De relatie tussen arbeid en gezondheid bij schoonmakers in dienst bij onderaannemingen tewerkgesteld in (semi)publieke diensten in Gent.

Melina Dellaert, Universiteit Gent

Myriam Ayoub Schotte, Universiteit Gent

Promotor: prof. dr. **Stéphanie De Maesschalck**, Universiteit Gent.

Co-promotoren: dr. **Thibault Detremerie**, Universiteit Gent.

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: **2024 – 2025**

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

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

INHOUDSTAFEL

DANKWOORD 1

ABSTRACT 2

1. INLEIDING 3

1.1. Situering onderwerp 3

1.2. Participatory action research (PAR) 4

1.3. Arbeid als sociale determinant van gezondheid 5

1.3.1. Determinanten van gezondheid 5

1.3.2. Arbeid in onze maatschappij 6

1.3.3. De evolutie van standaard naar niet-standaard tewerkstelling 7

1.3.4. Precair werk 8

1.3.5. De relatie tussen precair werk en gezondheid 13

1.4. Gezondheidsproblemen bij schoonmakers 14

1.4.1. Psychische klachten 14

1.4.2. Fysieke klachten 16

1.5. Doel van het onderzoek 18

2. METHODE 19

2.1. Literatuuronderzoek 19

2.2. Outreaches 20

2.3. Focusgroepgesprek 21

2.4. Triangulatie met SAAMO 21

3. RESULTATEN 22

3.1. Outreaches 22

3.2. Focusgroepgesprek 24

3.2.1. Werkorganisatie 25
3.2.2. Arbeidsrechten 26
3.2.3. Gezondheid 27
3.3. Triangulatie met SAAMO 29
3.3.1. Nuances 29
3.3.2. Nieuwe elementen 30
4. DISCUSSIE 31
4.1. Bespreking van resultaten 31
4.2. Beperkingen van de studie 33
4.3. Rol van de huisarts 35
5. CONCLUSIE 37
6. BRONNEN 38
7. BIJLAGEN I

DANKWOORD

Deze masterproef vormt het sluitstuk van onze master-na-masteropleiding en markeert tegelijk het allerlaatste hoofdstuk van een boeiend, maar vaak ook intens parcours richting het huisarts-zijn. Het was een traject van bloed, zweet en tranen – letterlijk en figuurlijk – waarin we onszelf meermaals zijn tegengekomen, maar ook ongelooflijk zijn gegroeid.

Zonder de steun van een aantal mensen was deze masterproef – en bij uitbreiding deze hele opleiding – niet mogelijk geweest. Daarom willen we hier graag de tijd nemen om hen in de verf te zetten.

Een oprechte dankjewel aan onze promotor **Stéphanie**, voor haar aanstekelijk enthousiasme, haar motivatie en haar aanhoudende vertrouwen in ons project. Aan **Thibault**, voor zijn frisse kijk, waardevolle tips en het vermogen om elk probleem vanuit een ander perspectief te benaderen. Aan **David**, die met zijn rust en kalmte steeds een ankerpunt was en ons hielp de haalbaarheid voor ogen te houden.

We willen ook **Lucie**, **Egmont** en **Winfried** bedanken voor hun betrokkenheid, hun constructieve feedback en het delen van hun expertise, wat dit eindwerk naar een hoger niveau heeft getild. Een warme dank aan **Zehra** en **Thijs** van SAAMO voor de fijne samenwerking, hun openheid en inzet.

Ninke, de praktijkopleider van Myriam, voor haar begeleiding en ondersteuning tijdens de opleiding. Je was een veilige haven waar ik steeds terecht kon.
Mama **AMS**, die telkens opnieuw vroeg of ze toch écht niets kon doen voor de thesis, en die op alle andere vlakken bijsprong zodat ik mijn volle focus kon leggen op dit project

Melina haar praktijkopleider **Liesbeth** voor de eindeloze warmte en ondersteuning. Mijn oprechte dankbaarheid gaat naar jou uit, ik betwijfel of ik afgestudeerd was zonder jou. Ook een bijzondere bedanking aan Yasmin omdat ik bij moeilijke momenten steeds bij jou terecht kon.

Als laatste maar zeker niet in het minst een speciaal woord van dank aan **Wannes** en **Joachim**, voor hun onvoorwaardelijke steun, hun geduld, de vele luisterende oren en het opvangen van de grote en kleine crisismomentjes onderweg. Ook **Paddy** verdient hier zeker een plekje: dankjewel voor de zachte herinnering dat alles op zijn tijd komt, en dat het oké is om je eigen ritme te volgen.

Melina & Myriam
April 2025
Macharius-Heirnis Gent

ABSTRACT

DE RELATIE TUSSEN ARBEID EN GEZONDHEID BIJ SCHOONMAKERS IN DIENST BIJ ONDERAANNEMINGEN TEWERKGESTELD IN (SEMI)PUBLIEKE DIENSTEN IN GENT.

HAIO's: Melina Dellaert, Myriam Ayoub Schotte
Universiteit: UGent
Promotoren: prof. dr. Stéphanie De Maesschalck

Context
Arbeid is een sociale determinant van gezondheid. Er treedt over de tijd een destandaardisatie en vaak precarisatie op van de arbeidsrelatie. In precair werk komen in meer of mindere mate verschillende ongunstige factoren voor, zoals: werkonzekerheid, lage verloning, erosie van rechten, destandaardisatie van werktijden, beperkte opleidings- en werkgelegenheidsmogelijkheden, beperkte werknemersvertegenwoordiging en onevenwichtige interpersoonlijke relaties. Uit literatuur blijkt dat precair werk geassocieerd is met een slechte gezondheid. Het schoonmaakberoep bevat vaak verschillende elementen van precair werk - zeker bij tewerkstelling via onderaannemingen - wat hen gevoeliger maakt voor werkgerelateerde problemen. In dit onderzoek werd samengewerkt met SAAMO - een middenveldorganisatie die zich inzet voor maatschappelijk opbouwwerk - gezien zij reeds langere tijd contact hebben met schoonmakers werkzaam bij de stad Gent.

Onderzoeksvragen
Deze studie onderzoekt de relatie tussen arbeid en gezondheid bij schoonmakers tewerkgesteld via onderaanneming bij de stad Gent:

- **Wat is de ervaring van schoonmakers in onderaanneming bij de stad Gent betreffende hun gezondheid?**
- **Welke arbeidsgerelateerde klachten ervaren deze schoonmakers?**
- **Hoe zijn deze klachten gelinkt aan het werk of de werkorganisatie?**
- **Hoe toereikend is hun kennis rond arbeidsrechten?**

Methode
Het onderzoek werd gevoerd volgens een participatory action research (PAR)-benadering. Er werden outreaches (20 werkplekbezoeken) uitgevoerd: waarvan de data als basis dienden voor de topiclijst van de focusgroepgesprekken. De data uit zowel de outreaches als de focusgroepgesprekken (met twee deelnemers) werd thematisch geanalyseerd en vervolgens voorgelegd aan SAAMO om de validiteit van de resultaten te verhogen.

Resultaten
Hoewel veel schoonmakers hun werk graag en met trots uitvoeren, ervaren zij toch verschillende werkgerelateerde problemen:

- Er is een **verhoogde werkdruk**, wat aanleiding geeft tot fysieke klachten en stress.
- De **verwrongen werk-privébalans**, als gevolg van gedestandaardiseerde werktijden, is geassocieerd met een slechte mentale gezondheid.
- De **ontoereikende kennis over arbeidsrechten** zorgt ervoor dat de schoonmakers hun rechten minder goed kunnen uitoefenen, wat hen in een kwetsbare positie plaatst. Er is weinig contact met of vertrouwen in de vakbondsafgevaardigde die zou kunnen helpen deze rechten te verdedigen.
- Er is een probleem van **presenteïsme** dat in de hand gewerkt wordt door de tijdelijkheid van contracten, de hoge prestatiedruk en **een gebrek aan transparantie** (over vervanging).
- Vrijwel elke schoonmaker ervaart fysieke en/of mentale **gezondheidsproblemen**, die mede worden veroorzaakt door bovenstaande factoren.
- **Werkongevallen** krijgen op dit moment onvoldoende aandacht door onderrapportage.
- Verschillende bronnen van **werkonzekerheid** stemmen sommige schoonmakers wanhopig over de toekomst.
- **Onderaanneming als vorm van precair werk**: uitbesteding als systeem houdt in dat het eindproduct van de arbeid losgekoppeld wordt van de werkomstandigheden. Het gevolg hiervan is dat er beslissingen genomen worden die risicofactoren voor gezondheidsproblemen in de hand werken.

Conclusie
Ondanks de beperkingen van dit onderzoek, zijn verschillende thema's rond de relatie tussen schoonmaakwerk en gezondheid in kaart gebracht. Dit onderzoek vormt een aanzet tot meer bewustwording bij huisartsen over de invloed van arbeid als sociale determinant van gezondheid, toegepast op schoonmakers in de Gentse context. Deze bewustwording kan huisartsen helpen om binnen de arts-patiëntrelatie de patiënt te empoweren, om verandering teweeg te brengen op levensdomeinen die een belangrijke invloed hebben op gezondheid.

E-mail: melina.dellaert@ugent.be, myriam.ayoub@ugent.be

ICPC-code: Z05 - Probleem met werksituatie

1. INLEIDING

1.1. Situering onderwerp

Een huisarts komt in contact met patiënten uit alle beroepsgroepen en sociaaleconomische achtergronden. Een veelheid aan externe factoren oefenen een grote impact uit op de gezondheid van een persoon (zoals huisvesting, financiële situatie, werkomstandigheden, …). De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt is uniek aan het beroep waardoor de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt vormt. Een brede blik op gezondheid zorgt ervoor dat binnen die vertrouwensrelatie externe factoren meegenomen kunnen worden in goede preventieve en curatieve zorg voor een individuele patiënt (en de maatschappij). Dit geeft de huisarts de kans om problemen vroegtijdig op te pikken en de patiënt te empoweren om diens rechten en mogelijkheden in verschillende contexten te kennen en uit te oefenen. Om op die manier de kans op een goede gezondheid in de breedste zin van het woord te optimaliseren. Een goede samenwerking met en doorverwijzing naar andere zorgverleners en sociale partners is hierbij essentieel.

Het project werd aangereikt door huisartsen werkzaam binnen de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg aan de Universiteit van Gent. Vanuit hun klinische ervaring werd opgemerkt dat schoonmakers vaak een verstoorde relatie hebben tussen arbeid en gezondheid die ziekmakend kan zijn. De mechanismen hierachter zijn in de dagelijkse praktijk soms moeilijk te achterhalen, waardoor diepgaander onderzoek hierover relevant is.

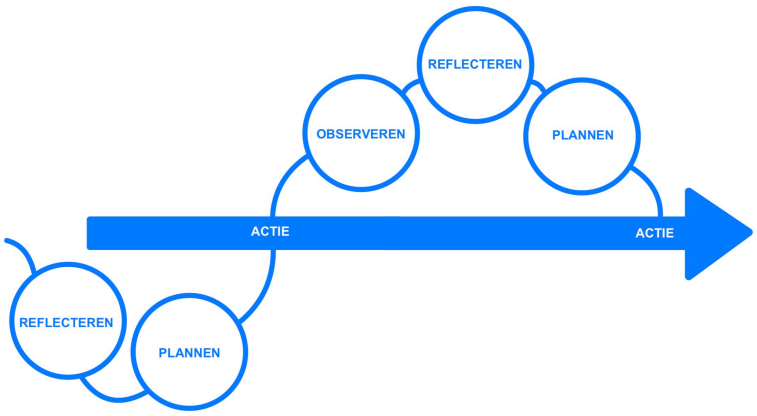
Ook vanuit andere invalshoeken is het duidelijk dat de arbeidsrelatie bij schoonmakers bijzondere aandacht vereist. Het onderwerp wordt gerapporteerd in de Signalenbundel (dit is een gestructureerde bottom-up verzameling, door middenveldactoren en professionals, van uitdagingen in verband met onder andere gezondheid van de inwoners) van de stad Gent in 2024. (1) Hierin worden de precaire arbeidsomstandigheden omschreven die voorkomen bij private schoonmaakbedrijven die werken in opdracht van de Stad Gent. Een ideale onderzoekspartner hierbij is de middenveldorganisatie SAAMO die al enkele jaren in contact zijn met deze schoonmakers, ook deze partner werd aangereikt door de eerder vernoemde huisartsen.

Het onderzoek werd gevoerd vanuit de *participatory action research* (PAR) benadering om tot een samenwerking te komen tussen de schoonmakers en de onderzoekers. Dit om de schoonmakers zo goed mogelijk te betrekken met zo weinig mogelijk drempels.

