Van consultatie tot *empowerment*.
Hoe kan de huisarts arbeidsrisico's aanpakken?

Een community-based participatieve onderzoeksstrategie bij de benadering van arbeidsomstandigheden als sociale determinant van gezondheid.

Egmont Ruelens – UGent

Promotor: **dr. Pol De Vos** (Eenheid Algemene Epidemiologie en Ziektebestrijding, Departement Volksgezondheid, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen)

Co-promotoren: **prof. dr. Marc Van Sprundel** (Departement Sociale Geneeskunde, Faculteit Geneeskunde, Universiteit Antwerpen) & **dr. Elly Van Reusel** (Geneeskunde voor het Volk)

Praktijkopleider: **dr. Erik Vanobbergen** (Geneeskunde voor het Volk)

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Van consultatie tot *empowerment*.
Hoe kan de huisarts arbeidsrisico's aanpakken?

Een community-based participatieve onderzoeksstrategie bij de benadering van arbeidsomstandigheden als sociale determinant van gezondheid.

Thesis ter behalen van de graad master in de huisartsgeneeskunde 2012-2013

Egmont Ruelens

Promotor: dr. Pol De Vos
Co-promotoren: prof. dr. Marc Van Sprundel & dr. Elly Van Reusel
Praktijkopleiders: dr. Erik Vanobbergen

“*In mijn vierde rapport toonde ik aan dat het voor een arbeider praktisch onmogelijk is vast te houden aan hetgeen zijn meest elementaire gezondheidsrecht is, namelijk het recht dat, onverschillig voor welke arbeid de ondernemer hem bijeenbrengt met andere arbeiders, die arbeid bevrijd dient te worden van alle vermijdbare omstandigheden, die de gezondheid aantasten. Ik wees erop dat zij slechts in staat zijn dit gezondheidsrecht te verwerven, in de mate dat zij zich hiertoe verenigen.*”

Dr. Simon, Public Health, Sixth Report, London, 1864

“*The awareness of exploitation is one of the greatest threats for those at the top.*”

V. Navarro

Inhoudsopgave

DANKWOORD....8

ABSTRACT....9

1 INLEIDING....10

1.1 Situering....10

1.2 Determinanten van gezondheid: een conceptueel en structureel kader....10

1.2.1 Sociale determinanten van gezondheid en het concept “equity”....10
1.2.2 Sociale determinanten en “empowerment”....12

1.3 Arbeid en gezondheid....13

1.3.1 Het structurele kader....13
1.3.2 Arbeid als sociale determinant van gezondheid....14
A Fysieke risicofactoren....15
B Organisatorische risicofactoren....15
C Psychosociale risicofactoren....16
D Individuele factoren....17
E Een holistische benadering....18
1.3.3 Het belang van krachtsverhoudingen en de vakbonden....18

1.4 Spelers op het vlak van gezondheid op het werk....20

1.4.1 De arbeidsgeneesheer....20
1.4.2 Het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW)....21

1.5 De rol van de huisarts bij de aanpak van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen....22

1.5.1 Beroepsgebonden aandoeningen: een blinde vlek....22
1.5.2 De huisarts als gezondheidspromotor....22
1.5.3 De huisarts en arbeid als sociale determinant van gezondheid....23

1.6 Onderzoeksvragen....24

2 LITERATUURSTUDIE....26

2.1 Blootstelling aan uitlaatgassen....26

A Longcarcinoom....26
B Cardiovasculair risico....27

2.2Stress en psychosociale belasting....27

A Stress en cardiovasculair risico....27
B Agressie op de werkvloer....27
C Dienstregeling....27
D Burn-out....28

2.3 Cardiovasculaire problemen....28

2.4 Lage rugpijn en andere problemen van de wervelzuil....29

A Ergonomische aspecten....29
B Psychosociale aspecten....29
C Mogelijkheden tot preventie....30

2.5 Gastro-intestinale problemen....30

2.6 Verkeersaccidenten....31

A Vermoeidheid....31
B Tijdsdruk....31
C Andere factoren....31

2.7 Persoonsgebonden factoren....31

2.8 Besluit....32

3 METHODOLOGIE EN RESULTATEN....33

3.1 Participatief actieonderzoek....33

3.1.1 Participatief actieonderzoek als benadering van wetenschappelijke onderzoek....33
A PAR en wetenschappelijk onderzoek....33
B Participatie en “empowerment”....33
C Het proces van participatief actieonderzoek....34
3.1.2 PAR en de huisarts....35

3.2 Voortgang en methodologie van het participatief actieonderzoeksproject (PAR)....35

3.2.1 Cyclus 1: focusgroepsgesprekken....37
A Situering....37
B Rationale: Focusgroepen als kwalitatieve benadering binnen PAR....37
C 4 exploratieve focusgroepen met tram- en buschauffeurs....38
D Resultaten van de focusgroepsgesprekken....40
I Gezondheidsproblemen en arbeidsomstandigheden....40
II Personen en instanties bij De Lijn....41
III Verdere stappen....42
E Gesprekken met de arbeidsgeneesheer en vakbondsvertegenwoordigers....43
I De arbeidsgeneesheer....43
II De vakbonden....44
3.2.2 Cyclus 2: Een enquête over gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden bij De Lijn Antwerpen....45
A Algemene Vergadering en selectie van een interventie: rationale van een enquête....45
B Opstellen en verspreiden van de enquête....46
C Analyse en resultaten van de enquête....47
I Algemene populatiekenmerken: zie bijlage 5, tabel 1 en grafiek 1....47
II Gezondheidsproblemen en rugklachten: zie bijlage 5, grafiek 2 & 3 en tabel 2 - 4....48
III Stress op het werk: dienstregeling en ritorders: zie bijlage 5, tabel 5 – 8 en grafiek 4....48
IV Aanpak van absenteïsme bij De Lijn: zie bijlage 5, tabel 9 – 11 en grafiek 5 & 6....49
V Verdere analyse....49
D Verder verloop van de 2e cyclus....49

4 DISCUSSIE.....51

4.1 Belastende arbeidsomstandigheden voor bus- en tramchauffeurs bij De Lijn: bespreking van de resultaten.....51

4.1.1 Fysieke risicofactoren: rugproblemen en de ergonomische valkuil.....51
4.1.2 Psychosociale en organisatorische risicofactoren.....54
A Stress, dienstregelingen en ritorders.....54
B Respect van de werkgever: Absenteïsme en haar aanpak.....54

4.2 Een participatief actieonderzoek naar arbeidsomstandigheden.....57

4.2.1 PAR als oriëntatie naar wetenschappelijk onderzoek.....57
4.2.2 Participatie en empowerment.....58
4.2.3 De rol van de huisarts.....59

4.3 Beperkingen van deze studie.....60

4.4 Verdere pistes voor het participatief onderzoek.....62

4.4.1 De enquête.....62
4.4.2 Mogelijke interventies.....62
4.4.3 Nameting.....63

5 BESLUIT:.....64

6 REFERENTIES.....65

7 BIJLAGEN.....70

Bijlage 1.....70

Bijlage2.....92

Bijlage 3.....95

Bijlage 4.....100

Bijlage 5.....111

Bijlage 6.....117

Dankwoord

Vooreerst wens ik alle chauffeurs die hun medewerking verleenden aan dit project, van harte te bedanken voor hun inzet en aanwezigheid doorheen de vele vergaderingen en gesprekken. Het is naast een job en een gezinsleven niet altijd evident om hiervoor tijd vrij te maken. Nochtans was dit project niet mogelijk geweest zonder hun input en enthousiasme. Hun nuchtere kijk op de verhoudingen op de werkvloer zijn erg waardevol gebleken. De arbeidsomstandigheden waarover deze scriptie handelt, zijn voor hen dagelijkse realiteit.

Verder dank aan de vakbonden bij De Lijn. Zij hebben zich met verenigde kracht achter het opstellen en verspreiden van de enquête geschaard en vormden front wanneer bij moeilijke momenten de belangen en het welzijn van de chauffeurs in het gedrang kwamen. Zonder hun inzet en mobilisatiekracht was de respons op de enquête nooit zo groot geweest en had dit project niet in zijn opzet kunnen slagen.

De arbeidsgeneesheer bij De Lijn in Antwerpen heeft zich van bij aanvang meewerkend opgesteld en heeft bij iedere stap van het project zijn beroepsethiek laten primeren op andere belangen. Hoewel zijn positie vaak niet vanzelfsprekend is geweest, had hij steeds in de eerste plaats de belangen en het welzijn van de chauffeurs voor ogen.

Voor de eerste contacten met de vakbonden werd ik bijgestaan door Dr. Elly Van Reusel. Voor de statistische verwerking en analyse werd de – onbezoldigde – hulp van Geert Van Haute en Olivier Beauchard (Koninklijk Nederlands Instituut voor Onderzoek der Zee) ingeroepen. Als informaticus wist Geert het verwerken van de enquête vlot te laten verlopen en als statisticus met ervaring in onderzoek rond ecosysteembeheer, was Olivier gewend aan complexe multivariaatanalyses.

Mijn uitdrukkelijke dank ook aan alle dokters en medewerkers van Geneeskunde voor het Volk. Ook speciale dank aan mijn gedreven en ervaren praktijkopleider, dr. Erik Vanobbergen.

Speciale dank aan Katrien, voor haar eindeloze geduld en academische ondersteuning.

Verder dank aan Francis, Philippe, Jef, Willy, Koen, Steven en vele anderen voor hun tijd, energie, ondersteuning of inzet in verschillende stappen van het project.

Dit werk zou niet mogelijk geweest zijn zonder al deze mensen. Deze scriptie is dan ook in de eerste plaats een collectieve prestatie.

ABSTRACT

VAN CONSULTATIE TOT EMPOWERMENT. HOE KAN DE HUISARTS BEROEPSRISICO'S AANPAKKEN?

Een community-based participatieve onderzoeksstrategie bij het benaderen van arbeidsomstandigheden als sociale determinant van gezondheid.

HAIO: Egmont Ruelens
Universiteit: UGent
Promotoren: Professor Pol De Vos, dr. Elly Van Reusel
Praktijkopleider: Dr. Erik Vanobbergen

Context

De relatie tussen werk en gezondheid is complex. De WHO vertrekt vanuit een conceptueel kader waar ziekte en gezondheid in een bredere, maatschappelijke context worden gesitueerd bij het ontwikkelen van het begrip "sociale determinanten": sociale en economische condities die de gezondheid van een gemeenschap beïnvloeden. We bespreken de relatie tussen arbeid en gezondheid vanuit dit kader. Verder bekijken we de rol die de huisarts kan opnemen bij het optimaliseren van deze determinant van gezondheid.

Onderzoeksvragen

We onderzochten de arbeidsomstandigheden en hun invloed op ziekte en gezondheid bij een subpopulatie van werknemers van De Lijn in Antwerpen in een eerstelijnscentrum met 4200 patiënten. Na overleg aan de hand van de observaties van de 10 artsen werden volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- **Welke arbeidsgerelateerde klachten ervaren tram- en buschauffeurs?**
- **Hoe kan de huisarts de gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden van deze patiënten aanpakken?**

Methode

In een voorbereidende literatuurstudie werd nagegaan welke arbeidsgerelateerde gezondheids-problemen professionele chauffeurs ervaren. Het onderzoek naar de aanpak van deze problemen werd opgevat als PAR (*participative action research*) of CBPR (*community-based participatory research*). Hierbij werd de onderzoekspopulatie gezien als een stuwende kracht doorheen het onderzoek en kaderen we het begrip *empowerment* als een gezondheidsbevorderende strategie. In een eerste cyclus werd kwalitatief onderzoek gedaan aan de hand van 4 focusgroepdiscussies met een totaal van 22 deelnemers. In een tweede cyclus werd een enquête opgesteld, gevalideerd en uitgevoerd bij 446 van de 967 chauffeurs in Antwerpen in samenwerking met de door de chauffeurs aangegeven 'stakeholders': de arbeidsgeneesheer en hun vakbondsvertegen-woordigers.

Resultaten

Doorheen de literatuurstudie zagen we dat bus- en tramchauffeurs een beduidend hoger risico lopen op uiteenlopende gezondheidsproblemen dan de doorsnee bevolking, zowel fysiek als psychosociaal. We vonden evidentie voor een toegenomen risico op longcarcinoom, cardiovasculaire ziekte, stress en burn-out, slaapstoornissen, gastro-intestinale problemen en lage rugpijn. Dit verhoogde risico hangt vooral samen met arbeidsgerelateerde aspecten, zowel ergonomisch, administratief als organisatorisch. Persoonsgebonden factoren spelen vooral een faciliterende of beschermende rol bij de impact die deze problemen op de werkvloer uitoefenen op de chauffeurs. Na kwalitatieve analyse van de focusgroepdiscussies werden 3 thema's weerhouden: *'rugproblemen en slechte stoelen', 'stress door ritorders en dienstregeling',* en 'de *aanpak van absenteïsme'*. Bij de analyse van de resultaten van de enquête beschrijven we eerst een aantal demografische kenmerken en bekijken de rapportering van de chauffeurs over de door hen ervaren arbeidsrisico's. We plannen verdere epidemiologische analyse na terugkoppeling van de gegevens naar de actoren.

Conclusies

Wanneer we als huisarts verbetering van de gezondheid van werknemers op het vlak van beroepsrisico's beogen, is er nood aan een breed perspectief die rekening houdt met de socio-economische context. Doorheen de uitgewerkte casus van beroepsblootstelling bij chauffeurs van De Lijn treedt de huisarts-onderzoeker op als 'gezondheidspromotor' samen met patiënten (werknemers), de vakbonden en de arbeidsgeneesheer als partners. Bus- en tramchauffeurs zijn blootgesteld aan beroepseigen arbeidsrisico's. De relatie met gezondheidsproblemen blijkt multifactorieel te zijn.

E-mail: egmont.ruelens@gvhv.be

ICPC-codering: Z05 Problemen met werksituatie

1 Inleiding

1.1 Situering

De relatie tussen werk en gezondheid is complex. Werk heeft voor de meeste mensen een positieve functie die het welzijn vergroot. Belastende factoren op het werk kunnen echter tot gezondheidsproblemen leiden. Deze kunnen op hun beurt de mogelijkheid om te werken ernstig beperken. (1)
In de inleiding van deze masterproef wordt de relatie tussen arbeid en gezondheid geëxploreerd en gekaderd binnen het concept van sociale determinanten van gezondheid zoals die door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) beschreven worden. Het rapport van de WHO over sociale determinanten van gezondheid plaatst het begrip van sociale rechtvaardigheid en billijkheid centraal bij het benaderen van arbeid als sociale determinant van gezondheid. (2) Gezondheid en sociale rechtvaardigheid gaan hand in hand. We zullen zien welke structurele, individuele en socialiserende determinanten deze relatie gestalte geven.

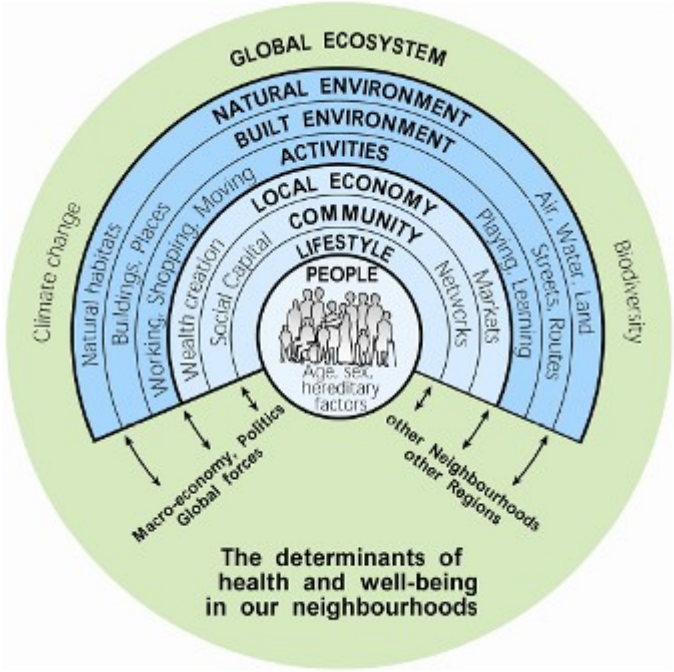
Wanneer we verder ingaan op de relatie tussen arbeid en gezondheid, merken we dat gezondheid op de werkvloer door meer elementen bepaald wordt dan door individuele factoren. Structurele elementen – het maatschappelijk en economisch kader waarin arbeid plaatsvindt – zijn niet waardenvrij en kennen een historische evolutie. Ook sociale determinanten – de fysieke, psychosociale, organisatorische en individuele aspecten van het werk – komen aan bod. We zullen zien dat de beroepsrisico's de laatste decennia aanzienlijk gewijzigd zijn en dat nood is aan een holistische visie om gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden te benaderen.
Speciale aandacht wordt besteed aan de stakeholders van arbeid en gezondheid op de werkvloer. We denken hierbij aan de arbeidsgeneesheer, de vakbonden en het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW).
Ook de huisarts is vanuit zijn speciale positie als eerstelijnsarts geprivilegieerd om deze relatie tussen arbeid en gezondheid vanuit een sociale en academische invalshoek te benaderen. We zullen argumenten aanbrengen voor deze op het eerste zicht niet vanzelfsprekende stelling.

1.2 Determinanten van gezondheid: een conceptueel en structureel kader

De laatste jaren is er steeds groeiende evidentie dat socio-economische factoren zwaarder doorwegen in de gezondheid van het individu dan persoonsgebonden factoren. (3) Vooreerst zullen we nagaan wat we verstaan onder deze sociale determinanten van gezondheid. We zullen zien hoe deze te kaderen in een maatschappelijk, structureel kader om uiteindelijk het begrip "*empowerment*" te definiëren als een proces waarbij het individu in staat wordt gesteld om collectief deze sociale determinanten te optimaliseren.

1.2.1 Sociale determinanten van gezondheid en het concept "*equity*"

Om ziekte en gezondheid in een bredere, maatschappelijke context te situeren, is nood aan een conceptueel kader om de determinanten van ziekte en gezondheid in kaart te brengen. Dit gaat verder dan het biomedisch model dat klassiek gehanteerd werd in medische kringen en academische opleidingen. Gezondheid begint waar we wonen, werken, leren en ontspannen. De laatste jaren is er internationaal steeds meer aandacht voor deze zogenaamde sociale determinanten van gezondheid.



[Figuur 1: Een visuele voorstelling van de sociale determinanten van gezondheid zoals opgevat door de WHO. Bron: Local Government Association, UK]

De WHO creëerde een kader om deze uiteenlopende sociale determinanten van gezondheid overzichtelijk te maken. (zie figuur 1) (4) Sociale determinanten van gezondheid zijn sociale en economische condities die de gezondheid van een gemeenschap beïnvloeden. Onderwijs, tewerkstelling, arbeidsomstandigheden, voeding, behuizing, financiële status, toegankelijkheid tot gezondheidszorg, milieu, etc... zijn dergelijke sociale determinanten. Deze determinanten interageren met elkaar in een complex web die zowel de individuele gezondheid als de gezondheid van een samenleving bepalen. (2)
De Wereld Gezondheidsorganisatie roept op tot meer aandacht voor deze determinanten in het opstellen van een gezondheids- en preventiebeleid. (5)

Centraal in dit concept van sociale determinanten plaatst de WHO het concept "*equity*". Letterlijk vertaald als billijkheid, geeft het een invulling aan sociale en maatschappelijke rechtvaardigheid. Er is ruime wetenschappelijke evidentie dat maatschappelijke ongelijkheid met een brede kloof tussen de meest en minst welvarende lagen van een samenleving, een onafhankelijke determinant is van de gezondheid van een samenleving op zich. (6) Hoe wijder de kloof, hoe ongezonder een samenleving. Een hoge mate van maatschappelijke ongelijkheid is gelinkt met hogere criminaliteitscijfers, hogere perinatale en maternele mortaliteit en kindersterfte, een slechtere psychische gezondheid, etc... Het rapport van de WHO over de sociale determinanten van gezondheid besluit met de stelling dat "sociale onrechtvaardigheid mensen doodt op grote schaal". (2,3)

Een illustratie van het belang van deze sociale determinanten en het begrip *equity*, is de bevinding dat morbiditeit en mortaliteit beduidend hoger zijn bij personen met een lager opleidingsniveau. Ook in België bestaan belangrijke ongelijkheden in gezondheid tussen verschillende socio-economische lagen van de samenleving. Zoals aangetoond in de TAHIB studie, lijken deze ongelijkheden niet te verminderen. Integendeel, de ongelijkheden hebben eerder de tendens toe te nemen. Deze studie besluit: "Het verbeteren van de maatschappelijke situatie van diegenen die zich laag op de sociale ladder bevinden, zal substantiële stappen met zich mee brengen voor de gezondheid van de hele bevolking." (7,8)

1.2.2 Sociale determinanten en "*empowerment*"

De context waarin deze sociale determinanten van gezondheid kaderen is dus geenszins neutraal maar het resultaat van politieke en economische besluitvorming rond huisvesting, educatie, organisatie en toegankelijkheid van medische zorg, tewerkstelling, sociale vangnetten, etc... Het concept van de welvaartsstaat behelst een dergelijk structureel kader met mechanismen van sociale en economische herverdeling van maatschappelijke rijkdom en strategieën tot het reduceren van maatschappelijke ongelijkheid. (9)

Men kan drie componenten onderscheiden die gezondheid op individueel en maatschappelijk niveau bepalen: (7)

A. De *sociale* determinanten van gezondheid kaderen binnen brede politieke, economische, sociale en culturele structuren en beleidsvormen die een samenleving gestalte geven. Indicatoren zijn democratische en publieke instellingen die de participatie in de samenleving verhogen (politieke partijen, vakbonden, sociale bewegingen), beleidsvorming rond brede tewerkstelling, een uitgebouwde sociale zekerheid, en de reductie van maatschappelijke ongelijkheid. Dit gaat hand in hand met een beleid dat culturele verdraagzaamheid en solidariteit bevordert, aandacht voor ecologische problemen, etc... Deze structurele mechanismen, al dan niet falend, die de sociale hiërarchie vorm geven, liggen aan de basis van maatschappelijke verschillen in gezondheid. (9)
B. *Individuele* determinanten van gezondheid samenhangend met levensstijl en gezondheidsgedrag. Hieronder verstaat men lichaamsbeweging, gezonde voeding, etc... De medische sector plaatst traditioneel een sterke focus op deze determinanten. Dit omdat ze beter zichtbaar en eenvoudiger te controleren zijn. (10)
C. *Socialiserende* determinanten en "*empowerment*" van mensen rond gezondheid linkt de twee bovenstaande elementen met elkaar. Het verenigt de individuele en collectieve verantwoordelijkheden om de voorwaarden te creëren voor een goede gezondheid. Interventies op dit niveau hebben als doel om individuen aan te moedigen zich te engageren in collectieve inspanningen om de structurele determinanten van gezondheid te verbeteren, zoals het reduceren van sociale ongelijkheid in een samenleving of het elimineren van de voorwaarden tot onderdrukking, discriminatie, uitbuiting of marginalisatie. *Empowerment* betekent in deze context niet het elimineren van sociale ongelijkheid op zich maar het scheppen van de voorwaarden voor onderdrukte of kwetsbare lagen in de samenleving om op te komen en te ijveren voor het verbeteren van hun gezondheid en maatschappelijke situatie. (10) Dergelijke interventies zijn belangrijk om zowel de gezondheid van deze groepen als van de gehele samenleving te bevorderen. De interventies die in deze scriptie beschreven worden, zijn een pogingen om deze socialiserende determinant te versterken. *Empowerment* op de werkvloer betekent dat de werknemers via collectieve actie zelf de middelen en de opening creëren om vat te krijgen op de eigen arbeidsomstandigheden. Als arts kunnen we dit proces helpen onderbouwen.

1.3 Arbeid en gezondheid

Arbeid is als sociale determinant een belangrijke factor in het welzijn van een individu en de samenleving. Het individu plaatst zich door zijn arbeid in een samenleving en geeft deze mee vorm. De manier waarop deze arbeid plaatsvindt, de context en het doel van deze arbeid maken wezenlijk deel uit van de gezondheid van het individu en de samenleving.
In wat volgt wordt nader bekeken wat de structurele en sociale context is van arbeid als determinant van gezondheid. Er wordt speciale aandacht geschonken hoe arbeid leidt tot socialisatie en *empowerment*.

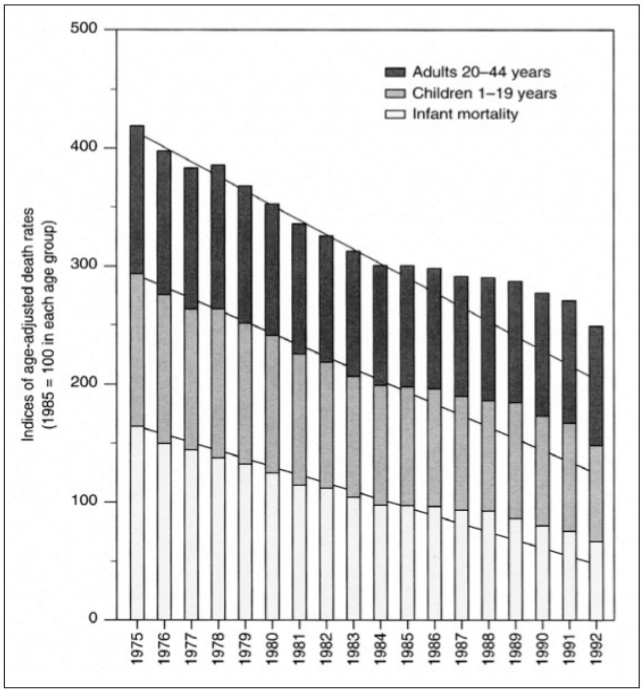
1.3.1 Het structurele kader

Tegen de achtergrond van de toenemende deregulering, liberalisering en privatisering van een globaliserende arbeidsmarkt sinds de jaren 70, is er steeds meer nadruk komen liggen op de productiviteit en de flexibiliteit van de werknemer. Dit kadert in een toenemende globale competitiviteit en industriële of financiële concurrentiecapaciteit. De situatie op de werkvloer is meer dan ooit gelinkt met het reilen en zeilen van de arbeidsmarkt, haar politieke en sociale dimensies en het beleid dat daarmee gepaard gaat. Dit brengt een aantal majeure, gezondheidsgerelateerde veranderingen met zich mee op vlak van arbeidsomstandigheden. (11)

Een klein historisch overzicht van de arbeidsmarkt in België en haar sociale ontwikkelingen, toont ons dat in de na-oorlogse periode het sociaal overleg in België tussen werknemers- en werkgeversorganisaties geïnstitutionaliseerd werd en erop gericht werd om dankzij economische voorspoed de levensomstandigheden van de ganse bevolking te verbeteren. Daar waren twee redenen voor: ten eerste wilde men een terugkeer naar de “ieder-voor-zich mentaliteit” van de jaren 30 vermijden, en ten tweede wilde men een dam opwerpen tegen de communistische wereld. De sociale pacten van die periode, de verzorgingsstaten en de keynesiaans geïnspireerde economische en sociale beleidskeuzes vormden een breuk met vroegere tendensen, waarin een syndicalisme van klassenstrijd en een liberale economische doctrine nog de boventoon voerden. Diversificatie van de consumptiegoederen door de stijging van de lonen, de mogelijkheid om vrijetijdsactiviteiten uit te oefenen en onderwijs te volgen dankzij de algemene werktijdverkorting en bestaanszekerheid in geval van ziekte, werkloosheid of ouderdom werden erkend als de belangrijkste bouwstenen van sociale vooruitgang. De collectieve onderhandelingen, in combinatie met een herverdelende fiscaliteit, verminderden de ongelijkheid en hebben de middenklasse verbreed, hetgeen zich weerspiegeld vond in een stijgende levensverwachting. (10,12)

Vanaf het einde van de jaren 60 vertragen de productiviteitswinsten en dalen de winstpercentages, samen met een toenemende internationalisering van de productie, de handel en de financiële stromen. Bijgevolg groeit het totale reële inkomen langzamer en gaat de verdeling ervan met zwaardere spanningen gepaard. Meer concurrentie en concurrentievermogen worden de ordewoorden. De aandeelhouders eisen van de ondernemingen onmiddellijke en alsmaar hogere rendementen. Voor de arbeidsmarkt heeft dit een veel grotere instabiliteit tot gevolg.
Het streven naar totale tewerkstelling werd in feite opgegeven en economen gingen uit van een “natuurlijk werkloosheidsvolume”. Een kwart van de arbeidsplaatsen in de industrie ging verloren, deeltijdse arbeid ontwikkelde zich op een meer flexibele basis in de dienstensector. In de

overheidssector, met inbegrip van de sociale zekerheid, werd naar besparingen gestreefd en ten slotte werd de competitiviteitsvereiste algemeen opgelegd. Het flexibiliteitsmodel stelt dat een bedrijf flexibel mensen moet kunnen aanwerven en ontslaan, aangedreven door de concurrentie- en competitiviteitspositie van een bedrijf in een steeds meer geglobaliseerde arbeidsmarkt. Dit komt voor de arbeider neer op een permanente aanpassing aan onzekere tewerkstelling. De grens tussen werkloosheid en “flexibele” tewerkstelling wordt steeds vager. (10,13) Anderzijds is er overweldigende evidentie dat werkloosheid gepaard gaat met een gereduceerde levenskwaliteit, gestegen morbiditeit, mortaliteit en suïcide. (14,15) Vanaf de jaren 80 zien we, met de intrede van deze neoliberale oriëntatie naar economische activiteit en sociaal beleid, een afremming van de mortaliteitsdaling en de dalende kindersterfte. (zie figuur 2) (10)



[Figuur 2: De daling in mortaliteit in Wales, Engeland, remt af sinds de jaren 80. Navarro ziet dit als een gevolg van structurele maatschappelijke veranderingen door de invoering van de neoliberale doctrine. Bron: Navarro, 2009]

Sociale rechten worden onderworpen aan economische conjuncturele wisselingen en worden steeds meer aan het takenpakket van een sociaal vangnet onttrokken. Denken we maar aan het toenemende belang van privaat pensioensparen, de stijgende kosten van medische zorg of de toenemende druk op de werkloosheidsuitkeringen. Bovendien wordt rond deze thema's in toenemende mate een aura van “*victim blaming*” gecreëerd. We zien de verschuiving in mentaliteit van een solidaire gemeenschap naar het verantwoordelijke individu. Wie geen job heeft, heeft dat in de eerste plaats aan zichzelf te danken, stelt zich niet flexibel genoeg op, en heeft in afnemende mate recht op een sociaal vangnet of een werkloosheids-uitkering. (13) Deze trend zet zich onveranderd en in versneld tempo door sinds de laatste economische crisis in het afgelopen decennium. (16)

Gezondheid op de werkvloer is meer dan ooit verbonden met het lot van de arbeidsmarkt en sociale beleidslijnen en kan niet langer als een puur technische aangelegenheid benaderd worden, vrij van politieke of economische waarden. Sinds de jaren 80 van de vorige eeuw zien we een stijgende wereldwijde sociale- en gezondheidsongelijkheid als gevolg van wijzigende structurele determinanten van gezondheid. (5,10)

1.3.2 Arbeid als sociale determinant van gezondheid

Wanneer we het thema van arbeid en gezondheid verder uitdiepen, en van het structurele kader inzoomen op de concrete situatie op de werkvloer, zien we dat de omstandigheden waarin een werknemer zijn job uitoefent, een belangrijke rol speelt wanneer we ongelijkheden in gezondheid

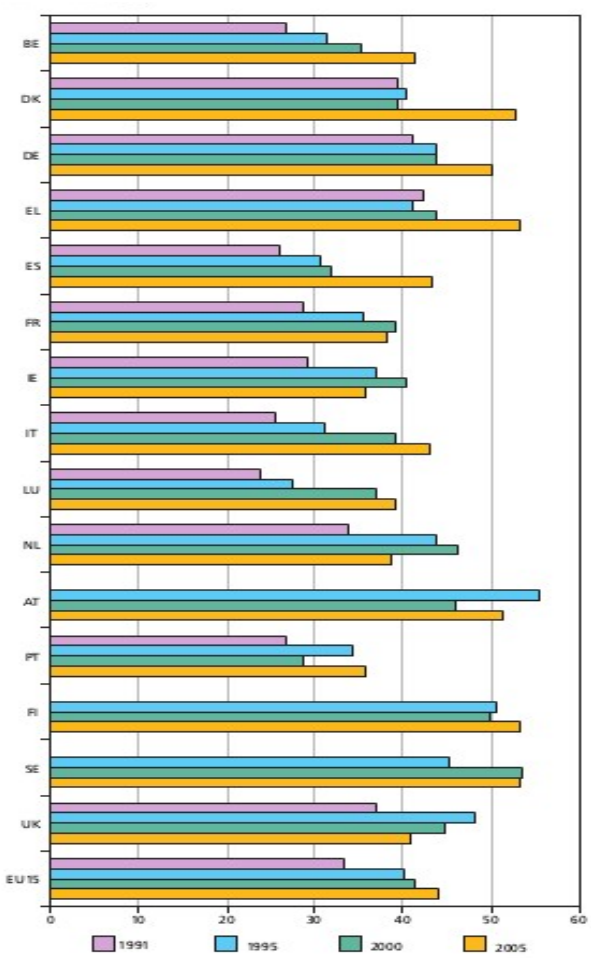
willen verklaren. Het risico op beroepsziekten en accidenten op het werk verschilt tussen socio-economische lagen van de bevolking, tussen beroepen en bedrijven. Het risico is ook niet gelijk verdeeld tussen de geslachten. Hoe lager gekwalificeerd een werknemer, hoe meer kans hij (en vooral zij) loopt op gevaarlijke werkomstandigheden, fysieke belasting, lage autonomie, meer lucht- en geluidsvervuiling en monotone of hectische arbeidsomstandigheden. (12)
De nadruk bij de aanpak van problematische werkomstandigheden wordt vaak gelegd op persoonlijke factoren en ergonomische interventies, of op de behandeling en opvang van reeds zieke of verongelukte arbeiders terwijl de organisatie van werk en de link tussen de werkvloer en de grotere context van de arbeidsmarkt vaak uit het oog verloren wordt.

