



Hogeschool PXL
Departement Healthcare
Opleiding Ergotherapie

**HET BELANG VAN DE ERGOTHERAPEUT
BIJ DUURZAME TEWERKSTELLING**

Een literatuur- en praktijkonderzoek

Door **Evi Verlaenen** en **Maarten Wyndaele**

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Bachelor in de Ergotherapie
o.l.v. **Katrien Biesmans**, promotor

Hasselt, 2017



Hogeschool PXL
Departement Healthcare
Opleiding Ergotherapie

**HET BELANG VAN DE ERGOTHERAPEUT
BIJ DUURZAME TEWERKSTELLING**

Een literatuur- en praktijkonderzoek

Door **Evi Verlaenen** en **Maarten Wyndaele**

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Bachelor in de Ergotherapie
o.l.v. **Katrien Biesmans**, promotor

Hasselt, 2017

Dankwoord

Graag willen we een aantal mensen bedanken voor de hulp bij het tot stand brengen van dit afstudeerproject.

Bijzondere dank gaat uit naar onze promotor, Katrien Biesmans, voor de uitstekende begeleiding. Zonder haar inzicht en kennis hadden we dit niet kunnen realiseren. Eveneens zijn haar gedetailleerde bemerkingen over de tekst zeer belangrijk geweest bij het tot stand komen van dit afstudeerproject.

Verder bedanken we ook de stageplaatsen, GTB Limburg en AZERTiE voor de kans om hier praktijkervaring op te doen.

Ook willen we onze lezers bedanken voor de gedetailleerde bemerkingen.

Ten slotte willen we onze vrienden, familie en in het bijzonder onze ouders bedanken voor hun steun en toeverlaat.

Evi Verlaenen en Maarten Wyndaele

Inhoudsopgave

Inleiding	1
Methode.....	3
Resultaten	5
Literatuuronderzoek	5
Beslissingsboom artikels	5
Kanker is een chronische ziekte	6
Ergotherapie en her-tewerkstelling.....	6
Cijfers van de overgang van ziekteproces naar her-tewerkstelling.	8
Ziekte en her-tewerkstelling	9
De effectiviteit van een her-tewerkstellingsprogramma.....	14
Verschillende factoren die een invloed kunnen hebben op de her-tewerkstelling	15
Negatieve factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie van ex-patiënten	17
Motivatie- en succesfactoren om aan het werk te blijven	19
Ouderen op de arbeidsmarkt.....	20
Praktijkonderzoek.....	22
GTB Limburg	22
AZERTiE.....	24
Discussie.....	27
Conclusie	28
Bibliografie.....	29

Abstract

Inleiding: De overlevingskansen na een kankerdiagnose stijgen. Recentelijk is kanker erkend als een chronische ziekte. Hierdoor kunnen ex-kankerpatiënten op meer steun rekenen wanneer ze weer aan het werk gaan. Door het steeds meer opkomende ziektebeeld burn-out, de problematiek rond arbeidsintegratie bij langdurige zieken en de verhoging van de pensioenleeftijd kan de input van een ergotherapeut een meerwaarde bieden binnen de arbeidssector.

Doel: Het doel was het aftoetsen van de meerwaarde van ergotherapie bij duurzame tewerkstelling.

Methode: Het onderzoek kadert binnen een Project Wetenschappelijk Onderzoek. Voor deze bachelorproef is er een literatuurstudie gebeurd met de volgende databanken TRIPDATABASE, PUBMED, EBSCOHOST, SPRINKERLINK, COCHRANE LIBRARY. Verder is er praktijkstudie uitgevoerd binnen GTB Limburg en GOB AZERTiE waarbij de werking werd bekeken en de invloed op duurzame (her-)tewerkstelling.

Resultaten: Er zijn verschillende factoren die (her-)tewerkstelling positief en negatief kunnen beïnvloeden. Onderzoekers in de geraadpleegde literatuur raken het niet eens over deze factoren. Er is te weinig bekend over de (her-)tewerkstelling van personen met een chronische ziekte na vijf of tien jaar en over de duurzaamheid hiervan. Ook werden een aantal therapieën beschreven, waarbij sterke resultaten worden behaald. Maar ook hier zijn de meningen verdeeld over de verschillende auteurs.

Conclusie: De ergotherapeut kan een belangrijke rol spelen naar de duurzaamheid van een (her-)tewerkstelling. Zeker in combinatie met een multidisciplinair team. De taak van een ergotherapeut bij het her-tewerkstellingsproces is niet voldoende omschreven in de literatuur. Er is in het algemeen weinig literatuur te vinden omtrent ergotherapie op de arbeidsmarkt. Over de duurzaamheid van een her-tewerkstelling op de lange termijn is niets te vinden.

Trefwoorden: Ergotherapie, her-tewerkstelling, kanker, duurzaam werk, kanker-overlevers en herstel focus.

Inleiding

In een continu evoluerende maatschappij, is het noodzakelijk dat ook het wetgevend kader mee veranderingen brengt. Eén van de recentste veranderingen is de erkenning van kanker als chronische ziekte. Wie in het verleden kanker kreeg, genas of stierf. Die strikte scheidingslijn tussen geluk en noodlot is er tot nu toe altijd geweest. Deze grens is vervaagd nu: er is een kleine groep patiënten met de diagnose kanker met uitzaaiingen, maar in tegenstelling tot vroeger hebben ze geen doodvonnis meer. Ze worden behandeld en leven verder een vrij normaal bestaan van vijf jaar, tien jaar, of soms langer. (de Visser, 2016)

Deze stijging van overlevingskansen na een kankerdiagnose zijn vooral de laatste 50 jaar enorm duidelijk: van gemiddeld 24 procent in de jaren zeventig tot ongeveer 50 procent vandaag. Maar sommige vormen van kanker blijven bijzonder moeilijk te behandelen. Professor Karol Sikora (2017) stelt dat nieuwe ontwikkelingen in de genetica ervoor zullen zorgen dat dokters medicijnen kunnen voorschrijven die gericht zijn op individuele kanker en dat dit zich binnen vijf tot tien jaar zal voltrekken. (LB, 2017)

Veel van deze zorgbehoevende mensen zitten echter met hoge kosten die niet voldoende gedekt worden door de mutualiteiten. Dit omdat kanker aanvankelijk niet als een chronische ziekte werd beschouwd. Chronisch zieken hebben recht op een jaarforfait waarmee ze deze bijkomende gezondheidskosten kunnen financieren. (RIZIV, 2015)

Door deze recente erkenning zou hier eindelijk verandering in kunnen komen.

Net als het wetgevend kader evolueert ook het beroepsprofiel van de ergotherapeut mee. En met de verhoging van de pensioenleeftijd (Knack, 2015), het steeds meer opkomende ziektebeeld burn-out en de problematiek rond arbeidsintegratie bij langdurige zieken, kan de input van een ergotherapeut een meerwaarde bieden binnen de arbeidssector. Mensen zullen steeds langer moeten werken, of ze nu willen of niet. Daar waar vroeger mensen tussen de 45 en 50 met een burn-out te maken kregen is de leeftijdsgroep van 25-35 jaar nu koploper. (Redactie, 2016)

Hierdoor ligt het absentisme van werknemers erg hoog, waardoor werkgevers heel wat vervangingen moet zoeken.

Sommige mensen krijgen ook andere klachten die al dan niet werkgerelateerd zijn. Een langdurige of een chronische ziekte kan iemand overvallen. Soms kan het dan ook nog voorvallen dat iemand na een herstelperiode niet meer terecht kan op de oude werkplek en dus

op zoek zal moeten gaan naar een andere job.

De uitvoerende instantie voor deze wetgeving is VDAB (Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding). Wanneer VDAB een cliënt krijgt met een fysieke, of psychische moeilijkheid zal deze doorverwezen worden naar GTB (Geïntegreerde trajectbepaling en -begeleiding) die de begeleiding verder zullen opvangen. Als een cliënt een arbeidsbeperking heeft, en zich wil laten bijscholen vooraleer hij/zij zich weer op de arbeidsmarkt waagt, kan deze persoon terecht bij een GOB (gespecialiseerd opleidings-, begeleidings- en bemiddelingscentrum).

Het onderzoek 'Het belang van de ergotherapeut bij duurzame tewerkstelling' kadert binnen een project wetenschappelijk onderzoek (PWO) en heeft tot doel het verkrijgen van kennis en inzicht in de beïnvloedende factoren bij werknemers met een chronische aandoening om hen al dan niet in staat stellen duurzaam aan het werk te blijven. Het project loopt drie jaar waarbinnen de kwalitatieve studie zich situeert in het tweede jaar.

Methode

Het onderzoek bestond uit twee delen: een literatuur- en een praktijkstudie. De literatuurstudie startte in september 2016 en eindigde in februari 2017. Het onderzoekwerk heeft zich vooral gericht op het verzamelen van informatie over ergotherapie en her-tewerkstelling, voornamelijk bij ex-kankerpatiënten. Aangezien hierover weinig tot geen informatie beschikbaar is, mochten de artikels ook andere doelgroepen behandelen.

