Beroepsziekten, met focus op musculoskeletale aandoeningen van het bovenste lidmaat, in de schoonmaaksector: een cross-sectionele studie in de huisartsenpraktijk

Thomas Van Deun, Universiteit Antwerpen

Kamilya Jakipbayeva, Universiteit Gent

Promotor: Steven Ronsmans

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2024 – 2025]

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

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

DANKWOORD

Voor het tot stand komen van deze masterproef waren verschillende mensen betrokken zonder wiens hulp dit nooit was gelukt en daarom zouden we even de tijd willen nemen om ze te bedanken.

Allereerst willen we Geneeskunde Voor Het Volk bedanken als organisatie. We hebben door jullie niet alleen een uitstekende huisartsopleiding kunnen volgen, maar ook hebben we de kans gekregen om een thesis te schrijven rond een bijzonder boeiend en maatschappelijk relevant onderwerp. Jullie hebben ons blikveld vergroot en ons geleerd hoe een arts niet alleen een medische, maar ook maatschappelijke rol kan opnemen en daardoor nog zoveel meer kan betekenen.

Een grote dank aan Karel Van Bever van Geneeskunde Voor Het Volk Zelzate om ons te begeleiden in het initieel proces van het afbakenen van het thema en de opzet van de thesis.

Een grote dank aan dokter Thomas Engelbeen van Geneeskunde Voor Het Volk Genk, die ons het databestand heeft bezorgd en ons heel veel werk heeft bespaard door ons te begeleiden in de wereld van Excel.

En uiteraard grote dank aan onze promotor dokter Steven Ronsmans, docent arbeidsgeneeskunde. Bedankt voor uw begeleiding, expertise en advies in de vele overlegmomenten.

Tot slot wensen we nog onze partners en familieleden te bedanken voor ons te ondersteunen in dit hele proces.

Thomas Van Deun en Kamilya Jakipbayeva

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT 1

1. INLEIDING 3

1.1 Aanleiding Masterproef 3

1.2 Schoonmaakpersoneel als kwetsbare groep 3

1.3 Musculoskeletale aandoeningen bij schoonmakers 5

A. Prevalentie 5

B. Ontstaan van MSA in de schoonmaaksector 5

1.4 Beroepsziekten 8

A. Erkenning van beroepsziekten 9

B. De huidige stand van zaken 10

2. OBJECTIEVEN 12

3. METHODOLOGIE 13

4. RESULTATEN 16

4.1 Algemene beschrijving 16

4.2 Musculoskeletale aandoeningen 18

A. Prevalentie 18

B. Odds ratio 20

5. DISCUSSIE 21

5.1 Belangrijkste bevindingen 21

5.2 Sterktes en beperkingen van het onderzoek 22

A. Sterktes 22

B. Beperkingen 23

5.3 Beleidsimplicaties en aanbevelingen 24

6. CONCLUSIE 26

7. BIBLIOGRAFIE 27

ABSTRACT

Achtergrond:

De schoonmaaksector vormt een heterogene en kwetsbare beroepsgroep waarbij musculoskeletale aandoeningen (MSA), gerelateerd aan het werk, geacht worden frequent voor te komen. De prevalentie hiervan is echter slecht gedocumenteerd waarbij data voornamelijk afkomstig zijn uit vragenlijsten met zelf gerapporteerde klachten.

Doelstelling:

Deze studie heeft als doel de prevalentie van MSA van het bovenste lidmaat in de schoonmaaksector beter in kaart te brengen aan de hand van medische diagnoses uit een huisartspopulatie. Hierbij zal er ook vergeleken worden met andere beroepsgroepen om een meer genuanceerde inschatting mogelijk te maken. Op basis van de bevindingen zullen we evalueren of de blootstelling aan het beroepsrisico, zoals dit heden ingeschat wordt door het Federaal agentschap voor beroepsrisico's (Fedris), representatief is voor de sector.

Methode:

Er werd een cross-sectionele analyse uitgevoerd op het patiëntenbestand (n = 16.936) van Geneeskunde voor het Volk (GVHV), een netwerk van 11 forfaitaire huisartsenpraktijken in België. De prevalentie van zes specifieke MSA (schouderpathologie, epicondylitis lateralis, epicondylitis medialis, De Quervain tendinitis, triggerfinger en carpale tunnel syndroom) werd vergeleken tussen poetspersoneel (n = 945), een controlegroep met een verwacht laag werkgerelateerd risico op MSA (n = 776), een controlegroep met een verwacht hoog risico op MSA (n = 444) en de totale studiepopulatie (n = 16.936). Chi-kwadraattoetsen werden uitgevoerd om statistische verschillen te evalueren. De risico-inschatting werd verder gekwantificeerd aan de hand van odds ratio’s.

Resultaten:

Personen werkzaam in de huishoudelijke schoonmaaksector vertoonden systematisch hogere prevalentiecijfers voor alle onderzochte MSA, in het bijzonder voor het carpale tunnel syndroom (11%), epicondylitis lateralis (11%) en schouderpathologie (12%). De odds op het ontwikkelen van de meest voorkomende MSA waren evenzeer verhoogd in vergelijking met zowel de totale studiepopulatie (bv. carpale tunnel syndroom OR 3.3 CI 2.7 - 4.1) als de controlegroepen, in meeste gevallen statistisch significant.

Besluit:

Deze studie toont aan dat MSA van het bovenste lidmaat systematisch vaker voorkomen bij schoonmaakpersoneel in België. Het risico voor het ontwikkelen van een MSA is hierbij ook duidelijk verhoogd ten op zichte van de vergelijkingsgroepen. Deze cijfers dienen evenwel met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Echter, gezien het overtuigend karakter over de hele lijn van bestudeerde MSA, zijn de auteurs van mening dat er in de sector en in het algemeen meer aandacht moet zijn voor dit topic. De huidige inschatting van Fedris omtrent het beroepsrisico en de evaluatie van de blootstelling hieraan, lijkt een onderschatting en verdient ook op zijn beurt een herziening.

1. INLEIDING

1.1 Aanleiding Masterproef

Het idee voor deze studie is tot stand gekomen in samenwerking met Geneeskunde voor het Volk (GVHV), waar de twee auteurs van deze masterproef hun eerste jaar van de huisartsopleiding hebben gevolgd, in de praktijken te Hoboken en Zelzate. GVHV is een netwerk van 11 eerstelijnspraktijken in Vlaanderen, Brussel en Wallonië, die werken via het forfaitair financieringsmodel. Naast medisch werk, is GVHV een organisatie waar een sterke focus is op sociaal maatschappelijk werk, alsook wetenschappelijk onderzoek binnen dat sociaal kader. In de periode van de huisartsstage van de auteurs, startte GVHV een onderzoek naar het voorkomen van musculoskeletale aandoeningen (MSA) bij personen die tewerkgesteld zijn als poetshulp, meer bepaald in de dienstenchequesector, en dit door middel van een enquête over zelf-gerapporteerde klachten. Het uiteindelijke doel van de campagne was om een betere erkenning van beroepsziekten te verkrijgen voor deze sector.

In navolging van de enquête van GVHV werd besloten in deze studie te pogen vanuit het perspectief van de huisartsenpopulatie te kijken naar het voorkomen van diagnoses met betrekking tot musculoskeletale aandoeningen in de schoonmaaksector, om zodoende de omvang van dit probleem beter in kaart te brengen. Een diagnose zegt immers meer dan louter klachten, en het merendeel van de patiënten consulteert in eerste instantie de huisarts. Ook werd er geprobeerd om de link te leggen met beroepsziekten, gezien erkenning grote implicaties kan hebben voor zowel de werknemer, als de maatschappij.