A Fysieke risicofactoren

Hoewel belangrijke technologische veranderingen (toenemende informatisering, gebruik van robotica op de werkvloer, etc...) de organisatie van het werk hebben omgegooid, blijkt dat de blootstelling aan de traditionele beroepsrisico's niet is verminderd. Hoewel de klassieke beroepsziekten als asbestose, loodintoxicatie of de mijnwerkerslong stilaan tot het verleden behoren, blijkt uit de *European Working Conditions Survey*, een grote enquête afgenomen bij 4000 Belgische werknemers, dat in de periode van 1995 tot 2010 in België de blootstelling aan bijna alle klassieke fysieke risico's is toegenomen (trillingen, chemische agentia, ongemakkelijke of pijnlijke houdingen, dragen van zware lasten, repetitieve bewegingen). (17,18)

B Organisatorische risicofactoren

Naast deze klassieke risico's, zijn er bovendien een aantal recent opgekomen risico's. Deze risico's hangen samen met nieuwe sociale organisatievormen van het werk en bredere economische ontwikkelingen. Op macro niveau zagen we een groeiende globalisering van handel, productie en investeringen, de opkomst van nieuwe technologieën, etc... Parallel hiermee zien we een politiek beleid dat de competitiviteit van bedrijven en regio’s tracht te versterken en daarmee samenhangend de toegenomen flexibiliteit die verwacht wordt van de werknemers: flexibele of onvoorspelbare uurroosters, flexibiliteit qua kennis en vaardigheden (het zogenaamd levenslang leren), interimarbeid, tijdelijke contracten, ploegenarbeid, nachtwerk, een hoge werkdruk, werkonzekerheid, lage taakcontrole, overwerken, etc... Door de opkomst van interimarbeid en onzekere arbeidsomstandigheden, gekenmerkt door minder jobzekerheid, lagere lonen en slechtere werkomstandigheden, staat de standaard tewerkstelling van een voltijdse job steeds meer onder druk. (12) Werknemers met tijdelijke contracten worden veel vaker blootgesteld aan klassieke beroepsrisico’s zoals trillingen, lawaai, schadelijke producten of repetitieve bewegingen. In onderaannemingen is er vaker een gebrek aan opleiding, minder bescherming tegen arbeidsongevallen, afwezigheid van syndicale afvaardiging, meer flexibiliteit en soms (zeer) lange werktijden. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot een toenemende intensivering van het werk. (18,19) (zie figuur 3) (20)



[Figuur 3: toename van de arbeidsintensiteit over een periode van 15 jaar in 15 EU-landen. Ook in België (bovenste balkjes), zien we een stijging van de intensiteit van de arbeid. Bron: Eurofound]

Nieuwe organisatie- en productievormen (just in time, zero stock, management by stress, etc...) hebben deze trend versterkt. (21)

c Psychosociale risicofactoren

Een aantal van de risico's op de werkvloer zijn psychosociaal van karakter. De *European Working Conditions Survey* omschrijft zes factoren als belangrijke psychosociale risico's op het werk: hoge intensiteit en jobeisen, emotionele druk, een gebrek aan autonomie, ethische conflicten, een gebrek aan of beperkte sociale relaties en werkonzekerheid.
Uit diezelfde peiling bleek dat musculoskeletale aandoeningen (MSA's) de belangrijkste beroepsgebonden pathologieën zijn (59,2% van de beroepsgebonden aandoeningen), gevolgd door stress, depressie of angst (15,7%). (17) Bovendien blijkt uit verdere statistische rapporten van de Europese Unie dat tussen 1999 en 2007 deze aandoeningen alleen maar zijn toegenomen. De verklaring voor deze toename wordt voornamelijk gelegd bij de toename van blootstelling aan psychosociale beroepsrisico's zoals hierboven beschreven. (22)

De Amerikaanse socioloog Robert Karasek stelde een veel gebruikt theoretisch model op van stress op het werk. Hierbij linkte hij onder andere het beroep, psychosociale (autonomie, teamwerk) en organisatorische aspecten (intensiteit) van arbeid met de gezondheid van de werknemer en de aanwezigheid (presenteïsme) en afwezigheid (absenteïsme) op het werk.
Uit het model van Karasek blijkt dat de intensiteit en de mate van autonomie van het werk onafhankelijke determinanten zijn. Een hoge intensiteit van het werk draagt bij tot een slechtere gezondheid en meer afwezigheid op het werk. Een hoge mate van autonomie daarentegen tot een betere gezondheid en minder afwezigheid. (23) (zie figuur 4) Een toename in werkintensiteit leidt tot stress en een slechtere gezondheid, tenzij deze gepaard gaat met een toename in autonomie van de werknemer. Dit laatste was de afgelopen decennia niet het geval. (17)

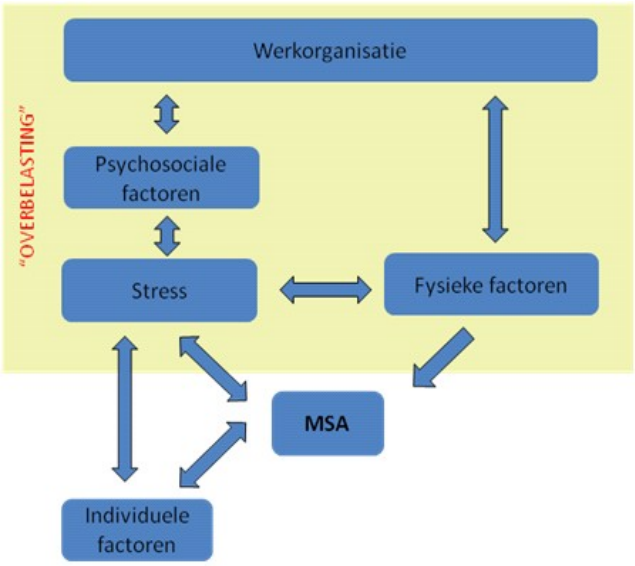
		Able to do job at 60	Poor general health (fair, bad, very bad)	Mental health at risk (WHO-5)	Health and safety at risk because of work	Work affects health nega-tively	Work affects health posi-tively	Absen-teeism (>5 days)	Absen-teeism due to an accident at work	Presentee-ism
Passive (low intensity, low autonomy)	Men	58	18	17	24	21	6	24	13	29
	Women	57	18	21	15	17	6	23	9	34
Low strain (low intensity, high autonomy)	Men	70	17	14	19	18	9	18	12	37
	Women	67	18	18	13	16	8	23	9	38
Job strain (high intensity, low autonomy)	Men	46	26	22	40	38	7	31	22	36
	Women	47	30	27	29	34	5	30	11	44
Active (high intensity, high autonomy)	Men	63	19	16	30	31	9	20	16	48
	Women	65	23	20	19	23	8	27	9	52

[Figuur 4: Het model van Karasek. Procentueel wordt uitgezet welke impact intensiteit en autonomie op het werk hebben op de gezondheid van de werknemer. Bron: Eurofound]

D Individuele factoren

Naast de overbelasting op het werk, zijn er uiteraard ook individuele factoren die leiden tot gezondheidsproblemen. Het is daarbij niet altijd evident om uit te maken in welke mate individuele factoren, al dan niet persoonlijke gezondheidsproblemen, of arbeidsgerelateerde problemen bijdragen tot het ontstaan van gezondheidsproblemen op het werk. Het is niet altijd eenvoudig het beroepsgebonden karakter van aandoeningen te bevestigen. Zo zien we dat niet iedereen die blootgesteld wordt aan repetitieve bewegingen een musculoskeletale aandoening (MSA) ontwikkelt, en omgekeerd dat niet iedereen die een MSA ontwikkelt, repetitieve bewegingen moet doen. Toch ziet men dat na correctie voor individuele factoren als leeftijd, geslacht, BMI, roken, vrijetijdsactiviteiten, systeemaandoeningen, … nog steeds een indrukwekkende associatie bestaat tussen musculoskeletale aandoeningen en blootstelling aan fysieke en psychosociale belasting op het werk. (24) De zogenaamde *"attributable fraction"* (AF) geeft een idee in welke mate een aandoening veroorzaakt wordt door werkgerelateerde factoren. Wanneer het *European Agency for Safety and Health at Work* schrijft dat de AF van blootstelling aan volledige lichaamstrillingen (*whole body vibrations*) voor lage rugpijn 18-80% is, wil dit zeggen dat 18-80% van de gevallen van lage rugpijn bij werknemers blootgesteld aan trillingen, te wijten zijn aan die trillingen. Dit geeft ook een idee in welke mate preventieve maatregelen doeltreffend kunnen zijn. De AF van lage rugpijn bij een lage jobtevredenheid bedraagt 17-69%. (25).

Een recent participatief onderzoek, uitgevoerd bij werknemers van een supermarkt, toonde aan dat werknemers die een hoge werkdruk, werkstress, monotoon werk of weinig autonomie ervaren, 3 tot 4 maal meer kans hebben om een MSA te ontwikkelen. Deze factoren bleken, naast de leeftijd als belangrijke individuele risicofactor, meer invloed te hebben op het risico om een MSA te ontwikkelen dan fysieke belasting. (18)



[Figuur 5: Holistische benadering van MSA's, zoals voorgesteld door het INRS. Bron: figuur aangepast door Ronsmans, S.]

E Een holistische benadering

Nemen we verder het voorbeeld van MSA's (musculoskeletale aandoeningen). Fysieke factoren als repetitieve en belastende bewegingen volstaan op zich niet om het voorkomen van MSA's te verklaren. Ook psychosociale en organisatorische factoren spelen een rol. Het Franse *Institut National de Recherche et de Sécurité* (INRS) stelde een verklarend model op om intermediaire risicofactoren als werkstress en fysieke belasting te koppelen aan deze psychosociale en organisatorische factoren om zo te komen tot een holistische visie op MSA. (zie figuur 5) (26)

Dit model geldt niet alleen voor MSA's, maar kan in extenso geëxtrapoleerd worden naar verschillende arbeidsgerelateerde aandoeningen.

1.3.3 Het belang van krachtsverhoudingen en de vakbonden

Wanneer we ons de vraag stellen hoe arbeid een sociale determinant is van gezondheid, spraken we reeds over het structurele kader om deze vraag te situeren. (zie paragraaf 1.3.1.) Nog interessanter is misschien de vraag hoe veranderingen op het vlak van gezondheid op het werk tot stand komen. Ook hier is nood aan een breed perspectief. Om te komen tot verbeterde werkomstandigheden, is meer nodig dan het opstellen van uitgebreide preventieve programma's en aanbevelingen.

We zagen dat de mate waarin een werknemer inspraak heeft in de eigen werkomstandigheden, met name een hoge mate van autonomie kent, het welzijn op het werk verbetert. (zie paragraaf 1.3.2.) Dit betekent dat interventies waarbij men de werknemers in staat stelt om de eigen werkomstandigheden in handen te nemen, gezondheidsbevorderende interventies zijn. Dit hoeft bovendien niet in strijd te zijn met de efficiëntie van het werk, gezien bedrijven en landen met een hoge mate van autonome arbeid, een grote productiviteit kennen. (17)

Het oprichten van structuren waar werknemers de mogelijkheid krijgen om op te komen voor betere werkomstandigheden – zoals comités voor preventie en bescherming op het werk (CPBW) en vakbonden – betekenen een belangrijke gezondheidsbevorderende stap bij het verdedigen van het recht op gezonde arbeid.

Zoals in paragraaf 1.2.2. werd besproken, beoogt *empowerment* naast het geven van een stem aan de werknemers ook het geven van een collectieve betekenis aan een individueel ervaren klacht. Het tracht een persoonlijk strijd voor een betere gezondheid te verbinden met een collectieve strijd om de gezondheid van de gemeenschap te verbeteren.
Historisch gezien hebben werknemers zich georganiseerd in vakbonden om op te komen voor

betere werkomstandigheden, werkuren, lonen, contracten, sociale zekerheid en gezondheid en veiligheid op het werk. De vakbonden speelden een primaire rol bij elke significante verbetering van wetgeving, oprichting van arbeidsinspectie, lonen en preventie. De sterkte van de vakbonden is bepalend voor veel kwesties die de gezondheid van de werknemers direct beïnvloeden. Bovendien blijkt het percentage werknemers dat lid is van de vakbond positief en significant geassocieerd te zijn met het voorkomen van zowel beroepsgebonden aandoeningen als arbeidsongevallen. Actie op vlak van gezondheid op het werk is dan ook de belangrijkste verwachting van werknemers ten opzichte van de vakbond. (18) Het Britse *Trade Union Congress* (TUC) geeft in haar rapport "*The Union Effect*" evidentie voor het feit dat bedrijven waar werknemers georganiseerd zijn in een vakbond veiligere werkplaatsen zijn. Deze bevindingen worden bevestigd in ander onderzoek. (27–29)
De vakbonden kunnen niet alleen een bepaald probleem op de werkvloer op de agenda plaatsen maar oefenen ook een invloed uit op de krachtverhoudingen binnen een onderneming. (28) Laurent Vogel, directeur van het departement *Health and Safety* van het *European Trade Union Institute* (ETUI) stelt het als volgt: "Wat vakbondsactie voor gezondheid op het werk zijn uniek karakter en potentieel geeft, is dat deze acties starten bij het erkennen van de eigen perceptie en kennis van de werkomstandigheden van de werknemers, en hoe deze de gezondheid beïnvloeden." (30)

Vanuit historisch perspectief zien we dat een verbetering van werkomstandigheden en aandacht voor gezondheid op het werk, geen geleidelijk en gestaag proces is, maar gekenmerkt wordt door belangrijke sprongen van verhoogde interesse en bevordering van gezondheid op het werk en anderzijds door periodes van achteruitgang en verwaarlozing van gezondheidsgerelateerde factoren op de werkvloer. Gestelde prioriteiten waren historisch niet waardenvrij en beslissingen over een gezondheidsbeleid waren niet altijd neutrale of objectieve keuzes. Deze zijn gelinkt met de waarden, belangen en machtsstructuren van de actoren betrokken bij besluitvorming en implementatie. (12,31) We moeten immers erkennen dat het debat over gezondheid en arbeid vaak bepaald wordt door tegengestelde belangen: de gezondheid van werknemers enerzijds en een zekere economische rationaliteit anderzijds. Dit "*conflict of interest*" geeft het debat mee vorm. Aan deze verhoudingen en dit debat wordt over het algemeen weinig aandacht besteed in de literatuur over werk en gezondheid. De verhoudingen tussen de werkgever en de vakbonden, de positie van de arbeidsgeneesheer binnen het bedrijf, de druk van sociale, politieke en economische partners bij sociale onderhandelingen, het sociale beleid van een welvaartsstaat, etc... al deze factoren en krachtsverhoudingen geven nochtans wezenlijk vorm aan de concrete situatie en risico's op de werkvloer.

1.4 Spelers op het vlak van gezondheid op het werk

In wat volgt worden een aantal personen of instanties besproken die traditioneel een zekere inspraak en expertise worden toegekend op vlak van arbeid en gezondheid op de werkvloer. Hier komen de arbeidsgeneesheer en het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW) aan bod. Andere belangrijke spelers op vlak van gezondheid op het werk zijn de werkgever, de ondernemingsraad, de interne preventieve diensten, de arbeidsinspectiedienst en het Fonds voor Beroepsziekten. De rol en het belang van de vakbond werd reeds besproken in paragraaf 1.3.3. We bespreken hier enkel de arbeidsgeneesheer en het CPBW omdat deze aan bod komen in het verdere onderzoeksproject.

1.4.1 De arbeidsgeneesheer

Expertise en onderzoek rond arbeid en gezondheid wordt naar aanvoelen spontaan aan de arbeidsgeneesheer toegekend. Hieronder wordt gepoogd om de positie van de arbeidsgeneesheer op de werkvloer beter te kaderen.

Waarschijnlijk de belangrijkste taak van de arbeidsgeneesheer bestaat uit het opstellen van een *risicoanalyse*. Deze brengt de verschillende risicofactoren op de werkvloer (psychosociaal, fysiek, organisatorisch) die de gezondheid van de werknemers kunnen beïnvloeden in kaart. Eventueel worden hierbij metingen (trillingen, geluid, toxische stoffen) gedaan. Via deze risicoanalyse van de situatie op de werkvloer, worden preventieve maatregelen geadviseerd.
Een tweede belangrijke taak bestaat uit de *medische onderzoeken* die de arbeidsgeneesheer uitvoert bij de werknemers. Het gaat dan meestal om de periodieke gezondheidsbeoordeling, in de meeste gevallen jaarlijks. Bij werknemers waarbij een verhoogde waakzaamheid vereist is, of die activiteiten moeten uitvoeren met een welbepaald risico, is dit jaarlijks onderzoek verplicht.
Een derde taak van de arbeidsgeneesheer is het opsporen en aangeven van *beroepsziektes* bij het Fonds voor Beroepsziektes. (29)

Door de verschuiving van de aard van beroepsgebonden aandoeningen de laatste decennia – met name van de klassieke beroepsziektes naar psychosociale risico's en aandoeningen – en de verschuiving van arbeidsvoorwaarden (zie paragraaf 1.3.2), komt de arbeidsgeneeskunde voor een aantal uitdagingen te staan. Door flexibele en interim-contracten is het voor de arbeidsgeneesheer moeilijk om continuïteit in de medische opvolging en verzorging van de werknemer te verzekeren. Het is vaak onmogelijk om bij wisselende jobs in de loop der jaren na te gaan aan welke arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's een werknemer heeft blootgestaan. Bovendien heeft de arbeidsgeneesheer geen inspraak op de werkorganisatie binnen een bedrijf. De intensiteit van het werk en de mate van autonomie worden echter in belangrijke mate bepaald door de organisatie van het werk. (zie paragraaf 1.3.2.)

Bij een recente bevraging van 220 Belgische arbeidsgeneesheren, blijkt dat bijna de helft van de tijd van de arbeidsgeneesheer gaat naar administratie en niet-medisch werk, hetgeen frustraties oproept. Ongeveer 65% van het medische werk gaat naar periodieke controles. Aan risicoanalyse wordt slechts 5-15% van de tijd besteed, hoewel de meerderheid onder hen vindt dat preventie een steeds belangrijker taak moet worden. (33) De focus op medisch onderzoek kan verklaard worden door tijdsgebrek. Door het structureel tekort aan arbeidsgeneesheren en omdat de

arbeidsgeneesheer de enige op het bedrijf is die medische onderzoeken mag doen, is deze taak vrij arbeidsintensief. Een andere reden waarom de focus op medisch onderzoek ligt, moeten we zoeken bij de financiering van de arbeidsgeneeskundige dienten (ook wel externe diensten voor preventie en bescherming op het werk genoemd). Deze gebeurt door de werkgever en dan voornamelijk voor het uitvoeren van medische onderzoeken. Gezien er een toenemende concurrentie ontstaat tussen de verschillende ondernemingen die externe arbeidsgeneeskundige diensten verzorgen (IDEWE, Mensura, Securex, etc...) wordt de preventieve risicoanalyse, die veel arbeidsintensiever en financieel minder interessant is, vaak uit het oog verloren. (34) Toch betreurt een grote meerderheid (75%) van de arbeidsgeneesheren de toenemende commercialisering van het beroep. (33)

Een bijkomend probleem is vaak een “duale loyaliteit” die de arbeidsgeneesheer ondervindt. Enerzijds wil de arbeidsgeneesheer als arts de medische bescherming van de werknemer op zich nemen. Het is zijn rol als medisch advocaat van de werknemer op de werkvloer. Anderzijds is er de loyaliteit ten opzichte van de werkgever in een bedrijf, die ook de eigen werkgever is van de arbeidsgeneesheer. Externe arbeidsgeneeskundige diensten staan vaak onder druk om rekening te houden met de prioriteiten van de werkgever. Deze duale loyaliteit hoeft niet noodzakelijk tot een conflict te leiden, maar kan zich vertalen in het werk van de arbeidsgeneesheer op de werkvloer. Het gaat dan bijvoorbeeld over het implementeren van preventieve strategieën op de werkvloer op voorwaarde dat die geen impact op de productiviteit hebben. Volgens Bohle wordt deze tegenstrijdige druk vooral ervaren op vier gebieden: 1) het beleid rond absenteïsme, 2) het geschikt verklaren van werknemers, 3) de aangifte van arbeidsongevallen en beroepsziekten en 4) de controle van beroepsrisico's. (35)

Laurent Vogel: “De theorie als zou er een gemeenschappelijk belang van werknemers en werkgevers in gezondheids- en veiligheidskwesties bestaan, wordt in de praktijk niet bevestigd. In sommige gevallen, met name als de gezondheidsschade ook tot zichtbare kosten voor het bedrijf leidt, kan er een zeker gemeenschappelijk belang zijn. In andere gevallen kunnen compromissen tot een overeenstemmende aanpak leiden. In andere gevallen komt het tot een conflict.” (36)

Zo zien we dat ook de arbeidsgeneesheer vaak geen neutrale, onafhankelijke positie inneemt in het beleid en debat rond arbeid en gezondheid op de werkvloer. Naast een eigen ingesteldheid en houding tegenover arbeid en gezondheid, werknemer en werkgever, voert ook hij zijn taken en expertise uit binnen een grotere context waar krachtsverhoudingen in een bedrijf een wezenlijke factor zijn bij de discussie over de arbeidsomstandigheden op de werkvloer.

1.4.2 Het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW)

Het CPBW is het overlegorgaan waar de verschillende betrokken partijen problemen rond gezondheid op het werk communiceren en aanpakken.
Het FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg definieert de rol van het CPBW als volgt: “Het comité heeft als opdracht alle middelen te onderzoeken en voor te stellen en actief bij te dragen aan al wat ondernomen wordt om het welzijn van de werknemers te bevorderen bij de uitvoering van hun werk. Hiervoor brengt het comité adviezen uit en formuleert het voorstellen omtrent het beleid inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, omtrent het globaal preventieplan en het jaarlijks actieplan opgesteld door de werkgever, de wijzigingen, de uitvoering en de resultaten ervan.” (37)
Een Belgische vakbondscentrale omschrijft het CPBW als volgt: “Het CPBW is een orgaan op

bedrijfsniveau dat paritair is samengesteld. Dit betekent dat zowel de werknemer (via de vakbonden) als de werkgever vertegenwoordigd worden. Deze hebben een beslissende stem. Ook de interne en externe (de arbeidsgeneesheer) preventieadviseurs zetelen in het CPBW met een raadgevende stem.” (38)

1.5 De rol van de huisarts bij de aanpak van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen

Als gezondheidswerker komt de huisarts evenzeer in aanraking met arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen. Hoewel weinig literatuur bestaat over de frequentie van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen als aanmeldingsklacht bij de huisarts, suggereren enkele studies dat ongeveer 1 op de 3 patiënten denkt dat zijn klacht veroorzaakt wordt door werkomstandigheden. Over het algemeen wordt aangenomen dat 15-40% van de aanmeldingsklachten bij de huisarts arbeidsgerelateerde problemen zijn. (39–41) Dat is een substantieel deel van de praktijk van de huisarts. Hieronder stellen we dat beroepsgebonden aandoening vaak een blinde vlek is in de diagnostiek van de huisarts. Toch beschikt de huisarts over een aantal unieke kenmerken die hem geschikt maken om gezondheidsproblemen op de werkvloer aan te pakken.

1.5.1 Beroepsgebonden aandoeningen: een blinde vlek

Vaak worden arbeidsgerelateerde problemen niet als dusdanig herkend, noch door de huisarts, noch door de patiënt. De patiënt en werknemer is vaak niet op de hoogte van de risico's die zijn arbeid inhoudt of heeft geen kennis van het sociale vangnet bij de vergoeding van arbeidsongevallen. Vaak wil de patiënt niet dat de huisarts de arbeidsgeneesheer of andere bevoegde instanties contacteert uit angst voor repercussies of het verliezen van zijn job.
De huisarts daarentegen mist vaak de nodige expertise om beroepsaandoeningen te herkennen, gezien dat nog al te vaak een blinde vlek vormt in het curriculum van de opleiding en bijscholingen in de huisartsgeneeskunde. Er wordt onvoldoende aandacht besteed aan het werk en de werkomstandigheden in de bevraging van de patiënt. Wanneer een beroepsaandoening als dusdanig herkend wordt, is er slechts zelden overleg met de arbeidsgeneesheer. (40,41)

Nochtans is de huisarts vaak de eerste (en enige) arts die een werknemer met een beroepsgebonden aandoening opvangt. (42) Een degelijke beroepsanamnese en een goede inschatting van het beroepsgebonden karakter van een aandoening zijn dus erg belangrijk.

1.5.2 De huisarts als gezondheidspromotor

In de huisartsgeneeskunde heeft men al enige tijd meer aandacht voor de psychologische en sociale aspecten van ziekte en gezondheid. Het biomedische model maakte meer en meer plaats voor een

biopsychosociaal kader en een patiëntgerichte zorg. (43) Dit valt samen met de aandacht voor sociale determinanten vanuit de WHO. (zie paragraaf 1.2.1.) Het *College of Family Physicians* in Canada verwoordt het als volgt: “De maatschappij en gemeenschappen van mensen hebben de expertise van de huisarts nodig om gezondheidsproblemen en haar sociale determinanten te identificeren en deze op een brede en collectieve manier aan te pakken. Op dit niveau tracht men bij het pleiten voor gezondheid (*health advocacy*)[1] bepaalde praktijken of een bepaald beleid te veranderen ten voordele van de patiënten in brede zin. Door op een dergelijke manier op verschillende niveaus te werken, wordt *health advocacy* een essentiële en fundamentele component van gezondheidspromotie. Deze komt tot zijn recht zowel door het ingrijpen van individuele huisartsen als door collectieve acties met als doel het welzijn en beleid rond gezondheid op populatieniveau te beïnvloeden.” (44) Het past in het kader van primaire preventie om als huisarts het thema van arbeid en gezondheid aan te snijden. De huisarts wordt zo, meer nog als arts, ook als gezondheidspromotor gezien bij de aanpak van sociale determinanten van gezondheid.

Geneeskunde voor het Volk (GVHV) heeft zich als organisatie van bij haar ontstaan het belang benadrukt van de sociale determinanten (woon-, leef- en werkomstandigheden) bij het begrijpen van ziekte en gezondheid. De artsen van Geneeskunde voor het Volk hebben zich steeds samen met hun patiënten ingezet om de oorzaken van een slechte gezondheid aan te pakken. GVHV voerde onder andere actie tegen de historische loodvervuiling in Hoboken (45) en voor het bewoonbaar maken van sociale woningen (La Louvière en Marcinelle). GVHV zorgde ze dat mensen zonder papieren recht kregen op terugbetaling van noodzakelijke geneesmiddelen (Molenbeek en Schaarbeek), dat de achterstandswijk Sledderlo gesaneerd werd (Genk) (46). Ze pakte de wateroverlast van de wijk Moretusburg aan (Hoboken), toonde mee aan dat de cadmiumvervuiling door Union Minière meer kankers veroorzaakt (Lommel) en hielp in Antwerpen mee om de plannen voor de bouw van de Lange Wapperbrug te stoppen. (18,47)

1.5.3 De huisarts en arbeid als sociale determinant van gezondheid

Zoals we zagen in paragraaf 1.3.2. is er nood aan een bredere en holistische visie op arbeid en gezondheid. Door de evoluties in beroepsgebonden aandoeningen met veranderende werk-omstandigheden en nieuwe organisatievormen, is het moeilijk, zo niet zelfs contraproductief om een scheiding te maken tussen beroepsgebonden en niet-beroepsgebonden aandoeningen. Zeer veel aandoeningen in de huisartsgeneeskunde zijn immers multifactorieel bepaald. De huisarts kent als gezondheidswerker een ideale positie om deze holistische benadering in te vullen. Vaak is de huisarts zelfs de eerste en enige zorgverstrekker waarmee de werknemer met een arbeidsgerelateerd gezondheidsprobleem in aanraking komt.

Bovendien is de continuïteit van de zorg van de huisarts van groot belang. Door de toenemende flexibiliteit in tewerkstelling en wisselende jobs, verliest de arbeidsgeneesheer vaak het overzicht van de verschillende jobs en daarmee gepaard gaande arbeidsrisico's. De huisarts heeft hierbij vaak een betere positie en kan rekening houden met vroegere blootstelling en werkomstandigheden. Dit kan natuurlijk maar op voorwaarde dat er aandacht besteed wordt aan arbeidsomstandigheden in de medische praktijk. In deze context zijn Geneeskunde voor het Volk en de vakbonden voorstanders van de introductie van een arbeidsrisicokaart om dit te ondersteunen. Een arbeidsrisicokaart (eventueel digitaal of via e-Health) zou de volledige inventaris van alle beroepsrisico’s waaraan een werknemer werd blootgesteld tijdens zijn loopbaan kunnen bevatten en deze zou bij elk

1 *Health advocacy*, hier gezien en vertaald als “gezondheidspromotie”.

contact met een arbeidsgeneesheer kunnen worden bijgewerkt. (18)

Vanuit de consultatieruimte is de huisarts echter niet in staat om een invloed uit te oefenen op de oorzaken van de arbeidsgerelateerde aandoeningen van de patiënt. De huisarts kan vooral een coördinerende rol opnemen in het contacteren van en onderhandelen met andere spelers op het vlak van arbeid en gezondheid. Een voor de hand liggende partner is de collega arts: de arbeidsgeneesheer. Toch blijkt dit contact allesbehalve vanzelfsprekend. De arbeidsgeneesheer is vaak moeilijk te bereiken of de patiënt heeft liever niet dat deze gecontacteerd wordt. We zien dan ook dat een contact tussen de huisarts en de arbeidsgeneesheer eerder uitzondering dan regel is. Toch stellen studies vast dat er van beide kanten de wens is om te komen tot een betere samenwerking. (48,49)

We zagen dat de huisarts en de arbeidsgeneesheer beide zowel beperkingen als een geprivilegieerde positie hebben in de detectie van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen. De huisarts is goed geplaatst om naast de individuele benadering, ook een gemeenschapsdenken te introduceren in zijn medisch handelen om zo de rol van gezondheidspromotor van de patiënt en de gemeenschap op te nemen. Aandacht voor arbeidsomstandigheden is hierbij onontbeerlijk. Op deze manier kan hij een complementaire rol spelen naast de arbeidsgeneesheer, de vakbonden en het CPBW bij de aanpak van beroepsaandoeningen.

1.6 Onderzoeksvragen

Deze scriptie is de weerslag van een project waarbij verschillende partners betrokken waren. De huisartsenpraktijk waar het project doorging, is de groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk (GVHV) in Hoboken, Antwerpen. Zoals we zagen, heeft GVHV van bij haar ontstaan het belang benadrukt van de sociale determinanten (woon-, leef- en werkomstandigheden) bij het begrijpen van ziekte en gezondheid. Naast onderzoek en actie rond huisvesting, lucht- en bodemvervuiling, toegankelijkheid en betaalbaarheid van gezondheidszorg, wordt ook arbeid als een fundamentele determinant van gezondheid beschouwd. (50)
Als HAIO heb ik bewust de keuze gemaakt voor een opleiding huisarts in één van de praktijken van Geneeskunde voor het Volk, net door deze expertise over sociale determinanten van gezondheid.

In een voorbereidende brainstorm werd met de artsen van de praktijk nagedacht over hoe een scriptie rond arbeid en gezondheid gestalte kon krijgen. Een eerdere ervaring van een participatief onderzoeksproject, uitgevoerd door een zusterpraktijk van GVHV, met werknemers van een supermarktketen, werd als uitgangspunt genomen. (18)
Tijdens diezelfde brainstorm kwam naar boven dat verschillende collega's in de dagelijkse praktijkvoering en patiëntencontacten ervoeren hoe bus- en tramchauffeurs steeds terugkerende klachten rapporteerden die ze zelf linkten met hun arbeidsomstandigheden. Het zou dan vooral gaan over klachten van het bewegingsstelsel, meer bepaald van de wervelzuil (lage rugpijn, nekpijn, etc...) en stress op het werk.

Dankzij de aandacht voor het registreren van werk en arbeidsomstandigheden in het elektronisch medisch dossier op de praktijk, kon een eerste verkennende dossierstudie van deze problematiek plaatsvinden.
In het patiëntenbestand werden 22 patiënten gevonden die als tram- of buschauffeur werkzaam

waren. 20 van hen werken bij De Lijn, de Vlaamse Vervoersmaatschappij die instaat voor het openbaar vervoer met bus en tram. (51) Van deze 20 patiënten, konden er 18 weerhouden werden voor verdere exploratie.
Van deze 18 chauffeurs bleken er 14 te zijn die zich de laatste 5 jaar met klachten van de wervelzuil (lumbalgie, (lage) rugpijn, cervicalgie, ischialgie, discus hernia, etc...) hadden aangemeld, waarvan bij 11 chauffeurs de klachten als werkgerelateerd werden gezien. 7 van deze chauffeurs hadden ernstige en invaliderende klachten of hadden gespecialiseerde therapieën ondergaan (epidurale infiltratie, heelkundige ingreep).
10 van de 18 chauffeurs hadden zich de laatste 5 jaar aangemeld met psychische klachten zoals depressie, surmenage of stress. Bij 7 van deze chauffeurs werden deze klachten gelinkt met stress op het werk.

- Chauffeurs met rugklachten: 14/18
  - Toegeschreven aan werk: 11/14
  - Ernstige klachten: 7/14
- Chauffeurs met psychische klachten: 10/18
  - Toegeschreven aan werk: 7/10

Deze exploratie van medische dossiers had als doel een eerste indruk van de medische problemen van bus- of trambestuurders te krijgen en een eerste inschatting te maken van het werkgerelateerde karakter van deze klachten.

Uitgaande van deze brainstorm en exploratie, op basis van de ervaringen van de artsen op de groepspraktijk, werden de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- **Welke arbeidsgerelateerde klachten ervaren tram- en buschauffeurs?**
- **Hoe kan de huisarts de gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden van deze patiënten aanpakken?**

2 Literatuurstudie

In een voorbereidende literatuurstudie werd nagegaan welke arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen professionele chauffeurs ervaren. Speciale aandacht werd geschonken aan bestuurders van bus of tram in een functie bij het openbaar vervoer.

Er werden geen medische richtlijnen gevonden.
Een zoektocht via MEDLINE leverde initieel 131 reviews en 258 studies op. Via de sneeuwbalmethode kwamen daar nog 24 reviews en 48 artikels bij. Als initiële zoektermen werden gebruikt: occupational health, occupational disease, public transportation, automobile driving, driver, bus, tram, transit driver. Deze zoektermen werden in een tweede tijd uitgebreid met volgende termen: cardiovascular disease, low back pain, stress, job-strain, absenteeism, musculoskeletal disease, traffic accident, agression. Studies of reviews ouder dan 20 jaar (gepubliceerd voor 1992) werden niet weerhouden. Een aantal reviews beschreven gezondheidskwesties bij professionele chauffeurs zonder te specificeren of het chauffeurs bij het openbaar vervoer betreft, dan wel commercieel transport. Enkel indien expliciet werd verwezen naar chauffeurs bij het openbaar vervoer van personen, werden deze reviews weerhouden. Individuele studies werden enkel weerhouden wanneer deze zich concentreerden op bus- en/of tramchauffeurs in het openbaar vervoer en nieuwe elementen aanbrachten die nog niet in een review werden beschreven.
Er waren geen studies te vinden die uitgevoerd waren in de Belgische context. Naast een aantal Europese studies, waren vooral internationale studies te vinden. De situatie van chauffeurs in het openbaar vervoer is niet zomaar te transponeren naar de Belgische context, maar deze studies kunnen wel indicaties geven over mogelijke gezondheidsproblemen bij chauffeurs van het openbaar vervoer.
De abstracts van de verschillende studies werden nagekeken op verdere relevantie en uiteindelijk werden 7 reviews en 10 artikels weerhouden voor verdere analyse. Na een vrije zoektocht op het internet werden tevens een aantal publicaties weerhouden als grijze literatuur, in de eerste plaats van het *European Agency for Health and Safety at Work*.

2.1 Blootstelling aan uitlaatgassen

A Longcarcinoom

Een review en meta-analyse van 19 studies tussen 1996 en 2011 die het risico bestudeerde voor longcarcinoom door blootstelling aan diesel-uitlaatgassen bij professionele chauffeurs, vond een relatief risico van 1,18 in vergelijking met niet-chauffeurs. (52) Dit toegenomen risico van 18% werd gevonden na correctie voor roken en was geassocieerd met een oplopend aantal jaren dienst als professionele chauffeur. Deze review berekende het risico op longcarcinoom zonder onderscheid te maken tussen verschillende beroepscategorieën van professionele chauffeurs, maar suggereert wel een hoger risico op longcarcinoom bij chauffeurs andere dan vrachtwagenchauffeurs, zoals bus- of taxichauffeurs. Het relatief risico zou dan 1,24 zijn in vergelijking met niet-chauffeurs. Deze bevindingen suggereren dat er een verhoogd risico op longcarcinoom is voor bus- en tramchauffeurs in vergelijking met de rest van de bevolking, na correctie voor roken.

B Cardiovasculair risico

Er is tevens toenemende evidentie dat verkeersgerelateerde uitlaatgassen bijdragen tot een verhoogd cardiovasculair risico. Het is vaak moeilijk om het effect van een variërende blootstelling aan uitlaatgassen te isoleren, maar toch rapporteerde een review uit 2008 een positieve korte termijn associatie tussen blootstelling aan CO, NO^2 en roet met cardiovasculaire hospitalisatie en mortaliteit, naast acute subklinische cardiovasculaire veranderingen, zoals gestegen inflammatoire parameters in het bloed en toegenomen autonome tonus. (53) Verschillende studies toonden wisselende relaties tussen blootstelling aan uitlaatgassen en luchtwegproblemen en cardiovasulaire pathologie op korte termijn. Toch besloten de meeste studies tot een toegenomen kans op een myocardinfarct gevonden binnen het uur doorgebracht in het verkeer als chauffeur (metingen in het voertuig), tot een verdrievoudiging van het risico (OR 2,9).

2.2 Stress en psychosociale belasting

A Stress en cardiovasculair risico

Een review uit 1994 beschrijft het toegenomen cardiovasculair risicoprofiel bij professionele chauffeurs: een toegenomen risico om op jonge leeftijd hypertensie, cardiale ritmestoornissen, myocardinfarct en ander ischemisch hartlijden te ontwikkelen, in relatie met het aantal jaren anciënniteit als professionele chauffeurs. (54) Vooral tijdens het rijden werden significant verhoogde bloeddrukken en een stijging van het hartritme vastgesteld, vooral op momenten waarbij de chauffeur een hoge mate van stress ervoer. Professionele chauffeurs scoren hoog op de "*comprehensive occupational stress index*", ontwikkeld door Belkic. Dit model combineert ergonomische concepten met professionele stress en cardiovasculair risico. De gerelateerde factoren waar chauffeurs hoog op scoren zijn een hoge mate van waakzaamheid, tijdsdruk, lange werkdagen, nachtwerk, gebrek aan pauze, het besef van mogelijks desastreuze gevolgen van een fout of een verzwakken van de concentratie, blootstelling aan gevaren en mogelijks schadelijke fysische agentia zoals lawaai, hevig licht, vibratie, koude, hitte, etc... Chauffeurs scoren op deze stress index meer dan het dubbel in vergelijking met een controlegroep, hetgeen een hoge mate van stress en een hoger cardiovasculair risico betekent. De auteurs brengen adviezen uit, onder andere het verkorten van de effectieve rijtijd, het invoeren van verplichte pauzes en het organiseren van het verkeer op een voordelige manier voor het openbaar vervoer.

B Agressie op de werkvloer

Een uitgebreide review uit 2006 beschrijft verschillende aspecten van het welzijn van de buschauffeur, zowel psychisch als fysiek. (55) Werknemers in het openbaar vervoer lopen volgens deze review tot vier keer meer kans om te maken te krijgen met geweld op het werk of de dreiging daarvan en maken een grotere kans op het ontwikkelen van depressie en post traumatische stress stoornissen (PTSD).

C Dienstregeling

Het werken in opschuivende dienstregelingen en het fenomeen van onderbroken diensten leidt tot meer vermoeidheid, slaapstoornissen en psychologische stress dan chauffeurs met

regelmatige diensten door een verstoring van de biologische interne klok en sociale problemen (huwelijk, kinderen) die voortvloeien uit het onregelmatige werkschema. Deze factoren leiden ook tot een groter risico op cardiovasculaire sterfte. (55)

D Burn-out

Een studie uit 2009 bestudeerde aan burn-out gerelateerde factoren bij bus- en tramchauffeurs in San Francisco. (56) Problemen gerelateerd aan het werk (in deze studie omschreven als problemen met uitrusting en gereedschap, problemen met tarieven en passagiers, problemen met collega's, lange werkdagen, accidenten, druk verkeer, problemen met oversten, problemen met rittijden, etc...), ergonomische problemen (problemen met de stoelen, schokken en vibraties in het voertuig, onaangename houdingen, etc...) en een fulltime werkschema waren significant gelinkt aan burn-out, na correctie voor lengte en gewicht. Deze relatie was sterker dan een aantal persoonsgebonden factoren zoals geslacht of roken. Ook alcoholconsumptie werd gelinkt aan burn-out, hoewel de onderzoekers aangeven dat ze geen onderscheid kunnen maken tussen oorzaak en gevolg. Leeftijd bleek een beschermende factor tegen burn-out, hetgeen een "*healthy workers effect*"[2] kan maskeren.

2.3 Cardiovasculaire problemen

Een review uit 2006 stelt dat buschauffeurs tot 2 maal meer kans hebben om te overlijden aan hart- en vaatziektes dan een controlepopulatie, ook na correctie voor rookgedrag. Factoren die hiertoe bijdragen zijn naast de reeds besproken elementen van uitlaatgassen en psychosociale factoren, ook het werken in wisselende dienstregelingen, het hoge werkritme met tijdsdruk en geluidsoverlast. Chauffeurs in regio's met een grote verkeersdrukte zouden tot 80% meer kans lopen op sterfte door hart- en vaatziektes. Andere factoren zijn eisende of agressieve passagiers, wegomleggingen, mechanische problemen met voertuigen en sociale isolatie op de werkvloer. (55)

2 Het "healthy workers effect" beschrijft het feit dat steekproeven of studies die arbeidsomstandigheden onderzoeken, werken met arbeiders die gezond genoeg zijn om te werken. Naarmate zij echter gezondheidsproblemen ervaren, mogelijks ten gevolge van de werkomstandigheden, zijn ze vaak niet meer in staat om te werken en worden dus niet opgenomen in dergelijke studies. Oudere werknemers zijn in die zin vaak "gezonder".