De onderzochte doelgroep zijn ex-kankerpatiënten. Voor de interventie is er gekozen voor de ondersteuning van ergotherapie bij de her-tewerkstelling, in vergelijking met hoe de her-tewerkstelling nu verloopt. Dit alles met als doel ervoor te zorgen dat de personen duurzamer aan het werk kunnen gaan en voornamelijk blijven. Aan de hand van deze vier onderwerpen zijn de zoektermen opgesteld.

De zoektermen die gebruikt werden zijn: ergotherapie (occupational therapy), her-tewerkstelling (return-to-work), kanker (cancer), duurzaam werk (sustainable work), kankeroverlevers (cancer survivors) en herstel focus (rehabilitation focus).

Er werd gezocht binnen een aantal databanken. Sommige artikels werden verkregen via de sneeuwbalmethode. De meest gebruikte databanken zijn Tripdatabase, Cochrane library, Ebscohost, Pubmed, Springerlink en Google Scholar. De artikels werden via het abstract systematisch gescreend op relevantie. De artikels die gepubliceerd zijn in de periode 2011-2016 kregen de voorkeur. Er werden een paar andere artikels mee opgenomen omwille van hun sterke inhoud.

Ook hebben we literatuur verkregen via IDEWE en de kankerliga. Deze werd ook mee opgenomen in het literatuuronderzoek.

Het praktijkdeel bestond uit een stageperiode in het werkveld, GTB en AZERTiE, waarbij de literatuur werd afgetoetst aan de realiteit.

Hierbij werd in het werkveld de meerwaarde van een ergotherapeut bij het duurzaam her-tewerkstellingsproces van mensen met een chronische ziekte onderzocht. De taak van de ergotherapeut bestond er in ondersteuning te bieden bij de verschillende her-tewerkstellingstrajecten en de functionele capaciteiten van personen te onderzoeken.

Literatuur werd gezocht op verschillende databanken, met volgende trefwoorden:

- Cancer survivors AND rehabilitation AND return to work
- Cancer survivors AND return to work
- Occupational therapy AND return to work
- Occupational therapy AND cancer AND return to work
- Occupational therapy AND cancer AND sustainable work
- Occupational therapy AND cancer

OT	RTW	Cancer	Cancer survivors	Sustainable work	Rehabilitation
X	X				
X	X	X			
X		X		X	
X		X			
	X		X		
	X		X		X

Figuur 1: De zoektermen.

Deze bachelorproef werd opgesteld aan de hand van de volgende onderzoeksvraag:

Wat is de rol van een ergotherapeut bij het duurzaam her-tewerkstellingsproces van mensen met een chronische ziekte?

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de literatuurstudie en de projectstage besproken.

Literatuuronderzoek

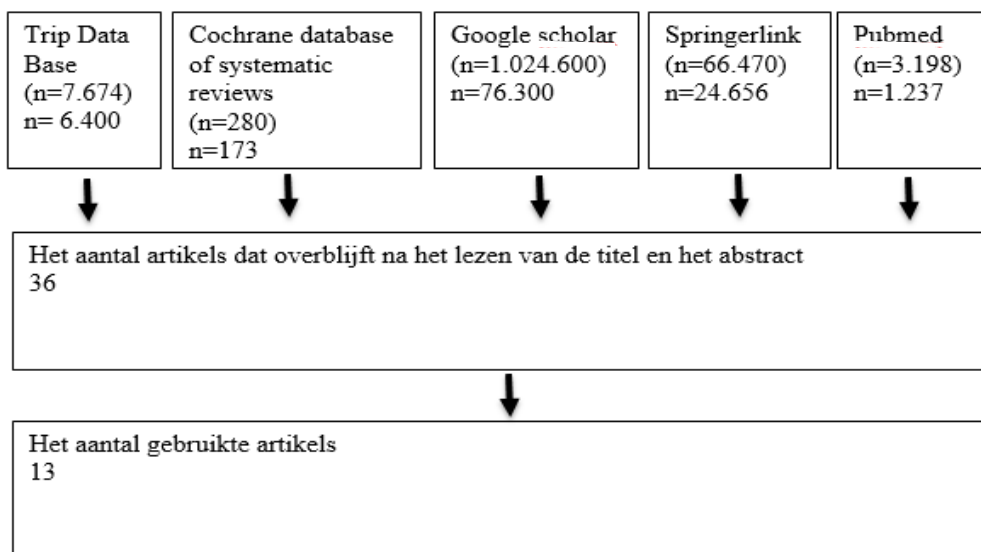
Om evidence-based te werken was het belangrijk om een literatuuronderzoek uit te voeren ten voordele van de projectstage. Daarvoor werd er zoals aangehaald in de methodologie zoekwerk verricht op verschillende databanken. In deze literatuurstudie zullen de gevonden artikels besproken worden.

Er zijn artikels mee opgenomen die verouderd zijn maar die door andere artikels verwerkt zijn de inhoud zeer sterk is.

Beslissingsboom artikels

Alle data van het literatuuronderzoek zijn samengevoegd in de beslissingsboom (fig2). Hierin zijn de verschillende databanken beschreven samen met het aantal gevonden artikels.

Het eerste getal zijn alle artikels die gevonden werden door het zoeken aan de hand van de trefwoorden. Het tweede getal zijn de artikels na het selecteren op het jaartal.



Figuur 2: De beslissingsboom.

Naast de geraadpleegde artikels werden ook andere bronnen gevonden en geraadpleegd. Dit waren zes bronnen, zoals boeken, tijdschriften, en dergelijke.

Kanker is een chronische ziekte

In het artikel van Sir Edmund beschrijft de Visser (2016) dat vanaf oktober 2016 kanker werd toegevoegd aan de lijst van chronische ziekten. Dat wil zeggen dat er patiënten zijn die ongeneeslijk ziek zijn maar niet ten dode opgeschreven zijn. Het gaat om een kwaadaardige ziekte die in toom kan worden gehouden, maar niet kan worden bestreden. Dit komt door nieuwe en steeds betere kankermedicijnen. (de Visser, 2016)

Het verwerven van het statuut 'chronisch zieke' brengt ook beperkingen met zich mee, zoals geen waarde hebben in de maatschappij, jobverlies, eenzaamheid, etc. terwijl ze dit helemaal niet willen. Volgens oncoloog Linn is de onzekere toekomst voor deze personen het zwaarst. De kanker is onder controle maar de ziekte gaat niet meer weg. (de Visser, 2016)

Er wordt aangenomen dat de aanwezigheid van kanker in de westerse landen bij werknemers zal toenemen door de veroudering van de werkende populatie en de vernieuwde wetgeving waardoor mensen langer moeten werken vooraleer ze op pensioen kunnen. (van Egmond et al., 2015)

Het is dus van belang dat mensen zo goed mogelijk ondersteund worden in hun zoektocht naar het vinden en behouden van een aan hen aangepaste job.

Ergotherapie en her-tewerkstelling

Volgens Désiron et al (2011) zou ergotherapie voor een aantal symptomen, zoals bijvoorbeeld bij mensen met een zware depressie of patiënten met lage rugpijn, een oplossing kunnen bieden, zoals: her-tewerkstelling, minder ziektedagen, hogere en snellere terugkeer naar het werk.

De effecten van ergotherapie bij rehabilitatie en revalidatie zijn opvallend maar verschillen enorm, afhankelijk van de setting, design, in- en exclusiecriteria, verschillende disciplines in elke studie en verschillende resultaten. Deze factoren maken het moeilijk om uit te maken hoeveel de ergotherapeutische interventies nu juist bijdroegen tot de her-tewerkstelling.

Désiron et al (2014) geven ook aan dat verschillende bronnen die gebruikt werden voor het artikel, vermelden dat er ergotherapeutische interventies zijn gebeurd of dat een ergotherapeut aan het multidisciplinaire team werd toegevoegd, maar geen van deze artikels geeft een duidelijke omschrijving van wat de ergotherapeut gedaan heeft.

Het programma van Sullivan et al (2006) heeft het over 'increasing activity involvement' maar dit wordt niet verder uitgediept.

De verschillende soorten interventies uit het artikel 'Occupational therapy and return to work: a systematic literature review (2011)' staan uitgelegd in tabellen in het artikel. Het geeft een

overzicht van wat gedefinieerd werd als RTW resultaat, de uitkomstmaten, beschrijving van de interventie, de ergotherapeutische elementen in de interventie, etc. (Désiron et al., 2011)

Of ergotherapie een belangrijke bijdrage had in de resultaten lag niet puur aan de ergotherapie maar aan de combinatie van de verschillende teams die aan het her-tewerkstellingsprogramma werkten ondervonden Désiron et al (2011).

