KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Gezondheidseffecten van werken met een niet-vast contract. Een bespreking van de literatuur en ervaringen van patiënten.

Heleen Aerts

Jasmin Peeters (*co-auteur*)

Promotor: Prof. dr. Guido Van Hal
Vakgroep epidemiologie en sociale geneeskunde, UA

Co-promotor: Dr. Dirk Van Duppen
Geneeskunde Voor Het Volk, Deurne

Praktijkopleider: Dr. Lieve Seuntjens
Geneeskunde Voor Het Volk, Deurne

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde (2013-2015)

Universiteit

ABSTRACT

Context:
De laatste decennia zijn de werkomstandigheden grondig veranderd in de hele Westerse wereld: stabiel werk met een vast uurrooster en een vast loon wordt steeds meer vervangen door flexibele tewerkstelling zoals uitzendarbeid en tijdelijke contracten. Aangezien werk een belangrijke sociale determinant is van gezondheid, is er een toenemende bezorgdheid bij wetenschappers dat dit fenomeen een negatieve impact heeft op het welzijn van deze groep werknemers. Bovendien wordt niet alleen in wetenschappelijk onderzoek, maar ook in de huisartsenpraktijk vastgesteld dat deze trend bepaalde uitdagingen met zich meebrengt.

Opzet:
In deze thesis werd gezocht naar de mogelijke verbanden tussen tewerkstelling met een niet-vast contract en gezondheid. Meer specifiek werd gezocht binnen de groep jongvolwassenen (18-35 jaar) aangezien zij het grootste deel uitmaken van de tijdelijke werknemers en er minder leeftijdsgerelateerde pathologie verwacht wordt bij hen. De onderzoeksvraag werd daarom geformuleerd als volgt: “Wat zijn de gezondheidseffecten van werken met een niet-vast contract bij jongvolwassenen?”

Methode:
Deze studie werd uitgevoerd door 2 onderzoekers in 2 verschillende huisartspraktijken in Antwerpen. In het eerste luik van het onderzoek werd op systematische wijze gezocht naar literatuur rond tijdelijk werk en gezondheid en dit in de databanken van MEDLINE en EMBASE. Er werden 51 studies geselecteerd voor vergelijking en bespreking van de verschillende gezondheidsuitkomsten. Op basis van het literatuuronderzoek werd een vragenlijst samengesteld die in het tweede luik van de studie werd gebruikt om de gezondheid en de werksituatie te onderzoeken bij patiënten tussen 18 en 35 jaar uit de 2 huisartsenpraktijken. Dit onderdeel wordt besproken in de thesis van de co-auteur. Om de resultaten uit de literatuur en het vragenlijstonderzoek verder te toetsen en mogelijke pathways tussen deze werkomstandigheden en gezondheid concreter te maken, werden 2 focusgroepen georganiseerd met telkens 5 patiënten met een tijdelijk contract.

Resultaten:
De meerderheid van de studies toont aan dat tijdelijke werknemers een slechtere gezondheid hebben in vergelijking met vaste werknemers. Hoewel er sprake is van bidirectionele causaliteit, wijzen longitudinale studies duidelijk op een negatief causaal verband tussen tijdelijk werk en morbiditeit en zelfs mortaliteit. Vooral de levensstijl- en de stressgerelateerde mortaliteit blijken significant verhoogd te zijn bij tijdelijke werknemers. Daarnaast werd ook meermaals een negatief effect op de psychische gezondheid vastgesteld, waarbij er een duidelijk verband is met jobonzekerheid en jobtevredenheid. Tijdelijke werknemers hebben bovendien een hoger risico op arbeidsongevallen omwille van minder opleiding en minder aandacht voor preventie. Opvallend is ook dat tijdelijke werknemers minder absenteïsme vertonen dan vaste werknemers, wat kan wijzen op presenteïsme op basis van jobonzekerheid. Sommige studies kunnen geen verschil aantonen of wijzen in omgekeerde richting. De grote heterogeniteit tussen de studies zou dit mee kunnen verklaren. Na kwalitatieve analyse van de focusgroepdata werden zo goed als alle thema’s uit de literatuur bevestigd.

Conclusie:
Werken met een niet-vast contract blijkt nadelig te zijn voor de gezondheid, dit werd zowel in de literatuur als in de focusgroepen bevestigd. Ook in de consultatieruimte kan de huisarts met deze gezondheidseffecten geconfronteerd worden. Wanneer de patiënt actief bevraagd wordt omtrent zijn werksituatie, kunnen zowel huisarts als patiënt zich bewust worden van het verband tussen werk en gezondheid. De huisarts is hierbij een sleutelfiguur in empowerment en gezondheidspromotie. Anderzijds stelt het verrassend sterk aanwezige probleem van presenteisme de huisarts voor grote obstakels om én volgens de criteria van de evidence based medicine te adviseren, én om patientcentered te werken. Het in kaart brengen van het probleem van het presenteisme: de omvang, de gevolgen voor de gezondheid van de patiënt en voor de arts-patiënt relatie zou een zeer nuttig onderzoek kunnen zijn.

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT 2
INLEIDING 4
METHODE 6
Literatuuronderzoek 6
Definities 6
Zoekstrategie 7
Focusgroeponderzoek 9
RESULTATEN 10
Literatuuronderzoek 10
1. Psychische gezondheid 10
2. Fysieke gezondheid 11
2.1. Morbiditeit en mortaliteit 11
2.2. Surrogaateindpunten 13
2.3. Veiligheid en gezondheid op het werk 13
2.4. Werkongeschiktheid en presenteïsme: 14
3. Mediërende factoren 15
3.1. Landspecifiek: 15
3.1.1. De welvaartsstaat en sociale bescherming per land 15
3.1.2. Werkloosheidscijfers 15
3.2. Motieven voor tijdelijk werk: 16
3.3. Werkgerelateerde factoren met mogelijk negatief gezondheidseffect: 17
3.4. Socio-demografische factoren met mogelijk negatief gezondheidseffect: 18
3.4.1 Gender 18
3.4.2 Leeftijd 18
3.4.3 Partner en kinderen 19
3.4.4 Onderwijsniveau 19
Focusgroeponderzoek 21
DISCUSSIE 22
Causaliteit 22
Pathways tussen tijdelijk werk en (on)gezondheid 23
Presenteïsme 25
Relevantie voor de huisarts: 27
CONCLUSIE 28
DANKWOORD 29
BRONNEN 30
BIJLAGE 36
Overzichtstabel literatuur ..... **Error! Bookmark not defined.**36
Protocol en goedkeuring Ethische Commissie 45

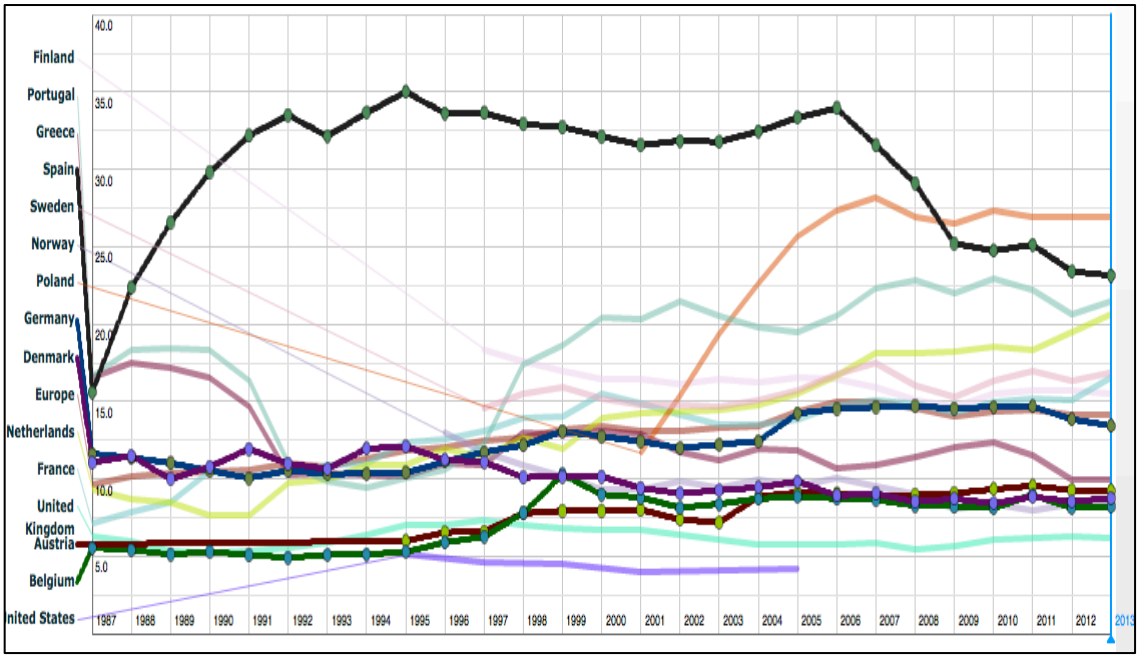
INLEIDING

Werk is een belangrijke sociale determinant van gezondheid[1]. Het voorziet mensen niet alleen van een inkomen, maar het zorgt ook voor structuur en zingeving. Het speelt daarnaast een belangrijke rol in identiteit en zelfwaarde en betrekt mensen in de samenleving. Anderzijds kan werk ook minder positieve effecten hebben, wanneer het gepaard gaat met fysieke of psychische belasting. Vooral met betrekking tot psychische belasting is er steeds meer inzicht en aandacht voor dit thema. Zo werd er onlangs een nieuwe wet ingevoerd ter preventie van psychosociale risico's op het werk.[2] Ondanks de groeiende wetenschappelijke belangstelling blijkt de toepassing van nieuwe inzichten en theorieën op de werkvloer niet zo evident.

Sinds de laatste drie decennia heeft de arbeidsmarkt in de Westerse landen een spectaculaire evolutie doorgemaakt. Onder competitiviteitsdruk hebben bedrijven nood aan flexibiliteit om zich snel te kunnen aanpassen aan de fluctuerende internationale en nationale economie. Naast flexibilisering in de tijd (shiften, wisselende uren, onderbroken shiften…) is er ook een toenemende flexibilisering op de arbeidsmarkt zelf. Onderzoekers spreken over een gesegmenteerde arbeidsmarkt met een '*core-periphery'*-structuur. De werknemers in de kern, ook wel '*insiders'* genoemd, genieten een stabiele tewerkstelling, meestal met een vast contract en goede arbeidsvoorwaarden. Daarrond bevindt zich een buffer van arbeidskrachten, of '*outsiders'*, met verschillende soorten, eerder precaire arbeidscontracten met meer jobonzekerheid en minder rechten of bescherming.[3] Concreet gaat het dan om tijdelijke contracten (bv. dag-, week-, maandcontracten), al dan niet via een uitzendkantoor.
In de jaren '70 spraken Doeringer en Piore over de '*dual labour market theory'*, waarbij de arbeidsmarkt in 2 segmenten is opgedeeld. In 1985 ging Atkinson hierop verder met zijn '*flexible firm model'* die suggereerde dat deze 2 segmenten evengoed binnen éénzelfde bedrijf kunnen voorkomen. De meest recente variant op deze theorie kwam in 2000 van Aronsson die niet spreekt van 2 segmenten, maar eerder van een spectrum waarbij de tewerkstellingstatus gerangschikt wordt op de lijn kern-periferie. Dit laatste model komt het best overeen met de heterogeniteit binnen die perifere groep.[4–6]

Zowel in België als in heel Europa is er een duidelijke toename in het gebruik van tijdelijke contracten.[7] In 1983 was het aandeel van tijdelijke contracten respectievelijk 5,39% en 8,75% (tabel 1). In de grafieken zien we een gestage maar duidelijke toename, waarbij we in 2013 op 8,21% voor België uitkwamen (grafiek 1). Voor heel Europa bedroeg dit 14,18%.[7]

Grafiek 1: Incidentie (in percentage) tijdelijke contracten in België in Europa van 1987-2013.[7]



Tabel 1: Incidentie (in percentage) tijdelijke contracten in België en Europa van 1997-2013.[7]

Jaar	'97	'98*	'99*	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13
België	6,3	7,8	10,2	9,0	8,9	8,2	8,4	8,7	8,9	8,7	8,7	8,3	8,2	8,1	9,0	8,1	8,2
Europa	12,5	12,7	13,2	13,4	13,1	13,1	13,3	13,4	14,3	15,0	15,0	14,6	14,0	14,3	14,5	14,1	14,2

*Opm: Break in series : 1998/1999. Introduction of a continuous survey.

Vanuit wetenschappelijk onderzoek rond werkloosheid groeit de evidentie voor de schadelijke effecten van jobonzekerheid op de mentale gezondheid. Hierbij verwijzen we ook naar het onderzoek vanuit onze eigen praktijken, waarbij een opmerkelijk verband werd vastgesteld tussen confrontatie met ontslag en zelfmoordgedachten.[8]
Door verschillende onderzoekers wordt gesteld dat ook tijdelijke contracten een negatief effect zouden uitoefenen op gezondheid. Dit niet alleen omwille van jobonzekerheid, maar ook omwille van het lagere inkomen, slechtere werkomstandigheden en het minder recht hebben op extra-legale voordelen, promotie en training.[9,10]

Naast effecten op de mentale gezondheid worden in de literatuur ook andere problemen vastgesteld bij deze groep. Zo worden we binnen de huisartsenpraktijk regelmatig geconfronteerd met problemen met de kwaliteit van het werk, stress, arbeidsongevallen en '*presenteïsme'*. Presenteïsme wordt meestal gedefinieerd als 'gaan werken ondanks ziekte'. Dit begrip krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht in de literatuur naast het reeds uitgebreid onderzochte 'absenteïsme'.[11]

De ervaringen uit de praktijk zetten ons aan dit thema verder te onderzoeken. We haalden ook inspiratie uit een recent onderzoek dat gebeurde in het kader van een manama-thesis in een zusterpraktijk van Geneeskunde Voor Het Volk Zelzate.[12]
In dit onderzoek hebben we ons specifiek gericht op volwassenen vanaf 18 tot en met 35 jaar. Ten eerste omdat het meestal in deze levensfase is dat er vrijwillig wordt gekozen voor uitzendarbeid of tijdelijke contracten, wat ook een positief gezondheidseffect kan hebben.[13]
Ten tweede beginnen de meeste mensen op deze leeftijd hun leven uit te bouwen en bestaat er een grote behoefte aan zekerheid. Een niet-vast contract zou hier een negatieve rol kunnen spelen. En tot slot verkiezen we deze groep omdat we hier weinig tot geen leeftijdsgerelateerde gezondheidsproblemen verwachten die de resultaten kunnen beïnvloeden.

Onze onderzoeksvraag luidt daarom:

"*Wat zijn de gezondheidseffecten van werken met een niet-vast contract bij jongvolwassenen?"*

Context
Dit onderzoek werd uitgevoerd in 2 praktijken van Geneeskunde Voor Het Volk in 2 districten van Antwerpen, namelijk Deurne en Hoboken. Beide praktijken werken met een forfaitair betalingssysteem en trekken daardoor ook een patiëntenpopulatie aan met meer socio-economische problemen. Zoals de meeste grootstedelijke praktijken worden ze ook gekenmerkt door een grote culturele diversiteit, waarvan naast de autochtonen een belangrijk deel van Marokkaanse afkomst is. Deze kenmerken zijn belangrijk bij de bespreking van de resultaten uit onze eigen onderzoeken.

METHODE

We willen nagaan welke gezondheidseffecten - zowel positief als negatief - van tewerkstelling met een niet-vast contract we kunnen terugvinden bij onze eigen patiëntenpopulatie en welke oorzakelijke factoren hier (mogelijk) aan de basis van liggen.
Als eerste stap wordt een uitgebreid en systematisch literatuuronderzoek verricht. Hierna wordt het thema breed geëxploreerd zowel kwantitatief (vragenlijstonderzoek) als kwalitatief (focusgroeponderzoek). Door deze combinatie van methodes én door de onderzoekspopulatie te verbreden tot twee huisartspraktijken worden de verschillende facetten van deze onderzoeksvraag zowel in de diepte als in de breedte uitgewerkt.

Literatuuronderzoek

Definities

De term '*tewerkstelling met een niet-vast contract'* is zeer ruim en omvat allerlei verschillende contracttypes. In de internationale literatuur bestaat er geen eenduidige definitie en worden talrijke termen door elkaar gebruikt, wat verwarrend kan zijn. Bovendien is de invulling van een bepaalde term ook verschillend van land tot land, gezien er telkens een andere regelgeving geldt. Mogelijkerwijs is dat ook de verklaring waarom de uitkomsten van deze studies zodanig uiteenlopend zijn. De term die nog het best overeenkomt met "tewerkstelling met een niet-vast contract" is "*temporary employment*", wat volgens de OESO gedefinieerd wordt als "*dependent employment of limited duration".* Met andere woorden: 'alle betaalde tewerkstellingsvormen waarbij er tussen de werkgever en de werknemer geen arbeidsovereenkomst van onbepaalde duur is'. De termen '*non-standard employment'* of '*atypical employment*' worden ook vaak gebruikt in de literatuur. '*Temporary employment'* is hier een onderdeel van, maar deze term omvat meestal ook part- werk, wat buiten onze onderzoeksvraag valt.

