

De toename van het aantal langdurig zieken bij werknemers.

Welke maatschappelijke factoren kunnen deze stijging verklaren?

- Achtergrond: Het aantal langdurig zieke patiënten steeg de afgelopen jaren exponentieel. Ook in onze praktijk begeleiden we almaar meer mensen die gedurende meer dan één jaar arbeidsongeschikt zijn.
- Doelstelling: Beter zicht krijgen op welke maatschappelijke factoren een rol spelen in het ontstaan van langdurige ziekte en welke de stijging van de afgelopen jaren kunnen verklaren.
- Methode: Literatuurstudie en kwalitatief onderzoek aan de hand van interviews in focusgroepen en diepte-interviews met langdurig zieken.
- Resultaten: Er werden 4 focusgroepen georganiseerd en 14 diepte interviews afgenomen.
- Besluit: Een gestegen fysieke werklast en werkdruk, een slechte relatie met de werkgever en collega's en slechte arbeidsvoorwaarden werden door de deelnemers gezien als mede oorzaken van hun langdurige ziekte. Ook sociodemografische factoren, zoals de vergrijzing, stress in het gezinsleven en discriminatie op de werkvloer en tijdens het reïntegratieproces werden als oorzaken aangegeven.
- Naam, voornaam en affiliaties van de auteurs: Liesbeth Veelaert, HAIO GVHV zelvate
- Correspondentie: liesbeth.veelaert@hotmail.com
- Belangenconflict: niets vermeld

Dankwoord: Graag wens ik mijn dank te betuigen aan collega onderzoekers Annelotte vanhaeren en Simon Vermoote. Daarnaast bedankt ik ook mijn promotor prof. Christophe van Roelen en Kim Bosmans, die ons assisteerden gedurende het proces van de opzet en uitwerking van dit onderzoek.

Wat is gekend?

Zin 1. Het aantal langdurig zieken steeg exponentieel de laatste 15 jaar. 3 op de 100 werknemers zijn op dit moment langdurig afwezig.

Zin 2. De twee belangrijkste oorzaken van langdurige ziekte zijn volgens Securex a) de vergrijzing van de beroepsbevolking en b) chronische stress.

Zin 3. De grootste stijging werd gezien bij ouderen en bij arbeiders.

Wat is nieuw?

Zin 1. In tegenstelling tot wat vaak wordt aangenomen speelt de vergrijzing op zich een minder grote rol in de stijging van langdurige ziekte. Er zijn dus andere oorzaken die momenteel onderbelicht blijven.

Zin 2. De afgelopen tien jaar veranderde de werkorganisatie sterk. Velen spreken van een toegenomen fysieke werklast en gestegen psychische werkdruk die de oorzaak van hun langdurige ziekte vormt.

Zin 3. Het is vaak de combinatie van toegenomen werkdruk en stress in het gezinsleven die leiden tot langdurige ziekte.

Inleiding

Het langdurig ziekteverlet, waarbij de werknemer minstens 1 jaar ongeschikt is om te werken omwille van medische redenen, neemt de laatste jaren significant toe. Het langdurige ziektepercentage is de afgelopen 15 jaar gestegen met 168% volgens Securex (1). Cijfers van het Riziv en van SDWorx bevestigen deze stijging (2,3). In 2015 telde het RIZIV ruim 335.000 werknemers die een invaliditeitsuitkering krijgen omdat ze meer dan één jaar ziek zijn (2).

Langdurig ziek zijn heeft een belangrijke impact op het leven van een patiënt. Er zijn veranderingen op persoonlijk, familiaal, relationeel en economisch vlak. Hun ziekte leidt vaak tot een negatief zelfbeeld en gevoelens van exclusie, sociale isolatie, schaamte, onzekerheid en stigmatisatie (4,5). De manier waarop over langdurige ziekte in de media bericht wordt kan dit negatieve zelfbeeld verder versterken. Wanneer de overheid nieuwe maatregelen aankondigt is de beeldvorming vaak negatief ('profiteurs eruit halen' of 'de jacht op langdurig zieken') (6). Ook het re-integratieproces op de arbeidsmarkt weegt vaak zwaar voor de patiënten (4).

