dagstructuur die werk biedt als een bevorderende factor voor re-integratie.

Persoonlijke/familiale factoren

De persoonlijke financiële situatie is een factor die deelnemers ertoe aanzet om terug aan de slag te gaan, soms sneller dan gewenst. Langdurige ziekte heeft namelijk belangrijke financiële gevolgen. Andere persoonlijke factoren die deelnemers ertoe zouden aanzetten om terug te gaan werken, waren: een bijdrage willen leveren aan de maatschappij, schuldgevoel en collega's niet in de steek willen laten; en ondersteuning vanuit familiale kring.

Maatschappelijke factoren

Sommige deelnemers vonden het belangrijk om steun en begeleiding te krijgen in hun arbeidsre-integratie vanuit de overheid en instanties die zich met re-integratie bezighouden. Iemand zei hierover: *“Je wilt werken, maar dan wil ik ook wel steun van de overheid. Samen kijken wat de mogelijkheden zijn en helpen naar de werksituatie toe”*.

Ervaringen met re-integratie

Er werd de deelnemers tijdens de focusgroepen en diepte-interviews ook gevraagd naar hun ervaringen met arbeidsre-integratie. Meer dan de helft was hiermee in aanraking gekomen en vanuit de meeste deelnemers vonden dit een negatieve ervaring. Deelnemers ervoeren een grote onwil van werkgevers om aangepast werk te voorzien: *“Ik heb zelf ook van dag één gevraagd om aangepast werk te doen...wij zijn één van de duurste werknemers van de winkel en ze zeggen ook van aangepast werk: we kunnen je aan de kassa zetten of aan de rayon zetten, maar dan ben je te duur. Dan is het gemakkelijker om je thuis te laten en de mutualiteit te laten betalen”*. Een andere deelnemer zei: *“Als ik sprak voor aangepast werk, was het direct: ‘dat kunnen wij niet geven’”*. Verschillende deelnemers vonden dat zij geen of onvoldoende begeleiding hadden gekregen tijdens hun re-integratieproces, anderen waren hierover wel tevreden. Een aantal deelnemers werd geconfronteerd met ontslag wegens medische overmacht of de dreiging hiervan.

Bespreking

Naast de ziekte en de beperkingen die hiermee samenhangen, werken ook andere factoren belemmerend voor arbeidsre-integratie. Het betreft persoonlijke/familiale, werkgerelateerde en maatschappelijke factoren. Onder andere leeftijd, de combinatie tussen werk en privé, weinig zelfvertrouwen, gebrek aan medewerking door de werkgever en onvoldoende

begeleiding bij het re-integratieproces hebben een negatieve invloed. Anderzijds kunnen persoonlijke/familiale, werkgerelateerde en maatschappelijke factoren ook een positieve invloed hebben: o.a. een bijdrage willen leveren aan de maatschappij, sociale contacten via het werk en goede relaties met collega's.

In deze studie kwam het belang van aangepast werk sterk naar voor. Vooral aanpassing van joburen en het geleidelijk terug kunnen opstarten blijken belangrijk. Langdurig zieke werknemers wensen hier inspraak in te hebben en zelf het tempo te kunnen aangeven. Ook een aanpassing van de jobinhoud, waarbij tijdelijk minder zware taken kunnen worden opgenomen, is een belangrijke factor.

Veel deelnemers hadden het proces van arbeidsre-integratie reeds ervaren en gaven aan dat dit momenteel suboptimaal verloopt. Er is te weinig begeleiding, te weinig aangepast werk en deelnemers ervaren onwil vanuit de werkgever om aan het re-integratieproces mee te werken. De kwalitatieve informatie uit dit onderzoek bevestigt dus grotendeels de resultaten van de hoger geciteerde studie van Co-Prev.¹⁰