1.2 Schoonmaakpersoneel als kwetsbare groep

De schoonmaaksector bestaat uit een heterogene groep van tewerkstellingsplaatsen. In België is een groot deel van schoonmakers in dienst via het dienstenchequestelsel, dat particulieren in staat stelt om een erkende onderneming te betalen met dienstencheques voor hulp van huishoudelijke aard. Dit stelsel is in 2004 geïntroduceerd en had in 2024 zo'n 150 000 dienstenchequewerknemers aan het werk gezet, vooral als poetshulp. [1]

Mede door de opzet van het dienstenchequestelsel (namelijk het creëren van kwaliteitsvolle jobs in het bijzonder voor mensen die moeilijk aan de slag kunnen geraken op de reguliere arbeidsmarkt), alsook door de aard van het werk (arbeid die geen speciale vooropleiding

vereist), vormt de schoonmaaksector een kwetsbare groep werknemers, bestaande voornamelijk uit vrouwelijke, anderstalige en oudere werkkrachten die veelal laaggeschoold zijn. [2] De werknemers worden tijdens de werkactiviteiten potentieel blootgesteld aan verschillende beroepsrisico's met betrekking tot hun welzijn. Een inspectiecampagne van de Belgische overheid uit 2022 bracht aan het licht dat er dikwijls onvoldoende maatregelen worden genomen door werkgevers om de werkkrachten te ondersteunen dan wel beschermen tijdens deze beroepsactiviteiten [3].

In 2018 is er een grootschalige enquête uitgevoerd van IDEA Consult naar de tevredenheid van bijna 4.000 dienstenchequemedewerkers. Hoewel een groot deel aangaf tevreden te zijn met hun werk (46% procent deed het werk zeer graag en 44% deed het werk eerder wel graag), waren ook negatieve punten naar boven gekomen, vooral wat betreft de gebruikte producten en materialen, de beperkte afwisseling, de reistijd naar en tussen klanten, (het gebrek aan) opleidingen, het gebrek aan contact met collega's en de doorgroeimogelijkheden. Een groot deel geeft aan zich gewaardeerd te voelen door de klanten, maar niet door de maatschappij. [4]

Huishoudhulpen ervaren een aanzienlijke mentale en fysieke belasting in hun job. De resultaten van de enquête van IDEA Consult tonen aan dat 46% zegt zich "echt op" te voelen naar het einde van de werkdag. [4] De fysieke belasting werd ook in de Vlaamse werkbaarheidsmonitor opgemerkt, daar gaf bijna één op drie huishoudhulpen aan dat ze belastende fysieke arbeidsomstandigheden ervaren (t.o.v. gemiddeld 15% op de Vlaamse arbeidsmarkt). [5] 59% van de dienstenchequemedewerkers acht het niet haalbaar om de job te blijven uitoefenen tot aan hun pensioen, wat aanzienlijk lager is dan de Vlaamse arbeidsmarkt (43%). [4, 5]

Die belasting wordt ook weerspiegeld in werkverzuim door ziekte. In een paper van 2020 werd beschreven dat werken bij een dienstenchequebedrijf de kans op het krijgen van ziekteuitkering één jaar na indiensttreding verdriedubbelt en de kans om in invaliditeit te gaan vijf jaar na indiensttreding 20 keer hoger maakt. [6] Volgens de werkbaarheidsmonitor van 2019 was 18,4% van de dienstenchequewerknemers in het afgelopen jaar frequent (≥ 3 keer) afwezig en 17,1% langdurig (> 20 dagen) afwezig op het werk door ziekte of een ongeval. Dit is opvallend meer dan op de Vlaamse arbeidsmarkt (10,3% en 10% respectievelijk). [5]

1.3 Musculoskeletale aandoeningen bij schoonmakers

A. Prevalentie

Musculoskeletale klachten komen vaak voor bij mensen werkend in de schoonmaaksector. De precieze prevalentie van deze aandoeningen is echter slecht gedocumenteerd en wordt nagenoeg altijd bekomen via enquêtes met vragenlijsten op basis van zelf gerapporteerde klachten. Prevalentiecijfers op basis van diagnoses gesteld door een arts werden op heden niet gevonden in de literatuur.

In 2024 is er een systematic review artikel gepubliceerd over musculoskeletale aandoeningen bij kamerschoonmakers van hotels én schoonmakers in het algemeen. Deze review omvatte negentien studies, waarvan slechts twee uit Europa, allemaal op basis van vragenlijsten. De meest voorkomende aangedane lichaamsdelen waren de onderrug (54%), de schouder (41%) en de polsen/handen (40%). De prevalentie van MSA van de nek en elleboog waren respectievelijk 33,7% en 25,1%. [7] In België werden dezelfde trends gerapporteerd. In het IDEA Consult enquête uit 2018 blijkt dat musculoskeletale klachten frequent worden ervaren door werknemers in de dienstenchequesector, met meer dan de helft van de werknemers die minstens op wekelijkse basis dergelijke klachten ondervindt. [4] Ook in de enquête van GVHV gaf 80% van het poetspersoneel (n = 413) aan in de voorbije 7 dagen musculoskeletale klachten te hebben gehad, en 90% in het voorbije jaar. Door 85% werd de pijn als werk gerelateerd beschouwd. “Uitvoeren van repetitieve bewegingen” werd door de werknemers aangeduid als de grootste oorzaak van werkgerelateerde musculoskeletale klachten (81%). "Dragen, tillen of verplaatsen van zware lasten" was de tweede grootste oorzaak (55,8%) en op de derde plaats "grote werkdruk" (42,9%). [8]

B. Ontstaan van MSA in de schoonmaaksector

De invloed van werkomstandigheden op het ontstaan van MSA is multifactorieel. Een vaak gebruikt model hiervoor is de ‘Balance theory’ van Smith en Crayon-Sainfort [9,10], dat beschrijft hoe zowel werkomstandigheden, als andere factoren buiten werk, stress kunnen uitoefenen op het individu. Die stress kan fysiologische en psychologische negatieve gevolgen hebben wanneer die de capaciteiten van het individu overstijgen. Wanneer de blootstelling aan deze stress langere tijd bestaat, kan dit resulteren in MSA. Het model bestaat uit vijf elementen, die elk een interactie kunnen hebben met elkaar. Centraal in het model staat het individu en diens unieke eigenschappen (zoals leeftijd, persoonlijkheid, socio-economische

achtergrond, voorbije werkervaringen enzovoort). De andere elementen zijn taakinhoud, technologie en gereedschap, organisatie van het werk en de werkomgeving. [11,12]

Individu

Het profiel van een schoonmaker verschilt van andere sectoren. In de dienstenchequesector is 97% van de werknemers vrouw, terwijl de genderverdeling van de gehele Vlaamse arbeidsmarkt bijna gelijk is (in 2016 was 46% van de werkende bevolking vrouw). [2, 4] Wat de leeftijd betreft zijn er relatief minder werknemers jonger dan 30 jaar die in de dienstenchequesector werken t.o.v. de algehele werkende bevolking, terwijl het aandeel 50-plussers vergelijkbaar is. [2]

De grote meerderheid van de dienstenchequewerknemers (86,6% in 2020) heeft geen hogere opleiding genoten. Ook het aandeel aan werknemers met een niet-Belgische herkomst is groot, 55.3% in 2020. Daarvan was bijna één op vijf in de vijf voorgaande jaren in België toegekomen. Het grootste aandeel zijn mensen die als herkomst Oost-EU hebben (21.7%), wat 6 keer zo hoog is als het aandeel Oost-Europeanen in de Vlaamse loontrekkende bevolking. [2]

De meeste jobs in de dienstenchequesector worden deeltijds uitgevoerd, slechts 7,9% werkt voltijds. [2] Ter vergelijking werkt de algemene bevolking slechts in de helft van de gevallen deeltijds, al is dit aandeel iets groter in sectoren met fysieke arbeid (zo'n 60%). [2,13] Volgens de IDEA enquête van 2018 heeft de meerderheid van de werknemers bewust gekozen voor deeltijds werk, omwille van persoonlijke of familiale redenen. Een factor die daartoe bijdraagt is het aandeel eenoudergezinnen, dat een stuk hoger ligt dan in de algemene bevolking (15,1% vs. 9,3% in 2020) – een duidelijk teken dat het dienstenchequestelsel de arbeidsparticipatie van alleenstaande vaders/moeders bevordert. Ook het aandeel personen uit een ongehuwd paar met kinderen (15,4%) ligt iets hoger dan in de Vlaamse bevolking (12,4%). [2]

Taakinhoud

Er is in de literatuur een consensus dat er een verband is tussen de fysieke belasting van een taak en de kans op het ontwikkelen van een musculoskeletale aandoening. Het uitvoeren van repetitieve bewegingen draagt bij aan het ontstaan van MSA, zeker als deze bewegingen in een onhandige positie moet worden uitgevoerd. Van onnatuurlijke en statische houdingen is ook beschreven dat ze bijdragen aan MSA in verschillende beroepsgroepen. [12]