2.4 Lage rugpijn en andere problemen van de wervelzuil

Een studie uit 2007 die werkgerelateerde MSA's (musculoskeletale aandoeningen) bij buschauffeurs in Hong Kong bestudeerde, besluit dat vooral problemen van de lage rug (60% van de buschauffeurs) en de nek (50%) de meest voorkomende klachten van het bewegingsstelsel zijn. Tot 90% van deze klachten zouden met het werk van buschauffeur te maken hebben (de zogenaamde AF of *attributable fraction*, zie ook paragraaf 1.3.2). (57) Een review uit 1997 over MSA's op de werkvloer, uitgevoerd door het *US Department of Health*, meldt dat buschauffeurs tijdens hun leven tot 2,8 keer meer kans hebben (OR) dan de doorsnee populatie om rugproblemen te ontwikkelen. (58)
Het *European Agency for Safety and Health at Work* berekende de *attributable fraction* van rugproblemen bij chauffeurs. Factoren die bijdroegen tot lage rugpijn waren vooral een statische houding (met een AF van 14-32%), *whole body vibrations (*met een AF van 18-80%), hoge jobeisen (met een AF van 21-48%), een laag niveau van sociale ondersteuning tijdens het werk (met een AF van 28-48%) en een hoog ervaren stressniveau (met een AF van 17%). (25,59)
Een Israëlische studie uit 2010 besloot dat de hoge prevalentie van lage rugpijn bij buschauffeurs te maken heeft met enerzijds psychosociale stressoren (verkeersdrukte, agressie van de reizigers, te korte of geen rustpauzes) en ergonomische factoren (oncomfortabele stoelen en slechte rugsteunen). Lichaamsbeweging en sport zouden beschermende factoren zijn. (60)
Andere reviews en studies bevestigen deze bevindingen. (55)
Problemen ter hoogte van de cervicale wervelzuil worden geassocieerd met het maken van snelle en plotse bewegingen met het hoofd tijdens het rijden of het bedienen van passagiers. Een Israëlische studie uit 2010 associeerde nekklachten bij buschauffeurs met een oncomfortabel stuur, slechte zitaccommodatie en een slechte ruggensteun. Toch kan deze studie niet besluiten dat nekklachten meer voorkomen bij chauffeurs dan bij de rest van de bevolking. (61)

A Ergonomische aspecten

Een review uit 2002 behandelt de factoren die bijdragen tot lage rugpijn bij professionele chauffeurs (waaronder buschauffeurs) en formuleert ergonomische, administratieve en organisatorische interventies om deze blootstelling te minimaliseren. (62) Als belastende factoren voor de lage rug worden vooral besproken: *whole body vibrations*, het schokken van het voertuig die de chauffeur niet kan voorzien, het aannemen van geforceerde en onnatuurlijke houdingen en het aannemen van een zittende houding gedurende langere tijd. Verschillende studies en reviews die de blootstelling aan *whole body vibrations* bij professionele chauffeurs bestudeerden, suggereren dat de dagelijkse blootstellingstijd aan vibraties een goede predictor is voor lage rugproblemen. (58,63,64)
Bovendien blijken bovengenoemde factoren elkaar te versterken bij het ontstaan van lage rugproblemen. Slecht afstelbare stoelen met een gebrekkige lumbale steunfunctie en slecht geplaatste controlefuncties binnen de bestuurscabines zijn een extra belastende factor. Deze bepalen, samen met de fysionomie van de chauffeur, het aannemen van geforceerde of niet aangepaste houdingen. (62)

B Psychosociale aspecten

Ook psychosociale aspecten van het werk zijn sterk gerelateerd met problemen van de wervelzuil. Hoge jobeisen en een lage tevredenheid zijn gerelateerd aan een hoger absenteïsme omwille van lage rugproblemen. Een studie uit 2008 vindt een significante associatie tussen lage rugpijn en nekproblemen en "*effort-reward imbalance*" (ERI). Het ERI-model stelt dat

grote inspanningen (fysiek en mentaal door stress, tijdsdruk, etc...) tijdens het werk gepaard gaande met een laag niveau van beloning (financieel, carrière kansen, respect, werkzekerheid) leidt tot ernstige psychosociale stress, met zowel mentale als fysieke gezondheidsproblemen tot gevolg. Deze studie vond een associatie tussen een negatieve ERI balans en problemen van de wervelzuil, na correctie voor individuele factoren, werklast of ergonomische problemen. (65) Een gelijkaardige studie uit 2006 onderzocht de link tussen MSA's en stressfactoren bij buschauffeurs en vond dat vooral lage rugpijn en nekproblemen geassocieerd waren met stressfactoren, in tegenstelling tot andere klachten van het bewegingsstelsel. (66)

C Mogelijkheden tot preventie

Als preventieve en controlemaatregelen suggereren auteurs de installatie van stoelen met luchtvering, het implementeren van dempingsmaatregelen die schokken en vibraties opvangen en de bestuurscabine isoleren van de rest van het voertuig, een rugsteun met een inclinatie groter dan 90°, het aanpassen van de bestuurscabine met belangrijke controlefuncties op natuurlijke plaatsen zodat geen onnatuurlijke houdingen aangenomen dienen te worden, een rotatiesysteem van de te rijden routes of lijnen tussen verschillende chauffeurs, het limiteren van de rittijden, met voldoende tijd om een rit af te leggen en voldoende tijd om adequate pauzes te nemen, pauzes die kunnen gebruikt worden om stretch en rugversterkende oefeningen te doen. (62) Andere interventies zijn het beperken van de effectieve rijtijd door het toekennen van andere administratieve en logistieke taken aan de chauffeurs of een betaald educatief programma over rugproblemen en het juist afstellen van de rugsteun. De auteurs van deze review uit 2002 benadrukken het belang van autonomie en inspraak in de eigen werksituatie. De chauffeur moet voldoende controle kunnen uitoefenen op de eigen werksituatie. Dit is mogelijk bij voldoende tijd om het werk te kunnen doen, voldoende pauzes, voldoende tijd om 's nachts te rusten en een open relatie met de werkgever, die openstaat voor de klachten en bezorgdheden van de werknemers.

2.5 Gastro-intestinale problemen

Tse en zijn medewerkers beschrijven in een review dat buschauffeurs tot 5 keer meer kans maken op aandoeningen van de maag of het duodenum. Factoren die dit beïnvloeden zijn roterende dienstregelingen, stresserende werkomstandigheden, onregelmatige eetpauzes, slechte eetgewoontes en een lang volgehouden zittende houding. (55)

2.6 Verkeersaccidenten

A Vermoeidheid

Een review uit 2008 bestudeert de evidentie voor risicofactoren die leiden tot verwondingen en sterfgevallen ten gevolge van werkgerelateerde verkeersaccidenten bij buschauffeurs, vergeleken met een controlegroep. (53) Als belangrijke risicofactor werd vermoeidheid door lange werkdagen (OR 2,3) weerhouden, hetgeen ook in andere reviews naar boven komt, naast het niet kunnen opnemen van pauzes en slaapdeprivatie. 30% van alle verkeersaccidenten zouden te wijten zijn aan vermoeidheid en een aan slaaptekort gelinkt aan een gebrek aan waakzaamheid. Een recente kwalitatieve studie bevroeg via focusgroepen verschillende factoren die bepalend waren voor vermoeidheid bij buschauffeurs. (67) Een gebrekkige en autoritaire communicatie vanuit de werkgever, problematische interactie met passagiers, blootstelling aan hitte, lawaai en vibraties, samen met klachten van de wervelzuil door gebrekkige stoelen, krappe ritorders, onregelmatige of veranderende dienstregelingen, verkeersdrukte en lange reistijden van en naar het werk waren allen geassocieerd met een toegenomen vermoeidheid.

B Tijdsdruk

Er bestaat tevens een positieve relatie tussen enerzijds een te grote werklast en tijdsdruk en anderzijds accidenten in het verkeer, vaak omdat men door tijdsdruk en onvoldoende tijd om te voldoen aan ritorders geneigd is om sneller te gaan rijden. Chauffeurs geven zelf aan dat het willen inhalen van tijd de belangrijkste reden is voor onveilig rijgedrag. (67)

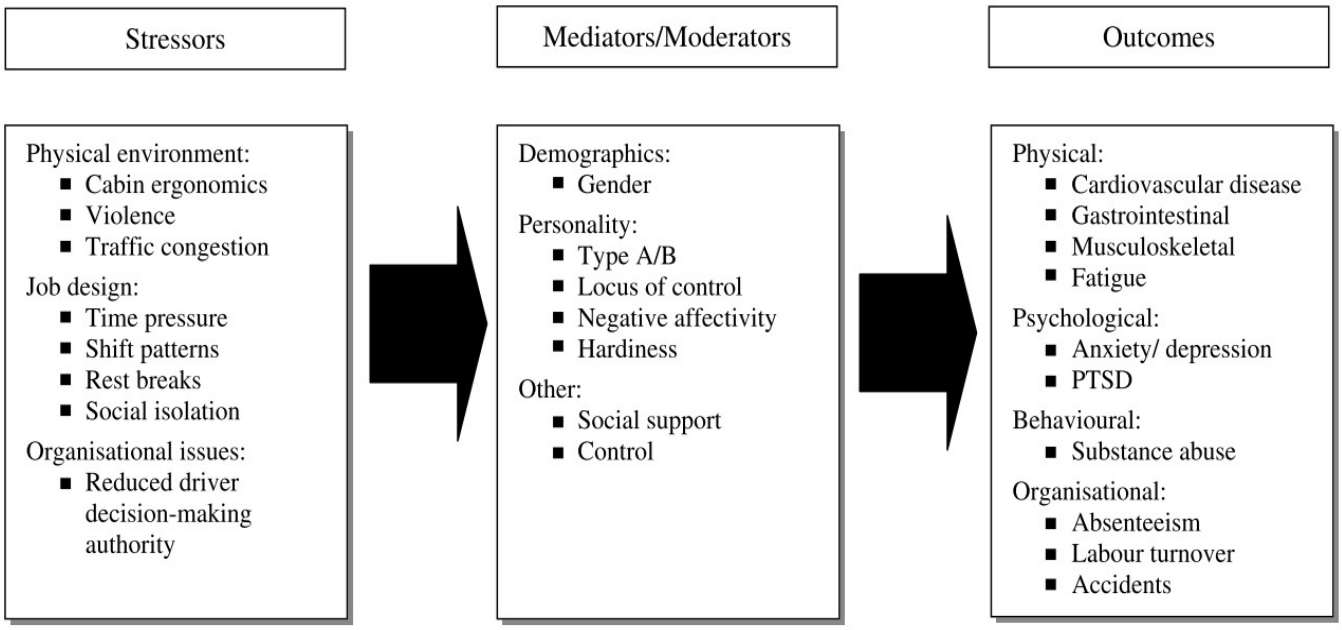
C Andere factoren

Toenemende anciënniteit als chauffeur en een leeftijd boven 28 jaar (OR 0,45) zijn beschermende factoren tegen accidenten. Alcohol en drugsgebruik vormen geen risicofactor in landen/sectoren waar regelmatige controles gelden. Het gebruik van medicatie met anti-histamine werking deed het risico op een ongeval stijgen (OR 2,64). Medische aandoeningen als niet-behandelde diabetes mellitus, cardiovasculaire aandoeningen als een hoge bloeddruk en lage rugpijn zouden ook geassocieerd zijn met werkgerelateerde verkeersaccidenten. (68)

2.7 Persoonsgebonden factoren

Persoonsgebonden factoren als geslacht, ras, type persoonlijkheid, gebruikspatroon van alcohol en andere middelen of rookgedrag blijken in verschillende studies die hierboven werden besproken, niet gelinkt te zijn aan gezondheidsproblemen ten gevolge van het werk als buschauffeur. Toch blijkt hier weinig onderzoek naar te zijn verricht. Tse en zijn medewerkers beschrijven in hun review uit 2006 verschillende gezondheidsproblemen bij buschauffeurs en zien persoonsgebonden factoren als mediërende, faciliterende of beschermende elementen bij het ontstaan van gezondheidsproblemen gelinkt aan de werksituatie als buschauffeur. (zie figuur 6) (55) Zo wordt alcoholgebruik bij buschauffeurs vaak beschreven als een vorm van copinggedrag met stresserende arbeidsomstandigheden wanneer andere copingstrategieën niet meer werken. Er zou een positieve

relatie zijn tussen alcoholconsumptie, de anciënniteit als chauffeur, zelf gerapporteerde werkstress en het ervaren van een monotone job. (55)
Een studie uit 2007 volgde het rookgedrag van meer dan 600 bus- en tramchauffeurs in San Francisco over een periode van 10 jaar en besloot dat enerzijds chauffeurs duidelijk meer roken dan de doorsnee bevolking en dat anderzijds de frequentie van werkgerelateerde problemen significant gerelateerd is met het rookgedrag van chauffeurs. Dit doet vermoeden dat roken eveneens een copingstrategie is voor problematische arbeidsomstandigheden. (69)



[Figuur 6: Model voor belastende arbeidsomstandigheden bij buschauffeurs met stressoren, mediërende factoren en resulterende problemen. Bron: Tse J. et al., 2006]

2.8 Besluit

Doorheen deze literatuurstudie zagen we dat bus- en tramchauffeurs een beduidend hoger risico lopen op uiteenlopende gezondheidsproblemen dan de doorsnee bevolking, zowel fysiek als psychosociaal. Dit verhoogde risico hangt vooral samen met arbeidsgerelateerde aspecten, zowel ergonomisch, administratief als organisatorisch. Persoonsgebonden factoren spelen vooral een faciliterende of beschermende rol bij de impact die deze problemen op de werkvloer uitoefenen op de chauffeurs. Verschillende auteurs en Europese publicaties suggereren dat gezondheidsproblemen bij chauffeurs en arbeidsgerelateerde aspecten voldoende beschreven zijn en dat er voldoende evidentie is dat de aanpak van problematische werkomstandigheden kan leiden tot een betere gezondheid bij chauffeurs van het openbaar vervoer. Bij de aanpak van deze problemen dienen in de eerste plaats de chauffeurs zelf te worden betrokken, gezien zij op de eerste rij zitten om deze problemen aan te voelen en oplossingen naar voor te dragen. (25,55,59,62,70,71)

3 Methodologie en resultaten

In dit hoofdstuk zal het concept van het participatief actieonderzoek toegelicht worden als een oriëntatie naar wetenschappelijk onderzoek dat wetenschap en sociale verandering tracht te combineren. Het is een cyclisch proces waarbij iedere cylus voortbouwt op de resultaten van de vorige. Omdat in dit participatief actieonderzoek bij iedere cyclus verschillende onderzoeksmethodieken werden gebruikt, zullen methodiek en resultaten per cyclus worden besproken.

3.1 Participatief actieonderzoek

3.1.1 Participatief actieonderzoek als benadering van wetenschappelijke onderzoek

Het onderzoek werd opgevat als een participatief actieonderzoek (*participative action research* of *PAR*) of CBPR (*community-based participatory research*). Het participatief actieonderzoek wordt gedefinieerd als een gemeenschappelijke benadering van onderzoek. Het is op zich geen methodiek om aan wetenschappelijk onderzoek te doen, maar een gemeenschapsgerichte oriëntatie naar wetenschappelijk onderzoek. (72–74) CBPR werd reeds met succes toegepast in de aanpak van sociale determinanten in verschillende Latijns-Amerikaanse landen, kent een toenemende populariteit en wordt meer en meer als een veelbelovende strategie gezien om ongelijkheden in sociale determinanten in kaart te brengen en aan te pakken. (75)

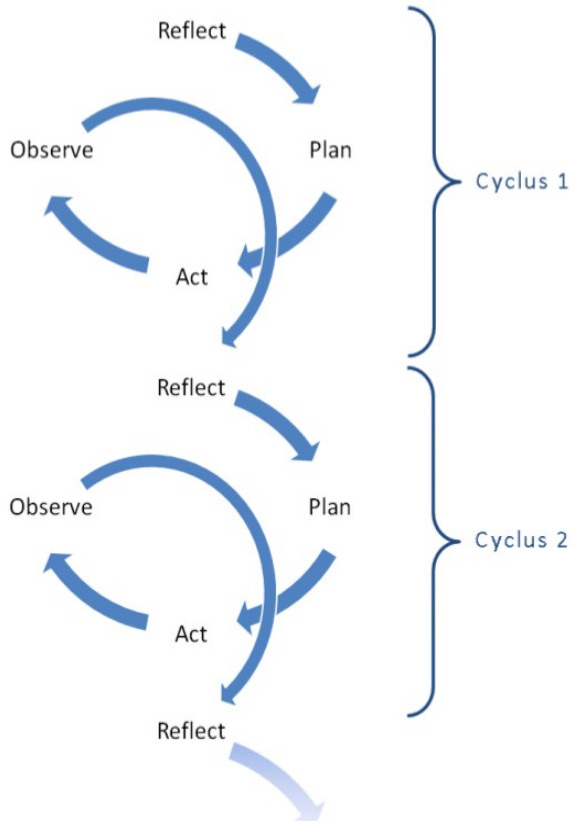
A PAR en wetenschappelijk onderzoek

PAR tracht een evenwicht te zoeken tussen wetenschappelijk onderzoek en actie. Het doel is wetenschappelijke kennis te combineren met actie gericht op sociale verandering, om aldus de gezondheid van de gemeenschap te optimaliseren. Het genereren van kennis is dus geen doel op zich, maar een middel om sociale verandering te bekomen. De wetenschappelijke processen kunnen kwantitatief, kwalitatief of een combinatie van beide zijn. Tijdens het verloop van het participatief onderzoek dat hieronder wordt beschreven, werden verschillende methodieken van wetenschappelijk onderzoek toegepast, naar gelang de voortgang van het proces. De verschillende stappen in het PAR zullen chronologisch beschreven worden, eerder dan ze telkens op te splitsen en hun methodiek en resultaten in verschillende hoofdstukken te beschrijven.

B Participatie en "*empowerment*"

In de eerste plaats definieert men de gemeenschap die betrokken wordt in het proces, legt men contacten en wordt een samenwerking opgezet met personen die de gemeenschap vertegenwoordigen. De eerste stap wordt dan de identificatie van een bepaalde vraag of probleem dat aangegeven wordt door de gemeenschap. De onderzoekspopulatie wordt niet gezien als een passieve gemeenschap die de methodiek en opzet van het onderzoek louter ondergaat, maar als een stuwende kracht doorheen het onderzoek. De onderzoekspopulatie bij

wie de onderzoeker gegevens en informatie wil bekomen, wordt gezien als expert in de eigen problematiek. Ook Wollfers pleit voor een participatief onderzoek waarbij de onderzoeker of gezondheidswerker afstapt van zijn piëdestal en vertrekt van de analyse door de mensen zelf. Hij gaat uit van hun script: hun voorgeschiedenis en hun manier van denken. Participatief onderzoek is bijzonder moeilijk en vereist een grote professionaliteit, temeer omdat klassiek de onderzoeker controle wil houden op het onderzoekverloop. (76)
Het onderzoek is gebaseerd op samenwerking tussen alle partners betrokken bij een door de gemeenschap gedefinieerd probleem. De gemeenschap bepaalt mee de doelstellingen en middelen tijdens het onderzoeksproject en is actief betrokken bij iedere fase van het onderzoek. De nadruk ligt dus op participatie, samenwerking, leerprocessen, community-building.
Participatie is echter niet voldoende om te komen tot een betere gezondheid wanneer we het belang van krachtsverhoudingen niet erkennen. (zie ook paragraaf 1.3.3) Met de term "*empowerment*" wordt bedoeld dat men een gemeenschap in staat stelt om op te komen voor zijn recht op gezondheid. Hierbij wordt vaak noodzakelijkerwijs aan een strategie gewerkt die de capaciteit uitbouwt om krachtsverhoudingen uit te dagen en te wijzigen. (77) Conflict kan dus een essentieel onderdeel van het project zijn. In plaats van conflicten te vermijden, moeten ze op een constructieve manier gehanteerd worden.



[Figuur 7: Cyclisch verloop van het participatief onderzoeksproject. Bron: figuur aangepast uit Kemmis en McTaggart]

C Het proces van participatief actieonderzoek

Het verloop van het proces van PAR beschrijven Kemmis en McTaggart als een "spiraalvormig" proces waarbij in elke cyclus een aantal stappen voorkomen (zie figuur 7) (78):

1. '*Reflect*'
   Identificatie en formuleren van het initiële probleem of onderzoeksvraag
2. '*Plan*'
   Plannen van een actie om het probleem verder te onderzoek of aan te pakken
3. '*Act*'
   Implementatie en uitvoering van het plan
4. '*Observe*'
   Verzamelen van gegevens en interpreteren van de resultaten of gevolgen
5. '*Reflect*'
   Evalueren van het proces en de resultaten van de actie en herformuleren van het probleem of onderzoeksvraag
6. '*Plan*'
   Nieuwe planning opstellen
7. …

Het wordt echter afgeraden om dit model te gebruiken als een rigide structuur. In realiteit is het mogelijk dat het proces er niet precies zo uitziet als het spiraalmodel suggereert. Door de participatieve aard van PAR en de continue feedback moet het mogelijk zijn planningen snel aan te passen aan nieuwe inzichten, stadia te

laten overlappen, etc. Het gaat dus om een open en flexibel proces.

3.1.2 PAR en de huisarts

Hoewel dit bij een eerste inschatting niet zo lijkt, is de huisarts een goed geplaatste onderzoeker en spilfiguur bij de aanpak van arbeidsgerelateerde gezondheidsaspecten vanuit een gemeenschapsgeoriënteerd perspectief. (79)

A. Vooreerst beschikt de huisarts vanuit de dagelijkse medische praktijk over een aantal attitudes die een goede basis vormen voor het opzetten van een participatief onderzoeksproject. De huisarts is getraind in patiëntgerichte zorg en heeft aandacht voor een breed perspectief dat verder gaat dan een louter medische benadering, met oog voor de psychosociale, culturele of economische context van de patiënt. Hij is gewoon van ingeplant te zijn in een gemeenschap en vanuit een dergelijk perspectief te reflecteren op gebeurtenissen en processen. Bovendien is hij gewoon om met onzekerheid om te gaan, met vage klachten of onduidelijke situaties en heeft een eerder pragmatische kijk op medische zorg. Ook in participatief onderzoek staat de uitkomst van het proces geenszins vast en dient vaak op een pragmatische manier worden omgegaan met moeilijke situaties.

B. Verder beschikt de huisarts over een academische achtergrond en kan hij het vaak complexe wetenschappelijk proces in goede banen leiden en begrijpelijk overbrengen. Hij kan tevens de link vormen tussen de werkvloer en de academische wereld.

C. Binnen de gezondheidszorg wordt een steeds grotere nadruk gelegd op preventie. De eerste lijn en de huisartsgeneeskunde zijn belangrijke spelers binnen dit preventief kader. Primaire preventie heeft meer maatschappelijke impact wanneer deze gericht is op gemeenschapsniveau. Gezien het gemeenschapsgericht karakter van de medische zorg die de huisarts op zich neemt, kan via een participatief project de één-op-één relatie van de arts met de patiënt omgezet worden in een gemeenschappelijke aanpak van problematiek die deze één-op-één relatie overstijgt.

D. De huisarts kan als onafhankelijke actor het participatief proces begeleiden. In zijn rol als gezondheidspromotor heeft hij in de eerste plaats de gezondheid van zijn patiënten en de gemeenschap voor ogen. Hij staat dus in zekere zin buiten de krachtsverhoudingen op de werkvloer, kan als onderzoeker een ongebonden positie innemen om vanuit deze positie verschillende actoren op die werkvloer samen te brengen die zich inspannen voor de gezondheid van de werknemer. Het is belangrijk dat de werknemers vertrouwen kunnen hebben in de onderzoeker. Dit zou anders kunnen zijn wanneer de werkgever of de arbeidsgeneesheer als onderzoeker zouden optreden. (zie paragraaf 1.4.1) Dit betekent uiteraard niet dat er niet met de arbeidsgeneesheer kan samengewerkt worden. Integendeel, de arbeidsgeneesheer blijft de arts met de meest grondige expertise over arbeid en gezondheid.

3.2 Voortgang en methodologie van het participatief actieonderzoeksproject (PAR)

Om een zo groot mogelijke participatie te bekomen, werd geopteerd om een eerste cyclus van het PAR aan te vangen met focusgroepsgesprekken. Er werden 4 focusgroepen met chauffeurs van bus of tram bij De Lijn in Antwerpen georganiseerd om op een kwalitatieve manier tot een inventarisering te komen van de problemen op de werkvloer en hoe deze problemen werden ervaren door de chauffeurs. In tweede instantie vonden gesprekken plaats met de arbeidsgeneesheer en de 3 vakbonden bij De Lijn. Deze instanties of personen werden vroeg bij het onderzoek betrokken omdat de chauffeurs zelf aangaven dat zowel de arbeidsgeneesheer als de vakbonden voldoende op de hoogte zijn van belastende arbeidsomstandigheden en vanuit hun functie het welzijn van de chauffeurs voor ogen hebben. In de inleiding van deze scriptie werd reeds gewezen op de rol en expertise van zowel de arbeidsgeneesheer als de vakbonden wat betreft het welzijn en de gezondheid van de werknemers in een bedrijf.
De arbeidsgeneesheer en de vakbonden onderschreven in grote lijnen de conclusies van de focusgroepen en waren bereid om verder mee te werken aan een participatief onderzoek.

In een tweede cyclus werd een algemene vergadering belegd om de conclusies van de verschillende gesprekken samen te leggen en de mogelijkheid te bieden om feedback te geven. Uit verschillende mogelijke interventies werd gekozen om een bredere bevraging en participatie tot stand te brengen door middel van een enquête. In verschillende vergaderingen werd een enquête opgesteld en vervolgens verspreid, opgehaald en verwerkt in samenwerking met de vakbonden. Door een goede coördinatie, samenwerking en inzet van de vakbonden werd een respons-rate van 46% behaald. De enquête werd opgevat als semi-kwantitatief. Naast een aantal kwantificeerbare vragen (leeftijd, geslacht, gezondheidsproblemen, absenteïsme, etc...), werd in de enquête aan de chauffeurs ruim de kans gegeven om hun meningen en opmerkingen neer te schrijven. Daarnaast werden verschillende vragen opgevat als een peiling om na te gaan welke problemen op de werkvloer men als prioritair beschouwt om verdere acties en interventies op te stellen en welke oplossingen chauffeurs zelf aanbrengen op deze problemen. Op het ogenblik dat deze scriptie werd afgerond, was de verwerking van de resultaten van de enquête nog volop bezig. Er zal hieronder slechts een beperkte weerslag volgen van een eerste verkennende fase van de resultaten.

In de voorbereidende vergaderingen werd afgesproken dat op basis van de resultaten van de enquête een voorstel tot interventie zou worden uitgewerkt door de vakbonden en de arbeidsgeneesheer. Dit interventieplan, samen met de resultaten van de enquête, zullen gepresenteerd worden op het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW). Hierin zijn de werknemersorganisaties (de vakbonden), de preventieve diensten (waaronder de arbeidsgeneesheer) en de werkgever vertegenwoordigd. Vanuit het CPBW kan als derde cyclus in het actieonderzoek, een interventie worden uitgewerkt en gerealiseerd.

3.2.1 Cyclus 1: focusgroepsgesprekken

A Situering

Tijdens een eerste, verkennende fase werd via het medisch dossier bekeken welke klachten bij chauffeurs mogelijks met het werk te maken hebben. (zie paragraaf 1.6) Om dit verder uit te diepen werden 4 focusgroepen georganiseerd met werknemers van De Lijn, voornamelijk bus- en tramchauffeurs. Omdat focusgroepsgesprekken zich zeer goed lenen om collectieve standpunten van een bepaald thema te exploreren, werd voor deze kwalitatieve methode gekozen als eerste stap van deze cyclus. De bedoeling was tot een inventarisering te komen van de voornaamste problemen op de werkvloer. Focusgroepen hebben daarnaast een effect op vlak van *empowerment* en kunnen dus als volwaardige stap beschouwd worden in een cyclisch PAR. Na deze gesprekken werden andere stakeholders (de arbeidsgeneesheer en de vakbonden) gecontacteerd en de resultaten van deze gesprekken werden teruggekoppeld in een algemene vergadering. Op deze vergadering werden de eerste stappen van een 2e cyclus in het PAR geformuleerd.

B Rationale: Focusgroepen als kwalitatieve benadering binnen PAR

Focusgroepen zijn groepsgesprekken durende van anderhalf tot twee uur met telkens een 5 tot 10tal deelnemers over een bepaald thema dat de deelnemers van deze gesprekken persoonlijk aanbelangt. Focusgroepen lenen zich als vorm van kwalitatief onderzoek erg goed tot het exploreren van sociale, culturele en persoonlijke kwesties. Niet enkel de inhoud van de gesprekken strictu sensu is van belang, maar de onderzoeker heeft ook aandacht voor argumentatie, humor, emoties, ironie, contradicties, anekdotes, stiltes of spanningen. (80)

Gezien het specifieke karakter en de samenstelling van een focusgroep is het nodig om verschillende sessies te organiseren over hetzelfde thema. Mede door het sociale karakter van focusgroepen als onderzoeksmethode dient men de sociale codes die een gemeenschap bepalen, al dan niet uitgesproken, in acht te nemen. Deze codes van sociale interactie kunnen bijvoorbeeld conflict-vermijdend zijn of streven naar een consensus, zodat bijvoorbeeld botsende meningen niet of te weinig naar boven komen. Het is daarom belangrijk om als moderator een zo open mogelijke, respectvolle en ontspannen sfeer te creëren, zodat de deelnemers zich zo weinig mogelijk gehinderd voelen in het spreken. (77) Een zeer diverse groep vermindert de kwaliteit van de informatie. Individuen zijn minder snel geneigd om persoonlijke informatie of opinies te geven in het bijzijn van personen die te zeer van hen verschillen in sociale status, job, inkomen, opleiding of persoonlijke karakteristieken. (80)

Tijdens de gesprekken kunnen personen verschillende of zelfs tegenstrijdige standpunten innemen over gelijkaardige thema's en krijgen opinies gestalte door interactie met lotgenoten. Deelnemers worden dus ook uitgedaagd om hun visie of mening te onderbouwen of bij te sturen. Deze dialectische processen zijn erg interessant binnen het opzet van een focusgroep en een kwalitatief onderzoeksproces. Op deze manier ontstaat een meer complexe en interessante dynamiek dan persoonlijke interviews en meer lagen van informatie dan bij kwantitatief onderzoek. Focusgesprekken zijn dus niet geschikt om individuele opinies of persoonlijke informatie te verzamelen of generaliserende uitspraken te doen over grote populaties. (82,83)

Focusgesprekken zijn een veelgebruikte onderzoeksmethode binnen participatief actieonderzoek, gezien focusgesprekken een zeker *empowerment* gehalte hebben. De deelnemers nemen actief deel aan het analyserende proces, dat begint bij de gesprekken zelf. Doorheen de synergie van deze gesprekken en door het converseren met lotgenoten, ontwikkelen de deelnemers vaak inzichten die ze ervoor niet hadden. Het kan bijvoorbeeld gaan over het inzicht dat men niet geïsoleerd is in het ervaren van een bepaald probleem en dat men de collectieve dimensie van dit probleem gaat inzien. (83,84)

Focusgesprekken zijn dus een goede methode om zogenaamde collectieve kennis of complexe situaties en standpunten te verkennen en te activeren. Problemen of thema's waar verschillende deelnemers mee worstelen, zullen meer en uitgebreider aan bod komen dan individuele of geïsoleerde problemen. Gezien het thema van deze studie (arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen), kan men verwachten dat vooral thema's aan bod zullen komen die collectief als problematisch op de werkvloer worden aangevoeld. (79) Uit de literatuurstudie bleek bovendien dat persoonsgebonden factoren in mindere mate bijdragen tot problemen op de werkvloer bij chauffeurs in het openbaar vervoer, dan problemen eigen aan de specifieke werksituatie. Deze en andere bevindingen kunnen in de focusgroepen al getoetst worden.

Het structureren van een focusgroepsgesprek hangt nauw samen met de gewenste informatie. Een explorerend gesprek, waarvan de bedoeling is om zoveel mogelijk informatie te verzamelen, zal zo weinig mogelijk gestructureerd en gestuurd worden en er zullen slechts een aantal kernvragen geformuleerd worden. Bij iedere focusgroep zijn 1 of meerdere onafhankelijke observatoren aanwezig. Zij komen niet tussen in het gesprek maar observeren voornamelijk de non-verbale communicatie tussen de deelnemers en het verloop van de discussie. Ze maken notities die opgenomen worden in de verdere analyse van de gesprekken. Een moderator leidt de gesprekken in goede banen en staat in voor een ontspannen en respectvolle sfeer. Zonder het gesprek teveel te sturen, formuleert hij het kader waarbinnen de discussie plaatsvindt.

Analyse van de resultaten van focusgroepen berust niet op het kwantificeren van informatie. De onderzoeker stoot op tegenstrijdige of paradoxale informatie. Verwerking van deze informatie gebeurt aan de hand van thema's, kernwoorden, perspectieven en opinies. Naargelang de frequentie van thema's of kernwoorden die in de discussie worden aangehaald of de intensiteit waarmee deze topics bediscussieerd worden, zal een relatief gewicht aan deze informatie worden toegekend.

C 4 exploratieve focusgroepen met tram- en buschauffeurs

Het voorafgaande, verkennende onderzoek van de medische dossiers werd als vertrekpunt genomen. Deze chauffeurs werden telefonisch of per brief gecontacteerd en uitgenodigd voor een groepsgesprek over problematische arbeidsomstandigheden. Uiteindelijk werden gedurende de maand februari 2012 vier focusgroepsgesprekken georganiseerd, met telkens 3 tot 7 deelnemers. De deelnemers waren in de eerste plaats patiënten van de huisartsenpraktijk van Geneeskunde voor het Volk Hoboken. Enkele deelnemers waren geen patiënt bij de praktijk en werden door enthousiaste chauffeurs zelf uitgenodigd.[3] Alle 22 deelnemers waren

3 Dit werd niet gezien als oncollegiale patiëntenwerving, gezien de huisartspraktijk van GVHV Hoboken met een forfaitair systeem werkt waarbij de patiënt zich dient in te schrijven. Er is overleg met de collega's via de structuren van de

werkzaam bij De Lijn in Antwerpen of waren recent op rust gegaan. Het betrof 20 chauffeurs bij De Lijn, 1 chauffeur bij een “pachter” van De Lijn[4] en 1 opzichter bij de premetro.

Voor het begin van ieder focusgesprek werd informatie verstrekt aan de deelnemers over de opzet en het verloop van het project. Er werd gevraagd aan de deelnemers om een *informed consent* formulier te ondertekenen. In dit formulier werd bevestigd dat alle informatie anoniem zou verwerkt worden en werd hun discretie in verband met vertrouwelijke informatie over collega's gevraagd.

De focusgesprekken werden los gestructureerd aan de hand van volgende kernvragen:
1. “Welke zijn volgens u de belangrijkste problemen op de werkvloer bij De Lijn die leiden tot problemen op vlak van gezondheid?”
2. “Welke instanties of personen kunnen we aanspreken om deze problemen verder uit te diepen of aan te kaarten?”
3. “Wat is volgens u een werkbare strategie om deze problemen aan te pakken?”

Door te antwoorden op deze vragen, konden de chauffeurs zelf zoveel mogelijk aangeven in welke richting het project diende te gaan en welke mogelijke partners betrokken konden worden.

De 4 focusgesprekken kenden volgende samenstelling

- Gesprek 1:
  - 6 deelnemers: 6 mannen
  - 2 tramchauffeurs, 1 buschauffeur, 1 buschauffeur en 1 tramchauffeur op rust en 1 opzichter in de premetro
  - leeftijd van de deelnemers: 31 tot 67 jaar
  - 2 observatoren: 2 onafhankelijke artsen op de huisartsenpraktijk
  - 1 moderator

- Gesprek 2
  - 7 deelnemers, waarvan 5 mannen en 2 vrouwen
  - 3 tramchauffeurs, 3 buschauffeurs en 1 buschauffeur op rust
  - leeftijd van de deelnemers: 28 tot 64 jaar
  - 2 observatoren: 1 huisarts van de groepspraktijk en 1 chauffeur uit gesprek 1 die de uitdrukkelijke wens uitte een volgend gesprek te mogen observeren. Dit werd voorgelegd en goedgekeurd door de deelnemers van gesprek 2.
  - 1 moderator

- Gesprek 3
  - 3 deelnemers, waarvan 1 vrouw en 2 mannen
  - 1 tramchauffeur, 1 buschauffeur en 1 buschauffeur bij een pachter van De Lijn
  - leeftijd van de deelnemers: 45 tot 58 jaar
  - 1 observator: een huisarts-in-opleiding verbonden aan de faculteit Geneeskunde van de UGent
  - 1 moderator

- Gesprek 4
  - 6 deelnemers, waarvan 6 mannen

huisartsenkring.

4 De Lijn besteed een deel van de nodige dienstverlening uit aan onderaannemingen. Het betreft hier meestal regionale ritten.

- 2 tramchauffeurs, 4 buschauffeurs
- leeftijd van de deelnemers: 48 tot 61 jaar
- 1 observator: 1 chauffeur uit gesprek 1 die de uitdrukkelijke wens uitte een volgend gesprek te mogen observeren. Dit werd voorgelegd en goedgekeurd door de deelnemers van gesprek 4.
- 1 moderator

De moderator van deze gesprekken was telkens de auteur van deze scriptie. Verdere details over de identiteit van de deelnemers kunnen hier niet verstrekt worden omdat dit mogelijks de anonimiteit van de deelnemers in gevaar brengt.

D Resultaten van de focusgroepsgesprekken

"*Er zijn veel mensen die ziek zijn geworden door de job uit te oefenen, gewoon een standaardjob. Het werk moet aangepast worden. De Lijn moet het werk zodanig organiseren dat wij geen problemen krijgen. Daar komt het eigenlijk op neer. Nu moeten wij ons aanpassen aan de werkomstandigheden.*"

In bijlage 1 is een uitgebreide weerslag van de resultaten van de gesprekken opgenomen. De analyse van de gesprekken gebeurde aan de hand van een kwalitatieve verwerking waarbij de inhoud van de gesprekken werd opgenomen op een digitale dictafoon en vervolgens uitgeschreven. Deze transcripties werden meermaals doorgelezen, gecodeerd en gecategoriseerd, om uiteindelijk te komen tot een finaal rapport. (85)

Hieronder volgt een synthese van het finaal rapport van deze gesprekken.