1.2. Participatory action research (PAR)

Participatory action research (PAR) is een onderzoeksbenadering en geen methodiek op zich om aan wetenschappelijk onderzoek te doen. (2) PAR probeert de wereld te begrijpen en die te verbeteren door deze actief te veranderen. Het is gebaseerd op samenwerking en zelfreflectie tussen onderzoekers en deelnemers, waardoor deze laatste beter inzicht krijgen in hun eigen werkwijze en situatie. Dit proces van reflectie en actie houdt rekening met de culturele en sociale context. PAR heeft als doel mensen meer controle te geven over hun leven en hun werk en hen hierin te versterken, ofwel *empoweren*. (2, 3)

Er is bij PAR bijzondere aandacht voor machtsverhoudingen. PAR streeft ernaar om de grens tussen de onderzochte personen en de onderzoekers te laten vervagen. De onderzochte personen zijn zelf partners geworden in het onderzoeksproces. Ze zijn geen passieve deelnemers meer, maar worden actief betrokken bij het project. Beide partijen doorlopen samen verschillende keren de cyclus van ‘planning’, ‘actie’, ‘observatie’ en ‘reflectie’. Elke actie wordt opnieuw geëvalueerd en geanalyseerd, wat leidt tot een nieuwe (volgende) actie. Het mag geen rigide proces zijn, maar eerder een streven naar een continue feedbackloop die open en flexibel is. Zo wordt de feitelijkheid van het project continu meegenomen om de aanpak van het onderzoek zo passend en effectief mogelijk te maken. (2-5)



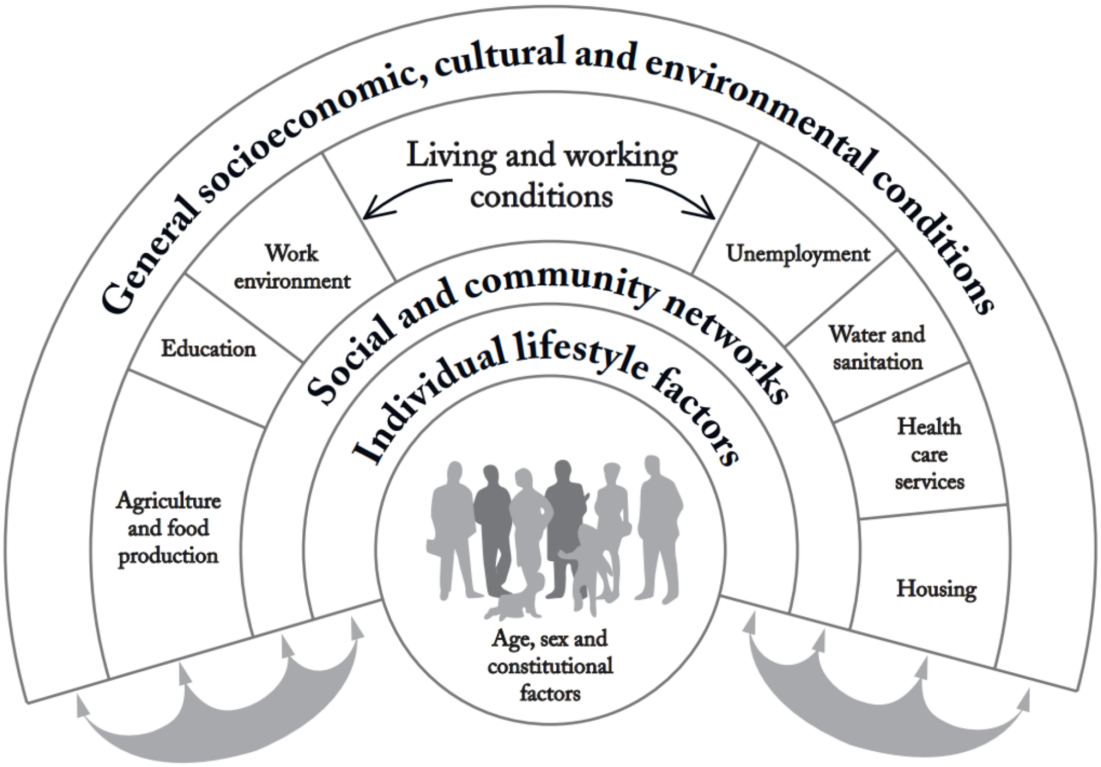
Figuur 1 - bron: aangepast van sociaalweb.nl

Focusgroepen zijn uiterst geschikt voor participatief actieonderzoek, aangezien ze een element van empowerment bevatten. Participanten nemen actief deel aan het analyserende proces en ontwikkelen door interactie met anderen nieuwe inzichten, vaak met betrekking op de ervaring van een gezamenlijk probleem. Dit maakt focusgroepen waardevol voor het in kaart brengen van kennis en situaties. De analyse van de resultaten van de focusgroep richt zich niet op het kwantificeren, maar op het identificeren van thema's, kernwoorden en perspectieven. Het gewicht van bepaalde informatie wordt bepaald door de frequentie van de besproken onderwerpen, wat bijdraagt aan een dieper begrip van de onderzochte kwesties. (2)

1.3. Arbeid als sociale determinant van gezondheid

Er zijn veel factoren die de gezondheid van een individu beïnvloeden die veel verder reiken dan enkel de biologische eigenschappen van een persoon of diens persoonlijke keuzes. Om beter te begrijpen welke factoren een invloed hebben op de gezondheid baseren we ons op het '*rainbowmodel*' van Dahlgren en Whitehead die de verschillende determinanten van gezondheid weergeven.

1.3.1. Determinanten van gezondheid



Figuur 2 – Dahlgren and Whitehead, 1993

Het model van Dahlgren en Whitehead beschrijft de sociale determinanten van gezondheid als een gelaagde structuur waarin individuele kenmerken en leefstijlfactoren de kern vormen, omgeven door sociale netwerken en bredere leef- en werkomstandigheden, die vervolgens worden beïnvloed door sociaal-economische, culturele en beleidsmatige factoren. (6) Binnen deze opbouw is de rol van arbeidsomstandigheden essentieel, omdat zij direct van invloed zijn op de fysieke en psychische gezondheid: onveilige werkomstandigheden, hoge werkdruk en beperkte autonomie kunnen leiden tot verhoogde stressniveaus en ziektegevoeligheid, terwijl positieve arbeidsomstandigheden bijdragen aan economische zekerheid, sociale participatie en een algeheel betere gezondheid.

De impact van iedere risicofactor in kaart brengen kan helpen om efficiënte keuzes te maken wanneer het gaat over preventie. In onderstaande tabel wordt het percentage totale

ziektelast in de Europese Unie van enkele risicofactoren geduid. Ziektelast kan ruwweg omschreven worden als een toename van ziekte (morbiditeit) of sterfte (mortaliteit). (6, 7)

Risicofactor	**% ziektelast in de EU**
Tabak	9,0
Alcohol	8,4
Obesitas	3,7
Werkomgeving	3,6
Dieet: te weinig inname van groenten en fruit	3,5
Relatieve armoede	3,1
Werkloosheid	2,9
Drugs	2,4
Beweging: te weinig	1,4
Dieet: te veel ongezonde vetten	1,1

Tabel 1 - bron (6)

De sociale dimensie van een werkomgeving en het gevoel van collectief iets zinvol te verwezenlijken, is een belangrijk aspect in iemands leven en kan een zeer positieve invloed hebben op gezondheid. Ondanks dit gegeven zien we dat werkloosheid en de werkomgeving 6,5% van de ziektelast in de Europese Unie (EU) veroorzaakt, wat betekent dat ongunstige werkomstandigheden - na alcohol en tabak - een van de grootste veroorzakers van ziekte zijn in de EU. (6)

1.3.2. Arbeid in onze maatschappij

Arbeid is een recht. In 1948 wordt dit verklaard in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens door de Verenigde Naties. Er wordt hierin onder meer bepaald dat een ieder recht heeft op een gunstige beloning (eventueel aangevuld door middelen van sociale bescherming), op het oprichten van of het aansluiten bij een vakvereniging en op de bescherming tegen werkloosheid. (8)

Om de huidige arbeidsmarkt beter te begrijpen, is het zinvol de historische evolutie van een arbeidsrelatie te kaderen. Het is zo dat na de Tweede Wereldoorlog de *'Standard Employment Relationship'* (SER) als een soort ideaalbeeld van een dienstverband geldt. (9) De karakteristieken van een *standard employment relationship* (SER) zijn een stabiele

voltijdse tewerkstelling met adequate verloning en voordelen, goede sociale bescherming, standaard werktijden, kansen om zich bij te scholen, inspraak (ev. via collectieve vertegenwoordiging) en evenwichtige interpersoonlijke relaties. (10) Het wordt op heden nog steeds gezien als de gouden standaard van tewerkstelling. De van nature onevenwichtige relatie tussen werkgever en werknemer wordt in de SER institutioneel gecorrigeerd. Dit door middel van procedures voor het bepalen van lonen, wettelijke beperkingen over aanwerven en ontslaan, collectieve vertegenwoordiging en werkgerelateerde rechten en voordelen. Een belangrijk kenmerk van de SER is de interne arbeidsmarkt, die als doel heeft werknemers te binden aan een bedrijf. (9) De interne arbeidsmarkt betekent dat bepaalde jobs binnen een bedrijf niet via externe vacatures worden aangeboden, maar dat werknemers die reeds in dienst zijn een voorkeurspositie krijgen. (11) Het voordeel voor de werknemer is dat dit bepaalde garanties biedt zoals verbeterende lonen, sociale zekerheidsvoordelen, jobzekerheid en mogelijkheden om door te groeien in een carrière. (9)

In de jaren ‘70 kende het systeem van de SER een crisis en transformatie waardoor er sindsdien niet meer gestreefd wordt naar totale tewerkstelling, maar er wordt uitgegaan van een natuurlijk werkloosheidsvolume. Winstmaximalisatie produceert werkloosheid gezien er steeds gestreefd wordt naar een lagere productiekost. De lagere productiekost wordt gerealiseerd door productie te verplaatsen naar lageloonlanden om de lokale arbeidskracht af te slanken. Dit zorgt voor een elasticiteit in tewerkstelling: werknemers worden aangeworven en ontslagen naargelang de economische fluctuaties. Er is een groter aanbod van arbeidskrachten op de arbeidsmarkt dan dat er vraag is (het ‘natuurlijk’ werkloosheidsvolume). Wat ervoor zorgt dat er een neerwaartse druk uitgeoefend kan worden op de lonen om zo de winstmarges verder te vergroten. (12, 13)

1.3.3. De evolutie van standaard naar niet-standaard tewerkstelling

De laatste decennia werden echter gekenmerkt door een destandaardisatie van de arbeidsrelatie. Dit betekent dat er van de standaard - de voltijdse tewerkstelling met adequate verloning, sociale bescherming, … - wordt afgeweken. De *segmented labour market theory* omschrijft hierbij dat er enerzijds een *‘established core’* bestaat van arbeidskrachten wiens arbeidsomstandigheden dicht bij de SER blijven. Anderzijds ontwikkelde er zich *een ‘secondary segment*’ met perifere jobs die steeds meer onderhevig zijn aan contractuele flexibiliteit, uitbesteding en andere vormen van destandaardisatie. Dit model beschrijft de realiteit echter onvoldoende. De destandaardisatie van de SER kan een *‘low road’* of een *‘high road’* volgen. De *‘high road’* gaat over hoogopgeleiden die strategisch belangrijke functies bekleden. De *‘high road’* destandaardisatie betekent meestal meer veelzijdigheid in het werk, plaats- en tijdsonafhankelijk werk en overuren, flexibiliteit die

vanuit de werknemer gedreven wordt, mooie carrière vooruitzichten en - voortvloeiend uit de gewenste vaardigheden - een sterke onderhandelingspositie. Aan de andere kant is er de *'low road'* van destandaardisatie bij lager geschoolde werknemers met minder strategisch belangrijke jobs. In deze groep betekent de destandaardisatie voornamelijk flexibiliteit inzake contract en tijd, zoals tijdelijk werk, (onvrijwillig) deeltijds werk en onvoorspelbare of asociale werktijden. Deze vorm van destandaardisatie kan ook wel precarisatie van tewerkstelling genoemd worden. (9, 10)

1.3.4. Precair werk

Een job kan in meer of mindere mate precair zijn, afhankelijk van het gecombineerd voorkomen van de volgende factoren: werkonzekerheid, geringe materiële compensatie, erosie van rechten en sociale bescherming, destandaardisatie van de werktijden, beperkte opleidings- en werkgelegenheidsmogelijkheden, beperkte mogelijkheden tot werknemersvertegenwoordiging en onevenwichtige interpersoonlijke relaties. (9, 14) Het hebben van een precaire job geeft 2 tot 3 keer zo'n hoge kans op een slechte algemene gezondheid en ongeveer 2 keer zo'n hoge kans op een slechte mentale gezondheid wanneer vergeleken wordt met jobs die aanleunen bij de SER. (13)

1.3.4.1. Dimensies van precair werk

Arbeidsvoorwaarden

1 Werkonzekerheid

- Onzekerheid over de contractuele relatie: werknemers kunnen direct of indirect (bijvoorbeeld via een onderaanneming) in dienst zijn. Voor sommige jobs is tewerkgesteld zijn via een onderaanneming de enige optie. Dit is geassocieerd met een verminderde controle over arbeidsomstandigheden en minder gunstige contractuele afspraken. (9, 14)

- Contractuele tijdelijkheid: werknemers met tijdelijke contracten ervaren een verhoogde onzekerheid, vooral door onduidelijkheid over verlenging of omzetting naar een vast contract. Dit leidt tot stress en een gebrek aan langetermijnperspectief. (9, 14)

- Contractuele onderbezetting: onvrijwillig deeltijds werk ontstaat wanneer voltijdse contracten niet beschikbaar zijn. Dit kan resulteren in financiële onzekerheid en beperkte carrièremogelijkheden. Daarnaast zijn er werknemers die meerdere jobs in verschillende sectoren combineren om voldoende inkomen te bekomen. (9, 14)

2. Geringe materiële compensatie

Een laag loon en weinig of geen extralegale voordelen beperken de financiële stabiliteit van werknemers, wat kan leiden tot een sterk gevoel van onzekerheid en onveiligheid. (9, 14)