Mensen werkend in de schoonmaaksector hebben een gevarieerd takenpakket. Verschillende van die taken geven een inherent verhoogd risico op het ontwikkelen van musculoskeletale aandoeningen. De taken die bewezen biomechanische en fysiologische effecten op schoonmakers hebben, zijn onder andere dweilen, stofzuigen, afstoffen, afvegen en badkamer/toilet kuisen. Hoewel de taken op zich zelden grote kracht vergen, is het de combinatie van repetitiviteit en tempo van de bewegingen met niet ergonomische houdingen, die bijdragen aan het ontstaan van MSA. [11] Er is beschreven dat een belangrijk deel van het schoonmaakwerk in een voorovergebogen houding wordt verricht (36% tot 56%) en dat één of twee armen in 24 tot 43% van de tijd boven schouderhoogte waren tijdens het schoonmaken. Werken in een voorovergebogen positie is geassocieerd met lage rugpijnaandoeningen, en werken boven schouderhoogte is geassocieerd met MSA van de schouder. [12]

Kennis over ergonomie zou het voorkomen van MSA kunnen verminderen. De manier waarop eenzelfde taak wordt uitgevoerd, kan immers een verschillende belasting geven. [11] Helaas zijn beperkte leermogelijkheden één van de knelpunten die naar voren zijn gekomen in de IDEA consult. Sinds kort zijn ondernemingen verplicht om nieuwe werknemers vorming aan te bieden (protocolakkoord CAO/PC/2014-32201-155). De opleiding, die ze moeten starten binnen 6 maanden na hun start bij de onderneming, wordt gesubsidieerd en dient één van volgende onderwerpen te behandelen: ergonomie, klantgericht werken, huishoudelijk strijken, werkorganisatie bij de klant, producten -en materialenkennis, preventie en veiligheid. Toch heeft 22% nog nooit een opleiding gevolgd en heeft slechts 56% ooit een cursus ergonomie gevolgd. [4]

Materiaal en Technologie

Het werk van schoonmakers bestaat grotendeels uit handenarbeid. Om hun taak te kunnen uitoefenen, zijn schoonmaakmiddelen en materialen nodig. Technologische ontwikkelingen zorgden ervoor dat tal van middelen op de markt gebracht werden om het werk van de schoonmakers te vergemakkelijken en meer ergonomisch te maken.

Dienstenchequewerkers hebben echter niet altijd toegang tot deze nieuwe ontwikkelingen. Gezien ze werken bij de klanten thuis, zijn ze volledig afhankelijk van de middelen die de klant voorziet. De kwaliteit van de producten en het materiaal ligt grotendeels onder de verantwoordelijkheid van de klant. Uit de interviews van IDEA kwam naar voor dat er soms wordt gevraagd om te werken met ongezonde producten, en dat het afhangt van de assertiviteit van de werknemer of dit geweigerd wordt of niet. Ook het materiaal waarmee

gewerkt wordt, kan verbeterd worden. In tegenstelling tot producten is het echter moeilijker om klanten te overtuigen om ander materiaal aan te kopen. Specifiek wordt geopperd voor telescopische stelen van stofzuigers, lange stelen van trekkers en microvezeldoeken. De stofzuigers zouden ook lichter mogen zijn zodat ze makkelijker te verplaatsen zijn tussen verschillende verdiepingen, en emmers voorzien van wielen. [4]

Omgeving

Schoonmakers werken meestal niet in plekken die ontworpen zijn om makkelijk schoon te maken. Gemak in onderhoud is zelden een bewuste keuze in het ontwerp van een ruimte. Dat kan leiden dat schoonmakers worden gedwongen om houdingen aan te nemen of bewegingen uit te voeren die verre van ergonomisch verantwoord zijn. Dit leidt op korte termijn tot pijn en ongemak, en op lange termijn op MSA. [12]

Gezien in de dienstenchequesector de huishoudhulpen aan de slag gaan bij de klant thuis, is er een enorme variatie aan werkplekken. Het is moeilijk te garanderen dat iedere klant zijn verantwoordelijkheid neemt om het huis aangenaam en veilig te houden voor de huishoudhulpen. [4]

Organisatie

De organisatorische aspecten van het werk gaan over planning, management en de vergoeding die werknemers krijgen. Hoewel met het oprichten van het dienstenchequestelsel een groot deel van het professioneel huishoudelijk werk niet langer ‘in het zwart’ wordt verricht, bestaat er nog veel ruimte voor verbetering in de arbeidsomstandigheden. Het loon van een poetshulp komt vaak overeen met het minimumloon en de publieke appreciatie voor het verrichtte werk is niet altijd even groot.

1.4 Beroepsziekten

Door specifiek te kijken naar diagnoses van musculoskeletale aandoeningen, werd het eenvoudiger om de link te leggen met het topic van de beroepsziekten. Een beroepsziekte wordt algemeen beschouwd als een aandoening die ontstaat ten gevolge van het werk en

door de omstandigheden waaraan men wordt blootgesteld tijdens de beroepsactiviteit. Deze blootstelling moet per definitie groter zijn dan in de algemene populatie.

Het is van groot belang om arbeidsomstandigheden die tot ziekte leiden te onderkennen en op te heffen. Dit heeft niet alleen een positieve impact op het niveau van de patiënt en zijn onmiddellijke omgeving, ook de werkgever en het sociale systeem hebben er baat bij. Indien er voor de bestudeerde aandoeningen in deze studie een duidelijk verhoogd risico gevonden wordt, zou dit implicaties kunnen hebben op het huidige beleid inzake erkenning van beroepsziekten.

A. Erkenning van beroepsziekten

In België wordt de erkenning van beroepsziekten voor personen werkzaam in de privésector, en bepaalde overheidsdiensten in de openbare sector, uitgevoerd door het Federaal agentschap voor beroepsrisico's (Fedris). Personen met een zelfstandig statuut kunnen hierop geen aanspraak maken. Bij aanvraag tot erkenning kan er gebruik gemaakt worden van een 'lijstsysteem' (lijst van erkende beroepsziekten waarin de causale relatie tussen blootstelling en ziekte reeds aanvaard is bij wet) of van een 'open-systeem' waarbij de aanvrager zelf de causale relatie met het werk dient aan te tonen.

Om een aanvraag tot erkenning in te dienen, dient een werknemer twee documenten te in te brengen bij Fedris (formulier 501 en 503), waarbij formulier 503 door een arts moet worden ingevuld met toevoeging van specifieke medische verslagen. Bij een tijdelijke arbeidsongeschiktheid moet deze periode minimaal vijftien dagen duren en moet de aanvraag, om in aanmerking te komen voor een vergoeding, ingediend worden tijdens de ongeschiktheid of periode van aanwezigheid van de ziektesymptomen. Het tijdsvenster is in bepaalde gevallen dus ook belangrijk.

Nadat de aanvraag ingediend is, is het de taak van Fedris om te evalueren of de aandoening als beroepsziekte kan worden erkend. Hiervoor wordt er, naast administratieve criteria, gekeken naar diagnostische criteria (is de diagnose weerhouden?) en anderzijds blootstellingscriteria (is er voldoende professionele blootstelling geweest om een rechtstreeks verband met de ziekte te kunnen vermoeden?). Voor specifieke beroepen of sectoren wordt deze blootstelling aan het beroepsrisico vanaf een bepaalde arbeidsduur als zijnde vanzelfsprekend beschouwd en is er geen bijkomend onderzoek noodzakelijk. Dit omdat het beroepsrisico net als dermate hoog wordt beschouwd. De lijst hiertoe is terug te vinden in een koninklijk besluit van 6 februari 2007. [14]

De blootstellingscriteria die Fedris hanteert zijn in het algemeen niet transparant terug te vinden of kan men slechts via een omweg inzien. Voor 'tendinopathieën van de bovenste

ledematen’ maakt Fedris bijvoorbeeld gebruik van de 'occupational repetitive action’ (OCRA) checklist en bijkomende specifieke bepalingen om de blootstelling te evalueren. [15] Voor dit onderzoek hebben de auteurs een officieus interview gehad met twee medewerkers van Fedris (een arts en een wetenschappelijke medewerker) om meer inzicht te krijgen in diens werking. Daaruit bleek dat de blootstellingscriteria bewust niet met derden worden gedeeld en enkel voor intern gebruik zijn bedoeld. Ook is gebleken dat personen werkend in de schoonmaaksector volgens hun criteria voornamelijk slechts in aanmerking kunnen komen voor een erkenning van MSA van de elleboog of voor carpale tunnel syndroom. Fedris stelt dat er voor deze beroepsgroep geen erkenning kan worden gegeven voor MSA van de schouder (onvoldoende werk boven schouderhoogte), de pols of de hand (geen krachtige repetitieve bewegingen van de pols of vingers), alsook niet voor de rug of nek. Dit heeft onder andere te maken met de verscheidenheid aan taken die een schoonmaker dient te vervullen op variërende werkposten.