Tabel 2: Terminologie van tijdelijk werk.[14]

Term	*Betekenis*	*Regio die deze term gebruikt*
Temporary employment	Contract van bepaalde duur	Europa
Fixed-term employment	Contract van bepaalde duur	Europa
Non-permanent employment	Contract van bepaalde duur	Europa
Contingent employment	Contract van bepaalde duur, vaak minder dan full-time en/of met onvoorspelbare uren	VS, Canada
Casual employment	Contract van bepaalde duur (+ specifiek voor Australië: zonder voordelen of rechten, met flexibele uren)	Australië, Nieuw-Zeeland
Temporary agency work	Uitzendarbeid	Europa, VS, Canada

Er werd geopteerd om de brede term "niet-vast contract" te gebruiken omdat we geïnteresseerd zijn in het aspect jobonzekerheid. Zoals reeds uitvoerig werd onderzocht heeft jobonzekerheid een negatieve impact op gezondheid. Deze onzekerheid vinden we terug bij verschillende vormen van niet-vaste contracten, waarbij vooral het tijdelijke karakter van het contract de belangrijkste rol speelt.

Voor de definitie van '*gezondheid'* verwijzen we naar de omschrijving die de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) geeft om "gezondheid" te definiëren: "Gezondheid is

niet alleen de afwezigheid van ziekte, maar betekent lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden".

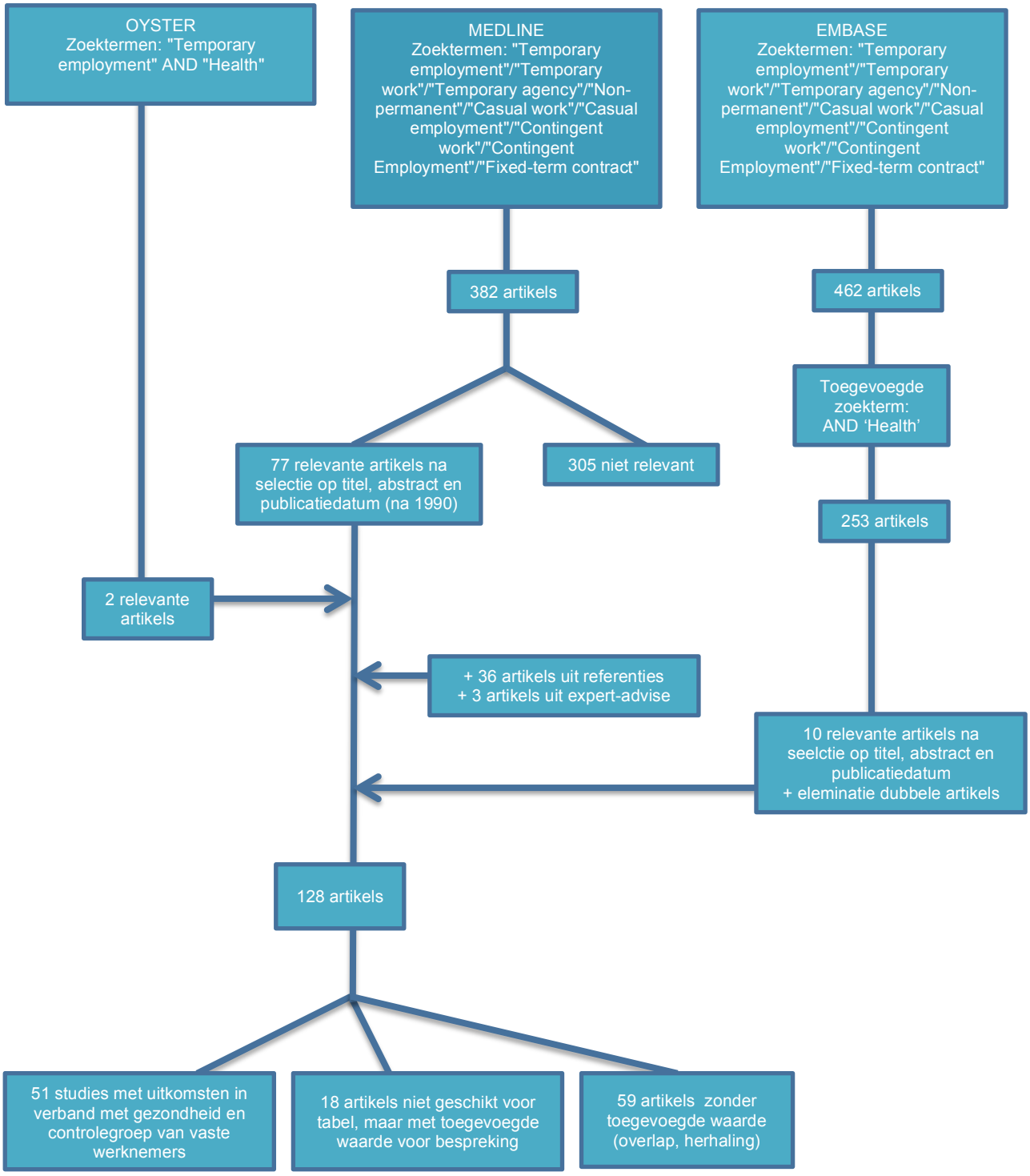
Zoekstrategie

Voor het literatuuronderzoek werd er op de eerste plaats gebruik gemaakt van de databank *MEDLINE.* Later werd de zoektocht uitgebreid in de databank *EMBASE*. Als zoektermen werd geopteerd voor: "*temporary employment*" of "*temporary work*" of "*casual employment*" of "*casual work*" of "*contingent employment*" of "*contingent work*" of "*non-permanent employment"* of "*non-permanent work"* of "*fixed-term contract".* Er werden geen relevante *Mesh*-termen gevonden. Deze 1e zoektocht leverde 382 artikels op. Op basis van titel en abstract konden 305 artikels worden uitgesloten gezien ze onvoldoende relevantie hadden voor onze onderzoeksvraag. Publicaties werden geïncludeerd op basis van publicatiedatum, studiepopulatie, studiesetting en uitkomstmaten. Alleen publicaties van na 01/01/1990 werden weerhouden. Als inclusiecriteria voor de studiepopulatie kozen we voor "alle werknemers met een niet-vast contract" en vergelijkbaar met de Belgische populatie, waarbij studies met betrekking tot niet-Westerse landen werden geëxcludeerd. Er werd niet geselecteerd op de leeftijd van de studiepopulatie, omdat er bijna geen studies zijn die differentiëren volgens leeftijdscategorie. Qua studiesetting werd er voorkeur gegeven aan studies met een controlegroep en een voldoende grote studiepopulatie. Tot slot werden alleen uitkomstmaten met betrekking op gezondheid weerhouden. In totaal werden 77 artikels weerhouden. Via de sneeuwbalmethode werden 36 extra artikels geselecteerd na systematisch en manueel nazicht van de referentielijsten van de weerhouden artikels. Daarnaast werden 3 artikels toegevoegd op basis van *expert-advise.* Dezelfde zoekstrategie via *EMBASE* leverde vooreerst 462 artikels op. Om de specificiteit te vergroten werd de *Mesh*-term "*health*" toegevoegd, waardoor 253 artikels resteerden. De resultaten overlapten grotendeels met de eerste zoektocht in *MEDLINE.* Nieuwe artikels werden d.m.v. dezelfde inclusiecriteria geselecteerd, wat nog nog 10 extra artikels opleverde. Via de zoekmachine *Oyster*, een erkende '*grey literature'*-database, werden nog 2 artikels toegevoegd. Zo werden in totaal 128 artikels weerhouden.

Na het lezen van de 128 artikels werden er 51 studies verwerkt in een overzichtstabel, waarvan 9 studies rond tijdelijk werk en arbeidsongevallen. Verder werden 18 andere artikels, die niet konden verwerkt worden in de tabel, maar een belangrijke bijdrage betekenden voor de onderzoeksvraag toch mee verwerkt in de bespreking en duiding van de literatuur. De andere artikels werden niet mee besproken omdat ze een herhaling waren van vorige artikels of omdat ze dezelfde studiepopulatie en data gebruikten als reeds opgenomen artikels.

Er werd gekozen om de resultaten van de 51 studies weer te geven in de vorm van een '*narrative review'* omdat hiermee de data op een meer genuanceerde en omvattende manier worden gerapporteerd. Een meta-analyse zoals Virtanen *et al.* (2005)[9] werd niet uitgevoerd gezien de heterogeniteit in studie-opzet, methodologie en definitie van variabelen. De overige 18 besproken artikels zijn reviews, rapporten en papers die gebruikt werden als achtergrond bij de artikels uit de tabel.

Figuur 1: Overzicht zoekstrategie en resultaten.



Focusgroeponderzoek

In de derde fase van het onderzoek werd een kwalitatief luik toegevoegd aan de hand van 2 focusgroepinterviews. We hebben ervoor gekozen om deze groepen zo homogeen mogelijk te houden zodat de deelnemers maximaal elkaars situatie konden begrijpen en bepaalde thema's meer specifiek konden behandeld worden.
De rekrutering voor de focusgroepen gebeurde aan de hand van de vragenlijsten die werden opgehaald. Hierin konden respondenten op een aparte pagina aangeven of ze al dan niet met een niet-vast contract werkten en of ze wensten gecontacteerd te worden voor verder onderzoek. In totaal waren er in Deurne en Hoboken respectievelijk 23 en 17 kandidaten, waaronder respectievelijk 19 en 13 vrouwen, die in aanmerking kwamen. De onderzoekers namen systematisch contact op via mail en/of telefonisch.
In de praktijk van Deurne werden 15 kandidaten gecontacteerd, waarvan 2 niet konden worden bereikt. Van de 13 resterende kandidaten waren er 7 bereid om deel te nemen, waaronder 1 man en 6 vrouwen. (respons rate 53%)
In de praktijk van Hoboken werden 17 kandidaten gecontacteerd, waarvan 6 niet konden worden bereikt. Van de resterende 11 kandidaten waren er 3 bereid om deel te nemen, waaronder 2 mannen en 1 vrouw. (respons rate 27%)
Hierna hebben we besloten een focusgroep met alleen mannen en een groep met alleen vrouwen te organiseren om de homogeniteit te bewaren en een 'veilige' context te creëren om ideeën te delen. De 7 kandidates werden uitgenodigd om deel te nemen aan de focusgroep, dewelke plaatsvond in de huisartsenpraktijk van Deurne. Er waren 5 kandidates effectief aanwezig. Aangezien er onvoldoende mannelijke kandidaten konden worden gerekruteerd werd deze groep aangevuld met kandidaten van buiten de praktijk. Zij werden gerekruteerd in een bedrijf in de omgeving dat met veel niet-vaste contracten werkt. Er waren 6 werknemers bereid om deel te nemen, maar gezien hun uiteenlopende uurroosters konden maar 2 van hen effectief aanwezig zijn. In totaal namen 5 mannelijke kandidaten, waaronder 2 niet-patiënten, deel aan de focusgroep die ook doorging in de praktijk van Deurne.

Tijdens de focusgroepen waren beide onderzoekers steeds aanwezig, waarbij één onderzoeker telkens de rol van moderator opnam, terwijl de andere observaties noteerde. De deelnemers werden gevraagd een informed consent tekenen. Hierbij werden ook extra vragen gesteld over hun huidige werksituatie. Het gesprek zelf duurde telkens rond de 60 minuten en er werd een geluidsopname gemaakt. De deelnemers kregen aan het einde van het gesprek allen een kleine attentie ter bedanking.

De dataverzameling en - verwerking gebeurde door beide onderzoekers zelf, waarbij eerst de geluidsopnames woord-voor-woord werden getranscribeerd. De data werden opgenomen in het programma Nvivo voor kwalitatieve analyse. De data werd op systematische wijze gecodeerd door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar, waarbij 2 methodes werden gecombineerd. De ene onderzoeker gebruikte de inductieve methode om codes te extraheren, terwijl de andere onderzoeker de deductieve methode toepaste om codes te toetsen aan de gekende thema's uit de literatuur en het vragenlijstonderzoek. Nadien werden alle codes gezamenlijk besproken tot consensus werd bereikt. Hierna werden codes per categorie gegroepeerd. Er werden 2 codebomen opgesteld, waarbij de kwalitatieve analyse enerzijds werd getoetst aan de literatuurstudie en anderzijds aan het vragenlijstonderzoek.

RESULTATEN

Literatuuronderzoek

1. Psychische gezondheid

Werknemers met een niet-vast contract blijken benadeeld te zijn op vlak van psychische gezondheid ten opzichte van werknemers met een vast contract. Hoewel niet alle studies dit verband kunnen aantonen[15–21], wijst de meerderheid in de richting van negatief effect.[22–30]

Men probeert deze effecten te verklaren vanuit verschillende factoren, die wisselend aanwezig kunnen zijn: werkgerelateerde factoren en werkspanning ('*strain'*), sociale en materiële deprivatie, beperkingen in het persoonlijk leven (plannen maken voor de toekomst), gevaarlijke werkomgeving, minder aandacht voor veiligheid en gezondheid op het werk, presenteïsme, intermittente werkloosheid en jobonzekerheid. [31] Deze factoren worden verderop uitgewerkt.

Hoewel tijdelijk werk enerzijds bepaalde gunstige aspecten deelt met 'standaard werk', deelt het anderzijds ook enkele eerder ongunstige eigenschappen met werkloosheid.[13,32] De belangrijkste hiervan is jobonzekerheid. In studies rond werkloosheid werd meermaals een dosisgerelateerd negatief effect op psychische gezondheid vastgesteld.[33] Dit negatief effect wordt ook in mindere mate bij tijdelijke werkkrachten teruggevonden, zowel op fysiek als psychisch vlak.[9,17,26,27,30,33,34] Jobonzekerheid toont ook een duidelijk verband met jobontevredenheid, wat ook meer blijkt voor te komen bij tijdelijke werknemers dan vaste werknemers. [19,20,23,35–38]

In sommige studies wordt evenwel een nuance gemaakt binnen de groep tijdelijke werknemers. Zoals reeds aangehaald is deze groep zeer heterogeen, waardoor de gezondheidsuitkomsten ook sterk kunnen verschillen tussen de verschillende soorten tijdelijke contracten.[5,20,24,27,36] Bovendien verandert de arbeidssituatie geregeld waardoor niveaus van jobonzekerheid kunnen variëren in de tijd. Momenten van tewerkstelling met gunstige of ongunstige arbeidsomstandigheden, worden afgewisseld met werkloosheid. Sommige studies proberen dit effect te controleren door te kijken naar de accumulatie van tijdelijke contracten in de tijd.[13,26] Men ziet dat verschillen in gezondheid gecorreleerd zijn met de blootstelling aan precaire arbeidsomstandigheden. Zoals verwacht is dit effect ook gerelateerd aan de gradiënt tussen kern en periferie, waarbij meer perifere jobs een slechtere uitkomst vertonen. Bij werknemers met een tijdelijk contract direct via de werkgever, die zich dus dichter bij de kern bevinden, wordt er daardoor minder of geen significant nadelige effecten waargenomen.[5,17,31]

Andere auteurs benadrukken dat de relatie tussen type contract, jobonzekerheid en gezondheidsproblemen waarschijnlijk niet zo eenvoudig is. Ook vaste werknemers kunnen geconfronteerd worden met jobonzekerheid, bijvoorbeeld bij dreigend ontslag, waardoor het contracttype niet altijd de bepalende factor is in de gezondheidseffecten.[29,39–41]
Sterker nog stelden enkele Belgische onderzoekers als hypothese dat tijdelijke werknemers zelfs minder jobonzekerheid zouden ervaren dan vaste werknemers, omdat zij hun jobverlies reeds kunnen voorspellen en hierop anticiperen. Dit zou een sterker gevoel van controleerbaarheid en ook meer jobtevredenheid geven. Dezelfde redenering wordt doorgetrokken naar werknemers met een tijdelijk contract via de werkgever t.o.v. uitzendkrachten. Omdat deze laatste groep kan terugvallen op het uitzendkantoor zou ze minder jobonzekerheid ervaren en een groter vermogen tot tewerkstelling ervaren ('*employability'*). Hun empirische resultaten wezen nochtans op het tegendeel.[15]

Om psychische gezondheid te meten wordt enerzijds gebruik gemaakt van verschillende gevalideerde schalen. Anderzijds kan het bestaan van specifieke pathologieën of klachten een belangrijke indicator zijn. Vaak wordt een slechte mentale gezondheid of psychisch leed als algemene uitkomst genomen, waarbij een aantal studies in het nadeel van tijdelijke werknemers uitkwam[24,26,29,36,39,42] en een deel geen verschil kon aantonen.[16–18,20,38] Er wordt ook vaak gekeken naar werkgerelateerde stress, die in 2 onderzoeken frequenter voorkwam bij tijdelijk werk.[40,42] In de *European Working Conditions Survey* (EWCS), met data van 15 Europese landen, rapporteerden tijdelijke werknemers en uitzendkrachten echter minder werkgerelateerde stress dan vaste werknemers. Tegelijkertijd was er minder werktevredenheid bij tijdelijke werknemers. Hoewel de onderzoekers geen duidelijke verklaring voor deze ogenschijnlijk tegenstrijdige resultaten hebben, vermoeden ze dat de beperkte duur van hun werkopdracht maakt dat ze minder lang blootgesteld worden aan werkstress. Dezelfde logica gaat ook op voor deeltijdse contracten. Binnen hetzelfde onderzoek vond men dat vermoeidheidsklachten meer voorkwamen bij tijdelijke werknemers, maar alleen bij diegene die voltijds werkten.[5,19,37]
In sommige studies scoorden de tijdelijke werknemers slechter wat betreft specifieke klachten zoals angst[14], emotionele uitputting[27] of onbehagen wanneer men naar het werk gaat[5]. Er werd geen verschil gevonden wat betreft slaapproblemen.[5,24,43] Behalve bij een kwalitatieve studie bij hotelmedewerkers in Australia gaven de tijdelijke werknemers aan minder goed te slapen.[34]
Zowel in een Nederlands vragenlijstonderzoek en als in een 10-jarige longitudinale studie in de Verenigde Staten vond men een positieve correlatie tussen tijdelijk werk en depressieve klachten.[23,25] Daarnaast stelde men in een Zweedse studie bij gemeentelijk personeel uit 10 steden vast dat tijdelijke werknemers, na controle voor sociodemografische factoren, vaker antidepressiva gebruikten dan vast personeel.[28]

In een recente en zeer grote, prospectieve studie uit Finland werd depressie-gerelateerde werkongeschiktheid onderzocht. Er was geen verschil tussen tijdelijke of vaste werknemers wat betreft herval en het tijdstip van de eerste symptomen, maar wel wat betreft de duur van de ongeschiktheid. Deze duurde langer bij tijdelijke werknemers, en vooral bij oudere (meer dan 52 jaar) en bij laaggeschoolde werknemers. Wie gedurende de 6 jaar follow-up voor meer dan 50% van de tijd aan de slag was, bleek ook beter beschermd, want deze groep bleef minder lang arbeidsongeschikt. De hypothese die de auteurs stellen is drieledig. In de eerste plaats verwijzen ze naar de ongunstige effecten van (intermittent) werkloos zijn en het zich in de periferie van de arbeidsmarkt bevinden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat personen met een minder goede gezondheid omwille van selectie moeilijker werk vinden en houden. Dit noemt men het '*healthy-worker effect'* en wordt verderop besproken. Verder stellen ze dat een werknemer die het grootste deel van de tijd aan het werk is, potentieel ook aan vast werk is geraakt gedurende de studie en niet meer aan dezelfde factoren is blootgesteld.[22]

2. Fysieke gezondheid

2.1. Morbiditeit en mortaliteit

Het harde en best meetbare eindpunt bij uitstek is mortaliteit. Vooral in Scandinavië is deze uitkomst uitgebreid onderzocht in grote prospectieve studies rond de impact van contracttype.