I Gezondheidsproblemen en arbeidsomstandigheden

Er heerste een grote overtuiging bij de chauffeurs dat symptomen en klachten, zoals rugproblemen (klachten van de hals en lage rug), met de werkomstandigheden te maken hebben. Arbeidsomstandigheden bij De Lijn waren de laatste decennia verbeterd, maar er is nog een lange weg te gaan. Chauffeurs gaan vaak op zoek naar individuele oplossingen voor de problemen die ze ervaren.
Er kwamen een 4tal thema's als rode draad terug in de 4 gesprekken:

- Rugproblemen en slechte stoelen
  De chauffeursstoelen zijn vaak versleten, hard en hebben te weinig mogelijkheden om deze correct af te stellen. Hierdoor ervaren veel chauffeurs klachten ter hoogte van de lage rug, maar ook in de nek en de onderste ledematen. Een correcte zithouding is bovendien moeilijk vol te houden.

- Stress
  Stressgerelateerde klachten gaan van psychosociale problemen (depressie), maagzweren en slaapstoornissen tot problemen met hart- en vaatziekten.
  - De ritorders: Er is onvoldoende tijd voorzien om te voldoen aan de vooropgestelde ritorders. Hierdoor kan men geen pauzes nemen en is er tijdens het rijden een constante tijdsdruk. Vaak wordt er te snel gereden.
  - De dienstregeling: Er zijn 2 soorten dienstregelingen bij De Lijn in Antwerpen. Beide werkschema's zijn echter in min of meerdere mate belastend voor de

biologische klok en het privé-leven van de chauffeurs en leiden tot slaapstoornissen of psychosociale problemen.
    - De verkeersdrukte: Deze kent een historische evolutie en is de laatste decennia duidelijk toegenomen.
    - Een gebrek aan respect en appreciatie vanuit de reizigers, maar vooral vanuit de werkgever. De top-down communicatie naar de chauffeurs toe wordt als negatief en niet betrokken ervaren. De Lijn investeert niet in preventie van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen, maar veeleer in controle. Een belangrijk onderwerp van discussie was de aanpak van absenteïsme bij De Lijn. Het concept van de verzuimgesprekken en de controlegeneeskunde werden vaak als erg controlerend en intimiderend ervaren.

- Het materiaal (voertuigen, loodsen, etc...). Dit is vaak versleten, oud, onveilig, oncomfortabel, gebrekkig of niet hygiënisch en werd in verband gebracht met gezondheidsproblemen (specifiek lage rugklachten bij defecte stoelen).

- Daarnaast kwamen een aantal specifieke problemen aan bod bij de chauffeur die voor een pachter van De Lijn werkt en de opzichter van de premetro.

In bijlage 2 werd een causaal model bijgevoegd van de klachten die aan bod kwamen tijdens de gesprekken. Het is een model dat klachten bundelt volgens thema zonder dieper in te gaan op de context van deze thema's. Aldus ontstaan clusters van problemen volgens hun oorzaak. (86)

II Personen en instanties bij De Lijn

Tijdens een tweede luik van iedere focusgroep werd gepeild naar welke instanties of personen volgens de chauffeurs kunnen aangesproken worden om deze problemen aan te pakken. Het betrof in eerste instantie de arbeidsgeneesheer bij De Lijn in Antwerpen en de 3 vakbonden. De directie werd niet gezien als een directe partner omdat deze volgens de chauffeurs geen oor heeft naar de problemen en bezorgdheden van de chauffeurs en eerder een negatieve rol speelt bij het in stand houden van problematische arbeidsomstandigheden.

De arbeidsgeneesheer staat volgens de chauffeurs onder druk van de werkgever. Hij heeft weinig ruimte om een eigen inbreng te realiseren en heeft vooral een adviserende rol. Vanuit zijn positie als bedrijfsarts heeft hij wel een belangrijke sleutel tot verandering in handen. De arbeidsgeneesheer weet wat er leeft bij de chauffeurs, kent de problemen, heeft een positieve ingesteldheid, is heel menselijk. Hij kan inschatten in welke mate medische klachten of problemen met de werkomstandigheden te maken hebben en kan een waardevolle rol opnemen in de verdere loop van het onderzoek.
Het werd als de taak van de vakbonden gezien om problemen op de werkvloer aan te pakken, gezien zij het best op de hoogte zijn van de problemen van de werknemers. De chauffeurs gaven aan dat dit onderzoek de vakbonden wetenschappelijke gegevens kan aanreiken in verband met bepaalde gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden bij De Lijn. Op deze manier hebben de vakbonden iets om voor te leggen bij sociaal overleg en om hun eisen naar de werkgever kracht bij te zetten. Om juiste gegevens te verzamelen, is een samenwerking tussen de vakbonden en de arbeidsgeneesheer erg belangrijk. Volgens de chauffeurs moeten de vakbonden echter alle drie samenwerken en samen optreden. Er heerst echter ook een vertrouwensprobleem van een aantal werknemers tegenover de vakbonden: zij worden verondersteld eerlijk te werk te gaan en aan de kant van de werknemer te staan. Men heeft het

gevoel dat de vakbond soms in gebreke blijft in het beschermen van de werknemer. Een aantal initiatieven en acties die opkomen voor betere arbeidsomstandigheden, werden tegengewerkt, bijvoorbeeld spontane stakingen.

III Verdere stappen

Een laatste vraag betrof de verdere stappen die genomen moeten worden om tot betere en gezondere werkomstandigheden op de werkvloer te komen. Het betrof in de eerste plaats interventies rond rugproblemen en slechte stoelen, dienstregelingen en ritorders, de aanpak van absenteïsme en ijveren voor beter materiaal.
Interventies omtrent rugproblemen en slechte zetels zijn nodig en haalbaar. Een rugschool werd reeds ingevoerd. Dit was echter niet bij de werkuren inbegrepen, hetgeen voor een chauffeur vaak moeilijk te organiseren is.
Interventies rond dienstregelingen als aanpak van stress moeten een privé- en sociaal leven toelaten en een betere financiële beloning moet bespreekbaar zijn. Er werden voorstellen besproken als een systeem waarbij men aaneengesloten diensten heeft met meer regelmaat, en betere mogelijkheden qua transport naar en van het werk. Rond dit thema werd reeds enige jaren geleden een enquête verspreid onder het personeel. Hieruit bleek echter dat men weinig bereid was aan dit systeem te sleutelen.
Overbeladen ritorders moeten aangepast worden. Dit kan een preventieve veiligheidsmaatregel zijn gezien chauffeurs geneigd zijn te snel te rijden door overbeladen ritorders en dit zal de chauffeurs toelaten tijdig pauzes te nemen.
Als interventies omtrent de manier waarop De Lijn met absenteïsme omgaat, werd gedacht aan het systematisch uitnodigen van vertrouwenspersonen (bijvoorbeeld van de vakbonden) bij verzuimgesprekken of het beperken van bezoeken van controleartsen.

In verband met toekomstige communicatie met de directie wezen de chauffeurs op het belang van positieve communicatie. Betere arbeidsomstandigheden betekenen een betere gezondheid van de werknemers en zijn dus preventieve maatregelen, hetgeen zal resulteren in minder afwezigheid omwille van ziekte.

E Gesprekken met de arbeidsgeneesheer en vakbondsvertegenwoordigers

Aangezien de chauffeurs zowel de arbeidsgeneesheer als de vakbondsvertegenwoordigers (afgevaardigden in het CPBW, militanten en secretarissen) als directe partners en belangrijke personen of instanties zagen om te betrekken bij een actiegericht project ter verbetering van de arbeidsomstandigheden, werden de arbeidsgeneesheer en de secretarissen van de drie vakbonden bij De Lijn Antwerpen onafhankelijk gecontacteerd. Zij werden geïnformeerd over het opzet van het project en het verloop van de focusgesprekken. Er werd hun visie gevraagd op de problemen die de chauffeurs naar voor schoven en gepolst naar een eventuele verdere samenwerking voor een actiegericht project.
Hieronder worden deze gesprekken kernachtig samengevat. De standpunten van de arbeidsgeneesheer en de vakbonden zijn uitgebreider terug te vinden in bijlage 1, waar ze samen verwerkt werden met de resultaten van de focusgesprekken.

I De arbeidsgeneesheer

De arbeidsgeneeskundige zorgen bij De Lijn worden uitbesteed aan de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk van Attentia (87). Voor de regio Antwerpen is 1 arbeidsgeneesheer aangesteld om de externe preventieve diensten te verzorgen. Hieronder volgen de standpunten van de arbeidsgeneesheer over de problemen op de werkvloer van De Lijn Antwerpen.

- Rugklachten
  Betere stoelen zullen niet al de rugproblemen verhelpen, maar een groot deel van de klachten hangt samen met de accommodatie. Hoewel enige progressie op dit vlak, is men niet ver gekomen. Vooral het onderhoud van de stoelen is problematisch. Om de stoelen te verbeteren, dient een ganse structuur in De Lijn aangesproken en aangepakt te worden. Het is moeilijk dat georganiseerd te krijgen. De arbeidsgeneesheer heeft een "*one-on-one*" contact. Deze persoonlijke educatie is weinig efficiënt als preventie voor rug- en andere problemen."
- Dienstregeling
  De dienstregeling brengt problemen als slaapstoornissen en sociale problemen met zich mee. Er blijft geen tijd om te recupereren. Dienstregelingen zouden meer op het individueel profiel van de werknemer moeten toegekend worden, naargelang sociale situatie, gezondheidssituatie, etc...
- Stress
  Tijdsdruk en stress worden heel persoonlijk beleefd. Sommigen hebben er stress door, anderen niet. Het is niettemin een niet te verwaarlozen probleem. Mensen die meer stressgevoelig zijn, ondervinden het werk bij De Lijn als erg stresserend.
- Aanpak absenteïsme
  Aangepast werk wordt vaak voorzien. Zo hebben veel werknemers andere diensten of functies gekregen. Absenteïsme bij De Lijn werd door de werkgever destijds als problematisch ervaren en als antwoord op dit debat is De Lijn striktere controles gaan toepassen. Een van de gevolgen is dat meer mensen dan vroeger het werk hervatten terwijl ze eigenlijk nog beter met ziekteverlof waren gebleven. Ook bestaat er een reële angst om ontslagen te worden door langdurige ziekte.

II De vakbonden

De drie vakbonden actief binnen De Lijn in Antwerpen zijn:

- Het ACOD tram-bus-metro: centrale van de openbare diensten binnen het ABVV
- Het ACV openbare diensten
- Het ACLVB

Hun secretarissen werden gecontacteerd en uitgenodigd voor een gesprek over de resultaten van de focusgesprekken en een visie op een eventuele samenwerking voor een actiegericht project. De problemen die aan bod kwamen tijdens de gesprekken zijn gekende problemen bij de vakbonden bij De Lijn. De vakbonden hebben hier rond al veel ondernomen en hebben een uitgebreide knowhow en achtergrond van deze problemen. Hieronder volgen de standpunten van de vakbonden over problematische werkomstandigheden bij De Lijn en hun commentaren op de conclusies van de focusgroepsgesprekken.

- Rugklachten
  Rond rugproblemen en stoelen werd al veel gewerkt en verbeterd. Dit blijft wel een pijnpunt. Tram en bus geven rugklachten om verschillende redenen. Rugklachten en materiaal (onderhoud) gaan hand in hand. De vakbond heeft het idee gehad om met behulp van een kinesist ergonomische bijscholing voor haar leden te organiseren.
- Stress
  Stress ontstaat ook door onmogelijke ritorders. Samen met een druk verkeer is dat erg stresserend. Het is een factor die de chauffeur totaal niet in de hand heeft.
- Respect en appreciatie
  Er heerst een totale vervreemding tussen de werkvloer en de directie. De bureaucratie en de regeltjes zijn Kafkaiaans. In een groot bedrijf zijn regels nodig, maar bij De Lijn worden deze dogmatisch nageleefd. De directie verschuilt zich achter deze regels. Toch zijn de leidinggevenden hier ook deel van het systeem zonder dat ze dat noodzakelijk in stand willen houden. De werknemer wordt hierdoor compleet vervreemd van de directie. Er heerst hierdoor een negativisme op de werkvloer. De werknemer heeft het gevoel niet gehoord te worden. Dit negativisme is voor de chauffeurs vaak een strategie van zelfbehoud, gezien ze met hun grieven en klachten geen luisterend oor krijgen. De vakbond zit hier als het ware tussen twee vuren. Wie een cultuur van overleg wil nastreven, wordt meegesleurd in deze bureaucratisch mallemolen. Het is voor de afgevaardigde op de werkvloer vaak erg moeilijk om dit te communiceren naar de werknemers.
- Aanpak absenteïsme
  De verzuimgesprekken zijn een absurde maatregel. Ze werden enkele jaren terug georganiseerd door de werkgever. Iemand die geen, of weinig medische scholing kreeg, bevraagt de chauffeurs over hun ziektegedrag. Het zijn intimiderende gesprekken. Een aantal mensen lopen de kantjes eraf, maar er zijn ook mensen met medische problemen die slachtoffer worden met ontslag tot gevolg. De Lijn introduceerde deze gesprekken zonder zich echt de vraag te stellen waarom mensen zo frequent ziek zijn. Hiertegen kwam veel verzet van de vakbonden.
  Verzuimgesprekken kunnen een positief instrument zijn. De werknemer krijgt als het ware een waarschuwing en de gezondheidstoestand van de werknemer kan besproken worden. Ook de vakbonden kunnen hierbij een bemiddelende rol spelen. Het probleem is dat met die verzuimgesprekken sprake is van een ware heksenjacht. Men gaat te ver en houdt geen rekening met het effect van dergelijke maatregelen op de mentaliteit op de werkvloer. Er bestaat de vraag vanuit vakbonden: Kan dit? Is dit een vorm van verkapte herstructureringen? Welke zijn de medische en juridische aspecten? Het is in de eerste plaats een negatieve maatregel. Beter zou zijn meer aandacht voor preventie te

hebben. Daarnaast betekent 6 maanden ziekte automatisch ontslag omwille van medische redenen.

Welke aanpak en welke stappen zijn nodig volgens de vakbonden?

- Het CPBW is een orgaan dat dicht bij de werknemers staat. Het kan de grieven van de werknemers goed vertalen.
- De arbeidsgeneesheer wordt beschouwd als onafhankelijk en extern. Toch hebben de arbeidsgeneesheren bij De Lijn weinig speelruimte en gebeurt het wel dat ook zij onder druk van de werkgever komen te staan.
- Bij het aankaarten van problemen bij De Lijn zullen we botsen op het argument van de besparingen.
- Het is belangrijk de kaart te trekken van preventie door nadruk te leggen op gezondere werkomstandigheden. Minder ziekte en tevredener werknemers verbeteren de prestaties en productiviteit.

3.2.2 Cyclus 2: Een enquête over gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden bij De Lijn Antwerpen

A Algemene Vergadering en selectie van een interventie: rationale van een enquête

Na de verwerking en analyse van de focusgesprekken, de gesprekken met de arbeidsgeneesheer en met de vakbonden, werden de bevindingen en het causaal model voorgesteld op een Algemene Vergadering. Hierop waren een 10tal chauffeurs uit de focusgesprekken, de arbeidsgeneesheer, 2 secretarissen van de vakbonden en een aantal vakbondsafgevaardigden van de drie vakbonden aanwezig. Er werd gevraagd om feedback en aanvullingen op deze bevindingen.
In een tweede deel van de vergadering, geleid door prof. dr. Pol De Vos, als onderzoeker verbonden aan het Tropisch Instituut en ervaringsdeskundige op het vlak van PAR, werden de deelnemers uitgenodigd om na te denken over mogelijke interventies om deze problematische arbeidsomstandigheden aan te pakken.
Er werd een selectietabel opgesteld om mogelijke interventies te scoren op hun mogelijke impact, realiseerbaarheid (zowel organisatorisch, financieel als technisch), het participatief aspect van de interventie en duurzaamheid. (86) Het resultaat daarvan is terug te vinden in bijlage 3.

Uiteindelijk werd besloten om een enquête op te stellen en te verspreiden bij de chauffeurs van De Lijn in Antwerpen. Dit werd besloten om volgende redenen:

- Impact: Hoewel geen echte interventie, kan dit bij de chauffeurs een sensibilisering teweeg brengen i.v.m. de nood aan betere arbeidsomstandigheden. Hoewel beperkter dan de focusgesprekken, kan een enquête een mobiliserend effect hebben.
- Organisatorische realiseerbaarheid: Organisatorisch vraagt het enig engagement om een enquête voldoende te verspreiden. Indien de vakbonden en arbeidsgeneesheer dit haalbaar vinden, kan dit een realiseerbare interventie zijn. Beide partners waren bereid om een enquête mee te ondersteunen en te verspreiden.

- Financiële realiseerbaarheid: Het opstellen, afdrukken en verspreiden van een enquête vraagt relatief weinig financiële middelen.
- Gemeenschap/participatie: Door het zo breed mogelijk verspreiden van een enquête bij de chauffeurs, worden de resultaten van de focusgroepen getoetst op veel grotere schaal. Een pak meer chauffeurs worden onrechtstreeks betrokken bij het onderzoek en de basis om het project verder op te bouwen wordt veel breder.
- Duurzaamheid: Met een enquête op zich wordt niets tastbaar gerealiseerd. Het zal afhangen van wat er met de resultaten kan aangevangen worden, of er een duurzame interventie op touw gezet kan worden. Wel kan een enquête uitspraken doen over een grote populatie en geeft dit meer gewicht aan het onderzoek en bij onderhandelingen met de werkgever over de implementatie van interventies ter verbetering van de arbeidsomstandigheden.

B Opstellen en verspreiden van de enquête

De enquête werd opgesteld op basis van de 4 focusgroepdiscussies en de gesprekken met de arbeidsgeneesheer en de vakbonden. Ze werd voorgelegd, besproken en meermaals gewijzigd in overleg met chauffeurs, de arbeidsgeneesheer en een aantal vakbondsleden van het Comité Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW). Dit proces werd als interne validatie van de enquête gezien. De enquête is terug te vinden in bijlage 4.
Anonimiteit werd gegarandeerd door zowel de vakbonden als de artsen die meewerkten aan dit onderzoek. Bij iedere enquête werd een enveloppe bezorgd om de ingevulde enquête verzegeld terug te bezorgen aan de vakbonden. Enkel de artsen betrokken bij het PAR kregen inzicht in de ingevulde enquêtes.

De enquête bestond uit 5 delen.
In het eerste deel van de enquête werd gepeild naar een aantal kenmerken van de populatie (geslacht, leeftijd, gewicht, lengte, rookgedrag, anciënniteit, vervoersmiddel, werktijd en sport) en wordt hun gezondheidstoestand bevraagd.
Het tweede deel gaat specifiek over rugproblematiek en de mogelijks geassocieerde beroepsrisico's zoals de stoelen. Dit deel van de enquête werd opgesteld aan de hand van de *Nordic Musculoskeletal Questionnaire*, een gevalideerde en veelgebruikte vragenlijst voor het in kaart brengen van MSA's, waaronder lage rugproblemen. (88)
In het derde deel gaan de vragen over de dienstregeling en de beleving van stress hieromtrent.
In het vierde deel wordt er dieper ingegaan op het beleid rond absenteïsme. De thema's rugproblematiek, dienstregeling en absenteïsme waren de thema's die uit de focusgroepdiscussies naar voren kwamen als meest belangrijk ervaren factoren die de gezondheid op het werk beïnvloeden.
In het vijfde en laatste deel wordt opnieuw bevraagd welk thema ervaren wordt als meest belangrijk of als meest haalbaar voor verandering.
Een laatste pagina gaf de chauffeurs de kans om hun contactgegevens na te laten indien zij bij de voorstelling van de resultaten van de enquête en het verder verloop van het PAR betrokken wilden worden. Er werd gevraagd om deze pagina afzonderlijk en eveneens verzegeld af te geven aan de vakbonden, zodat deze losgekoppeld werden van de gegevens in de enquête. Enkel de meewerkende artsen kregen inzage in deze gegevens.

De enquête werd in de eerste plaats opgevat als semi-kwalitatief. Hoewel een aantal gegevens

kwantitatief dienen verwerkt te worden, werd de enquête niet opgevat als een epidemiologisch studie naar de prevalentie van een aantal problemen op de werkvloer, maar een kwalitatieve benadering van deze thema's. De chauffeurs worden verschillende keren gevraagd hun mening te geven over bepaalde thema's en problemen. Het in kaart brengen van de perceptie van chauffeurs over problemen op de werkvloer is een belangrijke doelstelling van deze enquête. Op deze manier wordt een zo breed mogelijke en semi-kwalitatieve gewogen inventarisatie van drie problemen op de werkvloer bekomen, met name rugproblemen en stoelen, dienstregelingen en ritorders, en de aanpak van absenteïsme bij De Lijn. De enquête werd verspreid en opgehaald tijdens de periode van 28 januari 2013 tot 8 maart 2013 bij de chauffeurs van de vervoersmaatschappij De Lijn. De vragenlijsten werden door vakbondsafgevaardigden en -militanten verspreid onder hun collega's op 1000 exemplaren. 446 chauffeurs leverden de vragenlijst terug in. 426 vragenlijsten werden volledig ingevuld en 407 enquêtes waren geschikt voor verdere analyse. Er zijn 967 chauffeurs werkzaam als chauffeur bij De Lijn in de 4 stelplaatsen of loodsen in Antwerpen waar de enquête werd verspreid. Dit betekent een respons-rate van ongeveer 46%.

C Analyse en resultaten van de enquête

De resultaten van de enquête zijn gezien het beperkte tijdskader tussen het verwerken van de gegevens uit de enquête en het indienen van deze masterscriptie, nog niet volledig gekend. Het is wel de bedoeling om deze analyse verder te zetten in functie van de aanpak van gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden bij De Lijn Antwerpen.
Hieronder volgt een eerste exploratie van de resultaten van een aantal vragen in de enquête. We zullen per hoofdstuk de belangrijkste resultaten nagaan. In bijlage 5 werden grafieken of tabellen toegevoegd van de hieronder besproken resultaten.

I Algemene populatiekenmerken: zie bijlage 5, tabel 1 en grafiek 1

De bevraagde populatie bestond voornamelijk uit mannen (79,1% versus 20,9% vrouwen). De leeftijdsverdeling lijkt gelijkmatig alsook de verdeling tussen de verschillende gewichtsklasse en lengte. Wel merken we op dat ongeveer 64% van de chauffeurs kampt met overgewicht (BMI>25). Het aantal rokers ligt net iets hoger dan het nationale gemiddelde: ongeveer 1 op 3 chauffeurs rookt. (89) Er zijn iets meer tram- dan buschauffeurs, veruit de meerderheid van de chauffeurs heeft een voltijds contract en meer dan de helft van de chauffeurs doet regelmatig overuren. De meerderheid van de chauffeurs werkt voltijds met een aaneengesloten uurrooster. Ongeveer de helft zegt aan sport te doen, maar nog geen 10% van de chauffeurs zegt wekelijks sport te beoefenen.
Door middel van een chi²-test werd berekend in welke mate deze populatie representatief is voor alle bus- en tramchauffeurs van De Lijn in Vlaanderen. Dit gebeurde aan de hand van het jaarverslag van De Lijn van 2011. (90) De verdeling van leeftijd en anciënniteit in de enquête werden getest aan het Vlaamse gemiddelde. Hoewel er geen significatief verschil gevonden werd tussen de leeftijdsverdeling in Antwerpen en in Vlaanderen ($\chi^2 = 5.6956$, df = 3, $p = 0.1274$), was dat zo wat betreft de anciënniteit van de bevraagde chauffeurs in Antwerpen. ($\chi^2 = 29.8434$, df = 1, $p < 0.0001$). 61,3% van de Vlaamse chauffeurs heeft er minder dan 10 jaar dienst opzitten, terwijl dat in Antwerpen 48,1% is. Dit zou erop kunnen wijzen dat de Antwerpse chauffeurs in het algemeen een langere staat van dienst hebben

dan de gemiddelde Vlaamse chauffeur. Ook de verdeling tussen man en vrouw verschilt significant met het Vlaamse gemiddelde (χ^2 = 10.1865, df = 1, p = 0.0014). Dit kan betekenen dat er proportioneel meer vrouwelijke chauffeurs zijn in Antwerpen dan het Vlaamse gemiddelde of dat proportioneel meer vrouwelijke chauffeurs de enquête hebben ingevuld. Gezien we niet over cijfers beschikken over de specifieke Antwerpse context, kunnen we hier geen verdere uitspraken over doen.

II Gezondheidsproblemen en rugklachten: zie bijlage 5, grafiek 2 & 3 en tabel 2 - 4

Er werden 23 problemen bevraagd. Een ongeveer 1 op 4 chauffeurs (111 van de 407 chauffeurs of 27,3%) meldde geen enkel gezondheidsprobleem. Evenveel chauffeurs gaven slechts 1 probleem aan. Slechts enkele chauffeurs meldden 6 of meer klachten.
Wanneer we de verdeling van deze klachten beschouwen, zien we dat musculoskeletale klachten en psychische problemen de hoogste prevalenties vertonen. 63,9% van de chauffeurs leidt aan 1 of meer MSA's (musculoskeletale klachten) en 26,5% van de chauffeurs kent psychische problemen. Dit komt overeen met de bevindingen uit de literatuurstudie, hoewel vaak hogere cijfers worden gerapporteerd. (55,57) Opmerkelijk is dat 17% van de chauffeurs hoofdpijn meldt. Ook wordt overgewicht vaak niet als dusdanig ingeschat door de chauffeurs zelf. Waar uit de demografische gegevens blijkt dat ongeveer 64% van de chauffeurs kampen met overgewicht, is er een opmerkelijke zelfrapportage van slechts 13%.
Bekijken we de verdeling van musculoskeletale klachten, dan zien we dat 46,7% van de chauffeurs klachten van de lage rug aangeeft. 24,3% geeft aan klachten ter hoogte van de nek te ervaren. Dit komt overeen met de literatuur. Toch worden hier en daar nog hogere prevalenties genoteerd; tot 50% voor nekklachten en 60% voor lage rugklachten. (57,60)
Wanneer echter specifieker naar de frequentie van rugklachten werd gevraagd, gaf slechts 1 op 4 chauffeurs aan dat zij nooit rugklachten hadden het afgelopen jaar. 40% van de chauffeurs geeft aan nu en dan eens rugklachten te ondervinden. Ongeveer 23% geeft wekelijks tot dagelijks klachten aan.
Er werd de chauffeurs gevraagd in welke mate zij zelf inschatten dat hun rugproblemen veroorzaakt werden door omstandigheden op het werk. Slechts 2,5% van de chauffeurs die rugklachten aangaven, gaf aan dat hun rugpijn niet met het werk te maken heeft. Iets meer dan de helft (52,6%) van de chauffeurs met rugpijn ziet een duidelijke link met het werk.

III Stress op het werk: dienstregeling en ritorders: zie bijlage 5, tabel 5 – 8 en grafiek 4

1 op 5 chauffeurs ervaart dagelijks stress op het werk. Slechts 8,5% heeft nooit stress. De helft van de chauffeurs (47,8%) ervaart slechts nu en dan stress.
De dienstregeling en de ritorders kwamen uit de bevraging van de 407 chauffeurs naar voor als een belangrijke psychosociale risicofactor. Tot de helft van de chauffeurs meldden slaapproblemen en vermoeidheid ten gevolge van de belastende dienstregeling. Slechts 1 op 3 chauffeurs meldden geen problemen. Voor de ritorders zagen slechts 16,1% van de chauffeurs geen problemen. Meer dan de helft van de chauffeurs (55%) kan niet zonder meer zijn pauzes opnemen en 1 op 5 chauffeurs rijdt dagelijks te snel om aan de ritorders te voldoen. De ritorders bleken een belangrijke bron van stress (39,3%), dewelke nog was toegenomen sinds de besparingen van september 2012 (58,3%). 63,2% van de chauffeurs gaven aan dat het werk sindsdien minder aangenaam en meer belastend is geworden, naast 12,3% chauffeurs die erover nadenken om te stoppen met hun job.

IV Aanpak van absenteïsme bij De Lijn: zie bijlage 5, tabel 9 – 11 en grafiek 5 & 6

Ongeveer 1 op 3 chauffeurs is het afgelopen jaar nooit afwezig geweest. Bijna de helft is 3 keer of minder afwezig geweest voor periodes korter dan een week. Vooral frequente afwezigheden (4 keer of meer) blijken zeldzaam (4,9%). Wel ongeveer 1 op de 5 chauffeurs is het laatste jaar afwezig geweest voor een langere periode dan 1 week. Een overgroot deel van de chauffeurs is het laatste jaar ziek gaan werken (85%). 69,4% van deze chauffeurs vond zich niet ziek genoeg om thuis te blijven, maar bijna 40% gaf aan dat ook de angst voor ontslag aanwezig was.
De verzuimgesprekken werden over het algemeen nutteloos (55%) tot zelf intimiderend (46,8%) ervaren. Bijna de helft van de chauffeurs geeft aan dat hen details werden gevraagd over hun medische toestand.[5]

V Verdere analyse

Het spreekt voor zich dat de analyse van de resultaten van de enquête verre van vervolledigd is. Het tijdstip waarop deze scriptie werd afgerond, liet dat niet toe. Desalniettemin zal de analyse worden verdergezet.
Een verdere epidemiologische analyse van deze resultaten is nodig om te begrijpen welke kenmerken de populatie van bus- en tramchauffeurs bij De Lijn Antwerpen typeert. Een inzicht en begrip van deze kenmerken is noodzakelijk in het formuleren van voorstellen tot verandering van de arbeidsomstandigheden.
Er dienen ook verbanden gelegd te worden tussen onafhankelijke variabelen door middel van een multi-variaat analyse. Op basis van de literatuurstudie en de resultaten van de focusgroepsgesprekken kunnen hypotheses geformuleerd worden die dan kunnen getoetst worden aan deze bevraging.
Welke variabelen zijn gerelateerd met gezondheidsklachten (van rugpijn tot stress of slaapproblemen)? Persoonlijke factoren (leeftijd, geslacht, BMI, etc..), organisatorische aspecten (type dienstregeling, type voertuig, etc...) en psychosociale factoren (stressbeleving, etc...) kunnen hierbij getoetst worden op significantie.

Daarnaast is het belangrijk om inhoudelijke, meer kwalitatieve informatie te bekomen. Hoe linken chauffeurs bepaalde gezondheidsproblemen zelf met de werkomstandigheden? Ook de oplossingen die de chauffeurs zelf aanbrengen dienen bekeken te worden. Het nagaan van de perceptie van de chauffeurs van problemen op de werkvloer en van de oplossingen die ze zelf naar voor schuiven, waren belangrijke doelstellingen van deze enquête.
Tenslotte dienen ook de eigen opmerkingen en neergeschreven commentaren van de chauffeurs op een kwalitatieve manier verwerkt te worden. Deze informatie kan als illustratie en verheldering van de meer kwantitatieve informatie gebruikt worden.
Op deze manier zal een finaal rapport van de enquête worden opgesteld.

5 De verzuimgesprekken worden afgenomen door personeel dat niet of weinig medisch geschoold is.

D Verder verloop van de 2e cyclus

In navolging van de eerste cyclus van het PAR, zullen de resultaten van de enquête worden voorgelegd aan een nieuwe algemene vergadering van de deelnemers van het PAR tot nu toe. Dit zijn de chauffeurs uit de focusgroepen, de vakbonden en de arbeidsgeneesheer. Ook de chauffeurs die hun contactgegevens via de enquête doorgaven, zullen op deze vergadering uitgenodigd worden. Ook hier zal mogelijkheid tot feedback en commentaren zijn.
Deze vergadering zal ook als doel hebben om een eerste stap te zetten in de richting van een interventie, afhankelijk van de gegevens van de enquête.
Voor het verspreiden van de enquête, verbonden de arbeidsgeneesheer en de vakbonden zich ertoe om op basis van de resultaten van de enquête, in samenwerking met de chauffeurs die deelnamen aan de focusgesprekken of aan de enquête, een voorstel en plan tot interventie op te stellen. De resultaten van de enquête en dit interventieplan kunnen dan voorgesteld worden op een CPBW, waar zowel werknemersorganisaties (de vakbonden), de preventieve diensten (waaronder de arbeidsgeneesheer) en de werkgever vertegenwoordigd zijn. Het verder verloop van het PAR en het starten van een eventuele derde cyclus, zullen afhangen van de gesprekken op het CPBW.

4 Discussie

De chauffeurs van het openbaar vervoer vormen een risicogroep voor het ontwikkelen van arbeidsgerelateerde klachten. Dit werd aangetoond via een verkennende literatuurstudie (zie hoofdstuk 2). Dit was ook wat aangegeven werd door de chauffeurs, de vakbondsafgevaardigden en de arbeidsgeneesheer van De Lijn Antwerpen. Het doel van deze studie was om deze problematiek in kaart te brengen en indien nodig een aantal prioritaire acties te formuleren ter verbetering van de werkomstandigheden. De stappen en interventies in deze scriptie beschreven zijn dan ook slechts voorbereidende stappen om tot een eventuele interventie te komen. Hieronder bespreken we eerst de resultaten van de focusgroepen en de enquête en proberen deze te kaderen binnen de huidige context en werkomstandigheden van De Lijn. Vervolgens zullen we het actieonderzoek als dusdanig evalueren en de participatieve aspecten van het onderzoek bekijken en deze linken met *empowerment*. Ook de rol van de huisarts komt aan bod, gezien één van de onderzoekvragen ging over de rol die de huisarts bij de aanpak van werkgerelateerde gezondheidsproblemen kan spelen.
We bekijken de beperkingen van deze studie en proberen een aantal perspectieven en mogelijke interventies voor te stellen.

4.1 Belastende arbeidsomstandigheden voor bus- en tramchauffeurs bij De Lijn: bespreking van de resultaten

Een eerste stap in het PAR was het organiseren van focusgroepen. Deze gesprekken lenen zich goed tot het verkennen van collectieve standpunten. Er werd voor deze methodiek gekozen omdat de voorbereidende literatuurstudie aanwees dat arbeidsrisico's vaak een belangrijkere rol spelen dan individuele factoren bij het tot stand komen van een aantal gezondheidsproblemen bij bus- en tramchauffeurs in het openbaar vervoer. Na een viertal focusgesprekken met bus- en tramchauffeurs leek een verkenning van de arbeidsomstandigheden bij De Lijn quasi volledig en werd saturatie bereikt. In het vierde gesprek kwamen geen nieuwe elementen aan bod. In een enquête, opgesteld aan de hand van deze focusgesprekken en de commentaren van de vakbonden en de arbeidsgeneesheer, werden deze thema's verder uitgediept.

4.1.1 Fysieke risicofactoren: rugproblemen en de ergonomische valkuil

Een belangrijk probleem dat tijdens de gesprekken herhaaldelijk naar boven kwam, waren rugproblemen, die de chauffeurs linkten met vooral ergonomische factoren.
Een aantal chauffeurs meldde ernstige klachten (lumboradiculair syndroom, etc...) waarvoor medische ingrepen nodig waren (infiltraties, chirurgie). De prevalentie van rugklachten kwam overeen met de literatuur. Daar vinden we echter ook hogere prevalenties terug. (60,64) Omdat slechts 11% van de chauffeurs aangaf nooit rugklachten te ondervinden, kan de prevalentie van rugklachten (47%) een onderschatting betekenen. Daarboven meldden 1 op 4 chauffeurs wekelijks tot dagelijks rugklachten te ondervinden. Klachten en problemen van de lage rug blijken een reëel en belangrijk probleem te zijn bij bus- en tramchauffeurs. Hoewel we niet kunnen vergelijken met een controlegroep, vinden we in de *European Working Condition*

Survey van 2007 een prevalentie bij de doorsnee arbeider voor lage rugpijn van 24,7%. (20) Samen met de belangrijke zelfrapportage in de focusgesprekken zou dit erop kunnen wijzen dat bus- en tramchauffeurs bij De Lijn in Antwerpen meer en ernstigere rugklachten ondervinden dan de doorsnee werkende bevolking. Bovendien is meer dan de helft van de chauffeurs met rugklachten ervan overtuigd dat hun klachten door het werk veroorzaakt worden. Hoewel dit verder onderzocht dient te worden, moet worden nagegaan welke elementen en arbeidsrisico's deze rugklachten verklaren en welke preventieve maatregelen getroffen kunnen worden.

In de eerste plaats gaven de chauffeurs zelf de slechte staat van de stoelen aan als oorzaak van rugproblemen. Deze werden beschreven als te oud, versleten en niet geschikt om langdurig op te zitten. Er werden problemen met de vering, de positionering en de afstelbaarheid van de zetels gemeld. Bovendien blijkt een correcte zithouding vaak moeilijk vol te houden. Vooral ergonomische factoren worden als oorzaak van rugproblemen gezien. Mogelijke psychosociale factoren werden in de focusgesprekken slechts bij uitzondering besproken.

Uit verschillende studies blijkt dat rugklachten inderdaad de belangrijkste MSA's zijn bij professionele chauffeurs. Eén studie stelde dat tot 90% van deze klachten met het werk van chauffeur te maken heeft. (57) Ergonomische factoren (*whole body vibrations*, oncomfortabele stoelen, slechte rugsteunen, het schokken van het voertuig, statische en zittende houdingen) spelen een belangrijke rol in het tot stand komen van rugklachten. Uit de literatuur blijkt echter dat het aandeel van psychosociale en organisatorische stressoren niet onderschat mag worden en dat ergonomische en psychosociale problemen elkaar versterken. Deze factoren zijn onder andere hoge jobeisen, een laag niveau van sociale ondersteuning tijdens het werk, een hoog ervaren stressniveau door factoren als verkeersdrukte, agressie van de reizigers, te korte of geen rustpauzes of belastende dienstregelingen. Het "*effort-reward imbalance*" (ERI) model stelt dat een negatieve ERI balans door grote mentale inspanningen tijdens het werk gepaard gaande met een laag niveau van beloning de oorzaak kan zijn van lage rugproblemen, onafhankelijk van ergonomische problemen.