Binnen de huisartspraktijk zijn de gevolgen van langdurig ziekteverlet de laatste jaren heel zichtbaar geworden. Als huisarts begeleiden we patiënten vaak tijdens de hun ziekte. Dit brengt eveneens extra administratieve met zich mee. Het is belangrijk dat de huisarts inzicht heeft in dit alsmaar actueler probleem en de patiënt van in het begin goed kan begeleiden. Tegelijkertijd zien we vanuit het beleid een toenemende druk op zorgverleners om ofwel mensen sneller opnieuw aan de slag te krijgen of anders te bestempelen als 'niet bereid om te werken' zodat ze uit de ziekteverzekering kunnen gestoten worden.

In België wordt langdurige ziekte de laatste jaren steeds meer onderzocht. Dit onderzoek is meestal op basis van statistische gegevens en kwantitatieve vragenlijsten (1,2). Volgens de cijfers van het Riziv is 35% van de langdurig zieken te wijten aan psychische klachten (2). Dit is net iets hoger dan het percentage invaliditeit door ziekte van het bewegingsstelsel (2). Opvallend is dat vooral het aantal burn-outs en depressies toe nemen. De vergrijzing van de beroepsbevolking en chronische stress worden traditioneel aangeduid als belangrijke oorzaken van de stijging van langdurige ziekte (1). Maar is dit beeld wel volledig?

Kwalitatieve studies die deze problematiek benaderen, gebeurden tot hiertoe nog weinig. De meerwaarde van ons kwalitatief onderzoek is dat andere, complexe aspecten van de realiteit belicht worden en ons zo een uniek inzicht geeft over hoe langdurig zieken zelf hun situatie percipiëren. Met name welke maatschappelijke factoren volgens hen bijdroegen aan hun langdurige ziekte? Daarnaast werd door twee mede onderzoekers gepeild naar de psychologische impact van langdurige ziekte en hoe zijzelf het re-integratieproces ervaren. Ons onderzoek toont aan dat de oorzaken dikwijls veel gevarieerder zijn dan men zou verwacht op basis van eerder onderzoek en bovendien sterk afhankelijk van de situatie. Daarnaast komt vooral naar voor dat patiënten zich machteloos voelen en te weinig inspraak krijgen in het re-integratieproces waardoor dit suboptimaal verloopt.

Methode

Met drie hoofdonderzoekers voerden we een kwalitatief onderzoek uit, waarbij gebruik werd gemaakt van focusgroepen en diepte-interviews. Vanuit de praktijken van geneeskunde voor het volk Zelzate en Deurne werden deelnemers gerekruteerd door de onderzoekers op basis van gegevens uit het elektronisch medisch dossier. De inclusiecriteria betroffen wilsbekwame volwassenen ouder dan 18 jaar die niet pensioen gerechtigd waren.

Voor de focusgroepen en diepte-interviews werd gewerkt met een lijst van vooropgestelde vragen (zie bijlage). Er werd naar 3 thema's gepeild: 1) oorzaken van langdurig ziekzijn 2) beleving van langdurige ziekte 3) re-integratie. Thema twee en drie werden uitgewerkt door de andere twee onderzoekers.

Er werden 14 diepte-interviews afgenomen en 4 focusgroepen georganiseerd, bestaande uit 2 tot 5 deelnemers. De interviews werden afgenomen door één van de onderzoekers en namen 1 tot 3 uur in beslag. Ze werden opgenomen op bandrecorder en verbatim getranscribeerd. Nadien werden deze geanalyseerd door de onderzoekers met behulp van NVIVO, versie 11. Er werd voor de kwalitatieve analyse gebruik gemaakt van zowel inductief als deductief coderen (7).

Er werd een goedkeuring van het ethisch comité verkregen in juli 2017.

Resultaten

Onze onderzoeksgroep bestond uit 23 deelnemers tussen de 28 en 60 jaar, waarvan 18 vrouwen en 5 mannen. De ziekteduur lag tussen 6 maanden en 22 jaar. De groep bestond uit een gemengde populatie, zowel arbeiders als bedienden, als gemengde pathologie, zowel psychisch en fysieke problemen. Amper vier van de deelnemers ervaarden geen directe link tussen hun ziekte en hun job.