Bij het optimaliseren van het arbeidsre-integratieproces is het belangrijk om de patiënt in zijn bredere context te bekijken. Hiervoor is het nodig dat er een overstap wordt gemaakt van een puur biomedisch model naar een biopsychosociaal model, waarbij er wordt gekeken naar de samenhang tussen medische, psychosociale en maatschappelijke factoren. De interactie tussen deze factoren bepaalt in belangrijke mate het functioneren van een individu en het is dan ook noodzakelijk om al deze factoren in beschouwing te nemen voor een geslaagd re-integratieproces. Dit wordt ook aangehaald door het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk (EU-OSHA).¹¹ Een breder re-integratiemodel houdt rekening met de interactie tussen het macro- (maatschappelijke context, politiek, cultuur), het meso- (werkplek, gezondheidszorg,...) en het microniveau (werknemer).¹¹ Dit houdt dan ook in dat re-integratie niet de individuele verantwoordelijkheid is van de langdurig zieke, maar wel een gedeelde verantwoordelijkheid samen met de arbeidsgeneesheer, adviserend geneesheer, werkgever, EU-OSHA pleit ook voor een vroege interventie en een holistische, op maat gemaakte aanpak, die gecoördineerd wordt in een multidisciplinair systeem. Bovendien, in de 7 landen (waaronder Nederland) die volgens het rapport een uitgewerkt beleid op het vlak van rehabilitatie en preventie hebben, draagt de werkgever een brede verantwoordelijkheid. Hij wordt van bij het begin betrokken in het proces en dient het re-integratieplan mee op te stellen. De werkgever tevens verantwoordelijk stellen voor het langdurig uitbetalen van de ziekte-uitkering van een langdurig zieke werknemer is een *incentive* om deze werknemer snel terug aan de slag te laten gaan en hiervoor indien nodig aangepast werk te voorzien. Anderzijds kan dit systeem er wel voor zorgen dat werkgevers vermijden om werknemers met voorafbestaande gezondheidsproblemen in dienst te nemen. In dat opzicht lijkt grotere verantwoordelijkheid van werkgevers pas haalbaar als het risico tussen werkgevers gesolidariseerd wordt – het Nederlandse model van de 'norisk polis' is hiervan een voorbeeld.^{11, 12}

Tenslotte moet ook de rol voor (primaire) preventie extra benadrukt worden. De aanpak van re-integratie moet kaderen binnen een breder beleid rond werkbaar werk.¹¹ Ook de Hoge Gezondheidsraad zit op die lijn in haar beleidsrichtlijn rond 'Burn-out en werk'.¹³ Ze pleit voor een gezamenlijk aanpak van bedrijfsgelateerde en individuele factoren, maar ook voor een kritische blik naar het maatschappijmodel waarbij presteren hoger in het vaandel wordt gedragen dan het welzijn van werknemers.¹³

Deze studie peilde naar de ervaringen van langdurig zieken zelf op drie grote domeinen. Enerzijds zorgde dit ervoor dat er veel informatie kon worden verzameld in één studie, anderzijds kan dit er ook voor hebben gezorgd dat er niet voldoende diep kon worden ingegaan op elk afzonderlijk thema.

Er werden deelnemers geïncludeerd met een verscheidenheid aan aandoeningen. Door de focusgroepen intern te homogeniseren konden er maximaal ervaringen worden uitgewisseld, door de focusgroepen extern te heterogeniseren en diepte-interviews af te nemen bij deelnemers met verschillende pathologieën zijn de conclusies van deze studie niet ziektespecifiek en dus van toepassing op de bredere groep van langdurig zieken. Wel dient er rekening te worden gehouden met het feit dat er een onevenwicht was tussen mannelijke en

vrouwelijke deelnemers. De duur van het langdurig ziekteverlet verschilde sterk, met een minimum van 6 maanden en een maximum van 13 jaar. In deze studie leek dit niet direct een invloed te hebben, doch dit kan een belangrijke beïnvloedende factor zijn.

Besluit

Deze kwalitatieve studie onderzocht de bevorderende en belemmerende factoren voor arbeidsre-integratie vanuit het perspectief van langdurig zieken. Zowel persoonlijke/familiale, werkgerelateerde en maatschappelijke factoren kunnen bevorderend dan wel belemmerend werken. Ook ziektegerelateerde factoren kunnen arbeidsre-integratie verhinderen. Bij het optimaliseren van het re-integratieproces is het nodig om deze verschillende aspecten in rekening te brengen. Hierbij dient zowel op micro- als op meso- en macroniveau gewerkt te worden.

Gezien er relatief weinig studies voorhanden zijn over de verschillende factoren die arbeidsre-integratie positief dan wel negatief beïnvloeden, verdient het aanbeveling om hier verder onderzoek naar te doen.