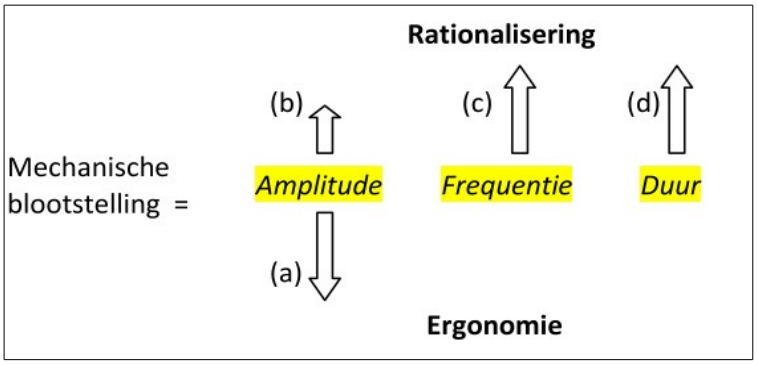
De chauffeurs meldden zowel in de focusgesprekken als in de enquête inderdaad belangrijke stressfactoren op de werkvloer, hoewel ze die zelf niet onmiddellijk leken te associëren met rugklachten. Toch zou men kunnen stellen dat de rugproblemen die de chauffeurs rapporteren in belangrijke mate mede veroorzaakt worden door deze belastende psychosociale factoren. Dit zou erop kunnen wijzen dat de chauffeurs onvoldoende geïnformeerd zijn over de oorzaak van rugklachten en MSA's in het algemeen.

De verleiding kan echter ontstaan om teveel de nadruk te leggen op de ergonomische factoren in het ontstaan van lage rugproblemen om van daaruit ergonomische interventies te lanceren. Dit fenomeen wordt ook wel eens de "ergonomische valkuil" genoemd.
Interventies gericht tegen beroepsgebonden musculoskeletale aandoeningen worden immers meestal uitgevoerd door ergonomen. Winkel en Westgaard tonen in hun kritische literatuurstudie aan dat ergonomische interventies vaak niet succesvol zijn en dat ondernemingen waar een groot budget wordt besteed aan deze interventies toch hoge prevalenties van musculoskeletale klachten, waaronder rugklachten, kunnen hebben. (91) Hun verklaring stelt dat er 3 dimensies bestaan van blootstelling aan ergonomische risico's (zie figuur 10):

- de amplitude (de grootte) van de blootstelling
- de frequentie van de blootstelling
- de duur van de blootstelling.

Traditioneel concentreert men zich dan ook op één van de drie dimensies, namelijk de amplitude van de blootstelling. Vaak gebeurt dit door interventies voor een meer ergonomische werkpost. De frequentie van de blootstelling (de repetitiviteit en het “patroon van variatie”) en de duur van de blootstelling spelen echter eveneens een belangrijke rol. Deze factoren hangen dan weer nauw samen met organisatorische en structurele aspecten van het werk. (18)
In het geval van de rugklachten bij chauffeurs bij De Lijn zou men interventies kunnen formuleren die zich beperken tot het aankopen van betere stoelen met betere veringen ter preventie van rugklachten. De kans bestaat echter dat door deze interventies de prevalentie van rugklachten niet wezenlijk gaat dalen en dus weinig effectief zullen zijn. Hiervoor zouden ook de frequentie en de duur van de blootstelling aan rugbelastende arbeidsomstandigheden moeten aangepakt worden. In de literatuur vinden we volgende aanbevelingen terug: meer regelmaat in de dienstregelingen, het limiteren van de rittijden met voldoende tijd om een rit af te leggen en voldoende tijd om adequate pauzes te nemen, pauzes die kunnen gebruikt worden om bijvoorbeeld stretch en rugversterkende oefeningen te doen. (62)
Deze interventies sluiten aan bij problemen die de chauffeurs als psychosociaal of organisatorisch beschouwden (stress door dienstregelingen en ritorders) en niet onmiddellijk in verband brachten met rugklachten.

Dergelijke organisatorische interventies kunnen meer moeilijkheden opleveren dan ergonomische verbeteringen. Volgens haar jaarlijks rapport *Benchmarking Working Europe* uit 2012 ziet het *European Trade Union Institute* (ETUI) een continue trend van intensivering op de werkvloer. (92) De achtergronden van deze trend tot intensivering werden besproken in de inleiding en zijn gelinkt aan een neoliberaal economisch klimaat van competitiviteit en concurrentiecapaciteit. Gedurende de tweede cyclus van het actieonderzoek werden bij De Lijn besparingen doorgevoerd in het kader van een algemeen crisisklimaat. (90) Vaak betekenen besparingen een intensivering van de arbeid door wat Winkel en Westgaard “rationalisering” noemen. Hierdoor worden vaak zowel de amplitude, de frequentie als de duur van de blootstelling aan belastende arbeidsomstandigheden vergroot. (zie figuur 10) (91) Wanneer men de uitgaven van een bedrijf wil beperken en de inkomsten vergroten, gebeurt dit vaak door enerzijds een toenemende druk op de loonkosten en anderzijds een druk om de productiviteit te handhaven of te verhogen. Concreet betekent dit vaak dat minder mensen meer werk dienen te verrichten.



[Figuur 10: Het risico op het ontwikkelen van MSA's is afhankelijk van zowel de amplitude, de frequentie als de duur van de blootstelling. Ergonomische interventies verminderen de amplitude, terwijl rationalisering de 3 factoren van blootstelling kan verhogen. Bron: Winkel en Westgaard, aangepast door Ronsmans.]

In de enquête die werd verspreid tijdens de tweede cyclus van het actieonderzoek, gaf 63,2% van de chauffeurs aan dat het werk sinds de besparingen bij De Lijn in september 2012 minder aangenaam en meer belastend was geworden. 12,3% liet zelfs weten dat ze overwogen om hun job op te geven door de extra belasting sinds de besparingen.
In deze context is de ergonomische valkuil reëel. Bij het formuleren van interventies om rugproblemen of andere MSA's aan te pakken, dient men echter te beseffen dat ergonomische interventies, zoals het aankopen van betere stoelen of het beter onderhouden van de stoelen,

slechts een beperkte impact kunnen hebben wanneer psychosociale en organisatorische factoren onveranderd of zelf meer belastend zijn geworden. Dit betekent niet dat dergelijke interventies zinloos zijn, maar dat ze een stuk effectiever zijn wanneer ook psychosociale arbeidsomstandigheden verbeteren.

4.1.2 Psychosociale en organisatorische risicofactoren

A Stress, dienstregelingen en ritorders

Belastende psychosociale en organisatorische arbeidsomstandigheden kwamen tijdens de focusgesprekken quasi continu aan bod. Ruim 1 op 4 chauffeurs ervaart dagelijkse tot continue stress op het werk.
Eén van de belastende factoren was de dienstregeling die zorgt voor slaapproblemen, privé- en sociale problemen, eetproblemen of die eenvoudigweg werd omschreven als stresserend. Uit de enquête bleek dat 65,8% van de chauffeurs dergelijke klachten rapporteerden die ze zelf linkten met de dienstregeling.

Ook de ritorders tijdens het rijden bleken te weinig haalbaar en veroorzaakten stress op de werkvloer. 39,3% zagen de ritorders als een bron van stress. 20,2 % of 86 chauffeurs gaven zelfs aan dat ze dagelijks te snel reden om aan de ritorders te kunnen voldoen.
In de literatuur stellen we inderdaad vast dat chauffeurs een groter risico hebben op een aantal cardiovasculaire aandoeningen ten gevolge van stress. Daarnaast is er een gestegen risico op agressie op de werkvloer en leiden wisselende dienstregelingen tot vermoeidheid en een grotere kans op ongevallen. Deze en andere problemen dragen bij tot een grotere kans op burn-outs en andere psychische en lichamelijke klachten. Er is ook evidentie dat stress op de werkvloer leidt tot lichamelijke klachten, zoals rugproblemen. (62)
De bevinding dat voor veel chauffeurs (58,3%) de stress ten gevolge van de ritorders is toegenomen sinds de recente besparingen bij De Lijn, is zorgwekkend. Men kan vermoeden dat de prevalentie van lichamelijke en psychosociale klachten slechts zal toenemen.

B Respect van de werkgever: Absenteïsme en haar aanpak

Uit de focusgroepsgesprekken kwam een andere belangrijke stresserende factor naar boven: de relatie met de werkgever. Communicatie van hogerhand werd als berispend, demotiverend en niet-ondersteunend ervaren. Herhaaldelijk werd aangegeven dat men vanuit De Lijn investeert in controle, maar niet in preventie. De aanpak van absenteïsme bij De Lijn werd vaak gezien als een typerend voorbeeld van de relatie werkgever-werknemer zoals beschreven door de chauffeurs. Zowel het beleid rond controlegeneeskunde als de verzuimgesprekken werden als intimiderend ervaren. Dit blijkt ook uit de enquête. 46,8% van de chauffeurs die recent een verzuimgesprek hadden meegemaakt, gaven aan dat ze dit gesprek als intimiderend hadden ervaren. Bovendien gaf bijna de helft van de chauffeurs aan dat hen tijdens die gesprekken details over hun medische toestand werd gevraagd. Ter verduidelijking: deze gesprekken worden door niet- of weinig medisch geschoold personeel afgenomen.

Deze gesprekken werden georganiseerd omdat de graad van absenteïsme bij De Lijn hoger lag dan het Vlaamse gemiddelde. (94)
Uit de enquête blijkt dat bijna de helft van de chauffeurs 1 tot 3 keer per jaar thuis blijft omwille van ziekte. Ook vallen de langere afwezigheden op. Bijna 20% van de chauffeurs is het afgelopen jaar voor periodes langer dan een week afwezig geweest. Toch vonden haast 70% van de chauffeurs die het afgelopen jaar ziek zijn geweest dat ze niet ziek genoeg waren om thuis te blijven en aldus op het werk verschenen zijn. Daarnaast blijkt dat ruim 1 op 3 van de chauffeurs die het afgelopen jaar ziek waren, toch is komen werken uit angst voor ontslag. Hoe kunnen we deze cijfers verklaren?

Door verzuimgesprekken te organiseren, gaat men uit van een individuele en persoonlijke benadering van absenteïsme. Alvorens uitspraken te doen over absenteïsme en al dan niet terecht ziekteverlof, is het nodig inzicht te krijgen in de factoren die ziekte en ziekteverlof bepalen. Economische analyses over dit onderwerp concentreren zich vooral op persoonlijke karakteristieken van de werknemers (leeftijd, geslacht, …) hoewel naast persoonlijke determinanten, ook de psychosociale en organisatorische factoren in deze analyse aan bod moeten komen. Een analyse van deze factoren kan niet alleen de gezondheid van de werknemers, maar ook de financiële situatie van het bedrijf ten goede komen.

Bij het naslaan van de literatuur over absenteïsme, vinden we een recent Nederlands onderzoek bij meer dan 100 bedrijven, gebaseerd op officiële Nederlandse statistieken, dat aantoonde dat de grootte van het bedrijf, de sector van economische activiteit, het werkschema, het aantal werkuren en het loon een belangrijke invloed hebben op het aantal dagen ziekteverlof bij werknemers. Uurroosters met onregelmatig werk of werk in verschillende diensten, lange werkdagen en lage lonen resulteren in meer ziekteverlof. In grote bedrijven voelen de werknemers zich minder betrokken bij het reilen en zeilen van het bedrijf. Wat betreft persoonlijke kenmerken van de werknemers, is een hogere leeftijd de enige persoonlijke factor die in deze studie resulteert in meer afwezigheid door ziekte. (95)
Nog een Nederlands onderzoek naar langdurig ziekteverlof (langer dan 1 maand) bij werknemers van 43 bedrijven, besluit dat er twee belangrijke factoren zijn die een langdurige afwezigheid verklaren. De aanwezigheid van een langdurige ziekte en een lage “beslissingsruimte” (*decision latitude*) op de werkvloer. Met beslissingsruimte bedoelt men de mate van autonomie en controle die de werknemer op de eigen werkomstandigheden kan uitoefenen. Een hoge mate van autonomie is mogelijk bij voldoende tijd om het werk te kunnen doen, voldoende pauzes, voldoende tijd om 's nachts te rusten en een open relatie met de werkgever, die openstaat voor de klachten en bezorgdheden van de werknemers. De enige persoonsgebonden factor die men kon weerhouden, was het niveau van opleiding. Mensen met een hogere opleiding waren minder langdurig ziek. (96)

Een opmerkelijke, maar minder recente Finse studie bij meer dan 10.000 werknemers onderzocht de relatie tussen medisch geattesteerd ziekteverlof (langer dan 7 dagen) en sterfte op lange termijn (10 jaar). Werknemers met meer dan 5 geattesteerde ziekteperiodes op 10 jaar, hadden beduidend meer kans om vroegtijdig te sterven in vergelijking met werknemers met minder ziekteperiodes. Deze associatie bleek zelfs sterker dan de relatie tussen de aanwezigheid van een aanslepende ziekte en sterfte op lange termijn. Dit wordt vooral verklaard doordat ziekteverlof niet alleen puur medische problemen in beeld brengt, maar ook factoren als stress op het werk of copinggedrag met stresssituaties. Dit zijn factoren die kunnen leiden tot een vroegtijdig overlijden bij anders gezonde personen. (97)

Uiteraard moeten deze bevindingen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden wanneer met uitspraken wil doen over absenteïsme bij De Lijn, maar deze en andere bevindingen suggereren inderdaad dat:

- Een aantal psychosociale arbeidsomstandigheden bij De Lijn als erg belastend worden ervaren, zoals uurroosters met onregelmatige uren, werken in verschillende shifts, lange werkdagen, een hoge werkstress, een lage graad van autonomie en een moeilijke relatie met de werkgever. In de literatuur vinden we evidentie dat deze factoren daadwerkelijk meer gewicht hebben bij het verklaren van een hoge graad van absenteïsme dan individuele factoren. Deze belastende factoren lijken de laatste tijd te zijn toegenomen.
- Deze psychosociaal belastende omstandigheden, gepaard met een hoge graad van absenteïsme, leiden tot een slechtere gezondheid bij anders gezonde personen.
- Veel chauffeurs blijven toch aan het werk ook al zijn ze ziek. Dit gebeurt deels uit angst voor ontslag of voor een verzuimgesprek, hetgeen wijst op een relatie met de werkgever die als controlerend en niet-ondersteunend wordt ervaren. Zo kan een vicieuze cirkel ontstaan waarbij chauffeurs relatief meer ziek worden door belastende arbeidsomstandigheden maar zichzelf niet toestaan om te recupereren door voldoende ziekteverlof te nemen.

4.2 Een participatief actieonderzoek naar arbeidsomstandigheden

4.2.1 PAR als oriëntatie naar wetenschappelijk onderzoek

Participatief actieonderzoek (PAR) vertrekt van de noden en bezorgdheden van een gemeenschap om sociale verandering tot stand te brengen. Het genereren van kennis is dus geen doel op zich, maar een middel om sociale verandering te bekomen.
Een mogelijke kritiek op deze invulling van wetenschappelijk onderzoek, is dat ze gekleurd of vooringenomen zou zijn. Een eerste bedenking bij deze kritiek is dat wetenschap en actie elkaar niet uitsluiten. PAR tracht een evenwicht te zoeken tussen deze twee. Sociaal wetenschappelijk onderzoek is in zekere zin slechts relevant wanneer dit op een constructieve manier enerzijds bijdraagt tot een beter begrip van het individu en de samenleving en anderzijds de mogelijkheid schept om deze relatie te optimaliseren. PAR gaat verder dan het klassieke concept dat wetenschap vooral een beschrijvende functie toekent. Actieonderzoek tracht de stap te zetten om bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek te implementeren in werkelijke veranderingen in het veld van onderzoek.

In een uitgebreide review van gezondheidsproblemen bij buschauffeurs besluiten de auteurs dat "*een predispositie tot een slechte gezondheid ten gevolge van het werk duidelijk is geworden doorheen studies van de laatste 50 jaar. (...) Dergelijke observaties kunnen bijdragen tot de opinie dat een slechte gezondheid deel uitmaakt van het werk als chauffeur, hoewel dit perspectief ons niet vooruit helpt en ethisch weinig houvast biedt. Wat de studies aantonen, is de noodzaak om de arbeidsomstandigheden voor chauffeurs te verbeteren om werkstress te verminderen en voor een betere werkomgeving te zorgen. De werkgever dient samen te werken met onderzoekers, vakbonden, beleidsmakers en de chauffeurs zelf om initiatieven te formuleren om chauffeurs te beschermen van arbeidsrisico's.*" {Formatting Citation}

Bij dit proces dienen een aantal principes in acht genomen te worden om een *conflict of interest* te vermijden. De onderzoeker heeft als taak ten allen tijde het wetenschappelijk proces te bewaken. Resultaten of bevindingen mogen niet gebruikt worden om bepaalde partijen te bevoordelen. Wanneer sociale verandering niet wenselijk blijkt, dient dit ook zo aanvaard te worden. De ongebondenheid van de wetenschapper of het wetenschappelijk onderzoek is daarbij een onderwerp van discussie dat niet eigen is aan participatief actieonderzoek. Iedere vorm van wetenschappelijk onderzoek kan gerecupereerd worden door andere, externe belangen.
Ongebondenheid kan een uitdaging worden wanneer men de belangen van een gemeenschap in kaart wenst te brengen en als gezondheidswerker de situatie op vlak van gezondheid probeert te optimaliseren. Deze noden en belangen zweven uiteraard niet in het ijle maar worden verdedigd door bepaalde organisaties of personen (de vakbonden of de arbeidsgeneesheer) terwijl andere instanties of omstandigheden eerder als obstakels worden ervaren voor het opkomen van betere arbeidsomstandigheden. Een actieonderzoek op de werkvloer staat dus niet los van de krachtsverhoudingen die heersen op die werkvloer. Vaak zal een interventie binnen het PAR bijdragen of aansturen op een wijziging van deze krachtsverhoudingen, hetgeen impliceert dat men zich als gemeenschap of als onderzoeker niet noodzakelijk conflictmijdend opstelt.

De onderzoeker dient steeds de belangen en noden van de gemeenschap voor ogen te hebben, deze gemeenschap actief te betrekken bij de opeenvolgende stappen van het onderzoek, het correcte verloop van wetenschappelijke processen te bewaken en conflicten op een constructieve manier

weten te hanteren. Deze uitdagingen bleken ook tijdens het PAR rond de arbeidsomstandigheden bij De Lijn, erg reëel.

4.2.2 Participatie en *empowerment*

Doorheen het onderzoeksproject werd getracht om zoveel mogelijk de chauffeurs en hun vertegenwoordigers van de vakbonden te betrekken in iedere fase van het onderzoek. Zij dienden zelf aan te geven in welke richting het onderzoek zou evolueren en welke de prioriteiten waren. Er werd uitgegaan van de expertise en het aanvoelen van de chauffeurs zelf over de problemen op de werkvloer.

Om dit aanschouwelijk voor te stellen, volstaat het om een interventie tabel op te stellen. (86) Deze tabel vat schematisch de input, de processen, de resultaten en de beoogde uitkomsten samen. (zie bijlage 6) De input zijn de elementen en instanties nodig om het project op te zetten. De processen verwijzen naar de acties nodig om de gewenste resultaten te bekomen, in dit geval verbeterde arbeidsomstandigheden. De resultaten zijn de onmiddellijke output van deze acties en de uitkomsten bespreken de uiteindelijke veranderingen op langere termijn tot stand gekomen door het project.
Wanneer men de verbanden en interacties tussen verschillende instanties en acties wil weergeven, kan een dynamisch model worden opgesteld. (86) Het is een grafische weergave van de voortgang van het project. (zie eveneens bijlage 6) De chauffeurs en de vakbondsvertegenwoordigers werden betrokken bij al deze stappen: de focusgroepen en de verwerking en bespreking ervan doorheen verschillende vergaderingen, het opstellen van een selectietabel en het selecteren van de volgende stap in het PAR, namelijk een enquête. Ook bij het opstellen, verspreiden en ophalen van de enquête speelden zij de hoofdrol. Het verwerken van de ingevulde enquêtes gebeurde om vertrouwelijkheidsredenen uitsluitend door de betrokken artsen. Ook bij volgende fases in het onderzoeksproject is het steeds de bedoeling om de chauffeurs en hun vertegenwoordigers, de vakbonden, zelf te laten bepalen welke stappen overwogen en genomen dienen te worden.

Het is moeilijk, zo niet onmogelijk om een participatiegraad te bepalen, om participatie te meten of te kwantificeren. Het in kaart brengen van de participatie op zich, was niet het doel van deze studie. Toch kunnen we een hoge graad van participatie veronderstellen.
Van de 20 chauffeurs die werden uitgenodigd om deel te nemen aan de focusgesprekken, daagden er 18 op (90%). Dit aantal werd zelfs nog aangevuld met andere chauffeurs tot 22 chauffeurs. Ook de respons op de enquête was groot: 446 van de 967 chauffeurs (=46%) vulden een enquête in, ook al was geen verloning verbonden bij het invullen van de enquête en gebeurde de enquête in een korte tijdspanne (5 weken). Op zich is een respons-rate geen graad om participatie te meten. Volgens de onderzoekers kan dit wel wijzen op een grote wens bij de chauffeurs om gehoord te worden en te kunnen bijdragen aan een verbetering van de arbeidsomstandigheden. Dit bleek ook uit de focusgesprekken.

“Waarom komen ze dat eigenlijk niet aan ons vragen? Er zijn veel dingen die ze aan ons zouden kunnen vragen. “Hoe ervaart ge dat?”*, enzovoort. Maar dat wordt dus niet gedaan. Dat gebeurt dus niet. Er worden dingen boven onze hoofden beslist, waar wij van denken:* “Hoe komen ze erop?”

Een hoge graad van participatie is ook niet voldoende om een interventie te realiseren. Werknemers in staat stellen om op te komen voor het recht op gezondheid, ook op de werkvloer,

betekent hen hiervoor de nodige middelen ter beschikking te stellen. In de context van dit actieonderzoek zou een toenemende graad van *empowerment* erop wijzen dat de chauffeurs en de vakbonden het onderzoek als het ware overnemen en in toenemende mate doelstellingen en volgende stappen in het onderzoek gaan formuleren.
Om dit te bereiken werden in deze casus in een eerste fase de gezondheidsrisico's van chauffeurs bij De Lijn in kaart gebracht. Deze informatie kan in een latere fase een hefboom betekenen om een verbetering van de arbeidsomstandigheden te realiseren. *Empowerment* betekent in deze context een verhoging van de autonomie van de werknemer en is op zich een gezondheidsbevorderend proces. (77)

4.2.3 De rol van de huisarts

Een van de onderzoeksvragen van deze masterscriptie betrof de rol van de huisarts bij de aanpak van beroepsgebonden aandoeningen. In de inleiding werden een aantal eigenschappen gegeven van de huisarts die hem bijzonder geschikt maken om op te treden als coördinator van een actieonderzoek naar arbeidsrisico's op de werkvloer. Hoewel er vaak een blinde vlek bestaat bij huisartsen wat werkgerelateerde klachten betreft, kent de huisarts een grotere continuïteit in zorg dan de arbeidsgeneesheer en gaat hij uit van een holistische benadering van arbeidsrisico's. De huisarts kan dus een coördinerende en ondersteunende rol opnemen en verschillende spelers op vlak van arbeid en gezondheid samenbrengen (zoals de vakbonden, de arbeidsgeneesheer, het CPBW en de chauffeurs zelf). Toch kan hij zelf buiten de krachtsverhoudingen op de werkvloer fungeren als onafhankelijke onderzoeker. Doorheen het PAR is gebleken dat deze positie een zeker vertrouwen schept. De respons op zowel de focusgroepen als de enquête was groot.

Toch kan men zich de vraag stellen of de huisarts de persoon is om dergelijke onderzoeken op te zetten. Gezien het relatieve huisartsentekort in België en de traditionele kijk op huisartsgeneeskunde met een "*one-on-one*" arts-patiëntrelatie, is dit niet evident. We merkten in de loop van deze scriptie op dat bij het opstellen van een overkoepelend beleid rond ziekte en gezondheid, primaire preventie een steeds belangrijkere rol gaat spelen. Een collectieve aanpak is hiervoor een meerwaarde. De huisarts zal zich in de toekomst steeds meer gaan opstellen als een manager van de gezondheid van zijn patiënten. Een coördinerende functie is ook hier belangrijk.

Daarnaast is dit onderzoek slechts mogelijk geweest dankzij de collectieve inspanningen en ondersteuning van de groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk in Hoboken. Dankzij een uitgebreide expertise en activisme van een aantal medewerkers op vlak van arbeid en gezondheid en een visie die de relatie tussen arbeid en gezondheid decennia als een belangrijke sociale determinant van gezondheid ziet, was dit een ideale context voor een dergelijke onderzoek. Het spreekt vanzelf dat voor huisartsen die op individuele basis praktijkvoeren, het opzetten van een participatief onderzoek een veel minder haalbare kaart kan zijn. Een dergelijke onderzoek is erg arbeidsintensief en vraagt de inzet van vele mensen op verschillende niveaus. Dit is meer haalbaar binnen een setting van een wijkgezondheidscentrum.

In de inleiding stelden we dat er nood is aan een breed socio-economisch en maatschappelijk kader om de relatie tussen arbeid en gezondheid te benaderen. We zagen dat gezondheid op de werkvloer vaak op gespannen voet staat met een zekere economische rationaliteit. In een huidig klimaat van crisis en besparingen wordt deze spanning nog duidelijker. Dit bleek ook uit de focusgroepen en de enquête. Rationalisering en besparingen leiden vaak tot een toegenomen intensivering van de

arbeid en een grotere belasting van de werknemer op fysiek, psychosociaal en organisatorisch vlak. {Formatting Citation} We kunnen veronderstellen dat arbeidsrisico's en arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen zullen toenemen, hoewel aan de andere kant een druk op de werknemer ontstaat om 'desondanks' toch aan de slag te blijven uit angst voor ontslag. Uit de enquête bleek dat 32,9% van de chauffeurs het laatste jaar reeds ziek was gaan werken, uit angst voor ontslag.
De plaats en positie van de huisarts wordt daarin dan nog belangrijker en complexer. Waar de huisarts in het verleden vaak zijn ogen kon sluiten voor die situatie, wordt onze sociale en maatschappelijke rol op dit vlak onvermijdelijk belangrijker.

4.3 Beperkingen van deze studie

Uit een beperkte steekproef of een aantal focusgesprekken, kunnen geen generaliserende conclusies gemaakt worden die uitspraken doen over een grote populatie. De kwalitatieve benadering via focusgroepen had niet als doel om een allesomvattend en volledig rapport samen te stellen over gezondheidsproblemen, arbeidsrisico's of andere problemen op de werkvloer bij De Lijn Antwerpen. Evenmin was het de bedoeling om deze te kwantificeren of om prioriteiten uit te zetten voor specifieke interventies op de werkvloer.

Zelfgerapporteerde klachten zijn mogelijk niet zo accuraat als objectieve metingen, toch worden ze in de literatuur zeer frequent gebruikt als 1e fase van onderzoek naar arbeidsrisico's, waarna vaak objectieve metingen volgen. Ook de *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (die in de enquête van het onderzoek deels gebruikt werd) is gebaseerd op zelfgerapporteerde klachten en is een van de meest gebruikte vragenlijsten voor MSA's. Beroepsziektes zijn bovendien vergleden van klinisch omlijnde diagnoses (asbestose, stoflong) naar psychosociale klachten, die vaak moeilijker klinisch te benaderen zijn of in een vroeg stadium sluipend, intermittent of episodisch aanwezig zijn. Stress op het werk of burn-out zijn in de eerste plaats klachtenpatronen die de werknemer zelf aanvoelt.

De *sampling bias* kan hieruit bestaan dat aan de hand van een kwalitatieve verkenning een kwantificeerbaar instrument werd opgesteld om uitspraken te doen over een grote populatie. De focusgroepen dienden als uitgangspunt bij het opstellen van de enquête. De kans bestaat dat er arbeidsrisico's bestaan bij de grote groep chauffeurs bij De Lijn in Antwerpen die niet aan bod zijn gekomen bij de steekproef van chauffeurs in de focusgroepen. Toch menen de onderzoekers dat reeds in de focusgesprekken de belangrijkste arbeidsrisico's aan bod kwamen, omdat in het laatste focusgesprek geen belangrijke nieuwe elementen aan bod kwamen. Ook in de gesprekken met de arbeidsgeneesheer en de vakbondsvertegenwoordigers, kwamen geen nieuwe aspecten naar boven.

Voor de enquête bestaat een tweede *sampling bias*, namelijk dat enkel de chauffeurs met klachten de enquête hebben ingevuld. Dit lijkt echter onwaarschijnlijk gezien 27% van de chauffeurs geen enkele klacht meldden en slechts enkele chauffeurs 6 of meer klachten rapporteerden. Wij vermoeden dat dit indiceert dat er geen sprake is van onderrapportage, noch van overdrijving.

Een derde *sampling bias* is mogelijk doordat de enquête werd uitgedeeld en ingezameld door de vakbonden bij De Lijn. Hierdoor ontstaat de kans dat vooral gesyndiceerde werknemers de enquête hebben ingevuld. Chauffeurs die niet gesyndiceerd zijn of zich niet wensen aan te sluiten bij acties of projecten georganiseerd door de vakbonden, hebben deze enquête mogelijks bewust niet

ingevuld. Zoals aangegeven tijdens de focusgesprekken, heerst bij sommige chauffeurs een vertrouwensbreuk met de vakbonden. Het is niet mogelijk na te gaan in welke mate de enquête vooral werd ingevuld door gesyndiceerde chauffeurs, omdat dit niet bevraagd werd.

Er is ook kans op een *non-respons bias*: meer dan de helft van de uitgedeelde vragenlijsten werd niet terugbezorgd. Over de groep werknemers die de vragenlijst ontving maar niet ingevuld terugbezorgde is geen informatie beschikbaar. Toch werd een respons-rate van 46% behaald, hetgeen de kans vergroot dat de resultaten van de enquête representatief zijn voor de ganse populatie van bus- en tramchauffeurs bij De Lijn Antwerpen. Ook bleken de chauffeurs die de enquête invulden op basis van de leeftijdsverdeling representatief voor de gemiddelde Vlaamse chauffeur bij De Lijn.

Gezien de vragenlijst beperkt was tot actieve werknemers is er steeds een *healthy worker effect* mogelijk, met een onderschatting van een aantal arbeidsrisico's tot gevolg. Personen die omwille van (invaliderende) klachten ten gevolge van de werkomstandigheden niet meer tewerkgesteld zijn, worden immers uitgesloten van de vragenlijst.

Bij gebrek aan controlegroep, kan uit de vragenlijst niet afgeleid worden of bus- en tramchauffeurs meer klachten hebben dan de doorsnee bevolking. Wanneer we de resultaten van de enquête vergelijken met brede peilingen bij de Europese werkende bevolking, zouden we toch kunnen stellen dat chauffeurs in het openbaar vervoer een hogere prevalentie van een aantal werkgerelateerde gezondheidsproblemen kennen, waaronder rugklachten. Het kan bijdragen tot een beter begrip van de arbeidsrisico's en kan extra argumenten aanleveren bij het opstellen en verdedigen van een interventieplan.
Het kwantificeren van klachten en de vergelijking met andere populaties, was echter niet het belangrijkste doel van de vragenlijst. Op een semi-kwalitatieve manier werd nagegaan welke arbeidsrisico's en gezondheidsproblemen het zwaarst doorwegen en prioriteit verdienen in het formuleren van mogelijke interventies.
De resultaten van de enquête zijn nog slechts beperkt gekend. Een verdere analyse dringt zich op om verdere uitspraken te doen over kwantificeerbare risico's. Op basis van de literatuurstudie en de focusgroepen zullen hypotheses worden geformuleerd die getoetst kunnen worden aan de vragenlijst. Via een multivariate analyse kunnen verdere associaties tussen arbeidsrisico's en gezondheidsproblemen verkend worden.

4.4 Verdere pistes voor het participatief onderzoek

4.4.1 De enquête

De resultaten van de enquête dienen nog verder geanalyseerd te worden. In deze scriptie werd een verkenning van de uit de enquête resultaten uitgevoerd om een aantal bevindingen te ondersteunen. Op basis van de literatuurstudie en de focusgroepen zullen een aantal hypotheses geformuleerd worden die vervolgens getoetst kunnen worden aan de resultaten van de enquête. Zo kunnen mogelijks antwoorden bekomen worden op een aantal thema's die in de focusgesprekken naar voor kwamen.

A. Welke psychosociale en organisatorische factoren zijn geassocieerd met rugklachten?
B. Welke arbeidsrisico's zijn gerelateerd met absenteïsme? In de literatuur kwamen leeftijd, de grootte van het bedrijf, de sector van economische activiteit, de dienstregeling, het aantal werkuren en het loon als belangrijke factoren naar boven die resulteren in meer ziekteverlof. De enquête kan deze bevindingen verder ondersteunen of andere elementen naar voor brengen.
C. Welke interventies schuiven de chauffeurs zelf naar voor bij de aanpak van werkgerelateerde gezondheidsproblemen op de werkvloer?
D. Welke thema's die niet in de focusgroepen aan bod kwamen, brengen chauffeurs zelf aan. Indien zou blijken dat belangrijke thema's niet in de focusgesprekken aan bod zijn gekomen, kunnen die meegenomen worden naar een volgende cyclus van het PAR.

4.4.2 Mogelijke interventies

Op basis van de literatuurstudie, de focusgesprekken en de enquête kunnen reeds een aantal mogelijk interventies weerhouden worden.

A. Nagaan waarom preventieve maatregelen op de werkvloer in het verleden al dan niet succesvol bleken. Is hier sprake van een ergonomische valkuil?
B. Uit een evaluatie van de focusgesprekken, bleek dat chauffeurs mogelijks slecht geïnformeerd zijn over de oorzaken van werkgerelateerde gezondheidsproblemen en niet onmiddellijk verbanden leggen tussen psychosociale, fysieke en organisatorische risicofactoren bij het ontstaan van werkgerelateerde gezondheidsklachten. Het verschaffen van informatie en voorlichting over belastende arbeidsomstandigheden en hun effect op de gezondheid kan reeds een belangrijke stap zijn in het aanpakken van deze risico's. Dit kan als een interventie op vlak van *empowerment* op de werkvloer gezien worden.
C. Verdere interventies om rugklachten aan te pakken, kunnen de aanschaf van betere stoelen zijn of een beter onderhoud van de stoelen. Deze kunnen hand in hand gaan met maatregelen die ervoor zorgen dat chauffeurs adequaat pauzes kunnen opnemen, een beter werkschema kunnen krijgen of minder uren achter het stuur dienen te zitten.
D. Hoe kan aan een betere en opener communicatie met de werkgever gewerkt worden?

4.4.3 Nameting

Een nameting om de impact van het onderzoek en de interventie na te gaan, kan in principe maar na de realisatie en implicatie van een interventie en kan dus een plaats krijgen in een toekomstige cyclus in het onderzoek.
Een nameting kan ook gebeuren om na te gaan in welke mate de chauffeurs het gevoel hebben dat het participatief actieonderzoek (PAR) hen de mogelijkheid biedt om de werkomstandigheden deels in eigen handen te nemen. Op een kwalitatieve manier, bijvoorbeeld via individuele interviews of een nieuwe reeks focusgroepen, kan nagegaan worden in welke mate *empowerment* of participatie gerealiseerd of bevorderd werd. Dit was een impliciete doelstelling van het PAR. Dit kan aan bod komen in een volgende cyclus van het PAR, waar deze en andere thema's besproken kunnen worden.

5 Besluit:

De voorbije 20 jaar zijn de werkomstandigheden op een indrukwekkende manier veranderd. De evoluties van beroepsrisico's en daarmee samenhangend de verschuiving van de "klassieke" monocausale beroepsziekten, zoals stoflong of loodintoxicatie, naar meer multifactoriële beroepsgebonden aandoeningen, zoals musculoskeletale en psychische aandoeningen, vormen een uitdaging voor de verantwoordelijke preventiestructuren. Beroepsgebonden aandoeningen vormen een probleem waar de huisarts frequent mee geconfronteerd wordt. Hoewel het herkennen van het beroepsgebonden karakter van een aandoening moeilijk kan zijn, heeft de huisarts op dit vlak een belangrijke complementaire rol te spelen. In deze scriptie werd gesteld dat wanneer we een verbetering van de gezondheid van werknemers beogen, we nood hebben aan een breed perspectief dat rekening houdt met de socio-economische context, de krachtsverhoudingen, de beperkingen van de bestaande preventiestructuren en de rol die vakbonden spelen in de verbetering van de gezondheid van werknemers. Binnen dit perspectief probeerden we binnen het methodologisch kader van 'participatief actieonderzoek' een antwoord te bieden op de beperkingen van een individuele aanpak van beroepsgebonden aandoeningen. *Empowerment* is een gezondheidsbevorderende strategie waarbij men de werknemer in staat stelt om collectief op te komen voor het recht op gezondheid. Het was een expliciete doelstelling van dit project om participatie en *empowerment* te implementeren en te bevorderen doorheen de verschillende cycli van het onderzoek.

Hoewel niet evident, kan participatief actieonderzoek huisartsen de mogelijkheid bieden om een rol op te nemen als gezondheidsadvocaat en een bijdrage te leveren aan de (collectieve) aanpak van beroepsgebonden aandoeningen. Door in dit proces samen te werken met instanties en personen die instaan voor gezonde werkomstandigheden; de arbeidsgeneesheer, het CPBW en de vakbonden, die historisch gezien de gezondheidsadvocaat van de patiënt zijn wat betreft gezondheid op het werk, lijken we op een nuttige manier de mogelijkheden van verschillende actoren te bundelen om tot een verbetering van de gezondheid van werknemers te komen.