Bespreking

Veranderde arbeidssituatie

Stijgende fysieke werklast

Een fysiek zwaar belastende job bleek een belangrijke aanleiding voor ziekte te zijn in de perceptie van heel wat respondenten. Ze beschreven hoe de fysieke belasting toenam de afgelopen tien jaar. Zo vertelde Melanie, een 54 jarige poetsvrouw in een fabriek, hoe de fysieke werklast elk jaar geleidelijk aan toenam en hoe haar tenniselleboog en knieprobleem ontstonden door snelle, repetitieve bewegingen op almaar kortere tijd. Bijna 1 op 3 collega poetsvrouwen zouden in haar bedrijf langdurig ziek zijn, grotendeels door de gestegen fysieke werklast volgens Melanie. Ook Edward, een 58 jarige bouwvakker, beschrijft hoe de fysieke werklast toenam in zijn sector: *"Het werk werd altijd maar zwaarder. En rapper en rapper. En meer afwerken. Toen ik begon in de bouw waren de stenen 9 cm hoog, paar jaar later 14 cm en op het laatste 19 cm hoog. En je moet dit altijd met 1 hand tot een bepaalde hoogte heffen. Terwijl je met je andere hand cement moet opheffen, vroeger was dat met een gewone truweel..nu bijna met een schop."*

Stijgende werkdruk

Tijdens ons interviews kwam meerdere malen naar voren hoe de werkdruk toenam de laatste jaren, zowel bij bedienden als bij arbeiders. Zo vertelde Karen, een vijftigjarige bandwerkster, hoe men de laatste jaren met een chronometer naast haar stond om te timen hoe snel ze werkte. Er werd verwacht dat er dubbel zoveel autozetels gemaakt werden als enkele jaren geleden en dat met minder mensen. Ook Melanie, poetsvrouw, sprak over hoe de arbeidsinhoud veranderde: *"ja, vroeger was ons werk plezant, we stonden met 4 meisjes op het verdiep 15 uur, nu staan ze voor 2 verdiepen 4 uur. Ik kuis op drie posten, die ene post was 8 uur, die moet ik nu doen op 3 uur. De andere post was op 3 uur, die moet ik nu doen op een uur. En ze zijn nog niet content! ze willen nog besparen. Dus op den duur draait ge zot"*

De respondenten beschreven een gevoel van minder autonomie, meer controle van hogerop en een bestraffende sfeer. Lange werkdagen, overschrijding van de 38 uren week, verandering van financiële voorwaarden leidden tot stresstoename en in een aantal gevallen tot langdurige afwezigheid.

Zowel bij de geïnterviewden die thuis zaten met een burn-out als bij enkele met fysieke aandoeningen, was er vaak sprake van een groot verantwoordelijkheidsgevoel over hun werk. De werkdruk steeg, ze moesten hetzelfde werk in minder tijd uitvoeren, maar ze deden meer uren of thuiswerk om hetzelfde resultaat te bekomen. Zelfs bij ziekte bleven sommigen doorwerken ('presenteïsme'), waardoor de mogelijkheden tot recuperatie na ziekte verminderden. Zo beschreef Sarah, een 48 jarige winkelbediende, hoe ze na een maagperforatie te snel terug aan het werk ging nadat er druk werd uitgeoefende door haar nieuwe werkgever. Ze had nog veel pijn en kon onvoldoende herstellen. Haar draagkracht nam af. Pesterijen van haar werkgever en de aanslepende pijnen leidden tot een ernstige depressie. Belangrijk is op te merken dat er naast de druk van de werkgever ook een maatschappelijke druk blijkt te heersen om te blijven werken ondanks ziekte. Zo vertelde Marie, een 57 jarige vrouw met rug en nekproblemen, hoe ze na één maand al terug aan de slag wil, ondanks onvolledig herstel, omwille van de angst voor wat anderen zouden denken. Ook de angst dat de controle-arts haar niet zou geloven speelde mee in haar presenteïsme.

Iemand anders beschreef hoe ze werd opgevoed met het idee *"je moet werken, er moet brood op de plank komen, ook al ben je ziek. Desnoods met maandelijks een cortisonespuut"*.