3. Erosie van de rechten en sociale bescherming van werknemers

Precaire werknemers hebben enerzijds vaak beperkte arbeidsvoorwaarden (zoals betaalde vakantie, aanvullende ziekteverzekering, pensioensparen), maar anderzijds ook een beperkte toegang tot sociale zekerheidsvoordelen (zoals arbeidsongeschiktheid, werkloosheidsuitkering en het wettelijk pensioen). (9, 14, 15) Het is bijvoorbeeld zo dat een werknemer die deeltijds werkt geen recht heeft op een volwaardige pensioenopbouw tenzij deze persoon een inkomensgarantie ontvangt van de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA). De RVA keert enkel een inkomensgarantie uit wanneer na een periode van werkloosheid het werk deeltijds wordt hervat. (16, 17)

4. Destandaardisatie van de werktijden

Precaire werknemers worden geconfronteerd met extreme en flexibele werktijden. Dit omvat onvrijwillig deeltijds werk, lange en intensieve werkuren en fluctuerende werktijden die inspelen op de noden van de werkgever. Dit leidt tot een verminderde werk-privébalans en een verhoogde werkstress. (9)

5. Beperkte opleidings- en werkgelegenheidsmogelijkheden

Werkgevers bieden vaak beperkte opleidingsmogelijkheden aan, zoals trainingen over gezondheid en veiligheid op het werk. Daarnaast ontbreekt het vaak aan ontwikkelingsperspectieven en loopbaanbegeleiding, wat de doorgroeikansen van werknemers beperkt. (9) De destandaardisatie heeft niches gecreëerd in de arbeidsmarkt die vaak moeilijk te doorbreken zijn, zoals omschreven in de *segmented labor market theory*. Hierdoor blijven mensen met een gelijkaardige socio-economische achtergrond vaak vastzitten in een meer of minder voordelige vorm van tewerkstelling. (10)

Arbeidsverhoudingen

6. Beperkte mogelijkheden tot werknemersvertegenwoordiging

Kreshpaj. et al. beschrijven dat de vakbondsvertegenwoordiging van werknemers afneemt in de loop van de tijd maar ook hoe vakbondsleden minder risico lopen om arbitrair ontslagen te worden. (14)

7. Onevenwichtige interpersoonlijke relaties

Werknemers in precaire werkomstandigheden bevinden zich vaak in kwetsbare machtsrelaties ten opzichte van oversten, collega's en klanten. Ze hebben beperkte mogelijkheden tot het uitoefenen van hun rechten, soms door een verminderde kennis van rechten, soms door het niet kunnen verkrijgen van deze rechten. Dit kan gaan van het opeisen van beterere werkomstandigheden tot bescherming tegen oneerlijk ontslag, discriminatie en intimidatie. (9, 14)

1.3.4.2. Precaire werkvormen

Er zijn bepaalde vormen van tewerkstelling op de Vlaamse arbeidsmarkt die een grote mate van precariteit kennen. Een van deze vormen is deeltijds werk, een andere vorm is tewerkgesteld zijn via een onderaanneming: de werknemers boeten voornamelijk in op vlak van materiële compensatie, vertegenwoordiging en veiligheid. De **schoonmaakindustrie** is een van de sectoren waar - naast de bouwsector en de veiligheidssector - het meeste werk wordt uitbesteed. (9) Hieronder volgt een toelichting vanuit de literatuur die de precaire aspecten van het werken voor een onderaanneming belicht.

1.3.4.2.1. Onderaannemingen

Het uitbesteden van werk zorgt vaak voor minder gunstige **verloning en andere arbeidsvoorwaarden**. Het is bijvoorbeeld zo dat schoonmaakbedrijven onderling in competitie treden om hetzelfde poetswerk voor een steeds goedkopere prijs aan te bieden. Het poetswerk op een bepaalde locatie wordt dus periodiek aan een ander bedrijf uitbesteed. Dit betekent dat een schoonmaker die werkzaam is op deze locatie en hier werkzaam wil blijven, moet veranderen van werkgever. De onderlinge competitie met de neerwaartse druk op de kostprijs voor hetzelfde poetswerk zorgt ervoor dat de werkdruk voor de schoonmakers stijgt en hun verloning daalt. (9)

Er is bij onderaannemingen vaak een minder goede **vertegenwoordiging** van de werknemers. Enerzijds omdat de vakbondsvertegenwoordigers vaak op een andere locatie

werken. Anderzijds omdat veel schoonmaakbedrijven kleine of middelgrote ondernemingen zijn waardoor er geen vakbondsvertegenwoordiging is. (9)

Als laatste wordt er ingeboet op vlak van **veiligheid**. De aard van het werk en de mate waarin dit gevaarlijk is, is vaak een reden om het werk uit te besteden in plaats van het door eigen personeel te laten uitvoeren. Verder werken schoonmakers vaak op verschillende locaties met bovendien steeds andere producten. (9) In combinatie met een vaak gebrekkige kennis van de veiligheidsvoorschriften, mogelijks door een beperkte betrokkenheid van preventiediensten, kan dit tot gevaarlijke situaties leiden. (9, 18) Dit uit zich onder andere in het feit dat tijdelijke en andere precaire werknemers een hoger risico hebben op arbeidsongevallen dan vaste werknemers. (14, 18) De prijzen waarvoor de schoonmaakbedrijven beweren het poetswerk te kunnen uitvoeren, zijn bovendien vaak te laag om garant te kunnen staan voor de veiligheid van hun werknemers. (9)

1.3.4.2.2. Deeltijds werk

Deeltijds werk kan een andere vorm zijn van precair werk. De situatie van een persoon die er zelf bewust voor kiest om deeltijds te gaan werken, om voor het gezin te zorgen en met een partner met voldoende loon, kan niet als precair beschouwd worden. Er zijn echter werkgevers die slechts zelden voltijdse contracten aanbieden om op die manier hun werknemers flexibel in te kunnen zetten. Dit onvrijwillige deeltijds werk is wél een vorm van precair werk. Bovendien kan deze contractuele onderbezetting tot een inkomenstekort leiden. Precariteit is dus voor een groot deel context gebonden. (9)

1.3.4.3. Directe context van precair werk

Zoals hierboven uiteengezet zijn werk- en leefomstandigheden determinanten van gezondheid die interageren met de sociale omstandigheden van een persoon. De context buiten het werk - zoals gezinssamenstelling, financiële situatie, opleidingsniveau en taalbeheersing - zijn dus ook belangrijk in de beoordeling of iemand precair werk uitoefent. Zo is iemand die de taal niet spreekt bijvoorbeeld kwetsbaarder wanneer het gaat over kennis van sociale rechten of nadelige werkomstandigheden. (6, 9)

De relatie tussen precaire tewerkstelling en een laag welzijn is reeds vaker aangetoond. In een Belgische studie bij meer dan 4000 werknemers waarvan een groot deel tewerkgesteld is in de schoonmaaksector werd onderzocht wat enerzijds de relatie tussen precair werk en welzijn is en anderzijds welke rol subjectieve materiële deprivatie en werk-privébalans hierin spelen. (19)

Tot een vierde van de relatie tussen precariteit en een laag welzijn kan verklaard worden door **de gepercipieerde materiële situatie** van het huishouden, maar de causaliteit blijft onduidelijk. Enerzijds is het mogelijk dat dit gevoel van 'niet rond te komen' ervoor zorgt dat iemand voor (een bijkomende) precaire job kiest. Anderzijds verhogen veel kenmerken van precair werk - zoals wisselende werkschema's, periodes van werkloosheid, lage lonen en beperkte kansen op opleidings- en carrièremogelijkheden - het risico op materiële deprivatie. De financiële onzekerheid die volgt uit materiële deprivatie verhoogt de kans op slechte woonomstandigheden, ongezonde voedingspatronen, langdurige stress en onvoldoende toegang tot gezondheidszorg en hulpverlening. (18-20)

De **werk-privébalans** kan ook voor een deel de relatie tussen precariteit en een laag welzijn verklaren. Enerzijds kan het gebrek aan balans een reden zijn om een precaire job (met deeltijdse of flexibele uren) aan te nemen, om het werk te kunnen afstemmen op de zorg voor een gezin. Anderzijds kunnen precaire jobs een problematische werk-privébalans versterken, zo zijn lange en onregelmatige werkuren geassocieerd met een slechte (mentale) gezondheid. (19) Werknemers met onregelmatige uren hebben namelijk meer moeite met het plannen van hun (sociale) activiteiten en het combineren van hun gezinsleven met verplichtingen op het werk. In combinatie met de eerder vernoemde financiële onzekerheid zorgt dit voor het moeilijker uitbouwen van sociale netwerken. Dit gebrek aan een uitgebouwd sociaal netwerk - een belangrijke buffer voor stress - valt weg voor mensen in precaire werkomstandigheden. Die sociale isolatie heeft op zijn beurt negatieve gevolgen aangezien dit geassocieerd is met een hogere frequentie van mentale gezondheidsproblemen en musculoskeletale klachten. (18, 19, 21)

1.3.4.4. Socio-economische context van precair werk

Een gebrek aan steun uit het sociale netwerk geeft dus meer risico op gezondheidsproblemen. Hiertegenover kan de sociale steun vanuit een welvaartssysteem een bufferend effect hebben op de mate waarin (precaire) werkomstandigheden een invloed uitoefenen op iemands gezondheid. Dit door het versterken van de onderhandelingspositie van werknemers en het verminderen van hun gevoelens van onzekerheid. (14, 19, 21) Een review van Kim et. al vergelijkt de relatie tussen jobonzekerheid en gezondheidsuitkomsten in Scandinavische welvaartsstaten met meer liberale welvaartsstaten. Scandinavische welvaartsstaten kennen een traditie van een efficiënte bescherming van het werkgelegenheidsbeleid dat garanties biedt op effectieve collectieve vertegenwoordiging, levenslange beroepsopleidingen en genereuze werkloosheidsregelingen. De welvaartsstaten met een (meer) liberaal beleid hebben een publieke welzijnszorg die in meer of mindere mate aangevuld wordt met private (al dan niet op de vrije markt gebaseerde) sociale

verzekeringen. Een derde van de studies uit de Scandinavische welvaartsstaten vindt weinig of geen associatie tussen jobonzekerheid en gezondheidsuitkomsten. Dit terwijl in zo goed als alle studies uit de meer liberale welvaartsstaten (waaronder België) er wel een negatieve associatie te vinden is tussen jobonzekerheid en gezondheidsuitkomsten. Het is zelfs zo dat precair werk in Scandinavische welvaartsstaten leidt tot gelijkwaardige of betere gezondheidsuitkomsten dan een permanente tewerkstelling. Het sociaal vangnet van de welvaartsstaat heeft met andere woorden invloed op de mate waarin jobonzekerheid een effect uitoefent op gezondheidsuitkomsten. (22)

1.3.5. De relatie tussen precair werk en gezondheid

Precair werk is gelinkt aan veel negatieve gezondheidsuitkomsten.(19) Er zijn verschillende mogelijke manieren waarop arbeidsomstandigheden de gezondheidsongelijkheid kunnen beïnvloeden. Zoals eerder omschreven ondermijnt financiële onzekerheid de voorwaarden voor een goede gezondheid (*economic deprivation model*) en zorgen precaire arbeidsomstandigheden voor meer sociale isolatie met negatieve gezondheidseffecten (*social support model*). (18, 19) Er zijn nog twee andere mechanismen waardoor precair werk negatieve gezondheidsuitkomsten kan veroorzaken:

- De *stresstheorie* omschrijft dat werkloosheid en werkonzekerheid tot fysiologische veranderingen en risicovoller gezondheidsgedrag leiden. Chronische jobonzekerheid leidt tot psychosociale stress die op zijn beurt leidt tot een slechtere fysieke en mentale gezondheid. Dit effect wordt versterkt bij mensen met lagere kansen op de arbeidsmarkt.

- Het *latent function model* beschrijft hoe werk een impliciete functie heeft in het creëren van tijdsstructuur, status en identiteit, frequente gedeelde ervaringen en contacten en kansen voor het bereiken van collectieve doelen. (18) Deze impliciete functies zijn vaak minder aanwezig in precaire jobs.

Balogh et al. omschrijft dat de invloeden van tijdelijke blootstelling aan gedestandaardiseerde werkvormen of aan werkloosheid niet enkel op het moment zelf negatieve gezondheidsuitkomsten hebben, maar ook later in het leven. Precair werk laat met andere woorden ‘littekens’ achter. (23)

Een studie uit Vlaanderen*, the Flemish Quality of Labour Monitor (QLM)* uit 2004 kon aantonen dat jobs met een hoog stressniveau gerelateerd zijn aan meer emotionele problemen en meer musculoskeletale klachten. Een job met een hoog stressniveau wordt gekenmerkt door kwantitatieve eisen (hoeveelheid en snelheid van werk), fysieke eisen, repetitieve bewegingen van de ledematen, niet-standaard werkschema’s, weinig controle

over de werkomgeving, subjectieve jobonzekerheid en onevenwichtige interpersoonlijke relaties. (21) Het werk als schoonmaker kan als een job met een hoog stressniveau beschouwd worden. In het volgende onderdeel worden de gezondheidsklachten die specifiek door schoonmakers kunnen ervaren worden verder toegelicht.