B. De huidige stand van zaken

In België hebben MSA het grootste aandeel in de aanvragen voor erkenning als beroepsziekte. In het laatste vrij te raadplegen en volledige jaarrapport van Fedris (2022) [16], waren ‘tendinopathieën van de bovenste ledematen’ en ‘aantasting van de zenuwfunctie door druk’ goed voor respectievelijk 27% en 22% van het totaal aantal aanvragen (n = 12.904). In het rapport wordt er telkens een onderscheid gemaakt tussen de privé- en openbare sector.

In het gesloten “lijstensysteem” bedroeg het aantal positieve beslissingen in 2022 in de privésector 6053, versus 6142 negatieve beslissingen. Ongeveer de helft van het aantal ingediende aanvragen werd aldus weerhouden. Wanneer er specifiek gekeken wordt naar ‘tendinopathieën van de bovenste ledematen’, wordt een weigering van nagenoeg 66% van het aantal aanvragen gezien. De voornaamste reden hiertoe betrof een onvoldoende aantoning van de criteria met betrekking tot blootstelling. In de openbare sector was het aantal positieve beslissingen ongeveer tweemaal hoger dan de negatieve beslissingen voor het lijstsysteem (respectievelijk 2354 versus 1232). Het aantal aanvragen voor ‘tendinopathie’ is in de openbare sector echter ook beperkter, hoogstwaarschijnlijk door een andere samenstelling van de beroepen. Wat betreft de aanvraag van beroepsziekten via het ‘open-systeem’ waren er voor beide sectoren opmerkelijk nagenoeg enkel negatieve beslissingen (verhouding van 1605 versus 7), met idem dito meer verwerping op basis van onvoldoende aantoning blootstelling.

Helaas is er geen informatie te vinden over de specifieke beroepen waarvoor er een aanvraag wordt gedaan. Wel is er info omtrent voor welke beroepscategorie een aangifte werd gedaan, dit is het stadium voor de aanvraag en kan enkel via een arbeidsarts worden ingediend.

Vermoedelijk behoort de onderzoekspopulatie van deze thesis tot de categorie ‘huishoudelijk, hotel- en restaurantpersoneel’ en/of ‘werknemers persoonlijke diensten’, tezamen goed voor ongeveer tien procent van het totaal aantal aangiften.

Het is moeilijk deze Belgische cijfers op Europees niveau te vergelijken, gezien de grote verschillen op nationaal niveau inzake registratie en erkenning van beroepsziekten. Het enige dat gevonden werd, is dat er in de 25 landen die door Eurostat werden onderzocht, er een dalende trend in het voorkomen van beroepsziekten. [17] Opvallend is dat de enige twee beroepsziekten met een toenemende index ten opzichte van 2013 behoren tot de musculoskeletale aandoeningen: ‘synovitis and tenosynovitis’ en ‘other enthesopathies’ met respectievelijk 13% en 1%.

2. OBJECTIEVEN

Het doel van deze studie was het in kaart brengen van de prevalentie van musculoskeletale aandoeningen (MSA) van de bovenste ledematen bij mensen werkend als poetshulp, meer bepaald in de dienstenchequesector. Dit gebeurde vanuit het perspectief van de huisartsenpopulatie. Deze doelstelling werd tijdens het verloop van de studie verder uitgebreid naar de gehele schoonmaaksector gezien een gelijkaardige beroepsmatige blootstelling en risico op de vernoemde aandoeningen te verwachten is, alsmede alzo een grotere onderzoekspopulatie bekomen werd. Om het risico verder te kwantificeren, werden odds ratio's berekend voor de meest voorkomende MSA.

In een tweede luik werd er geprobeerd te kijken hoe het risico voor de bestudeerde MSA zich verhoudt ten opzichte van de inschatting die Fedris maakt omtrent het beroepsrisico en de blootstellingscriteria, en bijgevolg de erkenning van beroepsziekten.

3. METHODOLOGIE

3.1 Studie opzet

Voor deze thesis werd er een cross-sectionele studie uitgevoerd op basis van het huidige (anno 2024) patiëntenbestand van GVHV.

Geneeskunde voor het volk is een vereniging van 11 multidisciplinaire huisartspraktijken in Vlaanderen, Brussel en Wallonië die werken volgens het forfaitair financieringssysteem. Het elektronisch patiëntenbestand dat wordt gebruikt, is CareConnect. Bij GVHV worden de medewerkers gestimuleerd om systematisch en gecodeerd (volgens ICPC-2 en ICD-10 classificatie) diagnoses te noteren, alsook het beroep van patiënten aan te vullen volgens het schema “statuut – type werk – bedrijf”, dit specifiek met de intentie om eventueel statistisch onderzoek te kunnen verrichten. Dit gebeurt, afhankelijk van de locatie van de huisartspraktijk, in de Nederlandse of Franse taal.

3.2 Datacollectie

De extractie van de patiëntengegevens uit het elektronisch patiëntenbestand werd verricht door een arts van GVHV, om vervolgens gepseudonimiseerd aan de studenten van deze thesis te worden bezorgd via een Excelbestand. De data-extractie vond plaats op 28 oktober 2024, nadat er goedkeuring verkregen was van de Ethische Commissie (KU Leuven) inzake gebruik en bescherming van persoonsgegevens (S68575).

De databank in het Excelbestand bevatte de volgende elementen bij overdracht: leeftijd op moment van extractie, geslacht, al dan niet de aanwezigheid van een diagnose van MSA van het bovenste lidmaat (cf. infra), en de huidige tewerkstelling. Belangrijk te vermelden is dat er geen data beschikbaar is over de beroepscarrière, noch over het tijdstip van diagnose.

Gegevens met betrekking tot volgende MSA werden geïncludeerd op basis van bijhorende ICPC en ICD codering:

- Tendinitis van de schouder / impingement syndroom/ schouderbursitis (L92, M75.1, M75.4, M75.5). Dit cluster wordt verder omschreven als ‘schouderpathologie’.

- Tenniselleboog (L93), verder omschreven als epicondylitis lateralis.
- Golferselleboog (L87, M 77.0), verder omschreven als epicondylitis medialis.
- Carpale tunnel syndroom (N93)
- De Quervain tendinitis (L87, M65.4)
- Trigger Finger (L87, M65.3)

Deze MSA van de bovenste ledematen komen in de praktijk het meeste voor en de codering komt ook overeen met deze die Fedris hanteert voor de bepaling van de jaarstatistieken.

Het carpale tunnel syndroom is strictu sensu geen musculoskeletale maar een neurologische aandoening. Pragmatisch wordt dit in deze tekst onder dezelfde noemer van MSA beschouwd, mede gezien de uitlokkende factor in deze setting (overbelasting) gelijkaardig is.

Er werd verder bewust geopteerd om enkel MSA van de bovenste lidmaat te onderzoeken, gezien er in de literatuur geen duidelijke aanwijzingen zijn dat MSA van het onderste lidmaat geassocieerd zijn met het werken in de schoonmaakindustrie. Er werd ook gekozen om MSA van de wervelzuil niet te includeren, gezien deze een meer complex, multifactorieel ontstaansmechanisme hebben en apart dienen onderzocht te worden.

De beroepen werden onderverdeeld in 4 categorieën om latere vergelijking mogelijk te maken, namelijk de testgroep (mensen werkend in de schoonmaaksector), een controlegroep I “licht werk”, controlegroep II “zwaar werk” en ‘’alle andere’’ (cf. infra).