Relatie met de werkgever en collega's

Een negatieve relatie met de werkgever en het beleid kwam in 4 interviews naar voor als medeoorzaak van ziekte. Werknemers spraken van een slechte werksfeer, het weigeren van aangepast werk na ziekte, een onpersoonlijke benadering (*"je bent een nummer"*) en het gevoel dat er niet geluisterd werd naar hun noden. Zo vertelde Nancy, een 42 jarige MS patiënte, hoe ze opstond met plotse blindheid uit haar rechter oog, en haar werkgever haar toch de vroegdienst liet doen. Ook nadien werd er volgens haar geen rekening gehouden met haar zware ziekte. Twee van de respondenten beschreven pestgedrag van hogerop, maar ook van de collega's onderling. Eén van hen, Robrecht die werkzaam was in de bouwsector, wijdde zijn chronisch alcoholprobleem aan dit pestgedrag. Lucy, een 59 jarige poetsvrouw, vertelde hoe een slechte werksfeer tot haar depressie leidde: *"Er was een vorm van haantjesgedrag. Ik vroeg me soms af wie de baas was. Was dat nu mijn collega waar ik mee moest kuisen of was dat de baas die zo weinig aanwezig was?"*

De relatie met de werkgever werd niet in alle interviews als negatief beschouwd. Zo vermeldde Chantal, een 28 jarige operatie assistent, hoe haar werkgeefster erg begripvol was tijdens haar ziekte en hou deze haar rechthield in een moeilijke periode. Ze steunde haar tijdens haar re-integratieproject en moedigde het volgen van de nodige opleidingen hiervoor aan.

Arbeidsvoorwaarden

Beperkte financiële groei en promotiemogelijkheden en te veel of net te weinig bijscholing kunnen het risico tot langdurige ziekte verhogen. Zo beschreef Lucy, een 59 jarige poetsvrouw, hoe ze het gevoel heeft dat ze vroeger onder veel betere financiële voorwaarden werkte. *"Vroeger kon ik veel geld verdienen, dan had je een degelijk loon, als je ging werken geraakte je vooruit. Ik vind dat de lonen nu sterk gestagneerd worden, dat voel ik zelfs...en waarom moet je dan nog gaan werken? Voor net rond te komen? Dat vind ik niet zo interessant."* Een beperkte motivatie in combinatie met een slecht contact met collega's en werkgever waren volgens Lucy de oorzaak van haar langdurige ziekte.

Charlotte, een 39 jarige leerkracht met een burn-out, vertelde hoe het verplicht volgen van in haar ogen nutteloze bijscholing leidde tot meer stress. Ze had het gevoel dat haar noden als leerkracht niet gehoord werden wat bij de vorige directie wel het geval was.

Socio-demografische factoren

Leeftijd/Vergrijzing

We zien nu vaak dat de zware beroepen, meestal arbeiders, niet tot aan de pensioenleeftijd aan het werk kunnen blijven (1,2). Ook bij ons respondenten zaten enkele arbeiders die een langere, minder gevarieerde en bovendien fysiek zwaardere loopbaan doorliepen. Twee van de geïnterviewde werkten al vanaf hun 14 jaar in de bouw en zitten sinds enkele jaren ziek thuis met verschillende fysieke klachten, waaronder een hernia en een carpaal tunnelsyndroom.

Stress in het gezinsleven

Een groot deel van de respondenten beschouwden stress in het persoonlijke leven als medeoorzaak van hun langdurige ziekte. Opvoeden van kinderen, alleenstaand ouderschap, relatieproblemen, financiële zorgen in het gezin, verbouwingen, gebeurtenissen of ziekte bij familieleden zijn voorbeelden die aan bod kwamen. Zo vertelde Floor, een jonge poetsvrouw met rugproblemen: *"Ik had problemen met mijn man. En toen was ik veel in stress. En dan zijn mijn rugklachten wel naar boven gekomen. Ik was toen helemaal alleen thuis met mijn kinderen. Mijn eigen huis, ik moest zelf gaan winkelen. En mijn man deed niks. Acht uur*

gaan werken en thuis gaan zitten. En dus hier werken. En mijn man vertrekt om 6 uur naar het werk. En hij komt terug om 5 uren. Hij ziet me nooit gaan werken. Ik ben altijd thuis in zijn ogen."

Opvallend was dat relatieproblemen vaak een oorzaak of gevolg bleken van langdurige ziekte.

Etnische origine

In twee interviews kwam racisme aan bod. Ahmed vertelde hoe zijn nationaliteit sommige bedrijven zou afschrikken om hem aan te nemen, uit angst dat hij slecht in de groep zou vallen. Dit belemmerde zijn re-integratie. Iemand anders beschreef hoe poetsvrouwen van buitenlandse origine veel zwaardere taken kregen via collega's en hoe ze door gebrek aan taalkennis en weerbaarheid sneller overbelast en ziek werden.

