

advies

09
—
02

Een kwestie van gezond
verstand

SER

Sociaal-
Economische
Raad

advies

Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties

Uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer 2, 17 april 2009

Sociaal-Economische Raad

De Sociaal-Economische Raad (SER) adviseert de regering en het parlement over de hoofdlijnen van het te voeren sociale en economische beleid en over belangrijke wetgeving op sociaal-economisch terrein. Daarnaast is de SER belast met bestuurlijke en toezichthoudende taken met betrekking tot de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie (productschappen en bedrijfsschappen). De raad is voorts betrokken bij de uitvoering van enkele wetten.

De SER is in 1950 ingesteld bij de Wet op de bedrijfsorganisatie. Zitting in de SER hebben vertegenwoordigers van ondernemers en van werknemers alsmede onafhankelijke deskundigen. De raad is een onafhankelijk orgaan dat door het gezamenlijke Nederlandse bedrijfsleven wordt gefinancierd.

De SER wordt bij de uitvoering van zijn functies bijgestaan door een aantal vaste en tijdelijke commissies. Enkele vaste commissies zijn onder bepaalde voorwaarden ook zelfstandig werkzaam.

De belangrijkste adviezen die de SER uitbrengt, worden in boekvorm uitgegeven. Zij zijn tegen kostprijs verkrijgbaar. Een overzicht van recente publicaties vindt u achterin. Een uitgebreider overzicht wordt op aanvraag gratis toegezonden. Het maandblad SER-bulletin geeft uitgebreid nieuws en informatie over de SER. De SER beschikt ook over een eigen site op internet, met onder meer de samenstelling van de raad en zijn commissies, persberichten en het laatste nieuws.

© 2009, Sociaal-Economische Raad

Alle rechten voorbehouden.

Overname van teksten is toegestaan onder bronvermelding.

Sociaal-Economische Raad

Bezuidenhoutseweg 60

Postbus 90405

2509 LK Den Haag

T 070 3499 499

E ser.info@ser.nl

I www.ser.nl

ISBN 90-6587-986-2 / CIP

Inhoudsopgave

Samenvatting	9
Deel 1: Adviesaanvraag en achtergrond	19
1 Inleiding	19
2 De adviesaanvraag	21
3 Preventiebeleid in het kort	23
4 Visie van het kabinet	25
5 Bij de kabinetsvisie betrokken rapporten en adviezen	29
6 Eerdere adviezen SER en aanbevelingen Stichting van de Arbeid	33
7 Adviesvoorbereiding	37
8 Opzet advies	39
Deel 2: Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties	41
1 Sociaal-economische betekenis van gezondheid in het algemeen	41
1.1 Inleiding: het begrip gezondheid	41
1.2 Gezondheid en arbeid in algemene zin	41
1.3 Kosten van ziekte en opbrengsten van gezondheid	43
1.4 Belang van preventie	45
1.5 Veranderende focus algemeen preventiebeleid	48
1.6 Conclusie	49
2 Focus advies	51
2.1 Arbeidsrelevante dimensies van gezondheid	51
2.2 Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties	52
2.3 Specifieke relaties tussen gezondheid / inzetbaarheid en arbeid	53
2.3.1 Arbeidsgerelateerde gezondheids- / inzetbaarheidsproblemen	54
2.3.2 Niet-arbeidsgerelateerde gezondheids- / inzetbaarheidsproblemen	62
2.3.2.1 Persoonsgebonden factoren	62

2.3.2.2	Leefstijlfactoren	64
2.4	Conclusie en uitgangspunten preventiebeleid in arbeidsorganisaties	66
3	Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties	69
3.1	Inleiding	69
3.2	Gezondheidsmanagement	70
3.2.1	Arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid	70
3.2.1.1	Inleiding	70
3.2.1.2	Arboconvenanten, arbocatalogi en RI&E	73
3.2.1.3	Effectiviteit arbocuratieve zorg	77
3.2.1.4	Effectiviteit verzuim- en re-integratiebeleid	80
3.2.2	Samenwerken in de zorgketen	82
3.2.2.1	Actoren in de zorgketen	82
3.2.2.2	Synergie in de zorgketen	85
3.2.2.3	Knelpunten in de zorgketen	87
3.2.3	Conclusie gezondheidsmanagement	91
3.3	HRM-beleid en gezondheid	92
3.3.1	Loopbaan- en opleidingsbeleid	92
3.3.2	Arbeid-en-zorgbeleid	95
3.3.3	Levensfasebewust personeelsbeleid	96
3.3.4	Conclusie HRM-beleid en gezondheid	101
3.4	Leefstijlbeleid	102
3.4.1	Roken en alcohol	102
3.4.2	Voeding en bewegen	104
3.4.3	Conclusie leefstijlbeleid	109
3.5	Beschouwing preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties	109
4	Aandacht reguliere gezondheidszorg voor factor ‘arbeid’	113
4.1	Inleiding	113
4.2	Zorgstelsel en preventie	115
4.3	Aandacht van de reguliere gezondheidszorg voor de factor ‘arbeid’	122
4.3.1	Inleiding	122
4.3.2	De somatische zorg	124
4.3.3	De Geestelijke Gezondheidszorg	127
4.4	Curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg	129
4.5	Conclusies en aandachtspunten reguliere zorg en factor ‘arbeid’	135
	Deel 3: Slotbeschouwing en beantwoording adviesaanvragen: standpunt van de raad	139
1	Preambule	139

2	Uitgangspunten	143
2.1	Gezondheid en preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties	143
2.2	Verantwoordelijkheden binnen de arbeidsorganisatie	143
2.3	Verantwoordelijkheid bij gezondheidsrisico's	144
2.4	Integraal gezondheidsmanagement	145
3	Beantwoording adviesaanvragen	147
3.1	Kansen op gezondheidswinst	147
3.1.1	Intensivering bestaand beleid	148
3.1.2	Aanzetten voor nieuw beleid	151
3.2	Potentiële baten van gezondheidswinst en actoren die daarvan profiteren	152
3.3	Additionele prikkels	154
3.4	Ander relevant beleid voor meer gezondheidswinst	155
	Literatuurlijst	159
	Bijlagen	
1	De adviesaanvraag	169
2	Work Ability Index (WAI)	173
3	Gesprekspartners	177
4	Samenstelling van de Ad-hoccommissie Preventie en Gezondheid	179



SAMENVATTING

Samenvatting

1 Adviesaanvraag

Op 29 september 2008 zond de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) namens het kabinet een adviesaanvraag aan de SER over parallelle belangen bij gezondheid. Het kabinet gaat ervan uit dat allerlei actoren en domeinen een eigen belang hebben bij het realiseren van gezondheidswinst. Gelet op deze “parallelle van belangen” verzoekt de minister de raad zijn visie te geven op de vraag hoe de rijksoverheid het bedrijfsleven kan stimuleren om hun eigen belang bij preventie te verzilveren. Ook vraagt de minister de raad aanbevelingen te doen over de versterking van de bijdrage van bedrijven aan de gezondheid van werknemers.

De rijksoverheid wil namelijk voor bedrijfsleven, onderwijs en lokaal bestuur extra prikkels voor preventiebeleid creëren, zodat het mogelijk is een beweging te maken van ‘nazorg’ naar ‘voorzorg’. Voorwaarde daarvoor is dat het kabinet inzicht heeft in de mogelijkheden van gezondheidsbevordering in de onderscheiden domeinen en de omstandigheden waarmee rekening gehouden zal moeten worden.

2 Belang preventie en gezondheid

De raad spitst dit advies toe op de relatie van gezondheid en preventie met betaalde arbeid en de arbeidsrelatie.

In zijn visie is de winst van een goede gezondheid samengesteld uit veel componenten op verschillende niveaus en voor verschillende actoren. Zo heeft gezondheid een grote intrinsieke waarde: individuen krijgen een grotere kans op een lang en gezond leven en op maatschappelijke participatie. Op het niveau van arbeidsorganisaties kan een betere gezondheid van werknemers leiden tot minder verzuim en uitval en tegelijkertijd tot hogere productie en betere prestaties van werknemers en organisaties. Voorts beperkt een goede gezondheid van werknemers het beroep op collectieve regelingen (zoals bij arbeidsongeschiktheid).

Op langere termijn maakt een betere gezondheid ook een langere inzetbaarheid van werknemers mogelijk. Dit is niet alleen van belang voor arbeidsorganisaties (zeker daar waar op termijn veel ‘babyboomers’ met pensioen gaan), maar ook voor de samenleving als geheel. Duurzame inzetbaarheid van arbeidskrachten is nodig om de kosten van vergrijzing op te vangen, om voorziene structurele tekorten op de arbeidsmarkt te verminderen, om het innovierend en mentaal vermogen van de beroepsbevolking optimaal te benutten en om het draagvlak voor de sociale zekerheid op peil te houden. Bovendien impliceert een goede gezondheid van de bevolking minder uitgaven voor zorg.

De gezondheid van mensen is niet alleen van invloed op hun arbeidsdeelname; omgekeerd kunnen aspecten van de arbeid ook (positieve en negatieve) effecten hebben op de (fysieke

en psychische) gezondheid. Daarmee is preventiebeleid van het grootste belang voor een goede gezondheid van werknemers en om zo veel mogelijk mensen voor de arbeidsmarkt te behouden.

Preventiebeleid in arbeidsorganisaties omvat in de visie van de raad alle vormen van bedrijfsbeleid die de gezondheid en daarmee de inzetbaarheid van werknemers bewaken en bevorderen. Dat zijn: work ability (het fysieke, psychische en sociale arbeidsvermogen), employability (het vermogen om productief en belonend werk te vinden) en vitaliteit (energie en motivatie).

Preventiebeleid omvat in het verlengde daarvan gezondheidsmanagement (arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid) dat mede onderdelen van HRM-beleid en van leefstijlbeleid kan bevatten.

3 Analyse

3.1 Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties

Het advies schetst (in deel 2, hoofdstuk 3) een beeld van het brede preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties. Als het gaat om *gezondheidsmanagement* komt aan de orde hoe invulling wordt gegeven aan de doelvoorschriften in de Arbowetgeving. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de arboconvenanten, arbocatalogi en de risico-inventarisaties en -evaluaties (ri&e's)? Ook de samenwerking in de zorgketen tussen alle betrokkenen bij het gezondheidsmanagement is onder de loep genomen: de preventiemedewerker, de bedrijfsarts, de arbodienstverlener, de zorgaanbieder, zorgverzekeraar en verzuimverzekeraar en de re-integratiedienstverlener. Wat zijn knelpunten in de keten en hoe is synergie te bevorderen? Het advies geeft onder meer de bevindingen weer van verschillende wetenschappelijke studies die in opdracht van het ministerie van SZW daarnaar zijn gedaan.

Omdat bepaalde *onderdelen van HRM-beleid* de gezondheid en inzetbaarheid van werknemers (positief) kunnen beïnvloeden, geeft het advies ook weer hoe arbeidsorganisaties aandacht besteden aan loopbaan- en opleidingsbeleid of employabilitybeleid, aan arbeid-en-zorgbeleid en aan levensfasebewust personeelsbeleid.

Ook *aspecten van arbeid-en-zorgbeleid* kunnen bijdragen aan de duurzame inzetbaarheid, de productiviteit en de motivatie van werknemers. Organisaties die dit beleid toepassen zien duidelijk de voordelen ervan. Wat levensfasebewust beleid betreft wordt in diverse handboeken en rapporten van de zijde van werkgevers- en werknemersorganisaties gesteld dat dit, gelet op het vergrijzende personeelsbestand, onmisbaar is. Voor dit advies – dat verschillende voorbeelden van levensfasebewust beleid laat zien – is vooral van belang dat over alle levensfasen heen steeds opnieuw wordt gezien of belasting en belastbaarheid met elkaar in evenwicht zijn, zodat het mogelijk is tijdig in te grijpen of bij te sturen.

Wat *leefstijlbeleid* in arbeidsorganisaties betreft, schetst het advies initiatieven van bedrijven om het leefstijlgedrag met betrekking tot voeding en bewegen te beïnvloeden. Dit betreft zowel individuele als gemeenschappelijke initiatieven: voorbeeld van het laatste is het convenant overgewicht dat door de overheid, het bedrijfsleven en een groot aantal maatschappelijke organisaties is ondertekend. De raad onderschrijft het standpunt van de Stichting van de Arbeid in haar publicatie *Bied tegenwicht aan overgewicht* (2008) dat iedereen binnen de arbeidsorganisatie zelf verantwoordelijk is voor een goede balans tussen eten en bewegen, maar dat de werkgever – zonder geboden en verboden – wel het bereiken van een dergelijke balans kan stimuleren en faciliteren.

3.2 Aandacht reguliere gezondheidszorg voor factor 'arbeid'

Voor de gezondheid en blijvende inzetbaarheid van werknemers is het ook van belang dat de reguliere zorg (de somatische en de Geestelijke Gezondheidszorg) aandacht heeft voor de factor arbeid.

In zijn advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* (1998) adviseerde de raad om beleid te ontwikkelen gericht op vergroting van de aandacht, kennis en deskundigheid met betrekking tot arbeidsrelevante aandoeningen in de curatieve sector en de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast adviseerde hij om in te zetten op een verbetering van de samenwerking, communicatie en afstemming tussen de medici en beroepsbeoefenaren onderling en tussen de drie onderscheiden sectoren: curatieve somatische en geestelijke gezondheidszorg, arbozorg/bedrijfsgezondheidszorg en de socialeverzekeringssector. De raad pleitte ervoor dat betrokken partijen programma's zouden ontwikkelen die gericht zijn op een integrale benadering van alle onderdelen van het zorgproces (ketenbenadering). De raad constateert (deel 2, hoofdstuk 4) dat er inmiddels binnen de reguliere zorg op verschillende manieren rekening wordt gehouden met het werkzaam zijn van patiënten en met de betekenis van hun gezondheidsproblemen voor het werk dat zij doen of – omgekeerd – met de betekenis van hun werk voor de gezondheidsproblemen die ze ervaren. Ook stelt de raad vast dat het wachtlijstprobleem al vóór 2005 aanzienlijk is gereduceerd. Dat is zichtbaar in de omvang van de productie van ziekenhuizen en in afnemende wachtlijsten en wachttijden.

In het *nieuwe zorgstelsel* is expliciet plaats ingeruimd voor preventie-activiteiten als verzekerde aanspraak. De lijst van verzekerde preventie-interventies – allemaal interventies die bewezen effectief zijn – groeit nog steeds. Verder kunnen verzekeraars sinds kort (1 januari 2009) dit preventiepakket voor hun eigen verzekerden nog verder uitbreiden. De wet staat hun toe preventieve zorg of preventieprogramma's aan te wijzen die geheel of gedeeltelijk buiten het (verplichte) eigen risico mogen blijven.

Voor een gemakkelijker toegang van werknemers tot *de somatische zorg* is een aantal initiatieven relevant, zoals zorgbemiddeling voor iedereen, de instelling van avondsprekuren bij ziekenhuizen en huisartspraktijken, bedrijvenpoli's of bedrijvenklinieken. Tegelijker-

tijd hebben enkele kenniscentra voor arbeid en gezondheid een zelfstandige positie in de markt verworven.

Ook de *geestelijke gezondheidszorg* is zich er steeds meer van bewust dat psychische klachten in het algemeen en depressie in het bijzonder een risico vormen voor de arbeidsinzet van werknemers. Geestelijke gezondheidsproblemen dragen in belangrijke mate bij aan het langdurig verzuim. Vroegsignalering is vooral bij psychische problemen van groot belang, zo blijkt.

Met betrekking tot de *arbocuratieve zorg* voor werknemers met (dreigende) gezondheidsklachten is duidelijk dat ‘participatieve werkaanpassing’ een effectieve strategie is om werknemers met rugklachten weer aan het werk te helpen; het gaat dan om een stapsgewijze aanpak om de werknemer met gezondheidsproblemen samen met diens werkgever en onder begeleiding van deskundige derden te laten komen tot werkaanpassingen die tijdige terugkeer naar werk mogelijk maken. Betreft het psychische klachten dan werkt vooral snelle (terug)plaatsing in het werk onder activerende, ondersteunende begeleiding positief uit.

4 Standpunt en uitgangspunten van de raad

De raad heeft met instemming kennis genomen van de visie van de minister van VWS dat gezondheid van burgers niet alleen wordt bevorderd door de overheid, maar in alle verschillende ‘settings’ of sferen waarbinnen burgers functioneren (zoals gezin, onderwijs, arbeid, vrije tijd, wijk of gemeente). Volgens de minister kunnen dan de diverse preventie-interventies elkaar versterken en kan de te bereiken gezondheidswinst des te groter zijn.

De raad heeft zich met name gebogen over de verantwoordelijkheid voor preventiebeleid binnen één bepaalde setting: de arbeidsorganisatie. Als het gaat om effectieve preventie en begeleiding van ziekteverzuim, staat de gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers centraal. De afgelopen decennia heeft het bedrijfsleven (werkgevers en werknemers) steeds meer verantwoordelijkheden en (financiële) prikkels gekregen om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Zo hebben de Wet uitbreiding loondoorbetaling bij ziekte, de Wet verbetering poortwachter, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen en de nieuwe Arbeidsomstandighedenwet bedrijven en organisaties aangezet tot het nemen van verantwoordelijkheid voor de gezondheid van werknemers. Preventiebeleid begint met goed arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid. Daarmee is al veel gezondheidswinst geboekt.

De raad vindt het daarnaast van belang dat arbeidsorganisaties ook initiatieven nemen voor beleid gericht op gezondheidsbevordering, waaronder leefstijlbeleid. Voor beslissingen over leefstijl en gezondheid geldt dat de werknemer hierin autonoom is; verder is sprake van een meestal onduidelijke causaliteit tussen leefstijl en individuele gezondheidsproblemen. Daarom kan in het algemeen leefstijlbeïnvloeding binnen de arbeids-

organisatie geen andere vorm hebben dan die van een aanbod aan ‘interventies’ waarvan werknemers al dan niet gebruik kunnen maken. Het aanbod door werkgevers en de deelname van werknemers daaraan berusten op vrijwilligheid. Ingeval leefstijlgedrag onverhoopt aantoonbaar leidt tot verminderd functioneren op het werk, wordt naar het oordeel van de raad een grens overschreden. Dan kan de werkgever de werknemer aanspreken op zijn of haar verantwoordelijkheid om dit gedrag te veranderen en zo nodig aangeven welke consequenties zijn verbonden aan het uitblijven van gedragsverandering.

Voor het behoud en de bevordering van de gezondheid en inzetbaarheid van werknemers is het voorts belangrijk dat de aandacht van bedrijven en organisaties voor de gezondheid van werknemers structureel en systematisch is en integraal onderdeel uitmaakt van het totale bedrijfsbeleid. Anders gezegd: preventiebeleid in arbeidsorganisaties betekent integraal gezondheidsmanagement. Dit veronderstelt dat het bedrijf of de organisatie de ‘vinger aan de pols’ houdt en op één of andere wijze periodiek de arbeidsomstandigheden en de gezondheid van werknemers ‘meet’. Het verzamelen van persoonlijke gegevens van werknemers zal daarbij steeds met alle waarborgen moeten zijn omgeven, zoals garanties voor de vrijwilligheid van deelname en voor de privacy. Data mogen op individueel niveau alleen toegankelijk zijn voor de werknemer zelf of voor professionals die aan een beroepscode zijn gebonden.

5 Beantwoording adviesvragen

5.1 Kansen op gezondheidswinst

In de visie van de raad wordt in bedrijven en instellingen door het toegepaste brede preventiebeleid al veel gezondheidswinst geboekt. Extra kansen op gezondheidswinst kunnen volgens hem nog bereikt worden door intensivering van bestaand beleid en – op enkele punten – door vernieuwend beleid.

5.1.1 Intensivering bestaand beleid

Arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid

Goed arbobeleid veronderstelt onder meer duurzame aandacht voor de implementatie van het uitvoeringsbeleid dat uit de nieuwe Arbowet voortvloeit, zoals aandacht voor arbo-catalogi en ri&e. Werkgevers- en werknemersorganisaties maken door middel van arbocatalogi concrete afspraken in branches en sectoren over de manier waarop in de praktijk invulling kan worden gegeven aan de doelvoorschriften uit de Arbowet. Dit proces blijkt meer tijd te vergen van de partijen dan is voorzien. De raad acht het van belang dat de ontwikkeling van arbocatalogi ook na 2009 gefaciliteerd wordt door de overheid. Dit alles met als doel het verbeteren van het arbeidsomstandighedenbeleid door maatwerk op branche-, sectoraal en bedrijfsniveau.

Verder betekent verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers voor arbobeleid dat werknemers nauw betrokken worden bij en kennis kunnen nemen van het ri&e-document dat voor het eigen bedrijf of de eigen organisatie geldt.

De raad constateert daarnaast met instemming dat werkgevers, (vertegenwoordigers van) werknemers op ondernemingsniveau, arbodiensten, betrokken verzuij- en zorgverzeke- raars en zorgaanbieders in toenemende mate in gemeenschappelijk overleg streven naar maatwerkpreventiepakketten voor de arbeidsorganisatie. ‘Good practices’ op dit terrein verdienen ruime aandacht en verspreiding. Verder zouden speciaal ten behoeve van het mkb cao-partners, brancheorganisaties en kringen of verenigingen van mkb-ondernemers zich kunnen buigen over gezamenlijke initiatieven voor de ontwikkeling van integraal gezondheidsmanagement teneinde schaal- (en kosten)voordelen te bereiken.

HRM-beleid

Omdat de employability van werknemers een belangrijk aspect vormt van de duurzame inzetbaarheid van werknemers, is de raad van oordeel dat dit element van breed preven- tiebeleid in arbeidsorganisaties blijvende aandacht verdient. Dit betekent dat er voor iedere werknemer aandacht moet zijn voor het loopbaanbeleid en voor de carrièrekansen binnen en buiten de eigen organisatie. Arbeidsorganisaties kunnen in mensen investeren en hun ontplooiingskansen bieden door uitdagende taakpakketten, taakroulatie, taak- verbreding en taakverrijking. Zo is het mogelijk optimale inzetbaarheid ook op latere leeftijd te bevorderen.

Speciale aandacht moet daarbij in de zienswijze van de raad uitgaan naar werknemers in (fysiek en/of psychisch) ‘zware’ beroepen. Goed loopbaanbeleid kan voor deze werknemers voorkomen dat ze uitvallen door arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten die na verloop van een aantal jaren in dit beroep mogelijk gaan optreden. In navolging van initiatieven in de bouwsector kunnen op sectoraal of brancheniveau loopbaantrajecten ontwikkeld worden om werknemers in zware beroepen na verloop van een aantal jaren naar een andere, minder zware functie te begeleiden.

5.1.2 Aanzetten voor nieuw beleid

Ten behoeve van integraal gezondheidsmanagement zou via periodieke monitors of anders- zins (de ontwikkeling van) van de gezondheid op een aantal belangrijke punten gevolgd kunnen worden. Daarvoor zijn verschillende instrumenten te gebruiken. De Work Ability Index (WAI) die een gekwantificeerd inzicht biedt in de work ability van werknemers, lijkt daarvoor in elk geval geschikt. Integraal gezondheidsmanagement veronderstelt verder de ontwikkeling van beleid en procedures om gesignaleerde gezondheidsproblemen zo snel mogelijk aan te pakken. Ook wordt gewezen op de noodzaak om bij bedrijfsreorga- nisaties en herstructureringen aandacht te besteden aan de gevolgen van veranderings- processen voor (mentale aspecten van) de gezondheid van werknemers. Extra gezond-

heidswinst is, behalve van integraal gezondheidsmanagement, ook te verwachten van een multidisciplinaire aanpak van gezondheidsproblemen.

5.2 Potentiële baten van gezondheidswinst en actoren die daarvan profiteren

Een nauwkeurig, gekwantificeerd overzicht van de kosten en baten van preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties is vaak niet te geven. Zo zullen sommige kosten en baten vooral kwalitatief en daardoor niet (makkelijk) kwantificeerbaar zijn. Daarnaast is de relatie tussen gezondheid en arbeid zeer complex: het gaat vaak om tweezijdige, causale en conditionele relaties die via veel factoren verlopen. De meeste organisaties zullen er niet voor kiezen om de daarvoor benodigde grote hoeveelheid data te verzamelen en analyseren.

Dit zou arbeidsorganisaties volgens de raad niet moeten weerhouden van preventiebeleid. Integendeel: de baten en het rendement van preventiebeleid worden immers algemeen erkend. Tegelijkertijd kan de groeiende kennis over bewezen effectieve interventies bijdragen aan de ontwikkeling en uitvoering van kosteneffectief preventiebeleid. De raad dringt aan op voortgezette meerjarige onderzoeksinspanningen van werkgevers, werknemers, arbodiensten, verzekeraars en overheid om kennis en inzicht in de effectiviteit van interventies en de condities daarvoor te vergroten.

5.3 Additionele prikkels

De raad constateert dat de wetgeving die in de afgelopen decennia is ingevoerd en werkgevers en werknemers een verantwoordelijkheid gaf in het voorkomen van gezondheidsproblemen en het daarmee gepaard gaande verzuim, heeft bijgedragen aan een verbeterde gezondheidstoestand van werknemers. In het licht daarvan en gelet op hetgeen binnen arbeidsorganisaties aan preventiebeleid ontwikkeld is en wordt, komt het volgens de raad nu vooral aan op implementatie en verdere intensivering van de vele ontwikkelde preventiemaatregelen en -interventies. Daarbij zijn er ook nog enkele mogelijkheden voor nieuw te ontwikkelen beleid (zie onder 5.1.2 van deze samenvatting). Op grond daarvan ziet de raad geen reden voor meer prikkels in de vorm van verdere wet- en regelgeving.

De raad heeft kennisgenomen van de onderzoeksresultaten van fase 1 van het meerjarige kennisinvesteringsprogramma 'Participatie en gezondheid' van het ministerie van SZW, in samenwerking met de ministeries van VWS en BZK. De uitkomsten van de diverse effectiviteitsonderzoeken heeft de raad betrokken bij zijn analyse van bestaand preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties, waarvan verslag is gedaan in deel 2 van dit advies. Hij acht de bevindingen zeer waardevol en goed bruikbaar voor verdere verspreiding, ontwikkeling en implementatie van maatregelen op het gebied van gezondheidsverbetering in het kader van inzetbaarheidsbevordering. De raad acht verdere kennisontwikkeling over effectiviteit van interventies en implementatie van bewezen effectieve preventiemaatregelen wenselijk. Hij ondersteunt dan ook de ontwikkeling van concrete kennisinvesteringsprogramma's zoals beoogd in de tweede fase van dit interdepartementale project.

5.4 Andere relevant beleid voor meer gezondheidswinst

De raad ziet belangrijke aanknopingspunten voor verbetering van de gezondheid van werknemers bij de groeiende betrokkenheid van de reguliere gezondheidszorg bij vraagstukken van gezondheid in relatie tot arbeid.

De raad heeft geconstateerd dat het begrip 'reguliere zorg' steeds minder eenduidig wordt. 'Traditionele' zorgaanbieders, maar ook verzekeraars richten zich naast hun 'oude' taken op een gevarieerd aanbod van preventie, zorg en aanverwante dienstverlening. Het is evenwel lastig in kaart te brengen wat het aanbod en gebruik van dergelijke initiatieven is, hoe de financiering ervan verloopt, en of de bijdrage aan gezondheidswinst en arbeidsproductiviteit van deze actoren in de zorgsector substantieel te noemen is. De raad beveelt dan ook aan om deze vragen onderwerp te maken van onderzoek.

Voorts pleit de raad ervoor de mogelijkheden te onderzoeken voor een betere samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen. Contact tussen beide beroepsgroepen blijkt namelijk nog niet vanzelfsprekend te zijn, terwijl een structurele samenwerking tussen hen voor behandeling, herstel en werkhervatting van werknemers met gezondheidsproblemen juist van groot belang is. Het gebrek aan samenwerking heeft volgens de raad onder meer te maken met verschillen in de financiering en de positie van de bedrijfsarts en van de huisarts. Verkend zou kunnen worden of en in hoeverre de bedrijfsgeneeskundige zorg (die nu geheel buiten het zorgstelsel om gefinancierd wordt) in aanmerking zou moeten komen voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet. Overigens zou in een dergelijke verkenning ook aandacht moeten worden besteed aan de financiële en andere consequenties van een dergelijke wijze van vergoeding.



ADVIES

DEEL 1: ADVIESAANVRAAG EN ACHTERGROND

1 Inleiding

Wat zijn volgens de SER de mogelijkheden voor arbeidsorganisaties om een bijdrage te leveren aan gezondheidsbevordering? Dat is de kernvraag uit de adviesaanvraag die het kabinet op 29 september 2008 aan de SER voorlegde.

Het kabinet schrijft dat voor de rijksoverheid een belangrijke reden om gezondheid te bevorderen is gelegen in de potentiële maatschappelijke baten van gezondheidswinst. Dat is bijvoorbeeld een hogere maatschappelijke participatie en arbeidsdeelname, en een breder draagvlak voor een solidair zorgstelsel. Het realiseren van gezondheidswinst vindt maar ten dele plaats via het collectieve domein. Daarom richt het kabinet zich tot alle relevante actoren die ook een belang hebben bij gezondheidswinst (zogenaamde 'parallelle belangen') om hun bijdrage daaraan te vergroten.

In de volgende paragrafen komt allereerst de adviesaanvraag aan de orde. Vervolgens wordt de plaatsbepaling van het advies geschetst: hoe is het bestaande preventiebeleid vormgegeven, wat is de visie van het kabinet en welke adviezen hebben diverse adviseerende instanties, waaronder de SER, in relatie tot dit onderwerp recent uitgebracht? Dit inleidende deel wordt afgesloten met de adviesvoorbereiding en de opzet van het advies.

2 De adviesaanvraag

Op 29 september 2008 ontving de voorzitter van de SER van de minister van VWS een adviesaanvraag over parallelle belangen bij gezondheid en preventie.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt in zijn adviesaanvraag dat het een kwestie van doelmatigheid is om gemeenschappelijke belangen bij preventie (door de minister aangeduid met “een parallelle van belangen”), in gemeenschappelijkheid te verzilveren. De rijksoverheid wil daartoe voor bedrijfsleven, onderwijs en lokaal bestuur extra prikkels voor preventiebeleid creëren, zodat een beweging te maken valt van ‘nazorg’ naar ‘voorzorg’. Voorwaarde daarvoor is dat het kabinet inzicht heeft in de mogelijkheden van gezondheidsbevordering in de onderscheiden domeinen en de omstandigheden waarmee rekening gehouden zal moeten worden.