In een Fins onderzoek bekeek men de resultaten van de "*Quality of Work Life"*-enquêtes van 2 panels uit 1984 (n=4502) en 1990 (n=3502), waarna de respondenten werden gevolgd in de nationale mortaliteitsstatistieken tot 2000. Bij het eerste panel werd ook gekeken naar jobonzekerheid en jobtevredenheid. Bij de tijdelijke werknemers die ook slecht scoorden op

die laatste 2, werd een 1,95 maal groter mortaliteitsrisico weerhouden na controle op sociodemografische, gezondheids- en werkgerelateerde factoren. In het tweede panel werd ook bevraagd waarom men had gekozen voor tijdelijk werk: op vrijwillige basis of wegens geen andere keuze. Bij de respondenten die aangaven dat ze werkten met een tijdelijk contract zonder hiervoor zelf te kiezen, vond men een 2,59 maal verhoogd risico op mortaliteit na controle op sociodemografische, gezondheids- en werkgerelateerde factoren. Factoren zoals hogere leeftijd, mannelijk geslacht, alleenstaand en chronische ziekte deden het risico nog toenemen.

Een andere Finse studie volgde gedurende 10 jaar zo'n 92.000 werknemers uit de openbare sector. Ze zagen dat de totale mortaliteit bij werknemers met een niet-vast contract 1,2-1,6 maal hoger lag vergeleken met werknermers met een vast contract, maar nog steeds lager dan bij werklozen, die hebben een 2,8-2,9 maal hoger risico. Werknemers die met een niet-vast contract werkten en overgingen naar een vast contract hadden het laagste mortaliteitsrisico (0,6-0,8 maal).[44] Men heeft ook gekeken naar de verdeling van doodsoorzaken, waarbij vooral alcoholgerelateerde mortaliteit en kankersterfte verhoogd waren. Overlijden gerelateerd aan alcohol kwam bijna 2 maal vaker voor bij tijdelijke werknemers ten opzichte van hun vaste collega's. Mannelijke werknemers met een tijdelijk contract hadden een 3 maal hoger risico op overlijden aan kanker gerelateerd aan roken. Enerzijds worden deze verschillen verklaard door een ongezondere levensstijl waarvan men in het verleden reeds een verband met jobonzekerheid vond. Anderzijds zouden tijdelijke werknemers met een minder gezonde levensstijl ook minder kans maken op een vast contract. Dit onderzoek vond plaats bij werkkrachten in de publieke sector in Finland. De onderzoekers verwachtten dat deze verschillen nog groter zijn in de private sector omdat er daar nog minder bescherming is en nog meer competitiviteit.

In 1996 werden 2500 vaste en tijdelijke werknemers uit het Franse Lorraine gedurende 13 jaar opgevolgd voor mortaliteit. Bij mannelijke werknemers met een niet-vast contract vond men na correctie voor leeftijd en beroep een 2,2 maal hoger risico op totale mortaliteit en 3.5 maal hoger risico op cardiovasculaire sterfte in vergelijking met vaste werknemers. Wanneer gecorrigeerd werd voor gezondheid en levensstijl bij aanvang van de studie, daalde het risico naar 1,7 en was er geen significant verschil meer. Men kan dit verklaren vanuit het "*healthy worker effect*" waarbij ongezondere werknemers eerder in onzekere jobs terecht komen en langdurig socio-economische achterstand oplopen.[45]

Dat stress een negatief effect heeft op morbiditeit en mortaliteit, is meermaals aangetoond.[3] Ook het verband met jobonzekerheid werd bevestigd, maar dan in het kader van werkloosheid. Een tijdelijk contract hebben geeft minder jobonzekerheid dan helemaal geen werk hebben, dus het effect op de gezondheid is vermoedelijk kleiner en moeilijker aan te tonen. Bovendien is zoals reeds vermeld de groep tijdelijke werknemers zeer heterogeen. De resultaten van de verschillende studies zijn dan ook gemengd. In 2 Finse studies bij gemeente- en ziekenhuispersoneel scoorden tijdelijke werknemers beter op subjectieve gezondheid dan vast personeel.[18,29] Bij de analyse van de Britse "*Household Panel Study"* vond men daarentegen geen verschillen in gezondheid tussen vaste en tijdelijke werknemers.[20,46]

In de meeste studies wordt het verband tussen een niet-vast contract en een hoger morbiditeitsrisico wel bevestigd. Het risico speelt zich vooral af op 2 belangrijke niveaus: stress-gerelateerde en levensstijl-gerelateerde pathologie.

In een prospectieve observationele studie in 66 klinische centra volgde men gedurende 6 jaar een groep patiënten op met een primaire HIV-infectie aan het begin van de studie. De patiënten mochten aan het begin van de studie nog niet met antiretrovirale middelen behandeld zijn. De gemiddelde leeftijd was 34 jaar en de gemiddelde opvolgduur was 2,5 jaar. De studie had als doel om op zoek te gaan naar sociale determinanten die bepalend

zijn voor het verloop van de ziekte. Als uitkomst nam men hospitalisatie of overlijden. [47] Er werd een significant verschil gezien bij patiënten zonder stabiele relatie en bij patiënten met een tijdelijk contract. Bij deze laatsten was er, na controle voor multipele sociodemografische, levensstijlgerelateerde en gezondheidsgerelateerde factoren, een 2,5 maal verhoogd risico op hospitalisatie of overlijden. Iets minder dan de helft van de hospitalisaties was te wijten aan niet-HIV-gerelateerde oorzaken en in een derde van de gevallen werd de patiënt opgenomen omwille van depressieve klachten. Bij patiënten met een vast contract was dit laatste bij een vijfde van de hospitalisaties de oorzaak.

Verschillende studies zagen ook een groter risico op musculoskeletale klachten, voornamelijk ter hoogte van de bovenste ledematen en de rug.[5,19,27,48,49] In Frankrijk deden 83 arbeidsgeneesheren mee aan een studie bij werknemers met verschillende contracten (n=1493). Ondanks het feit dat vele van deze werknemers jong en nog niet zo lang aan het werk waren, zag men toch een hoge prevalentie van pijn en musculoskeletale symptomen van de bovenste ledematen, voornamelijk in de pols of hand. Bij bevragen naar werkomstandigheden bleken tijdelijke werknemers vaker dan vaste werknemers uit dezelfde groep blootgesteld aan tijdsdruk voornamelijk bij bandwerk, zware taken met sterk repetitieve bewegingen of nadelige lichaamshouding, trillingen die hand- of polsbelastend zijn.[49] Een andere Europese studie rapporteerde dat tijdelijke werknemers meer werken in pijnlijke en vermoeiende houdingen, meer blootgesteld zijn aan intensieve geluidsoverlast, meer herhalende bewegingen uitvoeren en minder vrijheid hebben om vrijaf of rust te bekomen.[10]

2.2. Surrogaateindpunten

Ook enkele biologische, stress-gerelateerde parameters werden onderzocht. Voorlopig kunnen hier nog geen sterke conclusies uit getrokken worden.[30,50,51] Vaak gaat het om een eenmalig onderzoek, dat nog niet kon gerepliceerd worden. Wel biedt het inspiratie voor verder onderzoek. Meer specifiek gaat het om een Japans cross-sectioneel onderzoek waarin bij tijdelijke werknemers een verhoogde diastolische bloeddruk en een verstoord glucosemetabolisme werden vastgesteld.[50] In een Zweeds longitudinaal onderzoek zag men een verband tussen werken met een tijdelijk contract en lagere cortisolspiegels. Bovendien bleek dit verband dosisgerelateerd aan de duur van de tewerkstelling. De auteurs veronderstellen dat langdurige blootstelling aan tijdelijk werk een verstoorde regulatie van de hypothalamus-hypofyse-bijnier as veroorzaakt.[51] Naast endocrinologische afwijkingen werden ook immunologische parameters onderzocht. Een onderzoek bij Italiaanse universiteitsmedewerkers toonde een significant verschil in '*natural killer cell*'-cytotoxische activiteit tussen tijdelijke werknemers t.o.v. de werknemers in een stabiele positie. Dit verband werd ook teruggevonden tussen werknemers in een stabiele positie en werklozen.[30]

De onderzoeken in de bovenstaande twee paragrafen wijzen dus in de richting van een verband tussen werken met een niet-vast contract en een verhoogd mortaliteitsrisico. De voornaamste oorzaken blijken levensstijl- en stressgerelateerde aandoeningen.

2.3. Veiligheid en gezondheid op het werk

Een belangrijk aspect aan werkgerelateerde gezondheid is de veiligheid en gezondheid op het werk. De meeste onderzoeken geven aan dat werken met een niet-vast contract verbonden is aan een aantal risico's.[48,52–55] In sommige studies werd geen verschil in risico teruggevonden.[56–58] In een Canadese studie bij verpleeg- en zorgkundigen hadden de tijdelijke werkkrachten zelfs minder werkgerelateerde kwetsuren dan vaste werkkrachten. Aangezien ook het deeltijdse vaste personeel minder risico liep, lijkt dit fenomeen eerder verband te houden met het aantal gewerkte uren.[59]

In een Finse studie werd vastgesteld dat tijdelijke werknemers minder deelnamen aan de preventieve medische controles. Ze veronderstellen dat deze groep minder geïntegreerd is in de werkgemeenschap dan de vaste werknemers, waardoor ze minder geneigd zijn om gebruik te maken van de preventieve diensten.[60] Bovendien is het niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is voor preventie en veiligheid op het werk wanneer er meerdere werkgevers zijn.[61]

De nationale statistieken van arbeidsongevallen zijn een goede bron om te kijken naar verschillen tussen de soorten contracten. Een grote Franse studie bij industriële arbeiders stelde vast dat arbeidsongevallen frequenter voorkwamen bij tijdelijke werknemers en bovendien ook ernstiger zijn. Dit verhoogde risico was afhankelijk van het soort werk en de werkomgeving en stond in verband met onvoldoende gekwalificeerde werknemers en onvoldoende preventieve maatregelen zoals beschermende kledij of training.[54] Enkele jaren later werd door dezelfde onderzoekers bij 4 bedrijven uit de metallurgie nagegaan welke effecten het beleid van het bedrijf had op de veiligheid en gezondheid van de interimwerknemers. Hier werd geen eenduidige associatie gevonden tussen een niet-vast contract en het frequenter voorkomen van arbeidsongevallen vanwege de grote verschillen tussen de bedrijven. Wel was er sterke evidentie voor het effect van preventieve maatregelen en de veiligheid op de gezondheid van de interimwerknemers.[58] Deze trend werd ook gezien in een Italiaanse studie waarbij arbeidsongevallen frequenter voorkwamen en ernstiger waren bij tijdelijke werknemers.[53]
In een Spaanse studie zag men dat tijdelijke werknemers vaker in slechtere omstandigheden werkten. Het verband tussen arbeidsongevallen of beroepsziektes en tijdelijk werk verdween zodra werd rekening gehouden met werkomstandigheden, eigenschappen van de werknemer en het type bedrijf. Tijdelijke werknemers hadden zelfs een 1-2% lager risico op arbeidsongevallen. De onderzoekers verklaren dit enerzijds vanuit de kortere blootstelling aan risico's gezien de beperktere duur van het contract. Anderzijds blijkt dat niet zozeer het contracttype als wel de werkomstandigheden een belangrijke rol spelen.[57] Een andere studie die alle schadeclaims naging in de staat Washington, vond wel een duidelijk verband tussen het hebben van een tijdelijk contract en het frequenter voorkomen van arbeidsongevallen, waarbij ook werkomstandigheden een bijkomend risico betekenden. Zo zag men in de industrie en bouwsector 3 tot 5 maal meer ongevallen bij tijdelijke werknemers. Het meest voorkomend in deze sectoren waren ongevallen waarbij de werknemer ergens in vast komt te zitten of geraakt wordt door een object. Opvallend in deze studie was ook dat de schadeclaims bij deze groep meer dan 2 maal vaker werden verworpen door de werkgever t.o.v. vast personeel.[48]

Een andere studie uit Australië vond belangrijke verschillen in ongewenste intimiteiten op het werk. Tijdelijke werknemers bleken een 3 tot 5 maal groter risico te hebben om hier slachtoffer van te worden. Vrouwen met een voltijds *'casual'* of tijdelijk contract hadden zelfs een 17 maal groter risico dan hun collega's met vast contract. De onderzoekers verklaren dit als een uiting van ongelijk verdeelde krachtsverhoudingen tussen vaste en tijdelijke werknemers. Aangezien deze laatste minder inspraak en bescherming en meer jobonzekerheid hebben, zijn ze vermoedelijk kwetsbaarder. Hier vond men ook dat deeltijdse tijdelijke werknemers beter beschermd waren, vermoedelijk door kortere blootstelling aan deze risico's.[55] De resultaten werden bevestigd in een kwalitatieve studie bij Canadese vrouwelijke werknemers met een niet-vast contract [42], alsook in de analyse van de 2e EWCS.[10]

2.4. Werkongeschiktheid en presenteïsme:

Het is opvallend in vele studies dat tijdelijke werknemers minder ziekteverlet vertonen dan de vaste werknemers.[18,19,44,62] In een prospectieve studie bij Fins ziekenhuispersoneel zag men dat tijdelijke werknemers die een vast contract kregen tot 2 maal meer ziekteverlet gingen

vertonen dan wanneer ze geen vast contract hadden.[38] Er wordt verondersteld dat dit fenomeen te verklaren is door hun onzekere werksituatie, waardoor ze minder geneigd zijn om thuis te blijven bij ziekte.