De rol van beleidsmaatregelen

Ook beslissingen van de overheid zijn een bekommernis van langdurig zieken. Een aantal zaken werden hogerop al vernoemd: presentisme door verhoogde druk van de werkgever en maatschappij, het stigma in de maatschappij ('de jacht op langdurig zieken') die ziekmakend kan zijn alsook het moeizame re-integratieproces. Sommige geïnterviewden spraken onomwonden over de financiële en praktische voordelen die ziek thuis zitten bieden en die re-integratie belemmeren.

Bezorgdheden over het optrekken van de pensioenleeftijd, het afschaffen van het brugpensioen en het tijdskrediet, en de invloed hiervan op langdurige ziekte kwam aan bod tijdens één van de focusgroepen. Zo vertelde Melanie: *"Het ziet er niet goed uit voor de langdurig zieken. Ik ben 54 jaar en heb ook pech, vroeger ging je op pre-pensioen vanaf 56 jaar en 40 jaar dienst. Ik had er 39 jaar en ben 54...heb pech want ben te vroeg beginnen werken...het verandert ook constant, nu moet ik tot 60 of 62 jaar werken. Ik weet niet precies hoelang ik ga moeten werken...ik ga nooit mijn leeftijd mee hebben"*

Besluit

Het aantal langdurig zieken steeg de afgelopen jaren sterk. Kwantitatieve studies duiden vaak vergrijzing aan als voornaamste oorzaak (1,2). We zien echter een veel sterkere stijging in langdurige ziekte dan dat het aantal oudere werknemers toegenomen is. Zo waren er in 2005 623 911 50-plussers aan het werk, op dit moment zijn dat er 963442 (8), een toename van 15,4%. In dezelfde tijd steeg het aantal langdurig zieken echter met 167% (1). Deze cijfers zijn uiteraard niet absoluut te vergelijken, maar duidelijk is dat vergrijzing als de hoofdoorzaak van het huidige probleem onvoldoende verklaring biedt. Andere factoren, zoals onvoldoende aangepast werk (ondermeer voor oudere werknemers), de toegenomen werkdruk en een gestegen fysieke en psychische werklast lijken een grotere rol te spelen los van het ouder worden van de bevolking. Daarnaast zijn er een aantal beleidsmatige beslissingen (waaronder het verhogen van de pensioenleeftijd, - en het afschaffen van het brugpensioen) die een invloed hebben op de stijging van het aantal langdurige zieken. Uit onze interviews blijkt dat mensen minder autonomie ervaren, harder moeten werken en dat een slechte relatie met de werkgever soms bijdroegen aan het ontstaan van hun langdurige ziekte. Naast een veranderende arbeidssituatie speelden een aantal sociodemografische factoren volgens sommige respondenten de oorzaak van hun ziekte. Sommigen beschreven toegenomen stress in het privéleven. In de literatuur beschrijft men het 'home-work-spillover' effect, waarbij vrouwen meer te maken krijgen met huishoudelijke taken naast hun voltijdse baan (zorg voor kinderen en steeds ouder wordende ouders). Dit zou één van de verklaringen zijn waarom het aantal langdurig zieken groter bij is vrouwen dan bij mannen (9). Een aantal systematische reviews beschrijven een verband tussen burgerlijke staat en langdurige werkonbekwaamheid (10): Getrouwd zijn is geassocieerd met een verhoogde terugkeer naar de werkvloer, zowel bij fysieke als bij mentale problemen. De Belgische cijfers van Securex spreken dit echter tegen. Zij zien een hoger aantal langdurig

zieken bij gehuwden en gescheiden werknemers, in vergelijking met ongehuwden en wettelijk samenwonenden (1).

Uit de literatuur blijkt dat niet-blank zijn een risicofactor voor ziekteverzuim is omwille van discriminatie in het re-integratieproces (11). Dit werd beaamd in twee van onze interviews, waarbij discriminatie op basis van etniciteit zowel stress op het werk tot gevolg had als het re-integratieproces in de weg kon staan.

Vanwege de grote gevarieerdheid aan oorzaken en persoonlijke situaties speelt de huisarts een belangrijke rol in het begeleiden van langdurig zieken. De huisarts is vaak een grote toeverlaat in een moeilijk re-integratieproces, waarbij patiënten veelal het gevoel hebben zelf schuld te hebben aan hun ziekte. Uitgebreider kwalitatief onderzoek lijkt aangewezen, zeker nu de druk op zorgverleners toeneemt om mensen sneller terug aan het werk te krijgen.