De rol van ergotherapie tijdens de programma's, is beschreven in de literatuur. Ervaren ergotherapeuten herkennen deze rol en interventies zeer duidelijk in de interventies. (Désiron et al., 2011)

Voor een optimale uitvoering van de interventies zou het een voordeel zijn als er via de toekomstige onderzoeken wordt bepaald welk soort ergotherapeutische interventies geïmplementeerd moeten worden om zo succesvol mogelijk te zijn, zoals aangegeven in het werk van Lambeek et al en Schene et al. Zij geven tevens aan dat toekomstige onderzoeken zich meer moeten richten op welke ergotherapeutische interventies een her-tewerkstellingsprogramma nu juist moet implementeren om zo succesvol mogelijk te zijn. (Schene et al., 2007)

Schene et al demonstreert dat ergotherapie toevoegen, in vergelijking met een puur psychosociale interventie, de her-tewerkstelling verbetert van mensen die lijden aan een zware depressie. Jousset et al vermeldt een duidelijk lager cijfer van mensen die thuisblijven met lage rugpijn nadat er een ergotherapeutische interventie heeft plaatsgevonden. Verschillende auteurs laten later in de discussie weten dat ze het jammer vinden dat ze niet elke discipline apart vergeleken en bekeken hebben.

Désiron et al (2006) zijn het met Lee en Kielhofner eens dat ergotherapeuten zich meer moeten inzetten om duidelijk hun specifieke therapeutische acties die ze verrichten tijdens het her-tewerkstelling proces te documenteren zoals vermeld door Schene et al en Lambeek et al. Therapeutische acties zoals de cliënt voorbereiden op moeilijkere werksituaties, werk simulaties, voorbereiden op arbeidsre-integratie, contacteren van de werkplek, aanvang van het werk, starten in individuele sessies, exploreren van werkgerelateerd problemen, steun en evaluatie bij werkhervatting moeten preciezer beschreven worden, om zo de specifieke inhoud van ergotherapeutische acties te kennen en deze te kunnen herhalen. Als de inhoud van deze ergotherapeutische taken omschreven zijn en in een protocol verwerkt zijn, is het gemakkelijk om dit werk te vergelijken en inspiratie uit het werk van Schene et al en Lambeek et al te halen. (Désiron et al., 2011)

De effecten van ergotherapie bij arbeidsrehabilitatie naar een her-tewerkstelling toe

Désiron et al (2011) focusten zich op een specifieke populatie, namelijk de ex-borstkankerpatiënten. Over deze groep werd geen bewijs gevonden. Hierdoor werd er besloten de focus te vergroten naar her-tewerkstelling en ergotherapie bij alle patiënten die geconfronteerd werden met de langetermijneffecten van een behandeling tegen kanker. Ook werd er gekeken naar problemen rond de her-tewerkstelling.

In het artikel van Jousset et al, dat gebruikt werd door Désiron et al, werd er een duidelijk lager aantal opgegeven ziektedagen gevonden in de groep die ergotherapie had gekregen in vergelijking met de groep die geen ergotherapie had gekregen. Onderzoekers uit verschillende artikels die werden gebruikt door Désiron et al, suggereren dat multidisciplinaire interventies (met een ergotherapeut in het team) die putten uit functionele en versterkende gezondheidszorgbenaderingen, in het voordeel kunnen zijn van cliënten die weer aan het werk gaan. Joy et al concludeert dat het voorbereiden van de cliënt op een her-tewerkstelling tot een groter succes leidt, ongeacht de pijn of beperking die het individu ervaart. Voorbeelden hiervan kunnen zijn: de cliënt voorbereiden op moeilijke situaties op de werkvloer en het heropbouwen van werkgerelateerde functies.

Schene et al ondervond dat het toevoegen van ergotherapeuten aan het gebruikelijke team de werkhervatting van mensen die met een depressie worstelden verbeterde. Het zorgde er echter niet voor dat de cliënten volledig herstelden van hun depressie. Resultaten van Sullivan et al. toonde aan dat risicofactoren gerichte interventies, uitgevoerd door kinésisten en ergotherapeuten, een belangrijke impact kunnen hebben op het her-tewerkstelling proces van mensen die een whiplash gehad hebben. (Désiron et al., 2011)

Cijfers van de overgang van ziekteproces naar her-tewerkstelling.

Van Vooren (2016) beschrijft dat een focus op her-tewerkstelling tijdens het kankerproces voordelen biedt, voornamelijk dat werken structuur en perspectief geeft aan de persoon met kanker. Tevens is er tijdens het werken minder tijd om te piekeren en voelt men zich minder patiënt. (van Vooren, 2016)

Uit onderzoek van Islam et al (2014) blijkt dat er een gestaagde toename is van de her-tewerkstelling: van 40% na zes maanden naar 62% na een jaar naar 73% na achttien maanden tot 89% na twee jaar. Maar er is weinig bekend over de duurzaamheid van de her-tewerkstelling

nadat ex-kankerpatiënten terug aan het werk zijn. De her-tewerkstellingsprocenten zijn sterk beïnvloed door de variatie in diagnoses en behandelingen. (Islam et al., 2014)

Ziekte en her-tewerkstelling

Islam et al (2014) beschrijven dat de ex-kankerpatiënten een nieuwe uitdaging krijgen, namelijk het nieuwe leven organiseren met de langetermijneffecten van kanker en/of de behandeling hiervoor. Die langetermijneffecten kunnen zowel van fysieke, mentale als sociale aard zijn, zoals vermoeidheid, pijn, cognitieve problemen, Ook het type van behandeling kan op lange termijn nog steeds problemen met zich meebrengen, zoals hartproblemen, gehoorverlies door de chemotherapie, angst voor herval, ... (Islam et al., 2014)

Van Egmond et al (2015) zeggen dat de werkparticipatie van ex-kankerpatiënten de laatste eeuw meer aandacht heeft gekregen. Het aantal mensen die kanker overleefd hebben, is de afgelopen jaren gestegen als een resultaat van eerder screenen, een betere diagnose en vergevorderde zorg. (van Egmond et al., 2015)

In het artikel van Mehnert et al (2013) wordt via eerdere studies aangetoond dat ex-kankerpatiënten het risico lopen hun job te verliezen, werkloos of werkonbekwaam te worden. Werkloosheid kan een negatief effect hebben op herstel. Terugkeer naar het werk kan ex-kankerpatiënten helpen bij het terugwinnen van controle, de weg leiden naar het eerdere normale leven, hun zelfzekerheid sterken en hen aanmoedigen om negatieve bijwerkingen van hun behandeling aan te pakken. Dit is ook in het voordeel van de maatschappij, zo kunnen de kosten van mensen die door ziekte hun werk verlaten gedekt worden. Net als werkonbekwaamheidsvoordelen en verlies van productiviteit. (Mehnert et al., 2013)

Terugkeer naar de werkvloer in verschillende landen

In de Verenigde Staten van Amerika en het Verenigde Koninkrijk zijn er een aantal prognostische factoren die bepalen of iemand terug aan het werk zal gaan: een gesprek met de werkgever bij de her-tewerkstelling, advies van een arts over het werk, flexibele werkomstandigheden, raadgevingen, diverse trainingsdiensten, job vervangende diensten, job ondersteuning, diensten voor het onderhouden van vaardigheden. Studies uit Europese landen zoals Finland, Duitsland en Nederland geven duidelijke factoren aan die bepalend waren en konden geassocieerd worden met een terugkeer naar de werkvloer, zoals: mensen die jong zijn, hoger opgeleid zijn, niet geopereerd waren, minder fysieke symptomen vertonen,

kortere periode van afwezigheid hadden, het mannelijke geslacht hebben en van het land zelf zijn. (Mehnert et al., 2013)

Her-tewerkstelling: blijft men bij dezelfde werkgever of verandert men?

In de brochure van de Federale Overheidsdienst (FOD) werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (mei 2015)* voor de werknemer wordt aangegeven dat na het kankerproces werken voornamelijk een financiële functie heeft maar ook een signaal geeft van herstel en het herwinnen van een normaal leven. Ook brengt werken structuur in het leven, de mogelijkheid om sociale contacten te onderhouden en de verworven competenties opnieuw in te zetten. (De Man et al., 2015a)

In de brochure van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg voor de werkgever (mei 2015)* wordt vermeld dat bij de terugkeer naar het werk rekening gehouden moet worden met de ex-kankerpatiënt en met de werkplek. Zo moet er bij het re-integratietraject de keuze gemaakt worden of de ex-kankerpatiënt hetzelfde takenpakket gaat uitvoeren, een aangepast takenpakket gaat uitvoeren, wordt er gekozen voor een alternatieve functie bij dezelfde werkgever of als laatste kiest voor een aangepast takenpakket of alternatieve functie bij een andere werkgever.

Ook moet er worden nagedacht over de aanpassingen die eventueel nodig zijn aan de werkplek zoals het herinrichten van de werkruimte, of er aangepast werkmateriaal of hulpmiddelen nodig zijn en of er een aanpassing nodig is van de machines.

Er kan ook worden nagegaan of er ondersteuning mogelijk is voor de aanpassingen of dat de werkgever een vergoeding kan krijgen. (De Man et al., 2015b)

Verschillende interventies die betrekking hebben op de werkplek.

De vorige interventies richten zich op het onderzoeken van de effectiviteit van de verschillende interventies, terwijl bij deze vooral gekeken wordt naar het ondersteunen van de her-tewerkstelling. (de Boer et al., 2016)

In tabel 1 worden de verschillende interventies toegelicht die betrekking hebben op de werkplek.