De minister verzoekt de raad om zijn visie te geven op bovengenoemd beleidsvraagstuk en aanbevelingen te doen voor een versterking van de bijdrage van de bedrijven aan de gezondheid van werknemers. Concreet worden de SER de volgende vragen voorgelegd:

- 1 Hoe ziet u de kansen op gezondheidswinst in de bedrijven?*
- 2 Wat zijn de (potentiële) baten van gezondheidswinst en bij wie slaan deze neer?*
- 3 In de bedrijven is uit oogpunt van verzuimpreventie een stijgende aandacht voor het thema gezondheidsmanagement. Ook de prikkels die uitgaan van de Wet verbetering poortwachter, de wet Loondoorbetaling bij ziekte en de Arbeidsomstandighedenregelgeving werken in de praktijk goed. Welke additionele prikkels aan het bedrijfsleven, uitgaande van de huidige verantwoordelijkheidsverdeling tussen werkgevers en werknemers, ziet de raad om de bijdrage van bedrijven aan de gezondheid van werknemers te versterken? Hierbij is het van belang om rekening te houden met de reeds bestaande praktijk in bedrijven en onderzoek hiernaar (onder andere ter voorbereiding van het meerjarig kennisinvesteringsprogramma Participatie en gezondheid van VWS, BZK en SZW).*
- 4 Ziet u nog andere aspecten die van belang kunnen zijn bij een beleid gericht op meer gezondheidswinst via de parallelle belangen van bedrijven?*

De adviesaanvraag is opgenomen in bijlage 1.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de Onderwijsraad en de Raad voor Openbaar Bestuur (Rob) ontvingen een overeenkomstige adviesaanvraag¹. De minister heeft in de adviesaanvraag aan de SER aangegeven het op prijs te stellen indien de SER zijn visievorming en advisering zou afstemmen met het werk van de andere raden. In dit verband

1 Ondertussen, zo meldt het kabinet, zijn de VROM-raad en de Gezondheidsraad bezig met adviezen over het gezond ontwerpen en inrichten van de fysieke leefomgeving.

is de RVZ door de minister gevraagd om een begrippenkader op te stellen, de onderlinge afstemming te faciliteren en te zorgen voor een geïntegreerde slotbeschouwing.

3 Preventiebeleid in het kort¹

Verantwoordelijkheidsverdeling

De minister van VWS is bestuurlijk verantwoordelijk voor de ontwikkeling en effectieve en doelmatige uitvoering van preventiebeleid. Die verantwoordelijkheid voor het treffen van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid heeft de landelijke overheid op basis van artikel 22 van de Grondwet. Daarnaast zijn er afspraken in de Europese Unie die overheden aanzetten tot preventiebeleid. Zo is Nederland gebonden aan het Communautair Actieprogramma op het gebied van de Volksgezondheid. Dit actieprogramma is bedoeld om in Europa een hoog niveau van gezondheidsbescherming te bereiken, de volksgezondheid te verbeteren en ziekten en aandoeningen te voorkomen.

Daarnaast hebben lokale overheden een verantwoordelijkheid voor de collectieve preventie in hun gemeente op basis van de Wet Publieke Gezondheid.

Uitvoerende organisaties van collectieve preventietaken (openbare gezondheidszorg) zijn allereerst de gemeenten via de GGD'en. Verder zijn er door VWS gesubsidieerde gezondheidsbevorderende instituten, zoals het Kenniscentrum Overgewicht of de Stichting Voedingcentrum Nederland, met een pakket aan preventietaken variërend van voorlichting, tot methodiekontwikkeling, onderzoek en advisering. Daarnaast speelt de arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg een belangrijke rol bij het beschermen en bevorderen van de gezondheid van met name de werkenden. De verschillende verantwoordelijkheden voor dit beleidsterrein zijn geregeld in de Arbowet, maar ook in cao's worden verantwoordelijkheden geregeld. Het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) biedt werkgevers ondersteuning bij het bevorderen van de gezondheid van werknemers via leefstijlinterventies.

Soorten maatregelen

Maatregelen die ter preventie van ziekte of gezondheidsschade worden ingezet, zijn onder te verdelen in drie categorieën: gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering.

Gezondheidsbescherming richt zich, veelal met wet- en regelgeving, tegen gezondheidsbedreigende factoren (zoals straling, verontreiniging). Ziektepreventie betreft het voorkomen van specifieke ziektes bij individuen met als belangrijkste maatregelen: vaccinaties, screening en gerichte medicatie. Gezondheidsbevordering beoogt het stimuleren van een gezonde levensstijl en het handhaven van een gezonde leefomgeving door inzet van vooral voorlichting en beleidsadviesing.

Inmiddels is het steeds gebruikelijker om een mix van maatregelen in te zetten: bijvoor-

1 De informatie in deze paragraaf is geheel ontleend aan het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM. Zie: www.nationaalkompas.nl onder 'preventie'.

beeld ten aanzien van roken gaat wetgeving samen met voorlichting, verhoging van accijns, campagnes en cursussen stoppen-met-roken.

Preventie op de werkplek

Preventiebeleid in arbeidsorganisaties is allereerst beleid dat zich richt op gezondheid in relatie tot werk: arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid. Mensen komen immers primair naar hun werk om daar de arbeid te verrichten die ze contractueel zijn overeengekomen. De werkplek is in de eerste plaats een plek waar werk moet worden verricht. Tegelijkertijd is het mogelijk om de werkplek te gebruiken als aanknopingspunt voor gezondheidsbevordering in casu leefstijlbeleid. De werkgever is wettelijk niet tot gezondheidsbevordering verplicht (wel tot gezondheidsbescherming en ziektepreventie). Daarmee kan hij of zij zelf bepalen hoeveel aandacht deze preventie krijgt. Als werkgevers voor gezondheidsbevorderend beleid kiezen, kunnen ze bijvoorbeeld gebruikmaken van aanbieders van preventie- en gezondheidsprogramma's (soms daartoe geprikkeld door de zorgverzekeraar waarmee de werkgever een collectief contract heeft gesloten).

4 Visie van het kabinet

Focus, verantwoordelijkheid en samenwerking

De minister van VWS verstaat onder preventie: "Het totaal van maatregelen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, die tot doel hebben de gezondheid te bewaken en te bevorderen door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen"¹.

De visie van het kabinet op gezondheid en preventie is neergelegd in het rapport *Gezond zijn, gezond blijven* uit 2007². Daarin constateert het dat Nederland wat gezondheid betreft achterblijft bij andere Europese landen. De belangrijkste oorzaak daarvan is de toenemende (vermijdbare) ziektelast door een ongezonde leefstijl. Preventiebeleid moet zich dan ook richten op beïnvloeding van de leefstijl, gefocust op de belangrijkste problemen. Speerpunten zijn: roken, alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie.

Naar het oordeel van het kabinet is het huidige preventiebeleid daarnaast te vrijblijvend en versnipperd en zijn nieuwe strategieën en actoren nodig om de gezondheid te verbeteren: een samenhangend en integraal gezondheidsbeleid. Aangrijpingspunt daarvoor zijn de gemeenschappelijke ('parallele') belangen bij een gezonde bevolking van diverse actoren buiten de rijksoverheid, zoals werkgevers, scholen en gemeenten.

In de bestuurlijke omgeving moet verder worden aangezet tot verbinden, samenwerken en vernieuwen. Zo zouden preventie en zorg meer met elkaar verbonden moeten worden door een sterkere relatie tussen bedrijfsgezondheidszorg en eerstelijnszorg. De samenwerking tussen de publieke gezondheidszorg en de eerstelijnszorg moet eveneens verbeteren, zo meent het kabinet. Daartoe wil het kabinet de preventieve activiteiten in de curatieve zorg uitbreiden. "Mits de kosten opwegen tegen de baten en de uitgaven budgettair inpasbaar zijn" kunnen een aantal preventieve programma's zoals de 'beweegkuur', 'stoppen met roken' en 'zelfmanagement van chronisch zieken' in het basispakket (p. 20). Voorts mogen zorgverzekeraars een deel van het verplichte eigen risico van verzekerden voor hun eigen rekening nemen als die aan een gezondheidsbevorderend programma meedoen.

-
- 1 TK (2007-2008) 31 532, *Gezonde voeding, van begin tot eind*, nr. 1, bijlage 2: Gehanteerde definities en afkortingen. In de literatuur zijn voor de term 'preventie' verschillende indelingen in gebruik die elkaar gedeeltelijk overlappen. Zo bestaat er een indeling naar *activiteit*: gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering. Daarnaast kent preventie een indeling naar *doelgroep*: de algemene bevolking, hoogrisicogroepen, individuen met een hoog risico, symptoom of aandoening; individuen met een ziekte. In volgorde van de genoemde bevolkingscategorieën is dan sprake van universele, respectievelijk selectieve, geïndiceerde of zorggerelateerde preventie. Een derde indeling is die naar *ziekestadium*: preventiebeleid dat algemene ziekteoorzaken wegneemt; predisposities opspoorst en behandelt; of complicaties en gevolgen van een bestaande ziekte voorkomt. Achtereenvolgens gaat het dan om zogenaamd primair, respectievelijk secundair en tertiair preventiebeleid.
 - 2 Min. VWS (2007) *Gezond zijn, gezond blijven: Een visie op gezondheid en preventie* in: TK (2007-2008) 22 894, nr. 134, als bijlage. Dit rapport werd in het najaar van 2007 aan de Tweede Kamer gestuurd, vergezeld van een brief waarin het kabinet de kaders (beleidslijnen en principes) voor het preventiebeleid volksgezondheid uiteenzet.

Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Voor preventiebeleid is ook van belang dat er grote en hardnekkige verschillen in gezondheid zijn tussen sociaal-economische en etnische groepen: mensen met een lagere sociaal-economische status (SES)³ en allochtonen hebben een slechtere (ervaren) gezondheid. Deze groepen verdienen bijzondere aandacht. De minister wil, zo stelt hij in een brief aan de Tweede Kamer van juli 2008, de gezonde levensverwachting van deze groep verlengen en daarnaast bezien of hij prestatie-indicatoren kan formuleren in termen van maatschappelijke baten zoals leerprestaties, arbeidsparticipatie en arbeidsproductiviteit⁴. Aan het bereiken van een langere levensverwachting wordt gewerkt via twee sporen. Het eerste spoor is informeren en overtuigen. Dit houdt het bevorderen in van de beschikbaarheid en verspreiding van leefstijlinterventies die op de betreffende groepen zijn toegesneden. Het tweede spoor richt zich op een verandering van het productaanbod via het bedrijfsleven. Verder wil het kabinet ten behoeve van het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen de samenwerking met andere partners zoals ministeries, scholen, werkgevers en gemeenten versterken.

In een vervolgnota uit december 2008, waarin de beleidsaanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen voor de komende jaren wordt geschetst, geeft de minister aan dat een belangrijk deel van de aanpak bestaat uit het verminderen van sociaal-economische achterstanden. Daarop heeft het kabinet al verschillende maatregelen in gang gezet, zoals voor schoolverlaters, ten behoeve van participatie en een gezonde leefomgeving. Op het domein van VWS is het streven om een aantal preventieve interventies onder te brengen in de basisverzekering. Het gaat dan om: stoppen met roken, de beweegkuur, zelfmanagement van chronisch zieken en depressiepreventie. Deze preventie-interventies kunnen de levensverwachting van laagopgeleiden doen stijgen. Verder zal het kabinet onderzoeken of en, zo ja, hoe de effectiviteit van zorg en leefstijlinterventies voor allochtonen te verbeteren valt⁵.

Voeding

Voeding speelt een zeer belangrijke rol bij gezondheidsbevordering. In de nota *Gezonde voeding, van begin tot eind* geeft het kabinet zijn invulling van gezonde voeding als 'preventiemiddel'⁶. Gezonde voeding speelt een belangrijke rol in het voorkomen van ziekte en kan zorgkosten (bijvoorbeeld door medicijngebruik en beroep op zorgvoorzieningen) verminderen. Daarom beoogt het kabinet een gezond voedingspatroon bij de consument te bevorderen langs twee wegen: door bewuster keuzegedrag bij de consument te stimuleren en door een aangepast productaanbod van bedrijven. Speciale aandacht gaat daarbij uit

3 De minister operationaliseert een lage SES als: maximaal vmbo-niveau.

4 TK (2007-2008) 22 894, nr. 176. De minister reageert daarmee op twee moties die aandacht vragen voor deze gezondheidsverschillen en voor verschillen in gezondheid tussen allochtonen en autochtonen. Zie: TK (2007-2008) 31 200 XVI, nr. 49 (de motie-Van der Veen) en TK (2007-2008) 31 316, nr. 15 (de motie-Arib).

5 TK (2008-2009) 22 894, nr. 209.

6 TK (2007-2008) 31 532, nr. 1.

naar jongeren, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status. Verder moet de aandacht voor gezonde voeding worden geïntegreerd in de gezondheidszorg, in het bijzonder in de preconceptiezorg en de prenatale zorg.

Kosteneffectiviteit

Voor het kabinetsbeleid op het terrein van preventie geldt voortaan effectiviteit als norm: preventieve interventies dienen ‘evidence based’ en kosteneffectief te zijn. Zulke interventies kunnen in principe opgenomen worden in het verzekerd pakket, de AWBZ of relevante rijksregelingen.

5 Bij de kabinetsvisie betrokken rapporten en adviezen

Bij de ontwikkeling van preventiebeleid heeft het kabinet zich mede gebaseerd op adviezen van diverse colleges en raden. Deze zullen hieronder worden samengevat.

RVZ-advies Publieke gezondheid (2006)

De minister van VWS had deze raad een aantal beleidsvragen voorgelegd¹. Welke volksgezondheidsproblemen verdienen de komende jaren prioriteit, waarom is het zo lastig om die aan te pakken en met welke beleidsstrategie zou dat wel effectief kunnen?

Op basis van data van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en verschillende universitaire centra concludeert de RVZ in zijn rapport dat voor de bevolking als geheel de meest urgente problemen zijn: overgewicht, diabetes, angststoornissen, depressies, dementie en roken. Daarnaast hebben de verschillende leeftijdsgroepen hun eigen specifieke problematiek. Voor jongeren zijn dat overgewicht en alcoholgebruik. Voor degenen tussen 20 en 65 jaar vormen psychische klachten een belangrijk volksgezondheidsprobleem, terwijl voor de ouderen onder hen bovendien werkdruk als gezondheidsrisico speelt (veelal leidend tot vervroegd uitreden). Binnen deze groepen vragen problematieken van de sociaal zwakkeren extra aandacht.

Wet- en regelgeving van bovenaf is alleen dan een adequate beleidsstrategie, zo stelt de raad, als er zekerheid bestaat over (de grootte van) het gezondheidsrisico, er maar weinig gezondheidsdeterminanten zijn en sprake is van een beperkt aantal betrokken actoren. Daarnaast is veel kennis vereist over de effectiviteit van interventies.

De eerder genoemde prioritaire problemen voldoen evenwel niet aan deze criteria en vragen dan ook om een andere beleidsaanpak. Die is te omschrijven als: een intersectorale samenwerking op lokaal en landelijk niveau tussen alle relevante actoren vanuit een gezamenlijke te ontwikkelen visie, waarbij iedere actor gelet op zijn eigen belangen een eigen bijdrage levert aan een maatwerkoplossing. De belangen van verschillende betrokken actoren kan de rijksoverheid beïnvloeden met financiële prikkels of gebods- of verbodsbepalingen. De overheid zou bovendien moeten voorzien in de essentiële voorwaarden voor een effectieve aanpak: een goede infrastructuur voor kennisontwikkeling, voor kosteneffectiviteitsanalyses en integrale investeringsafwegingen (p. 40).

IBO-rapport Gezond gedrag bevordert (2007)

Centrale vraag van dit interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) is of het mogelijk is de doelmatigheid van het overheidsbeleid gericht op gezondheidsbevordering via gedragsbeïnvloeding te verbeteren en zo ja, hoe².

1 RVZ (2006) *Publieke gezondheid*.

2 TK (2007-2008) 22 894 *Kaderbrief 2007-2011 visie op gezondheid en preventie*, nr. 134, bijlage Werkgroep IBO *Gezond gedrag bevordert*.

Overheidsinterventies zijn in de visie van de werkgroep gerechtvaardigd als het gaat om het tegengaan van negatieve externe effecten van ongezond gedrag. Dat kan zijn: schade aan de gezondheid van anderen (in geval van roken), hogere collectieve uitgaven (bijvoorbeeld voor zorg), verminderde productiviteit en verminderde belastingopbrengsten (door verzuim en arbeidsongeschiktheid). De overheid kan verder interveniëren ter bescherming van kwetsbare groepen: kinderen en jongeren en mensen met een lagere sociaal-economische status (SES).

Als de overheid ingrijpt, zou ze kosteneffectieve instrumenten moeten inzetten. De werkgroep constateert echter dat de kennis over kosteneffectiviteit van preventie-instrumenten onvolledig is. Het instrument van de financiële prikkel (zoals verhoogde accijns) is relatief kosteneffectief, maar ook ongericht: de matige gebruiker betaalt evenzeer mee. Over de kosteneffectiviteit van ge- en verboden als preventie-instrument is, zo stelt de werkgroep, niets bekend.

Als het gaat om de organisatie van de gezondheidsbevordering is de conclusie van de werkgroep dat samenhang ontbreekt. Het rijksbeleid wordt veelal uitgevoerd door andere actoren dan het Rijk (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten, scholen, werkgevers). Daarom zou het Rijk deze actoren tot actie en integraal beleid moeten prikkelen.

CVZ-rapport Van preventie verzekerd (2007)

Met de motie-Van der Veen verzocht de Tweede Kamer begin 2007 om antwoord op de vraag of en hoe preventie in het basispakket op te nemen valt³. Onder meer naar aanleiding van deze vraag presenteerde het College voor zorgverzekeringen (CVZ) het rapport *Van preventie verzekerd* over de vormen van preventie die momenteel onder de verzekerde zorg vallen⁴.

Het CVZ beperkt zich tot vormen van individuele preventie die erop gericht is bij een individu met verhoogd risico ziekte te voorkomen: geïndiceerde preventie. Daaronder vallen behandeling en interventies in de vorm van gedrags- of leefstijlverandering. Daarnaast gaat het om zorggerelateerde preventie: zorg voor zieken om complicaties en negatieve gevolgen van de ziekte te voorkomen.

Het CVZ concludeert dat zowel de Zorgverzekeringwet (Zvw) als de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) mogelijkheden biedt voor deze vormen van individuele preventie, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Zo moet de verzekerde een ziekte of een hoog risico op ziekte hebben en dient de preventie-interventie te voldoen aan de stand van de wetenschap en (voor de Zvw) aan het criterium “zoals huisartsen, specialisten etc. dat plegen te bieden” (p. 7). Zorgverzekeraars en zorgverleners zouden de mogelijkheden van deze wetten beter kunnen benutten. Wat de praktijk van de preventie betreft stelt het

3 TK (2007-2008) 31 200 XVI, nr. 49.

4 CVZ (2007) *Van preventie verzekerd*.

CVZ vast dat de beroepsbeoefenaren in de eerste- en tweedelijns zorg op grond van voor hen geldende richtlijnen en standaarden meer aan preventie zouden kunnen doen.

RIVM-rapport Leren van de burens (2007)

Het RIVM geeft in dit rapport een internationaal overzicht van beleidsontwikkelingen op het terrein van de publieke gezondheidszorg⁵. Kernboodschap van het RIVM-rapport is dat het volksgezondheidsbeleid in andere landen Nederland nog veel kan leren en inspireren. Het rapport bevat drie belangrijke bevindingen.

Ten eerste pleit het RIVM voor een intensieve en integrale beleidsaanpak. Ongezond gedrag, ziekte en gezondheidsachterstanden zijn in sterke mate bepaald door de sociale en fysieke omgeving waarin mensen geboren worden, opgroeien en verblijven. Bovendien kan volksgezondheidsbeleid soms strijdig zijn met andere waarden en (parallele) belangen. Gezondheidsbeleid vergt daarom een intensieve en integrale aanpak door een combinatie van instrumenten met oog voor de complexe samenhang tussen diverse beleidsterreinen. Intensief en integraal beleid heeft bewijsbaar succes gehad (Engeland en Zweden) en kan een omgeving bevorderen die een positieve invloed heeft op de psychische gezondheid (Australië).

Ten tweede is volgens het RIVM een nationale visie en strategie voor publieke gezondheid nuttig. Uit de internationale bevindingen blijkt een dergelijke visie de samenwerking tussen de verschillende partijen te stimuleren, te kunnen leiden tot duurzame, brede politieke overeenstemming en tot een heldere aansturing (Schotland, Engeland). Nederland ontbeert echter een dergelijke nationale strategie.

Tot slot pleit het RIVM voor meer wetenschappelijke onderbouwing en betere evaluatie. Bewezen effectieve maatregelen, zoals prijsregulering, aanbodsbeperking en controle daarvan worden in diverse landen stringenter en meer in samenhang ingezet.

KNMG-rapport Volksgezondheid en preventie (2007)

Volgens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der geneeskunst (KNMG), de federatie van beroepsverenigingen van artsen, is het huidige preventiebeleid veel te vrijblijvend en weinig effectief⁶. Verder stelt de KNMG dat bij bijna alle preventieve activiteiten een goede koppeling van preventie en zorg van belang is. In dat kader moet het preventiebeleid artsen beter faciliteren om bij te dragen aan effectieve preventie, in het bijzonder voor doelgroepen die dit het hardst nodig hebben. Bij de gezondheidsbevordering hebben artsen een belangrijke motiverende en overtuigende rol. Bovendien kunnen artsen een bijdrage leveren aan universele, programmatische preventie op lokaal niveau en aan

5 RIVM (2007) *Leren van de burens: Beleid publieke gezondheid internationaal bezien: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening.*

6 KNMG (2007) *Volksgezondheid en preventie: De visie van de KNMG.*

selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie gericht op risicogroepen. Naast de arts moeten ook andere partijen hun verantwoordelijkheid nemen en willen samenwerken.

Voorts pleit de KNMG voor een sterker prikkel- en financieringssysteem dat ertoe bijdraagt om effectieve preventie ook daadwerkelijk in te zetten en te gebruiken. Om dit te bereiken, is volgens de KNMG voldoende onderzoeks- en implementatiegeld nodig en intensieve samenwerking met patiëntenorganisaties. Tevens moet het preventiebeleid meer doelgroepgericht worden (gericht op jeugd, werkenden en mensen met een lage sociaal-economische status). Daarnaast wil de KNMG het gebruik van niet of onvoldoende effectieve preventiemethoden tegengaan: ze pleit voor invoering van een keurmerk. De financiering van preventieve zorg dient volgens de KNMG in beginsel hetzelfde te worden vormgegeven als die van curatieve zorg. Effectieve preventie hoort waar mogelijk in het basispakket.

6 Eerdere adviezen SER en aanbevelingen Stichting van de Arbeid

Eerder hebben de SER en de Stichting van de Arbeid in een aantal adviezen en aanbevelingen gesproken over preventie en gezondheid. In al deze adviezen werd preventie (van ziekteverzuim en gezondheidsrisico's) nodig geacht om sociale en economische redenen. Een aantal thema's keert daarbij terug: verantwoordelijkheden, kennis en informatie en organisatorische afstemming. Aan de hand van deze thema's komen hieronder de vroegere adviezen aan de orde.

Verantwoordelijkheden

In het advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* (1998) stelde de SER dat gezondheidszorgbeleid positief kan bijdragen tot preventie, als er sprake is van een direct en fors belang van werkgevers en werknemers bij een effectief en adequaat ziekteverzuimbeleid¹. De betrokken partijen, de werkgevers en werknemers, moeten volgens de raad dan ook zo veel mogelijk de (financiële) verantwoordelijkheid dragen bij ziekteverzuim, zodat ze een maximaal (financieel) belang hebben bij het voorkómen van risico's. In zijn middellange-termijnadvies *Welvaartsgroei door en voor iedereen* (2006) herhaalde de SER deze conclusie².

Ook het advies *Evaluatie Arbowet 1998* (2005), dat voorstellen bevat tot aanpassingen van het toenmalige wettelijke arbostelsel, had als kernthema's: het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers en een (andere) sturingsrol voor de overheid³. De raad bepleitte bovendien een duidelijker onderscheid tussen het publieke en private domein. Het publieke domein, onder verantwoordelijkheid van de overheid, zou heldere en concrete doelvoorschriften moeten bevatten die het te bereiken beschermingsniveau van werknemers tijdens de arbeid omschrijven. In het private domein zouden werkgever(s) en werknemers zelf moeten vaststellen hoe aan de doelvoorschriften te voldoen is.

De verantwoordelijkheden op de verschillende organisatieniveaus komen ter sprake in het advies *Werken aan arbeidsgeschiktheid: Voorstellen WAO-beleid* (2002)⁴. De raad pleitte hierin voor een intensivering en vernieuwing van beleid en een fundamentele wijziging van de inrichting van de regelingen voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Voor effectieve preventie was volgens de raad een veelomvattend, integraal beleid noodzakelijk, met verschillende taken voor de verschillende niveaus. Preventiebeleid zou moeten plaatsvinden op het microniveau van de arbeidsorganisatie onder verantwoordelijkheid

1 SER (1998) *Advies Sociale zekerheid en gezondheidszorg*.

2 SER (2006) *Advies Welvaartsgroei door en voor iedereen*.

3 SER (2005) *Advies Evaluatie Arbowet 1998*.

4 SER (2002) *Advies Werken aan arbeidsgeschiktheid*.

van werkgevers en werknemers. Op het mesoniveau van de sector of branche zouden arbo-convenanten tussen overheid en bedrijfssectoren en cao-afspraken gesloten moeten worden. Voorlichting, informatie en monitoring en het arbeidsomstandighedenbeleid dienen op macroniveau te worden ontwikkeld, met als primair verantwoordelijke de overheid.

De raad pleitte in zijn advies *Arbodienstverlening* (2004) voor een model dat de dialoog tussen werkgever(s) en werknemers over het te voeren arbeidsomstandighedenbeleid stimuleert en maatwerk mogelijk maakt. Dit is een model waarin werkgevers en werknemers in beginsel zelf verantwoordelijk zijn voor de wijze waarop zij hun arbodienstverlening organiseren, op branche- of op ondernemingsniveau⁵.

De Stichting van de Arbeid pleitte in 2004 – naar aanleiding van de herziening van de WAO-wetgeving – en in 2006 – naar aanleiding van kabinetsvoorstellen met betrekking tot arbowet- en regelgeving – voor een integrale ketenbenadering van preventiebeleid, arbeidsomstandighedenbeleid, verzuimbegeleiding, reïntegratiebeleid en inkomensbeleid. De herstructurering van de voorgestelde arboregelgeving zou een andere verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en sociale partners tot gevolg hebben. Mede in het licht van de ketenbenadering vond de Stichting het van groot belang dat die verantwoordelijkheidsverdeling goed zou worden vormgegeven⁶.

De Stichting van de Arbeid deed in de publicatie *Bied tegenwicht aan overgewicht* (2008)⁷ een aantal aanbevelingen om overgewicht op de werkvloer bespreekbaar te maken en tegen te gaan. Volgens de Stichting is iedereen binnen de arbeidsorganisatie zelf verantwoordelijk voor een goede balans tussen eten en bewegen. Daarnaast zou de werkgever gezonde voeding en beweging moeten stimuleren en faciliteren, zonder dat dit leidt tot geboden en verboden.

Kennis en informatie

In het eerder genoemde SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* (1998) stelde de raad dat de gezondheidszorg “preventief, diagnostisch en curatief dient bij te dragen tot een alerte en adequate behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten”. Belangrijke knelpunten in de zorgsector waren: de tekortschietende kennis over arbeidsgerelateerde ziektes en het gebrek aan doelmatigheid en uitwisseling van informatie in de zorgsector. In het advies *Nieuwe risico's* (2002) werd de relatie tussen kennis over nieuwe arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's en preventie verder uitgewerkt⁸.

5 SER (2004) *Advies Arbodienstverlening*.

6 StvdA (2006) *Briefadvies naar aanleiding van kabinetsvoorstellen met betrekking tot arbowet- en regelgeving*. Een dergelijke ketenbenadering maakte ook deel uit van de Verklaring van de Stichting van de Arbeid van 5 november 2004. In de Aanbeveling van 15 april 2005 benadrukte de Stichting van de Arbeid opnieuw het belang van een dergelijke integrale benadering.

7 StvdA (2008) *Bied tegenwicht aan overgewicht*.

8 SER (2002) *Advies Nieuwe risico's*.

De raad stelde dat kennis nodig is om de ernst en omvang van nieuwe risico's te kunnen beoordelen. Daarnaast is kennis van belang voor het ontwikkelen en toepassen van effectieve preventie maatregelen.

De raad vulde in zijn bovenvermelde advies *Arbodienstverlening* (2004) aan dat het treffen van voorzorgsmaatregelen eventueel nodig kan zijn in situaties waarin kennis over nieuwe risico's onvoldoende beschikbaar is en er gefundeerde vermoedens bestaan over mogelijke gevaren voor de gezondheid. Eerder omschreef de SER in *Nieuwe risico's* (2002) nieuwe arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's als: "risico's waaraan werknemers door gewijzigde productieprocessen en werkmethoden of andere veranderingen in arbeidsomstandigheden worden blootgesteld". Tevens bevestigde de raad het belang van kennisuitwisseling en kennisontwikkeling. Ten slotte pleitte hij voor een duurzaam financieringssysteem van schade als gevolg van arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's met optimale prikkels tot preventie.

Organisatorische afstemming

In het eerder genoemde WAO-advies *Werken aan arbeidsgeschiktheid: Voorstellen WAO-beleid* (2002) benadrukte de raad dat betere afstemming nodig was tussen de activiteiten van medici in de curatieve sector en de activiteiten van bedrijfsartsen.

De raad pleitte in dat kader voor het oprichten van regionale samenwerkingsverbanden en expertisecentra voor arbeidsrelevante aandoeningen, en voor financiële middelen voor verbetering van de samenwerking tussen arbozorg en curatieve zorg. Ook de centrale organisaties van werkgevers en van werknemers drongen aan op aandacht voor de kwaliteit en onderlinge afstemming van de dienstverlening tussen arbodiensten en re-integratiebedrijven (zie de verklaring van de Stichting van de Arbeid van 22 maart 2002).

7 Adviesvoorbereiding

Ad-hoccommissie Preventie en Gezondheid

Het advies is voorbereid door een ad-hoccommissie, bestaande uit onder meer leden van de commissie Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg en de commissie Arbeidsomstandigheden¹.

Raadpleging deskundigen

De ad-hoccommissie heeft in verschillende commissievergaderingen diverse deskundigen op het gebied van preventie en gezondheid in relatie tot de arbeidsorganisatie gehoord. Daarnaast heeft het secretariaat diverse experts op het gebied van preventie geraadpleegd. Een overzicht van personen, instanties, organisaties en bedrijven die bij de voorbereiding van het advies zijn geraadpleegd, is opgenomen in bijlage 3.

Stuurgroep Intersectoraal Gezondheidsbeleid

Het secretariaat heeft deelgenomen in de Stuurgroep Intersectoraal Gezondheidsbeleid, waarin secretariaatsmedewerkers en/of raadsleden van de adviesraden RVZ, de Onderwijsraad, de Raad voor het Openbaar bestuur, en de SER, onder voorzitterschap van de RVZ, de lopende adviestrajecten onderling hebben afgestemd.

Vaststelling SER-advies

De raad heeft het advies vastgesteld in zijn vergadering van 17 april 2009. Het verslag van de raadsvergadering is aan te treffen op de website van de SER (www.ser.nl) of opvraagbaar bij het secretariaat.

1 De samenstelling van de ad-hoccommissie staat vermeld in bijlage 4.

8 Opzet advies

De raad heeft ervoor gekozen in dit advies te focussen op de relatie van gezondheid en preventie met betaalde arbeid en de arbeidsorganisatie.

Het volgende deel van dit advies (deel 2) geeft een beschouwing van het bestaande preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties.

Allereerst wordt in hoofdstuk 1 van dit deel de sociaal-economische betekenis van gezondheid en daarmee het belang van preventie geschetst.