1.4. Gezondheidsproblemen bij schoonmakers

Een Nederlands onderzoek van De Cock et al. toonde aan dat één op de drie patiënten uit de werkende populatie een relatie ziet tussen het gezondheidsprobleem waarvoor ze hun huisarts raadplegen en hun werk. (24) Het schoonmaakberoep is gerelateerd aan een scala van gezondheidsklachten. Deze omvatten enerzijds de **fysieke** klachten zoals musculoskeletale aandoeningen veroorzaakt door hoge fysieke eisen, repetitieve bewegingen en ongemakkelijke lichaamshoudingen en luchtweg- en huidaandoeningen veroorzaakt door onder andere blootstelling aan giftige stoffen. Anderzijds omvatten ze de **psychische** klachten, veroorzaakt door stress, stigmatisering, taalbarrière, sociaal isolement en racisme. (20)

1.4.1. Psychische klachten

Ondanks het feit dat mentale problemen een belangrijk onderdeel vormen van de gezondheidsklachten bij schoonmakers, is er beduidend minder onderzoek naar gebeurd in vergelijking met fysieke klachten. (25)

In het boek '*Nickel and Dimed'* gaat onderzoeksjournaliste Ehrenreich zelf undercover aan het werk in verschillende lageloonbanen, waaronder ook het schoonmaakwerk. Hierbij schetst ze zowel het zware fysieke werk en de uitputting als de psychische klachten die hieraan verbonden zijn. Enerzijds door te werken onder druk om alles snel en efficiënt uit te voeren en anderzijds door te werken onder slechte arbeidsomstandigheden met gebrek aan goede uitrusting en middelen. Ze beschrijft hoe psychische klachten samenhangen met de moeilijke werkomstandigheden en het geringe inkomen van schoonmakers, wat hun algemene welzijn beïnvloedt. (26)

> *"Maybe I want to 'be somebody' as Jesse Jackson likes to say, somebody generous, competent, brave and perhaps, above all noticeable. Maids, as an occupational group are not visible and when we are seen, we are often sorry for it. … I had ventured to ask why so many of the owners seem hostile or contemptuous toward us. "They think we're stupid" was Holly's answer. "They think we have nothing better to do with our time," Marge too looked suddenly sober. "We're nothing to these people" she said; "We're just maids." "*
> *- B. Ehrenreich (26)*

Uit andere onderzoeken blijkt dat schoonmakers te maken krijgen met verschillende psychosociale stressoren, zowel op als naast de werkvloer, waardoor ze een hoger risico lopen op een slechte mentale gezondheid. (20, 25) Zoals eerder omschreven kan een vierde van de relatie tussen precair werk en een ongunstige mentale gezondheid verklaard worden door financiële druk. Daarnaast kan de helft verklaard worden door werkgerelateerde taken (de kwantitatieve eisen, de fysieke eisen, de variatie in taken en de autonomie). Vooral het gevoel van '*disempowerment'* - het ontnomen worden van macht, autonomie of controle - is significant geassocieerd met een slechte mentale gezondheid. (20, 27) Andere werkgerelateerde aspecten zoals de kwaliteit van het leiderschap en de samenwerking met collega's zijn ook significant geassocieerd met de mentale gezondheid van schoonmakers. (28)

Aspecten die kunnen bijdragen aan psychische klachten zijn:

1 Stigmatisering, gebrek aan erkenning en waardering

Werknemers in lageloonbanen, zoals schoonmakers, ondervinden vaak stigmatisering. Enerzijds op sociaal vlak: de maatschappij projecteert negatieve kenmerken geassocieerd met het beroep op de werknemers. Zo ontstond het concept *'dirty work',* refererend naar taken en beroepen geassocieerd met vies en vuil werk. Anderzijds ondervinden ze ook stigmatisering op fysiek vlak. Zo wordt schoonmaakwerk (zoals bijvoorbeeld huishoudelijk werk) gezien als arbeid voor ongeschoolde werknemers die door iedereen uitgevoerd kan worden. (29) Stigmatisering kan ontmoedigen en het zelfbeeld negatief beïnvloeden. Ook het gebrek aan erkenning voor hun harde werk kan leiden tot gevoelens van frustratie en demotivatie. (26, 29)

> *"The big question is why Ted's* (noot: de baas) *approval means so much. As fast as I can figure, my coworkers' neediness - because that's what it is - stems from chronic deprivation. The home owners aren't going to thank us for a job well done, and God knows, people on the street aren't going to hail us as heroines of proletarian labor."*
> *- B. Ehrenreich (26)*

2 Taalbarrières, communicatieproblemen en sociale isolatie

Voor veel schoonmakers vormt een gemeenschappelijke taal een probleem en hierdoor ook een barrière. Dit kan leiden tot gevoelens van isolatie en frustratie, omdat communicatie met collega's en opdrachtgevers wordt bemoeilijkt. Zoals eerder vermeld is ook de sociale isolatie die kan volgen uit de arbeidsomstandigheden van schoonmakers geassocieerd met een slechte mentale gezondheid. (18, 19, 26)

3 Racisme en discriminatie:

Schoonmakers kunnen te maken krijgen met vooroordelen en ongelijke behandeling op de werkplek op basis van hun identiteit zoals geslacht, ras, klasse en nationaliteit.

Bovenop de soms reeds onevenwichtige interpersoonlijke relaties vormen racisme en discriminatie zo een extra psychische last. (26, 29)

4 Fysieke en mentale vermoeidheid en stress

De constante druk om snel en efficiënt te werken, samen met het onbetrouwbare inkomen en de onzekerheid van het werk, veroorzaakt aanzienlijke stress. De werknemers voelen zich vaak angstig over hun financiële situatie en hun vermogen om aan de basisbehoeften te voldoen. De zware fysieke arbeid leidt niet alleen tot lichamelijke vermoeidheid, maar ook tot mentale uitputting. Daarbovenop is presenteïsme voor sommige werknemers een extra bron van stress. Bij werknemers onder een tijdelijk contract komt het werken tijdens ziekteperiodes vaak voort uit een soort permanente prestatiedruk. Het gebrek aan voldoende rust en herstelperiodes kan de mentale belasting verhogen, wat bijdraagt aan de psychische klachten van de werknemers. (9, 13, 26)

1.4.2. Fysieke klachten

1.4.2.1. Musculoskeletale klachten

Het beroep van schoonmaker kent een hoge prevalentie van **musculoskeletale klachten**. Deze bevinden zich wereldwijd tussen 40,52% (30) en 73% (31) afhankelijk van de definitie van musculoskeletale aandoeningen, de grootte en de kenmerken van de onderzochte populatie, de werkomgeving en de -last. In België wordt dit geschat op 74%. (32) Tot wel de helft van de schoonmakers heeft rugklachten. Vermoedelijk is dit cijfer zelfs een onderschatting. Naast rugpijn (20, 31) is ook schouderpijn (30) een van de meest voorkomende klachten De meest gerapporteerde fysieke risicofactoren zijn repetitief werk, het heffen en tillen van zware lasten, oncomfortabele houdingen aannemen, het handmatig laden van voorwerpen, het staan gedurende lange periodes, bovenhandse bewegingen uitvoeren en onvoldoende pauzes kunnen nemen. (33) Gezien musculoskeletale klachten een aanzienlijk probleem zijn voor schoonmakers is er nood aan preventieve maatregelen op de werkplek, zoals het toepassen van ergonomische principes. (30, 31, 33) Er wordt zelfs gepleit voor veranderingen op een hoger niveau, namelijk beleidsmatig zoals bijvoorbeeld educatieve programma's over mogelijke beroepsrisico's, hoe de eigen gezondheid te verbeteren, … (31)

1.4.2.2. Luchtwegklachten en huidaandoeningen

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat werknemers die blootgesteld worden aan schoonmaak- of ontsmettingsproducten, een toename ervaren van klachten ter hoogte van **de luchtwegen en de huid**. (34-39)

Bij schoonmakers verhoogt het risico op **astma-achtige klachten** met 35% na blootstelling. (35, 36) Andere symptomen zoals irritatie aan de ogen, keelpijn, rhinitis en COPD komen ook voor, maar zijn tot nu toe minder grondig onderzocht. (34, 35) Hoewel er onduidelijkheid heerst over welke producten het gevaarlijkst zijn, zouden de werkgerelateerde (luchtweg-) symptomen verminderd kunnen worden door de schoonmakers zelf hun producten te laten kiezen. (35)

Een van de meest voorkomende beroepsziekten is **dermatitis**, met een aandeel van ongeveer 30%. (39) De prevalentie bij schoonmakers varieert tussen de 2,2% en 30,1%. (38) Dit percentage ligt significant hoger dan bij andere arbeiders. (37) Dermatitis leidt tot een hoge frequentie van consultaties en hogere percentages van arbeidsongeschiktheid, maar heeft ook een negatieve impact op het psychosociaal welzijn en de kwaliteit van leven. De belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van contactdermatitis zijn nat werk, irriterende producten in schoonmaakmiddelen, contactallergie, het inconsistente gebruik van beschermende handschoenen en een laag opleidingsniveau. (38, 39) De schoonmakers met huiduitslag hebben vaak minder opleiding hierover gehad en vermoedelijk zijn de veiligheidstrainingen voor hen ook moeilijker te begrijpen. (37) Ook hier zijn preventieve maatregelen essentieel zoals het gebruik van huidbeschermend materiaal, alsook het verhogen van de kennis bij werkgevers en werknemers. (36-38) Er is ook een link met luchtwegklachten: schoonmakers die het afgelopen jaar huiduitslag hadden, lopen meer kans op het ontwikkelen van werkgerelateerde astmasymptomen. (37)

> *“After two days of minor irritation, a full-scale epidermal breakdown is under way. I cover myself with anti-itch cream from Rite Aid but can manage to sleep only for an hour and a half at a time before the torment resumes.”*
> *- B. Ehrenreich (26)*

1.5. Doel van het onderzoek

In dit kwalitatief onderzoek wordt geprobeerd om in kaart te brengen welke factoren binnen het schoonmaakwerk invloed hebben op de gezondheid:

- **Wat is de ervaring van schoonmakers in onderaanneming bij de stad Gent betreffende hun gezondheid?**
- **Welke arbeidsg)erelateerde klachten ervaren deze schoonmakers?**
- **Hoe zijn deze klachten gelinkt aan het werk of de werkorganisatie?**
- **Hoe toereikend is hun kennis rond arbeidsrechten?**

Het onderliggend doel van dit onderzoek is een aanzet geven tot meer bewustwording (bij huisartsen) rond de specifieke uitdagingen binnen het beroep van schoonmaker. Enerzijds wat betreft hun rechten als arbeider en anderzijds hun behoeften als potentiële patiënt. De inleiding van dit onderzoek tracht aan de hand van literatuur een basisinzicht te geven in de relatie tussen arbeid en gezondheid die vertaald kan worden naar vele andere beroepen.

Een bijkomend doel van dit onderzoek is het ondernemen van actie in samenwerking met de doelgroep. De vorm die deze actie aanneemt wordt gestuurd vanuit de doelgroep (cfr. PAR).

2. METHODE

2.1. Literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek werden de databanken '*Google Scholar*' en '*Pubmed'* geraadpleegd. Er werd bijkomend gebruik gemaakt van 2 boeken, aangereikt door een onderzoeker met ervaring in het PAR-onderzoek rond arbeid en gezondheid. Voor begripsomschrijvingen werd zowel gekeken naar masterscripties aangereikt door de (co)promotoren, als naar bronnen op het internet. Voor het literatuuronderzoek rond arbeidsomstandigheden en gezondheid werd als zoekcriterium de naam van de auteur Christophe Vanroelen - een toonaangevende Belgische arbeidssocioloog verbonden aan de Vrije Universiteit van Brussel (VUB) - ingegeven in de databank *Google Scholar*. Deze zoekopdracht leverde 273 artikels op. Na screening op basis van titel en abstract werden 16 artikels weerhouden. Gezien er voor twee artikels geen volledig artikel beschikbaar was, werden 14 artikels verder gescreend op basis van de volledige tekst waarna 8 artikels weerhouden werden. Er werden bijkomend nog 2 artikels gevonden op basis van de sneeuwbalmethode. Er werd op naam van de auteurs *Dahlgren* en *Whitehead* gezocht via de databank *PubMed* om een artikel te vinden waarin er toelichting gegeven wordt over het fundamenteel onderzoek rond determinanten van gezondheid. Een artikel uit 2021 leverde via de sneeuwbalmethode het artikel op waarin het '*rainbowmodel'* toegelicht werd. Voor het literatuuronderzoek naar de gezondheidsklachten bij schoonmakers werd initieel de MESH-term '*occupational diseases'* gecombineerd met de term '*cleaners'* in vrije tekst in de databank *PubMed*, wat resulteerde in 374 resultaten. Het verfijnen van de zoekopdracht naar artikels gepubliceerd vanaf 2020, resulteerde in 39 artikels. Op basis van titel en abstract werden hieruit 5 artikels geselecteerd. Na het doornemen van deze artikels kwamen drie belangrijke thema's naar voor: musculoskeletale problemen, luchtwegklachten en huidklachten. Ter volledigheid werd een tweede zoekopdracht uitgevoerd met de termen '*respiratory symptoms*' en/of '*skin symptoms*' in combinatie met '*cleaners*'. Ook hier werd enkel gezocht op publicaties vanaf 2020. Deze 69 artikels werden opnieuw gescreend op basis van titel en abstract, wat 1 bijkomende bron opleverde. Daarna werden via de sneeuwbalmethode nog 3 bijkomende artikels geselecteerd. Het zoeken naar publicaties over '*mental health'* en '*cleaners'* in vrije tekst leverde 9 resultaten op, waarvan 2 relevant waren. Opnieuw werd hier via de sneeuwbalmethode 1 extra artikel gevonden.