Psychologische interventies	Zowel vorming/ontwikkeling en groepsdiscussies waren effectief in het verhogen van de her-tewerkstellingsgraad in vergelijking met de normale verzorging.
Fysieke interventies	Fysieke interventies hebben positieve effecten op de lichaamsfuncties, kwaliteit van het leven, etc.
Beroepsinterventies	<p>Personen die ondersteuning kregen tijdens het zoeken naar een job en ook ondersteuning kregen tijdens de job hadden vier keer meer kans om tewerkgesteld te worden.</p> <p>In het Verenigd Koninkrijk heeft 73% van de werkgevers geen formeel beleid voor het beheren van werknemers die gediagnosticeerd zijn met kanker. Het gevolg van een gebrek aan beleid, kennis en ondersteuning van de werkgever is dat er onvoldoende informatie en ondersteuning is voor de werknemer met kanker.</p> <p>De Deense kankervereniging ondersteunt werkgevers bij het ontwikkelen van een handleiding met informatie, de wetgeving en praktisch advies over hoe men een werknemer met kanker moet ondersteunen.</p>
Wetgevingsinterventies	Kankergelateerde discriminatie komt meestal doordat de werkgever weinig kennis heeft over kanker en de behandelingen, door mythes en stereotypen over kanker en door incorrecte veronderstellingen over wat ex-kankerpatiënten wel of niet kunnen tijdens het werk.
Multidisciplinaire interventies	<p>Multidisciplinaire interventies met fysieke, psychologische en beroepscompetenties leiden tot een hogere graad van her-tewerkstelling.</p> <p>Advies over de her-tewerkstelling kan vroeg in het revalidatieproces gegeven worden en de re-integratie naar het werk moet al starten binnen de ziekenhuissetting.</p> <p>Dit is ook het meest succesvol gebleken!</p>

Tabel 1: De verschillende interventies die de her-tewerkstelling kunnen beïnvloeden. (de Boer et al., 2016)

Psychische werklast

Bij twee interventies was psychische werklast de focus van de her-tewerkstelling. Deze soort werklast werd bij één interventie weergegeven met de mogelijkheid deze te verbeteren of veranderen door: het verbeteren of veranderen van coping strategieën, veranderen van job, hulp bij het werk, her-opgeleid worden voor een andere job, trainen op jobvereisten, trainen op de werkvloer, ziekte gerelateerde ondersteunende vaardigheidstraining (het aanleren van kleine trucjes die de symptomen van de ziekte bestrijden en helpen een vaardigheid uit te blijven voeren).

In dertien interventies werd de psychische werklast niet besproken. (van Egmond et al., 2015)

Fysieke interventies

In het artikel van Thijs, et al. is er naar de relatie gezocht tussen fysieke training met hoge intensiteit en het terug aan het werk gaan van mensen die kanker hebben gehad en die chemotherapie hebben gekregen. Ze moesten een trainingsprogramma volgen van 18 weken en dit begon zes weken na de chemotherapie.

Het programma bestond uit aan hoge intensiteit weerstandstraining en uithoudingstraining, onder supervisie van een ervaren kinesist. Elke vier weken werd de progressie geëvalueerd en het trainingsresultaat werd aangepast op basis van de indirecte bepaalde 1RM-waardes. Ook moesten de patiënten thuis uithoudingsactiviteiten beoefenen zoals wandelen en fietsen.

Bij de personen die de hoge intensiteit fysieke training kregen was er minder verschil in de uren gewerkt voor de diagnose en na de diagnose: -5,0 uur voor de personen die wel de training hadden gekregen vs. -10,8 uur voor de personen zonder training. De personen die wel training hadden gekregen waren sneller terug aan het werk en werkten meer uren dan de personen zonder training. (Thijs et al., 2012)

Omgevingsgerichte interventies

De werkplaats heeft een duidelijke invloed op of er al dan niet terugkeer naar het werk is. Als er hoge fysieke eisen worden gesteld tijdens het werk zal dit de terugkeer naar de werkvloer negatief beïnvloeden. Ook de praktische ondersteuning van de leidinggevende om rekening te houden met de ziekte bij het plannen en beheren van de werktaken van de (ex-)kankerpatiënt speelt een grote rol.

Men kan hierop inspelen door her-tewerkstellingsmeetings te houden met de werkgever en dan ook rekening te houden met het advies dat de dokter geeft.

Veel werknemers moeten zelf vragen om de werkplekaanpassingen te starten of moeten zelf zorgen voor de aanpassingen.

Dit duidt op de nood aan rehabilitatie, veranderen van job, geleidelijke terugkeer naar de werkvloer met een beperkt aantal uren en trainingen op de werkvloer. Het is ook belangrijk dat er voldoende communicatie is tussen de verschillende zorgverstrekkers, van waaruit ook de werkgevers gecontacteerd kan worden.

Bij dertien interventies werd er niet gekeken naar de jobvereisten en bij twaalf anderen werd er zelfs niet gekeken naar de werkplaats, de werkgever of de zorgverstrekker die de patiënt weer aan het werk helpt. (van Egmond et al., 2015)

Interventies omtrent het werkvermogen

Bij zes interventies werd dit weergegeven in hoe goed iemand met het ziekteproces omging (coping) en werden verschillende activiteiten om deze coping te trainen voorzien, al dan niet aangevuld met rehabilitatie, aanmoedigingen en raadgevingen of gedrags- en probleemoplossende therapie. Dit heeft als doel het ontwikkelen van een strategie waarbij informatie over het ziekteproces van de kankerpatiënt gedeeld werd met collega's, of door de band met collega's te bespreken. Als laatste werd er ook ondersteuning geboden aan de ex-patiënten bij het terugkrijgen van hun gewenste niveau van productiviteit.

Het vermogen van werk werd bij dertien interventies enkel behandeld tijdens groepssessies of, bij raadgevingen, bij het geven van informatie over de terugkeer naar de werkvloer of werk gerelateerde onderwerpen. Het werkvermogen kwam bij één interventie niet aan bod. (van Egmond et al., 2015)

Combinatie van interventies

Drie interventies bestonden uit een combinatie van persoonsgerichte en omgevingsgerichte interventies. Clark en Landis geven aan dat één van de gevonden interventies bestond uit het anticiperen op voorkomen van misvattingen en mythes over kanker, ondersteuning bij de rehabilitatie door de werkplek en de werkgever hier bij te betrekken. Op deze manier kan de ex-kankerpatiënt meer begrip krijgen voor de terugkeer naar de werkvloer en kan in de eerste fase van de werk terugkeer opgevolgd worden. Chan et al hebben een interventie uitgevoerd omtrent beroepsrevalidatie, beroepstraining of hulp bij het zoeken naar een andere job. De interventie van Sherer et al bestond uit het observeren van de werkplek, vrijwillige stage op de werkvloer, assistentie bij de werkhervatting om zo de autonomie of productiviteit te verhogen. De laatste interventie bestond eruit dat de zorgverstrekker een bezoek bracht aan de ex-patiënt

tijdens zijn werkhervatting. (Tamminga et al., 2010)

Welke interventies minder effectief zijn voor de her-tewerkstelling

Werk trainingsprogramma's over lage rugpijn hebben uitgewezen dat onderwijzen/educatie minder effectief is dan probleemgerichte therapie met een licht activiteitsniveau. Probleemoplossende therapie werkt goed bij ziekte-inzicht en welke kijk een patiënt heeft op zijn ziek lichaam, dit blijkt één van de grootste problemen bij lange afwezigheid door ziekte en chronische ziektes. De samenstelling van een groep bepaalt hoe belangrijk het bespreken van de her-tewerkstelling is. Dit houdt in dat het belangrijk is werkgerelateerde zaken en/of problemen ook individueel te bespreken, bij voorkeur met een gedrags-cognitieve component zoals gedaan wordt in de studie van Korstjens et al of Nieuwhuizen et al. (van Egmond et al., 2015)

De invloed van de arts op de her-tewerkstelling

Artsen hebben ook een belangrijk aandeel in de her-tewerkstelling. In het Verenigd Koninkrijk is er een ondervraging geweest van 797 bedrijfsartsen. De meeste van de correspondenten, gaven aan dat managers verwijzingen naar de gezondheid op het werk anders behandelden voor werknemers met kanker tegenover werknemers met andere gezondheidsproblemen. De doorverwijzing vindt ook te laat plaats om efficiënt te zijn in het veilig stellen van een her-tewerkstelling. (van Egmond et al., 2015)

De effectiviteit van een her-tewerkstellingsprogramma

Van Egmond et al, (2015) omschrijven een aantal interventies om de effectiviteit van een gepast her-tewerkstellingsprogramma te meten. Een eerste interventie is consistent met de richtlijn oncologische revalidatie en bevat dus elementen van een participerende benadering waarbij de deelnemer actief betrokken zal worden in de ontwikkeling, inhoud en uitvoering van zijn her-tewerkstellingsplan. Meer specifiek zal de deelnemer aangemoedigd worden om actief deel te nemen in (1) het ontwikkelen van een gemeenschappelijk overeengekomen her-tewerkstellingsplan, (2) gecoacht worden bij het identificeren van obstakels en het creëren van mogelijkheden voor het her-tewerkstelling proces, (3) ten slotte worden de mogelijkheden verkend voor een (therapeutisch ondersteunde) terugkeer naar een werkplaats. Dit wordt uitgevoerd aan de hand van verschillende benaderingen, afhankelijk van cliënt tot cliënt, die routes worden genoemd.