Hoofdstuk 2 gaat vervolgens in op arbeidsrelevante dimensies van gezondheid en zet uiteen wat hij onder preventiebeleid verstaat.

Ter verheldering van de verdere opzet van het advies wordt hier al kort aangegeven hoe de raad preventiebeleid ziet. De raad vat preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties breed op: hieronder vallen alle vormen van bedrijfsbeleid die de gezondheid en daarmee de inzetbaarheid van werknemers bevorderen. Daarbij gaat het om 'gezondheidsmanagement', dat mede onderdelen van 'HRM-beleid' en 'leefstijlbeleid' kan omvatten. Hoofdstuk 3 van deel 2 biedt een overzicht van dergelijk beleid binnen arbeidsorganisaties.

Deel 2 wordt afgesloten met hoofdstuk 4 waarin de bijdrage vanuit de reguliere gezondheidszorg aan de verbetering van de gezondheid en daarmee de inzetbaarheid van werknemers aan de orde komt.

Deel 3 bevat het standpunt van de raad, de door hem gehanteerde uitgangspunten voor preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties en de antwoorden van de raad op de door de minister gestelde adviesvragen.

DEEL 2: PREVENTIEBELEID BINNEN ARBEIDSORGANISATIES

1 Sociaal-economische betekenis van gezondheid in het algemeen

1.1 Inleiding: het begrip gezondheid

De WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) heeft in 1946 het begrip ‘gezondheid’ ruim opgevat, namelijk als “een toestand van volledig, lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken”¹. Dat gezondheid in het algemeen als een groot goed wordt gezien, blijkt uit het feit dat het recht op gezondheidszorg is verankerd in internationale verdragen en de Nederlandse overheid op basis van art 22: 1 van de Grondwet gehouden is maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid.

Gezond zijn is voor individuen belangrijk om voluit te kunnen functioneren in de maatschappij; omgekeerd heeft de samenleving gezonde mensen nodig om een bepaald welvaartsniveau te bereiken en in stand te houden. Daarnaast kan ongezondheid leiden tot kosten voor het individu en kosten die door de samenleving gedekt moeten worden.

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de sociaal-economische betekenis van gezondheid en daarmee van preventiebeleid. Wat specifiek in het kader van dit advies onder gezondheid en preventie wordt verstaan, staat vermeld in de paragrafen 2.1 en 2.2.

1.2 Gezondheid en arbeid in algemene zin

Dit hoofdstuk bevat een toelichting op het belang van een goede gezondheid voor het functioneren van de arbeidsmarkt. Daarbij wordt ingegaan op (1) de relatie tussen gezondheid en het toetreden tot en behouden blijven voor de arbeidsmarkt, en (2) de relatie tussen gezondheid en het functioneren óp de arbeidsmarkt, in termen van arbeidsproductiviteit.

Gezondheid en arbeidsmarkt

Op het niveau van het individu is een goede gezondheid één van de factoren die iemand in staat stelt om toe te treden tot de arbeidsmarkt. Een minder goede gezondheidstoestand kan mensen ervan weerhouden op de arbeidsmarkt actief te worden, of kan meespelen in de overweging de arbeidsmarkt (vervroegd) te verlaten.

Voor de samenleving als geheel is het belangrijk dat voldoende mensen deelnemen aan het arbeidsproces en voor de arbeidsmarkt behouden blijven. Een goede gezondheid van de leden van de samenleving kan daaraan bijdragen. Arbeidsparticipatie maakt economische ontwikkeling, welvaartsgroei en sociale participatie mogelijk. Tegelijkertijd voorkomt

1 WHO (2006) *Constitution Basic Documents: Forty-fifth edition, Supplement*.

arbeidsparticipatie de noodzaak een beroep te doen op collectieve regelingen, zoals arbeidsongeschiktheids-, werkloosheids- en bijstandsregelingen, en op gezondheidszorgvoorzieningen.

Omgekeerd is aangetoond dat het verrichten van arbeid, of het deelnemen in het arbeidsproces, op zichzelf ook weer een positief effect op de gezondheid en het welbevinden van individuen kan hebben². In dat opzicht is er mogelijk sprake van een zichzelf versterkend effect: goede gezondheid leidt via deelname aan het arbeidsproces tot het behoud van een goede gezondheid of zelfs tot een verbetering van de gezondheid. Hiertegenover staat echter het gegeven dat arbeid ook schadelijke effecten kan hebben op de gezondheid³. Het arbobeleid, zoals voorgeschreven in de arbowetgeving, is erop gericht om de gezondheid van werknemers zo veel mogelijk te beschermen tegen negatieve effecten van arbeid en werkomgeving op de gezondheid.

Gezondheid en arbeidsproductiviteit

De grootheden 'gezondheid' en 'arbeidsproductiviteit' zijn op zich lastig in objectiveerbare en kwantificeerbare eenheden uit te drukken en te meten. Daarmee is ook de betekenis van gezondheid voor de arbeidsproductiviteit moeilijk aan te tonen, hoewel het niet onaannemelijk is dat een verbetering in gezondheidstoestand bij kan dragen aan verhoogde arbeidsproductiviteit. De relatie tussen gezondheid en arbeidsproductiviteit wordt tot nu toe veelal aangetoond door te wijzen op het omgekeerde: ziekte kan, als verzuim en uitstroom optreden, tot een verlies van arbeidsproductiviteit leiden. In het rapport van Atos Consulting (zie ook paragraaf 3.2.2.2) is de bijdrage aan de productiviteit van bewezen effectieve interventies op psychische klachten, klachten aan het bewegingsapparaat en preventie aangetoond. De arbeidsproductiviteit neemt niet alleen toe door verzuimreductie, maar ook omdat de werknemers gezonder en fitter aan het werk zijn⁴.

Het rendement van gezondheid in de werksituatie kan, naast een (verondersteld) positief effect op de arbeidsproductiviteit, ook gelegen zijn in een andere toegevoegde waarde, voor zowel de maatschappij, de arbeidsorganisatie als het individu. Dat kan bijvoorbeeld zijn: een betere concurrentiepositie van het bedrijf door goede arbeidsvoorwaarden, goede arbeidsomstandigheden en een gezond werkklimaat, een hogere kwaliteit van het geleverde product, een groter innovatief vermogen, ontplooiing van werknemers en deelname van werknemers aan het maatschappelijk verkeer.

Uiteraard zijn er meer factoren dan alleen de gezondheidstoestand van werknemers van invloed op de arbeidsproductiviteit. De arbeidsproductiviteit kan onder andere invloed

2 RIVM (2002) Arbeidsomstandigheden samengevat, in: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning: Nationaal Kompas Volksgezondheid*.

3 Hierop wordt uitgebreid ingegaan in paragraaf 2.3.1 waarin de relatie tussen arbeidsrisico's, gezondheid en arbeidsparticipatie aan de orde komt.

4 Atos Consulting (2008) *Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit?*

ondergaan van externe factoren en factoren binnen de organisatie⁵. Externe factoren zijn bijvoorbeeld de mate van concurrentie in een sector, de arbeidsmobiliteit die bedrijven ondervinden en de leeftijd en schaalgrootte van bedrijven. Factoren binnen de organisatie die de productiviteit mede kunnen bepalen, zijn bijvoorbeeld: de organisatie- en managementstructuur van de onderneming, het gevoerde HRM-beleid (opleiding, werving en selectie, opbouw personeelsbestand en aandeel deeltijdarbeid), de mate waarin geïnoveerd wordt en de mate waarin geïnvesteerd wordt in ICT.

In hoeverre de gezondheidstoestand een rol speelt in de arbeidsproductiviteit in vergelijking met dergelijke andere factoren, is niet bekend⁶.

1.3 Kosten van ziekte en opbrengsten van gezondheid

In de vorige paragraaf kwam de meerwaarde van een goede gezondheid voor de arbeid en de arbeidsorganisatie aan de orde. Deze paragraaf beschrijft het belang van het tegengaan van ongezondheid van individuen, in het bijzonder van werkenden, vanuit het perspectief dat ongezondheid en ziekte kosten meebrengen die drukken op de arbeidsorganisatie en samenleving. Wat zijn de directe en de indirecte kosten van ziekte respectievelijk de kosten van zorgverlening en het verlies aan productiviteit?

Er zijn verschillende definities van zorgkosten in gebruik die elk hun eigen functie hebben. Hier is gekozen voor de zeer brede definitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), omdat daarin ook de kosten voor de basisgezondheidszorg en de arbozorg zijn opgenomen. Op basis van de CBS-zorgrekeningen bedroegen de zorguitgaven in 2005 in Nederland ongeveer 68,5 miljard euro. Dat is 13,5 procent van het bruto binnenlands product. In 2007 waren de uitgaven toegenomen tot 75 miljard euro. Per inwoner ging het in 2005 om een bedrag van 4196 euro⁷. Deze cijfers geven echter geen goed beeld van de kosten van ziekte van werkenden, want ze hebben betrekking op de gehele Nederlandse bevolking, inclusief de ouderen, de groep die de meeste zorg consumeert.

Voor de potentiële beroepsbevolking (20 tot 64 jaar) waren de zorgkosten in 2005 in totaal – exclusief gehandicapten en welzijnszorg – 25,5 miljard euro, waarvan 1,2 miljard voor arbozorg. Uitgesplitst naar leeftijdscategorieën bedroegen de kosten voor de 20- tot 44-jarigen (exclusief gehandicaptenzorg en welzijnszorg) 2127 euro per persoon en voor de 44 tot 65 jarigen 3102 euro per persoon. Voor de werkenden in deze leeftijdsgroepen zullen de kosten lager zijn, omdat de niet-werkenden relatief vaak mensen met een ziekte zullen zijn: ziekte is immers een belangrijke reden voor niet-werken. Van deze 68,5 miljard wordt 2,5 miljard specifiek besteed aan preventie⁸.

5 RWI (2004) *Arbeidsproductiviteit in de Nederlandse dienstensector: Een literatuurstudie en enkele eigen empirische bevindingen*.

6 TNO (2008) *Bedrijfskundige opbrengsten van investeren in gezondheid*.

7 RIVM (2006) *Kosten van ziekten 2005*, op basis van Zorgrekeningen.

8 In totaal wordt per jaar in Nederland ongeveer 12,5 miljard uitgegeven aan preventie. De overige 10 miljard die niet in de genoemde 68,5 miljard zijn inbegrepen, vallen buiten de scope van dit advies, want hebben betrekking op gezondheidsbescherming, afvalverwijdering, riolering et cetera.

Hierbij is wel de opmerking op zijn plaats dat de zorgsector niet uitsluitend als kostenpost te beschouwen is. De zorgsector in Nederland biedt werkgelegenheid aan bijna 1,2 miljoen mensen⁹ en speelt een belangrijke rol in de vooruitgang van de wetenschap en technologische innovatie. Daarnaast leveren met de zorgsector verbonden branches zoals de farmaceutische industrie en hulpmiddelenproducenten een belangrijke economische bijdrage.

De directe (verzuim)kosten van een zieke werknemer voor de werkgever omvatten niet alleen de brutoloonkosten van de werknemer, maar ook diens vakantiegeld (8 procent) en de werkgeverslasten voor WW, WIA en ziektekostenverzekering (20 procent). Andere kosten voor de werkgever zijn bijvoorbeeld pensioenpremie, reiskostenvergoeding en een eventuele dertiende maand, maar ook de kosten van overwerk door collega's of het inhuren van uitzendkrachten. In sommige gevallen komen daar nog kosten bij voor de arbodienstverlening, verzuimbegeleiding en re-integratie, kosten van begeleiding en re-integratie of van werving en selectie van nieuw personeel. Er kan verder nog sprake zijn van immateriële kosten zoals overbelasting van collega's.

Als de werknemer (deels) arbeidsongeschikt raakt, komen daar de kosten bij van de uitkeringen binnen de sociale zekerheid als gevolg van arbeidsongeschiktheid. De indirecte kosten van ziekte en ongezondheid zijn moeilijk te becijferen. Sommigen gaan uit van indirecte kosten die even groot zijn als de directe kosten¹⁰. Anderen veronderstellen dat de indirecte kosten veel hoger zijn dan de directe kosten¹¹.

In een achtergronddocument van de WHO worden de micro- en macro-economische kosten van ongezondheid aangegeven¹². Wat de micro-economische kosten betreft laten vele studies zien dat een slechte gezondheid de arbeidsmarktproductiviteit verlaagt. Zo toont een studie in negen Europese landen dat mensen die een plotselinge verslechtering van de gezondheid (health shock) ervaren, significant vaker de arbeidsmarkt verlaten.

-
- 9 CBS (2008) *Gezondheid en zorg in cijfers 2008*, p. 128: 1,210 miljoen werkzame personen in 2007 in gezondheidszorg en welzijnszorg (SBI 85; Standaard Bedrijfsindeling SBI 1993).
- 10 VERNET verzuimnetwerk B.V. is een onafhankelijke organisatie die gespecialiseerd is in het berekenen van verzuimcijfers en van de kosten van het verzuim. Zo berekenen zij de verzuimcijfers in de sectoren Zorg en Welzijn. Volgens VERNET heeft onderzoek aangetoond dat de indirecte verzuimkosten ongeveer zo groot zijn als de directe verzuimkosten. Voor de totale verzuimkosten vermenigvuldigt VERNET de directe verzuimkosten dan ook met een factor 2. Zie: www.vernet.nl. Bij TNO Arbeid verscheen in 2003 inderdaad een onderzoek, waarin de indirecte en de directe kosten van verzuim als even groot worden beschouwd. Zie: TNO Arbeid (2003) *Goed werkgeverschap inzake omgang met ziekteverzuim*, p. VI.
- 11 Lapré, R., F. Rutten, E. Schut (2001) *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Hoogleraar Van Mechelen van het project Alife@work, een samenwerkingsverband van TNO Kwaliteit van Leven en VU MC, gaat uit van indirecte kosten die vier maal zo groot zijn als de directe kosten. Zie: interview in *MoveMens Magazine* 2006 – september, p. 10. Dit laatste cijfer lijkt overigens niet erg waarschijnlijk, omdat dan ongeveer de helft van het Bruto Binnenlands Product (bbp) op zou gaan aan directe en indirecte kosten van zorg.
- 12 WHO (2008) *Health systems, health and wealth*, p. 13 en 14.

Maar eigenlijk, zo stellen onderzoekers van de WHO, is de discussie over de betekenis van gezondheid deze focus op kosten al voorbij¹³. Veeleer is nu de vraag hoe de relatie tussen gezondheidssystemen, gezondheid en welvaart zo te beïnvloeden valt dat zorgvuldig gerichte investeringen in de gezondheidszorg zowel de gezondheid als de welvaart en economische groei bevorderen. In een dergelijk model is de gezondheidszorg veeleer een productieve sector dan een kostenpost. Op macro-economisch niveau kan een verbetering van de gezondheid bijdragen aan de economische groei.

Die bijdrage verloopt via vier mechanismen. Allereerst zijn gezonde mensen vaker actief op de arbeidsmarkt. Ten tweede zijn gezonde mensen in hun werk productiever. Ten derde zullen mensen in de verwachting dat ze langer leven, ook meer investeren in hun opleiding en dat is een belangrijke aanjager van economische groei. Ten slotte zijn gezonde mensen in staat om meer te sparen voor hun pensioen: geld dat geïnvesteerd kan worden. De onderzoekers citeren een studie (de *Wanless report*) waarin een langetermijnscenario voor uitgaven aan de gezondheidszorg in Engeland wordt uitgeschreven. Met beleid dat de gezondheid bevordert en de gezondheidszorgbronnen zo goed mogelijk gebruikt, kan 30 miljard euro tegen 2022 worden bespaard: 40 procent van het totale gezondheidszorgbudget in Engeland in 2002. Dit pleit onder meer voor gerichte investeringen in effectief bewezen beleid en interventies.

Overigens laten hoogontwikkelde landen niet altijd een dergelijk sterk positief verband tussen economische groei en gezondheid zien: als gezondheid en inkomen al op een hoog niveau liggen, is de ruimte voor verdere groei als gevolg van de ‘wet van de verminderde meeropbrengst’ beperkt. Desalniettemin is er grond voor de bewering dat in de Europese regio een gezonde bevolking de productiviteit en het arbeidsaanbod doet stijgen, hetgeen economische groei bevordert. Deze relatie is echter afhankelijk van de staat van de economie, de arbeidsmarkt, het niveau van werkloosheid, de institutionele setting en sociale-zekerheidsarrangementen.

1.4 Belang van preventie

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat een goede gezondheid en daarmee verbetering van de gezondheid – naast een individuele – ook een belangrijke sociaal-economische factor is. Verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking is via twee wegen te bereiken, namelijk door middel van (1) het verlenen van zorg en (2) preventie.

Het verlenen van zorg heeft als voordeel dat zorg gericht kan worden ingezet (alleen bij die mensen die werkelijk iets mankeren) en dat het direct een zichtbaar effect heeft. Het gebruik van gezondheidszorg is echter vaak ingrijpend voor de patiënt, en kan gepaard gaan met hoge kosten en (tijdelijke) uitval uit het arbeidsproces. Dat maakt het van belang vooral in te zetten op preventie: om ziekte, belastende behandelingen en verminderde participatie bij patiënten te voorkomen.

13 McKee, M. [et al.] (2009) Health systems, health and wealth: A European perspective (zie ook: www.thelancet.com).

Dit impliceert dat, naast een welzijnsaspect, ook het kostenaspect en het effect op arbeidsparticipatie belangrijke overwegingen zijn om preventiebeleid meer aandacht te geven en te stimuleren. Omdat bij preventie de eigen verantwoordelijkheid van mensen een grote rol speelt, is het van belang dat preventiebeleid breed kan worden ingezet om mensen bewust te maken van de wijze waarop zij hun gezondheid kunnen verbeteren.

Daarnaast zijn er diverse ontwikkelingen die nopen tot een verschuiving van zorgverlening naar preventie: demografische, technologische, sociaal-culturele en economische ontwikkelingen en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Alvorens deze ontwikkelingen toe te lichten, wordt hieronder kort stilgestaan bij het begrip preventie.

Wat is preventie? De minister van VWS verstaat onder preventie: “Het totaal van maatregelen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, die tot doel hebben de gezondheid te bewaken en te bevorderen door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen”¹⁴.

In de literatuur zijn voor de term ‘preventie’ verschillende indelingen in gebruik die elkaar gedeeltelijk overlappen. Er bestaan diverse onderverdelingen:

- Indeling naar activiteit: gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering.
- Indeling naar doelgroep: de algemene bevolking, hoogrisicogroepen, individuen met een hoog risico, symptoom of aandoening en individuen met een ziekte. Er is dan sprake van universele, respectievelijk selectieve, geïndiceerde of zorggerelateerde preventie.
- Indeling naar ziektestadium: preventiebeleid dat algemene ziekteoorzaken wegneemt; predisposities opspoot en behandelt; of complicaties en gevolgen van een bestaande ziekte voorkomt. Dan wordt gesproken van primair, respectievelijk secundair en tertiair preventiebeleid.

Paragraaf 2.2 zal nader ingaan op wat in het kader van dit advies onder preventiebeleid wordt verstaan.

Demografische ontwikkelingen

Een belangrijke demografische ontwikkeling is de vergrijzing in Nederland. In de nabije toekomst komen er naar verhouding meer mensen ‘op leeftijd’ ofwel mensen die vaker een beroep doen op zorg. Daarnaast is er een trend waarneembaar dat mensen in Nederland steeds langer leven. Bij een vrijwel gelijkblijvende absolute omvang van de (potentiële) beroepsbevolking leidt de vergrijzing tot een forse wijziging van de verhouding tussen het aantal 65-plussers en het aantal (potentiële) actieven. Een en ander heeft tot gevolg dat de betaalbaarheid van zorgvoorzieningen onder druk komt te staan.

14 TK (2007-2008) 31 532, nr. 1, bijlage 2: Gehanteerde definities en afkortingen.

Technologische ontwikkelingen

Medisch-technologische ontwikkelingen leiden tot meer mogelijkheden om aandoeningen of risicofactoren vroegtijdig op te sporen en te behandelen. Tegelijkertijd zullen deze ontwikkelingen ook zorgen voor een toename in de vraag naar nieuwe behandelmethoden. Daarnaast gaat steeds meer aandacht uit naar innovatie op het gebied van medische interventies (al dan niet preventief). Deze innovatie is erop gericht medisch onderzoek of behandeling minder belastend voor de (toekomstige) patiënt te laten zijn. Dit kan bijvoorbeeld door bepaalde aandoeningen thuis te behandelen met nieuwe medicatie zonder bijwerking in plaats van operatief in te grijpen.

Een andere relevante technologische ontwikkeling is die van de moderne communicatietechnologie, die maakt dat burgers makkelijker toegang hebben tot informatie over alles wat met leefstijl en gezondheid van doen heeft. Met nieuwe communicatietechnologie zijn (specifieke) groepen mensen ook gemakkelijker te bereiken en te volgen door onderzoeksinstituten, zorgverleners en overheid. Breed ingezette preventie-instrumenten, zoals voorlichting en screening, kunnen daardoor een beter effect behalen.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Maatschappelijke trends zoals individualisering en de emancipatie van de zorgconsument ten opzichte van zorgaanbieders en -verzekeraars, zijn van invloed op de voorkeuren en keuzes van zorgcliënten. Hoewel er geen harde cijfers bekend zijn, bestaan er sterke indicaties dat de vraag naar screening groeit¹⁵. Voorbeeld daarvan is de 'total bodyscan', die steeds vaker wordt ingezet. Als dergelijke instrumenten voorhanden zijn, accepteren moderne, mondige en assertieve burgers namelijk vaak niet dat deze niet worden ingezet, ook al ontbreekt daarvoor een directe medische indicatie. Ook wenden draagkrachtige burgers zich vaker tot private aanbieders van zorgproducten.

Economische ontwikkelingen

Een belangrijke economische ontwikkeling is de welvaarts­groei in Nederland. Verbetering in de inkomenspositie van groepen mensen draagt bij aan de betaalbaarheid van het zorgstelsel en kan ook gepaard gaan met een verbetering in de gezondheidstoestand. Toenemende welvaart heeft in het licht van preventie en gezondheid echter ook een keerzijde: er doen zich bepaalde risico's en aandoeningen voor die met welvaarts­groei samen­gaan. Niet voor niets worden overgewicht, obesitas en diabetes ook wel welvaarts­ziekten genoemd. Dat dergelijke aandoeningen vaker optreden kan bijvoorbeeld mede veroorzaakt zijn door gebrek aan beweging, aangezien artikelen zoals de auto, televisie en de computer voor vrijwel iedereen beschikbaar zijn en bovendien tot dagelijkse gebruiksartikelen zijn gaan behoren.

15 RVZ (2008) *Screening en de rol van de overheid*.

Ontwikkeling op de arbeidsmarkt

Door de eerder genoemde ontwikkeling van een vergrijzende bevolking met een toenemende zorgvraag zal er in de zorgsector extra personele inzet nodig zijn, terwijl er tegelijkertijd sprake is van een slinkend arbeidsaanbod. Verder zullen, zoals vermeld, de toenemende welvaart en medisch-technologische innovatie leiden tot een toenemende zorgvraag en daardoor tot een stijging van zorguitgaven. Aan de andere kant kunnen aandoeningen eerder worden opgespoord en duren behandelingen korter, waardoor de kosten ook kunnen dalen. Ook de voorziene toenemende vraag en stijgende kosten moeten opgevangen worden door een naar verhouding kleiner wordende beroepsbevolking.

1.5 Veranderende focus algemeen preventiebeleid

Dat er in de huidige tijd belangrijke redenen zijn om preventie meer aandacht te geven, neemt niet weg dat preventiebeleid in Nederland al een lange geschiedenis kent¹⁶.

Eind 19^e eeuw en begin 20^e eeuw verkeerde Nederland, net als de meeste andere West-Europese landen, in een fase waarin gezondheidswinst en een lager sterftecijfer vooral bereikt werden door hygiënische maatregelen en andere vormen van collectieve preventie. Collectieve preventie bestond bijvoorbeeld uit de introductie van de drinkwatervoorziening en riolering, maar ook uit verbetering van werk- en woonomstandigheden, en verbetering van de kwaliteit en veiligheid van het voedsel.

In de loop van de 20^e eeuw werd bovenop deze gerealiseerde gezondheidswinst de meeste winst behaald door nieuwe medische technologieën en betere gezondheidszorg. Met de invoering van openbare gezondheidszorg, zoals rijksvaccinatieprogramma's en bevolkingsonderzoeken, is een belangrijk positief effect op de gezondheidstoestand van de bevolking gerealiseerd. Ook de grotere toegankelijkheid en betaalbaarheid van individuele gezondheidszorg, die bereikt konden worden door een solidair zorgstelsel, heeft hieraan een aanzienlijke bijdrage geleverd.

Daarnaast zijn ook culturele factoren (in combinatie met de beschikbaarheid van voorzieningen) van invloed geweest. Zo heeft geboortebeperking geleid tot een verbeterde gezondheidstoestand van moeders en kinderen.

Het blijft lastig de invloed van elk van de factoren (collectieve preventie, gezondheidszorg, toename van welvaart) op de gezondheidstoestand van de bevolking of op het sterftecijfer te kwantificeren. Bovendien zal deze invloed ook per aandoening verschillen¹⁷. Niettemin is duidelijk dat de verworvenheden op het gebied van hygiëne en op het gebied van medische interventies die voor iedereen toegankelijk en beschikbaar zijn, een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan het verbeteren van de volksgezondheid.

16 Zie: Polder, J.J. (2008) *Gezond rendement: Zorg voor gezondheid en welvaart* en Mackenbach, J. (2005) *Hervorming publieke gezondheid nodig*.

17 Lapré, R., F. Rutten en E. Schut (2001) *Algemene economie van de gezondheidszorg*.

1.6 Conclusie

Uit het voorgaande blijkt dat een goede gezondheid een belangrijke voorwaarde is voor deelname aan de arbeidsmarkt en dat, omgekeerd, arbeidsparticipatie ook een gezondheidsbevorderende invloed heeft op de werkende. Of gezonde werknemers ook productieve werknemers zijn, is moeilijk precies vast te stellen, maar lijkt zeer plausibel. Het rendement van gezondheid is – behalve in termen van vergrote productiviteit – ook uit te drukken in gecreëerde meerwaarde voor de arbeidsorganisatie en de werknemer: kwaliteit, imagoverbetering, innovatief vermogen, ontplooiing.

Preventie is echter niet alleen van belang vanuit het oogpunt van rendement voor arbeidsorganisaties. Zonder preventie-inspanningen zal de zorgvraag de komende decennia sterk oplopen, met de bijbehorende kosten voor zorgvoorzieningen en schaarste aan zorgcapaciteit van dien. In dit perspectief is het van groot sociaal-economisch belang dat alle actoren die daartoe mogelijkheden hebben, bijdragen aan preventie.

De opvatting dat preventie tot een reductie van de zorgvraag leidt, wordt overigens niet door iedereen gedeeld. Indien in de – door preventie – gewonnen levensjaren ook zorg wordt geconsumeerd, en in de – uitgestelde – laatste fase van het leven de zorgconsumptie niet vermindert, betekent dat feitelijk dat er door preventie een grotere in plaats van kleinere zorgvraag met bijbehorende zorgkosten zal optreden¹⁸. Als mensen langer leven, hebben ze ook meer kans om op latere leeftijd ziektes te krijgen zoals dementie, psychische stoornissen, beroerte, Parkinson of aandoeningen van het zenuwstelsel, met de bijbehorende zorgkosten van dien. Volgens sommigen zullen de extra kosten als gevolg van extra levensjaren de kortetermijnbesparingen door preventie overtreffen¹⁹.

Daartegenover stellen onderzoekers van de WHO dat de gezondheidszorgkosten bij mensen die langer leven juist minder zijn. De hoogste kosten worden gemaakt vlak voor het eind van iemands leven. Als mensen op hoge leeftijd overlijden, vallen die kosten lager uit omdat oudere mensen minder intensief behandeld worden.

Over het saldo van kosten en baten van gezondheidszorg voor een bevolking die door preventie langer leeft, kan gediscussieerd worden en verschillen de meningen. Vaststaat dat op microniveau preventie wel degelijk positief effect heeft: op het welbevinden, de kwaliteit van leven, het aantal (gezonde) levensjaren en andere gezondheidsmaten. In het algemeen biedt een betere gezondheid daarmee een grotere kans op duurzame en volwaardige maatschappelijke participatie. Bovendien is voor de samenleving als geheel relevant dat mensen die langer leven in goede gezondheid, ook meer mogelijkheden hebben om langer productief te blijven. Gelet op de vergrijzing van de beroepsbevolking en de daar-

18 Polder, J. (2008) *Veelkleurig grijs, economische aspecten van volksgezondheid en zorg*, Universiteit van Tilburg, 25 januari 2008 (oratie).

19 RIVM (2006) *Zorgkosten van ongezond gedrag: Zorg voor euro's*, p. 10.

door dreigende arbeidstekorten op langere termijn, is een langere productieve periode voor werkenden een gunstig perspectief. Als preventie daaraan bijdraagt, is dat een belangrijke opbrengst te noemen.

De raad is van opvatting dat preventiebeleid in elk geval leidt tot gezondheidswinst die bestaat uit een reeks van eerder genoemde componenten op verschillend niveau en voor verschillende actoren. Dit scala aan voordelen van gezondheidswinst geeft voor de raad tegelijkertijd het belang en de urgentie aan van preventiebeleid, ook binnen arbeidsorganisaties.

2 Focus advies

In het kader van dit SER-advies acht de raad het zinvol om gezondheid en preventie te bezien vanuit een specifiek perspectief: een visie waarin de relatie van gezondheid en preventie met betaalde arbeid en de arbeidsorganisatie centraal staat.

2.1 Arbeidsrelevante dimensies van gezondheid

De uitdaging is nu, zo stelt ook de minister van VWS, om na de al bereikte successen in de afgelopen eeuw een nog verdere verbetering van de volksgezondheid te bewerkstelligen en nog meer gezondheidswinst te boeken.

Een van de mogelijke aangrijpingspunten daarvoor ligt op het gebied van leefstijlbeïnvloeding bij individuen. Vanuit historisch perspectief bezien is preventie gericht op leefstijlbeïnvloeding de meest recente stap in een proces dat al ruim een eeuw loopt: de ontwikkeling van preventiebeleid. Leefstijlbeïnvloeding impliceert bovendien vergeleken met het verleden een smallere focus op preventie.

De mate waarin binnen bedrijven de leefstijl van de eigen werknemers te beïnvloeden valt, is echter relatief beperkt. Op de werkvloer zijn arbobeleid, verzuimbeleid en re-integratiebeleid primair de instrumenten om gezondheidsbevordering en ziektepreventie te bewerkstelligen. De sturingsmogelijkheden voor bedrijven op deze beleidsterreinen is groot. Daarbij gaat het met name om het beperken van de risico's die arbeid met zich meebrengt voor de gezondheid van werknemers en om het zorgen voor werkhervatting na een periode van uitval door ziekte of arbeidsongeschiktheid. Leefstijlbeïnvloeding vormt daarvan weliswaar een onderdeel als het bijvoorbeeld gaat om het stimuleren van beweging bij mensen met een zittend beroep. Leefstijl-gedragingen van werknemers spelen zich echter voor een groot deel afbuiten de werksfeer en daarmee buiten de invloedssfeer van de werkgever. Bovendien behoort de leefstijl van een werknemer tot diens persoonlijke levenssfeer en identiteit, wat maakt dat de bemoeienis van de werkgever op dit gebied gevoelig kan liggen.