3.3 Studiepopulatie

De testpopulatie werd bepaald als zijnde alle patiënten bij wie op het moment van extractie als beroep schoonmaakpersoneel was ingevuld in het elektronische patiëntenbestand van GVHV. Gezien de verschillen in registratie van beroepen tussen de hulpverleners en praktijken, werd er gezocht in de databank naar de volgende kernwoorden: poets, clean, schoonmaak, huishoudhulp, kuisvrouw, dienstencheque, nettoyer/nettoyeur, femme de ménage, titre service, aide-ménagère, technicien de surface.

Voor de controlepopulatie zonder arbeid-gerelateerd verhoogd risico op MSA (verder omschreven als controlegroep I) werd initieel getracht om te zoeken op kernwoord “ambtenaar”, gezien dit gemakkelijk resultaten zou opleveren binnen het specifiek codeersysteem van GVHV. Hier werd echter van afgestapt gezien de term ambtenaar ook eerder zware beroepen omvatte die tewerkgesteld waren bij de overheid. Hierdoor werden de

zoektermen bijgestuurd naar de volgende: leerkracht/leraar, onderwijzer, kantoor, administratie, bureau, secretariaat, advocaat, jurist, juf, secrétaire, professeur, instituteur, enseignante, éducateur/éducatrice,

Voor de controlepopulatie mét arbeidsgerelateerd verhoogd risico op MSA (verder omschreven als controlegroep II) werd uit praktische overwegingen gekozen voor de heterogene groep van mensen werkend in de bouwsector. Het is geweten dat bepaalde deeltakken van de bouwsector een verhoogd risico geven op bepaalde MSA van het bovenste lidmaat, maar in dit patiëntenbestand waren de grote-ordes van deze beroepen niet groot genoeg om degelijke statistische analyse te kunnen uitvoeren. Uiteindelijk is geopteerd voor een combinatie van volgende zoektermen: bouw, dakwerk, werfleider, elektricien, schrijnwerk, metselaar/metser, bekister, bezetter, vloerder, lasser, stukadoor, renovatiewerken, schilder, construction, bâtiment, charpentier, plafonneur, couvreur, peintre, électricien, soudeur, menuisier, maçon, coffreur.

3.4 Analyse

De databank werd manueel nagekeken door de auteurs om foutief gecodeerde gegevens inzake beroepsregistratie bij de verschillende onderzoekspopulaties te corrigeren, al dan niet te verwijderen. Een bijkomende leeftijdsfilter werd toegepast waarbij enkel personen tussen 18 en 65 jaar weerhouden werden voor verdere analyse.

De relevante onderzoeksgroepen werden vervolgens beschreven naar leeftijd en geslachtsverdeling. Prevalentiecijfers werden berekend voor de verschillende MSA, met toepassing van een chi-kwadraattoets om statistische verschillen te evalueren. Een subanalyse werd uitgevoerd voor de oudere leeftijdsgroepen.

In een tweede luik werden er odds ratio's met betrouwbaarheidsintervallen berekend om het risico voor de meest voorkomende MSA in de testgroep verder te kunnen evalueren. Voor het carpale tunnel syndroom werd er nog een bijkomende analyse uitgevoerd in de vrouwelijke studiepopulatie.

Alle analyses werden uitgevoerd via Excel statistiek.

4. RESULTATEN

4.1 Algemene beschrijving

Uit de elf praktijken van ‘Geneeskunde Voor Het Volk’ werd er op het moment van data-extractie een bestand met 27.778 patiënten bekomen. Na opschoning van de ruwe dataset en applicatie van de leeftijdsfilter, werd er een populatie van 16.936 personen bekomen. Deze vormde de finale studiepopulatie.

Het merendeel van de patiënten uit de studiepopulatie, met name 57%, was afkomstig uit de vijf Vlaamse praktijken, ten opzichte van 24% uit de vier Waalse praktijken en 19% uit de twee Brusselse praktijken.

Bij 12.793 patiënten, oftewel 76% van deze populatie, was er een beroep geregistreerd (zie tabel 1). Dit omvatte ook de termen ‘student, werkloosheid en invaliditeit’. Er werden 945 patiënten gevonden met registratie als schoonmaakpersoneel (de testgroep), 776 patiënten die behoorden tot controlegroep I, en 444 patiënten die behoorden tot de controlegroep II.

A. Geslacht

In de totale populatie was er een nagenoeg gelijke verdeling inzake geslacht. In de testgroep was de verhouding vrouw op man 4:1, ten opzichte van 3:1 voor controlegroep I en 1:50 voor controlegroep II. Deze verschillen zijn een logisch gevolg van de beroepssector en het type werk waartussen vergeleken wordt.

B. Leeftijd

Er werd een onderverdeling gemaakt naar vier leeftijdscategorieën. In de algemene populatie was er een eerder evenredige verdeling over de verschillende groepen. Wanneer werd gekeken naar de testgroep, werd er een procentuele toename van het aantal patiënten met de leeftijd gezien, waarbij 68% ouder was dan 40 jaar en 39% zich bevond in de categorie ‘51 tot en met 65 jaar’. In controlegroep I was de verdeling nagenoeg evenredig over de vier categorieën. In controlegroep II was er een lichtere toename met de leeftijd, met 32% van de patiënten in de categorie ‘51 tot en met 65 jaar’.

C. Invaliditeit

In de totale populatie waren er 1.020 personen geregistreerd als zijnde invalide, met in de testgroep 41 patiënten (4%) ten opzichte van 7 (1%) en 8 patiënten (2%) voor respectievelijk controlegroep I en II.

Tabel I: algemene beschrijving studiepopulatie.

	Testgroep (n=945)	Controlegroep I (n=776)	Controlegroep II (n=444)	Totale populatie (n=16936)
Geslacht				
Man	168 (18%)	205 (26%)	430 (98%)	8368 (49%)
Vrouw	777 (82%)	571 (74%)	14 (2%)	8568 (51%)
Leeftijdsverdeling				
18-30 jaar	88 (10%)	188 (24%)	101 (23%)	4956 (29%)
31-40 jaar	208 (22%)	222 (29%)	95 (21%)	3765 (22%)
41-50 jaar	273 (29%)	192 (25%)	108 (24%)	3674 (22%)
51-65 jaar	376 (39%)	180 (23%)	140 (32%)	4543 (27%)
Invaliditeit	41 (4%)	7 (1%)	8 (2%)	1020 (6%)
Beroepsregistratie*				12793 (76%)
Regio				
Vlaanderen				9669 (57.0%)
Brussel				3165 (18.7%)
Wallonië				4111 (24.3%)

* inclusief werkloosheid, student en invaliditeit

4.2 Musculoskeletale aandoeningen

Er werd gekeken naar de prevalentiecijfers van de verschillende musculoskeletale aandoeningen in de beschreven groepen, en hoe die zich onderling verhouden. Gezien de verschillen in leeftijdsverdeling tussen de testgroep en controlegroepen werd dit verder gedifferentieerd voor de oudere populatie (40 tem 65 jaar). Voor de meest voorkomende musculoskeletale aandoeningen werden er aanvullend odds ratio's berekend. Tot slot werd er ook een subanalyse uitgevoerd voor het carpale tunnel syndroom bij de vrouwelijke studiepopulatie.

A. Prevalentie

Wanneer er gekeken werd naar de prevalentiecijfers in de onderzoekspopulatie, was het opvallend dat de verschillende musculoskeletale aandoeningen systematisch meer voorkomen in de testgroep dan in de totale studiepopulatie en controlegroep I, alsook meer (of minstens even vaak) in vergelijking met controlegroep II (cf. tabel II). De meest voorkomende MSA bij de testgroep waren: schouderpathologie, epicondylitis lateralis en carpale tunnel syndroom. Tot dertig procent van de personen uit de testgroep hadden ten minste één MSA, dit in vergelijking met éénentwintig procent bij personen uit controlegroep II.

Het verschil in prevalentie voor de MSA tussen de testgroep en controlegroep I was telkenmale statistisch significant op basis van de Chi-kwadraattest, voor controlegroep II werd dit enkel weerhouden voor schouderpathologie en carpale tunnel syndroom.