De intentie van de studie door van Egmond et al was het meten van de effectiviteit van een

gepast her-tewerkstellingsprogramma, de duur van het vinden van een duurzame job bij een ex-patiënt die zijn job verloor, en deze resultaten vergelijken met de normale zorg. De resultaten van de studie worden niet vermeld. (van Egmond et al., 2015)

Verschillende factoren die een invloed kunnen hebben op de her-tewerkstelling

Islam et al (2014) hebben door een systematische review de volgende factoren gedefinieerd die van invloed zijn op de her-tewerkstelling, zowel positief als negatief. (Islam et al., 2014)

In de tabel 2 worden de socio-demografische factoren opgesomd en of ze een positief, negatief of geen relatie hebben tot de her-tewerkstelling. Het viel op dat sommige artikels factoren zoals leeftijd en burgerlijke staat als positief beschouwen terwijl in andere artikels wordt gezegd dat deze geen relatie hebben tot de her-tewerkstelling.

	Positief	Negatief	Geen relatie
Socio-demografisch	Leeftijd	Huwelijk	Leeftijd
	Opleiding	Overbeschermende familie	Burgerlijke staat
	Burgerlijke staat		Opleidingsniveau
	Aantal kinderen		Minderjarige kinderen
	Ras		
	Inkomsten		
	Relatie met omgeving		
	Jong zijn		
	Goede opleiding		
	Hoog inkomen		
	Positieve ondersteuning van vrienden en familie		
	Participatie aan de maatschappij		

Tabel 2: De socio-demografische factoren die invloed kunnen hebben op de her-tewerkstelling. (Islam et al., 2014)

In tabel 3 worden de werkgerelateerde factoren benoemd die een positieve of negatieve invloed kunnen hebben op de her-tewerkstelling.

	Positief	Negatief
Werkgerelateerd	Type van werk	Manueel werk
	Flexibiliteit	Stressvol werk
	Ondersteuning door collega's	Verminderd loon
	Job faciliteit	Verminderde werkuren
	Perceptie van het belang van werk	Gebrek aan ondersteuning van collega's
		Beperking ondervonden op de werkvloer

Tabel 3: De werkgerelateerde factoren die een invloed kunnen hebben op de her-tewerkstelling. (Islam et al., 2014)

In de tabel 4 worden de ziekte gerelateerde, behandeling gerelateerde en de psychologische factoren opgesomd waarvan de invloed ofwel positief ofwel negatief is op de her-tewerkstelling.

	Positief	Negatief
Ziekte gerelateerd	Gezondheid in het algemeen en de levenskwaliteit	Vermoeidheid (ook psychologische invloed)
	Gezondheid gerelateerde kwaliteit van het leven	Uitputting
Behandeling gerelateerd	Aanvullende therapie (behalve chemo)	Chemo
	Geen aanvullende therapie	Grote ingrepen (mastectomie)
Psychologisch	Verandering in emotionele toestand (depressie, etc.)	Psychologische stress
	Intentie om weer aan het werk te gaan	De impact van het werk op de slaap
	Bereidheid om weer aan het werk te gaan	Copingsstijl

Tabel 4: De ziekte-, behandeling- en psychologisch gerelateerde factoren die invloed kunnen hebben op de her-tewerkstelling. (Islam et al., 2014)

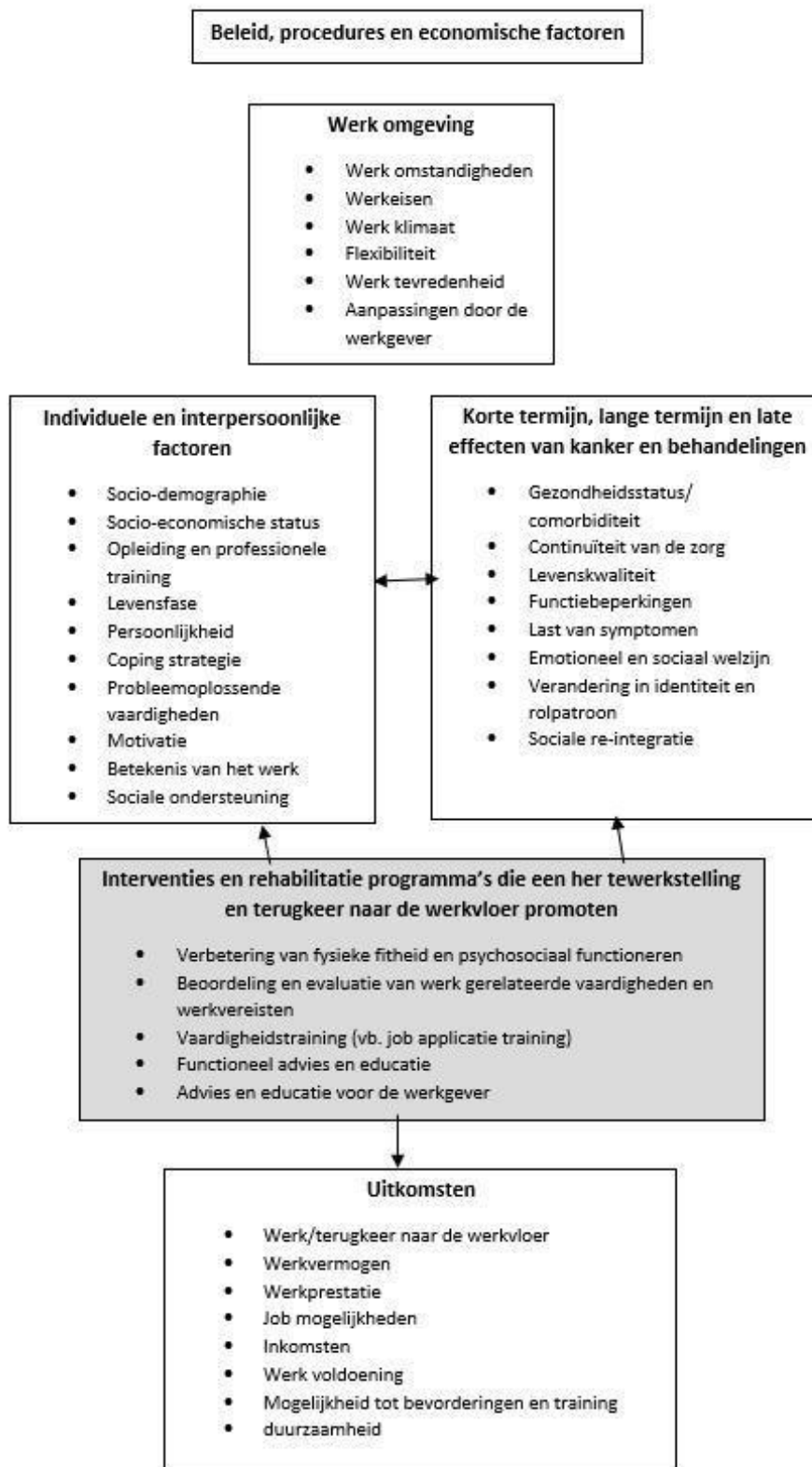
Negatieve factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie van ex-patiënten

In het artikel van van Egmond et al (2015) rapporteren Carlson et al, Hewitt et al en Karki et al dat ex-kankerpatiënten vermoeidheid, depressie, of functionele (waarde)verminderingen ervaren lang nadat hun behandeling beëindigd is. Hierdoor kan de levenskwaliteit, dagelijks functioneren en participatie op de werkvloer van de ex-patiënt beïnvloed worden. Een studie op de arbeidsmarkt door Petee et al (2000) heeft uitgewezen dat ex-kankerpatiënten vaak gemotiveerd zijn om weer aan het werk te gaan, en dat ze ook een positief effect hebben op de werkvloer. Aan het werk zijn geeft hen een gevoel van normaliteit en controle. Her-tewerkstelling vermindert ook het risico van financieel verlies voor zowel de ex-patiënt als de maatschappij. Mehnert et al (2011) ondervonden dat circa 62% van de ex-kankerpatiënten binnen de twaalf maanden terug aan het werk gingen. De meerderheid gaat terug aan het werk maar toch is er nog steeds een tamelijk grote groep die dit niet doet. Hier zijn meerdere redenen voor, de meeste zijn kanker gerelateerd, psychosociaal gerelateerd of werkgerelateerd. Een werkgerelateerde factor, zoals de afwezigheid van een tewerkstellingscontract, kan barrières creëren voor de her-tewerkstelling van ex-patiënten. Voor personen met een onzekere tewerkstelling toont de literatuur door Benach et al en Vermeulen et al in het algemeen aan dat er een grotere emotionele en praktische afstand tot de arbeidsmarkt wordt ervaren. Ook zijn deze personen lager opgeleid en hebben ze een verhoogd risico voor een langere afwezigheid in vergelijking met andere werknemers. Bij hun her-tewerkstelling kunnen ex-kankerpatiënten ook met een unieke barrière te maken krijgen, zoals bijvoorbeeld het wedijveren met ‘gezonde’ personen bij het solliciteren. Als resultaat hiervan zien we dat na kanker het her-tewerkstelling proces van werklozen anders is dan dat van werknemers die na ziekteverlof weer aan het werk gaan. (van Egmond et al., 2015)

Cijfers uit het buitenland

Mehnert et al (2013) vonden dat in Noorwegen 31% van de tewerkgestelde ex-kankerpatiënten een vermindering rapporteerde in hun fysiek functioneren door kanker, terwijl 23% een vermindering in hun mentaal functioneren aangaf. Studies uit het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten van Amerika en Canada hebben de impact van kanker op de werkervaring van de ex-patiënt in kaart gebracht. Patiënten rapporteerden 1 tot 10 jaar na hun diagnose dat ze moeilijkheden hadden met coping en concentreren, en dat ze zich zorgen maakten om hun verminderd vermogen om aan het werk te gaan.