Referenties

1. SDWorx. 2018. Ziekteverzuim Belgische werknemers neemt laatste tien jaar fors toe. [ONLINE] Beschikbaar op: <https://www.sdworx.be/nl-be/sd-worx-r-d/publicaties/persberichten/2018-02-15-ziekteverzuim-belgische-werknemers-neemt-laatste-tien-jaar-fors-toe>. [Laatst geraadpleegd op 8 april 2018].
2. Verlinden H. Absenteïsme in 2015: re-integratiebeleid, meer dan ooit noodzakelijk. *Securex White paper*. Juni 2016
3. Stichting Innovatie en Arbeid. Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2016-werknemers. Brussel, januari 2017.
4. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U, Beekman ATF et al. Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks: a prospective cohort study. *J Occup Rehabil*. 2012;22:118-126.
5. Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. A qualitative study of perpetuating factors for long term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. *J Rehabil Med*. 2010;42(6):544-52.
6. Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EPM, van Lomwel AGC et al. Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. *J Occup Rehabil*. 2015;25:423-431.
7. Blank L, Peters J, Pickvance S, Wilford J et al. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil*. 2008;18:27-34
8. Laaksonen M, Gould R. Return to work after temporary disability pension in Finland. *J Occup Rehabil*. 2015;25:471-480.
9. Lännerström L, Wallman T, Holmström IK. Losing independence--the lived experience of being long-term sick-listed. *BMC Public Health*. 2013;13:745.
10. ABVV. 2017. Het re-integratietraject van zieken: een ontslaginstrument voor werkgevers. [ONLINE] Beschikbaar op: <http://www.abvv.be/-/re-integratietraject-ontslaginstrument-voor-werkgevers>. [Laatst geraadpleegd op 8 april 2018].
11. European Agency for Safety and Health at Work. Rehabilitation and return to work: analysis report on EU policies, strategies and programmes. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016.
12. UWV. 2018. De no-riskpolis. Een werknemer met ziekte of handicap in dienst nemen. [ONLINE] Beschikbaar op: <https://www.uwv.nl/werkgevers/Images/no-risk-polis.pdf>. [Laatst geraadpleegd op 27 april 2018].
13. Hoge Gezondheidsraad. Burn-out en werk. Brussel: HGR; 2017. Advies nr. 9339.

Bijlage 1: vragenlijsten

1/ Vragenlijst focusgroepen

- 1) Korte voorstelling van iedereen in de groep.
 - a) Naam, beroepsgroep
- 2) Wat zijn volgens u de belangrijkste oorzaken van uw langdurig ziekzijn?
- 3) Welke veranderingen vonden er de afgelopen tijd plaats die een rol spelen/speelden in uw langdurige ziekte?
 - a) Op de werkvloer:
 - Organisatorische veranderingen (minder personeel, meer werkdruk,...)
 - Bepaalde machines
 - Relaties op het werk (met de collega's, de baas,...)
 - ...
 - b) Op persoonlijk vlak:
 - Relatie met uw partner en/of familie
 - Gezinssamenstelling
 - Relatie met uw vrienden
 - ...
- 4) Hoe wordt uw langdurig ziekzijn beleefd?
 - a) Door uzelf
 - b) Door familie
 - c) Door vrienden
 - d) Door uw werknemer
 - e) Door uw collega's
- 5) Hoe heeft men u proberen re-integreren?
 - a) Welke vorm nam deze re-integratie aan (bv. aangepast werk, deeltijds werk, oriëntatie naar een nieuwe job)
 - b) Wat was de rol van de verschillende actoren
 - Huisarts
 - Adviserend geneesheer/bedrijfsarts
 - Mutualiteit
 - Werkgever
 - VDAB (of andere tewerkstellingsdiensten)
- 6) Wat zijn uw ervaringen met dit re-integratieproces?
 - a) Zowel goede als slechte ervaringen mogen aan bod komen
 - b) Wat was uw inspraak in het proces
- 7) Wat is er voor u nodig om terug aan het werk te gaan?
 - a) Ziet u het zelf als realistisch om nog terug aan het werk te gaan
 - b) Hoe zouden uw voorwaarden/voorstellen om terug aan het werk te gaan kunnen worden gerealiseerd