Bronnen

1. Verlinden H. Absenteïsme in 2015: re-integratiebeleid, meer dan ooit noodzakelijk. Securex White paper. Juni 2016
2. http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_du_verklarende_factoren_invaliditeit_2007_2016.pdf
3. SDWorx. 2018. Ziekteverzuim Belgische werknemers neemt laatste tien jaar fors toe. 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 1/4/2018)
4. Lännerström L, Wallman T, Holmström IK. Losing independence--the lived experience of being long-term sick-listed. BMC Public Health. 2013;13:745.
5. Henderson, M. Long term sickness absence BMJ 2005. Apr 9; 330(7495): 802–803.
6. www.knack.be/nieuws/belgie/maggie-de-block-mensen-die-echt-ziek-zijn-laten-we-met-rust/article-normal-826993.html (laatst geraadpleegd op 24/4/2018)
7. Patton Michael Quinn. Qualitative evaluation and research methods. London: Newbury Park, Calif., Sage; (1990). 381p.
8. steunpunt werk: werknemers naar sectorgroep, paritair comite, statuut, geslacht en leeftijd (gewesten België: 2005-2016)
9. Labriola M¹, Holte KA, Christensen KB, Feveile H, Alexanderson K, Lund T. The attribution of work environment in explaining gender differences in long-term sickness absence: results from the prospective DREAM study. Occup Environ Med (2011);68:9 703-705
10. Duijts SF, Kant I, Swaen GM, van den Brandt PA, Zeegers MP (2007) A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence J Clin Epidemiol 60: 11 1105 1115
11. White MI, Wagner SL, Schultz IZ: Non-modifiable worker and workplace risk factors contributing to workplace absence: A stakeholder-centred synthesis of systematic reviews Work. 2015;52(2):353-73

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 reïntegreren?
 - 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 reïntegratieproces?
 - 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 reïntegreren?
 - 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 reïntegratieproces?
 - 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?

Bijlage 2: protocol

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 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 arbeidsreïntegratie 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 reïntegratieproces. Zij voelen zich onzeker en afhankelijk van derden, die belangrijke levensbeslissingen voor hen moeten nemen. Om patiënten te reïntegreren 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 reïntegratie 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 arbeidsreïntegratiebevorderend 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 reïntegratiebeleid, 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:

Annelotte Van Haeren: Wat zijn voor langdurig zieke patiënten bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op hun arbeidsreïntegratie?

Liesbeth Veelaert: Welke maatschappelijke factoren spelen een rol in het ontstaan van langdurige ziekte?

Simon Vermooten: 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 arbeidsreïntegratie en de beleving van de patiënt krijgen we een grondig inzicht in deze materie. Dit leidt er 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 reïntegratiebeleid, 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 arbeidsreïntegratie 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 of zij in hun patiëntenbestand patiënten hebben die in aanmerking komen voor het onderzoek, op basis van gegevens uit het EMD – die enkel door de HAIO-onderzoekers zullen worden bekeken - wordt beslist of patiënten al dan niet in aanmerking komen). Zij worden vervolgens door de behandelende arts telefonisch gecontacteerd of tijdens de consultatie aangesproken over het onderzoek en de vraag naar medewerking.

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, vragen we hen het toestemmingsformulier te ondertekenen. Nadien worden zij uitgenodigd voor deelname aan een focusgroep en/of diepte-interview. 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 2de 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.

Bijlage 3: goedkeuring ethische commissie



Universitair Ziekenhuis Brussel



Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. V. VANROELEN
VAKGROEP SOCIOLOGIE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 12-07-2017

Ons Kenmerk: 2017/150

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:

De toename van langdurig zieken : Welke maatschappelijke factoren spelen een rol in het ontstaan van langdurige ziekte?

B.U.N. 143201732257

Na kennis genomen te hebben van de aangepaste documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de bijkomende vragen, het protocol versie 2 dd 24-May-2017, de vragenlijsten focusgroep/diepte interview versie 2 dd 26-May-2017, de informatiebrief voor de studiepatiënten versie 2 dd 24-May-2017 en het toestemmingsformulier versie 2 dd 26-May-2017, in het Nederlands, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 12 juli 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



Universiteit Ziekenhuis Brussel



Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 12-07-2017

Ons kenmerk: 2017/150

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