Om deze reden, maar vooral ook omdat gezondheidsbevordering en -bescherming in de arbeidsfeer geïntegreerd is in arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid, is het zinvol in dit advies breder te kijken en alle mogelijkheden ook die met betrekking tot leefstijlbeleid te bezien om in de arbeidsorganisatie gezondheidswinst te realiseren. Preventie binnen bedrijven wordt dan breed opgevat als alle beleid dat bijdraagt aan de gezondheid van werknemer.

De gezondheidswinst die in arbeidsorganisaties bereikt kan worden, is vervolgens te definiëren in termen van inzetbaarheid, employability en vitaliteit van werknemers. Ze dragen daarmee bij aan duurzame inzetbaarheid van werknemers.

Work ability

De work ability is een maat voor het werkvermogen en de duurzame inzetbaarheid van een werknemer (zie ook bijlage 2). Deze work ability is onder meer te kwantificeren door gebruik te maken van de Work Ability Index (WAI), die het fysieke, psychische en sociale arbeidsvermogen van individuen meet. De WAI gaat na of het individu voldoet aan de gestelde beroepseisen. Uit een Finse evaluatie bleek een lage WAI-score sterk samen te hangen met een hogere kans op arbeidsongeschiktheid en meer directe kosten door verzuim¹. Op basis van de WAI is het mogelijk een vervolgonderzoek te doen of maatregelen te nemen die zijn toegespitst op het individu. Daarnaast kan de WAI totstandkoming en invoering van een integraal duurzaam inzetbaarheidbeleid binnen een organisatie stimuleren. De Stichting Blik op Werk beheert de Nederlandse WAI-vragenlijst en stimuleert de implementatie ervan in bedrijven.

Employability

In een studie van SEO Economisch Onderzoek wordt employability omschreven als “de mate waarin personen tijdens het leven productief en belonend werk kunnen vinden én behouden”².

Employabilitybeleid is gericht op de blijvende inzetbaarheid van personeel en kan instrumenten als scholing, beloning en doorstroommogelijkheden bevatten. Employability past bij de moderne behoefte van de dynamische kenniseconomie, waarin de werknemer zijn arbeidswaarde op peil houdt om zo zeker van werk (en niet per se zeker van zijn baan) te blijven. Met een employability-scan is het mogelijk een capaciteiten- en persoonlijkheidsprofiel te maken. Met behulp van deze scan kan gekeken worden welk werk past bij de werknemer, zodat de werknemer zichzelf gericht kan scholen en ontwikkelen.

Vitaliteit

Vitaliteit is in het algemeen te verstaan als: levenskracht, energie en bezieling. In relatie tot de arbeidsomgeving kan hieronder ook de motivatie van werknemers worden begrepen. Motivatie hangt samen met een complex geheel van factoren, zoals bijvoorbeeld de stijl van leiding geven, de mate waarin verantwoordelijkheden aan verschillende niveaus in de organisatie zijn toebedeeld, arbeidsvoorwaarden, beoordelings- en beloningsbeleid, afwisseling in het werk, de mogelijkheden om promotie te maken, werksfeer en werkdruk.

2.2 Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties

Door bovengenoemde dimensies van gezondheid mee te nemen kan preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties worden opgevat als alle bedrijfsbeleid dat bijdraagt aan de gezondheid en daarmee aan duurzame, optimale inzet en grotere productiviteit van werknemers. Dat is arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid, maar ook bijvoorbeeld beleid

1 Zie: www.blikopwerk.nl en www.workabilityindex.nl.

2 SEO (2008) *Employability naar bedrijfsomvang*, door SEO Economisch Onderzoek in opdracht van het ministerie EZ.

gericht op het inzetbaar houden van werknemers met (dreigende) gezondheidsproblemen alsmede onderdelen van loopbaan- en opleidingsbeleid, arbeid- en zorgbeleid en levensfasebewust personeelsbeleid. Tot het bedrijfsgezondheidsbeleid kan ten slotte ook leefstijlbeleid behoren.

Wat levensfasebewust beleid betreft: inzetbaarheid is nauw verbonden met een optimale balans tussen belasting en belastbaarheid. Die kan per leeftijds- of levensfase verschillen en aanpassing behoeven omdat persoonlijke omstandigheden ('life events') of nieuwe verantwoordelijkheden (op het werk of in de privésfeer) de balans uit evenwicht brengen. Over- en onderbelasting moeten zo veel mogelijk vermeden worden. Behalve op het voorkomen van ziekte kan preventiebeleid dus ook gericht zijn op het regelmatig bijstellen van de balans voor individuele werknemers.

Preventie wordt in dit perspectief meer gezien als bedrijfsbeleid gericht op het wegnemen van beperkingen om inzetbaar te blijven, dan als beleid gericht op het voorkomen van ziekte. Het kan daarbij gaan om het wegnemen van belemmeringen in het functioneren die het gevolg zijn van gezondheidsproblemen of van bijvoorbeeld veroudering of veranderingen in persoonlijke omstandigheden.

Verbetering op deze dimensies van gezondheid-in-brede-zin vormt ook de inzet van het ministerie van SZW. Het werkt daarbij samen met alle relevante stakeholders in het kader van (de tweede fase van) het kennisontwikkelingsprogramma Participatie en Gezondheid. Daarin staan vitaliteit en productiviteit, gezondheid en veiligheid en duurzame inzetbaarheid centraal.

2.3 Specifieke relaties tussen gezondheid / inzetbaarheid en arbeid

Gelet op het bovenstaande, richt preventiebeleid zoals opgevat in dit advies zich op het behouden of verbeteren van de gezondheid-in-brede-zin van werknemers teneinde hun inzetbaarheid te behouden of vergroten. Alvorens in te gaan op het brede preventiebeleid zoals dat in arbeidsorganisaties vorm krijgt, is het zinvol stil te staan bij factoren die de gezondheid-in-brede-zin van werknemers en daarmee hun inzetbaarheid beïnvloeden. Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties zou zich specifiek op deze factoren moeten richten.

Daarbij gaat het allereerst om arbeidsgerelateerde factoren: aspecten van de arbeidsorganisatie, de werkplek, de arbeidsomstandigheden en arbeidsverhoudingen die blijkens onderzoek de duurzame inzetbaarheid van werknemers meebepalen. Deze factoren kunnen een positieve, dan wel een negatieve invloed uitoefenen op de inzetbaarheid en er kan sprake zijn van een oorzakelijk verband tussen de arbeidsaspecten en inzetbaarheid, dan wel een conditioneel verband. In het laatste geval is het arbeidsaspect niet de directe oorzaak van (on)gezondheid en (verminderde) inzetbaarheid, maar een conditie waaronder de inzetbaarheid groter of kleiner wordt. Een voorbeeld hiervan is het verer-

geren van al bestaande astmatische klachten door blootstelling aan stoffen in de werkomgeving.

Daarnaast spelen mogelijk ook niet-arbeidsgerelateerde factoren een rol: gezondheidsklachten die de duurzame inzetbaarheid bedreigen, maar veeleer te herleiden zijn op persoons- of leefstijlfactoren dan op arbeidsaspecten.

Verder wordt de duurzame inzetbaarheid van werknemers die al gezondheidsklachten hebben, mede bepaald door de mate waarin en de wijze waarop de reguliere zorg ingaat op die klachten. Het gaat om de mate waarin en de wijze waarop de reguliere somatische en psychische gezondheidszorg aandacht besteden aan de factor arbeid in de gezondheidsklacht. Ook gaat het om de mate waarin werknemers ondersteuning krijgen bij het heroveren van hun arbeidsinzetbaarheid. Wat de somatische zorg betreft kan daarbij zowel de curatieve als de revalidatiezorg een rol spelen. De volgende paragrafen bieden een kort overzicht van de arbeidsgerelateerde respectievelijk de niet-arbeidsgerelateerde, maar wel arbeidsrelevante factoren.

2.3.1 *Arbeidsgerelateerde gezondheids- / inzetbaarheidsproblemen*

Arbeidsgerelateerde ziektelast

Ongunstige of slechte arbeidsomstandigheden (arbeidsrisico's) kunnen leiden tot ziektelast. De WHO hanteert daarvoor de internationale maat 'DALY': disability adjusted life year. Een ziektelast van één DALY betekent het verlies van één gezond levensjaar door ziekte of dood. Het RIVM berekende dat ongeveer 2 tot 4 procent van de totale ziektelast van de gehele bevolking in Nederland kan worden toegeschreven aan ongunstige arbeidsomstandigheden³. Voor de werkzame beroepsbevolking zou dit percentage naar schatting minimaal 7 procent bedragen⁴. Bij werkenden en mensen die gewerkt hebben, wordt het grootste gezondheidsverlies door arbeidsgerelateerde aandoeningen veroorzaakt door burn-out, chronische obstructieve longziekten (COPD), klachten aan armen, nek en schouder (KANS) en kanker. Voor de werkenden zijn het vooral burn-out, KANS, arbeidsongevallen en rugklachten⁵.

Nadere gegevens over gezondheidsklachten en verzuim als gevolg van ongunstige arbeidsomstandigheden zijn te vinden in de jaarlijkse Arbobalans. Onderzoeksinstituut TNO

-
- 3 Ter vergelijking: de ziektelast die kan worden toegeschreven aan milieufactoren bedraagt 2 tot 5 procent; aan gebrek aan lichamelijke activiteit 4,1 procent en aan het eten van ongezonde voeding 0,8 tot 2,4 procent. Zie: RIVM (2009) *Effectiviteit van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid: Een verkennende studie*, p. 13.
 - 4 Dit betreft een voor dit advies door RIVM gemaakte schatting, waarvan 7 procent een ondergrens is. Bij de schatting is uitgegaan van een aantal aannames. Zo zijn niet alle ziektes en arbeidsomstandigheden van werkenden die ziektelast veroorzaken, meegenomen. Verder blijft de ziektelast door arbeidsomstandigheden die optreedt na het 65^e jaar buiten beschouwing.
 - 5 Coronel Instituut; AMC (2008) *De invloed van arbeidsrisico's op gezondheid en arbeidsparticipatie*, p. 6.

inventariseert in opdracht van het ministerie van SZW in deze rapporten welke ontwikkelingen zich voordoen in arbeidsrisico's en wat hiervan de gevolgen zijn. Daarbij maakt het instituut gebruik van verschillende bronnen, zoals de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA), die in de meest recente jaren bij circa 23.000 werknemers werd afgenomen. Daarnaast put TNO onder meer uit de Nationale Verzuimstatistiek (NVS) van het CBS, gegevens van het Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen (UWV) en de vierde Europese survey over arbeidsomstandigheden (EWCS).

Arbeidsrisico's zoals beschreven in de Arbobalans 2007/2008 omvatten een breed scala van soorten risico's: lichamelijke en omgevingsrisico's; psychische en sociale risico's; werktijden en arbeidsomstandigheden⁶. Bij elkaar gaat het om een lange reeks arbeidsrisico's: de Arbobalans onderscheidt er zeventien. In het kader van dit advies over preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties zijn met name de arbeidsrisico's van belang die de gezondheid dan wel de inzetbaarheid van werknemers bedreigen. Dat zijn risico's die kunnen leiden tot verminderde arbeidsprestaties, verzuim, arbeidsongevallen of zelfs overlijden.

Arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten

Uit de resultaten van de NEA blijkt dat van de ondervraagde werknemers met desbetreffende gezondheidsklachten, ruim een derde aangeeft dat de klachten aan rug en nek respectievelijk aan armen en handen naar hun mening hun oorzaak vinden in het werk. Arbeidsgerelateerde rug- en nekklachten komen vaker voor in de industrie, de nutssector en de bouwnijverheid. Bij werknemers met psychische klachten schrijven deze werknemers in 29 procent van de gevallen de klachten aan het werk toe: deze werknemers werken vooral in de nutssector, de dienstverlening en de tertiaire en kwartaire sectoren (onderwijs, gezondheidszorg, openbaar bestuur, cultuur, sport en recreatie). Gehoorproblemen en klachten aan benen en voeten worden volgens werknemers voor 22 procent door het werk veroorzaakt.

Een andere bron voor het bepalen van de hoeveelheid gezondheidsklachten als gevolg van het werk is de registratie van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). Arbodiensten en bedrijfsartsen zijn sinds 1 november 1999 verplicht om beroepsziekten te melden aan het NCvB. Dan gaat het om "een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid en onder bepaalde arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden"⁷. Al vanaf 1999 worden de volgende drie diagnosegroepen het meest gemeld: klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat; beroepslethorendheid en psychische klachten. Bij beroepsgroepen met lichamelijk minder belastend werk zoals leerkrachten en middelbare en hogere vakspecialisten, komen deze laatste klachten

6 TNO Kwaliteit van Leven (2008) *Arbobalans 2007/2008: Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen*. Deze paragraaf gaat alleen in op het voorkomen van de verschillende arbeidsrisico's onder werknemers. De maatregelen die in de Arbobalans beschreven zijn, komen in deel 2, hoofdstuk 3 aan de orde.

7 TNO Kwaliteit van Leven (2008) *Arbobalans 2007/2008*, pp. 60-61.

relatief vaak voor. Overigens kan de aard van de klachten binnen een bepaalde diagnose-categorie per beroepsgroep verschillen. Zo hebben administratieve medewerkers met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat vaker last van RSI-klachten, medewerkers in de bouw, de agrarische sector en het transport vaker van (lage) rugklachten.

Arbeidsgerelateerd verzuim

In de NEA is werknemers zelf gevraagd of hun laatste verzuimepisode naar hun eigen oordeel veroorzaakt werd door het werk⁸. Bijna een kwart van de werknemers meent dat het verzuim geheel of gedeeltelijk het gevolg was van het werk. Voor langdurig verzuim (meer dan 13 weken) ligt dit percentage veel hoger: op 51 procent. Vooral langdurige psychische klachten (80 procent), conflicten op het werk (71 procent), rugklachten (63 procent) en klachten aan nek, schouders, polsen, armen en handen (61 procent) vinden volgens werknemers vaak hun oorzaak in het werk. Gemiddeld ligt het percentage langdurig verzuim, zoals door werknemers zelf gerapporteerd in het NEA, op 4 procent. In acht beroepsgroepen – veelal met inspannende, emotioneel belastende of zwaar lichamelijke arbeid – ligt dit percentage veel hoger. Buschauffeurs, treinbestuurders, bejaardenverzorgsters, kinderverzorgsters, gezinshulpen en thuiszorgmedewerkers bijvoorbeeld werken in dergelijke ‘hoogverzuimberoepen’. Dat geldt ook voor bollenkwekers en boomkwekers, verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, politiepersoneel, brandweer en bewakers.

Bezien is of dit verzuim te maken heeft met ervaren arbeidsrisico's. Zo meldt bus- en treinpersoneel meer psychische risico's (tijdsdruk en gebrek aan regel mogelijkheden), sociale risico's (emotioneel belastend werk en agressief gedrag van passagiers) en omgevingsrisico's (lawaai, gevaarlijk werk). Intramuraal werkende verpleegkundigen en ziekenverzorgenden scoren ook hoger dan gemiddeld op deze risico's en melden daarbij ook vaker lichamelijke risico's (zwaar werk, houdingsbelasting).

Uit nadere analyses blijkt dat het gemiddeld hogere langdurig verzuim van deze beroepsgroepen niet terug te voeren is op persoons-, baan- of bedrijfskenmerken, maar (ten minste voor een deel) verklaard wordt door blootstelling aan arbeidsrisico's⁹. Uit analyses van de relatie tussen een aantal arbeidsrisico's en enkele effectmaten zoals burn-out, rsi-klachten en verzuimpercentage blijkt bijvoorbeeld dat hogere tijdsdruk en hogere taakeisen sterk gerelateerd zijn aan burn-out en in mindere mate aan rsi-klachten. Dit geldt ook voor emotioneel zwaar werk. Een conflict met de leidinggevende of met de werkgever en intimidatie of pesten door de leidinggevende of door collega's zijn allemaal gerelateerd aan burn-out, rsi-klachten en verzuim. Omgekeerd is sociale steun van collega's en leidinggevendenden verbonden met minder burn-out en een als goed ervaren gezondheid¹⁰. Overigens zijn dit relaties die gelden voor de gehele werknemerspopulatie. In deelgroepen kunnen heel andere relaties gelden.

8 TNO Kwaliteit van Leven (2008) *Arbobalans 2007/2008*, pp. 67.

9 TNO Kwaliteit van Leven (2008) *Arbobalans 2007/2008*, pp. 69-71.

10 TNO Kwaliteit van Leven (2008), pp. 82-84.

Recent wees de FNV op nog een andere vorm van arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten. FNV Bondgenoten publiceerde begin 2009 *Ziek door onzekerheid*, een onderzoek naar het effect van reorganisaties op de gezondheid van medewerkers¹¹. Op grond daarvan wordt aanbevolen om meer aandacht te besteden aan gezondheidseffecten van reorganisaties.

Uit het onderzoek, in de zomer en het najaar van 2008 uitgevoerd onder 500 werknemers, kwam naar voren dat ruim 40 procent van degenen die de afgelopen twee jaar een reorganisatieproces hebben meegemaakt, als gevolg daarvan gezondheidsklachten heeft. De belangrijkste klachten betreffen stress (genoemd door 24 procent), vermoeidheid (20 procent) en slapeloosheid (13 procent).

Volgens het onderzoek leidt vooral de factor ‘onzekerheid’ tot deze gezondheidsklachten. Voor het overgrote deel van de werknemers hadden de ervaren veranderingen te maken met het werk: andere taken, leidinggevenden, functievereisten, collega’s, arbeidsomstandigheden, werkwijzen, klanten, werktijden, arbeidsvoorwaarden, of ontslag. De meest genoemde veranderingen zijn ‘er worden hogere eisen gesteld’ en ‘ik heb een andere leidinggevende’. Bij slechts een vijfde van de werknemers is het werk in de laatste twee jaar in het geheel niet veranderd.

Slechts de helft van de geënquêteerde werknemers had informatie gekregen over de redenen voor veranderingen.

De genoemde gezondheidsklachten kunnen effect hebben op het functioneren in het werk. Zo kunnen irritaties en concentratieproblemen fouten of ongelukken op het werk veroorzaken. Bij reorganisaties doet zich ook nog een ander effect op de gezondheid voor. Werknemers durven zich in een periode van onzekerheid over hun positie, minder snel ziek te melden. Daardoor kan de gezondheid verslechteren.

Er is volgens het onderzoek wel een verband tussen veranderingsgezindheid en gezondheidsklachten, maar dat verband is zwakker dan tussen invloed van werknemers en gezondheidsklachten. Meer invloed van werknemers op veranderingen leidt volgens het onderzoek tot minder gezondheidsklachten. Ook blijkt dat veranderingen op het werk bij werknemers met een slechte arbeidsmarktpositie eerder tot gezondheidsklachten leiden.

Relatie arbeidsrisico's en arbeidsparticipatie

In voorgaande alinea's is gekeken naar de relatie tussen arbeidsrisico's enerzijds en gezondheid en verzuim anderzijds. Verzuim is één van de indicatoren voor de arbeidsparticipatie van werkenden. Andere maten zijn: arbeidsproductiviteit, prestatie, werkhervatting, arbeidsongeschiktheid en het functioneren op het werk.

11 FNV Bondgenoten (2009) *Ziek door onzekerheid: Een verslag van een onderzoek door FNV Bondgenoten*, februari 2009.

Het ministerie van SZW gaf – in het kader van het kennisontwikkelingsprogramma Participatie en Gezondheid – het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid opdracht om na te gaan wat bekend is over de causale en conditionele arbeidsrisico's voor een aantal specifieke aandoeningen en de gevolgen daarvan voor de arbeidsparticipatie in brede zin¹². De bestudeerde aandoeningen zijn: specifieke lage rugklachten, ischemische hartklachten, depressie, slechthorendheid, astma en contacteczeem. Ischemische hartziekten zijn ziekten van het hart die het gevolg zijn van aderverkalking (arteriosclerose). Hierdoor ontstaat zuurstoftekort (ischemie) in de hartspier. Coronaire hartziekten worden onderverdeeld in de acute vormen (bijvoorbeeld hartinfarct) en chronische vormen (angina pectoris)¹³. Deze aandoeningen behoren tot de belangrijkste verzuimoorzaken, zo bleek uit voorgaande alinea's. Welke kenmerken van het werken zijn (mede)veroorzaker van de klacht, welke kenmerken kunnen klachten verergeren of verminderen en welke maatregelen zijn effectief gebleken? Een uitgebreide review van de wetenschappelijke literatuur daarover leidde voor elke klacht tot een aantal bevindingen, die in tabel 2.1 zijn samengebracht.

tabel 2.1 Arbeidsrisico's, maatregelen en kennisleemtes voor een aantal gezondheidsklachten

	Causale arbeidsrisico's	Conditionele arbeidsrisico's	Effectieve maatregelen	Kennisleemtes
Rugklachten	Handmatig tillen/dragen; lichaamstrillingen; buigen/draaien romp; arbeidssatisfactie	Zware fysieke belasting	Participatieve werkaanpassing (samen met werknemer hindernissen op werk oplossen); Niet: tilinstructies en/of tilhulpmiddelen	Psychosociale arbeidsrisico's; interventies voor chronische klachten; doelmatigheid van interventies
Ischemische hartziekten	Blootstelling aan fijnstof; lawaai; ploegendienst; werkstress (regelmogelijkheden); overwerk	Zware fysieke belasting; blootstelling aan fijnstof (bijv. roken); werkstress	Rookvrije werkplek; acceptabele lawaai-belasting; regelmogelijkheden arbeidstijden; sociale ondersteuning op werk; aandacht werkhervatting bij hartrevalidatie; gezondheidspromotie-programma's	Studies hartinfarct en werkhervatting; werking psychosociale arbeidsfactoren; (kosten)effectiviteit van preventies
Depressie	(matig bewijs) Blootstelling aan kwik / oplosmiddelen; niet-passende functie;	Arbeidsconflict; ongewenste omgangsvormen op werk;	Empowerment / werkaanpassingen in arbeidstherapeutische setting; preventieve screening met	Systematische reviews arbeidsrisico's; psychosociale arbeidsfactoren; longitudinale studies

12 Coronel Instituut; AMC (2008) *De invloed van arbeidsrisico's op gezondheid en arbeidsparticipatie*, hoofdstuk 2.

13 www.rivm.nl.

	gebrek aan sociale steun op werk; agressie op werk; werkstress		aanvullende verwijzing voor psychologische hulp	arbeidsparticipatie; (kosten)effectiviteit interventies;
Slechthorendheid	>80 decibel op werk; lawaaitrauma; verkeerslawaai; combinatie van blootstelling aan lawaai en oplosmiddelen	Verminderde blootstelling aan lawaai	Gehoordescherminingsprogramma	Longitudinale studies werkhervatting; gecontroleerde interventiestudies; (kosten)effectiviteit interventies;
Astma	Blootstelling aan luchtwegprikkelende stoffen of allergenen	Verminderde blootstelling aan luchtwegprikkelende of allergene stoffen	Vermijding van blootstelling aan luchtwegprikkelende of allergene stoffen	Integratie blootstellingmetingen; longitudinale studies werkhervatting; (kosten)effectiviteit van interventies.
Contacteczeem	Nat werk; huidblootstelling aan huidirriterende omstandigheden of contactallergenen	Verminderde huidblootstelling aan genoemde risico's; huidbeschermingsmiddelen	Vermijding van genoemde arbeidsrisico's; vroegdiagnostiek; verbeterde kennis over risico's bij werknemers; huidbeschermingsmiddelen; preventieve cursussen risicobranches; interdisciplinaire behandeling	Longitudinale studies werkhervatting; (kosten)effectiviteit interventies;

Uit de tabel blijkt dat er in de literatuur bewijs te vinden is voor de schadelijkheid van een aantal werkkenmerken voor de arbeidsparticipatie. Deze zijn te vinden in de kolom 'causale arbeidsrisico's'. Daartoe behoort blootstelling op het werk aan een aantal inmiddels bekende schadelijke omstandigheden en stoffen zoals tillen, lawaai, kwik, oplosmiddelen en fijnstof, maar wellicht ook minder bekende schadelijke situaties zoals werkstress, gebrek aan regel mogelijkheden of sociale steun op het werk. 'Conditionele arbeidsrisico's' zijn bijvoorbeeld verminderde dan wel vermeerderde blootstelling aan schadelijke omstandigheden. In geval van depressie verergeren ongewenste omgangsvormen en arbeidsconflicten de aandoening.

In het kader van dit advies zijn vooral de maatregelen ter voorkoming van klachten en daarmee van verminderde arbeidsparticipatie van belang. Volgens het bovengenoemde onderzoek van het Coronel Instituut hebben vanzelfsprekend die maatregelen een gunstig effect waardoor werknemers blootstelling aan schadelijke situaties kunnen vermijden. Voor een aantal klachten geldt dat participatieve werkaanpassing van belang is: samen met de werknemer hindernissen in het bestaande werk oplossen. In sommige gevallen hebben preventieve cursussen (gezondheids promotie, voorlichting) een gunstig effect.

Voor depressie-preventieve screening – waarmee werknemers met psychische klachten worden opgespoord en vervolgens doorverwezen – geldt dat daarmee verzuim te voorkomen is. Het verzuim is juist bij psychische klachten vaak langdurig, waarmee preventie zeer kostenbesparend kan zijn. Sociale ondersteuning en eigen regelmogelijkheden wat werktijden betreft werken goed uit voor werknemers met hartziekten.

Daarnaast werd het Coronel Instituut gevraagd na te gaan wat er bekend is over eventuele negatieve gevolgen voor de gezondheid en daarmee voor de arbeidsparticipatie van flexibele of onregelmatige werktijden en van een flexibele werkplek. Naar de schadelijke gevolgen van onregelmatige werktijden, waaronder nachtdiensten, is veel onderzoek gedaan. Wereldwijd, zo constateren de onderzoekers, is het een geaccepteerd feit dat dergelijke werktijden leiden tot slaapproblemen, psychosomatische klachten, maagproblemen, hart- en vaatziekten en negatieve effecten op de zwangerschap bij vrouwen. Ook bestaat er bewijs voor een relatie tussen borstkanker¹⁴ en een verstoorde werk-privébalans bij vrouwen. De Gezondheidsraad stelde in 2006 dat er een verband is tussen het langdurig (tientallen jaren) verrichten van nachtwerk en het optreden van borstkanker. Er kon op grond van de beschikbare gegevens niet geconcludeerd worden dat borstkanker daadwerkelijk wordt veroorzaakt door nachtwerk¹⁵. De geconstateerde relaties doen zich vooral voor bij vrouwen, in de transportsector, de industriële sector en de gezondheidszorg. Het blijkt dat de verstoorde werk-privébalans, ofwel werk-thuisinterferentie, verantwoordelijk is voor een belangrijk deel van psychosomatische en uitputtingsklachten van werknemers. Het risico op werk-thuisinterferentie wordt versterkt door ploegendienst, frequent overwerk en een verandering van de arbeidsduur en leidt tot meer vermoeidheid en ziekteverzuim¹⁶.

Maatregelen waarvoor enig bewijs bestaat dat ze helpen om de negatieve effecten van onregelmatige werktijden tegen te gaan, zijn: arbeidstijdenregulatie, meer regelmogelijkheden met betrekking tot werktijden en werkinterventies die teamidentiteit, teamklimaat en sociale steun vergroten.

Met betrekking tot de gevolgen van een flexibele werkplek of thuiswerken op de gezondheid, blijkt dat er zowel positieve als negatieve gevolgen worden gerapporteerd. Zo zijn als gunstige gevolgen van telewerk gemeld: een betere werk-privébalans, een betere werkomgeving, minder afleiding, meer autonomie en minder reistijd. Daartegenover stonden de nadelen: meer stress en overbelasting bij thuiswerkers die tegelijkertijd voor jonge

14 Begin januari 2009 werd duidelijk dat de Commissie voor Beroepsziekten in Denemarken voor een aantal gevallen van borstkanker bij vrouwen heeft bepaald dat er een relatie bestaat tussen deze ziekte en langdurig nachtwerk. Naar aanleiding van deze berichten heeft het Bureau Beroeps Ziekten van de FNV vrouwelijke leden met borstkanker die mogelijk door langdurige nachtarbeid kan zijn veroorzaakt, gevraagd zich te melden. Zie: www.fnv.nl/defnv/actueel/nieuws/fnv_helpt_vrouwen_met_borstkanker_door_nachtdienst.asp. Ook het CNV heeft een dergelijke oproep gedaan. Zie: www.cnv.nl (nieuwsbericht d.d. 14 januari 2009).

15 GR (2006) *Nachtwerk en borstkanker: een oorzakelijk verband?*

16 Coronel Instituut; AMC (2008) *De invloed van arbeidsrisico's op gezondheid en arbeidsparticipatie*, hoofdstuk 4.

kinderen zorgen, meer behoefte aan hersteltijd, minder ondersteuning, langere werkuren en problemen met het begrenzen van werk en privé.

De minister van SZW meldt in zijn reactie aan de Tweede Kamer naar aanleiding van de *Arbobalans 2007/2008*¹⁷ dat in Nederland, in vergelijking met andere Europese landen, werknemers in hun werk meer lichamelijk geweld (met name in de gezondheids- en welzijnzorg) en meer discriminatie (met name bij de overheid en in het onderwijs) ervaren. Daarom zijn agressie en geweld ook een belangrijk aandachtspunt binnen het eerder genoemde programma Participatie en Gezondheid. Het Coronel Instituut werd gevraagd wat bekend is over de arbeidsgerelateerde risicofactoren voor agressie en geweld, pesten en intimidatie op de werkvloer. En wat verklaart de relatief hoge prevalentie ervan in Nederland?

Op de laatstgenoemde vraag moeten de onderzoekers het antwoord schuldig blijven: het is onduidelijk waarom werkgerelateerde agressie (vooral door 'derden' zoals klanten, leerlingen en patiënten) in Nederland zoveel vaker wordt gemeld. Internationale vergelijkingen zijn tot op zekere hoogte discutabel, omdat het gaat om een subjectieve beleving van betrokkenen en omdat verschillende meetmethoden worden gebruikt.

Uit Nederlands onderzoek (2005) blijkt dat werknemers die te maken hebben met agressie en intimidatie door 'derden', zich vaker langer dan vier weken ziek melden en vaker een poosje minder presteren dan werknemers zonder die ervaring. Dat geldt in nog sterkere mate voor werknemers die agressie of intimidatie door collega's ervaren¹⁸.

Het zijn vooral werknemers in de publieke sector, de gezondheidszorg en het gevangeniswezen die hiermee te maken krijgen en beroepsgroepen die mobiel zijn (politie, taxi-chauffeurs). Overige arbeidsgerelateerde factoren die deze ervaringen veroorzaken zijn: weinig waardering, hoge emotionele en/of fysieke taakeisen, onregelmatige werktijden, overwerk en baanonzekerheid. Daarnaast spelen persoonlijke factoren een rol: vrouwen, jongeren, onervaren krachten en etnische minderheden hebben er meer last van.

17 Min. SZW (2008) *Verzamelbrief Arbobalans en enige arbo-onderwerpen*, brief aan de Tweede Kamer, d.d. 24 november 2008 met kenmerk ARBO/KON/2008/32742, zie ook: TK (2008-2009) 25 883, nr. 137.