2.2. Outreaches

De schoonmakers werden gerekruteerd via *outreaches* in samenwerking met SAAMO, een middenveldorganisatie die zich inzet voor maatschappelijk opbouwwerk. *Outreaches* zijn een manier om mensen te bereiken in hun dagelijkse omgeving, vaak om informatie of diensten aan te bieden. In dit geval bestonden de *outreaches* uit werkplekbezoeken. In Gent werkt SAAMO rond de thema's wonen, arbeid en sociale bescherming. Hiervoor wordt contact gelegd met mensen in een maatschappelijk kwetsbare positie en worden zij ondersteund om mee naar oplossingen te zoeken voor problemen in hun omgeving. SAAMO zet samen met deze kwetsbare groepen politici ertoe aan om duurzame en structurele oplossingen te zoeken die bouwen aan een samenleving die solidair, democratisch en intercultureel is. (40, 41)

Tijdens de *outreaches* werden 20 werkplekbezoeken uitgevoerd, al dan niet met medewerkers van SAAMO. Er werden gesprekken gevoerd met de schoonmakers die werken in onderaanneming in gebouwen van de stad Gent waarmee SAAMO reeds enkele jaren in contact is.

De onderzoekers werden voorgesteld als huisartsen-in-opleiding die onderzoek voeren naar de gezondheid van schoonmakers. De contacten vonden plaats afhankelijk van waar de schoonmakers zich bevonden: tussen het werk door aan de schoonmaakkar maar soms in het pauzelokaal waarbij ons een kop koffie werd aangeboden. Na de introductie werd gevraagd om ervaringen omtrent schoonmaakwerk en hun gezondheid te delen. Dit laat ruimte voor intrinsieke thema's die niet beïnvloed zijn door de vooringenomenheid van de onderzoekers. Er werd tijdens elk gesprek een sterke nadruk gelegd op de vertrouwelijkheid van de informatie die gedeeld werd en dat deze nooit herleid zal kunnen worden naar de persoon in kwestie. Er werden veldnotities gemaakt over deze gesprekken, die nadien gebundeld en per thema besproken werden door de onderzoekers. Hieruit vloeiden een deel van de topiclijst voor de focusgroepen (cfr. bijlage 1) en een deel van de resultaten voort.

Het schrijven van veldnotities is een methode van dataverzameling uit etnografisch onderzoek waarin beschreven wordt wat de onderzoeker waarneemt. Veldnotities bevatten zowel informatie vanuit de onderzochte personen als informatie over wat gehoord en gezien wordt door de onderzoeker. Het maken van veldnotities dient zo snel gemaakt te worden gezien het geheugen soms onbetrouwbaar is: enerzijds door het weglaten van details, anderzijds door het vervormen van herinneringen door nieuwe ervaringen. De notities werden in dit onderzoek binnen enkele uren na de werkplekbezoeken gemaakt om de objectiviteit zo goed mogelijk te vrijwaren. (42)

De thema's die voortvloeiden uit de data van de *outreaches* in combinatie met praktijkervaring en informatie uit het literatuuronderzoek, werden besproken met de promotor en co-promotor. Hieruit werd in samenspraak de topiclijst voor de focusgroepgesprekken opgesteld.

2.3. Focusgroepgesprek

Aanvankelijk werden potentiële deelnemers voor een focusgesprek uitgenodigd via een folder die uitgereikt werd tijdens de *outreaches*. Ook werden er deelnemers gerekruteerd via sneeuwbal steekproeven met als contactpersoon iemand van SAAMO. Dit resulteerde echter in een focusgroepgesprek zonder deelnemers. Er werd een tweede focusgroep georganiseerd via intensievere persoonlijke rekrutering op verschillende tijdstippen op werkplekken die al dan niet eerder bezocht werden via *outreaches*, dit enkel door de onderzoekers. Dit resulteerde in een gesprek met twee deelnemers.

Het focusgesprek werd afgenomen op basis van de vooraf opgestelde topiclijst met een bevraging per thema naar mogelijke verbeterpunten. Het gesprek werd digitaal opgenomen en nadien letterlijk getranscribeerd. Er werd een codering uitgevoerd van de uitgeschreven tekst, welke georganiseerd werd in een codeboom om tot een thema-analyse te komen. De nauwkeurigheid van de thema-analyse werd verbeterd via analytische triangulatie, wat betekent dat de onderzoekers een aparte codeboom opmaken om nadien te vergelijken en discussiëren over de verschillende thema's.

2.4. Triangulatie met SAAMO

Om de betrouwbaarheid en de volledigheid van de resultaten te verbeteren, werden deze voorgelegd aan en besproken met SAAMO in een proces van triangulatie.

3. RESULTATEN

3.1. Outreaches

De *outreaches* vonden plaats in gebouwen van de stad Gent die vrij toegankelijk zijn. Tijdens de uren waarop de schoonmakers werkzaam zijn (voor of na sluitingstijd), is het niet evident de gebouwen te betreden omdat veel ingangen afgesloten zijn voor het publiek. Het vinden van de schoonmakers binnen het gebouw zelf was ook een uitdaging. De schoonmakers werken vaak alleen en verspreid over het volledige gebouw. Andere medewerkers weten vaak niet wie ze zijn, waar ze op dat moment aan het werk zijn of hoe ze hen kunnen bereiken. Eenmalig werd ons aan de ingang van het gebouw het contact met de schoonmakers zelfs geweigerd. Een personeelslid van de werkplek - die door de opdrachtgever tewerkgesteld is - vertelde ons dat dit wel kan maar enkel na contact met de verantwoordelijke van de schoonmakers en dit enkel op afspraak. Het is onduidelijk of de relatie tussen de schoonmakers en de verantwoordelijke een vertrouwensrelatie is en bijgevolg is het onduidelijk of de schoonmakers vrijuit zouden kunnen spreken. Er werd dus geen contact opgenomen met de verantwoordelijke. Wanneer er wel een schoonmaker aangesproken kon worden, was er een duidelijke taalbarrière. Van de tientallen schoonmakers met wie we in gesprek traden, had slechts één persoon Nederlands als moedertaal. Met sommige schoonmakers konden we niet spreken aangezien er geen gemeenschappelijke taal was en bij anderen trad een van de medewerkers van SAAMO op als informele tolk. Bij het aanspreken van de schoonmakers was er naast de taalbarrière ook vaak een terughoudendheid om met ons in gesprek te treden.

Er kwamen verschillende thema's aan bod tijdens onze gesprekken met de schoonmakers. Een thema dat nagenoeg steeds opnieuw besproken werd, is **de verhoogde werkdruk**. Door besparingen wordt het takenpakket behouden of zelfs uitgebreid, maar moet hetzelfde werk uitgevoerd worden met minder collega's. Enerzijds blijven de oppervlaktes die schoongemaakt moeten worden gelijk, maar het aantal mensen wordt teruggeschroefd. Anderzijds wordt de tijd die schoonmakers hebben om die ruimtes onder handen te nemen ook ingeperkt. Dit zorgt bij het poetspersoneel voor frustratie. De schoonmakers staan voor een moeilijke keuze, gezien ze vaak met fierheid over hun job vertellen. Ofwel rennen ze om hun job af te werken binnen de voorziene tijd, ofwel houden ze zich aan deze tijd met als gevolg een minder nauwkeurig gepoetste locatie en minder voldoening uit hun werk. Bijkomend worden er onafhankelijke controles uitgevoerd - in opdracht van de stad Gent - om te zien of de schoonmakers hun werk zorgvuldig uitvoeren. Tijdens deze controles wordt een hele locatie onder de loep genomen. De schoonmakers hebben vaak het gevoel dat er gefocust wordt op details (bijvoorbeeld het afstoffen van stopcontacten), wat niet in

verhouding staat met de omvang van het werk in de beperkte tijd. Ten tweede zorgt de hoge werkdruk ervoor dat de ergonomische principes - die schoonmakers al dan niet aangeleerd kregen - niet toegepast kunnen worden. Dit leidt tot meer musculoskeletale klachten en meer werkverzuim. Ten derde leiden de hoge verwachtingen in verhouding met de beperkte werktijd tot psychische stress. De schoonmakers hebben niet het gevoel dat er gehoor gegeven wordt aan hun frustraties. Hierdoor lijkt de frustratie op sommige werkplekken eerder plaats te maken voor woede of gelatenheid.

Een tweede thema dat aan bod kwam, is de onzekerheid van tewerkstelling die volgt uit **besparingen**. Door deze besparingen worden sommige schoonmakers ontslagen. Bovendien zou ook in het arbeidscontract omschreven staan dat de uren en plaatsen waarop de schoonmakers werken, zonder inspraak gewijzigd kunnen worden. De verplaatsing van een collega van een vaste werkplek naar verschillende locaties wordt door sommigen ervaren als een omweg rond diens ontslag. Het idee hierachter is dat de werkgever de werknemer niet ontslaat maar een combinatie van uren en locaties aanbiedt die als onmogelijk ervaren wordt door de schoonmaker in de hoop dat die zelf ontslag neemt. Het gevolg van zelf ontslag te nemen is minder kosten voor de werkgever en minder sociale bescherming voor de werknemer.

Wanneer er gevraagd wordt naar **het contact met de vakbondsafgevaardigde**, is er vaak weinig respons. De meeste schoonmakers kennen hun vakbondsafgevaardigde niet of niet goed, gezien ze vaak alleen werken en op een andere plaats dan de afgevaardigde. Ook lijkt er een gebrek aan vertrouwen te zijn, onder andere over wat de vakbond nog zou kunnen betekenen en of de contactpersoon wel discreet is.

Bij het peilen naar **hun kennis over hun rechten en contract**, komen verschillende onderwerpen naar boven. Ten eerste is er de angst om ziek te worden. Bij sommige vloeit dit voort uit hun type contract. Zo werden sommige schoonmakers al jarenlang tewerkgesteld met weekcontracten. Hierbij kunnen ze door een periode van (langdurige) ziekte hun job kwijt geraken zonder enige vorm van sociale bescherming door het verlopen van hun (week)contract. Anderen weten wel dat ze sociaal beschermd zijn voor ziekte, maar komt de angst vooral voort uit de onduidelijkheid of er al dan niet een vervanger voorzien wordt. Er wordt namelijk vaak geen vervanger gestuurd. Indien er een vervanger is, blijkt deze het werk soms niet even zorgvuldig of grondig uit te voeren. Beide situaties leiden ertoe dat de vaste werknemer na de ziekteperiode opgezadeld is met meer werk.

Het tewerkgesteld zijn via een onderaanneming geeft vaak een gevoel van weinig **transparantie**. Er wordt bijvoorbeeld over het arbitrair voorzien van vervanging gespeculeerd dat de opdrachtgever wel betaalt voor vervanging, maar dat de onderaanneming er soms geen stuurt.

Tijdens de gesprekken op de werkvloer wordt gepolst naar hun interesse om deel te nemen aan een **focusgroepgesprek**. Hierbij worden veel verschillende praktische drempels benoemd maar is er ook een duidelijke twijfel op te merken, gelinkt aan bovengenoemde besparingen. Sommige schoonmakers geven namelijk de indruk - uit angst voor ontslag - dat ze niets willen doen dat onnodig de aandacht op hen vestigt. Anderzijds lijkt het onvoldoende duidelijk te zijn waarvoor wetenschappelijk onderzoek dient. Indien dit toch duidelijk is, lijkt het overschaduwd te worden door de reeds vernoemde wanhoop. Deze wanhoop vloeit wellicht voort uit de twijfel of er nog positieve verandering mogelijk is wat betreft hun arbeidsomstandigheden.

Na de gesprekken met de vele schoonmakers werd duidelijk dat velen hun werk al jaren met trots doen en dit ook heel graag doen. Het gebrek aan transparantie, het wispelturige karakter van de tewerkstelling en de onzekerheid over de toekomst zet echter hun tevredenheid en welwillendheid onder druk en stemt sommigen zelfs wanhopig.

3.2. Focusgroepgesprek

Tijdens het focusgroepgesprek werd het duidelijk dat de deelnemers hun werk graag doen en ook graag goed willen doen.

Er was een bepaalde terughoudendheid om de vragen te beantwoorden. Bij het stellen van een vraag werd er namelijk steevast geantwoord dat het goed gaat met pas nadien enkele bedenkingen.

De participanten hadden elk meer dan 10 jaar ervaring als schoonmaker. De deelnemers benoemden hun gezondheid belangrijk te vinden en hier aandacht voor te hebben. Een van hen vertelde zelfs dat die uittest hoe belastend een werkplaats is alvorens er definitief te gaan werken. Er wordt hierbij enkel rekening gehouden met de eigen ervaring, niet met wat anderen vertellen.

De communicatie tussen de onderzoekers en de deelnemers verliep soms stroef door een taalbarrière. Hierdoor werden sommige vragen niet altijd goed begrepen en trad soms een minderjarige op als informele tolk.

3.2.1. Werkorganisatie

Flexibele werkuren:

De deelnemers hebben geen standaard werktijden maar werken een viertal uur ‘s ochtends en ‘s avonds (bijvoorbeeld van 6u tot 10u en van 16u30 tot 20u30). De vrije tijd tussendoor wordt besteed aan huishoudelijke taken en het zorgen voor hun kinderen, wat als moeilijk en vermoeiend ervaren wordt. Een van de deelnemers zou liever enkel ‘s ochtends werken, maar dit is niet te combineren met het naar school brengen van de kinderen.

> ‘Ja, alles alleen doen. Strijken, wassen. Tot ‘s avonds alleen doen en ‘s avonds na werk. Ja, ja en daarom moe.’