Figuur 3 toont de wisselwerking tussen de behandeling van kanker, de uitkomsten, de persoonlijke factoren en de effecten van de behandeling. (Mehnert et al., 2013)



Figuur 1. Het kanker overlevings en -werkmodel wordt weergegeven.

Figuur 3: Het kanker overlevings en -werkmodel wordt weergegeven. (Mehnert et al., 2013)

Terug aan het werk gaan na kanker kan de werkposities van de patiënt veranderen. Exborstkankerpatiënten ervaarden ongewenste veranderingen en verantwoordelijkheden in hun job, in relaties tot hun collega's en werkgevers. Ook gaven deze vrouwen een verandering in hun gevoel van hoe belangrijk zij hun werk vonden aan.

Motivatie- en succesfactoren om aan het werk te blijven

Volgens De Vries et al (2011) is één van de grootste stimulansen dat mensen werk zien als een waarde. Deelnemers vinden erkenning, zelfverwezenlijking en zelfrespect in hun werk. Werk geeft betekenis aan het leven van velen. Deelnemers geven aan dat werk een doel en missie aan het leven geeft. Jobtevredenheid werd vaak aangegeven als een sterke motivatie om aan het werk te blijven ondanks pijn. Aan het werk zijn geeft voldoening omdat het belonend is. Aan de andere kant geven sommige deelnemers ook aan dat hun werk hen niet langer vreugde bezorgde maar dat ze toch aan het werk bleven. In dat geval compenseerden motiverende factoren hiervoor, bijvoorbeeld: aan het werk zijn zorgt voor een inkomen. (de Vries et al., 2011)

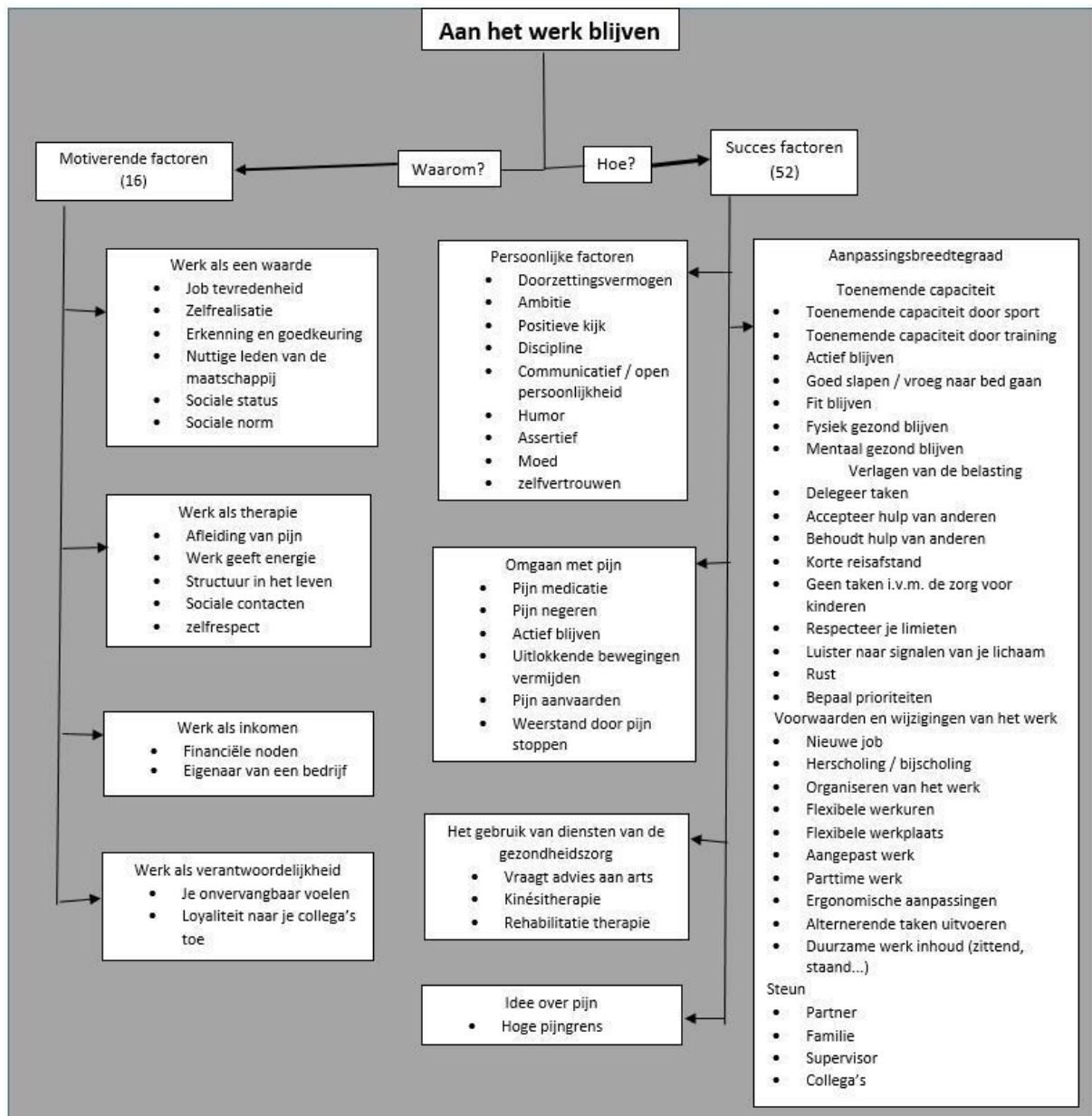
Andere motiverende factoren kunnen zijn: zelfrealisatie, erkenning en goedkeuring, nuttig lid van de maatschappij, sociale status en sociale norm.

Werk kan ook gezien worden als therapie: aan het werk zijn zorgt voor afleiding van de pijn, verhoging van het zelfrespect en geeft energie. Werk geeft ook structuur aan het leven en zorgt voor sociale contacten. Zo kunnen werknemers op hun werk nieuwe mensen leren kennen of gewoon een gesprek voeren met een collega om zichzelf even af te leiden van de pijn. Werklozen kunnen vaak enkel 's avonds een vriend of familielid spreken omdat deze doorheen de dag aan het werk zijn. (de Vries et al., 2011)

Verder zorgt werk ook voor een inkomen. Het geeft je verantwoordelijkheden naar je werkgever, collega's en naar het werk zelf toe.

Succesfactoren om aan het werk te blijven kunnen gevonden worden in het karakter van een persoon, hoe ze omgaan met pijn en hun pijnveraring of grens. Verder is ook het adequate gebruik van de diensten van de gezondheidszorg belangrijk en de vrijheid of breedheid om iets aan te passen zoals bijvoorbeeld: zelf hun werk organiseren, taken aannemen die ze aankunnen, plannen of ze thuis of op het werk zullen werken. (de Vries et al., 2011)

Hieronder een schematische weergave over de succesfactoren om aan het werk te blijven samen met waarom en hoe.



Figuur 4: Schematische weergave van de succesfactoren. (de Vries et al., 2011)

Ouderen op de arbeidsmarkt

Aan het werk zijn is goed voor alle leeftijden. Een onderzoek van Brown et al (2015) wijst uit dat aan het werk zijn als een 'oudere werknemer' het fysieke functioneren en de mentale gezondheid verbeterd. (Brown et al., 2015)

Brown et al (2015) zeggen dat de oudere werknemers een opkomende groep zijn die prioriteit dienen te krijgen van de beleidsmakers. Redenen hiervoor zijn de verhoging van de

levenskwaliteit en het groeiende percentage van personen boven de 65 en ouder, in vergelijking met de werkende populatie. (Brown et al., 2015)

Oudere individuen hebben minder de kans om her-tewerkgesteld te worden nadat ze hun job verloren zijn. Bovendien hebben ze een verhoogd risico om met chronische gezondheidsproblemen te maken te krijgen die juist de kans op het verliezen van werk verhogen en her-tewerkstelling moeilijker maken. Bijkomend kan deze groep ook moeite hebben met andere barrières zoals discriminatie volgens leeftijd door werkgevers en collega's, gaten in hun vaardigheden (vooral in IT) en het dragen van verantwoordelijkheden, zoals de zorg voor kleinkinderen en andere familieleden. Verder komen hun barrières om weer aan het werk te gaan overeen met dat van de jongere werknemer. Problemen die zij aanhalen zijn: verlies van zelfvertrouwen, slechte gemoedstoestand, her-tewerkstelling gerelateerde angst, verlies van structuur en routine.