2/ Vragenlijsten diepte-interviews

- 1) Persoonlijke voorstelling
 - a) Naam, leeftijd
 - b) Beroep
 - c) Gezinssituatie
 - d) Duur van het langdurig ziek zijn, aanleiding,...
- 2) Wat zijn volgens u de belangrijkste oorzaken van uw langdurig ziekzijn?
- 3) Welke veranderingen vonden er de afgelopen tijd plaats die een rol spelen/speelden in uw langdurige ziekte?
 - c) Op de werkvloer:
 - Organisatorische veranderingen (minder personeel, meer werkdruk,...)
 - Bepaalde machines
 - Relaties op het werk (met de collega's, de baas,...)
 - ...
 - d) Op persoonlijk vlak:
 - Relatie met uw partner en/of familie
 - Gezinssamenstelling
 - Relatie met uw vrienden
 - Financiële problemen
 - ...
- 4) Hoe heeft langdurig ziekzijn uw visie op uzelf veranderd?
- 5) Welke gevolgen heeft langdurig ziekzijn op uw werkrelaties?
 - a) Hoe reageert uw werkgever (indien van toepassing)
 - b) Hoe reageren de collega's
 - c) Hoe ervaart u druk om te gaan werken? (of is deze er niet)
 - Is er op het werk plaats voor mensen met een beperking/ziekte
 - Is er op het werk mogelijkheid tot aangepast werk
- 6) Welke gevolgen heeft langdurig ziekzijn buiten het werk zelf?
 - a) In uw sociale contacten
 - Familie
 - Vrienden
 - ...
- 7) Merkt u dat mensen u anders bekijken/behandelen omwille van uw langdurig ziekzijn?
 - a) Op welke manier
 - b) Wat doet dit met u
- 8) Hoe heeft men u proberen re-integreren?
 - a) Welke vorm nam deze re-integratie aan (bv. aangepast werk, deeltijds werk, oriëntatie naar een nieuwe job)
 - b) Wat was de rol van de verschillende actoren
 - Huisarts
 - Adviserend geneesheer/bedrijfsarts
 - Mutualiteit
 - Werkgever
 - VDAB (of andere tewerkstellingsdiensten)
- 9) Wat zijn uw ervaringen met dit re-integratieproces?
 - a) Zowel goede als slechte ervaringen mogen aan bod komen
 - b) Wat was uw inspraak in het proces
- 10) Wat zijn voorwaarden voor u om terug aan het werk te kunnen gaan?
- 11) Hoe kunnen we die voorwaarden realiseren?
- 12) Hoe ziet u de toekomst?
 - a) Op persoonlijk vlak (bv. psychologisch, economisch, sociaal,...)
 - b) Op familiaal vlak
 - c) Op professioneel vlak (bv. denkt u dat u nog terug kan gaan werk)

13) Hebt u zelf nog dingen toe te voegen?



ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:

De toename van langdurig zieken : bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op de arbeidsreïntegratie van langdurig zieke patiënten

B.U.N. 143201731943

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de bijkomende vragen, het protocol versie 2 en de informatie- en toestemmingsformulieren in het Nederlands, versie 2 dd 15/05/2017, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 21 juni 2017

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter



MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB
(since 03-05-2017)

<u>Name</u>	<u>Function</u>	<u>Gender</u>
Prof. Dr. Em. A. Van Steirteghem	CHAIRMAN UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. van der Werff ten Bosch, MD, PhD	VICE- CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F
Dr. Apr. V. Caveliers, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. H. De Boeck, MD, PhD	Pediatric Orthopedics UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Grève, MD, PhD	Medical Oncology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Mey, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	M
Mrs. M. De Win	External Member	F
Prof. Dr. I. Gies, MD, PhD	Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Mr. S. Gondry, LL.M	Attorney at Law Antwerp	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. Poelaert, MD, PhD	Anesthesiology UZ Brussel	M
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ Brussel	M
Mrs. A. Van Scharen, LL.M	Legal Expert Research & Development - VUB	F
Prof. Dr. T. Vanhaecke, PhD	Toxicology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F
Mrs. T. Vanderreken	Nurse UZ BRUSSEL	F

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote

Onderzoeksprotocol Manama-thesis

'De toename van langdurig zieken: bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op de arbeidsre-integratie van langdurig zieken'

1/ Doelstelling en verantwoording

Het langdurig ziekteverlet, waarbij de werknemer minstens 1 jaar ongeschikt is om te werken omwille van medische redenen, neemt sinds jaren exponentieel toe. In 2015 was er zelfs sprake van een stijging van 14%¹. De twee belangrijkste oorzaken van langdurig ziekzijn zijn vergrijzing van de beroepsbevolking en chronische stress. Op medisch vlak zijn de 2 belangrijkste oorzaken problemen met het bewegingsstelsel en psychische problemen (depressie, burn-out,...).