In een subanalyse (cf. tabel II.a en b) werden de prevalentiecijfers van de MSA nog berekend voor twee verschillende leeftijdsgroepen (41 t.e.m. 50 jaar en 51 t.e.m. 65 jaar) waarbij er idem een systematisch hogere rapportering werd gevonden bij de testgroep, met de uitzondering van epicondylitis lateralis, die meer frequent voorkomt bij controlegroep II voor de leeftijdscategorie 41 t.e.m. 50 jaar. De verschillen waren over het algemeen minder groot en werden zelden significant bevonden.

Tabel II : prevalentie MSA per onderzoeksgroep.

	Testgroep (n=945)	Controlegroep I* (n=776)	Controlegroep II* (n=444)	Totale populatie (n=16936)
Schouderpathologie	111 (12%)	49 (6%) **P<0.01**	36 (8%) **P=0.04**	1113 (7%)
Epicondylitis lateralis	101 (11%)	41 (5%) **P<0.01**	35 (8%) P=0.10	960 (6%)

Epicondylitis medialis	19 (2%)	5 (1%) **P=0.02**	9 (2%) P=0.98	198 (1%)
De Quervain tendinitis	28 (3%)	6 (1%) **P<0.01**	7 (2%) P=0.12	222 (1%)
Springvinger	19 (2%)	5 (1%) **P=0.02**	4 (1%) P=0.13	139 (1%)
Carpale tunnel syndroom	101 (11%)	18 (2%) **P<0.01**	20 (4%) **P<0.01**	658 (4%)
Eén of meer aandoening(en)	283 (30%)	104 (13%) **P<0.01**	92 (21%) **P<0.01**	2649 (16%)

*p-waarde werd berekend volgens chi-kwadraattest – in vergelijking met de testgroep. Vetgedrukt indien significant.

Tabel II.a : prevalentiecijfers leeftijd 41-50 jaar.

	Testgroep (n= 273)	Controlegroep I (n=192)	Controlegroep II (n=108)	Totale populatie (n=3674)
Schouderpathologie	25 (9%)	16 (8%) P=0.75	9 (8%) P=0.79	289 (8%)
Epicondylitis lateralis	28 (10%)	12 (6%) P=0.13	15 (14%) P=0.31	259 (7%)
Carpale tunnel syndroom	28 (10%)	5 (3%) **P=0.001**	6 (6%) P=0.15	190 (5%)
1 of meer aandoening(en)	79 (29%)	31 (16%) **P=0.001**	27 (25%) P=0.44	709 (19%)

*p-waarde werd berekend volgens chi-kwadraattest – in vergelijking met de testgroep. Vetgedrukt indien significant.

Tabel II.b : prevalentiecijfers leeftijd 51-65 jaar.

	Testgroep (n=376)	Controlegroep I (n=180)	Controlegroep II (n=140)	Totale populatie (n=4543)
Schouderpathologie	69 (18%)	25 (14%) P=0.19	21 (15%) P=0.37	595 (13%)
Epicondylitis lateralis	58 (15%)	23 (13%) P=0.40	14 (10%) P=0.11	562 (12%)
Carpale tunnel syndroom	45 (12%)	9 (5%) P=0.07	10 (7%) P=0.09	342 (7%)
1 of meer aandoening(en)	146 (39%)	51 (28%) **P=0.01**	46(33%) P=0.21	1397 (31%)

*p-waarde werd berekend volgens chi-kwadraattest – in vergelijking met de testgroep. Vetgedrukt indien significant.

B. Odds ratio

Er werden odds ratio's met betrouwbaarheidsintervallen berekend voor de meest voorkomende MSA (cf. tabel III). De kans op ziekte bleek telkenmale significant hoger voor de testpopulatie met bijvoorbeeld een odds ratio van 3.3 voor het carpale tunnel syndroom ten opzichte van de totale populatie. Ook in vergelijking met controlegroep II bleken de odds hoger voor de testgroep, hetzij niet significant voor epicondylitis lateralis. De odds ratio's voor de overige MSA werden hier niet weergegeven maar gaven een vergelijkbaar resultaat.

Tabel III : Odds ratio's (OR) meest prevalente MSA.

	OR (testgroep vs. controlegroep I)	OR (testgroep vs. controlegroep II)	OR (testgroep vs. totale populatie)
Schouderpathologie	**1.97 (CI 1.39 - 2.80)**	**1.51 (CI 1.02 - 2.24)**	**1.99 (CI 1.67 - 2.45)**
Epicondylitis lateralis	**2.15 (CI 1.47 - 3.13)**	1.40 (CI 0.94 - 2.10)	**2.10 (CI 1.70 - 2.62)**
Carpale tunnel syndroom	**5.04 (CI 3.02 - 8.40)**	**2.54 (CI 1.55 - 4.17)**	**3.32 (CI 2.65 -4.14)**
Eén of meer aandoening(en)	**2.76 (CI 2.15 - 3.54)**	**1.64 (CI 1.25 - 2.14)**	**1.70 (CI 1.37 - 2.10)**

*CI = 95% betrouwbaarheidsinterval - vetgedrukt indien significant.

Er is vanuit algemene epidemiologische gegevens geweten dat het carpale tunnel syndroom meer voorkomt bij vrouwen. Gezien de verschillen in verdeling inzake geslacht, werd er een subanalyse uitgevoerd op de vrouwelijke populatie in de testgroep om dit verder te kwantificeren (cf tabel IV). In deze analyse bleek dat het carpale tunnel syndroom meer frequent bleef voorkomen in de testgroep, alsook dat het risico op basis van de odds ratio significant verhoogd was voor vrouwen tewerkgesteld in de schoonmaaksector.

Tabel IV : subanalyse carpale tunnel syndroom.

	Testgroep (vrouwelijk) (n=777)	Totale populatie (vrouwelijk) (n=8568)	Totale populatie (mannelijk) (n= 8368)
Carpale tunnel syndroom	96 (12.3%)	477 (5.6%) **OR 2.9 (CI 2.2 - 3.6)**	181 (2.2%)

5. DISCUSSIE

5.1 Belangrijkste bevindingen

In deze studie werd er gekeken naar het voorkomen van musculoskeletale aandoeningen van de bovenste ledematen bij personen die werkzaam zijn in de schoonmaaksector in een huisartspopulatie.

Op basis van voorgaand onderzoek is geweten dat musculoskeletale klachten vaak voorkomen bij werknemers in deze sector. De prevalentie van deze aandoeningen is echter slecht gedocumenteerd. In de meeste studies worden er cijfers berekend op basis van zelf-gerapporteerde klachten door middel van vragenlijsten. Er bestaan ook prevalentiecijfers uit gouvernementele databanken die gerelateerd zijn aan registratie van beroepsziekten of arbeidsongevallen, maar hier bestaat er a priori een selectie van diegenen bij wie een aanvraag is ingediend. Een studie naar de prevalentie van MSA bij schoonmakers op basis van een diagnose gesteld door de huisarts, waar uiteindelijk de meeste patiënten als eerste gezien worden, werd niet gevonden door de auteurs. Dit onderzoek is tot op heden de enige in diens aard die de prevalentie van MSA van het bovenste lidmaat bij schoonmakers in de Belgische huisartspopulatie probeert vast te stellen.

Uit dit onderzoek blijkt ook dat de bestudeerde MSA van het bovenste lidmaat, als geregistreerd door de huisarts, vaker voorkomen bij mensen werkend in de schoonmaaksector dan in de totale studiepopulatie. Zelfs wanneer er vergeleken wordt met andere beroepssectoren waarbij klassiek zware arbeid wordt verricht, komen deze MSA vaker voor in de schoonmaaksector. Wanneer er voor leeftijd gestratificeerd werd, bleven de verschillen grotendeels behouden. Deze verschillen waren het meest opvallend voor het carpale tunnel syndroom, schouderpathologie en epicondylitis lateralis. De prevalentiecijfers voor carpale tunnel syndroom en schouderpathologie waren hierbij steeds statistisch significant. Deze bevindingen zijn in lijn met het systematic review artikel uit 2024 [7] naar de prevalentie van (zelf-gerapporteerde) MSA bij schoonmakers, waarbij de meest aangedane lichaamsdelen de onderrug, schouder en polsen/handen waren.

A. Carpale tunnel syndroom

Vooral opvallend is het significant vaker voorkomen van het carpale tunnel syndroom bij schoonmakers ten opzichte van de algemene bevolking, maar ook ten opzichte van de twee vergelijkingsgroepen. Hier zijn echter twee bedenking bij te maken.