Voordelen voor ouderen op de arbeidsmarkt zijn: werkervaring, vaardigheden omtrent het schrijven van een cv en het voeren van een goed (sollicitatie)gesprek. Hierdoor kunnen de ouderen ook meer zelfvertrouwen hebben dan jongere werknemers. (Brown et al., 2015)

Praktijkonderzoek

Bij het praktijkonderzoek werd de gevonden literatuur afgetoetst in de praktijk bij GTB Limburg en bij GOB AZERTiE. Op die manier werd er ervaring opgedaan binnen de arbeidscontext, meer specifiek op het gebied van re-integratie in de arbeidswereld. Zo was het mogelijk om de literatuur af te toetsen aan de realiteit binnen her-tewerkstelling en het duurzame aspect ervan.

GTB Limburg

Vanaf eind oktober tot november liep het eerste deel van het projectonderzoek. Dit ging door op de dienst gespecialiseerde trajectbegeleiding in Hasselt, oftewel GTB. GTB is een onderdeel van VDAB waar ze personen met een arbeidsbeperking begeleiden en ondersteunen in hun zoektocht naar werk.

Bij de aanvang van de stage werd er net een nieuwe screening opgestart. De bedoeling van deze screening was om een nieuwe ‘testbatterij’ te maken die cliënten zal scoren op hun capaciteiten en hen probeert te helpen in hun zoektocht naar een nieuwe job na een operatie, ziekte of invaliditeit.

Deze screening is op de lange termijn bedoeld voor alle cliënten van GTB, en zal de naam ELA krijgen. In de testfase zal men de focus vooral op bouwvakkers richten. 15% van de werknemers in de bouwsector beschikt over een Vlaamse Ondersteuningspremie (VOP) in vergelijking met andere sectoren. Het doel tijdens de testfase is dus een tiental bouwvakkers te screenen en onderzoeken waar zij nog tewerkgesteld kunnen worden. Ons doel hierin is het opstellen van een grondige en valide test voor personen uit de bouwsector.

Om te weten te komen wat een cliënt nog kan, wordt een screening of FCE (functionele capaciteits-evaluatie) uitgevoerd. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een screening gebaseerd op de IMBA methode (Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt). De IMBA bevraagt werknemers erg breed. Zo wordt er bijvoorbeeld gekeken naar staand werk, zittend werk, gehurkt werk, enz. Maar ook naar vb. de lichtsterkte, temperatuur, druk, enz. De eerste proeftoepassing van de IMBA werd toegepast op deze stageplaats. Via deze methode is de ELA (Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten) ontstaan. De uitvoering van de IMBA-methode wordt nu dus uitgevoerd via de ELA. De ELA hanteert ook alle categorieën die in de IMBA aan bod komen, maar richt zich tijdens de screenings specifiek op de criteria van het beroep van de deelnemende cliënt.

Tot nu toe werkte GTB met het Sapphire-toestel om een FCE uit te voeren. Dit is een computergestuurd toestel dat onderzoek doet naar enkele werk-praktische, grof motorische en fijn motorische handelingen. In de meeste provincies is het al langer niet meer in gebruik. Aan het einde van het jaar 2016 was er dus geen gemeenschappelijk systeem in Vlaanderen dat het functioneren van mensen in kaart brengt.

Er was dus nood aan vernieuwing.

Zo is GTB in Duitsland uitgekomen, waar ze werken met het ELA project. De afkorting ELA staat voor Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten. In het Nederlands: werk gerelateerde fysisch functionele capaciteitsevaluatie. Zoals eerder vermeld is het project van GTB in de testfase gericht op handarbeiders of personen tewerkgesteld in de bouw. Dit gaat van metsers tot loodgieters en ploegbazen.... Het doel is om de test zo levensecht mogelijk te laten lijken: zo moeten de cliënten een klein trapje op en af wandelen met of zonder een gewicht in hun handen en over geaccidenteerd terrein lopen. Dit terrein kan bestaan uit keien of een ruwe mat. Vervolgens zullen ze flessen, verzwaard met gewichten, van het ene rek in een ander zetten, een kar voortduwen, over een dunne balk lopen, bovenhoofds schroeven los draaien en weer vastzetten, en meer variaties hier op.

Als student-stagiaire heb ik de uitwerking van deze screening mee mogen volgen. Zelf heb ik nooit de totale screening afgenomen maar bepaalde onderdelen heb ik wel zelfstandig uitgevoerd. Eveneens heb ik meegewerkt aan de opbouw van het observatieformulier en heb ik de verslagen over de cliënten mee opgesteld. (Zie bijlage voor een van de eerste versies)

De taak van de ergotherapeut is op GTB Limburg niet puur ergotherapeutisch en kan dus ook door iemand anders die een opleiding genoten heeft in de zorgsector worden ingevuld. Het gaat eerder over de ergotherapeutische insteek die de persoon zelf in zijn of haar werk implementeert. Zo verschilt een intake gesprek dat afgenomen wordt door een kinésist van dat van één dat afgenomen wordt door de ergotherapeut omdat zij beide een andere benadering hanteren.

Zodra het ELA-assessment op punt staat zal de afname hiervan ook gebeuren door enkele ergotherapeuten.

AZERTiE

De cliënten komen bij AZERTiE na doorverwijzing van GTB en worden begeleidt naar werk in een administratieve functie.

De begeleiding bij AZERTiE bestaat uit twee luiken, een eerste luik bij AZERTiE zelf van 10 weken en een tweede luik waarbij stages worden gelopen bij werkgevers.

De basis van dit programma is I-Care.

Oorspronkelijk was I-Care bestemd voor werkzoekenden met psychische aandoeningen, vaak in combinatie met somatische gezondheidsproblemen en is het gebaseerd op wetenschappelijke evidentie van psychomotorische en mentale training op de psychische en somatische gezondheid van deze zeer kwetsbare groep.

Het programma focust sterk op de belangrijkste persoonsgebonden succesfactoren in de arbeidsrehabilitatie van personen met psychische kwetsbaarheid.

De drop-out verminderde en tewerkstelling verbeterde. Daarom werd gekozen voor het opmaken van een verkorte versie, zodat er meer cliënten ondersteund konden worden naar tewerkstelling.

De coaching en de training helpen de cliënten ook naar duurzame (her-)tewerkstelling.

Er zijn twee fasen in het traject. De eerste fase is het workreadiness programma. Deze fase is onderverdeeld in nog drie verschillende fasen, road to awareness, boost en leren werken.

Bij road to awareness krijgen ze informatie over de arbeidsmarkt, zoals wat er verwacht wordt door de werkgever. Ze leren de beperking aanvaarden en op een positieve manier ombuigen, bv.: een persoon heeft problemen met de rug en heeft zich daardoor verdiept in ergonomie en kan het ander personeel hierbij ondersteunen. De cliënten ontdekken de talenten die ze bezitten en leren deze gebruiken en inzetten. Maar ook de valkuilen herkennen als ze doorschieten in hun talenten. Er worden ook voedingssessies georganiseerd waarbij ze uitleg krijgen over gezonde voeding en vragen kunnen stellen.

Tijdens de boostfase worden de sleutelcompetenties of goede arbeidsattitude aangereikt en krijgen de cliënten de basis voor de technische vaardigheden. Ook wordt er mentaal, fysiek en op IT-vlak geboost door stressbeheersing, lichaamstaal leren beheersen, feedback leren geven, psychomotorische training en omgaan met verschillende apps die ze kunnen inzetten in het dagelijks en professioneel leven.

Bij de fase van het leren werken zijn er workshops waarbij ze efficiënt leren werken met Office, LinkedIn, etc. En moeten ze technische competenties toepassen op de gesimuleerde werkvloer

waarbij ze feedback krijgen op de arbeidsattitudes zoals punctueel, omgaan met feedback, teamplay, etc.

De tweede fase is het jobreadiness programma waarbij stages worden uitgevoerd bij verschillende werkgevers.

Elke cliënt heeft eerst een leerstage van acht weken waarbij de haalbaarheid op de werkvloer wordt getoetst. Tijdens de stages is er de mogelijkheid om inhoudelijk bij te leren want veel vaardigheden zijn afhankelijk van de job zelf. Dit zorgt voor een extra referentie op het cv en geeft het zelfvertrouwen een boost.

Na de eerste stage volgt er eventueel een tweede leerstage, een stage met perspectief (dan heeft de cliënt de mogelijkheid om na de stage bij dit bedrijf aan de slag kan gaan), of een Gespecialiseerde Individuele BeroepsOpleiding (GIBO).

Werkplekbezoek.

De jobconsultants gaan op werkplekbezoek samen met de cliënt zodat de cliënt de mogelijkheid heeft om zich voor te stellen en te horen wat er verwacht wordt.

Ze gaan ook op tussentijdse evaluatie en eindevaluatie om te kijken of de cliënt het goed heeft gedaan, zodat de cliënten het bedrijf als referentie mag zetten.