18 Van de werknemers die agressie of intimidatie door 'derden' ervaren, verzuimt bijna 2 procent langer dan 4 weken. Van de werknemers die met agressie of intimidatie door collega's te maken kregen, was dit percentage nog hoger: 3 procent. Van de werknemers die geen agressie of intimidatie meemaakten, lag het overeenkomstige percentage het laagst. Bovendien meldde ruim 17 procent van degenen die agressie of intimidatie van 'derden'ervaarden, dat zij als gevolg daarvan wel eens minder presteerden. Voor wie door collega's werd geïntimideerd, was het overeenkomstige percentage bijna 25 procent. Van de overige werknemers zonder ervaring met agressie of geweld had bijna 7 procent wel eens minder gepresteerd. Zie: Coronel Instituut; AMC (2008) *De invloed van arbeidsrisico's op gezondheid en arbeidsparticipatie*, p. 34.

2.3.2 Niet-arbeidsgerelateerde gezondheids-/ inzetbaarheidsproblemen

Gezondheids- en inzetbaarheidproblemen van werknemers kunnen hun oorzaak hebben in arbeidsrisico's, maar ook het gevolg zijn van factoren die buiten het werk liggen. De voorgaande paragraaf gaf daarover impliciet ook informatie. Als ongeveer een kwart van de werknemers meent dat hun laatste verzuim geheel of gedeeltelijk aan het werk was te wijten, meent logischerwijs ongeveer driekwart dat het werk niet de oorzaak was van hun verzuim.

In dat verband is het interessant dat werknemers het meest frequent verzuimen vanwege griep of verkoudheid: 34 procent van alle verzuimmeldingen. Uitzonderingen daargelaten zal hierbij zelden sprake zijn van een arbeidsgerelateerde gezondheidsklacht. Griep is belangrijkste verzuimveroorzaker, maar de gemiddelde verzuimduur door griep is maar kort: drie dagen¹⁹.

Niet-arbeidsgerelateerde gezondheidsbeïnvloedende factoren zijn – naast bijvoorbeeld infecties – vooral persoonsgebonden en leefstijlfactoren²⁰. Cijfers over het vóórkomen van deze factoren onder de Nederlandse bevolking en over de gezondheidsschade als gevolg ervan, zijn te vinden in het Nationaal Kompas Volksgezondheid (NKV) en de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)²¹. Onderstaand worden dan ook steeds, tenzij anders vermeld, gegevens gepresenteerd die afkomstig zijn van de RIVM-site.

Persoonsgebonden factoren zijn aangeboren en verworven persoonlijke eigenschappen. Het RIVM onderscheidt zes typen persoonsgebonden factoren die voor de gezondheid van belang zijn. In het kader van deze notitie worden dan alleen de factoren bloeddruk, cholesterol en lichaamsgewicht beschreven, omdat de andere drie nauwelijks zijn te beïnvloeden²².

2.3.2.1 Persoonsgebonden factoren

Bloeddruk en serumcholesterol

Het RIVM schat dat ongeveer de helft van de volwassen Nederlanders in de periode 2003 tot 2007 leed aan een verhoogde bloeddruk. Een verhoogde bloeddruk is één van de belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten, de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. Circa een kwart van de sterftegevallen aan beroerte, coronaire hartziekten en hart-

19 TNO Kwaliteit van Leven (2008) *Arbobalans 2007/2008*, p. 66.

20 Naast persoonsgebonden en leefstijlfactoren onderscheidt het RIVM ook nog – afgezien van de arbeidsomgeving – de omgevingsfactoren milieu en leefomgeving. Deze blijven in dit advies buiten beschouwing.

21 Zie: www.rivm.nl.

22 De overige drie persoonsgebonden factoren zijn: genetische factoren, het immuunsysteem en de persoonlijkheid. Voor de invloed van deze factoren op de gezondheid is bovendien minder hard (gekwantificeerd) bewijs.

falen wordt toegeschreven aan een verhoogde bloeddruk²³. Daarnaast komen psychische stoornissen vaker voor bij mensen met verhoogde bloeddruk.

Ongunstig cholesterol, dat is: een teveel aan LDL-cholesterol en/of een gebrek aan HDL-cholesterol, verhoogt het risico op coronaire hartziekten. Op basis van beperkte data schat het RIVM dat driekwart van de volwassen Nederlanders (35-70 jaar) geen ideale totale cholesterolwaarden heeft dan wel cholesterolverlagende medicijnen gebruikt. Het komt relatief meer voor bij ouderen, mannen van middelbare leeftijd tot 60 jaar en vrouwen boven de 65 jaar²⁴.

Een verhoogde bloeddruk en ongunstig cholesterol kunnen hart- en vaatziekten en daarmee arbeidsverzuim veroorzaken. Klachten aan het hart- en vaatstelsel staan op de top tien van gezondheidsklachten die tot relatief omvangrijk verzuim leiden (gemiddeld 60 dagen per jaar). Psychische klachten – die ook vaak samengaan met een te hoge bloeddruk – staan zelfs op één: 19 procent van het totale verzuim in Nederland wordt gegenereerd door psychische klachten, overspannenheid en burn-out²⁵.

Overgewicht en obesitas

Ongeveer de helft van de Nederlanders ouder dan 20 jaar had in 2007 overgewicht; dit betrof meer mannen (51 procent) dan vrouwen (40 procent). Een TNO-studie toonde aan dat in 2007 14,5 procent van de jongens en 17,5 procent van de meisjes te dik is. Ongeveer 3 procent van de jongeren heeft obesitas²⁶. Ook onder volwassenen komt ernstig overgewicht regelmatig voor (11 procent). Vooral ernstig overgewicht correleert met veel chronische aandoeningen, in het bijzonder met diabetes mellitus type 2, hartinfarcten, beroertes en bepaalde vormen van kanker. Daarnaast kan overgewicht leiden tot beperkingen, zoals een slechtere kwaliteit van leven en arbeidsongeschiktheid. Ernstig overgewicht is verder de belangrijkste determinant van artrose. Jaarlijks leidt overgewicht tot naar schatting 40.000 gevallen van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en kanker en tot circa 7000 sterfgevallen²⁷.

Overgewicht doet werknemers vaker en langer verzuimen: gemiddeld per jaar 14 dagen langer dan werknemers met een normaal gewicht. Dit blijkt uit een Nederlandse studie onder 34 bedrijven. Bij regelmatige sporters is er echter geen relatie tussen Body Mass Index (de maat over overgewicht) en verzuim²⁸. Een gezondheidsrisico door een te hoge

23 RIVM (2002) *Kosten van ziekten in Nederland: De zorgeuro ontrafeld*, themarapport van de VTV 2002.

24 LaRosa, J., J. He, S. Vupputuri (1999) Effect of statins on risk of coronary disease.

25 TNO Kwaliteit van Leven (2008) *Arbobalans 2007/2008*, p. 66.

26 Zie: www.tno.nl onder Dossier Overgewicht.

27 Verschuren, W. [et al.] (2004) Te behalen gezondheidswinst door verbetering in onze voeding, in: *Ons eten gemeten*.

28 Zwetsloot, G. (2008) *De impact van gezond ondernemen en gezondheidsbevordering op het werk*, presentatie bij de SER op 24 november 2008.

BMI kan kennelijk ‘gecompenseerd’ worden door regelmatig en intensief bewegen. Dit impliceert dat de BMI op zich een onvoldoende maat is voor gezondheidsrisico. Klink, Rosenmüller en Polder (2008) maakten voor Nederland een globale schatting van de verzuimkosten in 2005 door overgewicht (BMI > 25) en obesitas (BMI > 30)²⁹. Voor obese werknemers waren de verzuimkosten 70 procent hoger dan voor mensen met een normaal gewicht; mensen met overgewicht hadden 9 procent hogere kosten. Uitgedrukt in verzuimdagen ging het om gemiddeld 16,9 dagen voor werknemers met normaal gewicht, tegen 18,4 respectievelijk 28,6 verzuimdagen voor werknemers met overgewicht en obesitas. In Nederland bedroegen de kosten van ziekteverzuim door obesitas en overgewicht in 2005 in totaal circa 600 miljoen euro: 10 procent van de totale kosten van ziekteverzuim in dit jaar³⁰. Het gaat hierbij om een conservatieve schatting, waarbij nog geen rekening is gehouden met productiviteitsverliezen tijdens het werk, vervroegde uittrekking of sterfte als gevolg van overgewicht.

2.3.2.2 *Leefstijlfactoren*

Bloeddruk, ongunstig cholesterol en overgewicht worden niet alleen door persoonsfactoren bepaald. Slechte leefstijlgedragingen, zoals roken, slechte voeding, overmatige alcoholconsumptie en te weinig bewegen dragen aan deze (en andere) risicofactoren bij. Hier worden leefstijlgedragingen beschreven die grote invloed hebben op de gezondheid: roken, alcoholgebruik, voeding en lichamelijke activiteit³¹.

Roken

Roken is in ruim driekwart van de gevallen de oorzaak van sterfte door longkanker, COPD en een aantal vormen van kanker in het hoofdhalssgebied. Ook sterfte door hartziekten of hartfalen is soms te wijten aan roken. Uit cijfers van het RIVM en CBS blijkt dat in 2005 bijna 20.000 mensen overleden aan de gevolgen van roken. Roken verhoogt daarnaast de kans op velerlei aandoeningen (zoals veel typen kanker, Alzheimer en de ziekte van Crohn). Passief roken verhoogt het risico op met name longkanker, hart- en vaatziekten en luchtwegklachten met 20 procent. Al met al gaat roken gepaard met een slechtere kwaliteit van leven, meer ziekteverzuim en een hoger zorggebruik. Van de totale ziektelast is 13 procent direct herleidbaar tot roken³².

Alcohol

Het risico op gezondheidsschade door alcohol hangt af van de totale alcoholconsumptie en het drinkpatroon. Uit wetenschappelijk onderzoek is meermaals gebleken dat het

29 Klink, A., P. Rosenmüller en J. Polder (2008) Het economisch gewicht van overgewicht.

30 Zie ook: Polder, J. (2008) Gezond rendement, p. 20.

31 Zie voor de gegevens in dit hoofdstuk vooral: RIVM (2008) *Leefstijl en arbeid in balans: Een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en (sub-)cultuur op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit*. Bilthoven, RIVM, Rapport V 270254001/2008. Dit onderzoek werd verricht in opdracht van de ministeries van SZW, VWS en BZK, in het kader van het Meerjarig kennisinvesteringprogramma participatie en arbeid, thema 3.

32 RIVM (2009) *Effectiviteit van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid*, p. 13.

totale alcoholgebruik voornamelijk correleert met gevolgen op lange termijn en een groter risico op schade. Riskante drinkpatronen zoals ‘bingedrinken’ (een grote hoeveelheid alcohol drinken in korte tijd) hebben vooral gevolgen op de korte termijn en leiden tot ernstiger schade. Daarnaast blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat alcoholgebruik een negatieve invloed heeft op bijna alle organen in het lichaam en samenhangt met ongeveer zestig verschillende aandoeningen. Opvallend genoeg geldt voor een kleine groep van aandoeningen, zoals coronaire hartziekten, diabetes en dementie, dat een consumptie van één glas per dag de risico’s juist doet afnemen. Dit effect is echter klein, alleen aanwezig bij mensen van middelbare leeftijd en wordt door sommige wetenschappers betwist. In totaal overleden in 2005 circa 1800 mensen aan de directe en indirecte gevolgen van alcohol. Het ziekteverzuim van probleemdrinkers ligt 2 tot 6 keer hoger dan gemiddeld, zo stelt het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) in een factsheet over alcohol en werk³³. De bijdrage van overmatig alcohol drinken aan de totale ziektelast wordt geschat op 4,5 procent.

Voeding

Overvoeding verhoogt het risico op overgewicht. Daarnaast is ongezond eten – oftewel een eetstijl met veel verzadigde vetzuren en weinig vis, fruit en groente – een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten, de grootste doodsoorzaak in Nederland. De invloed van slechte voeding op de gezondheid loopt volgens onderzoek vaak via persoonsgebonden factoren, zoals een verhoogde bloeddruk en een ongunstig cholesterolgehalte. Jaarlijks zijn ongeveer 40.000 gevallen van hart- en vaatziekten en kanker en 12.000 sterftegevallen het gevolg van een ongezonde voeding. Van de totale ziektelast is 0,8 tot 2,4 procent toe te schrijven aan ongezonde voeding³⁴.

Ontspannen

Uit verschillende studies blijkt dat lichamelijke activiteit de kwaliteit van leven ten goede komt en direct en indirect meerdere gezondheidsrisico’s vermindert. Hierbij onderscheidt het RIVM matig intensieve en intensieve lichamelijke activiteit. Matig intensieve activiteit, mits met regelmaat uitgevoerd, verlaagt direct het risico op onder meer coronaire hartziekten, diabetes en depressie. Bovendien vermindert het indirect het risico op onder meer te hoge bloeddruk en overgewicht. Intensieve activiteit bevordert daarnaast het uithoudingsvermogen van hart en longen. Werknemers die sporten, verzuimen vijf dagen per jaar minder dan hun niet-sportende collega’s, zo vermeldt TNO. Voor werknemers die zittend werk doen, loopt dit verschil op tot twaalf dagen³⁵. De bijdrage aan de ziektelast van lichamelijke inactiviteit is 4,1 procent³⁶.

33 NIGZ (2006) *Factsheet alcohol en werk*, maart 2006.

34 RIVM (2009) *Effectiviteit van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid*, p. 13.

35 Zie: www.tno.nl onder Leefstijlscan.

36 RIVM (2009) *Effectiviteit van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid*, p. 13.

2.4 Conclusie en uitgangspunten preventiebeleid in arbeidsorganisaties

In dit hoofdstuk zet de raad zijn visie en uitgangspunten uiteen met betrekking tot gezondheid en preventie binnen arbeidsorganisaties.

Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties wordt opgevat als alle bedrijfsbeleid dat bijdraagt aan de gezondheid en daarmee aan duurzame, optimale inzet en grotere productiviteit van werknemers. Dat is arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid, maar ook bijvoorbeeld beleid gericht op het inzetbaar houden van werknemers met (dreigende) gezondheidsproblemen alsmede onderdelen van loopbaan- en opleidingsbeleid, arbeid- en zorgbeleid en levensfasebewust personeelsbeleid. Tot het bedrijfsgezondheidsbeleid kan ten slotte ook leefstijlbeleid behoren. De gezondheidswinst die in arbeidsorganisaties bereikt kan worden, is te definiëren in termen van inzetbaarheid, employability en vitaliteit van werknemers. Deze dragen daarmee bij aan duurzame inzetbaarheid van werknemers.

Allereerst zijn de belangrijkste arbeidsgerelateerde en niet-arbeidsgerelateerde gezondheids- of inzetbaarheidsproblemen van werknemers op een rij gezet. Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties zou zich op het voorkómen, wegnemen of verminderen van deze problemen moeten richten. De volgende – niet-limitatieve – opsommingen van al dan niet arbeidsgerelateerde gezondheids- of inzetbaarheidsproblemen komen in veel van de besproken onderzoeken naar voren. Daarbij worden de arbeidsfactoren of arbeidsrisico's dan wel de persoonsgebonden en leefstijlfactoren vermeld die bij het ontstaan of de verergering van deze klachten of aandoeningen een rol spelen.

tabel 2.2 Gezondheidsproblemen naar hun relatie met arbeid

Arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen: <ul style="list-style-type: none"> • psychische klachten • klachten aan Armen, Nek en Schouders (KANS) • chronische longziekten (COPD) • rugklachten • uitputtings- en vermoeidheidsklachten • slaapproblemen • verstoorde werk-privébalans 	Arbeidsfactoren (arbeidsrisico's): <ul style="list-style-type: none"> • gebrek aan regelmogelijkheden • houdingsbelasting • hoge tijdsdruk en taakeisen • gebrek aan sociale steun • conflict met leidinggevende/werkgever • agressie en geweld op het werk • flexibele arbeidstijden en werkplek
Niet-arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen: <ul style="list-style-type: none"> • griep- of verkoudheid • hart- en vaatziekten • diabetes • longkanker • luchtwegklachten • depressie • overgewicht en obesitas 	Persoonsgebonden en leefstijlfactoren: <ul style="list-style-type: none"> • verhoogde bloeddruk • ongunstig cholesterolniveau • roken • alcohol • overvoeding • gebrek aan beweging

In het licht van deze problemen en factoren is het duidelijk dat preventiebeleid in arbeidsorganisaties divers zal moeten zijn. De raad verstaat in dit advies onder preventiebeleid: alle vormen van bedrijfsbeleid die de gezondheid en inzetbaarheid van werknemers bevorderen. Daarmee omvat preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties gezondheids-

management (arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid), HRM-beleid (voor zover relevant voor de gezondheid) en leefstijlbeleid.

Het onderscheid tussen arbeidsgerelateerde en niet-arbeidsgerelateerde gezondheids- of inzetbaarheidsrisico's acht de raad van belang voor de verantwoordelijkheidsverdeling bij het inzetten van preventiebeleid. Voor alle drie de vormen van preventiebeleid-in-brede-zin – gezondheidsmanagement, HRM-beleid en leefstijlbeleid – geldt dat dit niet te ontwikkelen en uit te voeren valt zonder actieve betrokkenheid van alle relevante actoren binnen de arbeidsorganisatie. In zijn advies *Werken aan arbeidsgeschiktheid*³⁷ (2002) stelde de raad dat in een beleid gericht op een effectieve preventie en begeleiding van ziekteverzuim de verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer centraal staat. Dit beleid moet in de eerste plaats worden gerealiseerd op het niveau van de arbeidsorganisatie.

Bij de betrokkenheid van relevante actoren binnen de arbeidsorganisatie kan volgens de raad een bepaald accent in de verantwoordelijkheidsverdeling voor preventie van belang zijn. Dit accent kan afhankelijk zijn van de vraag of het om een arbeidsgerelateerd dan wel een niet-arbeidsgerelateerd risico gaat. Echter: een niet-arbeidsgerelateerd risico en daaruit voortvloeiend gezondheidsprobleem kan ook grote consequenties hebben voor de arbeid (leiden tot minder goed functioneren, verzuim, mindere productiviteit of zelfs uitval), waardoor ook een niet-arbeidsgerelateerd gezondheidsrisico zeer arbeidsrelevant kan zijn. Ook de arbeidsrelevantie van een gezondheidsrisico zal meespelen in de verantwoordelijkheidsverdeling voor preventie.

Bij gezondheidsrisico's die niet arbeidsgerelateerd zijn, is het de verantwoordelijkheid van de werknemer om eventueel de leefstijl aan te passen. De werkgever kan dat faciliteren. In het algemeen kan leefstijlbeïnvloeding binnen de arbeidsorganisatie – gelet op de autonomie van de werknemer en de meestal onduidelijke causaliteit tussen leefstijl en individuele gezondheidsproblemen – geen andere vorm hebben dan die van een aanbod aan 'interventies' waarvan werknemers al dan niet gebruik kunnen maken. Het aanbod door werkgevers en de deelname van werknemers daaraan berust op vrijwilligheid.

Ingeval leefstijlgedrag aantoonbaar leidt tot verminderd functioneren op het werk, wordt naar het oordeel van de raad een grens overschreden. In dat geval kan de werkgever de werknemer aanspreken op zijn of haar verantwoordelijkheid om dit gedrag te veranderen en zo nodig aangeven welke consequenties zijn verbonden aan het uitblijven van gedragsverandering.

Preventiebeleid doet echter niet alleen de vraag rijzen hoe verantwoordelijkheden zijn verdeeld, maar ook hoe die gestalte krijgen. Dat geldt met name voor preventiebeleid dat op persoonlijke of leefstijlfactoren is gericht. Voor deze factoren zou beleid van werkgevers in de vorm van dwingende maatregelen stuiten op een belangrijke waarde van werknemers:

37 SER (2002) *Werken aan arbeidsgeschiktheid*, p. 87.

autonomie. Instrumenten of maatregelen die van werknemers persoonlijke gezondheidsgegevens vragen, kunnen botsen met de waarde ‘privacy’.

In dit kader is de ‘interventieladder’ zoals ontwikkeld door de Nuffield Council on Bioethics verhelderend³⁸. Op deze ladder staan de meest dwingende interventies bovenaan, de meest vrijblijvende interventies staan onderaan.

Interventie	Voorbeeld
Maak keuze onmogelijk	Quarantaine mensen met besmettelijke ziekte
Beperk de keuze	Het verwijderen van ongezond voedsel uit restaurants
Stuur keuze door negatieve prikkel	Het verhogen van de belasting op sigaretten
Stuur keuze door positieve prikkel	Een fiscale heffingskorting voor woon-werkfiets
Stuur keuze door wijziging van de standaard	Niet langer patat als standaardtoevoeging aan saté
Maak keuze mogelijk	Aanbod van gratis fruit in de bedrijfskantine
Geef informatie	Campagne om te bevorderen dat mensen meer lopen
Doe niets of monitor de bestaande situatie	

Op basis van deze ladder kan gezien worden of preventie-interventies binnen de arbeidsorganisatie proportioneel zijn. Steeds zal bij de inzet van beleid en instrumenten door werkgevers gezien moeten worden hoe om te gaan met botsende waarden en belangen van werkgevers en werknemers. Zijn de belangen van de werkgever, maar ook van de werknemer, wat de inzetbaarheid van de werknemer betreft groot genoeg om de ‘inbreuk’ in de waarden van de werknemer te rechtvaardigen?

In het volgende hoofdstuk (3) is een inventarisatie gemaakt van wat het brede preventiebeleid – gezondheidsmanagement, HRM-beleid en leefstijlbeleid – binnen arbeidsorganisaties in Nederland omvat. Waar daarover gegevens voor handen zijn, wordt ingegaan op de effectiviteit van beleid en maatregelen. Of dit beleid voldoende en adequaat is, valt vervolgens te beoordelen door na te gaan of bovengenoemde arbeidsrisico’s, persoonsgebonden en leefstijlfactoren daarin in principe aan de orde komen. Voorts kan worden gezien of in de verschillende vormen van preventiebeleid het bovengeschetste uitgangspunt voor de verantwoordelijkheidsverdeling tussen werkgever en werknemer gestalte krijgt. Daarnaast kunnen mogelijke dilemma’s die uit de inzet van beleid en interventies voortvloeien, worden besproken.

Ten slotte is voor de gezondheid of inzetbaarheid van werknemers niet alleen van belang wat binnen arbeidsorganisaties aan beleid wordt ontwikkeld. Relevant is eveneens de manier waarop in de reguliere somatische en geestelijke gezondheidszorg wordt omgegaan met arbeidsgerelateerde klachten en klachten die van invloed zijn op de inzetbaarheid van werknemers. Daaraan is hoofdstuk 4 gewijd.

38 De Nuffield Council on Bioethics is een onafhankelijke Engelse organisatie. Deze raad buigt zich over ethische kwesties die verband houden met nieuwe ontwikkelingen binnen de geneeskunde en biologie. De Nuffield Council on Bioethics stimuleert het debat hierover. Zie: Nuffield Council on Bioethics (2007) *Public health: ethical issues: A guide to the report*, p. 4.

3 Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties

3.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 is ingegaan op arbeidsrelevante dimensies van gezondheid in ruime zin. Daarbij is gesteld is dat het streven naar 'gezondheid' en 'gezondheidswinst' binnen de arbeidsorganisatie alle beleid kan omvatten dat de gezondheid en daarmee de inzetbaarheid van werknemers kan bevorderen. Dit omvat ook beleid gericht op work ability, employability en vitaliteit van werknemers.

Werkgevers kunnen via 'gezondheidsmanagement', onderdelen van HRM-beleid' en 'leefstijlbeleid' bijdragen aan het voorkomen van uitval door gezondheidsproblemen en daarmee duurzame inzetbaarheid bevorderen.

Het preventie-, verzuim- en re-integratiebeleid van de Nederlandse Spoorwegen (zie box) illustreert deze integrale visie.

De Nederlandse Spoorwegen (NS)

Bij de NS werken circa 28.000 mensen. De NS heeft het ziekteverzuim in de afgelopen jaren weten terug te dringen. De reductie van het verzuim is onder meer het gevolg van het nieuwe preventie-, verzuim- en re-integratiebeleid. Dit beleid berust op drie pijlers in: verzuimreductie, leefstijlinterventie, en motivatiebehoud en/of -bevordering.

Verzuimbeleid

Kern van het beleid is het realiseren van een duurzame inzet van werknemers, waarbij zowel werknemers als werkgever hiervoor verantwoordelijkheid dragen. Met een cultuuromslag wil de NS bereiken dat ziek zijn niet altijd een reden voor verzuim hoeft te zijn (mogelijk kan een medewerker andere of aangepaste werkzaamheden verrichten), en dat medewerkers en leidinggevendenden hun verantwoordelijkheid nemen voor verzuimreductie. Leidinggevendenden krijgen training in gespreksvaardigheden en oefenen met een bedrijfssimulatie om met verzuim te leren omgaan.

Leefstijlbeleid

Het leefstijlbeleid focust zich op algemene leefstijlrisico's. Daarbij wordt uitgegaan van de BRAVO-thema's (bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning). Het beleid omvat een breed aanbod aan preventieactiviteiten zoals sportclinics, fietstochten, individuele beweegprogramma's, workshops gezond koken, yoga, assertiviteitstrainingen, en cursussen timemanagement. Het gaat om incidentele of kortlopende initiatieven, want NS beschouwt het structureel veranderen van de leefstijl als een eigen verantwoordelijkheid van de medewerker.

Motivatiebehoud en/of-bevordering

De NS ziet het verbeteren of behouden van motivatie als een belangrijk onderdeel van het stimuleren van inzetbaarheid. In dit verband wordt onder andere aandacht besteed aan mogelijkheden om medewerkers meer zelf te laten roosteren. Dat kan de mogelijkheden voor deels arbeidsgeschikten verbeteren, en ook bijdragen aan een verbetering in de balans tussen werk en privé.

Ketenpartners

Op verschillende onderdelen laat de NS zich in dit beleid onder meer bijstaan door de arbodienstverlener (Arbo Unie), de zorgverzekeraar^a waarbij een collectieve zorgverzekering is afgesloten (Achmea), aanbieders van bewegings- en voedingsprogramma's (Maetis, Weight Watchers). Ook betreft de NS de Ondernemingsraad bij de ontwikkeling en uitvoering van haar preventie-, verzuim- en re-integratiebeleid.

a De NS is eigenrisicodragers voor de loondoorbetaling en heeft geen relatie met een verzuimverzekeraar.

Bron: Langman/Economen (2008) *Keten van preventie, verzuim en re-integratie op decentraal niveau*, september 2008.

3.2 Gezondheidsmanagement

In deze paragraaf wordt toegelicht wat onder 'gezondheidsmanagement' in de arbeidsorganisatie kan worden verstaan: arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid, maar ook het 'management' van alle bij deze beleidsvormen betrokken actoren.

3.2.1 Arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid

3.2.1.1 Inleiding

Onder arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid wordt het volgende verstaan:

- Arbobeleid: interventies van de werkgever gericht op de werkomgeving en het functioneren van de werknemer in die omgeving. Doel van deze interventies is om (de schade van) blootstelling aan risicofactoren te verminderen.
- Verzuimbeleid: organisatie- en gedragsgerichte interventies gericht op het verminderen van ziekteverzuim. Middelen daarvoor zijn: een verhoging van de verzuimdrempel (met name bij kortdurend verzuim), bevordering van terugkeer na ziekte (met name bij langdurig verzuim) en voorkomen van arbeidsongeschiktheid¹.
- Re-integratiebeleid: interventies om een (dreigend) langdurig zieke werknemer te laten terugkeren naar het werk.

1 Beide definities ontleend aan: SEO (2008) *Beter door de werkgever: De invloed van werkgeversbeleid op gezondheid en verzuim van werknemers*.

Veelal zijn arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid met elkaar verweven. In het kader van inspanningen wegens verzuim- en re-integratiebeleid kunnen bijvoorbeeld aanpassingen van de werkplek (arbobeleid) nodig zijn.

In onderstaande box wordt in hoofdlijnen geschetst wat de welke wettelijke kaders zijn waarbinnen arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid plaatsvinden en welke verantwoordelijkheidsverdeling daarvoor is vastgelegd.

Hoofdlijnen relevante regelgeving

Het bestaande stelsel rond ziekte op het werk, arbeids(on)geschiktheid en re-integratie omvat de volgende wetten:

- Arbowet
- Wet verbetering poortwachter (Wvp)
- Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (Wulbz)
- Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)

Arbeidsomstandigheden wet (Arbowet)

De Arbowet heeft als doel de bescherming en de veiligheid van de werknemer inzake alle met de arbeid verbonden aspecten te bevorderen. Hiertoe krijgt de werkgever bepaalde verplichtingen opgelegd. De verantwoordelijkheid die bij de werkgever wordt gelegd, brengt een afgeleide verantwoordelijkheid voor de werknemer met zich mee. Zo is de werkgever verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van beschermende middelen, maar is de werknemer vervolgens gehouden om gebruik te maken van deze voorzieningen.

In de herziene Arbowet (2007) is, mede naar aanleiding van het SER-advies, geregeld dat de overheid met doelvoorschriften aangeeft welk niveau van bescherming geboden moet worden. Een voorbeeld van een dergelijk voorschrift is dat het geluidsniveau op de arbeidsplaats niet hoger mag zijn dan 85 decibel. Op basis van deze doelvoorschriften bepalen werknemers en werkgevers samen op welke manier zij daaraan invulling geven. De werkgever voert daartoe overleg met de ondernemingsraad of de personeelsvertegenwoordiging. Vervolgens kunnen werkgevers en werknemers binnen hun sector of branche de gemaakte afspraken over het arbobeleid neerleggen in een zogenoemde arbocatalogus.

Wet verbetering poortwachter (Wvp)

De Wet verbetering poortwachter is in 2002 in werking getreden. Doel van de wet is te bevorderen dat zieke werknemers zo snel mogelijk weer aan de slag gaan. In de wet is geregeld welke inspanningen de werkgever en de werknemer hiervoor moeten leveren.

Indien de werkgever of de werknemer zich onvoldoende inspannen om de re-integratie te bevorderen, kan de wetgever de werkgever of werknemer sancties opleggen; zo heeft het UWV de bevoegdheid de werknemer een uitkering te weigeren of de werkgever te verplichten het loon nog een bepaalde tijd door te betalen.

Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (Wulbz)

Deze wet is in 2004 in werking getreden. Doel van de wet is langdurig ziekteverzuim te verminderen en de instroom in de WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) te voorkomen. De werkgever krijgt door deze wet een directe financiële prikkel voor de eerste twee ziektejaren om zo snel mogelijk te investeren in werkherhervatting van zijn zieke werknemer. Ook de werknemer heeft er een financieel belang bij om het werk zo snel mogelijk te hervatten, omdat in die twee ziektejaren maximaal 170 procent van het laatst verdiende inkomen wordt doorbetaald.

Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)

Deze wet is gericht op werknemers die na twee jaar nog voor ten minste 35 procent arbeidsongeschikt zijn. Doel van deze wet is tweeledig: enerzijds is deze gericht op werkherhervatting van gedeeltelijk arbeidsgeschikten en anderzijds biedt deze wet een vangnet voor volledig arbeidsongeschikten.