Hoewel langdurig ziekteverlet in alle leeftijdscategorieën en beroepsgroepen voorkomt, is er vooral bij ouderen en arbeiders een sterke stijging merkbaar. Zo was in 2015 gemiddeld 1 op de 8 arbeiders in de leeftijdscategorie ≥ 55 j langer dan een jaar afwezig op het werk. Voor bedienden was dit 1 op de 24.¹

Langdurig ziekzijn heeft een belangrijke impact op het leven van een patiënt². Zij ervaren veranderingen op persoonlijk, familiaal, relationeel en economisch vlak. Langdurig ziekzijn leidt vaak tot een negatief zelfbeeld en gevoelens van exclusie, schaamte, onzekerheid en sociale stigmatisatie. Contacten met hulpverleners zijn niet steeds positief. Patiënten beschrijven vooral een respectloze houding en dito gedrag van de hulpverlener als redenen voor een negatief contact. Een luisterend oor en bereidheid om input van de patiënt ter harte te nemen, werden gezien als elementen die bijdragen tot een positief contact. Ook het proces van arbeidsre-integratie wordt door veel patiënten als negatief ervaren². Uit kwalitatief onderzoek komt vooral naar voor dat patiënten zich machteloos voelen en te weinig inspraak krijgen in het re-integratieproces. Zij voelen zich onzeker en afhankelijk van derden, die belangrijke levensbeslissingen voor hen moeten nemen. Om patiënten te re-integreren op de werkvloer is het van belang om rekening te houden met zowel persoonsgebonden factoren, ziektegebonden factoren als werkgebonden factoren. Patiënten die bv. een lage *self-efficacy* vertonen of in een stresserende thuissituatie zitten, vinden hun weg moeilijker terug naar het werk. Hetzelfde geldt voor patiënten die 1 of meer chronische aandoeningen hebben³. Werkgebonden factoren die de re-integratie bemoeilijken⁴ zijn o.a. een hoge werkdruk, onvoldoende supervisie, onvoldoende steun van collega's en lage gepercipieerde controle over het eigen werk.

In België gebeurt er weinig onderzoek naar oorzaken en psychosociale/economische omstandigheden van personen die langdurig ziek zijn en is er weinig gekend over factoren die arbeidsre-integratiebevorderend dan wel –belemmerend werken.

Het doel van deze studie is om meer informatie te vergaren over deze drie domeinen bij langdurig zieken in België om zo tot een betere begeleiding van deze groep patiënten te kunnen komen. Tevens kan deze studie een bijdrage leveren bij het opstellen van een adequaat re-integratiebeleid, waarin de noden van de patiënt niet uit het oog worden verloren.

2/ Onderzoeksvragen en klinische relevantie

Deze studie wordt uitgevoerd door 3 hoofdonderzoekers: dr. Annelotte Van Haeren (masterstudent huisartsgeneeskunde), dr. Liesbeth Veelaert (masterstudent huisartsgeneeskunde) en Simon Vermooten (masterstudent psychologie).

Elke onderzoeker voert onderzoek uit naar 1 deelonderzoeksvraag:

- 1) Annelotte Van Haeren: Wat zijn voor langdurig zieke patiënten bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op hun arbeidsre-integratie?
- 2) Liesbeth Veelaert: Welke maatschappelijke factoren spelen een rol in het ontstaan van langdurige ziekte?
- 3) Simon Vermeersch: beleving van langdurig ziekzijn door de patiënt

Met deze studie trachten we dus om de problematiek van langdurig ziekzijn op verschillende domeinen te bestuderen. Door het onderzoeken van de oorzaken van langdurig ziekzijn, de visie van de patiënt op arbeidsre-integratie en de beleving van de patiënt krijgen we een grondig inzicht in deze materie. Dit leidt enerzijds toe dat hulpverleners een betere begeleiding kunnen aanbieden, gebaseerd op de specifieke noden en situatie van deze groep patiënten. Anderzijds kan deze studie ook bijdragen tot het uitwerken van een adequaat re-integratiebeleid, waarbij er aandacht is voor zowel werkgerelateerde factoren als patiënt- en ziektegerelateerde factoren.

3/ Onderzoeksopzet

Deze studie zal bestaan uit 2 luiken: een uitgebreide literatuurstudie en een kwalitatief onderzoek.

De literatuurstudie zal bestaan uit een *search* in wetenschappelijke databanken (Pubmed, *Cochrane Library*, Medline,...) naar incidentie en oorzaken van langdurige ziekte, levenskwaliteit bij langdurig zieken, bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op arbeidsre-integratie en *best practices* in nabijgelegen landen (m.n. Nederland, Frankrijk en de Scandinavische landen).