Een Finse studie bij werknemers in de publieke sector bevestigde dat deze onzekerheid of angst voor ontslag niet ongegrond is. Vooral vrouwelijke werknemers met een niet-vast contract en meer ziekteverlet bleken een 1,5 maal hoger risico te hebben op werkloosheid, tot 1,7 maal hoger bij werknemers boven de 40 jaar. Vast personeel bleek beter beschermd te zijn, waarbij alleen de oudere werknemers met meer ziekteverlet risico liepen op werkloosheid.[63]

3. Mediërende factoren

3.1. Landspecifiek:

3.1.1. De welvaartsstaat en sociale bescherming per land

Uit een grote review over flexibele tewerkstelling en gezondheid in verschillende landen blijkt dat ook het land of de regio waar men woont een rol speelt in de richting of grootte van het gezondheidseffect. Opvallend is dat werknemers in precaire arbeidsomstandigheden, waaronder tijdelijk werk maar ook deeltijds werk, in de Scandinavische landen vaak een even goede of betere gezondheid hebben vergeleken met hun collega's met stabiel werk. Terwijl in de Angelsaksische, Bismarckiaanse en Zuid-Europese landen meestal een slechtere gezondheid wordt gevonden bij deze groep, op enkele uitzonderingen na.[64] Dit is niet onlogisch aangezien de regelgeving en bescherming van deze types contracten zeer verschillend kan zijn per land.[65] De egalitaire welvaartstaten van Scandinavië met een sterke sociale zekerheid en bescherming van werklozen bufferen de schadelijke effecten van precair werk omdat ze dezelfde sociale voordelen bieden aan vaste en tijdelijke, voltijdse en deeltijdse werknemers. In de Anglo-Saksische, Bismarckiaanse en Zuid-Europese landen tonen de studies wel een negatief effect van tijdelijk werk. Door marktderegulatie in deze landen is er wel een toename van de tewerkstellingsgraad maar ook minder sociale bescherming omwille van verminderde inspraak van vakbonden en minder dekking bij werkloosheid, ziekte of pensioen. Erosie van beschermende sociale maatregelen blijkt dus de negatieve gezondheidseffecten gerelateerd aan precair werk en jobonzekerheid te versterken.[64]

In een artikel dat de resultaten analyseerde van de *European Union Labour Force Survey* (EU LFS), stelt men als hypothese dat in landen met strenge voorwaarden en hoge kosten verbonden aan ontslag van een vaste werknemer, er meer beroep wordt gedaan op tijdelijke werknemers. Er werd nochtans geen significant verschil gevonden tussen landen met strenge arbeidsvoorwaarden en de incidentie van tijdelijke contracten. Wel werd gezien dat de positie van de vakbond in het land een belangrijke invloed heeft. In landen waar vakbonden sterk wegen op het loonbeleid stelt men vast dat jonge werknemers minder gemakkelijk een vast contract kregen. Dit kwam vooral voor in landen waar de vakbondsvertegenwoordiging gericht was op de '*insiders'* van de arbeidsmarkt en dus niet de rechten van de tijdelijke werknemers verdedigde. Deze associatie was duidelijk, maar bereikte onvoldoende significantie.[66]

Een andere factor in de heterogeniteit van bovengenoemde uitkomsten zijn dus de macro-structuren waarin syndicalisatie, collectieve onderhandelingen, regulering van tijdelijke contracten, inkomens- en werkloosheidsverzekering een belangrijke rol kunnen spelen.

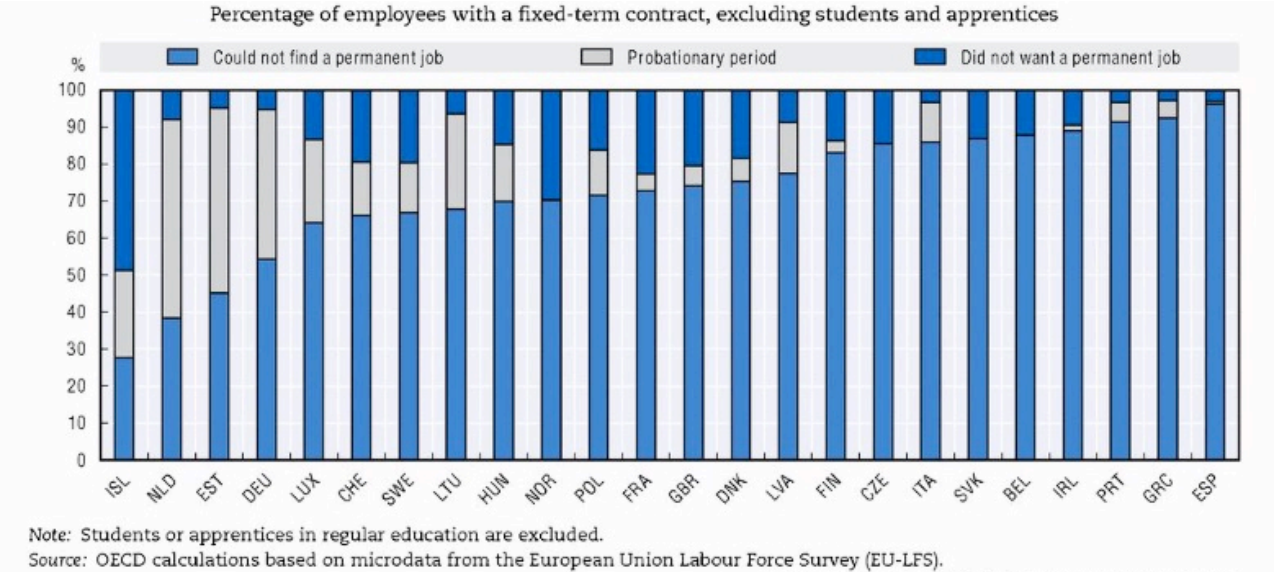
3.1.2. Werkloosheidscijfers

Een review over tijdelijk werk en gezondheid van 2005 vergeleek de uitkomsten met de onder andere de werkloosheidscijfers van het bestudeerde land. Er werd een hogere morbiditeit vastgesteld bij tijdelijke werknemers in landen met een klein aandeel tijdelijke werknemers en een laag werkloosheidscijfer. In landen met een groot aandeel tijdelijke werknemers (bv. Spanje, Finland, Zweden) is deze groep meer heterogeen en zijn er meer hoogopgeleiden binnen deze groep. Terwijl in landen met een klein aandeel tijdelijke contracten (bv. VS, Duitsland, België) deze groep meer laaggeschoolde werknemers bevat en hogere morbiditeitscijfers heeft. Wanneer er een groot aandeel tijdelijke werknemers is, is er meer flexibiliteit in de periferie en een grotere bescherming van de vaste werknemers. Omdat in deze situatie het *"healthy hire effect"* (aanwerving o.b.v. goede gezondheid) en het *"healthy survivor effect"* (langer behoud van werk o.w.v. goede gezondheid) groter is, verlaagt dit de morbiditeitscijfers bij de tijdelijke werknemers. Wanneer de werkloosheidsgraad hoog is, is er ook een grotere reserve aan gezonde werknemers. Hierdoor is de kans groter dat een werkgever een gezonde tijdelijke werknemer vindt. Anderzijds is de onderlinge competitie ook groter binnen deze groep en de kans dat een ongezonde tijdelijke werknemer zijn werk niet behoudt en ingewisseld wordt voor een gezondere werknemer stijgt.[9]

3.2. Motieven voor tijdelijk werk:

Men ziet een groot verschil in morbiditeit en mortaliteit tussen werknemers die bewust kiezen voor een niet-vast contract en diegenen die hiervoor kiezen uit noodzaak. Bij de eerste groep vindt men een hogere jobtevredenheid, betere kwaliteit van leven en zo ook een positief effect op de gezondheid, terwijl het omgekeerde wordt vastgesteld bij de groep onvrijwillig tijdelijke werknemers".[67] In meerdere studies werd gevraagd naar de motivatie voor tijdelijk werk waarbij tussen de 70-90% van de tijdelijke werknemers aangaf een vast contract te verkiezen. Motivaties om voor een niet-vast contract te kiezen zijn bijvoorbeeld de mogelijkheid om verschillende jobs te exploreren, de combinatie met andere activiteiten (bv. opleiding) of de ervaring meer vrijheid te hebben waardoor men een groter gevoel van controle heeft. De redenen om een niet-vast contract te aanvaarden ondanks dat dit niet hun voorkeur is, klinken als volgt: "om zo een vast-contract te krijgen", "geen andere keuze hebben", "tijdelijk werk is beter dan geen werk".[38,63,67] In een studie van het HIVA-Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving van de KULeuven in samenwerking met het ACV (n=2332) bleek slechts een kleine aandeel (12%) bewust te kiezen voor uitzendarbeid.[68] Nochtans is ook de groep die niet kiest voor een vast-contract heterogeen. In een onderzoek bij tijdelijke werknemers in 28 Zweedse organisaties (n=184) identificeerde men 6 groepen aan de hand van de graad van motivatie voor een niet-vast contract en betrokkenheid bij het werk. Bij alle groepen waren er negatieve motivaties terug te vinden, maar soms waren deze ook gemengd met positieve motivaties. Bij alle groepen zag men een slechter werkgerelateerd en algemeen welzijn, voornamelijk wat betreft angst en depressie, positieve werk-thuis balans, algemene gezondheid en kwaliteit van leven. Bij groepen die ook positieve motivaties voor een niet-vast contract hadden of waarbij er een hoge betrokkenheid bij het werk was, bleken deze verbanden minder uitgesproken maar nog steeds aanwezig.[21] In vele onderzoeken wordt gesproken over de "*stepping stone*"-functie van tijdelijk werk, waarbij werknemers hopen via deze weg aan een vast contract te geraken.[14,69,70] Volgens data van de *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC) blijkt nochtans minder dan 50% van de tijdelijke werknemers een vast contract te hebben na 3 jaar. In België heeft maar iets meer dan 30% van de tijdelijke werknemers een vast contract na 3 jaar.[65]

<u>Figuur 2:</u> Motivatie voor een tijdelijk contract, OESO (2011-2012) [65]



3.3. Werkgerelateerde factoren met mogelijk negatief gezondheidseffect:

Men ziet dat niet-vast werk vaak werk is met weinig autonomie of controle over het eigen werkproces met bovendien minder begeleiding.[5] De werkdruk bij tijdelijke werknemers kan sterk verschillen: sommigen ervaren een hoge werkdruk, terwijl dit bij anderen omgekeerd kan zijn. Zo hebben de vaste werknemers vaak meer verantwoordelijkheid en dus hogere werkdruk dan de tijdelijke, maar daarnaast hebben ze vaak ook meer regelmogelijkheden. Volgens het *Job Demand Control*-model (JDC-model) van Karasek komt dit neer op actief of uitdagend werk. Tijdelijke werknemers met een weinig veeleisende job en weinig controle hebben eerder passief of saai werk. Deze situatie wordt bevestigd in enkele onderzoeken.[39] Andere studies daarentegen geven aan dat tijdelijke werknemers weinig controle én een hoge werkdruk ervaren.[23] Hier spreken we over een hoge taakspanning. Het Karasek-model wordt toegepast op de arbeidsinhoud en - omstandigheden. Anderzijds kan men het JDC-model ook toepassen op het contracttype zelf. Jobonzekerheid bij een niet-vast contract weerspiegelt hier dan het lage niveau van controle. Hoge taakeisen verwijzen naar de inspanning bij de constante zoektocht naar nieuw werk en de noodzaak om steeds goed te presteren om zijn werk te behouden. Men spreekt in plaats van een hoge taakspanning dan van een verhoogde werkspanning.[14]

Ook de werkroosters verschillen tussen vaste en tijdelijke werknemers. De tijdelijke hebben minder controle over hun werkuren en minder vrijheid om een pauze te nemen. Vaste werknemers blijken in sommige studies meer uren te werken.[39] Daarnaast blijkt uit internationale cijfers dat tijdelijke werknemers meer onregelmatige uren hebben, meer shiftwerk en nachtwerk doen. Dit laatste werd vooral gezien bij de min-35-jarigen. De meeste tijdelijke werknemers (57%) mogen niet beslissen wanneer ze vakantie nemen ten opzichte van 46% bij de vaste werknemers.[10]

Volgens de data van de EU-LFS ziet men een duidelijke afname van de duur van tijdelijke contracten, maar er is een groot verschil van land tot land. (Tabel …) Vooral contracten van korte duur zoals week- en maandcontracten zijn geassocieerd aan een slechtere gezondheid. Contracten over langere termijn hebben meer gemeen met vaste contracten en bieden meer kansen om bij te leren, zich te integreren onder collega's en meer verantwoordelijkheid te verwerven.[65]

Wat betreft werkomstandigheden en arbeidsinhoud blijkt dat tijdelijke werknemers over het algemeen minder kwalitatief werk doen en vooral laaggeschoolde arbeid. Ze moeten frequenter zwaardere en/of gevaarlijkere opdrachten uitvoeren, alsook meer monotoon en repetitief werk.[23,49,65] Uit een analyse van de 2e EWCS (n=14654) bleek dat 70% van de tijdelijke werknemers blootgesteld is aan repetitieve hand- of armbewegingen, ten opzichte van 55% van de vaste werknemers. Een hoog werkritme kwam volgens deze cijfers ook meer voor tijdelijke werknemers (63% tov 56,5%), hoewel vooral de vaste werknemers met strakke en korte deadlines moesten werken (55,5% tov 62,5%). De druk op het werktempo ligt hoger bij tijdelijke dan bij vaste werknemers: 34,6% van de tijdelijke moet zich aanpassen aan de automatische snelheid van een machine (tov 24%), voor 63% van de tijdelijke wordt dit bepaald door de directe supervisie van hun baas (tov 39%) en voor 53% door het werktempo van hun collega's (tov 41,5%).[10]

Tijdelijke werknemers blijken ook meer blootgesteld te zijn dan vaste werknemers wat betreft intimidatie (10,5% tov 8,7%), seksuele discriminatie of ongewenste seksuele intimiteiten (6,8% tov 5% bij vrouwen) en leeftijdsgerelateerde discriminatie. Voor 55-plussers bedroeg dit 21,4% ten opzichte van 4,6% bij vaste werknemers.[10]

We zien dat het aandeel van part-time werk groter is bij tijdelijke dan bij vaste werknemers. Hierdoor hebben ze vaker een lager inkomen dan vaste werknemers. Sommige tijdelijke werknemers hebben ondanks dat ze hetzelfde werk en aantal uren doen dan hun vaste collega's, toch een lager inkomen en minder extra-legale voordelen. Hier spreekt men van een '*pay gap'*.[65] Dit verschil blijkt ook te blijven bestaan in de tijd, soms zelfs ondanks het krijgen van een vast contract. Mannen die van een tijdelijk naar vast contract gaan lijden toch na 10 jaar werkervaring nog altijd 5% loonverlies. Bij interimwerknemers is dit nog meer uitgesproken en is er zelfs na 10 jaar nog altijd 8,8-12,3% loonverlies voor vrouwen en mannen respectievelijk.[70]

3.4. Socio-demografische factoren met mogelijk negatief gezondheidseffect:

3.4.1 Gender

Men ziet in de meeste studies, afhankelijk van sector, dat er meer vrouwen tewerkgesteld zijn met een niet-vast contract dan mannen, en dit vooral in de groep ouder dan 30 jaar.[5,10] Bovendien zouden zij ook langer met niet-vaste contracten werken en minder snel overgaan naar een vast-contract.[13,38] Sommige studies stellen bovendien dat de vrouwelijke werknemers meer risico hebben op de schadelijke effecten van een tijdelijk contract.[29,31] In een Spaanse studie bij 5679 vaste en tijdelijke werknemers werd gezien dat hoe meer precair het werk, hoe slechter de mentale gezondheid. Dit verband was meer uitgesproken bij de vrouwelijke werknemers. Men redeneert dat dit effect verklaard wordt door de ongelijke gendergerelateerde krachtsverhoudingen op de werkvloer, in combinatie met familiale verantwoordelijkheden zoals huishoudwerk en kinderzorg.[31] In een Italiaanse longitudinale studie (n=1831) hadden mannelijke werknemers met een niet-vast contract een verhoogd risico op een slechtere gezondheid (OR 2,06) maar dit was niet significant. Bij vrouwelijke werknemers daarentegen bleek dat zij 5 maal meer risico hadden op een slechte gezondheid dan hun vaste collega's (OR 4,95).[13] Mogelijkerwijs is dit gender-aspect bij de 2 bovenstaande studies meer uitgesproken dan bij ons omwille van de meer traditionele genderpatronen in Zuiderse landen.

3.4.2 Leeftijd

In zowat alle onderzoeken komt naar voor dat vooral jonge mensen (15-25 of 15-35 jaar afhankelijk van de definiëring) oververtegenwoordigd zijn in de groep tijdelijke werknemers. Ook in een Belgische studie over verschillende sectoren werd vastgesteld dat de meeste

tijdelijke werknemers gemiddeld jonger zijn dan de vaste.[15] Dit wordt ook bevestigd in internationale statistieken.[7,10,71] Aangezien deze groep minder werkervaring en netwerken heeft opgebouwd, belanden ze vaker in deze tijdelijke betrekkingen. Men stelt dat dit meer problemen geeft bij de overgang naar volwassenheid, omdat niet-vaste contracten geassocieerd zijn met meer onzekerheid en minder levenstevredenheid. Specifiek hebben mensen ook problemen met het maken van toekomstplannen en moeten ze deze ook uitstellen.[13]

3.4.3 Partner en kinderen

In enkele studies komt ook naar voor dat tijdelijke werknemers vaker alleenstaand zijn.[26,48] Sommige studies vinden ook een verband met uitstel van ouderschap. Omwille van de onzekerheid die een tijdelijk contract met zich meebrengt, beslissen tijdelijke werknemers minder snel aan een gezin te beginnen. Deze associatie werd vooral gevonden bij mannen.[36]

3.4.4 Onderwijsniveau

Er wordt in de meeste studies vastgesteld dat werknemers met een niet-vast contract vaker een lagere scholingsgraad hebben.[10]

Tabel 2: Samenvatting resultaten uit de literatuur.