In een uitgewerkte casus werd getracht verschillende methodologische benaderingen binnen een participatief actieonderzoek toe te passen in een samenwerking tussen huisarts-onderzoeker, werknemers, de arbeidsgeneesheer en de vakbonden werkzaam bij het openbaar vervoer (De Lijn) in Antwerpen. Na een verkennende dossier- en literatuurstudie, werden achtereenvolgens focusgroepen georganiseerd en een enquête verspreid bij bus- en tramchauffeurs. Zowel bij de enquête (46%) als bij de focusgroepen (90%), zagen we een grote respons-rate. Het onderzoek is bij het afronden van deze scriptie nog niet afgelopen, zodat het op dit ogenblik nog moeilijk blijft om definitieve conclusies te trekken.
Toch kunnen we stellen dat bus- en tramchauffeurs blootgesteld worden aan arbeidsrisico's eigen aan de werkomgeving. Deze risico's zijn zowel van fysieke, psychosociale als van organisatorische aard. Deze vaststellingen komen overeen met bevindingen uit de literatuur. Vooral rugklachten, stress door psychosociale en organisatorische risicofactoren (dienstregeling en ritorders) en een moeizame relatie met de werkgever kwamen naar voor als belangrijke belastende arbeidsomstandigheden. Een monocausale relatie tussen deze aandoeningen is moeilijk bloot te leggen. Arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten lijken eerder multifactorieel bepaald te zijn waarbij fysieke risico's versterkt worden door organisatorische en psychosociale factoren. Indien werkelijk sprake is van een hoge graad van absenteïsme, vormen deze arbeidsrisico's belangrijke elementen om dit absenteïsme te verklaren.

De resultaten van de enquête dienen echter verder geanalyseerd te worden. Op basis van deze analyse, samen met de bevindingen van de eerste cyclus van het participatief actieonderzoek, zal een voorstel tot interventie geformuleerd worden. Dit interventieplan zal opgesteld worden door en voor de chauffeurs en hun vertegenwoordigers, de vakbonden. Enkel op deze manier kan een duurzame verbetering van de arbeidsomstandigheden bekomen worden.

6 Referenties

1. Verbeek JHAM, Smits PB. De relatie tussen werk en gezondheid. Inleiding in de bedrijfsgezondheidszorg. Bohn Stafleu van Loghum; 2005. p. 1–20.

2. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva; 2008 p. 256.

3. Marmot M, Wilkinson R. Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press; 2006.

4. Local Government Association. Understanding and tackling the wider social determinants of health [Internet]. [cited 2013 Feb 10]. Available from: http://www.local.gov.uk/web/guest/health/-/journal_content/56/10171/3511260/ARTICLE-TEMPLATE

5. World Conference on Social Determinants of Health. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio De Janeiro, Brazil; 2011. p. 1–7.

6. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. The solid facts. [Internet]. Copenhagen: Elsevier; 2003 p. 1099–104. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673605711466

7. Navarro V. What is a National Health Policy? International Journal of Health Services. 2007;37(1):1–14.

8. Charafeddine R, Demarest S, Farfan Portet M-I. Tackling Health Inequalities in Belgium. 2010 p. 1–11.

9. Jones, Bartlett. Conceptual Framework of Health Determinants. The Conceptual Framework. 2009. p. 43–136.

10. Navarro V. What we mean by social determinants of health? International Journal of Health Services [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2013 Feb 3];39(3):423–41. Available from: http://baywood.metapress.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.2190/HS.39.3.a

11. Saul Alinksy. Alinsky, Saul. From Citizen Apathy to Participation. Chicago: Industrial Areas Foundation; 1957.

12. Benach J, Muntaner C, Benavides FG, Amable M, Jodar P. A new occupational health agenda for a new work environment. Scandinavian journal of work, environment & health [Internet]. 2002 Jun [cited 2013 Feb 11];28(3):191–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12109559

13. Cassiers I, Denayer L. Sociaal overleg en sociaal-economische veranderingen in België van 1944 tot heden. Louvain-La-Neuve; 2009. p. 26.

14. Van der Wielen S, Vanderoost F. Economische crisis & Gezondheid. De invloed van confrontatie met ontslag op bio-psycho-sociaal vlak. 2011 p. 92.

15. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. Journal of epidemiology and community health [Internet]. 2005 Sep [cited 2013 Feb 11];59(9):761–7. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1733125&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

16. Blommaert J, Mutsaers P, Siebers H. De 360° werknemer. De nieuwe arbeidscultuur en de eindeloze concurrentie. Berchem: EPO; 2012. p. 133.

17. Eurofound. 5th European Working Conditions Survey. Luxembourg; 2012 p. 160.

18. Ronsmans S, De Vos P. Participatief actieonderzoek als strategie voor de aanpak van beroepsgebonden aandoeningen. Een samenwerking tussen huisarts en vakbond. K.U. Leuven; 2012. p. 106.

19. European Agency for Safety and Health at Work. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg; 2007 p. 126.

20. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Fourth European Working Conditions Survey. Dublin; 2007 p. 139.

21. Cottenier J, Hertogen K. De tijd staat aan onze kant [Internet]. Berchem: EPO; 1991 [cited 2013 Feb 23]. p. 269. Available from: http://www.epo.be/uitgeverij/boekinfo_boek.php?isbn=9789064455681

22. Eurostat. Health and safety at work in Europe (1999–2007). A statistical portrait. Luxembourg; 2010 p. 103.

23. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. Administrative Science Quarterly [Internet]. Administrative Science Quarterly; 1979;24(2):285–308. Available from: http://www.jstor.org/stable/2392498?origin=crossref

24. Punnett L, Wegman DH. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. Journal of electromyography and kinesiology : official journal of the International Society of Electrophysiological Kinesiology [Internet]. 2004 Feb 1 [cited 2013 Feb 12];14(1):13–23. Available from: http://www.jelectromyographykinesiology.com/article/S1050-6411(03)00125-1/abstract

25. European Agency for Safety and Health at Work. Work-related musculoskeletal disorders: Prevention report. Luxembourg; 2008 p. 110.

26. Aptel M, Aublet-Cuvelier A, Claude Cnockaert J. Work-related musculoskeletal disorders of the upper limb. Joint Bone Spine [Internet]. 2002 Dec [cited 2013 Feb 19];69(6):546–55. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S1297-319X(02)00450-5

27. Menéndez M, Benach J, Vogel L. The impact of Safety Representatives on occupational health: a European perspective (the EPSARE project). Brussels; 2008 p. 1–17.

28. Walters D. One step forward, two steps back: worker representation and health and safety in the United Kingdom. International journal of health services : planning, administration, evaluation [Internet]. 2006 Jan [cited 2013 Feb 23];36(1):87–111. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16524166

29. Trades Union Congress. The union effect. London; 2011 p. 1–13.

30. Vogel L. Union action can make the difference. HesaMag. 2011;(3):6–9.

31. Cullen MR. Personal reflections on occupational health in the twentieth century: spiraling to the future. Annual review of public health [Internet]. 1999 Jan;20:1–13. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10352846

32. Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Arbeidsgeneeskunde. Taken en jobinhoud van de arbeidsgeneesheer. Discussienota. 2007. p. 1–6.

33. BBvAG. Enquête bij de arbeidsgeneesheren. 2010 p. 1–38.

34. Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Arbeidsgeneeskunde. Naar een arbeidsgeneeskunde van de 21e eeuw? Consensusdocument Werkgroep VWVA Jongeren. Leuven; p. 1–16.

35. Bohle P, Quinlan M. Managing Occupational Health and Safety: A Multidisciplinary Approach [Internet]. 2nd ed. South Yarra: MacMillan Education AU; 2000 [cited 2013 Feb 24]. p. 608. Available from: http://books.google.be/books/about/Managing_Occupational_Health_and_Safety.html?id=xNKqMjs4c28C&redir_esc=y

36. Vogel L. Gezondheid op het werk: arbeiders leven zeven jaar minder lang. Solidariteit in beweging. Perspectieven voor de vakbond van morgen. [Internet]. Brussel: Algemene Centrale ABVV; 2009 [cited 2013 Feb 24]. p. 318. Available from: http://books.google.com/books?id=a4ts5B13VHsC&pgis=1

37. Comités voor preventie en bescherming op het werk - Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg [Internet]. [cited 2013 Mar 17]. Available from: http://www.werk.belgie.be/detailA_Z.aspx?id=808

38. ABVV Algemene Centrale. Jouw werk in het CPBW. 2008 p. 1–24.

39. Weevers H-J a, Van der Beek AJ, Anema JR, Van der Wal G, Van Mechelen W. Work-related disease in general practice: a systematic review. Family practice [Internet]. 2005 Apr [cited 2013 Feb 15];22(2):197–204. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15710641

40. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, Porta M, Mestres J, Simonet P. Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. American journal of industrial medicine [Internet]. 2005 Feb [cited 2013 Feb 24];47(2):176–80. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15662644

41. Van Linden A, Goossens F, Van Duppen D, Neirinckx J, Seuntjens L, Blancke S. Hebben arbeidsomstandigheden een belangrijke invloed op de aanmeldingsklacht? Huisarts Nu. 2004;33(6):85–6.

42. Cegolon L, Lange JH, Mastrangelo G. The Primary Care Practitioner and the diagnosis of occupational diseases. BMC public health [Internet]. 2010 Jan;10:405. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2914077&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

43. De Maeseneer J. De huisarts in maatschappelijk perspectief. Frans Huygenlezing 2008. Huisarts en Wetenschap [Internet]. 2008 Oct;51(10):485–8. Available from: http://www.springerlink.com/index/10.1007/BF03086902

44. CanMEDS. CanMEDS- Family Medicine. Working Group on Curriculum Review. 2009. p. 1–24.

45. Gijsels H. Als het lood om je hoofd is verdwenen... Berchem: EPO; 1979. p. 126.

46. Engelbeen T, Booms B, Martens M, Thoolen M, Dewitte H. Luchtwegaandoeningen in de regio Genk-Zuid. Huisarts Nu [Internet]. 2010 [cited 2013 Apr 21];39(6):238–42. Available from: http://gvhv-mplp.be/sites/default/files/fields/attachment/Luchtwegaandoeningen_genk-zuid_HANU.pdf

47. GVHV. Geneeskunde voor het Volk.

48. Buijs P, Van Amstel R, Van Dijk F. Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. Occupational and environmental medicine [Internet]. 1999 Oct [cited 2013 Feb 24];56(10):709–13. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1757665&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

49. Buijs PC, Van Dijk FJH, Evers M, Vd Klink JJL, Anema H. Managing work-related psychological complaints by general practitioners, in coordination with occupational physicians: a pilot study. Industrial health [Internet]. 2007 Jan;45(1):37–43. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17284872

50. Arbeid en gezondheid | gvhv-mplp.be [Internet]. [cited 2013 Mar 17]. Available from: http://gvhv-mplp.be/nl/dossier/arbeid-en-gezondheid

51. De Lijn - Vlaamse Vervoersmaatschappij voor openbaar vervoer met bus en tram [Internet]. Available from: www.delijn.be

52. Tsoi CT, Tse LA. Professional drivers and lung cancer: a systematic review and meta-analysis. 2012;

53. Robb G, Sultana S, Ameratunga S, Jackson R. A systematic review of epidemiological studies investigating risk factors for work-related road traffic crashes and injuries. Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention [Internet]. 2008 Mar [cited

2013 Mar 31];14(1):51–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18245316

54. Belkić K, Savić C, Theorell T, Rakić L, Ercegovac D, Djordjević M. Mechanisms of cardiac risk among professional drivers. Scandinavian journal of work, environment & health [Internet]. 1994 May [cited 2013 Mar 31];20(2):73–86. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8079138

55. Tse JLM, Flin R, Mearns K. Bus driver well-being review: 50 years of research. Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour [Internet]. 2006 Mar [cited 2013 Mar 5];9(2):89–114. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1369847805000872

56. Cunradi CB, Chen M-J, Lipton R. Association of occupational and substance use factors with burnout among urban transit operators. Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine [Internet]. 2009 Jul [cited 2013 Mar 31];86(4):562–70. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2704272&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

57. Szeto GPY, Lam P. Work-related musculoskeletal disorders in urban bus drivers of Hong Kong. Journal of occupational rehabilitation [Internet]. 2007 Jun [cited 2013 Mar 31];17(2):181–98. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17273930

58. Bernard BP. Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors. Cincinnati; 1997 p. 590.

59. European Agency for Safety and Health at Work. OSH in figures: Occupational safety and health in the transport sector — An overview. Luxembourg; 2011 p. 260.

60. Alperovitch-Najenson D, Santo Y, Masharawi Y, Katz-Leurer M, Ushvaev D, Kalichman L. Low back pain among professional bus drivers: ergonomic and occupational-psychosocial risk factors. The Israel Medical Association journal : IMAJ [Internet]. 2010 Jan [cited 2013 Mar 31];12(1):26–31. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20450125

61. Alperovitch-Najenson D, Katz-Leurer M, Santo Y, Golman D, Kalichman L. Upper body quadrant pain in bus drivers. Archives of environmental & occupational health [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 31];65(4):218–23. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21186427

62. Lyons J. Factors contributing to low back pain among professional drivers: a review of current literature and possible ergonomic controls. Work (Reading, Mass.) [Internet]. 2002 Jan [cited 2013 Mar 31];19(1):95–102. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12454355

63. Bovenzi M. A longitudinal study of low back pain and daily vibration exposure in professional drivers. Industrial health [Internet]. 2010 Jan [cited 2013 Mar 31];48(5):584–95. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20953075

64. Tiemessen IJH, Hulshof CTJ, Frings-Dresen MHW. Low back pain in drivers exposed to whole body vibration: analysis of a dose-response pattern. Occupational and environmental medicine [Internet]. 2008 Oct [cited 2013 Mar 31];65(10):667–75. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18216125

65. Rugulies R, Krause N. Effort-reward imbalance and incidence of low back and neck injuries in San Francisco transit operators. Occupational and environmental medicine [Internet]. 2008 Aug [cited 2013 Mar 31];65(8):525–33. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18056748

66. Greiner BA, Krause N. Observational stress factors and musculoskeletal disorders in urban transit operators. Journal of occupational health psychology [Internet]. 2006 Jan [cited 2013 Mar 31];11(1):38–51. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16551173

67. Biggs H, Dingsdag D, Stenson N. Fatigue factors affecting metropolitan bus drivers: a qualitative investigation. Work (Reading, Mass.) [Internet]. 2009 Jan [cited 2013 Mar 31];32(1):5–10. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19276520

68. Taylor AH, Dorn L. Stress, fatigue, health, and risk of road traffic accidents among professional drivers: the contribution of physical inactivity. Annual review of public health [Internet]. 2006 Jan [cited 2013 Mar 31];27:371–91. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16533122

69. Cunradi CB, Lipton R, Banerjee A. Occupational correlates of smoking among urban transit operators: a prospective study. Substance abuse treatment, prevention, and policy [Internet]. 2007 Jan [cited 2013 Mar 31];2:36. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2254602&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

70. Evans GW. Working on the hot seat: urban bus operators. Accident; analysis and prevention [Internet]. 1994 May [cited 2013 Mar 31];26(2):181–93. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8198687

71. European Agency for Safety and Health at Work. Managing risks to drivers in road transport. Luxembourg; 2011 p. 214.

72. Waterman H, Tillen D, Dickson R, De Koning K. Action research: a systematic review and guidance for assessment. Health technology assessment (Winchester, England) [Internet]. 2001 Jan;5(23):157. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11785749

73. Wallerstein NB, Duran B. Using community-based participatory research to address health disparities. Health promotion practice [Internet]. 2006 Jul [cited 2013 Mar 3];7(3):312–23. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16760238

74. Lefevre P, Kolsteren P, Waul M-P De, Byekwaso F, Beghin I. Comprehensive participatory planning and evaluation. Antwerp; 2000 p. 64.

75. De Vos P, García-Fariñas A, Álvarez-Pérez A, Rodríguez-Salvá A, Bonet-Gorbea M, Van der Stuyft P. Public health services, an essential determinant of health during crisis. Lessons from Cuba, 1989-2000. Tropical medicine & international health : TM & IH [Internet]. 2012 Apr [cited 2013 Mar 5];17(4):469–79. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22296108

76. Hautekeur G. Rapport gezondheid - Aanpak van de gezondheidskloof - Resultaten van een verkenning [Internet]. Brussel; 2012. Available from: http://www.vwgc.be/media/Documenten/OPEN GEDEELTE/Pers/SOB rapport recht op gezondheid.pdf

77. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen; 2006 p. 37.

78. Kemmis S, McTaggart. The Action Research Planner. Victoria: Deakin University Press; 1983.

79. Macaulay AC. Promoting Participatory Research by Family Physicians. 2007;557–60.

80. Grudens-Schuck N, Allen BL, Larsen K. Focus Group Fundamentals. Iowa; 2004. p. 1–6.

81. Rabiee F. Focus-group interview and data analysis. 2004;655–60.

82. Hambach R, Mairiaux P, Franc G, Braeckman L, Hal G Van, Vandoorne C, et al. Workers ’ Perception of Chemical Risks : A Focus Group Study. Risk Analysis. 2011;31(2):1–8.

83. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. British Medical Journal. 1995;311(299):1–18.

84. Biello T. A case study on the use of focus groups as particapatory research. University of Missouri-Columbia; 2009. p. 1–157.

85. UT Southwestern Medical Center at Dallas. 7 Steps to Analyzing Focus Group Data. Dallas;

86. De Vos P, Guerra M, Sosa I, Bonet M, Van Der Stuyft P. Comprehensive Participatory Planning and Evaluation (CPPE). Social Medicine in Practice. 2011;6(2):106–17.

87. Attentia preventie & bescherming [Internet]. [cited 2013 Apr 12]. Available from:

http://www.attentia.be/site/index.php?option=com_content&task=view&id=1374&Itemid=2509

88. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G, et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Applied ergonomics [Internet]. 1987 Sep [cited 2013 Mar 13];18(3):233–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15676628

89. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid: afdeling Epidemiologie. Gezondheidsenquête, België 2008. 2008.

90. De Lijn - Vlaamse Vervoersmaatschappij. '11 Jaarverslag De Lijn [Internet]. Mechelen; 2011 p. 110–5. Available from: http://phimedia.onlinetouch.nl/11#/

91. Westgaard RH, Winkel J. Ergonomic intervention research for improved musculoskeletal health: A critical review. International Journal of Industrial Ergonomics [Internet]. 1997 Dec [cited 2013 Apr 21];20(6):463–500. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0169-8141(96)00076-5

92. ETUI. Benchmarking Working Europe,. Brussels; 2012.

93. De Standaard. De Lijn zit op schema. 2012 Sep 5; Available from: http://www.standaard.be/artikel/detail.aspx?artikelid=DMF20120905_182

94. Standaard D. Ziekteverzuim bij De Lijn torenhoog. 2011; Available from: http://www.standaard.be/artikel/detail.aspx?artikelid=AR3AFOH2

95. Martin Boon. Netherlands Official Statistics: Determinants of days lost from work because of illness. 2000;15(3):17–22.

96. Andrea H, Beurskens AJ, Metsemakers JF, Van Amelsvoort LG, Van den Brandt PA, Van Schayck CP. Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study. Occupational and environmental medicine. 2003;60(4):295–300.

97. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. British Medical Journal. 2003;327(7411).

7 Bijlagen

Bijlage 1:

Finaal rapport van de 4 focusgroepsgesprekken
en de gesprekken met de vakbonden en de arbeidsgeneesheer

Analyse Focusgroepsgesprekken 6 – 9 – 11 & 14 februari 2012
&
Gesprekken met de arbeidsgeneesheer en vakbonden

Belastende arbeidsomstandigheden bij De Lijn
&
Welke aanpak tot verandering?

Contact Geneeskunde voor het Volk Hoboken:
Egmont Ruelens
Huisarts in opleiding
egmont.ruelens@gvhv.be
0497/062476

Belastende arbeidsomstandigheden bij De Lijn& Welke aanpak tot verandering?

1 Inleiding

1.1 Context

Op 6, 9, 11 en 14 februari 2012 vonden 4 focusgroepsgesprekken plaats met telkens 3 tot 7 werknemers bij De Lijn. Het grote merendeel onder hen waren chauffeurs van bus of tram. Deze gesprekken hadden als thema: “gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden bij De Lijn” en hadden als doel zelfgerapporteerde problematische arbeidsomstandigheden te exploreren en in kaart te brengen.

Tijdens contacten in de consultatieruimte met patiënten die tevens werknemer zijn bij De Lijn, kwamen een aantal klachten voortdurend terug. Aldus werd een verband vermoed tussen de arbeidsomstandigheden bij De Lijn en de gerapporteerde klachten bij de huisarts. Het gaat ondermeer over klachten van de lage rug, stressgerelateerde klachten, enz...

De consultatieruimte en het één op één contact met de patiënt is in deze context niet de geschikte plek om aan primaire preventie van deze klachten te doen. De huisarts kan deze klachten enkel vaststellen en post-factum behandelen.
Toch beschikt de huisarts over de mogelijkheid om zijn rol op te nemen in de aanpak van deze klachten, niet vanuit een persoonlijk patiëntencontact, maar door de aanpak van deze klachten collectief en preventief te organiseren.

Deze gesprekken waren de eerste stappen in een **participatief actie onderzoek**, georganiseerd door Geneeskunde voor het Volk Hoboken. Met het thema “arbeid en gezondheid” in het devies, wordt vanuit de consultatieruimte van de huisarts een proces in gang gezet dat deze structurele determinant van gezondheid, met name de arbeidsomstandigheden, tracht in kaart te brengen en te verbeteren.
Het onderzoek vertrekt niet vanuit een onderzoekspopulatie, maar vanuit een participerende groep experts in de eigen arbeidsomstandigheden. Het proces is gezondheidsbevorderend en aldus actiegericht. *Empowerment* van de werknemer bij zijn gezondheid en werkomstandigheden, staat centraal.

Dit is geen analyse die beweert allesomvattend en uitputtend te zijn, maar een weerslag van 4 gesprekken over dit thema. Vier gesprekken, waarvan de deelnemers, maar ook de dynamiek, de zin en richting bepaalden.
Deelnemers aan de focusgroepsgesprekken zullen merken dat naast de besproken problemen in hun gesprek, er ook andere thema’s aan bod komen. Dit komt doordat hier verschillende gesprekken worden besproken.

Eerst zullen een aantal thema's vaak vanuit elkaar tegengestelde perspectieven worden belicht. Dit wordt verklaard door verschillende opvattingen en argumentaties van de deelnemers rond die thema's. Om dit met de woorden van de chauffeurs te laten weerklinken, werden hier en daar citaten ingelast. Ze zijn ter illustratie en geven als dusdanig niet meer gewicht aan dat thema.

Symptomen en klachten ten gevolge van belastende arbeidsomstandigheden van zeer diverse aard werden besproken. Ze gingen van rugklachten, over spataders, visusstoornissen tot fysieke en mentale stress en slaapstoornissen.
Deze klachten zullen **per thema** besproken worden, vanuit een benadering met oog voor de context.

Vervolgens worden andere spelers op de werkvloer besproken en aan het woord gelaten. De chauffeurs gaven zelf aan welke **instanties of personen bij De Lijn** een belangrijke rol spelen bij de exploratie en aanpak van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen. De personen en instanties die het meest geschikt leken, werden uitgenodigd tot een gesprek.
De weerslag van deze gesprekken met de arbeidsgeneesheer, dr. Van Laethem en de voorzitters van zijn eveneens terug te vinden.

1.2 Arbeid en gezondheid bij De Lijn

Er heerst een grote overtuiging bij de chauffeurs dat deze **symptomen en klachten**, zoals rugproblemen (klachten van de hals en lage rug), **met werkomstandigheden te maken** hebben.

"Werken bij De Lijn zou als een zwaar beroep mogen doorgaan."

"Er zijn veel mensen die ziek zijn geworden door de job uit te oefenen, gewoon een standaardjob. Niet door een kwaal. De kwaal zit eigenlijk bij De Lijn, niet bij die persoon. Het werk moet aangepast worden. De Lijn moet het werk zodanig organiseren dat wij geen problemen krijgen. Daar komt het eigenlijk op neer. Wij moeten ons nu aanpassen aan de werkomstandigheden. Slechte zetels, enzovoort."

Arbeidsomstandigheden bij De Lijn zijn de laatste decennia verbeterd, maar er is nog een lange weg te gaan.

Chauffeurs gaan vaak op zoek naar **individuele oplossingen** voor de problemen die ze ervaren. Dit gaat van het zich aanschaffen van een ergonomisch zitkussen, het beluisteren van muziek tijdens het rijden (om zich van stress te ontdoen), tot het individueel aanschrijven van de directie over problematische werkomstandigheden.

"We hebben allemaal dezelfde problemen. Sommigen gaan toegeven dat ze problemen hebben, anderen niet."

Dit leidt tot een **onderschatting** van de problematiek.

2 Rugproblemen

Lage rugklachten en andere **klachten van het bewegingsstelsel**, zoals knieproblemen, nekklachten, spierkrampen maar ook problemen als spataders worden in verband gebracht met een onvoldoende comfortabele zitaccomodatie in de chauffeurscabines van de trams of bussen. Bij de trams zijn er de zijwaartse schokken en trillingen. In de bussen worden de horizontale schokken en trillingen als belastend voor de rug ervaren.

"*Als ge mensen aflost, weet ik aan de manier waarop de stoel staat, hoe die rijdt. Toon mij de stoel, en ik zeg u hoe het zit met de chauffeur. (…) Die stoel zegt heel veel over de man die daar zit. Hoe zit die in zijn vel, hoe functioneert hij als buschauffeur. Wat is zijn mentaliteit in verband met stress. Die stoel spreekt boekdelen.*"

2.1 Zetels

- De zetels in bussen of trams zijn **oud**, **versleten** en worden te **weinig onderhouden**.
  - *"Ge toont mij nu een foto van zo'n stoel hé. Wel! Die gaten opzij, die ingesleten vormen en dat harde kussen. Amai! Ik voel die stoel. Ik voel dat ik die stoel al heb meegemaakt!"*
- De zetels staan in een **verkeerde positie** ten opzicht van de rijrichting.
- Er is **geen neksteun** op vele stoelen.
- De stoel is niet of **te weinig instelbaar/aanpasbaar** aan individuele chauffeur.

2.2 Zithouding

"Alle dagen dezelfde zithouding, dezelfde beweging, dezelfde druk uitoefenen op de pedalen. Pijn voeten, benen."

- Een correcte houding is **moeilijk** vol te houden.
  - *"Ge begint dan effectief wel met een houding, zoals het moet, op een gezonde manier. Maar ge zit daar dan wel zeven, acht uur en ge zijt bezig met klanten en reizigers links en dan rechts die BMW daar... Om de vijf minuten kunt ge daar moeilijk aan denken."*
- Hierover is goede **educatie** noodzakelijk. Educatie over een correcte zithouding is in de opleiding opgenomen, maar te beperkt.
  - *"Ik heb heel lang moeten zoeken, hoe ik goed moest zitten. Er zijn er bij die na 3 maanden weten hoe ze moeten zitten. Er zijn er bij die dat nooit gaan weten."*

2.3 Rugproblemen waren aanleiding tot verschillende medische interventies

- Pijnstillers, kinesitherapie; al dan niet in revalidatie setting, epidurale infiltraties en heelkundige ingrepen.
- Goede en rugvriendelijke stoelen, evenals het introduceren van een rugschool, zijn **preventieve** maatregelen.

2.4 Het aanpakken van dit probleem is geen prioriteit voor De Lijn

- De Lijn investeert niet voldoende in het **onderhoud** van de zetels.
  - *"Er zijn al heel wat verbeteringen gebeurd. Maar, dat betekent niet, die stoelen moeten regelmatig veranderd worden, gemoderniseerd, en onderhouden worden. Dat is een groot probleem met die stoelen. Die zijn doorgezakt of zo."*
- De Lijn benadert een foute **zithouding** als een individueel probleem bij de chauffeurs.
- De Lijn schermt met het argument van de nood aan **besparingen**.
- De Lijn ontkent het probleem en heeft **geen voeling** met de problematiek.

3 Stress

3.1 Inleiding en algemene opmerkingen

"Ik sta op op commando, ik eet op commando, ik vertrek op commando, ik kom op commando op mijn werk, ik maak mij klaar op commando, ik zet mijnen tram op commando, ik vertrek op commando. En dan begint ge om van A naar B te rijden op commando en van B naar A en zo een hele dag. En uiteindelijk als uw dag gedaan is, dat was helemaal op commando. En ge moet daar ergens zeggen, ik stop ermee, met zo te denken, en ge zet u verstand op nul, maar dan leef ik niet meer. Dan zijt ge een robot, echt ge zijt een robot. En als ge dat niet kunt, dan komt ge met hoofdpijn naar huis, of ge krijgt overal zeer. En ik had vroeger heel veel koppijn en nu rijd ik heel rustig, maar toch betrap ik mij er nog op dat ik altijd stress heb. En ik vraag mij af, vanwaar komt die stress?"

Stress op de werkvloer ontstaat door verschillende factoren, waar niet iedereen in gelijke mate last van heeft. Het is zeer moeilijk om als werknemer vat te krijgen op deze factoren, gezien deze zeer vaak structureel zijn en niet in handen van de chauffeur zelf.

3.1.1 Oorzaak van de klachten

- Tijdens de gesprekken kwamen een drietal **probleemclusters** naar voor die als belangrijkste oorzaak van stress werden beschouwd. De dienstregeling, de mate van inspraak en appreciatie die men krijgt, en logistieke problemen met het materiaal.
- Er zijn echter ook een groot aantal kleine, meestal **onbenoemde prikkels** die bij het beroep komen kijken en ook voor stress zorgen, vaak onbewust.
  - *"Zelfs al denk je: Ik ben een ervaren chauffeur, ik maak mij nooit druk, ik heb eigenlijk nooit stress. Ik denk dat er heel veel prikkels zijn, zo'n hoeveelheid van prikkels die op u afkomen. (…) Dat is iets dat je in andere stielen niet hebt. Die miljoenen, miljarden anonieme prikkels van buitenaf. Ik denk dat we dat onderschatten."*
  - *"Als ge stopt hebt ge pas het gevoel dat ge stress hebt gehad. Dus ik dacht, dat gaat allemaal vrij vlot, maar 't is maar als ge dan volledig stopt dan is dat precies of ge doet daar zo een jas uit, die ge altijd meesleurt."*

3.1.2 Stressgerelateerde klachten en problemen

“Er zijn heel veel klachten gerelateerd aan de stoelen. Rugklachten, knieklachten. (…) Ik denk ook dat veel van die mechanische klachten gerelateerd zijn met de stress van de mensen. (…) De beginnende chauffeurs hebben niet de ervaring op een ontspannen manier te rijden. (…) Dat is ook een kwestie van stressbeheersing. Ik denk dat veel van onze problemen (...) dat dat psychische klachten zijn die zich op het lichaam vastzetten.”

- Zo kwamen als **stressgerelateerde aandoeningen** naar boven: slaapstoornissen, middelenmisbruik, medicatiemisbruik, rugklachten, burn-out, depressie, gewichtsschommelingen, maagzweren, hoge bloeddruk, spanningshoofdpijn, cerebrovasculaire accidenten bij jonge chauffeurs.
  - *“De meeste mensen pakken nu al stresspillekes, om niet te stressen. (...) Er zijn collega's bij die niet kunnen slapen, die echt met slaappillen moeten gaan slapen.”*
- Problemen in het **privé en sociaal leven**: echtscheidingen, opvangproblemen voor kinderen van alleenstaande moeders.

3.1.3 Beleving van stress

De mate van stress wordt vaak het hoogst aangevoeld bij de beginnende chauffeurs. Men ziet de **motivatie** bij een aantal jonge chauffeurs systematisch wegvloeien. De opvatting heerst dat men als jong persoon best niet langer dan 5 jaar bij De Lijn werkt. Wacht men te lang, dan is het nog moeilijk om een andere job te vinden.

- *“Ge zag dat echt van in het begin. Ge ziet iemand binnen komen, een hele vriendelijke collega en ge ziet zelfs precies, na een periode (…), zelfs zijn gelaat verandert (...) Ge ziet die ineens op die tram, aan het sterven precies.”*
- *“Er schijnen geen zware beroepen meer te zijn, toch niet voor de regering, maar als het over stress gaat, worden wij er toch redelijk mee geconfronteerd. Je kan dat niet onbeperkt blijven doen.”*
- *“Ik ben begonnen bij De Lijn met het idee: dit is een ideaal beroep. Ik dacht niet zoals ik nu denk. Maar we hebben allemaal zo gedacht. De eerste paar jaar gaat het goed. Maar nadien, stilaan, dacht ik: Amai, wat is dat? De reiziger, het verkeer, de bussen, de bazen, (...) Maar hoe kan ik dat vertellen? Het is echt stress.”*

3.1.4 Het aanpakken van deze problemen is geen prioriteit bij De Lijn

- De Lijn beschouwt stress als een **persoonsafhankelijk** gegeven.
  - *“Dat is altijd de conclusie van De Lijn: diegene die stressgevoelig zijn, dat ligt dan aan henzelf. Dat is natuurlijk de basis, er is altijd een niveau van stressgevoeligheid of niet, maar diegene die meest stressgevoelig is, die gaat het meest problemen ondervinden. (…) Wat hij ondervindt, dat gaat een ander ook ondervinden, maar minder snel.”*
- De Lijn doet niet aan **preventie** van stress en stressgerelateerde problemen.
  - *“Men weet bij De Lijn dat dit een probleem is, maar men gaat ook hier niet aan preventie doen. Het is heel moeilijk om kinderopvang te organiseren zo vroeg of zo laat. Dan komen mensen soms te laat en dan vraagt men: “*Waarom ben je te laat?” *Men weet waarom mensen te laat komen, maar men doet er niets aan.”*

3.2 Dienstregeling

3.2.1 Algemeen:

"Dit is de keuze die je hebt. Ofwel zit je met het 4/2 systeem. Dan heb je geen weekends en zit je met dat verstoorde slaapritme. Ofwel met het onderbroken systeem. Dan ga je twee keer per dag gaan werken en verdien je minder."

- Veel tijd gaat naar het **pendelen** tussen huis en werk of tussen verschillende loodsen/haltes.
- Het werk is moeilijk te combineren met een **privéleven**. Hiermee wordt geen rekening gehouden. Er is bijvoorbeeld geen mogelijk tot kinderopvang tijdens late of vroege diensten.
  - *"Alles draait rond het werk. Werk, werk, werk. En kwestie van sociaal leven, privé leven... voor De Lijn telt dat gewoon niet. (…) Je komt thuis en je bent een wrak."*
- **Vrouwen** hebben het vaak nog moeilijker dan hun mannelijke collega's, gezien zij ook nog de verantwoordelijkheid van het huishouden dragen.
- Het werk is erg tijdrovend. Er blijft geen tijd meer om te ontspannen.
- Voorstellen tot veranderingen van het huidige systeem stoten op weerstand.

3.2.2 De A diensten of de 4/2 diensten

- De A diensten bestaan uit een werkschema van kort opeenvolgende diensten. Men werkt vier dagen en rust twee dagen. Tijdens de werkdagen volgen de diensten elkaar in snel tempo op zodat men de eerste dag begint met een late dienst en de vierde dag eindigt met een vroege dienst. Men werkt ook op weekenden en feestdagen.
- Dit werkschema heeft een historisch aspect in Antwerpen. Chauffeurs uit De Kempen hadden baat bij kort opeenvolgende diensten. Ze bleven op het werk slapen en hadden meer tijd om thuis te zijn. Welk nut hebben die kort opeenvolgende diensten nu?

Voordelen

- Vooral jonge chauffeurs houden dit vol. Zij kunnen dit soms nog combineren met een extra job. Voor oudere werknemers wordt dit systeem belastender.

Nadelen

- Door de kort opeenvolgende diensten, is er een hogere nood om te recupereren, oa van lichamelijke klachten.
- Tussen de verschillende diensten is slechts 9u voorzien. Dit betekent echter geen 9u slaap, gezien de tijd nodig om zich van het werk naar huis en omgekeerd te verplaatsen, te eten,... Dit haalt de biologische klok dooreen, wat leidt tot slaapstoornissen en niet toestaat om de recupereren van lichamelijke klachten.
- Het is moeilijk om een **privé en sociaal leven** georganiseerd te krijgen.
  - *"Mijn man werkte vroeger overdag. En ik had dan vroege en late diensten. Dan zie je elkaar niet. Je hebt een briefjeshuwelijk. In zo'n situaties wordt dat dan een ramp."*
  - *"Het aantal echtscheidingen bij mensen met onregelmatige diensten is veel hoger dan normaal. Dat heeft ook te maken met moeilijke opvang van kinderen."*
  - *"Ik ben alleenstaande moeder met kinderen. Alles is moeilijk. Ik kan mijn werk en mijn leven niet combineren. Ik kan mijn dochter niet helpen met haar schoolwerk. Ik zie haar sommige dagen zelfs niet. We communiceren dan met briefjes. Psychisch is dat slecht voor een kind."*

3.2.3 B diensten of onderbroken diensten

De B diensten bestaan uit een werkschema dat het normale verloop van een week respecteert. Er wordt niet gewerkt op weekends en feestdagen. Een werkdag bestaat uit twee delen. Een vroege periode en een late periode tussen 6u en 19u. Deze diensten dienen vooral om de drukte tijdens de spitsuren op te vangen.

"Ik doe nu B diensten, al jaren, en ik moet zeggen, ik heb meer regelmaat. Dus ik sta alle dagen tussen 6 en 7 op en 'avonds, maximum tot 7 uur moet ik werken, meestal is dat vroeger, half 5, dat kan half 6 zijn, soms al half drie. En ik ga ook op tijd slapen, ik heb nog een sociaal leven (...), maar 't nadeel is, met die B diensten: per dag moet ik twee keer gaan werken. Ik vertrek 's morgens; ik kom soms rond een uur of half tien terug naar huis en om drie uur moet ik daar terug staan. En dan ben je heel de dag bezig met transport van en naar het werk."

Voordelen

- De chauffeur zit telkens korte stukken achter het stuur. Dit geeft minder lichamelijke belasting en meer tijd om te recupereren.
- B diensten maken een betere organisatie van het privé en sociaal leven mogelijk dan de A diensten.

Nadelen

- B diensten zijn **financieel** minder interessant.
- Tussen de vroege en late werkperiode zit veel **dode tijd**.
- Twee keer per dag gaan werken, vraagt veel tijd om zich te **verplaatsen**. Dat is heel vermoeiend.
- Net als de A diensten, geven de B diensten problemen met slaapstoornissen, medicatiemisbruik, problemen met de spijsvertering en andere medische levensstijlproblemen (onregelmatig eten, vermagering, hoge bloeddruk, sedentarisme), problemen in de privésfeer. Dit hangt samen met van de gezinssituatie.