Deze wet is mede op grond van SER adviezen tot stand gekomen. In het advies *Werken aan arbeidsgeschiktheid: Voorstellen WAO-beleid* stelde de raad onder meer dat het noodzakelijk is onderscheid aan te brengen tussen werknemers die duurzaam arbeidsongeschikt zijn en werknemers met tijdelijke arbeidsbeperkingen. Deze indeling hangt samen met de verschillende kansen van de onderscheiden werknemers op de arbeidsmarkt. In het hierop volgende advies *Verdere uitwerking WAO-beleid*^a heeft de raad het begrip ‘duurzame arbeidsgeschiktheid’ verder geëxpliciteerd: hiervan is volgens de raad sprake bij de prognose ‘herstel uitgesloten’ of ‘geringe kans op herstel (op lange termijn)’.

a SER (2004) Advies *Verdere uitwerking WAO-beleid*.

In de eerder genoemde Arbobalans, opgemaakt door TNO (paragraaf 2.3.1), wordt niet alleen een beeld gegeven van het voorkomen van een aantal arbeidsrisico's en van de effecten daarvan. In de balans is ook een overzicht opgenomen van de mate waarin binnen bedrijven en instellingen maatregelen zijn ontwikkeld om arbeidsrisico's tegen te gaan. Het gaat dan niet alleen om risicogerichte bedrijfsmaatregelen, maar ook om arbodienstverlening, ziekteverzuimbeleid en de risico-inventarisatie en -evaluatie.

De algemene gezondheidstoestand van de Nederlandse werknemer is goed, zo constateert TNO. Zei in 1990 86 procent van de werknemers een goede gezondheid te hebben, in 2007 was dat 91 procent². Dat de afgelopen decennia de gezondheid van de Nederlandse beroepsbevolking is verbeterd, het ziekteverzuim is gedaald en het aantal arbeidsongevallen na een periode van daling is gestabiliseerd, heeft verschillende oorzaken. Allereerst doen er minder mensen risicowerk doordat er minder mensen werkzaam zijn in de agrarische

2 TNO Kwaliteit van Leven (2008) *Arbobalans 2007/2008*, p. 51.

sector en industrie. Daarnaast zijn er in de loop der jaren relatief veel mensen met gezondheidsklachten uit het arbeidsproces verdwenen³.

Ook de ontwikkeling van geautomatiseerd werk en innovaties op het gebied van hulpen en beschermingsmiddelen hebben bijgedragen aan een verbeterde gezondheid van werknemers.

De verbeterde gezondheid is ook toe te schrijven aan beleid. In de afgelopen decennia is wetgeving ingevoerd die werkgevers en werknemers een verantwoordelijkheid gaf in het voorkomen van gezondheidsproblemen en het daarmee gepaard gaande verzuim. Hierbij gaat het onder andere om de bovengenoemde Arbowet, de Wet verbetering poortwachter en de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte. Op basis daarvan ontwikkeld beleid binnen arbeidsorganisaties, in sectoren en branches heeft vrucht afgeworpen.

Hiertegenover staat het gegeven dat ontwikkelingen op het gebied van werkprocessen ook weer nieuwe arbeidsrisico's met zich mee kunnen brengen. Een bekend voorbeeld is KANS (klachten aan arm, nek en schouders, voorheen RSI genoemd) bij werknemers die veel met de computer werken. Daarnaast kunnen nieuwe technologieën (bijvoorbeeld het werken met nanodeeltjes) ook nieuwe, soms nog onbekende, risico's introduceren. Maar ook maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de toenemende assertiviteit van burgers, hebben tot gevolg dat werknemers in bepaalde sectoren steeds vaker te maken krijgen met arbeidsrisico's als agressie, intimidatie en geweld.

3.2.1.2 *Arboconvenanten, arbocatalogi en RI&E*

Arboconvenanten en -catalogi

Ter stimulering van arbobeleid op sectorniveau zijn de afgelopen jaren tripartiete arboconvenanten afgesloten met concrete, kwantitatieve afspraken over de resultaten van deze afspraken. Bij de eindevaluatie van dit programma bleek, zo concludeert de Arbobalans 2006, dat de helft van alle convenantafspraken over beperking van arbeidsrisico's en 87 procent van de afspraken over verzuimvermindering geheel of gedeeltelijk is gerealiseerd. In de convenantsperiode daalde het verzuim in de convenantsectoren met 34 procent, in de overige sectoren met 11 procent. Daarbij wordt aangetekend dat vanzelfsprekend ook andere factoren op een verzuimpercentage van invloed zijn, zodat de daling niet zonder meer aan de convenantafspraken kan worden toegeschreven⁴.

Sinds de inwerkingtreding van de nieuwe Arbowet per 1 januari 2007 kunnen werkgevers en werknemers ook concrete afspraken maken over de manier om invulling te geven aan de doelvoorschriften van de Arbowet. Die afspraken komen terecht in arbocatalogi, die vervolgens door de Arbeidsinspectie worden getoetst.

3 TNO Kwaliteit van Leven (2008) *Arbobalans 2007/2008*, p. 52.

4 TNO Kwaliteit van Leven (2007) *Arbobalans 2006: Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland*, p. 68.

De Stichting van de Arbeid ondersteunt het tot stand komen van arbocatalogi en heeft daarom een speciale Commissie Begeleiding Arbocatalogi (CBA) ingesteld die het Project Arbocatalogi van de Stichting moet uitvoeren. Centraal doel van het project is om sectoren te ondersteunen bij het maken van een arbocatalogus. Enerzijds zorgt het project voor voorlichting over de arbocatalogus die duidelijk maakt wat deze inhoudt en aan welke voorwaarden de catalogus moet voldoen. Anderzijds streeft de commissie ernaar dat er tussen branches en sectoren afstemming plaatsvindt over de inhoud van de arbocatalogus. De CBA wil zo voorkomen dat elke sector of branche opnieuw het wiel gaat uitvinden en dat er zoveel arbocatalogi ontstaan dat werknemers en werkgevers door de bomen het bos niet meer kunnen zien. Per februari 2009 waren er 30 arbocatalogi door de Arbeidsinspectie getoetst en akkoord bevonden⁵ en waren er daarnaast veel in voorbereiding⁶.

De Stichting van de Arbeid heeft inmiddels twee zogenaamde handreikingen uitgegeven om sectoren te ondersteunen bij het maken van een Arbocatalogus. Eén gaat over bedrijfshulpverlening, de ander over zwangerschap en arbeid. In deze handreikingen staat beschreven welke manieren er zijn voor branches om de doelvoorschriften in de Arbowet- en regelgeving in te vullen en aanvullende arbomaatregelen vast te stellen om de desbetreffende arbeidsrisico's te beheersen⁷.

In samenwerking met de Stichting van de Arbeid is door het ministerie van SZW een tijdelijke subsidieregeling *Stimulering Totstandkoming Arbocatalogi* (STA) vormgegeven. Werkgevers- en werknemersorganisaties kunnen een subsidie van 50.000 euro aanvragen als bijdrage in de kosten voor het opstellen van een sectorale arbocatalogus. Voor de periode 2007 tot en met 2009 is daarvoor in totaal 10,65 miljoen euro beschikbaar.

RI&E

Een voor werkgevers verplicht onderdeel van de Arbowet is de Risico-Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E): een overzicht van de risico's binnen het bedrijf. Inzicht in de risico's vormt immers een belangrijke voorwaarde voor het scheppen van goede arbeidsomstandigheden⁸. Zo moet er volgens de RI&E gelet worden op punten⁹ zoals:

- Zijn er binnen het bedrijf gevaarlijke of kankerverwekkende stoffen aanwezig?
- Hoe groot is de fysieke belasting van de werknemers?
- Hoeveel beeldschermwerk doen zij?
- Is er niet te veel lawaai?
- Zijn er geschikte arbeidsmiddelen?

5 Zie: www.arboportaal.nl.

6 TNO Kwaliteit van Leven (2008) *Arbobalans 2007/2008*, p. 10.

7 Zie: www.stvda.nl.

8 Zie: www.arbo.nl/arbo_a_tm_z/r/rie.

9 Per definitie bestaat er geen limitatieve lijst van onderwerpen die in de RI&E moeten worden meegenomen. Het gaat immers om een inventarisatie van *alle* risico's.

- Welke persoonlijke beschermingsmiddelen zijn nodig?
- Hebben de werknemers te maken met seksuele intimidatie, agressie en geweld?

Op basis van de RI&E dient de werkgever een Plan van Aanpak te maken, waarin staat beschreven welke maatregelen binnen welke termijn zullen worden getroffen om de geïnventariseerde risico's aan te pakken. De Arbeidsinspectie zal de aanwezigheid van een dergelijk plan controleren. De RI&E en het Plan van Aanpak moeten worden beoordeeld door een gecertificeerde arbeidsdeskundige of een arbodienst. Die toetsen de actualiteit, volledigheid en betrouwbaarheid ervan. Een bedrijf met maximaal 25 werknemers dat gebruikmaakt van een erkend RI&E-instrument, komt in aanmerking voor een lichtere (schriftelijke) toetsing. Voor een hele reeks branches is er al een digitale voorbeeld-RI&E beschikbaar: een checklist die duidelijk maakt waar de werkgever op moet letten. Verder is er een apart mkb-RI&E voor bedrijven waarvoor geen branchespecifieke RI&E beschikbaar is¹⁰.

Een recent door TNO verricht onderzoek over de RI&E in kleine bedrijven geeft een beeld van het vóórkomen van RI&E's¹¹. In het onderzoek, dat in opdracht van SZW werd uitgevoerd, stond de vraag centraal hoe de naleving van de RI&E-verplichting in kleine bedrijven 'spontaan' kan worden bevorderd. Van de kleine bedrijven met 1 tot 5 werknemers heeft namelijk 58 procent geen RI&E en voor kleine bedrijven met 5 tot 9 werknemers geldt dat 47 procent geen RI&E heeft gemaakt. Deze cijfers impliceren overigens niet zonder meer dat zich in kleine bedrijven veel onacceptabele situaties voordoen: bij het ontbreken van een RI&E is immers onduidelijk of er zich risico's voordoen en welke dat zijn. Daar staat tegenover dat van de bedrijven met meer dan 100 werknemers 97 procent in het bezit is van een RI&E en die ook naleeft. Wat de naleving betreft werd gemeld dat naleving afdwingen via handhaving door de Arbeidsinspectie (AI) geen haalbare kaart is. De AI heeft namelijk eenvoudigweg te weinig menskracht om bij kleine bedrijven langs te gaan. Vandaar de vraag van SZW naar wat elementen zijn die 'spontane naleving' kunnen bevorderen. Vier aspecten zijn daarvoor volgens de onderzoekers van belang:

- kennis (nodig is bijvoorbeeld een eenduidig informatiepunt en eenvoudige en positieve informatie);
- kosten en baten (het gezond en veilig maken van het bedrijf zien bedrijven als belangrijkste opbrengst);
- acceptatie en normgetrouwheid (de RI&E heeft nog het imago van 'moeten' en de positieve houding van collega-bedrijven en brancheorganisatie(s) vergroot de acceptatie);
- informele controle (in sociale zin: door het personeel zelf in kleine bedrijven; in sanctionerende zin: door certificering en keurmerken, verzekeraars en in cao's).

10 Zie: www.rie.nl/informatie-voor-bedrijven.

11 Dit onderzoek werd op 20 oktober 2008 gepresenteerd tijdens de conferentie *Risico's te boek te Amsterdam*. In het onderzoek is niet ingegaan op de aard van de risico's. TNO Kwaliteit van Leven (2008) *De RI&E in kleine bedrijven*, d.d. 25 april 2008.

De overheid kiest vaak, zo stellen de onderzoekers, voor een top-downbenadering, waarbij zij via de brancheorganisaties (mesoniveau) de bedrijven (microniveau) willen bereiken. Er bestaat echter een groot hiaat tussen meso- en microniveau, omdat veel kleine bedrijven niet aangesloten zijn bij een brancheorganisatie en evenmin gebruikmaken van de diensten en/of instrumenten van die brancheorganisatie. Waar sprake is van een groot zelfsturend vermogen bij de brancheorganisaties, kan door professionalisering van de brancheorganisaties de top-downbenadering worden versterkt. Waar sprake is van een laag zelfsturend vermogen in een complexe branche, lijkt het volgens de onderzoekers zinvoller in te zetten op beïnvloeding via een lokale dimensie (winkeliersverenigingen, bedrijfskringen).

De onderzoekers pleiten voor een ‘participatieve RI&E’: een RI&E die tot stand komt via betrokkenheid van de werknemers zelf. Gebleken is dat bedrijven waarbij de ondernemingsraad (or) ofwel het medezeggenschaporgaan betrokken is bij het opstellen en uitvoeren van de RI&E, deze beter is toegesneden op het bedrijf. Groot voordeel daarvan is dat ook de ‘onzichtbare’ maar bij werknemers bekende risico’s (zoals psychische belasting) in beeld komen. Werknemers zijn niet alleen ervaringsdeskundigen, maar kunnen ook mogelijke oplossingen aandragen en meehelpen om draagvlak te creëren en het risico-bewustzijn te vergroten.

Arboportaal

Over de bovengenoemde arboconvenanten, arbocatalogi en RI&E’s is uitgebreide informatie te vinden op de SZW-site www.arboportaal.nl. Zo geeft het Arboportaal voor een reeks van arbeidsrisico’s (zoals schadelijke stoffen, fysieke en psycho-sociale belasting) aan wat volgens de wet moet, wat aanbevelenswaardig is en wat helpt. Voor deze arbeidsrisico’s zijn elders op de site allerlei (praktische) beleidsinstrumenten te vinden die zijn ontwikkeld door de overheid, brancheorganisaties en andere partijen. Het gaat dan onder meer om RI&E’s, kosten-batenanalyses, handleidingen, checklists enzovoorts. Van een rij beroepsziekten staat op de site beschreven wat het ziektebeeld is, de oorzaak, de diagnostiek, de mate waarin de ziekte vóórkomt en preventiemogelijkheden. Daarnaast reikt het portaal verdiepende informatie aan over verschillende thema’s zoals agressie en geweld, arbeid en handicap, gezondheidsmanagement (zie ook paragraaf 3.2) en werkdruk.

Vermelding verdient ook de Instructiebox op de site, die stapsgewijze instructie geeft aan onder meer werkgevers over de aanpak van arbo-onderwerpen. Daarbij kan de werkgever voor een arbo-onderwerp dat voor zijn of haar organisatie relevant is, instructies, tips en checklists krijgen. Relevant zijn bijvoorbeeld: arbeidsrisico’s die uit de RI&E naar voren zijn gekomen of in de arbocatalogus worden genoemd, omstandigheden die tot veel gezondheidsklachten of verzuim leiden of die bij veel werknemers tot ergernissen of vragen aanleiding geven.

Werknemers kunnen eveneens bij deze Instructiebox terecht: zij krijgen informatie over wat zijzelf met hun collega’s kunnen doen om veiliger, gezonder en plezieriger te werken. Gewezen wordt ook op de middelen en handreikingen die zijn ontwikkeld door MKB-Neder-

land in samenwerking met het Ministerie van SZW en die worden aangeboden op de site www.arbo.mkb.nl.

3.2.1.3 Effectiviteit arbocuratieve zorg

In opdracht van het ministerie van SZW heeft BS Health Consultancy een verkenning¹² uitgevoerd naar de invloed van (arbo)curatieve zorg op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, productiviteit en maatschappelijk rendement. Onder arbocuratieve zorg verstaan de onderzoekers “de zorg voor een werknemer met een aandoening, al dan niet veroorzaakt door het werk, maar die in alle gevallen het functioneren op het werk nadelig beïnvloedt”¹³. Dit betekent dat primaire preventie buiten beschouwing blijft en ook dat arbocuratieve zorg méér omvat dan alleen de afstemming tussen huisarts en bedrijfsarts.

Een belangrijke interventiestrategie is, zo stellen de onderzoekers, de bijdrage en zelfredzaamheid van werkgever en werknemer¹⁴. Hierbij gaat het om arbocuratieve interventiestrategieën die werkgevers en werknemers zelf kunnen uitvoeren. De ‘participatieve werkaanpassing’ is daarvan een voorbeeld. Dit is een stapsgewijze aanpak om werkgever en werknemer onder begeleiding van deskundige derden te laten komen tot werkaanpassingen die tijdige terugkeer naar werk mogelijk maken. Er zijn volgens de onderzoekers relatief weinig wetenschappelijke studies verricht naar de bijdrage en zelfredzaamheid van werkgevers en werknemers en de effectiviteit daarvan. Wel zijn er tal van praktijkvoorbeelden waarbij werkgevers en werknemers actief zijn ten behoeve van een snelle werkhervatting en verbetering van participatie en productiviteit van werknemers. Dit wordt verklaard doordat werkgevers en werknemers als gevolg van wetwijzigingen (WVP, WVLBZ, en WIA) meer verantwoordelijkheid hebben gekregen voor de re-integratie bij verzuim.

Effectiviteit van interventies

De onderzoekers hebben wel bewijs gevonden voor de effectiviteit van het werken in een multidisciplinair team met specifieke aandacht voor de terugkeer naar werk. Het toevoegen aan het team van een ‘return-to-work-coördinator’ liet in acht revalidatiecentra in Nederland en België een significante toename zien van het aantal werknemers dat terugkeerde naar werk en het aantal werknemers dat na een lange revalidatieperiode verwachtte terug te keren naar werk.

12 BS Health Consultancy (2008) *Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht: Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg*.

13 BS Health Consultancy (2008) *Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht: Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg*, p. 12.

14 Twee andere interventiestrategieën – een bijdrage van de bedrijfsgeneeskunde en de curatieve zorg en samenwerking tussen deze beiden – komen in deel 2, hoofdstuk 4 aan de orde.

De onderzoekers concluderen op basis van de vele bestudeerde en geanalyseerde wetenschappelijke studies uiteindelijk dat van de volgende vier arbocuratieve interventiestrategieën de effectiviteit wetenschappelijk is bewezen:

- participatieve werkaanpassing bij lage rugklachten;
- activerende begeleiding bij werknemers met psychische klachten;
- bij patiënten die voor de eerste keer een hartinfarct hebben gehad, de verwachtingen sturen ten aanzien van de aandoening en de terugkeer naar werk;
- ‘return-to-work-coördinator’: functionaris bij revalidatiecentra die specifiek wordt ingezet om patiënten die langdurig ziek zijn (geweest) te begeleiden bij het hervatten van werk.

De effectiviteit is hierbij gemeten aan de uitkomstmaat ‘terugkeer naar werk’¹⁵.

De onderzoekers merken op dat het aantonen van effectiviteit van interventiestrategieën alleen niet voldoende is. Ze dienen ook in de praktijk toegepast te worden. Het opnemen van de strategieën in de richtlijnen van beroepsbeoefenaren (bedrijfsartsen) kan daarvoor een aanzet vormen. Vervolgens is van belang dat de betrokken actoren bekend zijn met de richtlijn, en dat er geen belemmeringen bestaan in de contractvorm of vergoeding van de toepassing, die maken dat de (financiële) ruimte om de interventie toe te passen beperkt is.

De onderzoekers constateren in hun onderzoek dat kleine werkgevers veelal beperkte contracten met arbodiensten afsluiten; grotere werkgevers hebben vaak een specifiek gezondheidsbeleid en middelen om arbocuratieve interventies te betalen. Ook blijken arbocuratieve interventies veelal (nog) niet of maar gedeeltelijk te zijn gedekt in de aanvullende verzekeringen van zorgverzekeraars. Daarbij geldt bovendien dat deze verzekeraars zich met collectieve contracten vooral richten op grote ondernemingen.

Ten aanzien van beleid gericht op het verminderen van arbeidsgerelateerde stress of werkdruk is er bewijs voor de effectiviteit van een aantal maatregelen. Dat zijn groepsinterventies zoals cursussen ‘omgaan met werkstress’, ontspanningsoefeningen, verbetering van een aantal werkfactoren (zoals tijdsdruk, regelmogelijkheden, sociale ondersteuning) en een andere organisatie van het werk (gezond roosteren). Minder of indirect bewijs voor effectiviteit is er voor de maatregelen bedrijfskundige begeleiding, richtlijnen psychische klachten in bedrijven en arboconvenanten¹⁶.

Uit de Arbodienstenmonitor 2008¹⁷ blijkt, op basis van een steekproef onder 2000 bedrijven, dat 70 procent van de werkgevers bij een externe arbodienst is aangesloten en slechts 8 procent geen arbodienst heeft. Van de werkgevers die niet bij een arbodienst zijn aangesloten, wordt de wettelijke verplichting tot inschakeling van een bedrijfsarts geregeld door: inhuur van een zelfstandige bedrijfsarts (16 procent), via de verzuimverzekeraar

15 BS Health Consultancy (2008) *Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht*, p. 36.

16 RIVM (2009) *Effectiviteit van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid*, pp. 25-26.

17 MarketConcern Van Spaendonck (2008) *Arbodienstenmonitor 2008*, beschikbaar gesteld door Boaborea.

(13 procent), via de zorgverzekeraar (13 procent) dan wel via de brancheorganisatie of cao (7 procent).

Arbodiensten hebben de afgelopen jaren hun dienstverlening aangepast aan de vraag van werkgevers. Er is een duidelijk verschil in behoeften tussen mkb-werkgevers en grotere werkgevers en de soort dienstverlening die daarbij past. Dit heeft geleid tot verschillende soorten contracten. Uit de Arbodienstenmonitor 2008 blijkt dat gemiddeld 40 procent van alle werkgevers een verrichtingenabonnement heeft, 25 procent inclusief een aantal verrichtingen en 13 procent een uitgebreid abonnement. Dit percentage van 40 procent varieert van gemiddeld 38 procent bij bedrijven met 2 tot 4 werknemers, tot gemiddeld 50 procent bij bedrijven met 50 tot 99 werknemers en gemiddeld 33 procent bij bedrijven met meer dan 500 werknemers. In geval van verzuim worden specifieke behandelingen apart door de werkgever betaald. Dit is vooral voor de werkgever die zelden met langdurig verzuim te maken heeft een interessante optie. Van de mkb-werkgevers met een verzuimverzekering hebben er veel een verzekering die naast de arbodienstverlening specifieke behandelingen vergoedt om een werknemer snel weer aan het werk te krijgen.

Rol van verzekeraars

Zorgverzekeraars proberen zich echter steeds meer van elkaar te onderscheiden door bij collectieve contracten met een werkgever bijvoorbeeld een ‘bedrijfszorgmodule’ bovenop het basispakket arbocuratieve interventies op te nemen. Dan gaat het bijvoorbeeld om vitaliteitsprogramma’s en snelle arbocuratieve zorg. Ook via inkomens- of verzuimverzekeraars worden zulke interventies vergoed: zij hebben immers ook belang bij het voorkomen van ziekte en uitval. Grote werkgevers kunnen wat dit betreft meer eisen aan een zorgverzekeraar stellen dan kleine werkgevers; deze laatste kunnen op brancheniveau voor een zorgverzekeraar wel interessant zijn¹⁸.

De werkgever is meestal de partij die de kosten van de arbo-interventie draagt. Het is vervolgens de keuze van de werkgever om zich het verzuimrisico te verzekeren dan wel ‘eigen risicodragers’ te zijn. Wel of niet een verzuimverzekeraar, maar ook de keuze van de werkgever voor een uitgebreid dan wel beperkt contract met de arbodienst of zorgverzekeraar, leiden tot verschillen in de behandeling van de klachten van werknemers.

Tot slot heeft ook de mate van controle en het moment waarop deze wordt uitgevoerd, invloed op de toepassing van de richtlijnen in de praktijk. Momenteel wordt door de verzekeringsarts, in opdracht van het UWV, na twee jaar teruggekeken op het re-integratietraject. Een aantal geënquêteerde bedrijfsartsen vindt die periode te lang¹⁹.

Behoefte aan verdere kennisinvestering arbocuratieve zorg

In het onderzoek is eveneens geïnventariseerd welke behoeften er bij bedrijfsartsen bestaan ten aanzien van verdere (kennis)investeringen op het gebied van de arbocuratieve zorg²⁰. Volgens hen is het nodig om de komende jaren te investeren in:

18 MarketConcern Van Spaendonck (2008) *Arbodienstenmonitor 2008*, p. 46.

19 MarketConcern Van Spaendonck (2008) *Arbodienstenmonitor 2008*, p. 49.

20 BS Health Consultancy (2008) *Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht*, p. 56 e.v.

- Zelfredzaamheid werkgevers en/of werknemers: volgens een aantal bevraagde bedrijfsartsen zouden werkgever en werknemer problemen meer in gezamenlijkheid moeten aanpakken, bijvoorbeeld door participatieve werkaanpassing. Bovendien zou de leidinggevende nadrukkelijker betrokken moeten zijn bij de begeleiding en meer aandacht moeten hebben voor vroegsignalering. Daartegenover staat dat de werknemer zo veel mogelijk de afspraken met de werkgever moet nakomen.
- Ouderen-/leeftijd bewust-beleid: daarbij zou het moeten gaan om het langdurig inzetbaar houden van werknemers en het beïnvloeden van hun levensstijl, ook met het oog op ouderdomskwalen en ziekten. Ook moet er meer aandacht komen voor de ontwikkeling van levensfasebeleid, met name in sectoren waar de arbeidsbelasting in de loop van de carrière niet wordt bijgesteld.
- Contractvorm: voor een groot deel van de bedrijfsartsen wringt het met de beroepsopvatting dat de bereidheid en de gekozen contractvorm van de werkgever uiteindelijk bepalend zijn voor de vraag of en, zo ja, welke arbo-interventie kan worden toegepast.
- Primaire preventie: gelet op het lage ziekteverzuim zou om nog meer gezondheidswinst te boeken, aandacht besteed moeten worden aan preventie en vitaliteit van werknemers en aan het opzetten van gezondheidsprogramma's.
- Psychische klachten: volgens sommige bedrijfsartsen is hier nog veel te bereiken. Er is behoefte aan preventie, (vroeg)signalering/diagnosticeren en vroegcuratieve behandeling. Het aanbod in de reguliere zorg schiet volgens sommige ondervraagden tekort, waardoor de werkgever wordt gevraagd niet-reguliere zorg te financieren.
- Houdings- en bewegingsapparaat: juist voor klachten aan de bovenste en onderste ledematen zou meer aandacht moeten komen. Hiernaar is veel minder wetenschappelijk onderzoek gedaan dan naar rugklachten.
- Slecht objectiveerbare klachten (zoals CVS, fibromyalgie en whiplash²¹): wat deze klachten betreft is er behoefte aan kennis over adequate begeleiding.
- 'Evidence': niet alleen bestaat er behoefte aan onderbouwing van bestaande richtlijnen, maar ook aan evaluatieonderzoeken van de vele interventies die al worden aangeboden. Verder moet aandacht uitgaan naar de implementatie van evidence-based interventies en richtlijnen.
- Belasting werk-privé, (chronische) vermoeidheid en arbeidsconflicten: de komende jaren zou ook meer kennis over deze thema's vergaard moeten worden.

3.2.1.4 Effectiviteit verzuim- en re-integratiebeleid

In het kader van het kennisinvesteringsprogramma participatie en gezondheid heeft SEO Economisch Onderzoek in opdracht van het ministerie van SZW een analyse gemaakt van de beschikbare kennis over de effecten van werkgeversbeleid op gezondheid, ziektever-

21 CVS: chronische-vermoeidheidssyndroom; fibromyalgie: chronische pijn in spieren en/of bindweefsel; whiplash: letsel aan nek en/of rug doordat het lichaam plotseling voor- of achteruit beweegt zonder steun voor het hoofd.

zuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit van werknemers en maatschappelijk rendement²².

De onderzoekers concluderen dat kennis over de effectiviteit van verzuimbeleid beperkt is. Via literatuuronderzoek is de effectiviteit onderzocht van een aantal maatregelen op het vlak van verhoging van de verzuimdrempel en verlaging van de terugkeerdrempel bij langdurig verzuim. De effectiviteit is voor drie maten bekeken: het effect op het verzuim, op de gezondheid van de werknemer en op de verzuimgerelateerde kosten voor de werkgever²³ (zie overzichtstabel 3.1).

tabel 3.1 Effectiviteit van verzuimmaatregelen op een aantal uitkomstmaten

Beleidsmaatregel	Effect op:		
	Verzuim	Gezondheid werknemer	Verzuimgerelateerde kosten werkgever
Verhogen verzuimdrempel			
Verzuimprocedures en -coördinatie	(+)		
Ziekteverklaring / Bedrijfsarts	(+)		
Feedback	(+)		
Grotere controle werknemer	0		
Financiële prikkel	(+)		
Verlagen terugkeerdrempel			
Contact werkgever-werknemer	(+)	-	(+)
Contact zorgverlener-werkgever	+	-	(+)
Terugkeercoördinatie	(+)	-	(+)
Aanpassing werkzaamheden	+	+	+

+ Er is bewijs voor de effectiviteit van de maatregel

(+) Er is enig bewijs voor de effectiviteit van de maatregel, maar nader onderzoek is gewenst

0 De gevonden literatuur geeft geen uitsluitsel over de effectiviteit van de maatregel

(-) Er is enig bewijs voor de ineffectiviteit van de maatregel, maar nader onderzoek is gewenst

- Er is bewijs dat de maatregel niet effectief is

Als voor een bepaalde relatie geen literatuur is aangetroffen is het betreffende veld leeg gelaten.

Volgens de onderzoekers is er voor een groot deel sprake van kennisleemten. De literatuur geeft niet altijd uitsluitsel over de effectiviteit van de maatregel; of nader onderzoek is gewenst, bijvoorbeeld omdat gegevens over lange tijdreeksen niet voorhanden zijn.

De onderzoekers stellen dat de effectiviteit is aangetoond voor twee maatregelen gericht op verzuimvermindering: contact tussen de zorgverlener en de werkgever ter verlaging van de terugkeerdrempel, respectievelijk afspraken over aanpassing van werkzaamheden ter bevordering van de re-integratie.

22 SEO (2008) *Beter door de werkgever: De invloed van werkgeversbeleid op gezondheid en verzuim van werknemers*.

23 SEO (2008) *Beter door de werkgever*, p. 41.

Programma Participatie en Gezondheid

In het voorjaar voor 2009 zal in opdracht van de ministeries van SZW en VWS de tweede fase van het interdepartementale Programma Participatie en Gezondheid van start gaan. De doelstelling van dit programma is een beter en breder gebruik van effectief bewezen en veelbelovende maatregelen en interventies op het terrein van participatie en gezondheid binnen arbeidsorganisaties. Het programma zal waarschijnlijk worden uitgevoerd door ZonMw en kent drie pijlers:

- Het onderzoeken van de (kosten)effectiviteit;
- Kennis verspreiden en delen met andere bedrijven en sectoren;
- Implementatie, doorontwikkeling van maatregelen en interventies.

Belangrijke thema's binnen het programma zijn:

- het stimuleren van de vitaliteit en productiviteit van arbeidsorganisaties via het bevorderen van de gezondheid van werknemers en een gezonde werkomgeving;
- het behoud van een gezonde, veilige werkomgeving en preventie van uitval;
- het realiseren van duurzame inzetbaarheid van de (potentiële) beroepsbevolking.

Het doel van dit programma is om de bedrijven van klein tot groot de mogelijkheid te geven kennis te delen en gezamenlijk verder te ontwikkelen en zo tot een actieve 'community of practice' te komen voor en door de deelnemers aan het programma en mogelijk ook voor andere bedrijven of publieke organisaties.