Werknemers met niet-vast contract + …	Gezondheidsuitkomst	Resultaat (ivm vast contract)	Opmerking / Nuancering
	Algemeen	Meerderheid van de studies richting negatief effect	OR 1,25 = gecombineerde OR uit meta-analyse van studies tot 2004.[9]
	Jobtevredenheid	Negatief effect [19,20,23,35–37,70,72,73]	
	Jobonzekerheid	Dosis-respons negatief effect [27,30,39,40,72]	- Maar minder dan bij werkloosheid - H0 : niet-vast werk -> meer controle en zekerheid? = empirisch weerlegd[72]
	Psychische Gezondheid		
	Slechte mentale gezondheid of psychisch lijden	Negatief effect [5,23,24,26,29,30,34,36,40,73]	
	Angst	Negatief effect [30]	1 studie, zwakke kwaliteit (N:88)
	Emotionele uitputting	Negatief effect [27]	
	Slaapproblemen	Geen verschil in 3 studies[5,24,43], in 1 wel[34]	
	Depressieve klachten	Negatief effect[23,25]	sterke studie (N:3577; 10 jaar follow-up)[25]
	Gebruik antidepressiva	Negatief effect[28]	Grote studie (N:65208; 4 jaar follow-up); effect grootst bij contracten <6 maand
	Depressie-gerelateerde werkongeschiktheid	Geen verschil op onset en herval Wel op duur van ongeschiktheid[22]	- Grote studie (N:107828, 6 jaar follow-up) - Bidirectionele causaliteit
	Fysieke Gezondheid		
jobonzekerheid & jobontevredenheid	**Mortaliteit**	Negatief effect[67]	HR 1,95 (N: 4502; 15 jaar follow-up)
niet-vrijwillige keuze	**Mortaliteit**	Negatief effect[67]	HR 2,95 (N: 3502; 9 jaar follow-up)
HIV primo-infectie	**Mortaliteit of hospitalisatie**	Negatief effect[47]	OR 2,5 (N: 319; 6 jaar follow-up)
	Musculoskeletale klachten	Frequenter[25,35,58]	3 studies (N:11782, N:21639, N:3710,) Enkel bij voltijdse tewerkstelling, geen verschil bij deeltijds owv minder blootstelling
	Subjectieve gezondheid	Negatief effect[13,16,17,26,27,46,73,74]	
	Preventie en bescherming op het werk		
	Deelname preventieve medische controles	Minder frequent[60]	PR vrouw: 0,67 (N:11740) - PR man: 0,40 (N: 3833)
Industriesector	**Arbeidsongevallen**	Meer frequent en ernstiger[53,54]	Frequentie x2 - Ernst x2 (N: 43940; 8 jaar follow-up) - door minder blootstelling bij niet-vast contractuelen is reëel effect vermoedelijk hoger
Verpleegkundigen/ verzorgenden	**Arbeidsongevallen**	Minder frequent[59]	Verklaard door minder blootstellingstijd
Industrie en bouwsector	**Arbeidsongevallen**	Frequenter[48]	3 à 5x (N: 342540) OPM: schadeclaims tijdelijke 2x vaker verworpen dan vaste werknemers
	Arbeidsongevallen: **niet-fatale letsels** **fatale letsels**	 Frequenter Frequenter[52]	(N: 1808032 arbeids-ongevallen) Rate Ratio 2,94 Rate Ratio 2,54 =afhankelijk van ervaring: na correctie voor ancienniteit verdween significantie
Vrouw, tijdelijk contract	**Ongewenste intimiteiten**	Frequenter[10,55,73]	3 studies: - 3 tot 5x frequenter (N: 1101)[55] - 6,8% tov 5% (N:15500)[10] - Canadese studie met interviews[73]
Vrouw, *casual* contract	**Ongewenste intimiteiten**	Frequenter[55]	17x (N: 1101)
	Werkongeschiktheid		
	Absenteisme	Minder frequent[18,19,38,62]	- OR 0,7 (N: 11782)[19] - OR 0,77 (N: 5650)[18] - bij overgang naar vast contract: OR x2[38]

Focusgroeponderzoek

Om de bevindingen uit de literatuur verder te exploreren bij onze eigen patiënten werden 2 focusgroepen samengesteld met telkens 5 tijdelijke werknemers met een uitzendcontract. Hoewel het om een kleine groep patiënten ging, werden toch zo goed als alle items uit de literatuur aangehaald tijdens het gesprek. Omdat hun ervaringen sterk overeenkomen met de uitkomsten hierboven, zal in tabel 3 enkel een overzicht worden gegeven van de thema's die uit de focusgroepen kwamen. Concrete voorbeelden en citaten worden besproken in de discussie aan de hand van de resultaten van de literatuurstudie.

Tabel 3: Thema's die aangehaald werden in de focusgroepgesprekken

Lichamelijke klachten	Stress-gerelateerde klachten	Haaruitval, maagklachten
	Musculoskeletale klachten	Rugpijn
	Vermoeidheidsklachten	
Psychische klachten	Angst	
	Stress	
	Gespannen gevoel	
Absenteïsme en presenteïsme	Reactie van de werkgevers op ziekteverlet	Dreiging met ontslag
		Geen tolerantie voor ziekteverlet na arbeidsongeval
	Reactie collega's op ziekteverlet	
	Presenteïsme	Uit loyaliteit (naar collega's, naar de werkgever toe)
		O.b.v. discriminatie (racisme)
		O.b.v. jobonzekerheid
Beschermende factoren	Bewuste keuze voor tijdelijk contract	Vrijheid, flexibiliteit
	Sociale steun op de werkvloer	Van collega's en/of werkgever
	Ervaren werkzekerheid	
	Beloningen en verloningen	
	VTO beleid (vorming, training, onderwijs)	
Bedreigende factoren	Onvrijwillige keuze voor dit type contract	
	Ervaren en/of reële jobonzekerheid	
	Onvoorspelbaar uurrooster, overuren	
	Hoge werkdruk	Meer je best willen doen
		Zwaarder werk (tov vaste collega's)
	Financiële zorgen en inkomensonzekerheid	
	Gebrek aan controle over toekomst	Langetermijnsplannen: lening voor woning
		Korte termijnsplannen: onmogelijkheid om vakantie zelf te plannen
	Minder loon en extra-legale voordelen	Lager loon
		Minder compensatie op zon-/feestdagen
		Minder/geen premies of andere beloningen (maaltijdcheques, cadeau's)
	Gebrek aan sociale steun op de werkvloer	"Tweederangswerknemers"
	VTO beleid	Geen tijd voor of investering in opleiding
	Negatieve invloed op sociaal leven	Geen tijd voor gezin
	Duur interimcontract (week/maand/jaar)	

DISCUSSIE

In het licht van onze onderzoeksvraag kunnen we besluiten dat werken met een niet-vast contract nadelige effecten kan hebben op zowel de fysieke als psychische gezondheid. Hoewel het meest harde eindpunt toch het verhoogde mortaliteitsrisico is, lijkt het nadelig effect zich op de eerste plaats op psychisch vlak te manifesteren. Vanuit het bio-psycho-sociaal model is het ook logisch dat fysieke en psychische gezondheid nauw verweven zijn en beiden sterk onder invloed staan van sociale determinanten zoals de werksituatie. Er zijn daarnaast ook directe gezondheidsrisico's op de werkvloer zelf, zoals een verhoogd risico op arbeidsongevallen en fysiek belastend werk. Daarnaast zien we ook belangrijke mediërende factoren zoals bijvoorbeeld de extra kwetsbaarheid van gender en laaggeschooldheid. Terwijl een sterke sociale zekerheid en een stabiele arbeidsmarkt een beschermend effect hebben op de negatieve impact op gezondheid.

Causaliteit

In onderzoek naar verbanden tussen werk en gezondheid stelt zich de vraag of men van een causaal verband kan spreken of niet. Bijna alle studies nemen deze bedenking mee in hun bespreking. Er wordt gesuggereerd dat de link tussen tijdelijk werk en gezondheid bidirectioneel kan zijn. Volgens de causaliteitshypothese zou tijdelijk werk een schadelijke invloed hebben op gezondheid. Daarnaast is er de selectie-hypothese' waarbij vooral de gezonde werknemers gemakkelijker geselecteerd worden voor stabiele en vaste jobs (*healthy hire effect*) en deze jobs ook langer kunnen behouden (*healthy worker survivor effect*). Empirisch blijkt effectief dat gezondere werknemers, met minder psychische problemen en een hogere jobtevredenheid meer kans maken op een vast-contract in de toekomst.[29] Daarnaast hebben werknemers met een niet-optimale gezondheid meer kans op werkloosheid.[17] In een Nederlandse cohort-studie (n=7112) bleek dat een slechtere algemene gezondheid en emotionele uitputting bij vaste werknemers een voorspeller was van toekomstige werkloosheid. Daarnaast bleken tijdelijke werknemers met minder musculoskeletale symptomen meer kans te maken op vast werk.[75]

Het '*healthy worker effect*' wordt daarom ook genoemd als een bias die zowel een hogere als een lagere morbiditeit of mortaliteit bij tijdelijk werk kan verklaren. Indien gezonde werknemers gemakkelijker een vast contract krijgen, zal de groep tijdelijke werknemers meer ongezonde individuen bevatten en verklaart dit deels de hogere morbiditeit en mortaliteit in deze groep.[3] Anderzijds zullen de meest ongezonde werknemers verder uitgeselecteerd worden in de richting van werkloosheid en blijft een relatief gezonde groep tijdelijke werknemers over. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor uitkomsten zonder significante gezondheidsschade.

Wat betreft de causaliteitshypothese kan men in cross-sectionele studies hier weinig uitspraak over doen. Daarentegen vindt men in de longitudinale studies, waarbij de uitkomsten bovendien gecorrigeerd werden voor gezondheid bij aanvang van de studie, toch een causaal verband terug tussen niet-vast werk en gezondheid.[13]

Er is dus zowel evidentie voor de selectie- als de causaliteitshypothese en waarschijnlijk spelen beide fenomenen in de gezondheidsuitkomsten. Bijvoorbeeld lagere socio-economische status en een lagere scholingsgraad zijn geassocieerd met een hogere morbiditeit en mortaliteit. Daarnaast zijn ze ook geassocieerd aan minder kwalitatieve jobs met meer manuele en zwaardere arbeid. Vaak zijn dit ook de jobs met tijdelijke contracten, waarbij men naargelang de blootstelling nog extra gezondheidsschade oploopt. Omwille van selectie zal deze groep meer kans hebben om in de perifere arbeidsmarkt vast te blijven

zitten. En omwille van causaliteit dragen deze perifere jobs bij tot een minder goede gezondheid, wat bijdraagt aan de neerwaartse sociale mobiliteit.[13,38]

Pathways tussen tijdelijk werk en (on)gezondheid

Een mogelijk verklaringsmodel voor de negatieve gezondheidseffecten van tijdelijk werk vindt men in het "PDR-model" van Quinlan en Bohle (2004). Dit model groepeert de factoren die de problemen met werkgerelateerde gezondheid bij precair werk kunnen verklaren in 3 groepen. Het eerste is de "*Economic and Reward Pressures"*, waaronder inkomens- en jobonzekerheid vallen. De competitie om werk kan belangrijke risico's met zich meebrengen zoals intensifiëring van het werk, sneller aanvaarden van gevaarlijke opdrachten en onregelmatige uren, presenteïsme en het combineren van verschillende jobs.
De tweede factor *"Disorganisation"* heeft te maken met werkinstabiliteit waarbij vaste regels, procedures en communicatie minder sterk zijn en er minder aandacht is voor kwalificatie, training en begeleiding. Dit is eigen aan de relatie tussen de werkgever en uitzendkrachten. Omdat deze laatste niet beschouwd worden als onderdeel van het eigen personeelsbestand, voelt de werkgever zich minder verantwoordelijk voor deze groep en zal hij bijvoorbeeld minder investeren in opleiding of veiligheid. Dit wordt ook bevestigd in meerdere studies [5,10,76], waaronder ook in het jaarlijkse rapport van de OESO over de huidige arbeidsmarkt.[65] Ook de organisatie van preventie op het werk is minder effectief.[60] Daarnaast heeft disorganisatie ook tot gevolg dat de tijdelijke werknemers zich zelf moeilijker kunnen organiseren om zo collectief te kunnen onderhandelen.
De derde factor, "*Regulatory Failure"*, verwijst naar de minder sterke regelgeving en bescherming binnen dit soort contracten. Veel werknemers zijn ook niet op de hoogte van hun rechten of durven deze niet afdwingen omwille van jobonzekerheid. Bovendien is het niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is waarvoor wanneer er meerdere werkgevers zijn. Dit verklaringsmodel wordt verder geëxploreerd in een Canadese studie rond arbeidsongevallen bij uitzendkrachten. Zowel de kwantitatieve als kwalitatieve data bevestigden sterk dit verklaringsmodel.[61]

De meest besproken factor in de relatie tussen tijdelijk werk en welzijn is jobonzekerheid. Deze komt als een rode draad terug in de literatuur alsook in de focusgroepen.

> *"We moeten elke maandag wachten om te weten of we de volgende week werken of niet. Dat is een stresserend moment, of jouw naam op de lijst staat of niet." - M3*[*]

> *"Bij sommige bedrijven weet je al van de dag dat je binnenkomt: je hebt geen kans op een vast contract. Dan is dat zo wat uitzichtloos. Dan kom je elke dag met stress werken." - M4*

Jobonzekerheid heeft niet alleen te maken met stabiliteit van het werk, maar ook met het hebben van een stabiel inkomen. Dit werd in de vrouwelijke focusgroep ook aangehaald als een rem op hun toekomstplannen.

> *"Volgend jaar verloopt mijn contract misschien, dan heb ik een woning, en hoe ga ik dat betalen." - V3*

> *"Het is gewoon die onzekerheid. Je werkt dan, maar je weet niet hoe lang dat je daar gaat werken. Ook voor uw toekomst, je kan niet echt meer dingen vastleggen, omdat je dan niet weet, ga ik tegen dan nog werken, of niet." - V1*

[*] Focusgroepdeelnemers worden aangeduid met de letter M of V (respectievelijk mannelijk of vrouwelijk) en met een nummer van 1-5.

Een deel van de gemengde uitkomsten in de literatuur wordt verklaard door de heterogeniteit binnen de groep tijdelijke werknemers. Naast jobonzekerheid blijken ook de werkomstandigheden een belangrijke rol te spelen in jobtevredenheid en gezondheidsklachten.

> *"Die onzekerheid…Je weet maar nooit of je de volgende week zal gaan werken. En zelfs als het werk heel zwaar is… Je moet gewoon doordoen, je best doen." - M5*

Hoewel tijdelijke werkkrachten vaak minder verantwoordelijkheden hebben dan hun vaste collega's, kunnen ze toch een hogere werkdruk ervaren omdat ze maximaal moeten presteren om hun job te verzekeren en geen controle hebben over hun werkritme.

"De mensen die een vast-contract hebben, hebben minder deze problemen. Die hebben niet altijd te horen: "Doe dit, doe dat,…". Die kunnen de tijd ervoor nemen." - M3

"Dat je niet voor jezelf durft opkomen, dat je moet presteren en dat je u gewoon voor de volle 100% moet geven." - V1

In de literatuur en de focusgroepen wordt ook regelmatig gesproken over stress. Stress door onzekerheid, door belastende werkomstandigheden, door altijd 100% te moeten presteren. Stress heeft op ieder individu een andere uitwerking. De ene respondent had maagklachten, de andere haaruitval. Terwijl anderen juist alleen psychische symptomen vertonen zoals emotionele uitputting of gespannen zijn.

> *"Als je altijd gestresseerd bent, kan je thuis niet rustig zijn. Alles is dan teveel voor jou. Bijvoorbeeld als je vrouw iets begint te zeggen, is dat te luid voor jou. Als zij een liedje wil horen ofzo, is dat te luid voor jou. Alles. En op dat moment krijg je veel emoties. Nog meer gestresseerde situatie." - M3*

Wanneer men bewust kiest voor een tijdelijk contract omwille van praktisch of persoonlijke redenen, zien we geen nadelige effect, integendeel voor sommigen is dit zelfs gezondheidsbevorderend.

> *"Ik ben nogal een avontuurlijk persoon en ik ga nogal graag op vakantie ook en ik vind dat dan wel net tof dat ik dan een tijdelijke job heb. Dan wist ik bijvoorbeeld van: vanaf januari, maakt het eigenlijk niet uit, ik moet geen vakantie nemen, ik kan gewoon op vakantie gaan." - V2*

In de meta-analyse van Virtanen (2005) werden de uitkomsten van de studies expliciet vergeleken met de werkloosheidscijfers. Hoge werkloosheidscijfers gaan samen met een hoog aandeel tijdelijke werknemers. Wanneer het aanbod tijdelijke werknemers groter is, is de selectie op basis van gezondheid ook sterker en blijven alleen de '*healthy worker survivors'* over.

> *"Veel mensen zitten zonder werk, daarom gaan veel mensen werken voor de interim. Dan hebben ze veel ongevallen en zitten ze thuis, in dop, zonder werk. En als ik ga werken voor interim, en het eerste werk is moeilijk voor mij, omdat het een zware job is. En op het tweede werk is men niet vriendelijk, en het derde werk is ook al zo. Dan ga ik liever niet meer werken en ga ik liever blijven doppen." - M3*

Een observatie die minder frequent in de literatuur aan bod kwam, maar ook zeer duidelijk uit de studie van het HIVA naar voren komt, is de ervaring van discriminatie op de werkvloer ten opzichte van niet-vaste werknemers.

> *"In onze situatie denk ik dat wij zoals machines zijn, wij zijn robots, wij hebben geen*

emotie. (…) Als je productiviteit wilt van interimmers en je ziet die mensen als tweedehands, hoe kan dat dan? Waar is de vriendelijkheid, het respect?" - M3

"Op dit moment krijgt interim het allerbeste van mensen hun leven en behandelt ze als slaven. Ze krijgt mijn tijd, krijgt mijn geld, krijgt mijn gezondheid…" - M3

Dat tijdelijke en vaste werkkrachten anders behandeld worden, is ook zichtbaar in het VTO-beleid (vorming, training en opleiding). Bovendien zijn er nog verschillen in verloning en extra-legale voordelen.