3.2.4 Overladen ritorders:

- Door overladen ritorders, heeft men **geen** tijd om **pauzes** in te lassen. Wie te laat aankomt op de eindhalte, heeft geen tijd meer om daar een pauze te nemen.
  Officieel heeft men het recht om om de 100 minuten, zes minuten pauze te nemen. Gebrek aan regelmatige eetpauzes leidt tot maagproblemen. Gebrek aan tijdige plaspauzes leidt tot klachten van de urinewegen.
- Men rijdt vaak te snel om aan de ritorders te voldoen of om pauzes te kunnen nemen. Dit brengt ook de andere weggebruikers in **gevaar**.
- Vooral jonge chauffeurs willen aan de ritorders voldoen en haasten zich tijdens de rit.

3.3 Verkeer

- Stress door verkeersdrukte kent een historische **evolutie**. Vroeger was het verkeer niet zo druk en was er minder verkeersagressie.

- Deze stress wordt vaak niet als dusdanig ervaren tijdens de dienst, maar men realiseert zich pas de mate van werkdruk wanneer men deze na de uren aflegt.
- De chauffeurs dienen op korte tijd **veel beslissingen** nemen, dienen bij weer en wind voortdurend geconcentreerd te zijn op het verkeer en dienen de interactie met de reizigers aan te gaan. Orders van bovenaf worden vaak op een weinig vriendelijke manier overgemaakt. Het behouden van een zekere koelbloedigheid in uitzonderlijke omstandigheden (zoals accidenten, omleidingen), is vaak **zenuwslopend**. Wie daar niet in slaagt, begaat fouten.
- Uitlaatgassen en defecte roetfilters zijn belastend voor de **luchtwegen**.
- Omleidingen, het verkeerd nemen van een wissel, een geblokkeerde wissel... Deze en andere onverwachte problemen tijdens de ritten zorgen voor bijkomende stressmomenten.

3.4 Respect en appreciatie

3.4.1 De werkgever

A De Lijn toont te weinig respect voor de chauffeurs

I Op de werkvloer

- *"Maar wat mij vooral stoort: als ge ziet wat de chauffeur allemaal moet doen, dat daar totaal geen appreciatie voor is. (…) Bijvoorbeeld van de centrale post krijgt ge weinig respect. Ge hebt de controleurs: die zijn eigenlijk hoger in rang. Wij worden precies gecontroleerd als kleine kinderen. Die factoren, die stoorden mij en die zorgden ook voor extra stress. Dan gaat ge ook al tegen uw goesting naar 't werk."*
- Een vergelijking in de mate van **jobtevredenheid** bij De Lijn en de NMBS werd als positiever bij de de NMBS voorgesteld.
  - *"Er zijn ook veel collega's die naar de NMBS overstappen hé. Omdat dat ook goed betaald is en meer gerespecteerd wordt."*
- Een vergelijking met een job in de fabriek en tewerkstelling bij De Lijn werd als gelijkwaardig qua werkdruk ervaren.
- Bij een vergelijking met het bestaan van truckchauffeur werd een job bij De Lijn als zwaarder ervaren.

II Financieel

"Ik zat wel in dat vier-twee systeem. Ge hebt geen weekends, ge zijt uitgenodigd voor een feest van de familie, terwijl dat ge niet weet of ge moet werken. Ge offert veel dingen ervoor op. Ge hebt kinderen, ge ziet die niet in 't weekend enzovoort, en uiteindelijk krijgt ge ook financieel totaal geen respect van De Lijn."

III De Lijn stuurt dubbele boodschappen uit

- Naar de buitenwereld wil De Lijn een positief imago uitstralen. De chauffeur zou centraal staan.

- Naar de werknemers toe, is De Lijn echter erg **veeleisend**.
  - De werkgever gaat niet ten rade bij de chauffeurs bij het opstellen van een beleid.
  - Onmogelijke ritorders, erg veel stressfactoren.
  - De chauffeur wordt verondersteld de vakbekwaamheid te bevorderen en dient cursussen te volgen over eco rijden, defensief rijden,...
  - In geval van problematische of ernstige situaties, zal De Lijn de verantwoordelijkheid steeds bij de chauffeurs leggen.
    - *"En op het moment dat gij begint te rijden, dan zeggen ze,* "ja maar zeg die wissel, officieel moogt ge 25 erover rijden, maar... (rijd maar) 35 hé, want anders komen we er niet." *En zo begint dat hé. Maar vanaf dat er iets ernstig aan de hand is, dan komen de paraplu's uit. Ofwel heeft de chauffeur 5 per uur te rap gereden, of 2 per uur, en juist die 2 per uur heeft het gedaan hé! En zo marcheert dat bij ons."*

IV Veranderingen, aanpassingen ten behoeve van de werknemer is geen prioriteit van De Lijn

- De Lijn wil in de eerste plaats dat de voertuigen rijden. De rest is van **ondergeschikt belang**.
  - *"De Lijn heeft een opdracht gekregen om de bussen en de trams te laten rijden en er staat nergens hoe dat die bus moet rijden. Dat staat nergens in het contract. Of gij nu op een kruk zou zitten, of een ijzeren bank, dat trekken zij zich niet aan."*
- De Lijn schermt met het argument van de nood aan **besparingen**.
  - *"Ja, De Lijn gaat besparen. Ze gaan besparen weer. Besparen op de stoelen, dan gaan ze al die uitgaves niet doen. En daar moeten we op reageren."*
- Er is weinig/geen aandacht voor **preventie** van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen. Meer aandacht voor preventie zou echter ook in het voordeel van de werkgever kunnen zijn, als positieve aanpak van absenteïsme. De Lijn benadert problemen bij werknemers op een **individuele** manier, maar met weinig aandacht voor de verhouding werk, privé en sociaal leven.

V Aanpak van absenteïsme

"Een jaar geleden is er een frontale aanval geweest vanuit het Vlaamse Parlement. Dat er zoveel ziekteverzuim was bij De Lijn en dat dat zo schandalig was. Terwijl er bij De Lijn, zeker in Antwerpen, als een gestapo wordt gecontroleerd op ziekteverzuim. Nu, voor mij is dat een argument om te zeggen: dat is een heel zwaar beroep. Ge ziet dat wel, ge ziet de statistieken. Ge kunt dat ook anders uitleggen."

Verzuimgesprekken

- Deze verzuimgesprekken werden georganiseerd naar aanleiding van te hoge cijfers van absenteïsme bij De Lijn. Er heerst ook bij de chauffeurs min of meer de opvatting dat soms onjuist gebruik werd gemaakt van ziekteverlof. Toch heerst er een consensus dat de huidige aanpak van absenteïsme bij De Lijn een **negatieve maatregel** is die ook mensen treft die wel ziek zijn en die tevens een bijkomende stressfactor is, vooral voor mensen die dan ook echt ziek zijn.
- Bij een aantal (4) ziekteperiodes, wordt men op een dergelijk verzuimgesprek uitgenodigd. Een hiervoor aangenomen persoon zonder medische achtergrond stelt de chauffeur in kwestie allerlei vragen rond de medische aard van de

arbeidsongeschiktheid. Op het einde van een dergelijk gesprek, wordt een document voorgelegd ter ondertekening waarin de werknemer er zich toe verbindt minder afwezig te zijn door ziekte.

- Dergelijke gesprekken hebben ervoor gezorgd dat chauffeurs **ziek op de werkvloer** staan, gezien ze als een impliciete **dreiging** met ontslag worden gezien.
  - *"Mensen komen effectief ziek werken omdat ze schrik hebben om hun job te verliezen. Dat is onverantwoord. Laatst was er een collega, die had 38,7°C koorts. Die zat daar te rillen achter zijn stuur. Hij was dan nog kwaad dat ik dat meldde aan de dispatch."*

Controle artsen in geval van ziekte

- Deze tonen **weinig respect**, komen vaak op controle nog voor de werknemer de kans krijgt tot bij de behandelende arts op raadpleging te gaan en zetten druk op de werknemer om te gaan werken.
- Controle artsen zetten werknemers terug aan het werk **tegen** het **advies** van de arbeidsgeneesheer of de behandelende arts in.

Ontslag om medische redenen

Na zes maanden ziekte worden mensen steevast ontslagen.

3.4.2 De reizigers

- De reizigers zorgen vaak voor extra stress. Er is sprake van bijvoorbeeld **schoolkinderen** zonder begeleiding.
- Klachten van **agressie** en **racisme**.

4 Materiaal

Eén van de chauffeurs vertelde dat bij het berekenen van de staat van dienst van het materiaal, met gemiddelden wordt gerekend. Wanneer bijvoorbeeld de gemiddelde leeftijd van de bussen op 7 jaar wordt vastgelegd, betekent dit dat er vaak bussen van 10 tot 20 jaar oud circuleren naast nieuwe bussen. Het oude materiaal wordt te weinig onderhouden en is bijgevolg onveilig. Het gebeurt dat er met bussen gereden wordt die niet meer door de keuring zijn geraakt.
Dit zorgt er voor dat er een grote spreiding zit op het de kwaliteit van het rijcomfort en de rij-accommodatie.

4.1 Het rollend materiaal is verouderd en onveilig

- De voertuigen vertonen **defecten**. Er rijden voertuigen waar gaten in de bekleding zit. Voertuigen met defecte roetfilters, defecte verwarming, afkoeling of ventilatie. De **veiligheid** op de voertuigen laat te wensen over.
- De voertuigen, de bestuurscabines, de loodsen hebben een gebrekkig comfort en worden te **weinig gereinigd** of **onderhouden**.

4.2 (Gebrekkig) materiaal wordt in verband gebracht met gezondheidsklachten

- Gewrichtsklachten en ander klachten zoals luchtweginfecties ontstaan of worden erger bij chauffeurs door problemen met **verwarming** ('s winters), **afkoeling** ('s zomers) of ventilatie op de voertuigen.
  - *"Een collega heeft dat eens gemeten. Het was -7°C aan zijn voeten. Die heeft drie keer opgeroepen en hij krijgt dan als antwoord van de dispatching. "*'t Is voor iedereen koud.*"*
- Rug- en nekklachten ontstaan door defecten in het afstelsysteem van **stoelen**, door een belastende positionering van de pedalen, door het schokken van oude trams is de bochten, door slecht afgestelde remmen, door het soms niet aanwezig zijn van een neksteun op de stoelen, …
  - *"... dan heb je de oude trams, die in de bochten heel erge, krachtige shokken geven, waardoor ik eigenlijk rugpijn heb, zonder twijfel."*
  - Ook nieuwe stoelen zijn vaak niet comfortabel of zijn voor chauffeurs met een enigszins afwijkend postuur, vaak niet bruikbaar.
- Een aantal **handelingen** gaan vlot. Andere veel moeizamer, hetgeen belastend is voor gewrichten, pezen of spieren.
  - *"Bij de ene bus gaat het remmen vlot, bij de andere heb je al je spierkracht nodig om die bus tot stilstand te brengen. Elke dag is anders. De ene dag heb je comfort. De andere dag zit je met nekpijn, rugpijn, spierpijn."*

4.3 Geluidsoverlast

In de bestuurscabines is er vaak geluidsoverlast ten gevolge van gebrekkig materiaal (oude tram in een bocht) en stadsgeluiden (verkeer, reizigers).

4.4 Netheid en hygiëne

- In de loodsen is er een gebrek aan sanitaire voorzieningen of heerst er een gebrekkige hygiëne (vuile toiletten, muizen, …).
- In de bestuurscabines wordt het stof niet afgedaan, wordt niet gereinigd en de vuilnisbakjes niet leeggemaakt.

5 Specifieke problemen

5.1 Belastende arbeidsomstandigheden bij onderaannemers/pachters bij De Lijn

- *"Op papier is de situatie hetzelfde als bij De Lijn, hebben we dezelfde rechten. Maar in de realiteit is de situatie helemaal anders. Bij ons is de situatie helemaal anders."*
- *"Iedere avond ga ik naar huis. En wordt ik niet rustig. Ik denk alsmaar: Hoe kan ik zo werken? Hoe kan ik zo blijven werken? Wat zal er morgen gaan gebeuren?"*

5.1.1 Stress

A De dienstregeling...

- ...is vaak een onderbroken systeem, hetgeen voor veel dode tijd zorgt.
- ...zorgt voor veel en grote verplaatsingen. Dit vraagt veel tijd, is niet betaald en brengt veel stress met zich mee.
- ...wordt vaak pas de dag zelf meegedeeld, hetgeen voor extra stress zorgt.
- ...ligt nooit helemaal vast. Vaak wordt opgeroepen om op een vrije dag te komen werken.
- ...haalt de biologische klok dooreen, wat leidt tot slaapstoornissen.

B Respect en appreciatie voor de werknemers

Vanuit de werkgever

- Er heerst een gebrek aan respect voor de rechten van de werknemer.
  - *"Waarom moet ik altijd smeken voor goede werkomstandigheden? Ik moet altijd smeken. Waarom? Ik heb daar recht op! Ik wil niet smeken!"*
- Er vallen frequent -al dan niet verdoken- dreigingen met ontslag of ontslagen zelf voor wie tegen de werkgever ingaat.
- *"Vriendjespolitiek"*. Bepaalde werknemers krijgen betere arbeidsomstandigheden. Wie tegen de werkgever ingaat krijgt bijvoorbeeld een meer belastend werkschema's en minder aantrekkelijke financiële voorwaarden.
- De werkgever is niet geïnteresseerd in de gezondheidsproblemen van de werknemers en houdt er geen rekening mee. Het draait in de eerste plaats om het maken van winst.

Vanuit de vakbonden

De afgevaardigden van de vakbonden geven vaak te weinig het signaal dat ze aan de kant van de werknemers staan. Zij geven bijvoorbeeld geen steun aan spontane stakingen.

Vanuit de reiziger

- Reizigers worden kwaad als de bus te laat is. Soms is er sprake van fysieke agressie. Een enkeling is vriendelijk.
- Reizigers zorgen voor oponthoud.
- Reizigers dienen klachten in die niet stroken met de werkelijkheid.
- Reizigers uiten racistische opmerkingen.

5.1.2 Materiaal

- Er is een gebrek aan onderhoud van het materiaal. Herstelling worden niet uitgevoerd, vooral omwille van financiële motieven, *("Kost geld.")* of omwille van een gebrek aan onderhoudend personeel.
- Gebrekkig materiaal lijdt tot gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld rugklachten door slechte zetels.

- Wie hierover klacht neerlegt, stoot op onbegrip of tegenwerking van de werkgever.
  - *"Wie zwijgt, krijgt geen problemen. Wie moeilijk doet, krijgt slechte uren."*

5.2 Belastende arbeidsomstandigheden als opzichter bij de premetro

Ondergronds werken

- Ongezonde lucht.
- Geen daglicht.
- Asbest?

Stress

Dienstregeling

- Zie 3.2

Reizigers

- Er zijn problemen met hangjongeren, agressie,... Reizigers komen informatie vragen.
- De opzichters hebben geen bevoegdheden of beschikken niet over richtlijnen om deze problemen aan te pakken.

5.3 Oogproblemen

- Achteruitgang van de gezichtsscherpte door constant in de verte te kijken.
- Nachtblindheid door oogbelastende omstandigheden tijdens schemerlicht.

6 Personen en instanties bij De Lijn

6.1 De arbeidsgeneesheer

6.1.1 Houding van de werknemers ten opzichte van de arbeidsgeneesheer

- De arbeidsgeneesheer staat **onder druk** van de directie. Hij heeft weinig ruimte om een eigen inbreng te realiseren.
- De arbeidsgeneesheer heeft een adviserende rol. Vanuit zijn positie als bedrijfsarts heeft hij een belangrijke **sleutel tot verandering** in handen.
- De arbeidsgeneesheer weet wat er leeft bij de chauffeurs, kent de problemen, heeft een

positieve ingesteldheid, is heel **menselijk**.
Vaak helpt hij werknemers met gezondheidsproblemen aan een aangepaste werkomgeving of geeft een verlenging van de arbeidsongeschiktheid.

- De arbeidsgeneesheer kan inschatten in welke mate medische klachten of problemen met de werkomstandigheden te maken hebben
- De arbeidsgeneesheer kan een waardevolle rol opnemen in de verdere loop van het onderzoek.
    - *"...ook zijn ideeën over oplossing. Bijvoorbeeld wat hij er niet door krijgt (beschermende maatregelen die hij niet kan realiseren), dat hij die wel kan benoemen, ook als arts."*

6.1.2 Standpunten van de arbeidsgeneesheer

Rugklachten

- Betere stoelen zullen niet al de rugproblemen verhelpen, maar een groot deel van de klachten hangt samen met de accommodatie. Hoewel enige progressie op dit vlak, is men niet ver gekomen. Vooral het onderhoud van de stoelen is problematisch.
- Om de stoelen te verbeteren, dient een ganse structuur in De Lijn aangesproken en aangepakt worden. Het is moeilijk dat georganiseerd te krijgen.
- De arbeidsgeneesheer heeft een 'one-on-one' contact. Deze persoonlijke educatie is weinig efficiënt als preventie voor rug- en andere problemen."

Diensten

- De dienstregeling brengt problemen als slaapstoornissen, sociale problemen met zich mee. Hoe krijgen mensen dit georganiseerd? Hoe georganiseerd krijgen met een gezinsleven? Er blijft geen tijd om te recupereren.
- Dienstregelingen zouden meer op het individueel profiel van de werknemer moeten toegekend worden, naargelang sociale situatie, gezondheidssituatie,...

Stress

- Tijdsdruk en stress worden heel persoonlijk beleefd. Sommigen hebben er stress door, anderen niet. Het is niettemin een niet te verwaarlozen probleem. Mensen die meer stressgevoelig zijn, ondervinden het werk bij De Lijn als erg stresserend.

Aanpak absenteïsme

- Aangepast werk wordt vaak voorzien. Zo hebben veel werknemers andere diensten of functies gekregen.
- Absenteïsme bij De Lijn werd destijds als problematisch ervaren en als antwoord op dit debat is De Lijn striktere controles gaan toepassen. Eén van de gevolgen is dat meer mensen dan vroeger het werk hervatten terwijl ze eigenlijk nog beter met ziekteverlof waren gebleven. Ook bestaat er een reële angst om ontslagen te worden door langdurige ziekte.

6.2 Het Comité Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW)

- Over de rol van het CPBW bij het verbeteren van de arbeidsomstandigheden, zijn de meningen verdeeld.
- Het CPBW wordt gezien als een belangrijk **overlegorgaan** waar de werkgever en werknemer met elkaar aan tafel zitten.
- Er zou echter niet veel bereikt worden.
  - *"Flinterdunne verslagen. Met hetgeen wordt aangekaart wordt niets gedaan."*

6.3 De vakbonden

6.3.1 Houding van de werknemers ten opzichte van de vakbonden

- Het wordt als hun taak gezien om situaties te **veranderen**, gezien zij het best op de hoogte zijn van de problemen van de werknemers.
- Dit onderzoek kan de vakbonden wetenschappelijke gegevens aanreiken in verband met bepaalde gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden bij De Lijn. Op deze manier hebben de vakbonden iets om voor te leggen en om hun **eisen** naar de werkgever **kracht** kan **bijzetten**. Om juiste gegevens te verzamelen, is een samenwerking tussen de vakbonden en de arbeidsgeneesheer erg belangrijk.
- Ze moeten echter **alle drie samenwerken** en samen optreden.
  - *"(...) Dus we moeten dat via de vakbond doen. Ik ben uiteindelijk voorstander om dat allemaal via de vakbonden te doen. Alle drie hé. Niet de een of de andere of de andere. Alle drie de vakbonden daarrond te laten werken. En achter die délégé staan en die onder druk zetten en zeggen, voila kom manneke, dat gaat hier niet met die stoelen. Desnoods een petitie..."*
- Ook de vakbonden bij de **pachters** of onderaannemers bij De Lijn, dienen aangesproken te worden. Dan kunnen ook de werkomstandigheden daar verbeteren.
- Er heerst echter ook een **vertrouwensprobleem** van een aantal werknemers tegenover de vakbonden: zij worden verondersteld eerlijk te werk te gaan en aan de kant van de werknemer te staan. Men heeft het gevoel dat de vakbond soms in gebreke blijft in het beschermen van de werknemer. Een aantal initiatieven en acties die opkomen voor betere arbeidsomstandigheden, werden tegengewerkt, bijvoorbeeld spontane stakingen. Deze vertrouwensbreuk lijkt dieper te zijn bij werknemers van onderaannemingen van De Lijn.
  - *(aan een afgevaardigde van de vakbond): "...de vakbond is ook niet meer de vakbond die... Iedereen is veranderd, alles is veranderd! Ik had nog vertrouwen in u, maar in andere mensen dan gij, niet!"*

6.3.2 Standpunten van de vakbonden

- De problemen die aan bod kwamen tijdens de gesprekken zijn **gekende problemen** bij De Lijn. De vakbonden hebben hier rond al veel ondernomen en hebben een uitgebreide knowhow en achtergrond van deze problemen.

A Rugklachten

- Rond rugproblemen en stoelen werd al veel gewerkt en verbeterd. Dit blijft wel een **pijnpunt**. Tram en bus geven rugklachten om verschillende redenen. De trams vooral door zijwaartse schokken en wissels, de bussen voornamelijk door verticale schokken.
- Rugklachten en materiaal (onderhoud) gaan hand in hand. De vakbond heeft het idee gehad een kinesist ergonomische bijscholing voor haar leden te organiseren.

B Stress

Overbeladen ritorders

- Stress ontstaat ook door onmogelijke ritorders. Samen met een druk verkeer is dat erg stresserend. Het is een factor die de chauffeur totaal niet in de hand heeft.

Respect en appreciatie

- Er heerst een totale **vervreemding** tussen de werkvloer en de directie. De bureaucratie en de regeltjes zijn Kafkaiaans. In een groot bedrijf zijn **regels** nodig, maar bij De Lijn worden deze dogmatisch nageleefd. De directie verschuilt zich achter deze regels. Toch zijn de leidinggevenden hier ook deel van het systeem zonder dat ze dat noodzakelijk in stand willen houden. Deze bureaucratisering is als kwaal eigen aan een bedrijf in handen van de overheid. De werknemer wordt hierdoor compleet vervreemd van de directie. Er heerst hierdoor een **negativisme** op de werkvloer. De werknemer heeft het gevoel niet gehoord te worden. De werkgever daarentegen vervalt vaak in de clichés van de “zagende werknemers”. Dit negativisme is voor de chauffeurs vaak een strategie van **zelfbehoud**, gezien ze met hun grieven en klachten geen luisterend oor krijgen.
- De vakbond zit hier als het ware tussen twee vuren. Wie een cultuur van overleg wil nastreven, wordt **meegesleurd** in deze bureaucratisch mallemolen. Het is voor de délégué op de werkvloer vaak erg moeilijk om dit te communiceren naar de werknemers.

Aanpak absenteisme

- De verzuimgesprekken zijn een absurde maatregel. Het zijn **intimiderende** gesprekken. Veel mensen lopen de kantjes eraf, maar er zijn ook mensen met medische problemen die slachtoffer worden met ontslag tot gevolg.
- 2 jaar geleden introduceerde De Lijn de verzuimgesprekken als antwoord op dit absenteïsme, zonder zich echt de vraag te stellen waarom mensen zo frequent ziek zijn.
    - Hiertegen kwam veel **verzet** van de 3 vakbonden samen. De werkgever communiceerde hierop dat de procedure weggelaten kon worden, maar dat dan naakte ontslagen zouden vallen. Hierop aanvaardden de vakbonden de verzuimgesprekken als tijdelijk proefmaatregel. Voorlopig is het een interim werknemer die deze gesprekken voert.
    - Oorspronkelijk werd een verzuimgesprek gehouden met wie 5 maal/jaar ziek is. Later 4 maal. Het gaat echter over ziekteperiodes. Vb 3 maal/jaar 1 maand ziek is geen verzuimgesprek. 4 maal 1 dag is wel een verzuimgesprek. Deze gesprekken

worden gevoerd door een soort sociaal assistenten met “geen of zeer weinig medische achtergrond”. De boodschap is dat hun aanwezigheid op de werkvloer moet verbeteren.
Gebeurt dat niet dan is de volgende stap een gesprek met de personeelschef. Daar wordt dan het ganse dossier besproken. Verlopen de afspraken daar gemaakt nog niet, dan volgt een gesprek met het afdelingshoofd personeel. Hier wordt duidelijke taal gesproken. Er worden concrete afspraken gemaakt. Wordt hieraan niet voldaan, dan volgt ontslag (C4).
Van een dergelijk ontslag, zijn al 10tallen gevallen gekend bij de vakbond.
Een klein deel van deze werknemers stapt naar de arbeidsrechtbank.
9/10 keer stelt de rechter De Lijn in het gelijk, met de boodschap dat De Lijn al veel geduld heeft gehad. Beroep hiertegen aantekenen blijft natuurlijk mogelijk, maar is vaak weinig realistisch.
Wie aldus werd ontslagen, krijgt ook bitter weinig krediet bij de RVA. Schorsing gebeurt dan erg snel.
    - Verzuimgesprekken kunnen een **positief instrument** zijn. De werknemer krijgt als het ware een waarschuwing en de gezondheidstoestand van de werknemer kan besproken worden. Ook de vakbonden kunnen hierbij een bemiddelende rol spelen. Het probleem is dat met die verzuimgesprekken sprake is van een ware **heksenjacht**. Men gaat te ver en houdt geen rekening met het effect van dergelijke maatregelen op de mentaliteit op de werkvloer. De vakbond zit hier tussen twee vuren. De directie is te bureaucratisch en te star om hier verandering in te willen brengen en de vakbond wordt meegesleurd in de heksenjacht.
    - Er bestaat de **vraag** vanuit vakbonden: Kan dit? Is dit een vorm van verkapte herstructureringen? Welke zijn de medische en juridische aspecten? Om als vakbond hier tegenin te gaan, is nood aan een correcte onderbouwing van de juridische aspecten. Het is in de eerste plaats een **negatieve maatregel**. Beter zou zijn meer aandacht voor **preventie** te hebben.
- 6 maanden ziekte betekent automatisch ontslag omwille van medische redenen.
- Doordat de werknemers vaak gefrustreerd en gestresseerd gaan werken, escaleert een conflict vaak erg snel.

C Verdere aanpak

- Het **CPBW** is een orgaan dat dicht bij de werknemers staat. Het kan de grieven van de werknemers goed vertalen.
- De **arbeidsgeneesheer** wordt beschouwd als onafhankelijk en extern. Toch hebben de arbeidsgeneesheren bij De Lijn weinig speelruimte en gebeurt het wel dat ook zij onder druk van de werkgever komen te staan.
- Bij het aankaarten van problemen bij De Lijn zullen we botsen op het argument van de **besparingen**.
- Het is belangrijk de kaart te trekken van **preventie** door nadruk leggen op gezondere werkomstandigheden. Minder ziekte en tevredener werknemers verbeteren de prestaties en productiviteit.

6.4 De directie/werkgever

- De directie is zich **bewust** van de problemen.
- De directie zal niet willen luisteren of negatief reageren op de studie. Er is **externe druk nodig** om iets te veranderen bij De Lijn.
- De directie maakt interne kritiek monddood en geeft de chauffeurs **geen inspraak** in het opstellen van een beleid.
  - *"Waarom komen ze dat eigenlijk niet aan ons vragen? Er zijn veel dingen die ze aan ons zouden kunnen vragen.* "Hoe ervaart ge dat?"*, enzovoort. Maar dat wordt dus niet gedaan. Dat gebeurt dus niet. Er worden dingen boven onze hoofden beslist, waar wij van denken:* "Hoe komen ze erop?" *Die mannen hebben daar echt geen ervaring mee. En wij zitten dagdagelijks in het verkeer."*
- De directie beschikt niet over cijfers van gezondheidsproblemen van de chauffeurs.
- De directie investeert in **controle**, in plaats van in preventie. Ze pakt problemen altijd met negatieve maatregelen aan.
  - *"Met de vinger wijzend."*
  - *"Ik denk dat het grote probleem bij De Lijn is, dat men heel weinig aan preventie doet. Achteraf heeft men dan een oplossing voor iemand die een probleem heeft of hij wordt vaak afgedankt."*
  - *"Het zou ook preventief helpen als men deze klachten ernstig zou nemen. Men is op de hoogte van deze klachten, rugklachten; ze worden regelmatig op het CPBW besproken. In plaats van de de mensen achteraf te sanctioneren omdat ze teveel ziek zijn."*

7 Verdere aanpak

7.1 Welk probleem aanpakken?

Rugklachten

- Interventie omtrent rugproblemen en slecht (onderhoud van de) **zetels** is **toegankelijk en haalbaar.**
  - *"Een medisch probleem dat echt moet aangepakt worden, dat zijn de problemen van de rug. Dat heeft met de stoelen te maken, dat is een technisch probleem, maar ook om de mensen te leren omgaan met hun rug, leren zitten, dus een rugschool. Tenslotte, het is een zittend beroep; met alle gevolgen van dien."*
- **Rugschool** werd reeds ingevoerd. Dit was echter niet bij de werkuren inbegrepen, hetgeen voor een chauffeur vaak moeilijk te organiseren is.
  - *"Maar als ik goede stoelen heb, ga ik misschien in slaap vallen omdat ik te weinig nachtrust heb..."*

Stress

- Interventie rond **dienstregelingen** als aanpak van stress, slaapstoornissen,...

  "Ze moeten echt de uren aanpassen. Dat is het belangrijkste. Want daar gaan de mensen van

onderdoor."

- Diensten moeten een privé- en sociaal leven toelaten en beter financieel beloond worden.
- Er werden voorstellen besproken als een systeem waarbij men aaneengesloten diensten heeft met meer regelmaat, bijvoorbeeld door een systeem van vroege en late diensten per week, in plaats van iedere dag een andere dienst... Een systeem met betere mogelijkheden qua transport naar en van het werk, …
- Rond dit thema werd reeds een **enquête** verspreid onder het personeel. Hieruit bleek echter dat men weinig bereid was aan dit systeem te sleutelen.
  "Het probleem is dat men zegt: "Blijf er maar af, het kan alleen maar erger worden."

- Overbeladen **ritorders** moeten aangepast worden. Dit kan een preventieve veiligheidsmaatregel zijn gezien chauffeurs geneigd zijn te snel te rijden door overbeladen ritorders en zal de chauffeurs toelaten tijdig pauzes te nemen.
- Interventie omtrent de manier waarop De Lijn met **absenteïsme** omgaat.

Materiaal

- Ijveren voor **betere en veiligere voertuigen** en beter **onderhoud**.

7.2 Hoe deze problemen aanpakken?

- Werknemers zijn bang of geïsoleerd om deze problemen aan te kaarten. Vaak gaan ze op zoek naar **individuele oplossingen**. (bijvoorbeeld aanschaffen van een ergonomisch zitkussen bij rugklachten).
  Werknemers zouden zich meer bewust moeten worden van hun rechten en geen belastende arbeidsomstandigheden aanvaarden.
- Belang van **positieve communicatie**. Betere arbeidsomstandigheden betekenen een betere gezondheid van de werknemers en zijn dus **preventieve maatregelen**, hetgeen zal resulteren in minder afwezigheid omwille van ziekte.
  - "*Ge moet wel redeneren: als ge goede stoelen hebt, hebt ge minder zieke werknemers, en zieke werknemers, die kosten ook geld aan de sociale zekerheid. Als ze daar cijfers kunnen van maken en men kan dat voorleggen, dan gaat De Lijn misschien zeggen:* "uiteindelijk, ja, misschien is dat een besparing, goede stoelen."*"*
  - *"Als er zich een probleem op het werk voordoet, dat is meestal gerelateerd aan vele andere (problemen). Dat moet De Lijn in zijn achterhoofd houden. We moeten aan De Lijn ook duidelijk maken dat preventie heel belangrijk is. Als zij een personeel willen dat tevreden is en dat graag komt werken, dan moeten ze veel meer aan preventie doen en mensen moeten helpen die in moeilijke situaties zitten, bijvoorbeeld rond kinderopvang."*
- Een **enquête** verspreiden onder de werknemers rond gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden. Welke zijn de grootste problemen? Hoe kunnen we die aanpakken?
- **Staken**. *"Dan zal De Lijn pas echt luisteren."*

7.3 Wie betrekken bij het aanpakken van deze problemen?

- Aanspreken en betrekken van **specialisten** (artsen, ergotherapeuten) bij het onderzoek als

staving van de problematische arbeidsomstandigheden.

- Als interne instanties bij De Lijn zijn de **arbeidsgeneesheer** en de **vakbonden** het best geplaatst om deze problemen aan te kaarten.
- Betrekken van **externe instanties**: media, politici. Bijvoorbeeld het vragen naar een onderzoekscommissie naar de arbeidsomstandigheden bij De Lijn vanuit het Vlaams Parlement. Hierover was echter weinig eensgezindheid. Dit werd gezien als laatste mogelijkheid. Dit zou immers tot een openlijk conflict kunnen lijden. De Lijn houdt niet van negatieve publiciteit. Eerst dienen interne kanalen te worden uitgeput om te komen tot betere arbeidsomstandigheden.
    - *"De pers moet ge houden als laatste... Ge moet eerst proberen intern. Ge begint met de arbeidsgeneesheer, en dan stap voor stap. Als ge ziet dat ge veel tegenwerking krijgt, dan gaat ge 't op een andere manier aanpakken."*

Bijlage 2:

Causaal model van belastende arbeidsomstandigheden bij De Lijn

Belastende arbeidsomstandigheden bij De Lijn

- Lichamelijke belasting
  - Onderste ledematen (knieklachten, spataders)
    - Belastende zithouding
    - Belastende bediening pedalen
  - Lage rug
    - Belastende zithouding
    - Voertuig
      - Schokken
      - Slecht afgestelde remmen
      - ! Stoelen
        - Verkeerde positionering
        - Niet of slecht afstelbaar
        - Harde stoelen
        - Versleten, ingesleten vorm
        - Geen onderhoud
  - Nek
    - Belastende zithouding
    - Voertuig
      - Schokken
      - Stoelen zonder hoofdsteun
  - Luchtwegen
    - Slechte verwarming in voertuig
    - Luchtvervuiling (uitlaatgassen, fijn stof)
  - Bovenste ledematen
    - Repetitieve bewegingen
  - Ogen
    - Avondschemering, nachtblindheid
    - In de verte kijken
  - Gehoor
    - Lawaai
      - Verkeer
      - Voertuig
  - Gebrek aan ergonomische educatie
- Stress
  - Verkeer
    - Omleidingen
      - Verkeerd rijden
    - Toenemende drukte
    - Accidenten
    - Agressie andere weggebruikers
    - Veel beslissingen op korte tijd
    - Veel prikkels op korte tijd
  - Stressgerelateerde gezondheidsproblemen
    - Middelenmisbruik
    - Slaapstoornissen
    - Rugklachten
    - Maag en darmen
      - Maagzweren
      - Vermageren / bijkomen
      - Gewichtsschommelingen
    - Hart en bloedvaten
      - Hoge bloeddruk
      - CVA
    - Hoofdpijn
    - BFS
    - Psychisch
      - Depressie
      - Burn-out
  - Reizigers
    - Schoolkinderen zonder begeleiding
    - Racisme
    - Agressie
    - Oponthoud
  - ! Dienstregeling
    - 4/2 diensten
      - Voordelen
        - Mogelijkheid bijberoep (vooral jonge chauffeurs)
      - Nadelen
        - Onzekerheid weekends en feestdagen
        - Opeengepakte diensten
        - Sociaal belastend
          - Familiaal
            - Meer echtscheidingen
            - Problematische opvang kinderen
          - Vrije tijd
        - Doorbreken bioritme
          - Slaapstoornissen
            - Weinig nachtrust
            - Inslaap/doorslaapstoornissen
            - Gebruik slaapmedicatie
          - Moeilijk recupereren van lichamelijke klachten
    - B diensten
      - Voordelen
        - Meer regelmaat
          - Weekends en feestdagen vrij
          - Altijd vroege, geen late diensten
          - Goede nachtrust mogelijk
        - Sociaal minder belastend
      - Nadelen
        - Financieel
        - Verloren uren
          - Meer verplaatsingen
          - Twee keer per dag gaan werken
            - Verstoring biortime
        - Sociaal belastend
          - Lang weg van huis
    - Tijdsdruk ritorders
      - Gebrek aan "dode tijd"
        - Geen plaspauzes
          - Klachten urinewegen
        - Geen lunchpauzes
          - Maagklachten
          - Ongezonde eetgewoontes
            - Obesitas
      - Onaangepast rijgedrag
        - In gevaar brengen andere weggebruikers
    - Veel verplaatsingen tussen wonen - werken of tussen loodsen
  - ! Gebrek aan respect en appreciatie voor de werknemer
    - Vanuit de werkgever
      - ! Aanpak absenteïsme
        - Controle artsen
          - Veelvuldige bezoeken
          - Intimiderend
        - Verzuimgesprekken
          - Intimiderend
        - Ontslag na 6 maanden afwezig wegens ziekte
        - Zieke werknemers op de werkvloer
        - Geen aandacht voor preventie
      - Financieel
      - Hiërarchie
        - Chauffeurs onderaan
        - Controleurs
      - Geen inspraak
    - Vanuit de reiziger
      - Veeleisend
      - Agressie
      - Racisme
- Materiaal
  - Voertuigen
    - Gaten in voertuigen
    - Defecte roetfilters
    - Defecte verwarming
    - Bestuurscabines
      - Te klein
      - Gebrekkige reiniging
      - Slechte stoelen
    - Beveiliging ontoereikend
      - Deurbeveiliging
      - Verantwoordelijkheidskwestie
    - Onvoldoende onderhoud
  - Loodsen
    - Gebrekkige sanitaire voorzieningen
    - Gebrekkig comfort
    - Gebrekkige reiniging
  - Traject
    - Geblokkeerde automatische wissels
- Specifieke arbeidsomstandigheden
  - Premetro
    - Onder de grond
      - Geen daglicht
      - Ongezonde lucht
      - Asbest?
    - Stress
      - Dienstregeling
      - Reizigers
        - Agressie
          - Geen richtlijnen
          - Geen bevoegdheden
        - Hangjongeren
        - Vraag naar informatie
  - Pachters
    - Stress
      - Dienstregeling
        - Snelle opeenvolging vroege en late diensten
          - Verstoring bioritme
            - Slaapstoornissen
          - Sociaal belastend
        - Verloren tijd tussen vroege en late shifts
          - Lange dagen
            - Weinig nachtrust
            - Sociaal belastend
          - Sociaal belastend
        - Grote verplaatsingen tussen shifts
          - Tijdrovend
          - Niet betaald
        - Veelvuldige, laattijdige aanpassingen
      - Gebrek aan respect en appreciatie voor de werknemer
        - Uitgaande van de werkgever
          - Intimidatie met ontslag
            - Bij ziekte
            - Bij klachten
          - Vriendjespolitiek
        - Uitgaande van de reizigers
          - Veeleisend
          - Agressie
          - Racisme
    - Materiaal
      - Gebrekkig onderhoud
        - "Geen geld"
      - Slechte zetels

Bijlage 3:

Selectietabel: Welke gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden aanpakken? Voorstellen tot interventies.Bespreking selectietabel: Welke gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden aanpakken?
Voorstellen tot interventies.