Door de goede contacten met bedrijven kunnen de jobconsultants deze bedrijven contacteren als ze een andere stagiair hebben.

Coaching

Tijdens een coaching wordt er gevraagd naar hoe een stage is verlopen, of de persoon actief zoekt naar vacatures, etc. Maar vraagt men ook naar de dagindeling en thuissituatie, als deze persoon dat op voorhand heeft aangegeven dat de dagindeling voor hem/haar belangrijk is en als de trainer-coach aanvoelt dat er iets vanuit de thuissituatie opspeelt en de persoon hindert.

Taak van de ergotherapeut.

Er is geen ergotherapeut aanwezig, dus zijn we samen op zoek gegaan naar de meerwaarde van een ergotherapeut binnen het team.

Naar mijn mening kan een ergotherapeut bij AZERTiE helpen om de cliënten het correcte hulpmiddel aan te bieden en dit voorzien vanuit het magazijn met ergonomische hulpmiddelen.

Er zijn al hulpmiddelen aanwezig maar dit kan worden uitgebreid door een ergotherapeut.

Eveneens kan je de groepen bij AZERTiE een workshop geven rond de ergonomie en zithouding aan een bureau, waar ze aandacht aan moeten geven, etc. Deze informatie zou een ergotherapeut ook kunnen aanbieden aan werkgevers als deze vraag naar voren komt.

Discussie

Binnen deze discussie wordt er kritisch terug gekeken op de geraadpleegde literatuur.

Zoals in het begin van de literatuurstudie vermeld bevat het ook enkele gedateerde artikels. Deze werden opgenomen door hun sterke inhoud en door hun vermelding in een ander artikel van Désiron et al. (2011), dat we verwerkt hebben in onze literatuurstudie.

In de literatuur zijn verschillende factoren naar voor gekomen die de her-tewerkstelling positief en negatief kunnen beïnvloeden. Maar over sommige factoren waren verschillende artikels het niet eens, bv.: voor leeftijd en opleiding. Bij sommige artikels werden deze als positief beschouwd, terwijl dat in andere artikels werd gezegd dat het geen relatie heeft tot de her-tewerkstelling. Dit zet aan tot nadenken hoe het komt dat over deze factoren verschillende uitkomsten werden gevonden.

Eveneens is er weinig bekend over de (her-)tewerkstelling van personen met een chronische ziekte na vijf of tien jaar. Ook over de duurzaamheid van deze her-tewerkstelling is weinig bekend. De artikels die gebruikt werden voor deze bachelorproef onderzochten vooral het her tewerkstelling proces vanaf het ontslag uit het ziekenhuis tot aan de eerste maanden van het zoeken naar een job en vervolgens het her tewerkstelling proces. Toekomstige onderzoeken moeten zich focussen op de duurzame (her-)tewerkstelling zodat er meer resultaten zijn over te vinden zijn.

Een ander probleem dat werd ondervonden is dat er weinig tot geen literatuur te vinden is over de (her-)tewerkstelling van ex-kankerpatiënten in het algemeen, specifiek voor ex-borstkankerpatiënten is er wel literatuur te vinden. Deze gaat niet over de duurzame (her-) tewerkstelling.

Als er duurzame (her-)tewerkstelling bekomen wilt worden, worden de beste resultaten behaald met een multidisciplinair team, waaraan een ergotherapeut is toegevoegd.

Eveneens moet er onderzocht worden met welke therapieën, gegeven door ergotherapeuten, de beste resultaten worden behaald. Dit moet duidelijk beschreven worden door de ergotherapeuten en de onderzoekers.

De uitkomsten over welk effect ergotherapie heeft, hangen af van de keuze van onderzoek die de auteur maakt.

Conclusie

De ergotherapeut kan een belangrijke rol spelen naar de duurzaamheid van een (her-) tewerkstelling. Zeker in combinatie met een multidisciplinair team.

De rol van ergotherapeuten in een ziekenhuis of revalidatiecentrum is goed omschreven. Wanneer de ex-kankerpatiënt weer wil terugkeren naar de werkvloer wordt de taakomschrijving van de ergotherapeut vager. Hoewel de ergotherapeut wel op fysiek, psychologisch en omgevingsgebied te werk kan gaan. Er dient dus onderzocht te worden met welke therapieën, gegeven door ergotherapeuten, de beste resultaten worden behaald. Dit moet duidelijk beschreven worden door de ergotherapeuten en de onderzoekers. Zodat iedereen hier gebruik van kan maken, dit heeft eveneens een positieve invloed op de gezondheidszorg in het algemeen.

Er is eveneens maar weinig literatuur te vinden omtrent ergotherapie op de arbeidsmarkt. Al zijn we tijdens de stage op GTB ook een aantal ergotherapeuten tegengekomen die meewerken aan het her-tewerkstelling proces. Op GOB AZERTiE was dit echter niet het geval.

In de geraadpleegde artikels zijn de door de ergotherapeut uitgevoerde interventies niet voldoende opgevolgd of omschreven.

De meerderheid van de artikels beschrijft het revalidatieproces, de periode erna en de eerste maanden van de her-tewerkstelling. Over de duurzaamheid van deze her-tewerkstelling op langere termijn, vb. 30 jaar later, is niets te vinden.

Toekomstige onderzoeken moeten zich focussen op de duurzame (her-)tewerkstelling zodat er meer resultaten zijn over de langdurigheid hiervan.

Bibliografie

- Brown, J., Neary, J., Katikireddi, S. V., Thomson, H., McQuaid, R. W., Leyland, A. H., . . . Macdonald, E. B. (2015). Protocol for a mixed-methods longitudinal study to identify factors influencing return to work in the over 50s participating in the UK Work Programme: Supporting Older People into Employment (SOPIE). *BMJ Open*, *5*(12). doi:10.1136/bmjopen-2015-010525
- de Boer, A., Frings-Dresen, M., & Feuerstein, M. (2016). Improving Return to Work in Cancer Survivors. In I. Z. Schultz & R. J. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work: From Research to Practice* (pp. 481-503). Boston, MA: Springer US.
- De Man, H., Verjans, M., & Bruyninx, K. (2015a). Terug aan het werk na een langdurige afwezigheid om medische redenen. Brochure voor werknemers. In A. e. S. O. Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid (Ed.). www.werk.belgie.be.
- De Man, H., Verjans, M., & Bruyninx, K. (2015b). Werkhervatting na afwezigheid wegens medische redenen. Preventie van langdurige afwezigheid. Brochure voor werkgevers. In A. e. S. O. Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid (Ed.). www.werk.belgie.be.
- de Visser, E. (2016). Kanker, maar het leven gaat door. *Sir Edmund*, 8-13.
- de Vries, H. J., Brouwer, S., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H., & Reneman, M. F. (2011). Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers' experiences. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *12*(1), 126. doi:10.1186/1471-2474-12-126
- Désiron, H. A., de Rijk, A., Van Hoof, E., & Donceel, P. (2011). Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *BMC Public Health*, *11*(1), 615. doi:10.1186/1471-2458-11-615
- Islam, T., Dahlui, M., Majid, H. A., Nahar, A. M., Mohd Taib, N. A., & Su, T. T. (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health*, *14*(3), S8. doi:10.1186/1471-2458-14-s3-s8
- Knack. (2015, 14/09/2015). Pensioenleeftijd is officieel verhoogd: wat betekent dat voor u? *Moneytalk*.
- LB. (2017, 02-02-2017). Kankerexpert: "Binnen vijf tot tien jaar is er een medicijn tegen elke kanker". Ontwikkelingen in genetica zullen leiden tot medicatie op maat.
- Mehnert, A., de Boer, A., & Feuerstein, M. (2013). Employment challenges for cancer survivors. *Cancer*, *119*, 2151-2159. doi:10.1002/cncr.28067
- Redactie, D. (2016, 28/11/2016). Burn-out bij jongeren: "Twintig procent van de mensen tussen 25 en 35 staat moe op."
- RIZIV. (2015, 12/06/2015). Chronische ziekten.
- Schene, A. H., Koeter, M. W., Kikkert, M. J., Swinkels, J. A., & McCrone, P. (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med*, *37*(3), 351-362. doi:10.1017/s0033291706009366
- Tamminga, S. J., de Boer, A. G., Verbeek, J. H., & Frings-Dresen, M. H. (2010). Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Occup Environ Med*, *67*(9), 639-648. doi:10.1136/oem.2009.050070
- Thijs, K. M., de Boer, A. G., Vreugdenhil, G., van de Wouw, A. J., Houterman, S., & Schep, G. (2012). Rehabilitation using high-intensity physical training and long-term return-to-work in cancer survivors. *J Occup Rehabil*, *22*(2), 220-229. doi:10.1007/s10926-011-9341-1
- van Egmond, M. P., Duijts, S. F. A., Vermeulen, S. J., van der Beek, A. J., & Anema, J. R. (2015). Return to work in sick-listed cancer survivors with job loss: design of a randomised controlled trial. *BMC Cancer*, *15*, 63. doi:10.1186/s12885-015-1051-1
- van Vooren, E. (2016). *Het kankerpespektief. Kijken door de ogen van krachtig kwetsbare mensen*: Lannoo Campus.