"We zijn overgestapt naar een nieuw systeem en al mijn andere collega's die krijgen daar allemaal opleiding voor. Maar bij mij willen ze daar eigenlijk de tijd niet in steken, omdat ze niet weten ofdat ik daar langer ga blijven of niet." - V1

"De mensen met een vast contract werken niet op maandag, woensdag of donderdag, maar op zondag krijgen ze 200%. En als wij bijvoorbeeld op feestdagen werken, krijgen wij geen 150 of 300% zoals zij. Wij krijgen alleen overuren." - M3

"Bijvoorbeeld met de kerstperiode, dan kregen de vaste medewerkers allemaal een kerstgeschenk en de interimmers niet. Ik vond dat eigenlijk niet fair want ik had zoiets van: er zijn hier interimmers die al langer in dienst zijn dan de vaste medewerkers." - V4

"Ik kreeg geen eindejaarspremie en nog van die dingen. En eigenlijk is dat niet eerlijk, want je presteert evenveel uren, je doet hetzelfde werk, maar je hebt er geen recht op. En dat vond ik wel erg." - V1

Een straffe maar treffende uitspraak:

"Interim is de eerste vorm van racisme." - M3

Presenteïsme

Het fenomeen van werken ondanks ziekte wordt ook wel 'presenteïsme' genoemd, tegenovergesteld aan het 'absenteïsme'. In meerdere studies werd dit fenomeen gecorreleerd aan jobonzekerheid, die groter is bij werknemers met een niet-vast contract. Recent is er meer aandacht voor dit onderwerp, omdat men ook veronderstelt dat dit niet alleen ongunstig is voor de werknemer maar ook voor de productiviteit van het bedrijf.[11] In de EWCS gaven 45,6% van de tijdelijke werknemers aan dat ze gingen werken als ze ziek waren. Ook in een recente studie van het ACV bij 2332 uitzendkrachten in samenwerking met het Hoger Instituut Voor Arbeidswetenschappen, als ook in een bevraging bij interimarbeiders door het ABVV werden dit fenomeen bevestigd.[68] In de laatstgenoemde enquête gaf 47,9% van de uitzendkrachten aan te gaan werken bij ziekte.[77] Deze vaststellingen worden nochtans niet alleen gedaan bij tijdelijke werknemers. Ook vaste werknemers in een onzekere situatie kunnen hetzelfde gedrag vertonen. Een recente studie van Securex bevestigt dat het aantal ziektemeldingen per werknemer op het laagste peil staat sinds 8 jaar. Ten opzichte van 2013 is het percentage met 8% gedaald. Securex waarschuwt dat dit niet altijd wijst op minder zieken, aangezien men ook vaststelt dat de duur van afwezigheid toeneemt (+9% ten opzichte van 2013).[78]

In onze kwantitatieve analyse waarbij 393 patiënten tussen 18 en 35 jaar een gezondheidsvragenlijst invulden was het meest markante resultaat het hoge aantal dat antwoordde dat ze ondanks ziekte toch zijn gaan werken: 8 op 10. In tegenstelling met wat blijkt uit de literatuur en grotere onderzoeken was er in ons eigen beperkt onderzoek geen

significant verschil tussen bij deze met vast contract en deze met niet-vast contract. Maar dit getal van 8 op 10 patiënten, jonger dan 35 jaar, die ondanks ziekte toch gaan werken is buitengewoon hoog. Voor de rapportering van het vragenlijstonderzoek wordt verwezen naar het onderzoek van de co-auteur.

Ook in het focusgroeponderzoek kwam de problematiek van presenteïsme in beide groepen opvallend aan bod. Daar was presenteïsme verbonden met een loyaliteit naar collega's die een hogere werkdruk zouden ervaren bij afwezigheid van de betrokken werknemer.

> *"Soms ben je niet 100%, maar je gaat toch werken omdat je weet dat het heel druk is. Je weet dan, voor uw collega's, dat is erg dat ze dan nog extra hun best moeten doen terwijl er eigenlijk al zoveel werk is." - V3*

Of ging men ziek werken onder druk van intimiderende uitspraken van de werkgever terwijl men zich in een kwetsbare positie bevond.

> *"(spreekt in naam van werkgever): "Als je wil werken, onze firma is niet zo. Wij zien liever niet dat de mensen ziek worden" En wat moet ik doen? Op dat moment kan ik beter werken dan thuisblijven." - M3*

Gekleurde werknemers verbonden de druk om te gaan werken aan een zeker racisme, zowel vanwege collega's als vanwege de werkgever.

> *"Als dat iemand van een vreemde origine is, gaat die al terwijl hij ziek is, toch nog blijven. Hij moet er zelfs bijna bij neervallen voordat hij naar huis wil gaan. Omdat hij toch ergens die onzekerheid heeft." - M1*

Uit de focusgesprekken bleek ook dat bij arbeidsongevallen de druk van de werkgever zeer groot was om toch als interim-werknemer zo snel mogelijk terug aan de slag te gaan.

> *"Op de 2e dag* (na het arbeidsongeval - red.) *hebben ze naar mij gebeld: "Kom jij naar het werk of wat wil jij doen?" Ik heb gezegd: "Ik heb 3 dagen om thuis te blijven, als ik beter ben, ga ik liever komen." En na dit moment ben ik naar het werk gegaan en de eerste dag mijn ploegbaas heeft mij gebeld voor een afspraak. Hij zegt mij: "Jij bent ziek en voor onze firma is het niet zo goed als de mensen ziek zijn." En wat moet ik doen? Ik kan beter naar het werk gaan dan zonder geld thuisblijven. Ik ben dus naar het werk gegaan en tot deze week ben ik niet meer naar de dokter geweest."*
>
> *"Ik werk daar al anderhalf jaar. Dus na 3 weken* (na het arbeidsongeval - red.) *moest ik terug of anders werd ik ontslagen."*

Relevantie voor de huisarts:

In de consultatieruimte wordt men dagelijks direct of indirect geconfronteerd met deze problemen, hoewel patiënten niet altijd zelf zullen aangeven of beseffen dat hun klachten mogelijkerwijs ook werkgerelateerd zijn. Vanuit het holistisch mensbeeld is een duurzame behandeling van de patiënt alleen maar mogelijk als men rekening houdt met de context en sociale determinanten rond die patiënt. Dit onderstreept het belang van de vraag naar werkomstandigheden en de relatie met de aanmeldingsklachten in de anamnese. Aangezien de groep tijdelijke werknemers weinig of niet wordt opgevolgd in de preventieve arbeidsgeneeskundige controles, heeft alleen de huisarts nog de mogelijkheid om continuïteit te bieden en het overzicht te behouden van de blootstelling aan arbeidsrisico's. Bovendien heeft de huisarts een bevoorrechte positie bij het vaststellen van terugkerende problemen en patronen bij bepaalde groepen in de samenleving. Het College of Family Physicians in Canada verwoordt het als volgt: "De maatschappij en gemeenschappen van mensen hebben de expertise van de huisarts nodig om gezondheidsproblemen en hun sociale determinanten te identificeren en deze op een brede en collectieve manier aan te pakken. Op dit niveau tracht men bij het pleiten voor gezondheid (*health advocacy*) te veranderen ten voordele van de patiënten in brede zin. Door op een dergelijke manier op verschillende niveaus te werken, wordt "*health advocacy"* een essentiële en fundamentele component van gezondheidspromotie. Deze komt tot zijn recht zowel door het ingrijpen van individuele huisartsen als door collectieve acties met als doel het welzijn en beleid rond gezondheid op populatieniveau te beïnvloeden."

Een van de belangrijke fenomenen die we zowel in onze huisartsenpraktijken als in verschillende studies konden terugvinden, is het zeer frequent voorkomen van presenteïsme. Het komt niet alleen frequenter voor bij tijdelijke werknemers dan bij vaste werknemers. Daarnaast blijkt het ook meer voor te komen bij de hele actieve bevolking. Dit is niet alleen een maatschappelijke uitdaging, maar ook een belangrijk obstakel binnen de consultatieruimte. In de moderne huisartsgeneeskunde bepaalt de arts namelijk zijn behandelplan enerzijds aan de hand van de *evidence based medicine* en daarnaast doet hij aan *shared-decision making*, waarbij de ideeën en verwachtingen van de patiënt mee bepalend zijn voor het beleid. In bepaalde omstandigheden kan het belangrijk zijn voor het genezingsproces of gewoon veiliger dat de patiënt niet gaat werken. Een patiënt die omwille van jobonzekerheid geen ziekteverlof durft nemen, zal het beleid van de arts niet kunnen of willen volgen. Hierdoor kan de arts-patiëntrelatie onder druk komen te staan.

CONCLUSIE

Werknemers met een niet-vast contract ondervinden negatieve gezondheidseffecten op psychisch en fysiek vlak en op vlak van preventie en bescherming op het werk. Werken met een niet-vast contract is vergeleken met werken met een vast contract geassocieerd met een slechtere algemene psychische gezondheid, met negatieve stress ten gevolge van jobonzekerheid en jobontrevredenheid, met het rapporteren van psychisch lijden, angst, depressieve klachten, gebruik van antidepressiva en een langere duur van depressie-gerelateerde werkongeschiktheid. Er werd ook een verhoogde mortaliteit vastgesteld, bijzonder voor deze die last hebben van jobonzekerheid en jobontevredenheid en bij deze die zelf niet de keuze hebben gemaakt om met niet-vast contract te werken. In de industrie- en bouwsector werden in deze groep meer en ernstigere arbeidsongevallen gerapporteerd, meer musculoskeletale klachten en bij vrouwen waren er frequenter ongewenste intimiteiten. Er werd bij deze groep minder absenteïsme vastgesteld, mogelijks verband houdend met een verhoogd presenteïsme.

De bevraging van de werkomstandigheden van de werkende patiënt in relatie met de aanmeldingsklacht bij de huisarts zou standaard moeten worden. Het verrassend sterk aanwezige probleem van presenteïsme, zowel in de literatuurstudie, als in ons kwantitatief onderzoek en de focusgroepen, stelt de huisarts voor grote obstakels om én volgens de criteria van de *evidence based medicine* te adviseren, én om *patient-centered* te werken. Het in kaart brengen van het probleem van het presenteïsme: de omvang, de gevolgen voor de gezondheid van de patiënt en voor de arts-patiënt relatie zou een zeer nuttig onderzoek kunnen zijn.

DANKWOORD

Deze thesis is natuurlijk niet alleen onze eigen verdienste, gelukkig hebben we van vele mensen hulp en inspiratie gekregen. Op de eerste plaats willen we vooral onze promotor, Prof. Guido Van Hal bedanken voor zijn aangename en geduldige begeleiding. We hebben veel bijgeleerd uit zijn inzichten en adviezen en konden steeds rekenen op snelle en kwalitatieve feedback.

Bij de start van onze thesis hebben we ook enkele interessante adviezen en ideeën meegekregen van onder andere Kim Bosmans, die aan de VUB op dit onderwerp werkt, en van Dr. Katrien De Troeyer die ons adviezen gaf i.v.m. kwalitatief onderzoek.

Daarnaast willen we ook de patiënten bedanken die de inspiratie waren voor deze thesis en in het bijzonder de patiënten die onze enquête hebben ingevuld. Voor de verzameling van de vragenlijsten hebben we ook bijzonder veel hulp gekregen van het team in de praktijk. Vooral door de inzet van onze onthaalmedewerkers die gedurende 2 maanden elke dag patiënten aanspraken, hebben we zoveel vragenlijsten kunnen verzamelen. Daarna volgde het invoeren van de data waarvoor we gelukkig ook beroep konden doen op enkele naarstige helpers.

Voor de statistische verwerking van de vragenlijst hebben we bijzonder veel hulp gekregen van Dr. Evy Lenaerts, die ons de wondere wereld van SPSS heeft getoond.
Dan volgde de moeilijkste stap in het proces: het bijeenkrijgen van interimwerknemers voor een focusgroepgesprek. We hadden hier nooit in geslaagd zonder de hulp van Mourad Gabbany, die binnen het bedrijf waar hij werkt meerdere interimwerknemers heeft aangesproken en gemotiveerd om mee te doen. We zijn ook de focusgroepdeelnemers zelf heel dankbaar dat ze voor ons onderzoek een weekendavond wilden opofferen!

Tot slot willen we zeker ook onze praktijkopleiders bedanken voor hun inhoudelijke en morele ondersteuning. Ze hebben veel geduld opgebracht telkens we onze planning niet haalden, maar gaven ons gelukkig het vertrouwen en de nodige duwtjes in de rug om verder te gaan.

BRONNEN

1. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008, 372:1661–9 .

2. Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Nieuwe wetgeving over psychosociale risico's op het werk vanaf 1 september 2014. Beschikbaar via: www.werk.belgië.be. Geraadpleegd 2015 januari 18.

3. Ferrie JE, Westerlund H, Virtanen M, et al. Flexible labor markets and employee health. *SJWEH Suppl* 2008;(6):98–110.

4. Bernhard-Oettel C. Alternative Employment and Well-being: Contract Heterogeneity and Differences Among Individuals [thesis]. Stockholm: Department of Psychology, Stockholm University; 2008.

5. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Work environment and health in different types of temporary jobs. *Eur J Work Organ Psychol* 2002;11:151–175.

6. Waenerlund A-K. Temporary work and illness [thesis]. Umeå: Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University Stockholm; 2013.

7. OECD. Labour Market Statistics-Data (2012). Beschikbaar via: stats.oecd.org. Geraadpleegd op 2015 januari 18.

8. Vanderoost Filip, van der Wielen Susan, Van Nunen Karolien, Van Hal Guido F. Employment loss during economic crisis and suicidal thoughts in Belgium: a survey in general practice. *Br J Gen Pract* 2013; 63(615) :691-697.

9. Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, et al. Temporary employment and health: A review. *Int J Epidemiol* 2006; 34, 610–622.

10. Letourneux V, Union E. Dublin: European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications, 1998.

11. Johns G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *J Organ Behav 2010*; 31, 519–542.

12. Smet F, Segers K, Deveugele M. Invloed van een niet vast contract op de gezondheid [thesis]. Gent: Universiteit Gent, 2013.

13. Pirani E, Salvini S. Is temporary employment damaging to health? A longitudinal study on Italian workers. *Soc Sci Med* 2015; 124, 121–31.

14. De Cuyper N, De Jong J, De Witte H, et al. Literature review of theory and research on the psychological impact of temporary employment: Towards a conceptual model. *Int J Manag Rev* 2008; 10, 25–51.

15. De Cuyper N, De Witte H. Temporary employment: Associations with employees' attitudes, well-being and behaviour. a review of Belgian research. *Psychol Belg* 2009; 49, 249–273.

16. Keuskamp D, Ziersch AM, Baum FE, Lamontagne AD. Precarious employment, psychosocial working conditions, and health: Cross-sectional associations in a population-based sample of working Australians. *Am J Ind Med* 2013; 56, 838–844.

17. Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, et al. Labor market trajectories and health: a four-year followup study of initially fixed-term employees. *Am J Epidemiol* 2005;161,840–6.

18. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, et.al. Contingent employment, health and sickness absence. *Scand J Work Environ Heal* 2001; 27, 365–372.

19. Benavides FG, Benach J, Diez-Roux A V, Roman C. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European survey on working conditions*. J Epidemiol Community Health* 2000; 54, 494–501.

20. Bardasi E; Francesconi M. The impact of atypical employment on individual wellbeing: Evidence from a panel of British workers. *Soc Sci Med* 2004; 58, 1671–1688.

21. Bernhard-Oettel C, Cuyper N De, Berntson E, Isaksson K. Well-being and organizational attitudes in alternative employment: The role of contract and job preferences. *Int J Stress Manag* 2008; 15, 345–363.

22. Ervasti J, Vahtera J, Virtanen P, et al. Is temporary employment a risk factor for work disability due to depressive disorders and delayed return to work? the Finnish public sector study. *Scand J Work Environ Heal* 2014; 40, 343–352.

23. Kompier M, Ybema JF, Janssen J, Taris T. Employment contracts: Cross-sectional and longitudinal relations with quality of working life, health and well-being. *J Occup Health* 2009; 51, 193–203.

24. Martens MFJ, Nijhuis FJN, Van Boxtel MPJ, Knottnerus JA. Flexible work schedules and mental and physical health . A study of a working population with non-traditional working hours. *J Organ Behav* 1999; 46, 35–46.

25. Quesnel-Vallée A, DeHaney S, Ciampi A. Temporary work and depressive symptoms: A propensity score analysis. *Soc Sci Med* 2010; 70, 1982–1987.

26. Waenerlund A-K, Virtanen P & Hammarström A. Is temporary employment related to health status? Analysis of the Northern Swedish Cohort. *Scand. J. Public Health* 2011; 39, 533–539.

27. Wagenaar AF, Kompier M a J, Houtman ILD, et al. Can labour contract differences in health and work-related attitudes be explained by quality of working life and job insecurity? *Int Arch Occup Environ Health* 2012; 85, 763–773.

28. Virtanen M, Kivimäki M, Ferrie JE, et al. Temporary employment and antidepressant medication: A register linkage study. *J Psychiatr Res* 2008; 42, 221–229.

29. Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, et al. Employment security and health. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56, 569–574.

30. Boscolo P, Donato A, Giampaolo L, et al. Blood natural killer activity is reduced in men with occupational stress and job insecurity working in a university. *Int Arch Occup Environ Health 2009*; 82, 787–794.