Werklast:

Er is een grote werkdruk die vooral te wijten is aan de grootte van de werkplaats en een tekort aan tijd om alle taken af te werken. Het gaat bijvoorbeeld over een grote zaal met 100 tot 200 stoelen die door één persoon gepoetst moeten worden. Dit zorgt voor een hoog werktempo wat op zijn beurt voor stress zorgt. De werklast neemt ook toe doorheen de tijd. Zo moet een werkplaats gepoetst worden in minder tijd of met minder personeel. Door de omvang van het takenpakket is het niet altijd mogelijk om alles naar behoren af te werken. Er zijn echter ook controles waarbij veel aandacht naar details gaat. Gezien deze controles onaangekondigd zijn, moet er elke dag gefocust worden op alle details. Indien er onvoldoende gescoord wordt, moet dit aangepast worden en volgt er een hercontrole.

> ‘... de tafel is veel te veel tafel. Maar de tafel moet kuisen en ook onder kuisen en stoelen ook misschien 100, 200 stoelen. Maar ik kan niet altijd rap, rap, rap, rap.’

Onderbezetting:

Er is onvoldoende personeel op de werkplaats. Waar eenzelfde ruimte vroeger met twee personeelsleden gepoetst werd, moet dit nu in diezelfde tijd alleen gebeuren. Dit werd aangegeven aan de leidinggevende, maar het is onduidelijk wat hier verder mee gebeurd is. Als een personeelslid ziek wordt, zou er een vervanger moeten komen, maar er komt echter vaak geen vervanging. Indien er toch vervanging komt, wordt soms gebrekkig werk geleverd. Beide situaties zorgen ervoor dat het vaste personeelslid na een periode van ziekte extra werk heeft.

> ‘Misschien, ik ben ziek geworden. Vervangen komt en niet goed gedaan, overal. Maar ik ben terugkomt, extra werken he.’

Werkonzekerheid:

De deelnemers hebben reeds bij verschillende onderaannemingen gewerkt. Een van de deelnemers werkt momenteel via een onderaannemer en poetste jarenlang op een vaste locatie. De opdrachtgever (een bedrijf) verhuisde echter, waardoor het contract tussen het bedrijf en de onderaanneming stopgezet werd. Dit zorgde ervoor dat de onderaanneming voor deze deelnemer op zoek moest naar een nieuwe locatie. In afwachting van een nieuwe vaste werkplek, koos deze deelnemer ervoor om tijdelijk als vervanger aan de slag te gaan.

> ‘Ik wil een vaste jobplaats. Maar vroeger, acht jaar, een vaste plaats. Maar verhuisd, andere plaats. En daarom, ik moet daar stoppen’

Verbeterpunten:

In een ideale situatie zouden de schoonmakers graag werken op een kleine plaats die autonoom kan worden afgewerkt. Zo houden ze het overzicht over de deeltaken en kunnen ze op hun eigen tempo werken. Wanneer het gaat over een grotere werkplaats is er vooral nood aan extra personeel. Dit geeft enerzijds een verlichting van de werkdruk, maar kan anderzijds ook een antwoord bieden op de soms gebrekkige of afwezige vervanging. Het werktempo gaat namelijk omlaag omdat er meer handen zijn voor hetzelfde werk. Indien er toch iemand afwezig is, kan een collega die vertrouwd is met de locatie bijspringen.

> ‘Ik doe alles zelf. Dat je zelf weet… Zelf weet. Ik doe alles doen. En met de sleuteltje dicht doen en thuis. Ja, liever alleen.’
> Andere deelnemer: ‘Vroeger, bij mij ook. Het is kleine plaats zijn. Het is een klein bureau. Eén klein toilet. Ik alleen. Het is overal… Ik weet het alles. Dat is beter.’

> ‘Misschien ik ben ziek vallen… Direct komen, mijn collega komt. Andere personen niet zoeken. Ja, ja, ja. Vanuit mijn eigen team.’

3.2.2. Arbeidsrechten

Ontoereikende kennis

Er is onzekerheid bij de schoonmakers over hun arbeidsstatuut en een gebrek aan kennis over administratieve zaken. Om te weten wat er administratief in orde gebracht moet worden, vertrouwen ze op hun leidinggevende. Ze vermoeden dat indien een ziekteperiode langer dan twee weken duurt, de mutualiteit op de hoogte gebracht moet worden. De deelnemers zijn het echter niet zeker aangezien ze dit persoonlijk nog niet meegemaakt hebben.

> ‘Dat moet een briefje halen. Ja, de werkgevers zeggen. Of na de twee weken, denken dan mutualiteit betalen ofzo. Ik weet het niet. We weten het niet. Ik heb nooit na de twee weken.’

Ziekte

Indien de deelnemers afwezig zijn door ziekte, wordt er als eerste contact opgenomen met de huisarts om het afwezigheidsattest in orde te brengen. Nadien wordt de werkgever ingelicht, die hen er ook aan herinnert om een afwezigheidsattest af te geven. De deelnemers hebben zelf geen ervaring met presenteïsme maar hoorden wel verhalen van collega's die schrik hebben om afwezig te zijn, onder andere vanwege een gebrekkige vervanging.

> 'Ja ik ken iemand zo, mijn vriend ook. Iemand zij, niet thuisgebleven. Nee, omdat is werkplaats niet goed is gedaan.'

Verbeterpunten

De deelnemers gaven duidelijk aan dat huisartsen bij ziekte langere attesten zouden moeten uitschrijven, bijvoorbeeld één week bij kleine problemen en twee weken bij ernstigere klachten.

3.2.3. Gezondheid

Gezondheidsklachten

Musculoskeletale problemen zoals rugpijn, beenpijn en voetpijn zijn gezondheidsklachten die de deelnemers rapporteren. De rugpijn wordt vooral verklaard door het werken in moeilijke houdingen, onder andere door vaak onder stoelen en tafels te moeten poetsen of voorovergebogen te werken. De grote afstanden die gewandeld worden door de omvang van de werkplaats zijn een mogelijke oorzaak van beenpijn en voetpijn. Een andere belangrijke gezondheidsklacht is stress. Deze wordt enerzijds veroorzaakt door de eerder genoemde hoge werkdruk in combinatie met een hoge afwerkingsgraad en anderzijds doordat een grote werkplaats ervoor zorgt dat er veel deeltaken zijn. Er gaat veel denkwerk naar waar te beginnen en hoe alle taken in de juiste volgorde uitgevoerd kunnen worden. Een van de deelnemers ervaart hierdoor soms paniek. Er wordt ook geduid dat de stress die ze op hun werk ondervinden doorheen de jaren enkel is toegenomen.

> 'Meer vergaderzaal, ja dat is stress maken. Meer plaatsen, altijd stappen. Veel stappen, veel stappen. En daarom moeilijk, te veel, ver, alles. Altijd stappen, stappen en dan beenpijn, voetpijn en rugpijn. Veel lopen, veel stappen'

Ergonomie en werkmateriaal

In het verleden kregen de deelnemers een opleiding ergonomie, echter niet door hun huidige werkgever. Hierbij werd aandacht gevestigd op onder andere rughygiëne en polsergonomie.

Hoe ergonomisch gewerkt kan worden is voldoende gekend, het toepassen is echter vaak onmogelijk door de hoge tijdsdruk. De schoonmakers geven aan over het algemeen met gepast materiaal te werken, hoewel er nog verbeterpunten zijn. Er worden handschoenen voorzien en er wordt met veilige poetsproducten gewerkt. In het verleden werd een mop gebruikt om de vloeren schoon te maken, die niet handmatig uitgewrongen moest worden. Na een controle waarbij er een opmerking kwam over strepen en vlekken op de vloer werd deze opnieuw vervangen door een dweil. Dit was een ergonomische achteruitgang: er moest opnieuw gebukt worden om aan de emmer te kunnen en de dweil moest opnieuw handmatig uitgewrongen worden. De schoonmakers hebben dit aangekaart bij hun werkgever en een andere oplossing geopperd. Ze hebben tot op vandaag geen antwoord gekregen op hun verzoek. Het is ook onduidelijk wat hiermee in de toekomst zal gedaan worden.

> ‘Misschien een machine is beter. Ik zeg tegen baas maar… Ik weet niet. Zij bestellen, maar dat weet ik niet. Veel vroeger zegt ik de grote baas, maar dat gaat niet komen.’

Verbeterpunten

Zoals eerder vermeld geven de deelnemers de voorkeur aan een kleinere werkplaats. Enerzijds om minder stress te ervaren doordat het overzicht over de deeltaken bewaard wordt en anderzijds om de musculoskeletale klachten te beperken. De deelnemers hebben ook verschillende suggesties voor aanpassingen van het werkmateriaal, zoals het aanschaffen van een vuilblik met een lange steel zodat er niet gebukt moet worden, of het opnieuw vervangen van de dweil door de eerder gebruikte mop of een dweilmachine. Om musculoskeletale klachten te vermijden, is het nodig om zware lasten te beperken, maar een goede bezetting zou ook kunnen helpen. Op die manier kunnen zware lasten samen gedragen worden en kan er hulp gevraagd worden wanneer het werk nog niet is afgewerkt. Een goed uitgedachte planning die opgesteld wordt door een leidinggevende kan helpen om stress te verminderen. Bij ziekte is het zoals eerder vermeld belangrijk dat de afwezigheidsattesten lang genoeg geschreven worden zodat de schoonmakers voldoende kunnen herstellen alvorens ze opnieuw aan de slag gaan.

Een van de deelnemers had aangegeven aan de leidinggevende dat een bepaalde zaal te stresserend was voor haar en soms tot paniek leidde. De leidinggevende heeft ervoor gezorgd dat die deelnemer binnen dezelfde werkplek op een andere plaats kon werken. Dit werd als duidelijke verbetering aangegeven.

3.3. Triangulatie met SAAMO

De resultaten uit de *outreaches* en het focusgroepgesprek werden voorgelegd aan SAAMO. Zij beschrijven de resultaten als valabel, maar toch zijn er ook enkele belangrijke nuances en nieuwe elementen naar voren gekomen die nog niet belicht werden.

3.3.1. Nuances

Vertrouwensband

Tijdens de *outreaches* is er een prille vertrouwensband tussen de schoonmakers en de onderzoekers. Dit maakt het soms moeilijk om bepaalde onderwerpen uit te diepen. Enerzijds is SAAMO al jarenlang bezig met *outreaches* bij schoonmakers waardoor ze al meermaals op bepaalde werkplekken zijn geweest. Dit maakt de band hechter. Anderzijds is SAAMO een duidelijke maatschappelijke en sociale partner die informatie verschaft en hun belangen verdedigt. Evenwel blijft het ondanks de frequente bezoeken ook voor SAAMO uitdagend om bepaalde onderwerpen uitvoerig en met diepgang te bespreken.

Controle op de werkplek

In lijn met de bezorgdheden rondom de eerder genoemde controles op de werkplek van de schoonmakers, bevestigt SAAMO dat de controles vaak geen volledig of eerlijk beeld weergeven. Een belangrijke nuance is dat de controles bedoeld zijn om een locatie te controleren en niet gericht zijn op het controleren van het werk van een specifieke schoonmaker. De controles worden vaak uitgevoerd op momenten dat de schoonmakers zelf niet aanwezig zijn. Het louter controleren van een locatie op basis van een soort puntenlijst houdt in dat er enkel gekeken wordt naar het eindproduct en de afwerking. Er wordt inherent geen rekening gehouden met hoe het werk uitgevoerd wordt of hoeveel mensen werkzaam zijn op een bepaalde locatie.

Ontoereikende kennis van rechten

Ook door SAAMO wordt opgemerkt dat schoonmakers vaak onvoldoende op de hoogte zijn van hun rechten, wat hen in een kwetsbare positie plaatst. Een voorbeeld hiervan is het verhaal van een schoonmaker die uit schrik niet kwam opdagen voor een (preventief) arbeidsgeneeskundig onderzoek. Zij was niet ingelicht over het feit dat dit een jaarlijkse aangelegenheid is die elke werknemer in het bedrijf ondergaat.

Presenteïsme

Het thema presenteïsme kwam ook aan bod. Een deel van de schoonmakers aarzelt om zich ziek te melden omdat hun werk gekoppeld wordt aan hun verblijfsvergunning ofwel omdat ze

nog geen vast contract hebben. Sommige schoonmakers krijgen zo het idee dat ze de uitoefening van hun rechten moeten uitstellen uit een gevoel van onzekerheid dat voortvloeit uit de tijdelijkheid van hun contract of verblijfsstatuut.

Aanvullend hierbij is dat schoonmakers niet enkel zich niet ziek durven melden, maar kennelijk ook niet ziek mogen blijven. Ondanks het advies van een arts een bepaalde periode thuis te blijven, worden sommige schoonmakers tijdens de ziekteperiode gecontacteerd door hun werkgever en onder druk gezet om vroeger terug te keren.

3.3.2. Nieuwe elementen

Arbeidsongevallen

Een nieuw thema dat naar voren komt in het gesprek met SAAMO is arbeidsongevallen, met name de onderrapportage ervan. Enerzijds onderrapportage door de werkgever waarbij een ongeval op de werkvloer niet aangegeven wordt als arbeidsongeval om de kans op sociale inspectie - na veelvuldige werkongevallen - te verkleinen. Anderzijds onderrapportage door werknemers omdat sommigen een arbeidsongeval niet durven aangeven om zichzelf niet in de schijnwerpers te plaatsen. Dit creëert een onveilige werkomgeving, waarin arbeidsongevallen niet altijd de aandacht krijgen die ze verdienen.