3.2.2 *Samenwerken in de zorgketen*

Voor het gezondheidsmanagement van bedrijven is niet alleen het arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid van belang, maar ook de wijze waarop met alle betrokken actoren in en buiten de arbeidsorganisatie wordt samengewerkt. Wie zijn die actoren en wat is hun rol in het geheel?

3.2.2.1 *Actoren in de zorgketen*

Overheid

In de keten van preventie, verzuim en re-integratie in de arbeidsorganisatie heeft de overheid als voornaamste taken het wettelijk kader vast te stellen, toezicht te houden en te handhaven. De belangrijkste wetten in dit verband kwamen aan de orde in paragraaf 3.2.1.1. Met betrekking tot toezicht op naleving van de Arbowet en handhaving is een belangrijke rol weggelegd voor de Arbeidsinspectie.

Arbodienstverlening (arbodiensten of andere gecertificeerde deskundigen)

Bij het opstellen en het uitvoeren van een goed arbeidsomstandigheden- en ziekteverzuimbeleid zijn werkgevers verplicht zich te laten ondersteunen door deskundigen. Dat kan via een contract met een arbodienst of via een eigen regeling (maatwerk). Indien voor een eigen regeling wordt gekozen, dan moet dat in overeenstemming met de werknemers, dus via cao-afspraken, of in overleg met de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging.

De keuze voor ondersteuning door een arbodienst of door een andere (gecertificeerde) deskundige is mogelijk sinds 1 juli 2005. Vóór die tijd mochten voor deze ondersteuning uitsluitend arbodiensten worden gecontracteerd. Aan deze wijziging heeft onder andere het SER-advies *Arbodienstverlening*²⁴ ten grondslag gelegen. Uit de Arbobalans 2007/2008 blijkt dat het aantal bedrijven dat voor een externe gecertificeerde arbodienst kiest iets terugloopt. In 2007 liet 79 procent van de bedrijven zich bijstaan door een gecertificeerde arbodienst, waar dat in 2005 nog 86 procent was.

Ondersteuning door een deskundige is vereist bij de volgende elementen van het arbo-beleid:

- advies en toetsing van de RI&E (risico-inventarisatie en -evaluatie);
- ziekteverzuimbegeleiding (door de bedrijfsarts);
- periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) (door de bedrijfsarts);
- aanstellingskeuringen (door de bedrijfsarts).

Van alle verplichte elementen van het arbobeleid wordt verzuimbegeleiding het vaakst ingekocht, zo blijkt uit de Arbobalans 2007/2008. De meest ingekochte niet-verplichte diensten zijn begeleiding bij re-integratie, psychische hulp en fysiotherapie.

Arbodiensten zien door het wegvallen van de verplichte contractering hun omzet dalen. Door deze ontwikkeling en door het verminderde verzuim als gevolg van de invoering van de Wet Poortwachter, richten arbodiensten zich op nieuwe kansen in de markt, zoals toenemende aandacht voor duurzame inzetbaarheid van werknemers²⁵. Arbodiensten kunnen ondersteuning bieden bij het opstellen van beleid dat gericht is op het vitaal houden van de hele organisatie.

Preventiemedewerker

Behalve dat een werkgever zich op onderdelen van het arbobeleid door een deskundige moet laten ondersteunen, is een werkgever (met meer dan 25 werknemers) ook verplicht te beschikken over een preventiemedewerker. Dat is een werknemer binnen het bedrijf die helpt bij de dagelijkse veiligheid en gezondheid en arbeidsomstandigheden. Bij organisaties met minder dan 25 werknemers mag de werkgever zelf deze rol vervullen.

De preventiemedewerker is onder andere belast met voorlichting over gebruik en onderhoud van apparaten, het juiste gebruik van beschermingsmiddelen, werken met gevaarlijke stoffen en de inrichting van een werkplek. De preventiemedewerker moet over specifieke kennis van de arbeidsrisico's in het bedrijf beschikken. De Risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) en het bijbehorende plan van aanpak vormen daarvoor de basis. Er bestaat geen certificering voor de functie van preventiemedewerker. De Arbeidsinspectie kan, als deze constateert dat er tekortkomingen zijn in de deskundigheid van de preventiemedewerker,

24 SER (2004) *Advies Arbodienstverlening*.

25 Visser, E. (2008) In *Ziekte en Verzuim*, pp. 38-39.

werker, eisen dat de preventiemedewerker wordt bijgeschoold of dat er meer preventiemedewerkers worden aangewezen.

Bedrijfsarts

De werkgever is verplicht zich voor een aantal onderdelen van het arbobeleid te laten bijstaan door de bedrijfsarts, te weten: ziekteverzuimbegeleiding, het periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) en aanstellingskeuringen.

In de Commissie Arbeidsomstandigheden van de SER is recentelijk een discussie gestart over de taak en positie van de bedrijfsarts. Aanleiding voor deze discussie was de van werknemerszijde geuite zorg over de structuur, de toegankelijkheid, het gebruik en de kwaliteit van de bedrijfsgezondheidszorg. Kort samengevat hebben de knelpunten genoemd door werknemersvertegenwoordigers betrekking op:

- de financiering van de bedrijfsgezondheidszorg en de behandeltaken (inclusief tariefstructuur);
- kwaliteitseisen en bekwaamheidseisen (inclusief bij- en nascholing);
- de afstemming met eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg en inbedding van de factor arbeid in de gezondheidszorg;
- het tot stand komen van een sluitende keten van preventie, verzuim en re-integratie op branche- of sectorniveau.
- op de positie van de bedrijfsarts als onafhankelijk adviseur van werknemers in het re-integratietraject. Hiermee is de bedrijfsarts enerzijds vertrouwenspersoon en anderzijds een adviseur voor het bedrijfsmanagement. Deze ‘spagaat’ zou in de praktijk tot lastige situaties voor de betrokkenen (werknemer, werkgever en bedrijfsarts) kunnen leiden.

Over deze en aanverwante thema's is de commissie Arbeidsomstandigheden voornemens zich nader te buigen. Via een workshop met ter zake deskundigen zal de commissie proberen beter zicht te krijgen op eventuele problemen en knelpunten en mogelijke oplossingen daarvoor.

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzuimverzekeraars

Ook los van arbodienstverlening kunnen werkgevers (bedrijfs)geneeskundige hulp voor hun medewerkers regelen of inkopen. Dat is bijvoorbeeld mogelijk via een collectieve zorgverzekering, of direct bij een zorgaanbieder. Naast de bedrijfsarts kunnen ook andere artsen betrokken zijn bij ziekteverzuim: de behandelend arts (vaak de huisarts of medisch specialist) en de verzekeringsarts. De verzekeringsarts komt in beeld wanneer het arbeidsverzuim langdurig wordt. Hij of zij doet de claimbeoordeling voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering (WIA). Daarbij zal de arts nogmaals nagaan of er nog re-integratiemogelijkheden zijn.

Er zijn geen verplichtingen voor werkgevers om contracten met zorgaanbieders te sluiten of een collectieve zorgverzekering voor de medewerkers af te sluiten. Een verzuimverzekering is evenmin verplicht.

In hoofdstuk 4 wordt verder ingegaan op de manier in de reguliere gezondheidszorg om met arbeidsgerelateerde klachten en klachten om te gaan die van invloed zijn op de inzetbaarheid van werknemers.

Dienstverleners gericht op re-integratie

Een werkgever moet zich bij de uitvoering van zijn re-integratietaak²⁶ laten bijstaan door een of meer deskundigen, bijvoorbeeld een arbodienst of re-integratiebedrijf. Een re-integratiebedrijf begeleidt mensen naar werk. Dat kan bijvoorbeeld door te bemiddelen, passend werk te zoeken of door het aanbieden van trainingen of cursussen. Werkgever en werknemer kunnen samen bepalen welke diensten waar worden ingekocht.

3.2.2.2 *Synergie in de zorgketen*

Sinds de Wet verbetering poortwachter en de WIA is duidelijk dat de verantwoordelijkheid voor verzuim- en re-integratiebeleid ligt bij werkgevers en werknemers. In opdracht van de ministeries van SZW en VWS deed LangmanEconomen onderzoek naar de vraag of de integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie optimaal werkt²⁷. Spelen alle actoren in de keten een actieve rol? Sluiten de activiteiten van de actoren goed op elkaar aan? Waar valt de keten nog te verbeteren en te versterken?

De onderzoekers werd door de ministeries met name gevraagd te rapporteren over vijf thema's: de aanwezigheid van prestatieafspraken met arbodiensten; het 'empowerment' van werknemers; de inzet van verzekeraars; zorgaanbieders en de factor arbeid; en de aandacht voor preventie. Zij bestudeerden een aantal praktijkvoorbeelden en de generaliseerbaarheid van de daarmee verkregen inzichten toetsten ze daarna in interviews met (veld)deskundigen²⁸.

Volgens de onderzoekers zetten werkgevers zich sinds de gewijzigde wetgeving actiever in voor goed preventie-, verzuim- en re-integratiebeleid. Werkgevers nemen de opdrachtgeversrol op zich en voeren sterker de regie over de uitvoering van hun beleid. Dat blijkt bijvoorbeeld uit scherpere afspraken met arbodienstverleners: daarmee worden vaker afspraken gemaakt over te behalen resultaten, bijvoorbeeld een lager verzuimpercentage. Aan het bereiken van de doelen worden regelmatig financiële prikkels verbonden. Dit geldt vaker voor grote bedrijven dan voor het mkb. Daar kost het monitoren van afspraken te veel tijd en menskracht en is het verminderen van het verzuim door de kleine aantallen medewerkers vaak veel moeilijker. Daarom zijn er in veel sectoren brancheloketten die

26 De werkgever is verplicht zich in te spannen om passende arbeid voor zijn arbeidsongeschikte werknemer te vinden, in zijn eigen bedrijf, of als dat niet kan, bij een andere werkgever

27 LangmanEconomen (2008) *Keten van preventie, verzuim en re-integratie op decentraal niveau*, september 2008.

28 De praktijkvoorbeelden betreffen: NS, Holland Casino, Arbouw, Verzuimsteunpunt Grafimedia en Adviesbureau Kans.

werkgevers en werknemers ondersteunen bij de verzuimbegeleiding, bijvoorbeeld door te fungeren als opdrachtgever voor de arbodienst.

Ook verzuimverzekeraars zijn daarbij actief betrokken. Anders dan zorgverzekeraars hebben zij een financieel belang bij verminderd verzuim. Verzuimverzekeraars geven dan ook vaak de aanzet tot nauwere samenwerking en integrale dienstverlening. Zorgverzekeraars hebben tot nu toe veel meer een rol op afstand. Wel zijn er inmiddels zorgaanbieders die hun diensten – arbeidsgerelateerde zorg – aanbieden aan werkgevers en verzuimverzekeraars.

De onderzoekers constateren dat werkgevers, nu het ziekteverzuim beter onder controle lijkt, ook steeds meer aandacht geven aan preventiebeleid. Ze brengen bedrijfsspecifieke risico's in beeld en richten zich op het 'empowerment' van werknemers: dat is het ondersteunen van werknemers in het nemen van een eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid. Dit betekent het informeren van werknemers over hun eigen verantwoordelijkheid, het ondersteunen van werknemers bij het invulling geven daaraan en het aanspreken van werknemers op hun verantwoordelijkheid. Omdat leidinggevenden een belangrijke rol spelen in het aanspreken van personeel, krijgen zij trainingen in het voeren van de daarvoor noodzakelijke gesprekken.

Daarnaast kan preventief medisch onderzoek worden ingezet om de bedrijfsrisico's voor de gezondheid in beeld te brengen en bij individuele medewerkers het gezondheidsbewustzijn te verhogen. Vervolgens kan een instrument als het persoonlijk gezondheidsbudget medewerkers helpen om te werken aan gezondheidsverbetering.

In organisaties waarbinnen het verzuim afneemt, verschuift de rol van de bedrijfsarts. Hij of zij is dan minder curatief bezig en treedt veeleer op als voorlichter, adviseur of coach van individuele medewerkers en van het management.

In opdracht van het Verbond van Verzekeraars (VvV) heeft consultant ATOS een schatting gemaakt van wat synergie in de zorgketen binnen het huidige wettelijke kader aan potentieel voordeel zou kunnen opleveren. Volgens ATOS zou synergie ruim 125.000 arbeidsjaren in termen van productiviteitsverhoging kunnen bieden, ofwel een toename van de productiviteit van 2,2 procent²⁹.

Een 'effectieve verbinding tussen eerste- en tweedelijnszorg' is ook het streven van Boaborea, de brancheorganisatie van dienstverleners voor werk, loopbaan & vitaliteit, waarbij veel arbodiensten en re-integratie of interventiebedrijven zijn aangesloten³⁰. De gedachte is dat een tijdige multidisciplinaire aanpak van gezondheidsproblemen of -klachten van werknemers kan voorkomen dat ze uitvallen. Samenwerking tussen arbodiensten, zorg-

29 Atos Consulting (2008) *Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit?*, p. 8.

30 Boaborea (2008) *Meer mensen, meer werk, meer vitaliteit* (brochure).

aanbieders en soms ook verzekeraars is ook van belang als uitval al is opgetreden, maar dan voor een snelle re-integratie.

Een voorbeeld hiervan is dat werknemers van Scania (een producent van zware bedrijfsauto's, bussen, industrie- en scheepsmotoren) onder werktijd en op de werkplek de fysiotherapeut kunnen bezoeken voor training, behandeling of preventief advies. De rollen van werknemer, leidinggevende, bedrijfsarts, arbobegeleider en fysiotherapeut zijn aldus goed op elkaar af te stemmen. In dit geval doet verzekeraar Groene Land Achmea van harte mee, want door de interne fysiotherapie wordt de afwezigheid beperkt (temeer daar er minder fysiotherapiesessies nodig zijn) en daalt het ziekteverzuim.

Een ander voorbeeld is dat van de landelijke politieorganisatie, die al enkele jaren zo snel mogelijk actie onderneemt bij klachten van werknemers over hun houdings- en bewegingsapparaat. Een aantal zorgaanbieders is gecontracteerd om in reactie op een klacht direct te beginnen met een interventieprogramma. Het korps betaalt alleen de intake, de verzekeraar (CZ) vergoedt de overige kosten.

Duidelijk is dat samenwerkingsverbanden van werkgevers, arbodiensten en verzekeraars gericht op preventie, soepeler verlopen als inzicht bestaat in wie investeert en wie de vruchten van de samenwerking plukt zodat partijen afspraken over een verdienmodel kunnen maken.

3.2.2.3 *Knelpunten in de zorgketen*

In het bovengenoemde onderzoek van Atos Consulting is ook gekeken naar belemmeringen in de keten van preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie³¹. In het bijzonder gaat de aandacht uit naar de relatie tussen verzekeraars en werkgevers. Atos omschrijft een aantal knelpunten in de zorgketen. Ten eerste sluiten de vraag van werkgevers en het aanbod van verzekeraars onvoldoende op elkaar aan. Tevens gaan afspraken met verzekeraars vooral over de prijs en kortingen in plaats van over de specifieke inhoud van de zorgverzekering. Een ander knelpunt is dat preventie lastig is te kwantificeren en dat de voordelen pas ontstaan op de langere termijn. Zo geldt bij preventie het probleem voor werkgevers en verzekeraars, dat werknemers tegen de tijd dat de voordelen zich voordoen, wellicht werkzaam zijn bij de concurrent of een andere verzekeraar hebben. Voordelen van de investering in preventie door werkgever of verzekeraar kunnen bij een ander (een concurrent) neerslaan.

Ook zijn de rollen van een aantal actoren, waaronder de bedrijfsarts, de werknemer en de reguliere zorginstelling, in de ogen van Atos niet optimaal vormgegeven. De bedrijfsarts is adviseur van de werkgever en begeleider en behandelaar van de werknemer.

31 Atos Consulting (2008) *Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit?*

Daarmee dient de bedrijfsarts twee belangen die kunnen conflicteren. Volgens Atos is de werknemer nog relatief passief bij preventie.

Uit negen geselecteerde best practices blijkt dat veel van de gesignaleerde knelpunten op te lossen zijn, zo stelt Atos. Zo dienen verzekeraars meer maatwerk te bieden door zich te verdiepen in de specifieke behoeften van de branche en het bedrijf, en helder te communiceren over de mogelijkheden van maatwerk met werkgevers. Daarnaast pleit Atos ervoor om alle actoren te betrekken bij het zorgbeleid van een bedrijf, in het bijzonder de werknemer, leidinggevende en de bedrijfsarts. De positie van de bedrijfsarts kan worden verbeterd door hem of haar ondersteuning te bieden met behulp van een loket waar hij terecht kan voor advies, opleiding en scholing. Werknemers moeten meer worden uitgedaagd om te werken aan persoonlijke ontwikkeling, bijvoorbeeld door verdere toepassing van het persoonsgebonden re-integratiebudget (PRB) en de individuele re-integratieovereenkomst (IRO). Daarnaast stelt Atos dat werkgevers de gecontracteerde zorgaanbieders moet laten werken volgens specifieke protocollen, zogenoemde evidence based behandeltrajecten, met aandacht voor de factor arbeid.

De eerder genoemde brancheorganisatie Boaborea is voorstander van integraal gezondheidsmanagement in bedrijven. Dat betekent dat gezondheidsbeleid in de visie van Boaborea onderdeel zou moeten uitmaken van een totaalpakket van vormen van personeelsbeleid: een pakket dat is gericht op het langer gezond en inzetbaar blijven van medewerkers. De ervaring leert dat alleen onder deze voorwaarden gezondheidsbeleid vruchten afwerpt.

In het verlengde daarvan doen zich enkele knelpunten voor. Als een bedrijf in het kader van integraal gezondheidsmanagement fysiotherapie aanbiedt, gecombineerd met persoonlijk psychosociaal advies om verder klachten te voorkomen, kan alleen het psychosociaal advies uit de Zorgverzekeringswet worden betaald. Fysiotherapie kan alleen bij bepaalde indicaties ten laste van de Zvw komen. Daarvoor is dus altijd financiering van uit de aanvullende verzekering nodig om dit tot een samenhangend geheel te krijgen.

HumanCapitalCare, een arbo- en gezondheidsdienst, onderschrijft dat het in deze branche moeilijker is om integraal gezondheidsmanagement te ontwikkelen. In de visie van HumanCapitalCare maakt preventie onderdeel uit van een breed bedrijfsbeleid dat gericht is op “het verhogen van productiviteit, kwaliteit en resultaat door het creëren van optimale arbeidsomstandigheden en het beschikken over competente, gemotiveerde en gezonde medewerkers”.

HumanCapitalCare

De inzet van HumanCapitalCare is om alle voor de gezondheid relevante factoren op de verschillende niveaus aan te pakken: het individu (fysiek en psychisch), de groep en de organisatie (HRM-beleid). Ingang daarvoor is het preventief medisch onderzoek (PMO), dat zowel een gezondheidsonderzoek als een uitgebreide vragenlijst omvat waarin ook de beleving van de werksituatie en de relatie met collega's en leidinggevende aan de orde komen. In het kader van dit onderzoek wordt het werkvermogen gemeten met de Work Ability Index of WAI (zie bijlage).

Werknemers van het bedrijf waarmee HumanCapitalCare een contract heeft, krijgen een uitnodiging om aan het PMO mee te doen; als over het onderzoek goede uitleg is gegeven (ook over privacy en gebruik van gegevens) doet in de regel 80 procent van de medewerkers mee. De bedrijfsarts beoordeelt op basis van de onderzoeksuitkomsten iedere deelnemer en roept degenen op die klachten hebben of ernstig risico lopen. Vervolgens wordt een actieplan gemaakt: voor het individu maar vaak ook voor het team of de organisatie. Een medewerker kan bijvoorbeeld worden verwezen naar een cursus stressmanagement of een gezondheidscoach met een activity monitor (die het energieverbruik meet), zijn of haar team naar een workshop ongewenste omgangsvormen en de leidinggevende naar een cursus voor het voeren van functioneringsgesprekken.

Met deze benadering kan HumanCapitalCare bij grotere bedrijven aansluiten bij het HRM-beleid. Bij kleine bedrijven bestaat weliswaar de behoefte aan een combinatie van gezondheids- en HRM-beleid, maar is dit laatste beleid veel minder ontwikkeld en zou de combinatie in de ogen van de werkgever te veel kosten. HumanCapitalCare draagt dan als argument aan dat de kost voor de baat uitgaat: op termijn zal het verzuim afnemen. Dat kan zij hard maken met cijfers: HumanCapitalCare heeft inmiddels een databestand met gegevens uit een groot aantal bedrijven. Dit databestand kan ook gebruikt worden om per organisatie te laten zien welke klachten hoe vaak voorkomen en welk verband er is met het verzuim.

- Bron: www.humancapitalcare.nl en gesprek met mw. E. Schellekens van HumanCapitalCare, Directeur Advies en Innovatie en senior consultant.

Volgens onderzoek van TNO wordt gezondheidsmanagement pas echt effectief en efficiënt als de zorg voor gezondheid in alle aspecten van de bedrijfsvoering terugkomt. Er zou sprake moeten zijn van 'integraal gezondheidsmanagement' (IGM).

Het zevenstappenplan (TNO)

Volgens TNO leert de praktijk dat integraal gezondheidsmanagement (IGM) de relatie tussen leidinggevenden en medewerkers erg belangrijk is en dat de bedrijfs- of organisatiecultuur een essentiële factor vormt. IGM behelst een proces van cultuurverandering, met als elementen: innovatie, openheid, samenwerking, lerend vermogen, proactiviteit, flexibiliteit en eigen verantwoordelijkheid en initiatief van alle betrokkenen. Daarvoor heeft TNO een systematische aanpak ontwikkeld, waarmee de werkgever proactief kan handelen. Het door TNO bepleite instrument voor IGM, het zevenstappenplan, geeft inzicht in de cultuur van de organisatie, de sterktes en zwaktes en de mogelijkheden voor verbetering.

Het zevenstappenplan is gebaseerd op onderzoek van de *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* onder 1500 bedrijven in Europa die bekendstaan om hun goede gezondheidsbeleid. Daaruit bleek dat IGM een aantal voorwaarden kent:

- behoefteanalyse: een inventarisatie van de behoeften en wensen van werknemers, zodat het beleid hierop kan aansluiten;
- participatie: iedereen, van hoog tot laag in de organisatie, moet bij de ontwikkeling van het beleid betrokken worden;
- flexibiliteit: het beleid moet op de specifieke organisatie en de eigen bedrijfscultuur zijn toegesneden;
- integratie: het is nodig om in het beleid zowel activiteiten gericht op het individu als activiteiten gericht op de organisatie op te nemen;
- multidisciplinariteit: deskundigen op allerlei relevante terreinen binnen de organisatie (personeelsbeleid, communicatie, gezondheidszorg, psychologie en arbeidsomstandigheden) moeten worden ingeschakeld.

Het zevenstappenplan vormt de methodiek waarmee het IGM kan worden ingevoerd. Die stappen zijn:

- 1 draagvlak creëren voor gezondheidsbeleid
- 2 structuren opzetten
- 3 behoeften vaststellen
- 4 gezondheidsbeleid ontwikkelen
- 5 gezondheidsbeleid uitvoeren
- 6 evalueren
- 7 het beleid aanpassen en verankeren.

Verder beveelt TNO aan om vooral ook de psychosociale kant van gezondheid te belichten. Nederland telt steeds meer kenniswerkers die, onder invloed van mondiale concurrentie, steeds intensiever worden belast. Er wordt een voortdurend beroep gedaan op hun creativiteit, flexibiliteit en productiviteit. Dit maakt mentale gezondheid onmisbaar.

- Bron: www.arbo.nl/gezondheidsmanagement/infocentrum .

3.2.3 *Conclusie gezondheidsmanagement*

In de afgelopen decennia is de gezondheid van de beroepsbevolking verbeterd, zo werd eerder vermeld. Een verbetering die minstens ook toe te schrijven is aan het toegenomen gezondheidsmanagement in bedrijven. Nieuwe wetgeving die werkgevers en werknemers samen verantwoordelijkheid geeft voor het voorkomen van gezondheidsproblemen, heeft daar zeker aan bijgedragen.

Tripartiete arboconvenanten op sectorniveau met concrete resultaatafspraken over verzuimvermindering blijken voor het grootste deel gerealiseerd; voor afspraken over beperking van arbeidsrisico's geldt dit iets minder (de helft).

Concrete afspraken over de nadere invulling van de doelvoorschriften uit de Arbowet (Arbocatalogi), komen minder goed van de grond. In februari 2009 konden 30 arbocatalogi worden geteld, terwijl er tegelijkertijd een aantal in voorbereiding waren. Ook de verplichte RI&E is nog niet overal gemaakt: wel in bedrijven met meer dan 100 werknemers, maar veel minder in de kleine bedrijven (tot 10 medewerkers).

Naast kennis, inzicht in kosten en baten en een ruimere acceptatie van dit instrument lijkt in kleine bedrijven vooral informele controle door het personeel zelf van belang. Daarnaast zou juist voor deze midden- en kleinbedrijven beïnvloeding via winkeliersverenigingen en bedrijfskringen kunnen worden overwogen. Verder zou het zinvol zijn om werknemers als ervaringsdeskundigen sterker bij het maken van de RI&E en het bijbehorende plan van aanpak te betrekken.

Onderzoek naar de effectiviteit van arbocuratieve zorg laat zien dat het vooral loont om te werken in een multidisciplinair team dat specifieke aandacht schenkt aan de terugkeer naar werk. Een 'return-to-work-coördinator' bij revalidatiecentra bekortte eveneens de revalidatieperiode. Op de werkplek zelf wierpen 'participatieve werkaanpassingen' vrucht af. De onderzoekers bevelen aan om dergelijke effectieve interventiestrategieën op te nemen in de richtlijnen van bedrijfsartsen, ze bij alle betrokken actoren bekend te maken en 'financiële ruimte' te maken voor de toepassing ervan. Dit laatste kan ook betekenen dat deze interventies en 'bedrijfszorgmodules' uit (aanvullende of basis) zorgverzekeringen dan wel verzuimverzekeringen gedekt worden.

Ander evaluatieonderzoek toont de effectiviteit aan van twee bedrijfsmaatregelen ter vermindering van verzuim: contact tussen de zorgverlener en de werkgever en afspraken over aanpassing van werkzaamheden.

De aandacht voor preventiebeleid onder werkgevers is de afgelopen jaren toegenomen. Dit is mede het gevolg van het feit dat werkgevers – gestimuleerd door nieuwe wetgeving – het ziekteverzuim beter onder controle lijken te hebben. De financiële verantwoordelijkheid voor verzuim heeft hen gestimuleerd tot effectievere samenwerking met arbodiensten, re-integratiebedrijven en verzuimverzekeraars.

Deze ontwikkelingen hebben tevens geleid tot vragen van werkgevers en werknemers naar andersoortige dienstverlening. Dienstverleners zoals arbodiensten hebben hun dienstverlening op deze vraag aangepast. Overigens geldt dat, net als voor de RI&E, er verschillen in ontwikkeling zijn tussen grote en kleine bedrijven. In het verlengde van de aandacht voor arbeidsrisico's in verband met ziekteverzuim, is ook aandacht ontstaan voor preventiebeleid. Daarbij is de inzet gericht op het ondersteunen van werknemers in het nemen van hun eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid.

Volgens sommigen valt het zorgbeleid binnen bedrijven nog verder te verbeteren door een intensievere samenwerking tussen alle betrokken actoren. Werkgever, bedrijfsarts, verzekeraar(s) en werknemer zouden tezamen een maatwerkpakket voor preventiebeleid kunnen ontwikkelen, passend bij de branche en het specifieke bedrijf. Werknemers zouden daarbij meer tot een actieve inzet kunnen worden uitgedaagd.

3.3 HRM-beleid en gezondheid

De afgelopen jaren is, met het meer divers worden van het personeelsbestand van organisaties, duidelijk geworden dat de wensen van werknemers wat de inrichting en ontwikkeling van hun werk betreft sterk kunnen verschillen. Of en in welke mate met hun wensen rekening wordt gehouden kan van belang zijn voor hun gezondheid, hun vitaliteit en motivatie en vervolgens van invloed zijn op hun inzetbaarheid. Dat is relevant voor arbeidsorganisaties die de prestaties op peil willen houden en werknemers voor de organisatie willen behouden. Dit geldt des te meer waar van werknemers wordt verwacht dat zij langer op de arbeidsmarkt actief blijven. Deze gewenste duurzame inzetbaarheid vraagt om HRM-beleid dat aansluit bij de verschillende levensfasen en domeinen.

Bepaalde elementen van HRM-beleid voor werknemers kunnen de gezondheid en inzetbaarheid van werknemers ondersteunen. In onderstaande paragrafen wordt opleidings-, loopbaan- en ontwikkelingsbeleid, arbeid-en-zorgbeleid en levensfasebewust beleid geschetst, omdat deze beleidsvormen mogelijk elementen bevatten die van invloed kunnen zijn op gezondheid en inzetbaarheid. De paragrafen hieronder geven voor alle drie de terreinen aan hoe HRM-beleid op deze domeinen zodanig valt vorm te geven dat de gezondheid en inzetbaarheid van medewerkers worden gestimuleerd.

3.3.1 Loopbaan- en opleidingsbeleid

Duurzame inzetbaarheid is afhankelijk van de kennis, vaardigheden, competenties en ervaringen van werknemers. Daarmee zijn elementen van loopbaan- en opleidingsbeleid of employabilitybeleid ook te beschouwen als elementen van preventiebeleid in arbeidsorganisaties.

Sociale partners zijn zich al geruime tijd goed bewust van het belang van employabilitybeleid. In zijn nota *Werk maken van employabilitybeleid* (2001) deed de Stichting van de

Arbeid al aanbevelingen ter zake³². Vervolgens werden tijdens de tripartiete werktop van 1 december 2005 nadere afspraken gemaakt over scholing en employability. De sociale partners verplichtten zich daarbij om de aanbevelingen uit 2001 te actualiseren. Dit deden zij in de nota *Naar brede en duurzame inzetbaarheid op de arbeidsmarkt (2006)*³³. In deze nota beveelt de Stichting aan dat werkgevers- en werknemers(vertegenwoordigers) zorgen voor omstandigheden en faciliteiten die werknemers in staat stellen om hun inzetbaarheid te optimaliseren. Zij denkt daarbij onder meer aan het opstellen van bedrijfs- en persoonlijke opleidingsplannen, een scholingsbudget voor de individuele werknemer, een loopbaanassessment en erkenning van elders verworven competenties. Daarbij kan de cao een belangrijk voorwaardenscheppend instrument zijn. Op bedrijfstakniveau kan het O&O-fonds (fonds voor opleiding en ontwikkeling van de werknemers) een belangrijke rol vervullen. Daaruit kan bijvoorbeeld een persoonlijk ontwikkelingsbudget worden beschikbaar gesteld. Employability kan, aldus de Stichting, een bijdrage leveren aan versterking van de kenniseconomie en via productiviteitsverhoging aan het groeivermogen van de Nederlandse economie, sociale cohesie bevorderen en bijdragen aan “vergroting van de arbeidsmobiliteit en aan het effectief en ‘storingsvrij’ functioneren van de arbeidsmarkt teneinde structuurveranderingen die zich daarop voltrekken, adequaat te kunnen laten verlopen”.