31. Vives A, Amable M, Ferrer M, e.a. Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *J Environ Public Health* 2013, 978656.

32. Benach J, Benavides FG, Platt S, et al. The health-damaging potential of new types of flexible employment: a challenge for public health researchers. *Am J Public Health* 2000; 90, 1316–7.

33. Ferrie JE. Is job insecurity harmful to health? *J R Soc Med* 2001; 94, 71–6 .

34. Bohle P, Quinlan M, Kennedy D, Williamson A. Working hours, work-life conflict and health in precarious and "permanent" employment. *Rev Saude Publica* 2004; 38, 19–25.

35. Aletraris L. How satisfied are they and why? A study of job satisfaction, job rewards, gender and temporary agency workers in Australia. *Hum Relations* 2010; 63, 1129–1155.

36. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59, 761–767.

37. Benach J, Gimeno D, Benavides FG, et al. Types of employment and health in the European Union: Changes from 1995 to 2000. *Eur J Public Health* 2004; 14, 314–321.

38. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, et al. From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occup Environ Med* 2003; 60, 948–953.

39. McNamara M, Bohle P, Quinlan M. Precarious employment, working hours, work-life conflict and health in hotel work. *Appl Ergon* 2011; 42, 225–232.

40. Bernhard-Oettel C, Sverke M, De Witte H. Comparing three alternative types of employment with permanent full-time work: How do employment contract and perceived job conditions relate to health complaints? *Work Stress* 2005; 19, 301–318.

41. Virtanen P, Janlert U & Hammarström A. Exposure to temporary employment and job insecurity: a longitudinal study of the health effects. *Occup Environ Med* 2011; 68, 570–574.

42. Zeytinoglu IU, Moruz J, Seaton MB, Lillevik W. Occupational Health of Women in Non-Standard Employment. Canada: Recherche en matière de politiques, 2003.

43. Virtanen P, Janlert U, Hammarström A, et al. Exposure to nonpermanent employment and health: analysis of the associations with 12 health indicators. *J Occup Environ Med* 2011; 53, 653–657.

44. Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, et al. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol* 2003;158, 663–668.

45. Khlat M, Legleye S, Falissard B, Chau N. Mortality gradient across the labour market core-periphery structure: a 13-year mortality follow-up study in north-eastern France. *Int Arch Occup Environ Health* 2013; 87(7):725-33.

46. Rodriguez E. Marginal employment and health in Britain and Germany: Does unstable employment predict health? *Soc Sci Med* 2002; 55, 963–979.

47. Dray-Spira R, Gueguen A, Persoz A, et al. Temporary employment, absence of stable partnership, and risk of hospitalization or death during the course of HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 40, 190–197.

48. Smith CK, Silverstein BA, Bonauto DK, et al. Temporary workers in Washington state. *Am J Ind Med* 2010; 53, 135–45.

49. Roquelaure Y, LeManach a. P, Ha C, e.a. Working in temporary employment and exposure to musculoskeletal constraints. Occup. Med. (Chic. Ill). 62, 514–518 (2012).

50. Inoue M, Minami M, Yano E. Body mass index, blood pressure, and glucose and lipid metabolism among permanent and fixed-term workers in the manufacturing industry: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2014; 14, 207.

51. Gustafsson PE, Janlert U, Virtanen P, Hammarström A. The association between long-term accumulation of temporary employment, the cortisol awakening response and circadian cortisol levels. *Psychoneuroendocrinology* 2012; 37, 789–800.

52. Benavides FG, Benach J, Muntaner C, et al. Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? *Occup Environ Med* 2006; 63, 416–421.

53. Fabiano B, Currò F, Reverberi AP, Pastorino R. A statistical study on temporary work and occupational accidents: Specific risk factors and risk management strategies. *Saf Sci* 2008; 46, 535–544.

54. Francois AM. Le travail temporaire en milieu industriel. Incidences sur les conditions de travail et la santé des travailleurs. *Trav Hum* 1991; 54, 21–41.

55. LaMontagne AD, Smith PM, Louie AM, et al. Unwanted sexual advances at work: Variations by employment arrangement in a sample of working Australians. *Aust N Z J Public Health* 2009; 33, 173–179.

56. Aiken LH, Sloane DM, Klocinski JL. Hospital nurses' occupational exposure to blood: Prospective, retrospective, and institutional reports. *Am J Public Health* 1997; 87, 103–107.

57. Amuedo-Dorantes C. Work Safety in the Context of Temporary Employment: The Spanish Experience. *Ind Labor Relations Rev* 2002; 55, 262–285.

58. Francois M, Lievin D, Grzebyk M. Facteurs de sécurité et d'insécurité pour les salariés intérimaires. Résultats d'une étude comparative dans 4 entreprises utilisatrices de main-d'oeuvre intérimaire. *Hygiène sécurité du Trav* 2000; 178, 7–26.

59. Alamgir H, Yu S, Chavoshi N, Ngan K. Occupational injury among full-time, part-time and casual health care workers. *Occup Med (Chic Ill)* 2008; 58, 348–354.

60. Laaksonen M, Aittomäki A, Lallukka T, et al. Register-based study among employees showed small nonparticipation bias in health surveys and check-ups. J Clin Epidemiol 2008; 61, 900–906.

61. Underhill E, Quinlan M. How precarious employment affects health and safety at work: The case of temporary agency workers. *Relations Ind* 2011; 66: 397.

62. Virtanen P, Vahtera J, Nakari R, et al. Economy and job contract as contexts of sickness absence practices: revisiting locality and habitus. *Soc Sci Med* 2004; 58, 1219–29.

63. Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, et al. Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occup Environ Med* 2006; 63, 212–217.

64. Kim I-H, Muntaner C, Vahid Shahidi F, et al. Welfare states, flexible employment, and health: a critical review. Health Policy 2012; 104, 99–127.

65. OECD. in Non-regular employment, job security and the labour market divide. Employment Outlook (2014). Beschikbaar via: www.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-employment-outlook-2014/non-regular-employment-job-security-and-the-labour-market-divide_empl_outlook-2014-7-en. Geraadpleegd op 2015 januari 18.

66. Baranowska A, Gebel M. Temporary employment in Central- and Eastern Europe : individual risk patterns and institutional context [working paper]. Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, 2008.

67. Ntti J, Kinnunen U, Mkikangas A, Mauno S. Type of employment relationship and mortality: Prospective study among Finnish employees in 1984-2000. *Eur J Public Health* 2009; 19, 150–156.

68. Szekér L, Vandekerckhove S, Van Gyes G. Uitzendkrachten. Bevraging ACV. Leuven: HIVA KU Leuven, 2014.

69. De Cuyper N, Notelaers G, Witte H. Transitioning between temporary and permanent employment: A two-wave study on the entrapment, the stepping stone and the selection hypothesis. *J Occup Organ Psychol* 2009; 82, 67–88.

70. Booth AL, Francesconi M, Frank J. Temporary Jobs: Stepping Stones or Dead Ends? *Econ J* 2002; 112, 189–213.

71. Eurostat. Incidence of temporary employment. Beschikbaar via: ec.europa.eu/eurostat. Geraadpleegd op 2015 januari 18.

72. De Cuyper N, Notelaers G, De Witte H. Job insecurity and employability in fixed-term contractors, agency workers, and permanent workers: associations with job satisfaction and affective organizational commitment. *J Occup Health Psychol* 2009; 14, 193–205.

73. Zeytinogla IU, Seaton MB, Lillevik W, Moruz J. Working in the margins women's experiences of stress and occupational health problems in part-time and casual retail jobs. *Women Health* 2005; 41, 87–107.

74. Ehlert C, Schaffner S. Health Effects of Temporary Jobs in Europe. *Ruhr Econ Pap* 2011; 295.

75. Wagenaar AF, Kompier M a. J, Houtman ILD, et al. Employment Contracts and Health Selection. *J Occup Environ Med* 2012; 54, 1192–1200.

76. Booth A, Francesconi M, Jeff F. Labour as a Buffer: do temporary workers suffer? [working paper]. Colchester: Institute for Social and Economic Research, University of Essex, 2002.

77. Martinez E, Dessers E. Enquête over de arbeidsomstandigheden bij uitzendkrachten. Brussel: Vrije Universiteit Brussel, Leuven: KU Leuven, 2013.

78. Securex. Werknemers melden zich steeds minder vaak ziek. Beschikbaar via: press.securex.be/werknemers-melden-zich-steeds-minder-vaak-ziek?__utma=229459358.743570670.1429681381.1429681381.1429681381.1&__utmb=229459358.2.10.1429681381&__utmc=229459358&__utmx=-&__utmz=229459358.1429681381.1.1.utmcsr=google|utmccn=(organic)|. Geraadpleegd op 2015 april 18.

79. De Cuyper N, Kiran S, De Witte H, Aygoglu FN. Associations between Temporary Employment, Alcohol Dependence and Cigarette Smoking among Turkish Health Care Workers. *Econ Ind Democr* 208; 29, 388–405.

80. Tompa E, Scott-Marshall H, Fang M. Social protection and the employment contract: The impact on work absence. *Work* 2010; 37, 251–260.

BIJLAGE

Tabel 4: Overzicht van de literatuur m.b.t. gezondheidsuitkomsten bij tijdelijke werknemers in vergelijking met vaste werknemers
(zie ook kleurlegende onderaan)

	AUTHOR PUBLICATION YEAR	SAMPLE, LOCATION	STUDY DESIGN	N°	AGE, GENDER	POTENTIAL CONFOUNDERS CONSIDERED	OUTCOME MEASURE	TYPE OF TEMPORARY EMPLOYMENT	MORBIDIT
	STUDIES concerning OCCUPATIONAL INJURY								
1	Aiken *et al.*[56] 1997	Hospital nurses from 40 hospitals, USA	Prospective, 12 349 shifts during 1 month (1990)	12 349 *shifts*	Not reported	None	**Occupational needlestick injuries**	Temporary	Null
2	Amuedo-Dorantes[57] 2002	Data from the National Survey on Working Conditions, Spain	Retrospective survey (1997)	3804	Not reported	Work conditions, human capital (education), job history (experience)	**Occupational injury**	Temporary	Null
3	Alamgir *et al.*[59] 2008	Sample of 3 health regions in British Colombia from WHITE database, Canada	Retrospective (2005)	8640 nurses + 2967 care aids	Mean 40-49 years; 5% male nurses 7% male care aids	Age, gender, facility, health region	**Occupational injury**	Casual work	**Neg**
4	Benavides *et al.*[52] 2006	Data from National Institute of Statistics labour force survey data on salaried workers, Spain	Cross-sectional (2000)	1 808 032	Mean 25-44 years; 18% women	Age, gender, occupation, length of employment	**Occupational injury**	Temporary	**Pos**
5	Fabiano *et al.*[53] 2008	-Data from National Organization for Labour Injury Insurance + data from State Statistics Institute	Cross-sectional over 5-year period (2000-2004)	Not reported	Mean age and gender distribution not reported	Not reported	**Occupational injury** **Severity of injury**	Temporary	**Pos** **Pos**
		-Data from 3 manufacturing firms -Field surveys from 16 temporary job agencies Italy	Retrospective survey Retrospective survey	303	Mean 29 years gender distribution not reported	Age, job position, sector, training period, on-site experience, tenure, perceived cause		Temporary	**Pos** **Pos**
6	Francois[54] 1991	Data from national and regional statistics on occupational injury in industrial workers, France	Prospective, register data 1979-1987	43940	Not reported	None	**Occupational injury** **Non-fatal** **Fatal**	Temporary	**Pos** **Pos**

7	Francois *et al.*[58] 2000	Employees from 4 companies of metal industry, France	Register (1995)	859	Not reported	Industry	**Occupational injury**	Temporary agency	Null
8	Smith *et al.*[48] 2010	Data from Washington State Fund claims, US	Cross-sectional (2003-2006)	342540 claims	No age or gender distribution reported	Age, gender, BMI, marital status, no of dependents, unemployment rate, tenure, wage, medical insurance, industry	**Occupational injury** **Time loss due to occupational injury**	Temporary agency	**Pos**
9	Underhill *et al.*[61] 2011	Sample from government organization for worker's compensation claims, Canada	Cross-sectional (1995-2001) + Focus group interviews (2003)	298 claims + 38 focusgroup participants	No age or gender distribution reported	/	**Occupational health and safety**	Temporary agency	**Neg**
	STUDIES concerning VARIOUS HEALTH OUTCOMES								
10	Altetraris[35] 2010	Sample from "Household, Income and Labour Dynamics in Australia"-Survey, Australia	Cross-sectional (2001)	3854	Mean 38 years (perm.), mean <30 years (temp.), 46% vrouwen (perm.), 44% (temp.)	Age, gender, education, marital status, double-earner, child not at school, parttime, would voluntarily leave job	**Job dissatisfaction**	Non-permanent contract (+ temporary agency work)	**Pos**
11	Aronsson *et al.*[5] 2002	Stratified subsample from labour market survey, Sweden	Cross-sectional (1997)	2767	Mean 45 years, 55% women	Age, gender, SES, work hours	**Discomfort when going to work**	Substitutes On call, Seasonal, Project, Probationary	**Pos** **Pos** Null Null Null
							Fatigue	Substitutes On call, Seasonal, Project, Probationary	**Pos** **Pos** Null **Pos** Null
							Sleep disturbances	Substitutes On call, Seasonal, Project, Probationary	Null Null Null Null Null
							Stomach problems	Substitutes On call, Seasonal, Project, Probationary	**Pos** Null Null Null Null
							Upper back/neck pain	Substitutes On call,	Null **Pos**

								Seasonal, Project, Probationary	Null Null Null
12	Artazcoz *et al.*[36] 2005	Data from Catalonian Health Survey, Spain	Cross-sectional (2002)	2472	Mean 35 years; 40% women	Age, gender, social class	**Poor mental health** **Job dissatisfaction**	Fixed Term Temporary +Manual-male +Non-manual-female +Manual-male +Non-manual-female	Null Null **Pos** **Pos** Null Null **Pos**
13	Bardasi *et al.*[20] 2004	Data from British Household Panel Survey, UK	Retrospecitve longitudinal register data 1991-2000	6754	Age 16-60 years, 47% women	Age, education, marital status, number of children by age, house tenure, household income, cigarettes/day ; Work experience, industry + occupation, employing sector, firm size, union coverage ; Region of residence and local unemployment	**Job dissatisfaction** **Poor general health** **Life dissatisfaction** **Ill mental health**	Seasonal/Casual	**Pos** Null Null Null
14	Benach *et al.*[37] 2004	2nd European Survey of Working Conditions	Cross-sectional (1996)	11782	Age ≥15 years, % women not reported	Age, gender, company size, work shifts, ex**Pos**ure to physical variables, psychosocial work environment variables, unemployment rate, percentage of temporary contracts, social protection benefits, Purchasing Parity power (PPP)	**Job dissatisfaction** **Stress** **Fatigue** **Backache**	Fixed-Term Temporary Fixed-Term Temporary Fixed-Term Full-time Part-time Temporary Full-time Part-time Fixed-Term Full-time Part-time Temporary Full-time Part-time	**Pos** **Pos** **Neg** **Neg** **Pos** **Pos** Null **Pos** **Pos** Null **Pos** **Pos** Null **Pos** **Pos** Null
		3rd European Survey of Working Conditions	Cross-sectional (2000)	19405	Age ≥15 years, % women not reported	Age, gender, company size, work shifts, ex**Pos**ure to	**Job dissatisfaction** **Stress**	Fixed-Term Temporary Fixed-Term	**Pos** **Pos** **Neg**

						physical variables, psychosocial work environment variables, unemployment rate, percentage of temporary contracts, social protection benefits, Purchasing Parity power (PPP)	**Fatigue**	Temporary Fixed-Term Full-time Part-time Temporary Full-time Part-time Fixed-Term Full-time Part-time Temporary Full-time Part-time	**Neg** Null **Pos** **Neg** Null Null Null Null Null Null **Neg** Null **Neg**
15	Benavides *et al.*[19] 2000	2nd European Survey of Working Conditions	Cross-sectional (1996)	11782	Age ≥15 years	Age, gender, company size, work shifts, ex**Pos**ure to physical variables, psychosocial work environment variables, unemployment rate, percentage of temporary contracts, social protection benefits, Purchasing Parity power (PPP)	**Sickness absence** **Muscular pains** **Job dissatisfaction** **Stress** **Fatigue** **Backache**	Fixed Term Full-Time Part-Time Temporary agency Fixed Term Full-Time Part-Time Temporary agency Full-Time Part-Time Fixed Term Temporary agency Fixed Term Temporary agency Fixed Term Full-Time Part-Time Temporary agency Full-Time Part-Time Fixed Term Full-Time Part-Time Temporary agency	Null Null **Neg** **Neg** **Pos** **Pos** Null **Pos** **Pos** Null **Pos** **Neg** **Neg** **Pos** **Pos** Null **Pos** **Pos** Null **Pos** **Pos** **Neg** **Pos**
16	Bernhard-Oettel *et al.*[40] 2005	Total staff in 2 acute care hospitals, Sweden	Cross-sectional (1998)	954	Mean 43 years; 82% women	Age, gender, working hours, marital status, occupation, organizational tenure	**Mental distress** **Job-induced Tension** **Job insecurity**	Fixed Term On-Call Fixed Term On-Call Fixed Term On-Call	Null Null **Pos** **Neg** **Pos** **Pos**
17	Bernhard-Oettel *et al.*[21] 2008	Employees of 28 organizations in different sectors, Sweden	Cross-sectional (2004)	716	Mean 37 years; 55% women	Age, gender, education, sector	**Well-being**	Fixed Term On-Call	Null Null