Progressieve tewerkstelling en re-integratie

Tot slot verloopt de re-integratie na langdurige ziekte vaak moeilijk. Werkgevers hebben namelijk ook het recht aangepast werk in kader van een progressieve tewerkstelling te weigeren. Wanneer de mutualiteit de progressieve tewerkstelling wel goedkeurt, ontvangen sommige schoonmakers de uitkering niet omdat de werkgever de nodige administratieve gegevens niet tijdig aan de mutualiteit bezorgde.

4. DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek is om via kwalitatief onderzoek na te gaan welke gezondheidsklachten schoonmakers in onderaanneming bij de Stad Gent ervaren, hoe deze gelinkt zijn aan hun werk(organisatie) en welke kennis ze hebben over hun arbeidsrechten. Een onderliggend doel is meer bewustwording creëren bij huisartsen over de specifieke uitdagingen van schoonmakers, zowel op vlak van arbeidsrechten als hun noden als patiënt. Een bijkomend doel was het ondernemen van actie in samenwerking met en aangestuurd door de doelgroep.

4.1. Bespreking van resultaten

De link tussen (precair) werk en gezondheid werd in de inleidende literatuur uitvoerig besproken. Zowel tijdens de *outreaches* als tijdens het focusgroepgesprek kwamen hieruit verschillende elementen naar voren die invloed uitoefenen op de gezondheid van de schoonmakers.

Een eerste belangrijk thema is **de verhoogde werkdruk**, door de schoonmakers zelf te wijten aan de besparingen. De onderlinge competitie tussen de verschillende onderaannemingen zorgt ervoor dat hetzelfde eindproduct tegen een lagere kostprijs geleverd moet worden. Dit wordt onder andere bereikt door enerzijds de bezetting te verminderen en anderzijds de oppervlakten die per persoon gepoetst moeten worden te vermeerderen. Dit leidt tot onderbezetting en een te hoog en onhaalbaar werktempo, wat op zijn beurt aanleiding kan geven tot stress en het niet kunnen toepassen van de aangeleerde ergonomische principes.

De lange en onregelmatige werkuren leiden tot **een verwrongen werk-privébalans**, waarvan uit eerder onderzoek blijkt dat dit geassocieerd is met een slechte mentale gezondheid. De combinatie van het gezinsleven met de gedestandaardiseerde werktijden zet schoonmakers voor moeilijke keuzes. Hoewel sommige schoonmakers aangeven liever ‘s morgens te willen werken, is dit niet steeds te combineren met de zorg voor hun kinderen. Daarbovenop zou het door de gefractioneerde werktijden niet steeds mogelijk zijn om zonder die ochtendshifts aan voldoende werkuren te komen. Uit de literatuur blijkt dat dergelijk onvrijwillig deeltijds werk kan leiden tot minder financiële middelen en minder verworven rechten (cfr. erosie van rechten).

Zorgwekkend is dat de schoonmakers die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, weinig tot geen **kennis hebben over hun (arbeids)rechten.** Dit plaatst hen in een kwetsbare positie, aangezien ze hierdoor hun rechten minder goed kunnen uitoefenen. Rechten die -

eigen aan het precair werk - hoe dan ook al delicaat zijn (cfr. *'low road').* Aanvullend is er ofwel wantrouwen ofwel geen contact met de vakbondsafgevaardigden die hun rechten zouden kunnen verdedigen.

Bijkomend krijgen sommige schoonmakers het gevoel dat ze hun rechten moeten uitstellen. **Presenteïsme** wordt in de hand gewerkt door enerzijds de tijdelijkheid van contracten, al dan niet gekoppeld aan een verblijfsstatuut. Anderzijds is er een voortdurende prestatiedruk door de dwingende vraag van sommige werkgevers om eerder terug te keren naar de werkvloer tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid. Bovendien is het in een periode van ziekte niet altijd duidelijk of er wel een vervanger komt en of deze goed werk levert. Wat na een periode van afwezigheid nog meer werk kan creëren.

De **ontoereikende transparantie** is merkbaar op verschillende vlakken. Zo heerst er niet alleen onduidelijkheid over de vervangingen, maar ook over de zelf aangereikte oplossingen (onder andere voor aanpassingen van werkmateriaal en de onderbezetting).

Vrijwel alle schoonmakers waarmee in gesprek werd gegaan, rapporteren **gezondheidsproblemen**. Zoals eerder werd aangehaald leidt de verhoogde werkdruk tot het niet kunnen toepassen van ergonomische principes. Dit verhoogt de fysieke belasting van een beroep dat van nature al lichamelijk uitdagend is, hetgeen door onvoldoende rust enkel nog verergerd kan worden. Daarnaast kunnen factoren zoals presenteïsme, het gebrek aan autonomie, het gevoel van disempowerment en de scheve werk-privébalans op hun beurt de psychische belasting ook verzwaren.

Verschillende van de aangehaalde thema's zijn inherent aan **precair werk** specifiek in een **onderaanneming**. Een kenmerkend voorbeeld is het onrechtvaardigheidsgevoel omtrent de controles op de werkvloer. Uitbesteding als systeem houdt in dat het eindproduct van de arbeid losgekoppeld wordt van de werkomstandigheden. Zo worden er beslissingen genomen (bijvoorbeeld vervangen van de mop door een dweil) zonder rekening te houden met het proces (de ergonomie).

Het thema **werkongevallen** werd niet aangehaald door de schoonmakers zelf, maar werd wel aangebracht door SAAMO. Hoewel er binnen deze groep een hoger risico is op arbeidsongevallen bestaat precies hier een onderrapportage, zowel vanuit de werkgevers als vanuit de werknemers. Dit creëert een onveilige werkomgeving waarin arbeidsongevallen niet de aandacht krijgen die ze verdienen. Het werken op verschillende locaties zorgt ervoor dat deze schoonmakers geen vaste werkplek hebben waarmee ze goed vertrouwd zijn. Hoewel de schoonmakers vermelden hoofdzakelijk met goede materialen te werken, kunnen deze per locatie verschillen. Uit de literatuur blijkt dat de prijzen die schoonmaakbedrijven

aanbieden vaak onvoldoende zijn om garant te staan voor de veiligheid van hun werknemers. Een gebrekkige kennis van veiligheidsvoorschriften in combinatie met steeds wisselende werkplekken kan tot gevaarlijke situaties leiden.

Uit de literatuur blijkt dat zowel het type contract (tijdelijke contracten), de contractuele relatie (werken in een onderaanneming) als de contractuele onderbezetting (onvrijwillig deeltijds werk) kunnen leiden tot **werkonzekerheid**. Zoals in de stresstheorie omschreven leidt dit tot psychosociale stress die op zijn beurt leidt tot een slechtere fysieke en mentale gezondheid. Vele schoonmakers uit dit onderzoek doen hun werk al jaren met trots, maar verschillende bronnen van onzekerheid stemmen sommigen ontevreden en zelfs wanhopig over de toekomst.

Een combinatie en accumulatie van al deze factoren draagt bij tot de vicieuze cirkel van (werkgerelateerde) klachten, die de gezondheid van de schoonmakers ondermijnt.

4.2. Beperkingen van de studie

Deze studie heeft enkele beperkingen. Een van de grootste beperkingen is het **kleine aantal deelnemers** aan de focusgroepgesprekken. Hoe groot de drempel is om deel te nemen werd pas echt duidelijk door de kloof tussen onderzoekers en schoonmakers te proberen overbruggen tijdens de *outreaches*. Er zijn mogelijke drempels zoals het niet willen trekken van aandacht, de onduidelijkheid over wie de onderzoekers zijn en wat het doel is van de studie, het moeilijk vrijuit spreken en het tijdstip waarop een focusgroepgesprek plaatsvindt.

Als gevolg van besparingen zijn de werkdruk en de werkonzekerheid bij de schoonmakers reeds verhoogd en zijn er ook enkele schoonmakers ontslagen. Het deelnemen aan een focusgroepgesprek over gezondheidsklachten en arbeidsomstandigheden kan voor sommige schoonmakers aanvoelen als **zichzelf onnodig in de schijnwerpers plaatsen**. Iets wat nadelig zou kunnen zijn in tijden van besparingen en ontslagen. Tijdens het aanspreken van schoonmakers op de *outreaches* is er, naast de taalbarrière, vaak een terughoudendheid. Deze terughoudendheid vloeit wellicht voort uit de onduidelijkheid over **wat de rol is van de onderzoekers** of wat **het doel** is van de gesprekken. Wanneer dit wel duidelijk is, heerst soms een gevoel van wanhoop rond de arbeidsomstandigheden en rijst hierbij ook de vraag welke veranderingen een onderzoek hier nog in kan brengen. Hoewel er initieel een **terughoudendheid** is bij het aanspreken, is er nadien wel een vlotheid waarbij veel onderwerpen aan bod komen. Deze vloeiendheid is moeilijk te creëren in een onderzoeksomgeving zoals tijdens een focusgroepgesprek, waarbij vaak eerst sociaal wenselijk geantwoord wordt en pas bij doorvragen moeilijkheden aan het licht komen. De vorm van het onderzoek is dus belangrijk voor de diepgang die bereikt kan worden in de

thema's, maar ook voor de heterogeniteit van de personen die bereikt worden. De mensen die durven deelnemen aan een focusgroepgesprek zijn namelijk meer taalvaardig, hebben meer anciënniteit en ervaren minder werkonzekerheid in vergelijking met de mensen die bereikt worden op *outreaches*. Het voeren van onderzoek op de werkvloer biedt niet enkel meer diepgang in de gesprekken, maar heeft ook het bijkomend voordeel dat informatie verzameld wordt van meer kwetsbare werknemers. Tot slot is **het vrijmaken van tijd voor een focusgroepgesprek** een grote gunst van mensen bij wie gekend is dat er reeds een gestoorde werk-privébalans is.

Door deze vele barrières was het niet mogelijk om de onderzoekscycli van PAR te doorlopen. Het was vanuit de positie als onderzoekers te moeilijk om deze barrières te doorbreken en voldoende mensen te bereiken voor gezamenlijke actie. Een betekenisvolle actie binnen PAR moet gedragen worden door een bredere groep, zodat er sprake is van collectieve betrokkenheid.

Tijdens de *outreaches* en tijdens het focusgroepgesprek was er een duidelijke **taalbarrière**. Naast het feit dat dit het onmogelijk maakte om met iedere schoonmaker in gesprek te treden, belemmert dit ook de diepgang van de gesprekken. Hoewel er tijdens het focusgroepgesprek over verschillende onderwerpen werd gesproken, was er af en toe een tussenkomst van een minderjarige informele tolk. Hierdoor zijn de antwoorden wellicht oppervlakkiger dan wanneer er een gemeenschappelijke taal zou zijn. Het vergt sowieso moed om openhartig te zijn over persoonlijke situatie, zoals gezondheids- of werkgerelateerde problemen. Wanneer iemand zich moet uitdrukken in een tweede of derde taal is dit des te moeilijker en gaan wellicht vele nuances verloren. Bovendien blijkt ook uit de literatuur dat een taalbarrière het moeilijker maakt voor iemand om diens rechten uit te oefenen. Om een brede doelgroep te kunnen bereiken, kan er bij toekomstig onderzoek overwogen worden een professionele tolk te betrekken, zowel tijdens *outreaches* als tijdens focusgroepgesprekken. Hoewel dit ook het gevoel van vertrouwelijkheid zou kunnen hinderen aangezien er een extra persoon betrokken wordt.

Zo goed als iedere schoonmaker met wie er gesproken werd, had last van een of meerdere gezondheidsklachten. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat al deze schoonmakers voldoende gezond zijn om te werken - ook wel de ***healthy worker bias*** genoemd. Het onderzoeken van een werkende populatie zorgt automatisch voor een uitselectie van de personen wiens gezondheid zo aangetast is dat ze niet meer kunnen werken. Dit betekent dat onderzoek binnen een werkende populatie eerder een onderschatting geeft van de gezondheidsrisico's verbonden aan een beroep.

De deelnemers van het focusgroepgesprek verklaren in het begin van het gesprek reeds vele jaren ervaring te hebben en hun **gezondheid erg belangrijk te vinden**. Een van de deelnemers legt zelfs uit hoe die een werkplek uitzoekt opdat het werk zo min mogelijk belastend zou zijn.

Al deze factoren - de taalbarrière, het minder kwetsbaar zijn van de focusgroepdeelnemers, het bewustzijn van hun gezondheid en de *healthy worker* bias - kunnen ervoor zorgen dat de antwoorden van de deelnemers minder representatief zijn voor de gemiddelde schoonmaker. Er zijn in dit onderzoek dus duidelijke limitaties die de resultaten kunnen beïnvloeden. Ondanks deze beperkingen zijn er verschillende thema's die zowel in de resultaten van de *outreaches* als in het focusgroepgesprek naar voren komen en als valabel beschouwd worden door SAAMO. Dit pleit dan toch voor een zekere generaliseerbaarheid van de resultaten.

4.3. Rol van de huisarts

Het bezoeken van de werkplekken heeft inzichten geboden die vergelijkbaar zijn met huisbezoeken: essentiële contextuele informatie die moeilijk op een andere manier vergaard kan worden. Het begrip dat uit de werkplekbezoeken voortvloeit, is een andere reden waarom meer outreachende vormen van onderzoek bijzonder nuttig kunnen zijn.