- Rugschool: te organiseren tijdens opleidingsmomenten of ernaast, al dan niet betaald of via het preventieprogramma van het FBZ
    - Impact: Rugproblemen worden op een individuele manier benaderd. Dit kan een zekere impact hebben wanneer rugproblemen het gevolg zijn van een gebrekkige houding en bij reeds aanwezige rugklachten, maar heeft weinig impact op de stoelen als oorzaak van rugproblemen, tenzij dit kan gepaard gaan met een ergonomische analyse en advies zoals bij het programma van het FBZ.
    - Organisatorische realiseerbaarheid: Dit dient te worden afgetast bij de instanties die instaan voor de organisatie van een rugschool. Toch lijkt het organisatorisch realiseerbaar.
    - Financiële realiseerbaarheid: Hoewel een rugschool enige impact kan hebben zonder grote kosten met zich mee te brengen, kan iedere financiële investering in preventie gepareerd worden met het argument dat er bespaard moet worden.
    - Technische realiseerbaarheid: Een rugschool is technisch goed te realiseren.
    - Gemeenschap / Participatie: Via een rugschool kunnen een aantal mensen bereikt worden en kan een zekere bewustwording in verband met rugproblemen in gang gezet worden.

- Aanvraag FBZ: rugproblemen als beroepsziekte
    - Impact: Indien rugproblemen als beroepsziekte aanvaard kunnen worden, kan dit een grote impact hebben op chauffeurs die hiervoor in aanmerking komen.
    - Organisatorische realiseerbaarheid: Gezien de manier van werken van het FBZ zou dit geen obstakel mogen vormen voor de organisatie en functioneren van De Lijn.
    - Financiële realiseerbaarheid: Een aanvraag en onderzoek van het FBZ kost De Lijn niets. Het FBZ werkt van overheidswege.
    - Technische realiseerbaarheid: De technische aspecten van een aanvraag zijn vrij eenvoudig en gaat via het CPBW of de arbeidsgeneesheer.
    - Gemeenschap / Participatie: Een aanvraag en zelfs een erkenning van het FBZ voor rugproblemen als beroepsziekte, betrekt op zich weinig werknemers of chauffeurs van De Lijn bij een participatief gebeuren. Er is een beperkt proces van bewustwording. Enkel indien er werkelijk een erkenning volgt, kunnen chauffeurs in aanmerking komen voor erkenning van rugproblemen als beroepsziekte, maar dan nog zal dit slecht een beperkt aantal zijn.
    - Duurzaamheid: Een erkenning van een rugprobleem van een individu als beroepsziekte is definitief, maar welke vergoeding daartegenover staat, hangt af van de ervaren last en de resultaten van medische onderzoeken. Een erkenning van rugproblemen bij chauffeurs van bussen of trams dient na een bepaalde periode opnieuw geëvalueerd te worden. Dit gebeurt in samenspraak met De Lijn en het FBZ.

- Wegen op het aankoop- en onderhoudsbeleid van stoelen
    - Impact: Indien de externe en interne diensten voor preventie en bescherming op het werk en de vakbonden erin slagen te wegen op het aankoop- en onderhoudsbeleid, kan dit een grote impact hebben, bijvoorbeeld door te ijveren voor meer rugvriendelijke en ergonomische stoelen of een efficiënter systeem van onderhoud.
    - Organisatorische realiseerbaarheid: Een aantal organisatorische vereisten moeten voldaan zijn om te kunnen wegen op het aankoopbeleid. Ergonomische stoelen moeten een prioriteit zijn van alle betrokkenen en deze moeten het eens zijn over de voorwaarden, doelstellingen en aanpak. Dit op zich is geen eenvoudige opgave, die ook

moeilijk op korte termijn te realiseren valt.
    - Financiële realiseerbaarheid: De aankoop van rugvriendelijke stoelen en het op punt stellen van onderhoud kan voor De Lijn financieel nadelig zijn. De Lijn zal niet snel geneigd zijn dit te doen, gezien het huidige besparingsbeleid. De realiseerbaarheid van deze interventie zal dus voor een groot deel afhangen van de krachtsverhoudingen binnen het bedrijf met enerzijds de directie en ondernemingsraad en anderzijds de krachten die zich scharen achter en verbeterd stoelbeleid.
    - Technische realiseerbaarheid: Hoewel technisch realiseerbaar, is het komen tot een vernieuw aankoop- en onderhoudsbeleid geen eenvoudig proces binnen een grote organisatie als De Lijn en dus op korte termijn waarschijnlijk niet te realiseren.
    - Gemeenschap / Participatie: Wanneer alle betrokkenen (vakbonden, CPBW, arbeidsgeneesheer) op dezelfde lijn ijveren voor betere stoelen of een beter onderhoud, kan het mobiliserend effect hiervan behoorlijk groot zijn, afhankelijk van de campagne die er rond gevoerd wordt.
    - Duurzaamheid: Een verbeterd stoelenbeleid kan een grote impact hebben op de gezondheid van de chauffeurs.

- IJveren voor het opnemen van pauzes en buffertijd tijdens de diensten.
    - Impact: Als interventie gaat het in tegen de steeds densere ritorders en de daarmee verbonden stress. Indien effectief kan het enige impact hebben hierop. Het onderliggende probleem van de steeds meer beladen ritorders wordt er echter niet door opgelost. Toch kan dit een waardevolle opstap zijn.
    - Organisatorische realiseerbaarheid: Indien de vakbonden voldoende kunnen mobiliseren en instanties als het CPBW en de arbeidsgeneesheer deze acties op beleidsniveau ondersteunen, kunnen interventies op dit gebied realistisch zijn. Het vraagt enige coördinatie en hoewel niet onmogelijk, toch moeilijk haalbaar op korte termijn.
    - Financiële realiseerbaarheid: De steeds meer beladen ritorders kaderen deels in het beleid van besparingen dat De Lijn doorvoert. Hiertegen ingaan met het bewust opnemen van pauzes en buffertijden, zal deze ritorders minder realiseerbaar maken. Acties rond pauzes en buffertijden, kunnen gezien worden als acties tegen het besparingsbeleid en zijn op zich financieel haalbaar.
    - Technische realiseerbaarheid: Opkomen voor realiseerbare ritorders lijkt technisch haalbaar. Het zal echter een grote mobilisatiekracht vragen van alle betrokkenen.
    - Gemeenschap / Participatie: Hoewel moeilijk te organiseren, kunnen gezamenlijke acties een grote participatie van de chauffeurs realiseren.
    - Duurzaamheid: De duurzaamheid van acties die pauzes en buffers willen respecteren, valt af te toetsen aan de krachtsverhoudingen van de betrokken partijen en de hardnekkigheid van het besparingsbeleid van De Lijn.

- Vertrouwenspersoon bij verzuimgesprekken
    - Impact: De impact van een vertrouwenspersoon bij verzuimgesprekken kan de individuele werknemer steviger in de schoenen doen staan. Hij zal zich gesteund voelen tijdens de gesprekken. Anderzijds kan men geneigd zijn dit niet te doen, uit weerzin een derde persoon te betrekken bij persoonlijke aangelegenheden. Indien er vanuit de betrokken instanties (vakbonden, arbeidsgeneesheer) een vorming voor deze vertrouwenspersonen georganiseerd wordt, kunnen deze vertrouwenspersonen een belangrijke bewustwording bij de werknemers die op verzuimgesprek worden uitgenodigd, teweegbrengen. Anderzijds is het geen duurzame ingreep tegen een

maatregel die erg intimiderend wordt ervaren.
    - Organisatorische, technische en financiële realiseerbaarheid: Hoewel het een zekere inspanning vraagt van de betrokken instanties, is dit relatief eenvoudig en op korte termijn te realiseren.
    - Gemeenschap / Participatie: Hoewel het geen collectieve actie betreft, maar een ingreep op individueel niveau, kan het sensibiliseren rond deze problematiek toch een zekere collectieve dimensie krijgen.
    - Duurzaamheid: Bij volgehouden inspanningen en sensibiliseren, kan dit een beschermende maatregel zijn voor de werknemers.

- IJveren voor minder repressieve controlegeneeskunde
    - Impact: Interventies tegen repressieve controlegeneeskunde kan ervoor zorgen dat het aantal mensen dat ziek terug aan het werk wordt gezet, vermindert.
    - Organisatorische, technische en financiële realiseerbaarheid: doenbaar.
    - Gemeenschap / Participatie: Sensibiliserend en belangt veel mensen aan.
    - Duurzaamheid: mogelijks duurzaam.

- Opstellen en verspreiden enquête (bv. rugproblemen)
    - Impact: Hoewel geen echte interventie, kan dit een sensibilisering teweeg brengen i.v.m. de nood aan betere arbeidsomstandigheden.
    - Organisatorische realiseerbaarheid: Organisatorisch vraagt het enig engagement om een enquête voldoende te verspreiden. Indien de vakbonden en arbeidsgeneesheer dit haalbaar vinden, een realiseerbare interventie.
    - Financiële realiseerbaarheid: Het verspreiden van een enquête vraagt weinig financiële middelen.
    - Technische realiseerbaarheid: Haalbaar.
    - Gemeenschap/participatie: Hoewel het doel is zoveel mogelijk mensen te bevragen via een enquête, is dit op zich geen maatregel die mensen mobiliseert. Het kan wel een sensibiliserend instrument zijn.
    - Duurzaamheid: Met een enquête op zich wordt niets gerealiseerd. Het zal afhangen van wat er met de resultaten kan aangevangen worden, of er een duurzame interventie op touw gezet kan worden.

Selectietabel: Welke gezondheidsbelastende arbeidsomstandigheden aanpakken? Voorstellen tot interventies.

Legende:

++ : zeer goed / zeer haalbaar
+ : goed / haalbaar
0 : matig / niet van toepassing
- : slecht / waarschijnlijk niet haalbaar

Criteria	Organiseren van rugschool	Aanvraag rugklachten als beroepsziekte bij FBZ	Wegen op het aankoop- en onderhoudsbeleid van stoelen	IJveren voor het opnemen van pauzes en buffertijd tijdens de diensten	Vertrouwenspersoon bij verzuimgesprekken	IJveren voor minder repressieve controlegeneeskunde	Opstellen en verspreiden enquête (vb rugproblemen)
Uitkomst / Impact	+	0 / ++ (indien positief)	++	+	+	+	+
Organisatorische realiseerbaarheid	+	+	0	0	+	+	+
Financiële realiseerbaarheid	0 / +	++	-	0	+	+	++
Technische realiseerbaarheid	+	+	– / 0	0	+	+	+
Gemeenschap / Participatie	+	-	+(+)	++	+	+	++
Duurzaamheid	+	+	0 / ++ (indien geslaagd)	0 / +	+	+	0

Bijlage 4:

Enquête over belastende arbeidsomstandigheden bij De Lijn Antwerpen, verspreid in de periode van 28/1/2013 tot 8/3/2013

Beste chauffeur bij De Lijn,

Deze enquête wordt georganiseerd door de vakbonden en de interne en externe diensten voor preventie en bescherming op het werk van De Lijn in samenwerking met de huisartsenpraktijk van Geneeskunde voor het Volk Hoboken.

Deze enquête gebeurt naar aanleiding van een onderzoek dat de werkomstandigheden bij De Lijn in kaart wil brengen.

In deze enquête willen we beter zicht krijgen welke problemen leven bij de chauffeurs en welke oplossingen jullie zelf in gedachten hebben voor een aantal problemen. Om de enquête volledig in te vullen, zouden 15 minuten moeten volstaan.

Hoe in te vullen ?

De meeste vragen kunt u eenvoudig beantwoorden door het vakje aan te duiden dat meest bij uw ervaring ligt. (Bijvoorbeeld: ☐ Ja ☒ Nee)
Bij sommige vragen wordt uw mening gevraagd of kan u zelf een antwoord formuleren. Het is van groot belang dat we uw mening te horen krijgen. Maak dus gerust volop gebruik van deze mogelijkheid.

Het is de bedoeling dat u de vragen zonder lang nadenken beantwoordt, want uw eerste ingeving is vaak het beste antwoord. We verzoeken u de vragen zelf te beantwoorden, dus zonder overleg met anderen. Kies het antwoord dat naar uw mening het beste bij uw situatie past. Vaak zijn meerdere antwoorden mogelijk.
Het kan voorkomen dat bepaalde vragen veel op elkaar lijken. Toch is het belangrijk dat u alle vragen invult. Als u andere antwoorden, problemen of opmerkingen heeft, kan u die gerust noteren aan het einde van de vragenlijst.

Vertrouwelijk

Deze enquête en het onderzoek werden goedgekeurd door de ethische commissie van de faculteit geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven.

Deze enquête gebeurt volledig anoniem. Er wordt niet naar uw naam of gegevens gevraagd.
Als u meer wil te weten komen over dit onderzoek of als u wil meewerken aan het verder verloop van dit onderzoek (wat ten zeerste aangemoedigd wordt!), kan u via uw vakbondsafgevaardigde meer informatie bekomen.

Bij de presentatie van de resultaten worden alleen groepsresultaten gegeven en zijn de persoonlijke gegevens dus niet meer herkenbaar. Enkel de artsen die aan dit onderzoek meewerken, krijgen toegang tot de individuele resultaten.

Wanneer u deze vragenlijst ingevuld hebt, gelieve dan deze te bezorgen **onder gesloten omslag** aan uw vakbondsverantwoordelijke.
Wanneer u deze vragenlijst invult en terugbezorgt aan uw vakbondsverantwoordelijke, gaan we ervan vanuit dat u hiermee uw toestemming geeft om uw antwoorden anoniem te gebruiken in ons onderzoek.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Meer informatie over deze enquête kan u bekomen door te mailen naar egmont.ruelens@gvhv.be.

acod Tram • Bus • Metro

ACV openbare diensten

ACLVB LIBERALE VAKBOND

MEDECINE POUR LE PEUPLE GENEESKUNDE VOOR HET VOLK

1. Algemeen

1.1. Wat is uw leeftijd? _ _ jaar

1.2. Bent u man of vrouw? ☐ man ☐ vrouw

1.3. Hoeveel weegt u? _ _ kg

1.4. Wat is uw lengte? _ _ m _ _ cm

1.5. Hoeveel jaar werkt u al bij De Lijn? _ _ jaar

1.6. Ik rijd met ☐ bus ☐ tram

1.7. Werkt u
☐ 50%
☐ 80%
☐ voltijds => Doet u overuren? ☐ Ja ☐ Nee

1.8. Rookt u?
☐ Nee, nooit gerookt
☐ Nee, maar ik ben ex-roker
☐ 1 – 10 sigaretten per dag
☐ meer dan 10 sigaretten per dag

1.9. Doet u wekelijks aan sport? ☐ Ja ☐ Nee

1.10. Zo ja, beoefent u een sport die intensieve inspanningen vereist?
(bijvoorbeeld lopen, zwemmen, gevechtssporten, balsporten, ...)
☐ Ja ☐ Nee

1.11. Beoefent u een sport die rugbelastend is? (turnen, voetbal, zeilen, windsurfen, tennis, golf, basketbal, roeien, paardrijden, volleybal, atletiek, wielrennen, powertraining, judo, ...)
☐ Ja ☐ Nee

1.12. Heeft u de afgelopen 12 maanden gezondheidsproblemen ervaren?

☐ Ik heb geen gezondheidsproblemen gehad.

☐ Ik heb gezondheidsproblemen doorgemaakt, namelijk:

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

☐ klachten van spieren, gewrichten of pezen
- ☐ ter hoogte van de armen
  => ☐ schouder ☐ elleboog ☐ pols of hand
- ☐ ter hoogte van de benen
  => ☐ heup ☐ knie ☐ voet of enkel
- ☐ ter hoogte van de rug
  => ☐ lage rug ☐ nek

☐ problemen met hart en bloedvaten
- ☐ hoge bloeddruk
- ☐ hoge waarden cholesterol in het bloed
- ☐ hersenbloeding of klonter (CVA)
- ☐ hartinfarct

☐ diabetes (suikerziekte)

☐ zwaarlijvigheid / overgewicht

☐ problemen met de luchtwegen (bvb rokerslong,..)

☐ problemen met het zicht of de ogen

☐ problemen met het gehoor

☐ problemen met de maag of darmen

☐ hoofdpijn

☐ psychische problemen
- ☐ slaapstoornissen
- ☐ depressie
- ☐ verslaving (medicatie, drugs, …)
- ☐ stress
- ☐ andere psychische problemen

☐ andere gezondheidsklachten: _

_ _

_ _

2. Rugproblemen en oncomfortabele stoelen

2.1. Ik had de laatste 12 maanden last van lage rugpijn of rugpijn die uitstraalde naar de benen:

- ☐ nooit => Ga verder naar vraag 2.7. als u dit antwoord (“nooit”) aanduidde!
- ☐ nu en dan wel eens of om de paar maanden
- ☐ om de paar weken
- ☐ iedere week
- ☐ dagelijks

2.2. Heeft lage rugpijn u de laatste 12 maand verhinderd om normaal te functioneren op het werk of daarbuiten? (bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk)

☐ Nee ☐ Ja, op het werk ☐ Ja, buiten het werk, thuis, in de vrije tijd

2.3. De laatste 12 maand was ik in ziekteverlof omwille van lage rugpijn:

- ☐ Nee
- ☐ Een week of minder dan een week
- ☐ Tussen een week en een maand
- ☐ Langer dan een maand

2.4. Omwille van lage rugpijn, (bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ onderging ik nog geen medische behandeling
- ☐ nam ik het afgelopen jaar al medicatie (pijnstillers, spierontspanners,...)
- ☐ ging ik het afgelopen jaar naar mijn huisarts, een kinesist en/of een osteopaat
- ☐ ging ik het afgelopen jaar naar een arts-specialist
- ☐ onderging ik het afgelopen jaar al onderzoeken zoals een scan of een EMG (onderzoek naar zenuwgeleiding en -inklemming)
- ☐ onderging ik ooit al een operatie
- ☐ andere: _ _ _

2.7. Ik vind de stoelen en bestuurscabines in de voertuigen
(bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk)
- □ ik ervaar geen problemen
- □ ik ervaar problemen bij bepaalde types stoelen
- □ de stoelen zijn slecht geplaatst in de bestuurscabine
- □ de stoelen zijn te weinig afstelbaar aan mijn zithouding
- □ de stoelen zijn hard om op te zitten
- □ de stoelen zijn versleten
- □ de bestuurscabine is onhygiënisch
- □ de stoelen zijn te weinig onderhouden
- □ andere: _

_ _

_ _

2.8. Ik maak bijna dagelijks gebruik van de mogelijkheid om de stoel af te stellen.
□ Ja □ Nee □ Ik weet niet hoe de stoel af te stellen.

2.9. Ik probeer bijna dagelijks mijn zithouding te verzorgen.
□ Ja □ Nee □ Ik weet niet hoe een correcte zithouding aan te nemen.

2.10. Als mogelijke oplossing voor de lage rugklachten en problemen met de stoelen, vind ik **de <u>beste</u> oplossing**: (gelieve <u>slechts 1 mogelijkheid</u> aan te duiden)
- □ aanpak van dit thema vind ik niet nodig
- □ meer aandacht voor lage rugproblemen bij de opleiding tot chauffeur
- □ een rugschool tijdens de werkuren
- □ een rugschool buiten de werkuren
- □ andere / betere stoelen aankopen
- □ beter onderhoud van de stoelen of de vering
- □ andere: _

_ _

_ _

2.11. Als mogelijke oplossing voor de lage rugklachten en problemen met de stoelen, vind ik **de <u>meest haalbare</u> oplossing**: (gelieve <u>slechts 1 mogelijkheid</u> aan te duiden)
- □ aanpak van dit thema vind ik niet nodig
- □ meer aandacht voor lage rugproblemen bij de opleiding tot chauffeur
- □ een rugschool tijdens de werkuren
- □ een rugschool buiten de werkuren
- □ andere / betere stoelen aankopen
- □ beter onderhoud van de stoelen of de vering
- □ andere: _

_ _

_ _

3. Dienstregeling en ritorders

3.1. Als chauffeur (tram/bus) heb ik

☐ aaneengesloten diensten ☐ onderbroken (B) diensten

3.2. Problemen ten gevolge van de dienstregeling

(bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk)

☐ ik ervaar geen specifieke problemen door de dienstregeling
☐ slaapproblemen
☐ privé en gezinsproblemen (relatie, kinderen,...)
☐ eetproblemen of maagklachten
☐ stress
☐ lichamelijke klachten, zoals _ _ _

4. Absenteïsme (afwezigheid door ziekte) en de aanpak van absenteïsme bij De Lijn

4.1. Het afgelopen jaar (de laatste 12 maanden) was ik
- ☐ geen enkele keer afwezig door ziekte
- ☐ minder dan 4 keer afwezig voor korte periodes (korter dan 1 week)
- ☐ 4 of meer keer afwezig voor korte periodes
- ☐ afwezig voor langere periodes (langer dan 1 week)

4.2. Wanneer ik het afgelopen jaar voor **<u>korte periodes</u>** (korter dan 1 week) afwezig was op het werk, was de voornaamste oorzaak:
- ☐ ik was niet afwezig voor korte periodes
- ☐ een kortdurende ziekte (bvb griep,...)
- ☐ een langdurende ziekte (bvb depressie,...)
- ☐ ziekte van een familielid
- ☐ privé problemen (bvb scheiding)
- ☐ geen zin of geen fut om te werken
- ☐ andere problemen: _

_ _

_ _

4.3. Wanneer ik het afgelopen jaar voor **<u>lange periodes</u>** (langer dan 1 week) afwezig was op het werk, was de voornaamste oorzaak:
- ☐ ik was niet afwezig voor lange periodes
- ☐ een kortdurende ziekte (bvb griep,...)
- ☐ een langdurende ziekte (bvb depressie,...)
- ☐ privé problemen (bvb scheiding,...)
- ☐ geen zin of geen fut om te werken
- ☐ andere problemen: _

_ _

_ _

4.4. Controle artsen bij ziekte: (bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ Ik kreeg nog nooit een controle arts over de vloer
- ☐ Ik kreeg reeds een controle arts over de vloer
  - ☐ ik vond dit geen probleem
  - ☐ de controle arts kwam nog voor ik bij mijn (huis)arts was langsgegaan
  - ☐ de controle arts zette me vroeger aan het werk
  - ☐ ik vond de controle arts onvriendelijk
  - ☐ ik vond de controle arts intimiderend
  - ☐ andere problemen: _

_ _

_ _

4.5. Verzuimgesprekken bij De Lijn :
(bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk)

☐ Ik was nog nooit op een verzuimgesprek
☐ Ik ondervond geen problemen tijdens deze verzuimgesprekken
☐ Ik vond deze verzuimgesprekken zinvol
☐ Ik vond deze verzuimgesprekken nutteloos
☐ Ik vond deze verzuimgesprekken intimiderend
☐ Ik werd gevraagd details te geven over mijn medische toestand
☐ andere problemen: _

_ _

_ _

4.6. Het is mij het laatste jaar al overkomen dat ik ging werken ook al was ik ziek.
(bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk)

☐ Nee
☐ Ja =>
- ☐ Omdat ik me niet ziek genoeg vond om thuis te blijven
- ☐ Uit angst mijn job te verliezen
- ☐ Omdat een controle arts me terug aan het werk zette
- ☐ Om niet op verzuimgesprek te moeten gaan

4.7. Een zinvolle verandering bij de aanpak van absenteïsme zou zijn:
(gelieve <u>slechts 1 mogelijkheid</u> aan te duiden)

☐ ik vind een verandering hier niet nodig
☐ een vertrouwenspersoon bij de verzuimgesprekken
=>
- ☐ een vertrouwenspersoon van de vakbonden
- ☐ een vertrouwenspersoon van de sociale dienst
- ☐ andere vertrouwenspersonen: _

_ _

☐ bij ziekte komen controle artsen pas na een bepaalde ziekteduur (bvb 1 week)
☐ meer aandacht voor preventie van ziekmakende arbeidsomstandigheden in plaats van controle van ziekteverzuim
☐ andere: _

_ _

_ _

5. Besluit

5.1. Het **belangrijkste probleem** waar iets aan moet veranderen, is volgens u:

(Gelieve aan te duiden met 1, 2, 3 in volgorde van belangrijkheid. Zet een 1 bij wat u het belangrijkste probleem vindt, een 2 bij het minder belangrijke probleem en een 3 bij het probleem met de laagste prioriteit.)

- de rugproblemen en stoelproblemen _ _
- de ritorders en dienstregelingen _ _
- de aanpak van absenteïsme bij De Lijn _ _
- andere: _ _ _

Als u specifieke vragen heeft of op de hoogte gehouden wil worden van de resultaten van dit onderzoek, kan u hieronder uw gegevens noteren. Maak dit blad los van de rest van de enquête en geef het af aan uw vakbondsafgevaardigde. Wij contacteren u dan zo snel mogelijk. **Dit is niet verplicht en uw gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.** U kan ook via uw vakbondsafgevaardigde meer informatie bekomen of mailen naar egmont.ruelens@gvhv.be

Naam: _

Stelplaats: _

Tel / GSM: _

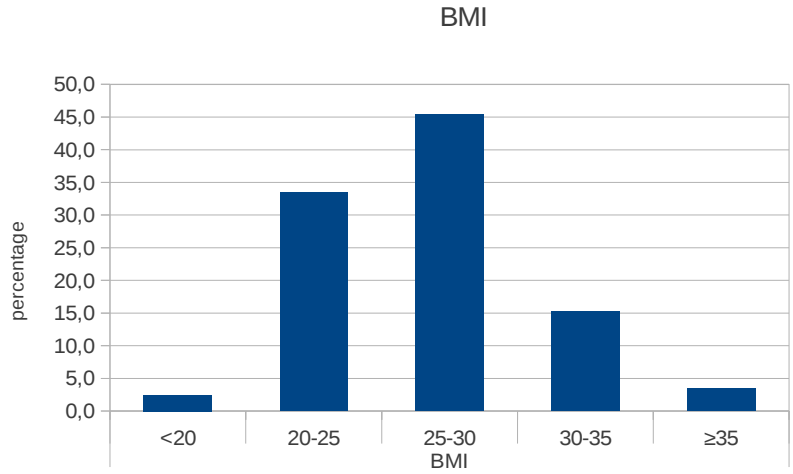
e-mail: _

Bijlage 5:

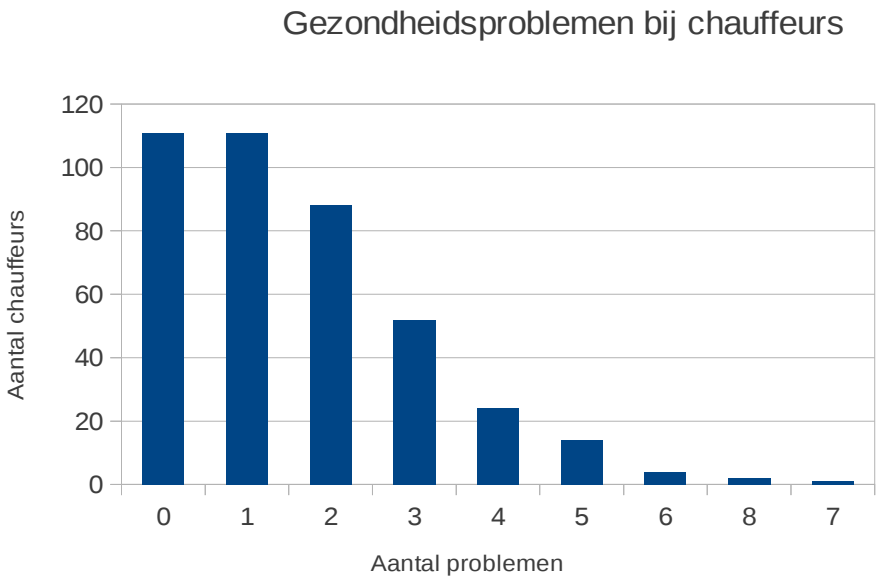
Eerste resultaten van de enquête over belastende arbeidsomstandigheden bij De Lijn Antwerpen, verspreid in de periode van 28/1/2013 tot 8/3/2013

		%
Geslacht	Vrouw	20,9
	Man	79,1
Leeftijd (in jaren)	<30	12,0
	30-40	23,1
	40-50	31,9
	>50	32,9
Gewicht (in kg)	<70	17,7
	70-80	23,3
	80-90	29,0
	90-100	19,2
	>100	10,8
BMI	<20	2,5
	20-25	33,4
	25-30	45,5
	30-35	15,2
	≥35	3,4
Lengte (in cm)	<170	23,6
	170-180	42,3
	180-190	28,0
	>190	6,1
Roker	Nooit	44,5
	Ex-roker	24,8
	1-10 sigaretten/dag	14,7
	+10 sigaretten/dag	16,0
Ancienniteit	<5	19,7
	5-10	28,5
	10-15	22,1
	>15	29,7
Voertuig	Bus & Tram	3,2
	Bus	42,5
	Tram	54,3
Contract	Vier/vijfde	9,8
	Halftijds	3,7
	Voltijds	86,5
Dagindeling	Aaneengesloten	79,6
	Onderbroken	18,9
	Beide	1,5
Overuren	Nee	58,0
	Ja	42,0
Sport	Geen	51,6
	Inspannende sport	36,4
	Wekelijks	8,8
	Rugbelastende sport	3,2

[Tabel 1: Beschrijvende tabel van de demografische kenmerken van de bevraagde 407 chauffeurs bij De Lijn Antwerpen.]



[Grafiek 1: verdeling van het BMI bij 407 chauffeurs bij De Lijn Antwerpen]



[Grafiek 2: Gezondheidsproblemen bij chauffeurs. Hoeveel chauffeurs melden welk aantal klachten?]

	Aantal chauffeurs	%
Musculoskeletale aandoeningen	260	63,9
Psychische problemen	108	26,5
Hoofdpijn	69	17,0
Gastro-intestinale problemen	67	16,5
Problemen met hart en bloedvater	65	16,0
Overgewicht	53	13,0
Zicht & gehoor	22	5,4
Luchtwegen	16	3,9
Diabetes	13	3,2

[Tabel 2: de verdeling van gezondheidsproblemen bij chauffeurs van De Lijn Antwerpen.]

Musculoskeletale klachten	%
Lage rug	46,7
Nek	24,3
Voet & enkel	21,9
Knie	15,5
Heup	10,8
Pols & hand	7,9
Elleboog	7,9
Schouder	5,9

[Tabel 3: verdeling van musculoskeletale klachten bij chauffeurs van De Lijn Antwerpen]

Frequentie van rugklachten	%
Dagelijks	11,2
Iedere week	10,5
Nooit	24,0
Nu en dan wel eens om de paar maanden	40,0
Om de paar weken	14,3

[Tabel 4: Frequentie van rugklachten]



[Grafiek 3: Zien de chauffeurs hun rugklachten als veroorzaakt door het werk? Slechts 2,5% gaat niet akkoord.]

Stress op het werk	%
Nooit	8,5
Nu en dan	47,8
Iedere week	17,2
Dagelijks	20,9
Constant, het is vaak onhoudbaar	5,6

[Tabel 5: Frequentie van stress op het werk.]



[Grafiek 4: Frequentie van stress op het werk.]

Problemen ten gevolge van de dienstregeling	%
Geen specifieke problemen	34,2
Slaapproblemen	49,9
Eetproblemen & maagklachten	28,0
Stress	25,6
Privé en gezinsproblemen	16,7

[Tabel 6: Problemen ten gevolge van de dienstregeling.]

Problemen ten gevolge van de ritorders	%
Geen specifieke problemen	16,1
Sinds besparingen grotere bron van stress	58,3
Bron van stress	39,3
Ik kan geen pauzes opnemen	35,7
Ik rijd vaak te snel	30,2
dagelijks	20,9
wekelijks, niet dagelijks	8,4
Ik neem pauzes ook al loop ik achter	19,4

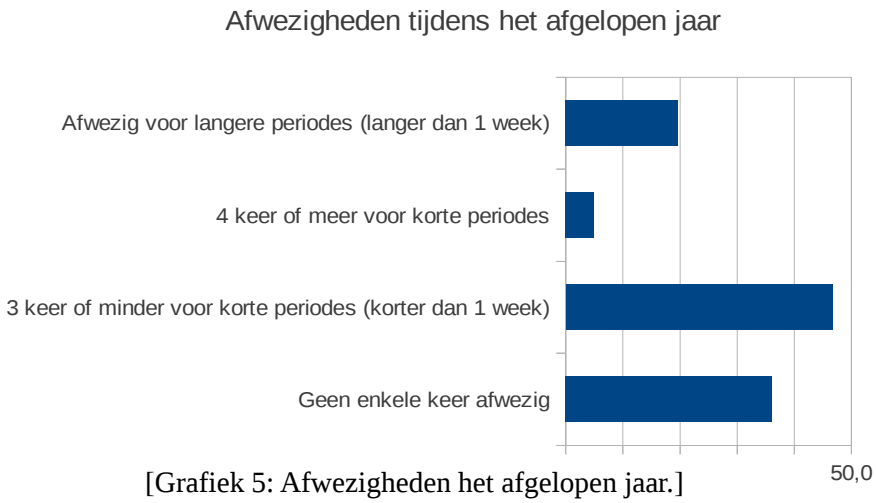
[Tabel 7: Problemen ten gevolge van de ritorders.]

Sinds de besparingen van 2012 is mijn job...	%
Een stuk aangenamer en minder belastend	1,0
Niet meer of niet minder belastend	23,6
Minder aangenaam en meer belastend	63,2
Veel te belastend, ik denk er zelfs over na om te stoppen	12,3

[Tabel 8: ervaren werkbelasting sinds de besparingen van september 2012]

Afwezigheden het laatste jaar	%
Geen enkele keer afwezig	36,1
3 keer of minder voor korte periodes (korter dan 1 week)	46,7
4 keer of meer voor korte periodes	4,9
Afwezig voor langere periodes (langer dan 1 week)	19,7

[Tabel 9: Afwezigheden in duur en frequenties.]



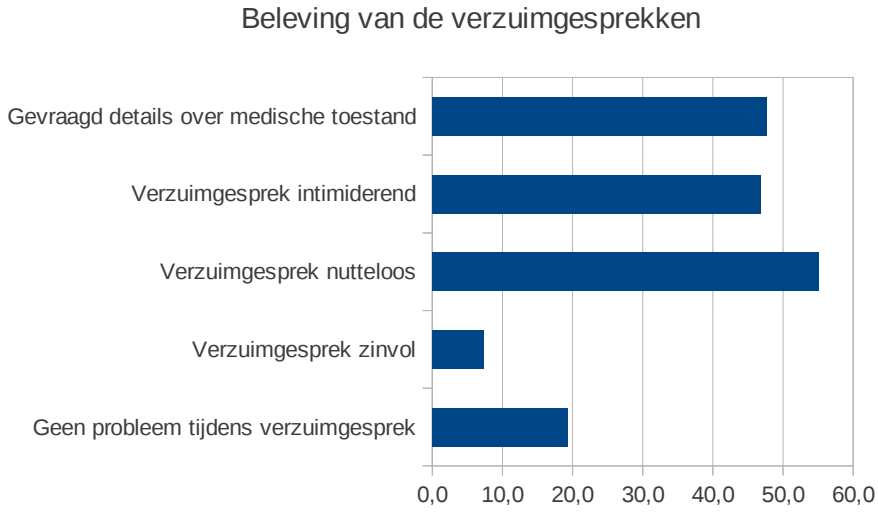
[Grafiek 5: Afwezigheden het afgelopen jaar.]

Redenen om ziek te gaan werken	%
Niet ziek genoeg om thuis te blijven	69,4
Uit angst mijn job te verliezen	38,0
Omdat controlearts mij aan het werk zette	4,1
Om niet op verzuimgesprek te moeten gaan	20,7

[Tabel 10: Redenen om ziek te gaan werken.]

Beleving van de verzuimgesprekken	%
Geen probleem tijdens verzuimgesprek	19,3
Verzuimgesprek zinvol	7,3
Verzuimgesprek nutteloos	55,0
Verzuimgesprek intimiderend	46,8
Gevraagd details over medische toestand	47,7

[Tabel 11: Beleving van de verzuimgesprekken.]



[Grafiek 6: beleving van de verzuimgesprekken]

Bijlage 6:

Interventie tabel
&
Dynamisch model

Interventie Tabel: Aanpak van belastende werkomstandigheden van chauffeurs van De Lijn

HIPPOPOC tabel

Input	Processen	Resultaten	Uitkomsten
• Thesis scriptie HAIO & promotor ITG • Team huisartspraktijk • Chauffeurs De Lijn • Tijd: februari 2012 tot april 2013 • 3 vakbonden bij De Lijn • Arbeidsgeneesheer bij De Lijn • CPWB bij De Lijn	• Focusgroepen & analyse van de gesprekken • Werkgroep samengesteld uit chauffeurs en afgevaardigden vakbonden uit de focusgroepen • Algemene vergaderingen met vakbonden, arbeidsgeneesheer, chauffeurs en team huisartspraktijk • Enquête gezondheidsklachten bij chauffeurs & analyse van de enquête • Voorstel tot interventie aan het CPBW	• Verbeterde werkomstandigheden • Verhoogde participatie en empowerment van de chauffeurs • Betere coördinatie, samenwerking en versterking preventieve diensten • Thesis scriptie HAIO	• Gezondere werkomgeving • Minder absenteïsme • Gezondere chauffeurs

Dynamisch model : aanpak van belastende gezondheidsproblemen bij chauffeurs van De Lijn