18	Boscolo *et al.*[30] 2009	Employees of University of Chieti-Pescara, Italy	Cross-sectional 2008	88	Mean 40 years; 0% women	Age, smoking habit, alcohol consumption	**Anxiety** **Job insecurity** **Blood NK Cytotoxicity**	Temporary	**Pos** **Pos** **Neg**
19	Bohle *et al.*[34] 2004	Employees of two 5-stars hotels, Australia	In depth, non-directive interviews (date not specified)	39	Age 19-61 years; 44% women	/	**Health effects of working hours and work-life conflict (sleep disturbances, fatigue, disrupted exercise, diet)**	Casual (temporary)	**Pos**
20	Booth *et al.*[70] 2002	Data from British Household Panel Survey, UK	Retrospective longitudinal register data 1991-1997	3721	Age 16-60 years; women	Age, education, parental status, occupation	**Job dissatisfaction**	Temporary	**Pos**
21	De Cuyper *et al.*[69] 2009	Web-based survey, Belgium	Two waves cross-sectional (2004)	1475	Mean 36 years; 54% women	Age, gender, education	**Life satisfaction**	Transition permanent-to-temporary	Null
22	De Cuyper *et al.*[15] 2009	Sample from 23 companies in different sectors, Belgium	Cross-sectional (2007)	578	Mean 33 years; 51% women	Not reported	**Job insecurity** **Job dissatisfaction**	Fixed-Term Temporary agency	**Pos** **Pos** **Neg** Null
23	De Cuyper *et al.*[79] 2008	Random sample of health workers, Turkey	Cross-sectional (2004)	480	Mean 33 years; 57% women	Age, gender, education, income, tenure, occupational **Pos**ition,family status	**Cigarette smoking** **Alcohol dependence**	Temporary	**Pos** **Pos**
24	Dray-Spira *et al.*[47] 2005	EP8 PRIMO Cohort of the Agence Nationale de Recherche sur le SIDA, France	Prospective cohort, register data 1996-2002	319	Mean 34 years; 18% women	Age, gender, origin, education, smoking, drug use, acute or chronic comorbidity, CD4 cell count, HIV viral load, clinical stage, antiretroviral regimen, compliance	**Hospitalization or death**	Temporary	**Pos**
25	Ehlert *et al.*[74] 2011	Data from European Union Statistics on Income and Living Conditions, European Union	Retrospective longitudinal cohort, register data 2004-2008	Not reported	Age 16-65 years	Age, gender, partner, martital and parental status, employment partner, education, occupation, year	**Self-reported health**	Temporary	**Pos**
26	Ervasti *et al.*[22] 2014	Sample of working employees from Finnish Public Sector Study cohort, Finland	Prospective study, register data 2005-2011	107828	Mean age: - 18-35 years: 27% - 36-44 years: 26% - 45-52 years: 24% - 53-65 years: 24% 78% women	Age, gender, educational level, chronic somatic disease, history of mental/behavioral disorder, employment continuity (>50%	**Onset of depression-related work disability** **Length of depression-related work disability**	Temporary Temp. >50% employed Temp. >52 years Temp. low education	Null **Neg** Null Null **Pos** **Pos** **Pos** **Pos**

						employed during follow-up)	**Recurrence** **depresion-related** **work disability**		Null Null Null Null
27	Gustafsson *et al.*[51] 2012	Sample from National Swedish Cohort, Sweden	Retrospective longitudinal cohort, register data 1996-2008	791	Mean 43 years; 50% women	Gender, SES, cumulative unemployment, self-employment, non-employment	**Cortisol awakening response**	Temporary	**Pos**
28	Inoue *et al.*[50] 2014	Data from annual health check-up manufacturing company, Japan	Cross-sectional, (2008)	1704	Mean 31 years; 0% women	Age, smoking, alcohol consumption, excercise behaviour	**BMI** **Blood pressure** **Trigylceride** **Fasting blood glucose** **HbA1c**	Fixed-term	**Neg** **Pos** **Pos** **Pos** **Pos**
29	Keuskamp *et al.*[16] 2013	Population-based survey, Australia	Cross-sectional (2009)	1016	Mean 41 years; 48% women	Age, gender, education, income status, marital status, occupational level, tenure	**Poor mental health** **Poor physical health**	Casual Full-time Casual Part-time	Null Null **Pos** Null
30	Khlat *et al.*[45] 2013	Sample from 'Lorhandicap survey' data, France	Retrospective longitudinal cohort, register data 1996-2008	2500	Mean 42 years; 34% women	Age, occupation	**Overall mortality** **Cancer mortality** **Cardiovascular mortality**	Temporary	**Pos** Null **Pos**
31	Kivimäki *et al.*[44] 2003	Municipal workers from '10-Town Study', Finland	Prospective, register data 1990-2001	92351	Age 18-63 years; 72% women	Age, gender, SES	**Overall mortality** **Cancer mortality** **Cardiovascular mortality** **External causes** **Smoking-related cancer** **Alcohol-related causes**	Temporary: men women Temporary: men women Temporary: men women Temporary: men women Temporary: men women Temporary: men women	**Pos** **Pos** **Pos** Null **Pos** Null **Pos** **Pos** **Pos** **Pos** **Pos** **Pos**
32	Kompier *et al.*[23] 2009	Sample from working population through email-survey, Netherlands	Cross-sectional (2004)	1865	Mean 40 years; 44% women	Age	**Alcohol consumption** **Smoking** **Exercise** **Medication use** **Musculosk. symptoms** **Self-reported health** **Depression** **Job dissatisfaction** **Emotional exhaustion**	Temporary agency	Null **Pos** Null Null Null Null **Pos** **Pos** Null

33	Lamontagne *et al.*[55] 2009	Data from population-based telephone survey, Australia	Cross-sectional (2003)	1101	Age not reported; 53% women	Age, gender, occupational skill level	**Unwanted sexual advances at work**	Casual Fixed-term	**Pos** **Pos**
34	Martens *et al.*[24] 1999	Patient sample from general practioners, Belgium	Cross-sectional (1994)	480	Mean 34 years; 35% women	Age, SES, lifestyle, working conditions	**Psychological performance** **Quality of sleep**	Temporary On call Temporary On Call	**Pos** Null Null Null
35	McNamara *et al.*[39] 2011	Employees from eight 3-star hotels, Australia	Cross-sectional (date not specified)	150	Mean 31 years; 52% women	Age, gender, department, work hours	**Job insecurity** **Work-life balance + health outcomes**	Casual	Null **Pos**
36	Nätti *et al.*[67] 2009	Two study-samples from Quality of Work Life Surveys + register-based follow-up data from Statistics Finland, Finland	Cross-sectional 1984 and 1990 + Prospective register data 1985-2000 and 1991 -2000	4502 and 3502	Age not reported; 50% women	Age, gender, marital status, education, country, chronic disease, pain or psychological symptoms, smoking, work-related factors	**Mortality**	Temporary	**Pos**
37	Pirani *et al.*[13] 2015	Italian sample of European Union Statistics on Income and Living Conditions, Italy	Retrospective longitudinal cohort, register data 2007-2010	1831	Age 16-63 years; 36% women	Age, gender, marital status, residence, education, subjective income, occupation, chronic disease, disability	**Self-rated health**	Temporary male female	**Pos** Null **Pos**
38	Quesnel-Vallée *et al.*[25] 2010	Data from US National Longitudinal Survey of Youth 1979, US	Longitudinal register data 1992-2002	3577	Age 27-35 years; Gender distribution not reported	Age, gender, race, marital status, education, employment status, SES, hours worked	**Depression Scale**	Temporary	**Pos**
39	Rodriguez *et al.*[46] 2002	Data from Household Panel Comparability Project, UK + Germany	Retrospective longitudinal register data 1991-1993	10104 (Germany) 7988 (UK)	Age > 16 years; Gender distribution not reported	Age, gender, education, marital status, household income, no household members, home-ownership, time spent on unpaid housekeeping work, previous health status, previous unemployment history	**Poor perceived health**	Temporary Germany UK	 **Pos** Null
40	Roquelaure *et al.*[49] 2012	Data from surveillance program for Musculoskeletal Disorders by 83 occupational doctors,	Cross-sectional (2002-2005)	3710	Mean 39 years; 42% women	Age, gender	**Musculoskeletal disorders** **Shoulder/Elbow/Arm** **Upper extremity**	Temporary	 Null Null

		France					**Wrist/Hand**		**Pos**
41	Tompa *et al.*[80] 2010	Canadian Survey of Labour and Income Dynamics, Canada	Retrospective longitudinal cohort register data 1993-2003	4777	Age 25-54 years; 54% women	Age, gender, education, prior health status, tenure, union membership, firm size, employment type, multiple job holder	**Work-related sickness absence**	Temporary	Null
42	Virtanen *et al.*[18] 2001	Employees from 10 Finnish hospitals, Finland	Cross-sectional (1998)	5650	Mean 40 years; 88% women	Age, gender, marital status, having children<10y, occupation, work hours, work schedule	**Poor self-rated health** **Chronic disease** **Minor psychiatric morbidity** **Sickness absence**	Contingent	**Neg** Null Null **Neg**
43	Virtanen *et al.*[38] 2003	Employees from 10 Finnish hospitals, Finland	Prospective cohort register data 1997-2000	4851	85% women	Age, gender, income	**Chronic disease** **Minor psychiatric morbidity** **Sickness absence**	Fixed-Term	Null Null **Neg**
44	Virtanen *et al.*[28] 2008	Municipal workers from '10-Town Study', Finland	Retrospective, register data 1998-2002	65208	Mean 45 years; 74% women	Age, gender, calendar year, SES	**Use of antidepressant medication**	Temporary	**Pos**
45	Virtanen *et al.*[29] 2002	Municipal employees in 8 Finnish towns, Finland	Cross-sectional (1997)	8767	Mean 45 years (permanent) - 36 years (fixed-term); 76% (perm) - 80% (fixedterm) women	Age, gender, marital status, income, occupational status	**Poor self-rated health** **Chronic disease** **Psychological distress**	Fixed-Term	**Neg** **Neg** **Pos**
46	Virtanen *et al.*[62] 2004	Municipal employees in 2 Finnish towns, Finland	Prospective, regiser data, 1991-1993 and 1997-2000	5153 (1948 baseline + 3205 revisit)	Age 16-63 years; 75% women	Age, gender, occupational status	**Sickness absence**	Fixed-Term	**Neg**
47	Virtanen *et al.*[17] 2005	Municipal employees in 8 Finnish towns, Finland	Prospective, register data 1998-2002	1306	Mean 35 years; 100% women	Age, gender, marital status, occupation	**Poor self-rated health** **Psychological distress**	Fixed-term at baseline, variabel = exposure + destination	**Pos** Null
48	Virtanen *et al.*[43] 2011	Sample from Northern Swedish Cohort, Sweden	Retrospective longitudinal cohort, register data 1995-2007	1071	Age 42 years; 48% women	Gender, health status at age 30, SES, job insecurity	**Poor self-rated health** **Sleep quality** **Psychological distress** **Nervous symptoms** **Smoking** **Overweight** **Alcohol intake**	Temporary	Null Null **Pos** **Pos** **Pos** Null Null

							Poor physical activity **Musculosk. symptoms** **Abdominal symptoms**		Null Null **Pos**
49	Waenerlund *et al.*[26] 2011	Sample from Northern Swedish Cohort, Sweden	Retrospective longitudinal cohort register data 1995-2007	1071	Age 42 years; 48% women	Gender, occupation, marital and parental status, health status at age 30, SES, job insecurity, high job strain	**Poor self-rated health** **Psychological distress**	Temporary	**Pos** **Pos**
50	Wagenaar *et al.*[27] *2012*	Data from Netherlands Working Conditions Survey, Netherlands	Cross-sectional (2008)	21639	Mean 40 years; 56% women	Age, gender, educational level, marital status, ethnicity, partner having paid job, occupation, contractual hours	**Job insecurity** **General health** **Musculoskeletal symptoms** **Emotional exhaustion**	Temporary agency On call	**Pos** Null **Pos** Null **Pos** Null **Pos** Null
51	Zeytinogla *et al.*[42] 2003	Occupational Health Survey from 3 cities, Canada	Qualitative study (focus groups and interviews)	59 workers, 8 union representatives	Mean <30 years; 94% women (workers) Mean 30-55 years; 70% women (union)	/	**Work-related stress** **Physical health** **Emotional health**	Casual	**Pos**

LEGENDE

Fysieke gezondheid
Psychische gezondheid
Ziekteverlet
Jobonzekerheid
Jobontevredenheid

Protocol en goedkeuring Ethische Commissie

OPZET

Vanuit de praktijk valt het ons op dat mensen met een niet-vast contract allerlei moeilijkheden ervaren binnen hun werk en ook daarbuiten zoals bij het organiseren van hun leven. Binnen het werk zijn er allerlei factoren die een rol kunnen spelen, zoals gebrek aan vaste collega's, kwaliteit van het werk, werkomgeving, risico op arbeidsongevallen, en werkonzekerheid. Het is duidelijk gebleken dat werkonzekerheid een schadelijk effect heeft op de gezondheid. Een studie die in onze praktijk in Deurne doorging, toonde aan dat er meer suïcidale gedachten voorkwamen bij mensen die geconfronteerd werden met ontslag. Betreffende de tewerkstelling met een niet-vast contract zijn er tal van onderzoeken gebeurd, die onze ervaring binnen de praktijk bevestigen.

DOELSTELLING

We willen onderzoeken wat de gezondheidseffecten zijn van het werken met een niet-vast contract. Aangezien de conclusies uit de literatuur niet eenduidig zijn, willen we graag dit onderwerp verder exploreren en kijken welke effecten we terugvinden bij onze eigen patiëntenpopulatie. We willen ook op zoek gaan naar de oorzakelijke factoren die aan de basis liggen van deze effecten. We hopen a.d.h.v. onze resultaten inspiratie te vinden om als arts beter om te gaan met deze problematiek en er op te anticiperen.

METHODOLOGIE

Onze studie wordt voorafgegaan door een systematisch literatuuronderzoek in MEDLINE en EMBASE. Aangezien er ook veel 'grey literature' bestaat over dit onderwerp, zullen we ook deze bronnen nagaan via de zoekmachine Oyster. Aan de hand van de literatuur werd een vragenlijst opgesteld. De vragenlijsten zullen statistisch verwerkt worden aan de hand van het programma SPSS. Op basis van deze resultaten wordt het script voor de focusgroepen voorbereid. Er worden 2-4 focusgroepen georganiseerd tot saturatie bereikt is. Na elke focusgroep zullen de data verwerkt worden en meegenomen naar de volgende focusgroep. De resultaten van deze focusgroepen worden daarna verwerkt en geanalyseerd met het programma NVIVO.

ORGANISATIE VAN HET ONDERZOEK

De vragenlijsten zullen aangeboden worden aan onze patiënten tussen de 18 en 35 jaar via verschillende wegen. Vooreerst zal de vragenlijst op papier beschikbaar zijn in de wachtzaal en zullen patiënten tussen de 18 en 35 jaar gevraagd worden of ze interesse hebben om de vragenlijst in te vullen. Er is een apart strookje waarin de patiënt zijn gegevens kan achterlaten indien hij/zij gecontacteerd wenst te worden om verder mee te werken aan het onderzoek. Dit strookje wordt bewaard apart van de enquête zelf om de anonimiteit te garanderen. Daarnaast wordt er ook een oproep in het patiëntenkrantje geplaatst, waarin een website wordt vermeld waar de enquête online kan worden ingevuld. Om de response ratio te verhogen kunnen de onderzoekers eventueel nog patiënten telefonisch of per mail contacteren en aanbieden om de enquête online in te vullen. De enquêtes zullen worden verwerkt door de onderzoekers zelf.
De patiënten die aangeven dat ze verder willen meewerken aan het onderzoek, worden vervolgens telefonisch gecontacteerd door de onderzoekers. Hierbij zal het concept van de focusgroepen worden uitgelegd. Een datum voor de focusgroepen zal worden afgesproken in overleg met de deelnemers. De focusgroepen zullen doorgaan in de huisartsenpraktijk in Deurne en Hoboken in een aparte zaal.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

ETHISCH COMITE

Prof. dr. G. VAN HAL

UA
Medische sociologie en gezondheidsbeleid
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Gezondheidseffecten van tewerkstelling met een niet-vast contract (ma na ma huisartsgeneeskunde Heleen Aerts en Jasmin Peeters)

Belgisch Registratienummer: B300201422897

datum	ons kenmerk	contactpersoon
8/12/2014	14/42/430	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 8/12/2014.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Bewijs van "no-fault" verzekering Amlin Corporate Insurance NV (01/01/2014 - 31/12/2015) versie 23/09/2014
- CV onderzoeker dr. Peeters, dr. Aerts
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie 18/11/2014
- Protocol versie 1 versie 27/09/2014
- Vragenlijst gezondheidsvragenlijst aangepaste versie 18/11/2014

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. I. CABUS, NVT, Commandant Weynsstraat 85 - 2660 Hoboken
Dr. L. SEUNTJENS, NVT, St. Rochusstraat 57 - 2100 Deurne