Een belangrijk punt dat de deelnemers van het focusgroepgesprek hebben proberen overbrengen is de nood aan **afwezigheidsattesten** die voldoende lang zijn. Zoals hierboven beschreven is het onvoldoende kunnen herstellen een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van musculoskeletale klachten. Dit is een eenvoudig toepasbaar, maar essentieel gegeven dat meegenomen kan worden in het werk als huisarts.

Bij het bezoeken van de werkplekken waren er veel barrières om contact te kunnen leggen met schoonmakers. Zoals eerder beschreven was het nadien ook niet steeds eenvoudig om het vertrouwen te winnen. Het overbruggen van de afstand tussen de onderzoekers en de schoonmakers in hun gewoonlijke omgeving heeft duidelijk gemaakt hoe uniek de vertrouwensband tussen arts en patiënt is. De laagdrempeligheid en bereikbaarheid van de huisarts zorgt ervoor dat mensen vanuit alle mogelijke achtergronden worden gezien. In combinatie met het feit dat 1 op de 3 werkende patiënten consulteren voor problemen die mogelijks verband houden met het werk, zorgt dit ervoor dat de huisarts zich in een ideale positie bevindt voor ***empowerment***. Toegepast op de resultaten van dit onderzoek, zou de huisarts een rol kunnen spelen in de *empowerment* van de patiënt bij het aangeven van arbeidsongevallen. Dit kan helpen om onderrapportage van arbeidsongevallen tegen te gaan, zodat ze de nodige aandacht krijgen en de patiënt beter beschermd wordt. Het

empoweren van een patiënt vereist uiteraard een goede kennis van de verschillende factoren die de gezondheid van een persoon kunnen beïnvloeden. De inleiding van dit onderzoek biedt enkele handvaten om hierin meer inzicht te krijgen. Een goede samenwerking tussen de patiënt, arts en andere eerstelijnswerkers is essentieel om een persoon te kunnen ondersteunen bij de verschillende factoren die een invloed hebben op diens gezondheid.

5. CONCLUSIE

De belangrijkste arbeidsgerelateerde klachten zijn musculoskeletale klachten en stress, die gedeeltelijk voortkomen uit de arbeidsrelatie. Aspecten die hierbij worden omschreven zijn de verhoogde werkdruk, werkonzekerheid, een verwrongen werk-privébalans, ontoereikende transparantie, het werken in een onderaanneming als vorm van precair werk, (de onderrapportage van) arbeidsongevallen en presenteïsme. Daarnaast is er een gebrekkige kennis van arbeidsrechten bij schoonmakers, waarvan geweten is dat dit hen kwetsbaarder maakt.

Ondanks de duidelijke beperkingen van deze studie is dit onderzoek waardevol. Dit is het eerste onderzoek binnen de Gentse context dat, via een PAR-benadering, mogelijke verklaringen in kaart brengt van de impact van schoonmaakwerk op gezondheid. Het geeft een aanzet tot meer bewustwording bij huisartsen over hoe iemands werk ziekmakend kan zijn, specifiek toegepast op schoonmakers. Deze bewustwording heeft als doel dat de geprivilegieerde positie als huisarts gebruikt kan worden voor de empowerment van patiënten, zodat er verandering gebracht kan worden in andere levensdomeinen die een belangrijke invloed hebben op gezondheid. Een goede kennis van de determinanten van gezondheid en de manieren waarop deze invloed uitoefenen, in combinatie met een goede kennis van de sociale kaart, kan ervoor zorgen dat korte interventies van de huisarts toch een grote impact hebben.

Er is nood aan beleidsmatige interventies om (de invloeden van) precair werk te beperken ter bescherming van de volksgezondheid. Enerzijds is er nood aan meer onderzoek naar schoonmakers: hoe hun gezondheid positief beïnvloed kan worden en wat de rol van de huisarts hierin is. Anderzijds is er nood aan (participatief) onderzoek naar andere determinanten die een belangrijke invloed uitoefenen op gezondheid.

Outreachend onderzoek is een ideale manier om als zorgverlener dichter bij de patiënt en diens context te komen. Het biedt zowel waardevolle informatie als inzicht in iemands leefwereld, die op andere manieren moeilijk te vergaren zijn.

6. BRONNEN

1. Gent WS. 2024 Signalen: Eerstelijnszone Gent; 2024. Available from: https://www.beleidssignalen.be/2024/signaal-2024
2. Ruelens E. Hoe kan de huisarts, via participatief onderzoek met werkende patiënten en via samenwerking met ervaringsdeskundigen op vlak van arbeidsgeneeskunde, komen tot een effectieve aanpak van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen: Universiteit Gent - Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen; 2013.
3. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. J Epidemiol Community Health. 2006;60(10):854-7.
4. Hoppenbrouwers A. Participatief actieonderzoek 2025. Available from: https://www.participatiefactieonderzoek.nl/wat-is-participatief-actieonderzoek/.
5. ZINZIZ. Participatief actieonderzoek. Available from: https://zinziz.nl/onderzoek/participatief-actieonderzoek/.
6. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. WHO Regional office for Europe Copenhagen; 2006.
7. Sciensano. Ziektelast 2023. Available from: https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/ziektelast#hoe-wordt-de-ziektelast-geschat-.
8. Nations U. Universal Declaration of Human Rights - Dutch (Nederlands): United Nations Departement of Public Information, NY. Available from: https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/dutch-nederlands.
9. Bosmans K, Hardonk S, De Cuyper N, Louckx F, Vanroelen C. Expert views on the manifestations of precarious employment in Flanders. Interface Demography Working Paper. 2016;3.
10. Vanroelen C. Employment Quality: An Overlooked Determinant of Workers' Health and Well-being? Ann Work Expo Health. 2019;63(6):619-23.
11. Interne Arbeidsmarkt: Wikipedia; 2013. Available from: https://nl.wikipedia.org/wiki/Interne_arbeidsmarkt.
12. Jan Blommaert PM, Hans Siebers. De 360° werknemer: Epo; 2019.
13. Van Aerden K, Puig-Barrachina V, Bosmans K, Vanroelen C. How does employment quality relate to health and job satisfaction in Europe? A typological approach. Soc Sci Med. 2016;158:132-40.
14. Kreshpaj B, Orellana C, Burström B, Davis L, Hemmingsson T, Johansson G, et al. What is precarious employment? A systematic review of definitions and operationalizations from quantitative and qualitative studies. Scand J Work Environ Health. 2020;46(3):235-47.
15. Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. Mijn Sociale Zekerheid 26 november 2020. Available from: https://socialsecurity.belgium.be/nl/over-de-sociale-zekerheid/mijn-sociale-zekerheid.
16. Federale Pensioendienst. Niet-Gewerkte Perioden 2025. Available from: https://www.sfpd.fgov.be/nl/loopbaan/jaren/niet-gewerkte-perioden.
17. De Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening. Hebt u recht op de inkomensgarantie-uitkering? 2025. Available from: https://www.rva.be/burgers/deeltijdse-arbeid/hebt-u-recht-op-de-inkomensgarantie-uitkering.
18. Muntaner C, Solar O, Vanroelen C, Martínez JM, Vergara M, Santana V, et al. Unemployment, informal work, precarious employment, child labor, slavery, and health inequalities: pathways and mechanisms. Int J Health Serv. 2010;40(2):281-95.
19. Vandevenne E, Gevaert J, Huegaerts K, Vanroelen C. Precaire tewerkstelling en het welzijn van Belgische werknemers: de rol van subjectieve materiële deprivatie op huishoudniveau en de werk-privébalans. Tijdschrift Sociologie. 2022;3.
20. Vanroelen C, Padrosa Sayeras E, Gevaert J, Huegaerts K, Vos M, Bosmans K. Precarious employment and mental health in the Belgian service voucher system: the role of working conditions and perceived financial strain. Int Arch Occup Environ Health. 2024;97(4):435-50.
21. Vanroelen C, Louckx F, Moors G, Levecque K. The clustering of health-related occupational stressors among contemporary wage-earners. European Journal of Work and Organizational Psychology. 2010;19(6):654-74.
22. Kim IH, Muntaner C, Vahid Shahidi F, Vives A, Vanroelen C, Benach J. Welfare states, flexible employment, and health: a critical review. Health Policy. 2012;104(2):99-127.
23. Balogh R, Gadeyne S, Vanroelen C. Non-standard employment and mortality in Belgian workers: A census-based investigation. Scand J Work Environ Health. 2021;47(2):108-16.
24. de Kock CA, Lucassen PL, Akkermans RP, Knottnerus JA, Buijs PC, Steenbeek R, et al. Work-relatedness of the presented health problem and sickness absence. Fam Pract. 2020;37(3):360-6.

25. Ish J, Gimeno Ruiz de Porras D, Whitworth KW. Mental wellbeing among Hispanic female domestic cleaners. Arch Public Health. 2020;78:10.
26. Ehrenreich B. Nickel and Dimed: Granta, U.S.A.; 2010.
27. Review TOB-TO. Disempowerment – Definition and Explanation 2025. Available from: https://oxford-review.com/the-oxford-review-dei-diversity-equity-and-inclusion-dictionary/disempowerment-definition-and-explanation/.
28. Gamperiene M, Nygård JF, Sandanger I, Waersted M, Bruusgaard D. The impact of psychosocial and organizational working conditions on the mental health of female cleaning personnel in Norway. J Occup Med Toxicol. 2006;1:24.
29. Bosmans K, Mousaid S, De Cuyper N, Hardonk S, Louckx F, Vanroelen C. Dirty work, dirty worker? Stigmatisation and coping strategies among domestic workers. Journal of Vocational Behavior. 2016;92:54-67.
30. Tolera ST, Assefa N, Gobena T. Global prevalence of musculoskeletal disorders among sanitary workers: a systematic review and meta-analysis. Int J Occup Saf Ergon. 2024;30(1):238-51.
31. Alie M, Abich Y, Demissie SF, Weldetsadik FK, Kassa T, Shiferaw KB, et al. Magnitude and possible risk factors of musculoskeletal disorders among street cleaners and solid waste workers: a cross-sectional study. BMC Musculoskelet Disord. 2023;24(1):493.
32. De Morgen. Drie op de vier schoonmakers hebben gezondheidsklachten door het werk 2018. Available from: https://www.demorgen.be/nieuws/drie-op-de-vier-schoonmakers-hebben-gezondheidsklachten-door-het-werk~b8d0afe1/.
33. Sánchez-Rodríguez C, Capitán-Moyano L, Malih N, Yáñez AM, Bennasar-Veny M, Velasco-Roldán O, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders among hotel housekeepers and cleaners: A systematic review with meta-analysis. Musculoskelet Sci Pract. 2024;69:102890.
34. Archangelidi O, Sathiyajit S, Consonni D, Jarvis D, De Matteis S. Cleaning products and respiratory health outcomes in occupational cleaners: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med. 2020.
35. De Troeyer K, De Man J, Vandebroek E, Vanoirbeek JA, Hoet PH, Nemery B, et al. Identifying cleaning products associated with short-term work-related respiratory symptoms: A workforce-based study in domestic cleaners. Environ Int. 2022;162:107170.
36. Dang KTL, Garrido AN, Prasad S, Afanasyeva M, Lipszyc JC, Orchanian-Cheff A, et al. The relationship between cleaning product exposure and respiratory and skin symptoms among healthcare workers in a hospital setting: A systematic review and meta-analysis. Health Sci Rep. 2022;5(3):e623.
37. Lynde CB, Obadia M, Liss GM, Ribeiro M, Holness DL, Tarlo SM. Cutaneous and respiratory symptoms among professional cleaners. Occup Med (Lond). 2009;59(4):249-54.
38. Sedeh FB, Michaelsdóttir TE, Jemec GBE, Mortensen OS, Ibler KS. Prevalence, risk factors, and prevention of occupational contact dermatitis among professional cleaners: a systematic review. Int Arch Occup Environ Health. 2023;96(3):345-54.
39. Douwes J, Slater T, Shanthakumar M, McLean D, Firestone RT, Judd L, et al. Determinants of hand dermatitis, urticaria and loss of skin barrier function in professional cleaners in New Zealand. Int J Occup Environ Health. 2017;23(2):110-9.
40. SAAMO. Available from: https://www.saamo.be/gent/.
41. Dictionary CBE. Meaning of outreach in English - Outreach: Cambridge University Press. Available from: https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/outreach.
42. Bourgonjon L. Kwalitatief onderzoek naar de ervaring van handelingsvrijheid en het ruimtegebruik van personen met jongdementie in een woonzorgcentrum.: Universiteit Gent - Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.; 2023.

7. BIJLAGEN

Bijlage 1: Topiclijst focusgroep

Oriënterende vragen

1. Algemene werkervaring

Beschrijf het werk dat je doet op een gemiddelde dag?

Hoe ervaar je jouw werk?

Ervaar je problemen op je werk? Zo ja, welke?

2. Kennis over rechten

Wat weet jij over “arbeidsrechten”?

Waar heb je recht op wanneer je ziek wordt?

Welke informatie heb jij over jouw rechten in verband met ziekte?

Welke vragen heb jij over je rechten in verband met ziekte en arbeid?

Welke verhalen hoorden jullie over rechten op het werk?

3. Gezondheid

Welke gezondheidsproblemen ondervind jij?

Wat geeft jou stress op de werkvloer?

Wie zijn voor jou vertrouwenspersonen om hierover te praten?

Hoe ervaar jij de relatie tussen arbeid en gezondheid?

Welke relatie zie jij tussen jouw gezondheidsproblemen en je werk?

Wat zijn mogelijke verbeterpunten?