Het kwalitatief onderzoek zal bestaan uit focusgroepen en/of diepte-interviews. Onze onderzoekspopulatie bestaat uit wilsbekwame volwassenen ouder dan 18 jaar die minstens 1 jaar langdurig ziek zijn (i.e. minstens 1 jaar arbeidsongeschikt omwille van medische redenen) en die ingeschreven zijn in een praktijk van Geneeskunde voor het Volk (i.e. de praktijken in Deurne, Hoboken, Zelzate, Lommel, Genk, Marcinelle, Schaarbeek, Seraing, Herstal, La Louvière en Molenbeek). Als exclusiecriteria gelden: pensioengerechtigdheid en werkloosheid. We streven naar inclusie van 40-50 patiënten, waarbij we trachten ca. 6 focusgroepen te organiseren en ca. 15 diepte-interviews.

Patiënten worden gerekruteerd door de hoofdonderzoekers en (medische) medewerkers van de praktijk. Patiënten worden geselecteerd op basis van gegevens uit het elektronisch medisch dossier.

Concreet wordt er gevraagd aan het medisch personeel (artsen, verpleegkundigen, psycholoog) of zij in hun patiëntenbestand patiënten hebben die in aanmerking komen voor het onderzoek, op basis van gegevens uit het EMD wordt beslist of patiënten al dan niet in aanmerking komen. Gezien Liesbeth Veelaert en Annelotte Van Haeren tevens artsen zijn, hebben zij ook toegang tot het elektronisch medisch dossier en zullen zij op deze manier ook patiënten selecteren die in aanmerking komen voor inclusie in de studie.

Patiënten worden mondeling ingelicht over het studiedoel, de studieopzet en de vrijwillige basis van deelname. Deze informatie wordt tevens schriftelijk meegedeeld. Indien patiënten willen meewerken, worden zij uitgenodigd voor deelname aan een focusgroep en/of diepte-interview. Op het moment van deelname wordt er een schriftelijke geïnformeerde toestemming ingevuld.

Er wordt voor de focusgroepen en diepte-interviews gewerkt met een lijst van vooropgestelde vragen.

De diepte-interviews worden 1 op 1 afgenomen: 1 hoofdonderzoeker neemt de vragenlijst af bij 1 deelnemer. Per diepte-interview wordt er een tijd voorzien van 2-3 uur. De focusgroepen bestaan uit 5-6 deelnemers en worden geleid door een moderator. Tevens zal er een 2^{de} persoon aanwezig zijn, die o.a. nota's maakt zo nodig en de apparatuur opstelt. De focusgroepen worden intern homogeen gehouden (op basis van leeftijd, beroepsgroep en pathologie) om uitwisseling van ervaringen tussen de verschillende deelnemers maximaal te laten verlopen. Er wordt een externe heterogenisatie nagestreefd om conclusies te kunnen trekken over de populatie langdurig zieken in zijn totaliteit. Per focusgroep wordt er een namiddag tijd voorzien. Zowel de diepte-interviews als de focusgroepen worden opgenomen op bandrecorder en letterlijk getranscribeerd. Nadien worden deze geanalyseerd door de onderzoekers. Bij de verwerking van de gegevens worden de deelnemers geanonimiseerd, waarbij er gebruik gemaakt wordt van volgnummers (deelnemer 1, deelnemer 2, ...).

De duur van deze studie wordt geschat op ca. 1 jaar. Inclusie van patiënten begint na het ontvangen van goedkeuring door het ethisch comité.

Bronnen

1. Verlinden H. Absenteïsme in 2015: re-integratiebeleid, meer dan ooit noodzakelijk. *Securex White paper*. Juni 2016
2. Lännerström L, Wallman T, Holmström IK. Losing independence--the lived experience of being long-term sick-listed. *BMC Public Health*. 2013;13:745.
3. Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EP, van Lomwel AG, van der Feltz-Cornelis CM. Return-to-Work Self-Efficacy and Actual Return to Work Among Long-Term Sick-Listed Employees. *J Occup Rehabil*. 2015;25(2):423-31
4. Kristman VL, Shaw WS, Boot CR, Delclos GL, Sullivan MJ, Ehrhart MG; Hopkinton Conference Working Group on Workplace Disability Prevention. Researching Complex and Multi-Level Workplace Factors Affecting Disability and Prolonged Sickness Absence. *J Occup Rehabil*. 2016;26(4):399-416.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, abstract shape with a vertical line on the left and a horizontal line extending to the right, intersected by a diagonal line.