De vergelijkingsgroep die werd gekozen op basis van verondersteld lagere risico op het ontwikkelen van MSA, bestaat onder andere uit mensen die een administratieve uitoefenen. Bureauwerk is echter geassocieerd met een verhoogd risico op het ontwikkelen van carpale tunnel. [18] Het feit dat carpale tunnel ook ten opzichte van deze vergelijkingsgroep significant vaker voorkomt, pleit dus nog meer op het verband tussen schoonmaakwerk en het ontwikkelen hiervan.

Een tweede bedenking die gemaakt moet worden, is dat carpale tunnel vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. In de literatuur wordt er geschat op een vrouw-man verhouding van ongeveer 3:1. Ook komt carpale tunnel vaker voor op oudere leeftijd. [18] De schoonmaakindustrie bestaat grotendeels uit vrouwelijke werknemers, en van een oudere leeftijd, zoals ook uit deze dataset blijkt. In een subanalyse bleek echter dat de prevalentie voor carpale tunnel syndroom bij het vrouwelijk poetspersoneel meer dan dubbel zo hoog is dan in de algemene, vrouwelijke populatie, met ook een odds ratio van 2.9 (CI 2.2 - 3.6).

5.2 Sterktes en beperkingen van het onderzoek

A. Sterktes

Zoals vermeld, is dit het eerste onderzoek dat de prevalentie van MSA van het bovenste lidmaat bij mensen werkend in de schoonmaakindustrie onderzoekt op basis van diagnoses gesteld door een arts, in een huisartspopulatie in België.

Een andere belangrijke sterkte van dit onderzoek is de omvang van de studiepopulatie. GVHV heeft waarschijnlijk toegang tot het grootste huisartspatiëntenbestand in België, met bijna 28.000 patiënten. De meeste data die beschikbaar is in verband met het blootstellingrisico is afkomstig uit overheidsdatabanken die zich bezighouden met de erkenning van beroepsziekten en werkloosheid. Het is echter interessant om een pure huisartspopulatie te onderzoeken. Gezien het volledige patiëntenbestand van een huisartspraktijk is genomen en de vergelijkingsgroepen zorgvuldig en exhaustief werden gedefinieerd, is er ook weinig risico tot selectiebias.

GVHV is op heden wellicht ook de enige organisatie waarbij dit soort onderzoek mogelijk is, gezien de artsen systematisch worden gesensibiliseerd om het beroep van de patiënten in te vullen.

B. Beperkingen

Het onderzoek heeft methodologische limitaties, deels eigen aan cross-sectioneel onderzoek. Bijgevolg dienen de vergelijkende cijfers met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

De dataset die werd gebruikt is verzameld door de medewerkers van GVHV voor praktisch gebruik in de routine consultvoering en niet met oog op wetenschappelijk onderzoek, zodat de foutenmarge groter is.

In een correcte wetenschappelijke setting zou er moeten worden nagegaan of het moment van de diagnose van een MSA samenviel met het moment van tewerkstelling. In dit onderzoek was er echter geen mogelijkheid om na te gaan wanneer de patiënt de diagnose kreeg en wanneer de patiënt tewerkgesteld was als poetshulp (of een beroep van één van de controlegroepen). Het is mogelijk dat de patiënt van job was gewisseld zonder dat dit werd aangepast in het dossier of dat een oud zorgelement nog actief was tijdens een vooraf bestaand arbeidscontract. Er was ook geen manier om te achterhalen wat de arbeidsduur en tewerkstellingsgraad was van de patiënt, gezien er minima aan risicoblootstelling gelden voor er een verband kan worden gesteld. Dit geldt echter ook voor de beroepsgroepen waarmee vergeleken wordt.

Er moet rekening worden gehouden met het “healthy worker effect”. Indien de klachten voldoende uitgesproken zijn, zal de patiënt het werk dat de klachten veroorzaakt niet meer kunnen uitoefenen en daarom zo uit de statistieken verdwijnen omdat hij/zij bijvoorbeeld verandert van job of op invaliditeit terechtkomt. Zo kan het “healthy worker effect” er potentieel voor zorgen dat de prevalentie van MSA voornamelijk in de hogere leeftijdscategorieën een onderschatting is.

Een belangrijke opmerking is dat de controlegroep van mensen met zwaar werk een zeer heterogene groep is. Momenteel is er geen complete lijst te vinden met alle beroepen bij wie geweten is dat ze een verhoogd risico veroorzaken op één of meerdere MSA van het bovenste lidmaat. De beroepen die wel gekend zijn, zijn meestal zeer specifiek en komen niet vaak voor. Om compleet correct te zijn, zou per MSA een aparte controlegroep moeten worden gekozen op basis van beschikbare literatuur. Dit zou het echter onmogelijk maken om statistische berekeningen te maken, gezien de populatie te klein zou zijn.

Een andere opmerking is dat de samenstelling van de vergelijkingsgroepen inzake geslacht sterk verschillend was. Dit is eigen aan de aard van het werk, waarbij ‘zwaar fysiek werk’ vooralsnog een overwegend mannelijk beroep is en schoonmaakwerk eerder een vrouwelijk beroep. Ook inzake leeftijd was er toch een groter aandeel van oudere werkkrachten in de schoonmaaksector, waarbij geweten is dat MSA over het algemeen meer voorkomen.

Hiervoor werd er echter gepoogd te corrigeren. Voor carpale tunnel, geweten vaker voor te komen bij vrouwen, hield het verhoogd risico bij schoonmakers nog steeds stand waanneer werd vergeleken met de vrouwelijke populatie.

5.3 Beleidsimplicaties en aanbevelingen

Eén van de objectieven van deze studie was het evalueren van het huidige systeem dat Fedris hanteert bij het al dan niet erkennen van MSA van het bovenste lidmaat bij mensen werkend in de schoonmaaksector. Een correcte erkenning van een beroepsziekte is uitermate belangrijk voor de werknemer omwille van de grotere financiële compensatie van het loon bij arbeidsongeschiktheid, alsook compensatie van bepaalde gerelateerde medische kosten (bijvoorbeeld het remgeld bij doktersbezoeken). Verder wordt er goede begeleiding voorzien voor re-integratie op de arbeidsmarkt, en dit zowel voor het hernemen van een gelijkaardige functie met bepaalde aanpassingen, als voor het vinden van ander werk. Ook op maatschappelijk vlak is het belangrijk dat de erkenning van beroepsziekten correct gebeurt. Wanneer er een duidelijke relatie kan worden aangetoond tussen een bepaalde werkplek en een bepaalde medische aandoening, kan de werkgever verantwoordelijk worden gesteld tot het bijdragen aan een oplossing voor het probleem. De compensatie gepaard gaande met beroepsziekte worden namelijk vergoed door de bijdrages van de werkgevers en niet door de sociale zekerheid. Zo is er ook een grotere stimulus om preventie meer systematisch aan te pakken, zodat dit niet volledig op de schouders van het individu hoeft te vallen.

In het jaarverslag van Fedris zien we dat de meeste aanvragen tot erkenning van beroepsziekten tegenwoordig worden ingediend voor ‘tendinopathieën en aantasting van de zenuwfunctie door druk’. Deze laatste omvat het carpale tunnel syndroom. Het merendeel van deze aanvragen (tot 66%) worden echter niet erkend tot beroepsziekte. Dit komt omdat veel aanvragen verworpen worden op basis van zogeheten blootstellingscriteria die, naast de diagnose, vervuld dienen ten worden om een erkenning te bekomen. In de praktijk worden er specifieke analyses uitgevoerd op de werkplek om deze criteria te evalueren. Voor bepaalde beroepen wordt de blootstelling aan het beroepsrisico echter als vanzelfsprekend beschouwd en dient hiervoor geen aanvullend onderzoek meer te gebeuren.

Een inschatting van het beroepsrisico voor de schoonmaaksector werd gemaakt door de berekening van odds ratio’s voor de meest voorkomende MSA. Deze toonden een hogere tot sterk verhoogde kans op ziekte wanneer een patiënt geregistreerd staat in de testgroep ten

opzichte van de andere onderzoeksgroepen. Het risico op carpale tunnel syndroom was hierbij telkens het sterkst verhoogd.

Dit is belangrijk ten aanzien van Fedris gezien dit wijst op een sterke associatie en eventueel causaal verband tussen de blootstelling (schoonmaakwerk) en de bestudeerde MSA, wat mogelijks indiceert dat het beroepsrisico vooralsnog als te laag wordt ingeschat. Een cross-sectioneel studiedesign is echter niet ideaal om causaliteit aan te tonen en dit zou idealiter verder kunnen geanalyseerd worden in een meer algemene populatie (via bijvoorbeeld een cohorte studiedesign). Dit is een complex gegeven en valt evenwel buiten de scope van een HAIO-thesis. De resultaten van deze studie zijn alleszins richtinggevend dat de blootstellingscriteria voor deze groep vermoedelijk te strikt gedefinieerd zijn gezien het hoge vastgestelde risico en het beroep van schoonmaker makkelijker een erkenning als beroepsziekte zou moeten verkrijgen voor de bestudeerde MSA (of alleszins diegenen met het hoogste risico). Misschien dient de blootstelling aan het beroepsrisico hier ook als vanzelfsprekend te worden beschouw vanaf een bepaalde werkduur?

Tot slot is er ook geweten uit een vorige masterproef thesis [19] dat huisartsen, alsook andere artsen uit de curatieve sector drempels ervaren of te weinig kennis hebben omtrent de procedure voor het indienen van aanvraag tot beroepsziekte op te starten. Een sensibiliseringscampagne hieromtrent zou zijn doel niet missen. Dit zou ook een mogelijk topic zijn voor een kwaliteitsverbeterend project in de huisartsenpraktijk.

6. CONCLUSIE

Deze studie onderzocht het voorkomen van musculoskeletale aandoeningen (MSA) van het bovenste lidmaat bij personen werkzaam in de schoonmaaksector, op basis van diagnoses geregistreerd in het huisartsensysteem van Geneeskunde voor het Volk (GVHV). Het doel was niet enkel om prevalentiecijfers in kaart te brengen, maar ook om het beroepsrisico voor deze groep beter te begrijpen en na te gaan of het huidige erkenningsbeleid voor beroepsziekten, zoals gehanteerd door Fedris, hiermee in overeenstemming is.

De resultaten tonen aan dat MSA van het bovenste lidmaat systematisch vaker voorkomen bij poetspersoneel dan bij andere beroepsgroepen, inclusief sectoren waarvan bekend is dat ze fysiek zwaar werk inhouden. Vooral schouderpathologie, epicondylitis lateralis en het carpale tunnel syndroom bleken uitgesproken prevalent in de schoonmaakgroep. Bijna één op drie schoonmakers in de studie had minstens één MSA-diagnose, wat een duidelijke indicatie geeft van de gezondheidsimpact binnen deze beroepsgroep. Ook na stratificatie naar leeftijd bleven deze verschillen grotendeels behouden. Het verband tussen ziekte en werk werd verder onderschreven met odds ratio's.

Er werd een sterk verhoogd beroepsrisico gevonden voor de bestudeerde MSA. Het is zo dat er voor bepaalde beroepen een automatisch toekenning is van de blootstelling aan het beroepsrisico vanaf een bepaalde werktijd, met als gevolg een eenvoudigere erkenning van beroepsziekte. In het licht van de resultaten van deze thesis, stellen de auteurs zich de vraag of de blootstellingscriteria voor deze beroepsgroep niet herzien dienen te worden voor de bestudeerde MSA of ook hier als vanzelfsprekend moeten worden beschouwd. Een meer realistische inschatting van het beroepsrisico, zou vermoedelijk niet alleen recht doen aan de medische realiteit, maar ook bijdragen tot een meer rechtvaardige en preventiegerichte aanpak van beroepsziekten. We beseffen evenwel dat dit een complex gegeven is, onder andere door de verscheidenheid aan taken eigen aan het schoonmaakberoep, en dat er hiertoe meer onderzoek dient te gebeuren.

De methodologische sterktes van dit onderzoek liggen in de omvang en representativiteit van het GVHV-patiëntenbestand en het feit dat de gebruikte data gebaseerd zijn op medische diagnoses, in tegenstelling tot louter zelf-gerapporteerde klachten. Toch moeten de resultaten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, gezien beperkingen inherent aan het cross-sectionele studiedesign en het ontbreken van precieze gegevens over arbeidsduur of tijdstip van diagnose.

7. BIBLIOGRAFIE

1. Rijksdienst voor sociale zekerheid. Tewerkstelling met dienstencheques tweede kwartaal 2024. https://www.rsz.be/stats/tewerkstelling-met-dienstencheques#data

2. Department werk en sociale economie. Kerncijfers van het Vlaamse dienstenchequestelsel – jaarrapport 2021. https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/72418

3. Pirkenne M, Roorda V. *Eindverslag van de nationale campagne 2022 dienstenchequesector.* Toezicht op het Welzijn op het Werk. https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/news/TWW_Eindverslag_campagne_2022_dienstenchequesector.pdf

4. IDEA Consult. *Werkbaar en wendbaar werk in de dienstenchequesector*. 2018. https://vormdc.be/fileadmin/media/NL/1.VORM_DC/Sector_Info/Finaal_eindrapport__Studie_Werkbaar_en_Wendbaar_werk_in_de_dienstenchequesector__NL__zonder_kruistabel.pdf

5. Bourdeaud'hui R, Janssens F, Vanderhaeghe S. *Werkbaarheidsprofiel dienstenchequebedrijven 2019 - sectorale analyse op de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2016 -2019*. Stichting Innovatie en arbeid. 2020

6. Leduc E, Tojerow I. *Subsidizing Domestic Services as a Tool to Fight Unemployment*: Effectiveness and Hidden Costs. IZA institute of labor economics. 2020

7. Sanches-Rodrigez et al. *Prevalence of musculoskeletal disorders among hotel housekeepers and cleaners: A systematic review with meta-analysis*. Musculoskeletal Science and Practice. 2024;69:102890

8. Geneeskunde Voor Het Volk. Musculoskeletale aandoeningen bij mensen werkend in de schoonmaaksector. 2023

9. Smith MJ, Carayon-Sainfort P. *A balance theory of job design for stress reduction*. Int. J. Ind. Ergon. 1989; 4(1): 67–79

10. Carayon P. *The balance theory and the work system model twenty years later*. Int. J. Hum. Comput. Interact. 2009;25(5):313–327

11. LIN, Jia-Hua, et al. *Cleaning in the 21st Century: The musculoskeletal disorders associated with the centuries-old occupation - A literature review*. Applied Ergonomics. 2022; 105: 103839

12. Rupesh Kumar RK, Shrawan Kumar SK. *Musculoskeletal risk factors in cleaning occupation-a literature review*. Industrial Ergonomics. 2008:158-170.

13. Lens D, Marx I, Oslejová J, Mussche N. *Nice work if you can get it: Labour market pathways of Belgian service voucher workers*. Journal of European Social Policy. 2023; 33(1):117-131

14. Koninklijk besluit tot vaststelling van de lijst van de bedrijfstakken, beroepen of categorieën van ondernemingen waarin de door een beroepsziekte getroffene vermoed wordt aan het risico van deze ziekte blootgesteld geweest te zijn (6 februari 2007). http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/besluit/2007/02/06/2006023199/staatsblad

15. Federaal agentschap voor beroepsrisico's. Tendinopathie van de bovenste ledematen. Criteria voor de diagnose en de beoordeling van de blootstelling aan het beroepsrisico. https://www.ergonomiesite.be/documenten/repetitief/FBZ-Tendinopathie-%20bovenste-%20ledematen.pdf

16. Federaal agentschap voor beroepsrisico's. Statistisch verslag (betreffende de beroepsziekten) 2023. https://www.fedris.be/nl/professional/beroepsziekten-privesector/statistische-jaarverslagen

17. Eurostat. Occupational diseases statistics. 2024. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Occupational_diseases_statistics#Developments_for_specific_diseases

18. Kothari MJ. *Carpal tunnel syndrome: Pathophysiology and risk factors*. Uptodate. 2024

19. Haak F, Hoerée T, Verbrugghe B. *Struikelblokken bij huisartsen voor de aanpak van arbeid-gerelateerde aandoeningen. Een kwalitatieve exploratie van vragen en oplossingen*. Masterproef huisartsgeneeskunde. 2014.