De Stichting geeft aan dat werknemers en werkgevers als het om opleiding en ontwikkeling gaat, beiden een eigen verantwoordelijkheid hebben. De individuele werknemer heeft de plicht om zich in te spannen voor het op peil houden of verbeteren van zijn of haar arbeidswaarde. De werkgever biedt de mogelijkheid daarvoor via een actief loopbaan- en personeelsbeleid. De Stichting ziet in de cao een belangrijk instrument dat dit beleid kan ondersteunen met effectieve afspraken. Daarbij kan bijvoorbeeld behoren dat ondernemingen in hun employabilitybeleid worden ondersteund door employabilityadviseurs. Aan bedrijfstakken met een O&O-fonds beveelt de Stichting onder meer aan om de instelling van een persoonlijk ontwikkelingsbudget te overwegen, of te onderzoeken of gelden uit het fonds in te zetten zijn voor werknemers die zelfstandig ondernemer willen worden.

Uit onderzoek van het ministerie van SZW³⁴ blijkt dat inmiddels in vrijwel alle (121 van de 122) onderzochte cao's voor 2008 afspraken voorkomen over scholing, scholingsverlof en/of motiverend beloningsbeleid om die brede(re) inzetbaarheid te realiseren. In 32 cao's (39 procent van de werknemers die onder de onderzochte cao's vallen) is sprake van een recht op scholing. Soms is een recht op scholing gekoppeld aan een plicht tot scholing (19 cao's). Dat geldt bijvoorbeeld voor de cao ziekenhuizen.

32 StvdA (2001) *Werk maken van employabilitybeleid*, 15 maart 2001.

33 StvdA (2006) *Naar brede en duurzame inzetbaarheid op de arbeidsmarkt: Aanbevelingen over scholing en employabilitybeleid*, 13 maart 2006.

34 Min. SZW (2008) *Voorjaarsrapportage CAO-afspraken 2008*, juni 2008.

Afspraken over scholing die specifiek gericht zijn op het vergroten van de inzetbaarheid van de werknemer (binnen of buiten de organisatie) komen voor in 56 cao's. In 13 cao's (19 procent van de werknemers) heeft de aanbeveling van de Stichting van de Arbeid geresulteerd in de afspraak dat een individuele werknemer kan beschikken over een persoonlijk opleidingsbudget. In 62 cao's (bijna de helft van de werknemers) staat een afspraak over een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP).

Het EIM (het Economisch Instituut voor het Midden- en kleinbedrijf) stelde vast dat kleine ondernemingen minder vaak werken met geformaliseerd HRM-beleid. HRM-achtige strategieën hebben ook in het mkb positieve effecten (bijvoorbeeld op de omzet en productiviteit), maar die effecten zijn minder sterk dan in grote bedrijven. Wat dit betreft is er sprake van schaafeffecten: een verband tussen de omvang van de organisatie en de praktijk en opbrengsten van HRM-beleid. Onduidelijk is nog of de opbrengsten in het mkb opwegen tegen de kosten³⁵.

In het kader van dit advies is met name loopbaanbeleid van belang dat voorkomt dat werknemers uitvallen vanwege nauwelijks te vermijden arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten. Zo heeft het CNV in het najaar van 2008 aandacht gevraagd voor de noodzaak om te investeren in loopbaanbeleid voor werknemers in fysiek/psychisch 'zware' beroepen, zoals ambulancepersoneel en brandweerlieden, opdat mensen met deze beroepen de kans hebben een andere functie te aanvaarden. Investerings in employability en opleiding zouden in deze gevallen niet gericht moeten zijn op herplaatsing, maar op het vinden van een andere baan.

Dit sluit aan bij het advies *Van alle leeftijden* (2005)³⁶, waarin de raad wees op de mogelijkheid van (het benutten van) grensoverschrijdende mobiliteitsprogramma's tussen bedrijfstakken, omdat dit met name voor bedrijfstakken met fysiek zware of geestelijk eentonige arbeid oplossingen kan bieden. Als belangrijke randvoorwaarde daarvoor noemde de raad het indammen van risico's, zowel voor werknemers als werkgevers, op het gebied van sociale zekerheid, ontslagbescherming en pensioenen.

Overigens laat een analyse van het CBS op de module Werk en Gezondheid in de Enquête Beroepsbevolking zien dat zowel hoogopgeleide als laagopgeleide beroepsgroepen te maken krijgen met 'zwaar' werk³⁷. Voor de hoogopgeleiden is dat vooral werken onder psychisch zwaar werk (werken onder grote werkdruk). Dan gaat het bijvoorbeeld om managers van grote bedrijven of overheidsinstellingen, van wie 55 procent hoge werkdruk ervaart. Voor de laagopgeleiden gaat het vooral om fysiek zwaar werk. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om metselaars, timmerlieden en ziekenverzorgenden. Bijna 13 procent van de werkenden had met beide belastende arbeidsomstandigheden te maken. Die combinatie komt regelmatig

35 EIM (2008) *HRM in het MKB: Schaafeffecten in HRM-praktijk en -opbrengst*, september 2008.

36 SER (2005) *Advies Van alle leeftijden*, p. 54.

37 CBS (2008) Verzorgende beroepen psychisch en fysiek zwaar belastend, *Sociaaleconomische trends*, pp. 27-32.

voor in de zorgsector: daar heeft bijna 40 procent van de middelbare medische verzorgende beroepen te maken met zowel fysiek als psychisch zwaar werk.

3.3.2 *Arbeid-en-zorgbeleid*

Ook elementen van arbeid-en-zorgbeleid kunnen de gezondheid en inzetbaarheid van werknemers beïnvloeden. In deze paragraaf staat beschreven waar in onderzoek relaties tussen arbeid-en-zorgbeleid en gezondheid of inzetbaarheid zijn gevonden dan wel door betrokken actoren worden gezien.

Nationaal en internationaal onderzoek naar arbeid-en-zorgbeleid van organisaties heeft laten zien dat dergelijk beleid binnen bedrijven niet alleen onder druk van werknemers tot stand komt. Dat blijkt uit een Europese vergelijkende studie van Plantenga en Remery uit 2005³⁸. Onder arbeid-en-zorgbeleid wordt dan verstaan: verlofbeleid, kinderopvang, aangepaste of flexibele werktijden, mogelijkheden voor parttime werk. Vaak is er sprake van een groeiend besef bij werkgevers dat ook zij, naast de overheid als belangrijkste facilitator, een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben voor arbeid-en-zorgarrangementen voor hun werknemers. Daarnaast geven werkgevers aan dat zij arbeid-en-zorgbeleid zien als een ‘businesscase’: dit beleid heeft voordelen voor de organisatie. Zo zouden het verloop onder het personeel, uitval en ziekteverzuim verminderen en werving van nieuw personeel makkelijker zijn. Verder zou de motivatie en de productiviteit van het personeel verbeteren.

Er is niet veel empirisch onderzoek gedaan naar de bovengenoemde effecten van arbeid-en-zorgbeleid. Er is wel een grootschalig onderzoek van Dex en anderen (2001) – aangehaald in de studie van Plantenga en Remery – dat de relatie onderzoekt tussen arbeid-en-zorgbeleid en arbeidsprestaties. Het bleek te complex en ingewikkeld om financiële maten voor productiviteit te meten en aan het beleid te relateren. In plaats daarvan werd managers gevraagd een inschatting te geven van de financiële prestaties, de arbeidsproductiviteit, de kwaliteit van hun dienst of product en de omzet in het laatste jaar. Daarnaast is het aantal verzuimdagen en het verloop gemeten. Dit onderzoek toonde een (zij het klein) significant verband aan tussen de meeste van deze maten en de aanwezigheid en uitgebreidheid van het arbeid-en-zorgbeleid in het bedrijf. Daarbij wordt wel opgemerkt dat de richting van de causaliteit in deze relatie niet zonder meer duidelijk is. Het is goed denkbaar dat juist bedrijven die goed scoren op de genoemde prestatie-indicatoren het zich daarom konden permitteren om ruimhartig arbeid-en-zorgbeleid in te voeren. Het implementeren van dit beleid brengt immers ook kosten met zich mee.

Om beter zicht te krijgen op de mate waarin Nederlandse bedrijven en organisaties arbeid-en-zorgarrangementen aanbieden, is vanuit de Universiteit Utrecht een enquête

38 EGGISIE (2005) *Reconciliation of work and private life: A comparative review of thirty European countries*, p. 49 e.v.

uitgezet onder 3950 organisaties in de publieke en private sector. In totaal 678 organisaties vulden een vragenlijst in³⁹. Gevraagd naar de consequenties van arbeid-en-zorgbeleid melden veel organisaties (71 procent) een hogere arbeidssatisfactie onder de medewerkers en een grotere aantrekkingskracht op potentiële werknemers (62 procent). Een lager ziekteverzuim en een hogere productiviteit zijn minder vaak genoemd (respectievelijk door 52 procent en 45 procent van de organisaties). Het gaat hierbij om gepercipieerde voordelen: nog geen vier procent van de organisaties evalueert de daadwerkelijk gemaakte kosten en baten van arbeid-en-zorgarrangementen⁴⁰.

Het staat niet onomstotelijk vast dat dergelijke voordelen méér zijn dan perceptie en dat er ook feitelijk sprake zou zijn van een ‘businesscase’ ten gunste van arbeid-en-zorgbeleid gericht op een betere balans tussen werk en privé. Beauregard en Henry (2008) verzamelden en analyseerden de wetenschappelijke literatuur van de afgelopen twintig jaar over dit onderwerp⁴¹. Zij concluderen dat organisaties die arbeid-en-zorgbeleid voeren mogelijk kosten besparen door – in ruil voor dit beleid – lagere salarissen te bieden. Daarnaast zouden de kosten volgens hen kunnen afnemen doordat het personeel met flexibele werktijden en thuiswerken langere werkdagen maakt, tijdens hun eigen meest productieve uren kan werken of bereid is extra te werken als er een piek in de organisatie is. Verder zouden werknemers in een bedrijf met arbeid-en-zorgbeleid harder werken om deze baan met gunstige arbeidsvoorwaarden niet te verliezen.

Conclusie is dat de richting van het geconstateerde verband tussen arbeid-en-zorgbeleid en productiviteit echter niet duidelijk is. Vaak zijn de bevindingen gebaseerd op niet-representatieve casestudies. Bovendien is het is evengoed mogelijk dat de relatie tussen arbeid-en-zorgbeleid en betere organisatieprestaties een omgekeerde richting heeft. Dit betekent dat succesvolle organisaties vaker arbeid-en-zorgbeleid aanbieden of dat organisaties met arbeid-en-zorgbeleid vaker managementpraktijken kennen van een hoge kwaliteit, met positieve gevolgen voor de werknemer en diens prestaties. Ook zijn er aanwijzingen dat arbeid-en-zorgbeleid alleen onder bepaalde condities tot betere prestaties en hogere productiviteit leidt.

3.3.3 *Levensfasebewust personeelsbeleid*

De arbeidsmarkt zal de komende decennia onder druk komen staan van ontgroening en vergrijzing: relatief minder jongeren en meer ouderen. Dit besef maakt dat er de laatste jaren binnen arbeidsorganisaties, bij werknemers- en werkgeversorganisaties steeds meer belangstelling ontstaat voor het langdurig inzetbaar houden van zittend (en vergrijzend)

39 Schippers, J. (2008) Werkgevers en werknemers met zorgtaken, in: *Dynamiek in de sociale statistiek: Nieuwe cijfers over de sociaal-economische levensloop*, pp. 153-164. De lage respons (17 procent) maakt dat de gegevens niet representatief zijn voor alle arbeidsorganisaties.

40 Schippers, J. (2008) Werkgevers en werknemers met zorgtaken, in: *Dynamiek in de sociale statistiek*, p. 159.

41 Beauregard, T.A., L.C. Henry (2008) Making the link between work-life balance practices and organizational performance, *Human Resource and Management Review*.

personeel. Dit betekent: beleid om werknemers hun hele arbeidzame leven vitaal, gemotiveerd en voor de arbeidsmarkt geschikt te houden. Voor jongeren en adolescenten gaat het dan vaak om mogelijkheden voor de combinatie van opleiding en werk en voor volwassenen in de 'spitsuurfase' om mogelijkheden voor het combineren van werk, verdere beroepsmatige ontwikkeling en zorgverantwoordelijkheden. In de 'consolidatiefase' (tussen 50 en 65 jaar) vraagt de combinatie van informele zorg voor oudere ouders en werk om extra aandacht.

Beleid dat is afgestemd op de belastbaarheid en behoeften van mensen in de verschillende leeftijdsfasen heet ook wel 'levensfasebewust' of 'levensfasegericht' personeelsbeleid.

Het *Handboek Levensfasegericht Personeelsbeleid* (2006) van het CNV definieert dergelijk beleid als: "beleid dat zich richt op de duurzame en optimale inzetbaarheid van alle medewerkers binnen een organisatie door rekening te houden met hun actuele levensfase en de daarbij behorende specifieke kenmerken en behoeften"⁴². Het handboek geeft niet alleen basis-kennis over levensfasegericht personeelsbeleid en daarvoor relevante regelgeving. Het biedt vooral ook tips en oefeningen voor diverse doelgroepen binnen arbeidsorganisaties om dit beleid concreet vorm te geven.

Het CNV benadrukt dat levensfasegericht personeelsbeleid een substantiële bijdrage kan leveren aan de organisatiedoelstellingen. Het handboek geeft een opsomming van de voordelen voor werkgevers van dergelijk beleid. Daarbij noemen de auteurs onder meer dat medewerkers gemotiveerder en met meer plezier zullen werken, met een grotere productiviteit als gevolg. Verder zorgt levensfasegericht personeelsbeleid voor behoud van kennis, ervaring en competenties, voorkomt het uitval en ziekteverzuim en schept het de voorwaarden voor de permanente ontwikkeling van kennis, kunde en competenties van werknemers. Op hun beurt kunnen werknemers onder meer werk en privé beter combineren en door alle levensfasen heen gebruikmaken van scholing en opleiding. Doordat de verhouding tussen belasting en belastbaarheid per levensfase structureel op de agenda staat, kunnen werknemers optimaal (blijven) functioneren⁴³.

Volgens HRM-organisatieadviesbureau Qidos, één van de twee auteurs van het CNV-handboek, heeft het levensfasegericht personeelsbeleid een aantal pijlers. Zo moet het aansluiten op de organisatiedoelstellingen en zijn de organisatiecultuur en een ondersteunende leiderschapsstijl onmisbaar voor succes. Verder is betrokkenheid vereist van zowel medewerkers als leidinggevend⁴⁴. Kernpunt is bovendien dat in dit beleid consequent aandacht wordt besteed aan de relatie tussen levensfase en loopbaanfase en dat alle relevante personeelsinstrumenten (zoals scholing) in alle fasen worden ingezet. Zo blijft de medewerker over zijn hele loopbaan 'in beweging' en daardoor duurzaam inzetbaar⁴⁵.

42 CNV (2006) *Handboek levensfasegericht personeelsbeleid*, p. 10.

43 CNV (2006) *Handboek levensfasegericht personeelsbeleid*, pp. 14-16.

44 CNV (2006) *Handboek levensfasegericht personeelsbeleid*, p. 7.

45 CNV (2006) *Handboek levensfasegericht personeelsbeleid*, p. 12.

Het *Handboek Levensfasebeleid* van de Algemene Werkgevers Vereniging Nederland (AWVN) uit 2007 laat zien vanuit welke visie en met welke instrumenten levensfasebeleid in bedrijven en instelling te ontwikkelen valt en welke praktijkervaring inmiddels is opgedaan met dergelijk beleid⁴⁶. Een reeks van arbeidsorganisaties toont in deze bundel hoe levensfasebewust beleid kan worden aangepakt en hoezeer daarbij sprake is van maatwerk: beleid dat is toegesneden op de behoeften van een specifieke organisatie en haar medewerkers. “Succesvol levensfasebeleid vereist actie en interactie”, zo is de stelling in dit handboek⁴⁷.

In het rapport *Lang zullen ze leven: Tien voorbeelden uit de praktijk over levensfasebewust beleid* (2007) benoemt FNV Bondgenoten belangrijke uitgangspunten voor levensfasebewust beleid⁴⁸. Volgens FNV Bondgenoten moet levensfasebewust beleid – gelet op de behoeften van werknemers over de hele loopbaan – onder meer uitgaan van: meer individuele zeggenschap van werknemers over hun arbeidsvoorwaarden, arbeidstijden en loopbaan; meer tijd voor informele zorg en continue scholing van alle werknemers van alle leeftijden. Daarnaast zou integraal gezondheidsbeleid van preventie tot en met re-integratie ervoor moeten zorgen dat werknemers gezond hun pensioen bereiken. Ook FNV Bondgenoten concludeert dat levensfasebewust beleid neerkomt op maatwerk: er is geen standaardmethode en geen standaardinstrument waarmee behoeften van de organisatie te koppelen zijn aan die van de werknemer, zodat die een arbeidsleven lang inzetbaar, vitaal en gemotiveerd blijft.

Dergelijk beleid moet op de werkvloer gestalte krijgen en soms, zo stelt FNV Bondgenoten, doen zich daar belemmeringen voor. Direct leidinggevenden worden geacht levensfasebewust leiding te geven, maar tegelijkertijd zien zij zich afgerekend op andere targets. Verder veronderstelt levensfasebewust beleid ook eigen verantwoordelijkheid en bereidheid tot veranderen van werknemers. “Daar zit niet iedereen op te wachten”, zo constateert FNV Bondgenoten. Verder zouden beleidsbeslissers de behoeften van alle geledingen van het personeelsbestand goed moeten kennen en ook daar ontbreekt het soms aan⁴⁹.

In de *Nota Arbeidsvoorwaarden 2009* van de AWVN komt levensfasebewust beleid aan de orde in het ruimere doelstellend kader van ‘slimmer werken’⁵⁰. ‘Slimmer werken’ zou voor een hogere productiviteit zorgen en daarmee de concurrentiekracht vergroten en bijdragen aan het oplossen van arbeidsmarktproblemen. Daarbij is het van steeds groter belang, zo stelt de nota, om werknemers te boeien en te binden. Om werknemers – ook als zij ouder zijn – fit en productief aan het werk te houden, moeten arbeidsvoorwaardelijke arrangementen inspelen op verschillende levensfasen. De AWVN constateert dat in

46 AWVN (2007) *Handboek Levensfasebeleid: Visie, instrumenten en praktijk*.

47 AWVN (2007) *Handboek Levensfasebeleid: Visie, instrumenten en praktijk*, p. 15.

48 FNV Bondgenoten (2007) “*Lang zullen ze leven*”: *Tien voorbeelden uit de praktijk over levensfasebewust beleid*, p. 7.

49 FNV Bondgenoten (2007) “*Lang zullen ze leven*”, p. 59.

50 AWVN; MKB-Nederland, VNO-NCW (2008) *Nota Arbeidsvoorwaarden 2009: Informatie voor CAO-onderhandelaars*, pp. 18-19.

het voorgaande cao-seizoen levensfasebeleid hoog op de agenda heeft gestaan en tot een groot aantal studieafspraken heeft geleid: onderzocht zal worden hoe de nieuwe arrangementen eruit kunnen zien. Die studies leiden in het nieuwe cao-seizoen mogelijk tot concrete afspraken. In die arrangementen kan, zo stellen AWWN, VNO-NCW en MKB-Nederland, ook individueel gezondheidsmanagement een plaats krijgen. Gefaciliteerd door de werkgever met bijvoorbeeld een 'levensfasebudget' zouden werknemers kunnen investeren in hun eigen gezondheid.

Om leeftijdsbewust beleid in arbeidsorganisaties te bevorderen, heeft het ministerie van SZW een speciale tijdelijke subsidieregeling in het leven geroepen waarmee leeftijdsbewuste projecten in allerlei sectoren en organisaties worden gesubsidieerd. In de periode 2004 tot en met 2007 was daarvoor 21 miljoen euro beschikbaar. Uit de Voorjaarsrapportage 2008 van het ministerie van SZW blijkt dat vrijwel alle cao's in 2007 afspraken bevatten over scholing en bredere inzetbaarheid van personeel. In 51 procent van de cao's staan afspraken over persoonlijke ontwikkelingsplannen⁵¹.

Gezondheidsbeleid behoort tot de speciale projectthema's waarvoor subsidie is uitgetrokken. Op de desbetreffende site is te zien dat in de verschillende branches in totaal 77 projecten voor leeftijdsbewust gezondheidsbeleid worden ondersteund (www.leeftijdophetwerk.nl). Een voorbeeld daarvan is het project 'Werken in Balans' van de Stichting Gezondheidszorg Agrarische Sectoren (Stigas).

Stichting Gezondheidszorg Agrarische Sectoren (Stigas)

Stigas is de preventie adviesdienst van, voor en door werkgevers en werknemers in de sector agrarisch en groen. Doel van dit project, waarvoor Stigas van SZW 120.000 euro subsidie ontving, is: het langer gezond, gemotiveerd, betrokken en productief houden van werknemers en ondernemers.

Werken in Balans bestaat uit drie deelprojecten. Allereerst het deel 'Eigen verantwoordelijkheid', dat zich richt op het onderkennen en bewustmaken van werkgevers en werknemers van de gevolgen van veroudering en het aanreiken van de benodigde handvatten hiervoor. Het tweede deelproject is 'Communicatie'. Hierin worden werkgevers en werknemers bewust gemaakt van de problemen die samenhangen met het verouderen en van de mogelijkheden van leeftijdsbewust gezondheidsbeleid in het eigen bedrijf. Het derde deelproject betreft de inzet van de 'Werkvermogensmonitor'. Dit is een instrument om het risico op uitval in te schatten, zowel op groeps- als op individueel niveau. Op sectoraal niveau kan de Monitor risicofactoren en aandachtsgebieden signaleren.

- Bron: www.leeftijdophetwerk.nl.

51 Min. SZW (2008) *Voorjaarsrapportage cao-afspraken 2008*.

Op bovengenoemde site zijn onder 'lessen uit de praktijk' aanbevelingen te vinden voor adequaat leeftijdsbewust gezondheidsbeleid. Of deze gebaseerd zijn op effectiviteitsonderzoek is onduidelijk. Ze vormen een mengeling van arbobeleid en preventiebeleid.

Aanbevolen wordt bijvoorbeeld om vooral aandacht te besteden aan de balans tussen belasting en belastbaarheid. De belasting moet niet te hoog worden, maar zeker ook niet te laag. Belangrijk is een systematiek die constateert of belasting en belastbaarheid in evenwicht zijn en die een eventuele onbalans tijdig registreert.

Loopbaantraject Bouw & Infra

Werkgevers en werknemers in de bouwsector hebben gemeenschappelijk een initiatief ontwikkeld om medewerkers te motiveren tot en te inspireren bij het nadenken over hun loopbaan en om werkgevers aan te zetten tot de ontwikkeling van loopbaanbeleid. Het Loopbaantraject Bouw & Infra is bedoeld voor alle werknemers in de burgerlijke en utiliteitsbouw, infra en gespecialiseerde aanmerij, zoals vastgelegd in de cao voor de Bouwnijverheid. Als een medewerker een andere baan in de sector wil of een stapje hogerop wil, dan kan het Loopbaantraject daarin begeleiden. Het Loopbaantraject biedt ook een helpende hand als het werk te zwaar wordt voor medewerkers, of aan zieken, arbeidsgehandicapten en werklozen. Gezamenlijk wordt bekeken hoe werknemers weer aan de slag kunnen, in dezelfde of een nieuwe functie, of eventueel ook buiten de sector.

In het kader van het Loopbaantraject Bouw & Infra zijn op 28 plaatsen in het land Adviescentra Loopbaanbeleid ingericht. Sinds 2006 maakten ruim vijfduizend werknemers hiervan gebruik.

Kern van elk Loopbaantraject is: opleiding. Een medewerker die een loopbaan-stap wil zetten, zal daarvoor altijd aan de studie moeten. In overleg tussen medewerker, werkgever en trajectadviseur komt een persoonlijk opleidingsplan tot stand. Alleen plannen waarover werkgever en werknemer het eens zijn, worden uitgevoerd. Het Loopbaantraject Bouw & Infra zorgt ervoor dat de opleiding maatwerk is. De bedrijfstak draagt bij in de kosten van het loopbaanbeleid. Intake, onderzoek en het opstellen van een persoonlijk ontwikkelingsplan zijn voor rekening van het Loopbaantraject.

Niet alleen voor werknemers, maar ook voor werkgevers biedt het Loopbaantraject Bouw & Infra voordelen. Werknemers die zich ontwikkelen, vergroten het kapitaal van de onderneming en versterken het imago van de werkgever. Zij zorgen voor het broodnodige middenkader in de sector. En werknemers die zich ontwikkelen, hebben een kleinere kans op arbeidsongeschiktheid.

- Bron: www.loopbaantrajectbouw.nl.

Daarnaast is aandacht nodig voor een gezonde levensstijl: gezond eten en sporten. De werkgever zou gezond gedrag kunnen stimuleren, bijvoorbeeld door sporten (gedeeltelijk) te vergoeden. Andere tips zijn: ergonomische aanpassingen om de belasting te beperken, afwisseling van taken of een andere verdeling van werkzaamheden over medewerkers. Bij medewerkers met fysiek belastend werk kan een individueel belastbaarheidsonderzoek of fitnessprogramma worden ingezet.

Eén van de bedrijven die een project Leeftijdsbewust Beleid uitvoeren met subsidie van het SZW is het verhuisbedrijf De Haan.

De Haan

De Haan-Partners, een internationaal verhuisbedrijf met 50 werknemers, behoort tot de bedrijven die subsidie kregen voor hun gezondheidsbeleidproject (Fifty fit). De Haan laat medewerkers door een fysiotherapeut onderzoeken op fysieke kracht en mogelijke (toekomstige) klachten aan het bewegingsapparaat. Op basis hiervan wordt een advies over (individuele) fysieke training uitgebracht. Daarnaast is er onderzoek naar de organisatie van het werk (de werkprocessen), waaruit aanbevelingen voortkomen voor werktijden en aansturing van (groepen) medewerkers. Ten slotte zorgt De Haan dat de medewerkers training krijgen in ‘rugbesparend bewegen’ en dat er apparatuur beschikbaar is die fysieke belasting beperkt.

• Bron: www.leeftijdophetwerk.nl.

3.3.4 Conclusie HRM-beleid en gezondheid

Dat de ontwikkeling van werknemers een individueel én een organisatiebelang dient: dat lijkt steeds vanzelfsprekender te worden. In 2001 deed de Stichting van de Arbeid de aanbeveling om werk te maken van de employability van werknemers. Enige jaren later stelde de SER in zijn advies *Welvaartsgroei voor en door iedereen* (2006) dat het in het licht van de noodzakelijke sociale innovatie van bedrijven en organisaties heel belangrijk is dat het HRM-beleid werknemers ondersteunt bij hun professionele ontwikkeling. Dit betekent dat er voor iedere werknemer aandacht moet zijn voor het loopbaanbeleid en de carrièrekansen binnen en buiten de eigen organisatie⁵².

Inmiddels is scholing en ontwikkeling – blijkens het grote aantal cao's waarin afspraken daarover zijn opgenomen – steeds meer praktijk geworden. Soms gaat een scholingsrecht daarbij gepaard met een scholingsplicht. Dit is in lijn met de visie van de Stichting van de Arbeid dat werknemers en werkgevers ten aanzien van opleiding en ontwikkeling elk

52 SER (2006) *Advies Welvaartsgroei voor en door iedereen*, p. 47. De SER definieert sociale innovatie als “vernieuwing van de arbeidsorganisatie en maximale benutting van competenties, gericht op verbetering van de bedrijfsprestaties en ontplooiing van talent”, (ibid., p. 45).

een eigen verantwoordelijkheid hebben. Voor het mkb geldt dat er minder vaak sprake is van geformaliseerd HRM-beleid. Dat neemt niet weg dat ook daar aandacht voor scholing kan bestaan. Positieve effecten van scholing en ontwikkeling op de omzet en productiviteit zijn hier echter minder sterk merkbaar dan in grote bedrijven.

Tegelijkertijd is nog onduidelijk of de baten hier opwegen tegen de kosten. Inmiddels dringt ook het besef door dat voor 'zware' beroepen (bijvoorbeeld op de brandweer of ambulance) geïnvesteerd moet worden in loopbaanbeleid om te voorkomen dat werknemers na verloop van jaren uitvallen.

Ook arbeid-en-zorgbeleid kan bijdragen aan de duurzame inzetbaarheid, de productiviteit en de motivatie van werknemers. Organisaties die dit beleid toepassen zien duidelijk de voordelen ervan.

Wat levensfasebewust beleid betreft wordt in diverse handboeken en rapporten van de zijde van werkgevers- en werknemersorganisaties gesteld dat dit gelet op het vergrijzend personeelsbestand onmisbaar is. Adviseurs voor dit beleid benadrukken een aantal noodzakelijke voorwaarden: aansluiting op de organisatiedoelstellingen en de organisatiecultuur; betrokkenheid van werknemers en leidinggevenden. Van de laatsten vraagt levensfasegericht beleid een ondersteunende leiderschapsstijl, hetgeen in een 'afrekencultuur' moeilijk kan zijn. Daarnaast dient het beleid te worden toegesneden op de organisatie en de specifieke behoeften van de werknemers. Er is geen standaardmethode en geen standaardinstrument voorhanden om die verbinding te maken. Daarvoor is interactie en afstemming nodig tussen werkgever, leidinggevenden en medewerkers.

Verder zou levensfasegericht personeelsbeleid gepaard moeten gaan met leeftijdsbewust gezondheidsbeleid. Belangrijk is dat over alle levensfasen heen steeds opnieuw wordt bezien of belasting en belastbaarheid met elkaar in evenwicht zijn, zodat het mogelijk blijft om tijdig in te grijpen of bij te sturen.

3.4 Leefstijlbeleid

3.4.1 *Roken en alcohol*

Beleid gericht op het beperken van roken wordt vooral door de rijksoverheid via wetgeving vormgegeven. Die wetgeving is ook van toepassing op de werkplek, zodat op dit terrein voor de arbeidsorganisatie nauwelijks of geen preventieve taak meer is weggelegd. Dat er nog maar weinig aanvullend preventief beleid in de arbeidsorganisatie nodig is, geldt in zekere mate ook voor alcohol: in veel cao's is geregeld dat alcoholgebruik op de werkplek verboden is.

Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor het niet-rokenbeleid van de rijksoverheid. Dit beleid kent drie doelen: een lager percentage rokers in Nederland bewerkstelligen, bescherming van niet-rokers tegen tabaksrook en voorkomen dat jongeren beginnen met

roken. Voor deze doelen worden verschillende instrumenten ingezet. Primair gebruikt de overheid wetgeving, met name de Tabakswet, om het tabaksgebruik terug te dringen en te reguleren. In deze wet staan rookverboden, verkoopbeperkingen zoals promotie en verpakking, en regels omtrent de tabakssamenstelling. De Voedsel en Warenautoriteit (VWA) ziet toe op de naleving van deze wet. Uit een evaluatie van de Tabakswet door de VWA in 2004 blijkt dat het handhaven van de leeftijdsgrens van 16 jaar (tabak mag niet verkocht worden aan jongeren beneden deze leeftijd) moeizaam gaat⁵³. De rookverboden en het reclameverbod worden wel goed nageleefd. Roken op de werkplek, in de horeca, in kunst-, cultuur- en sportvoorzieningen is sinds juli 2008 verboden.

Als het gaat om de effectiviteit van de Tabakswet dan blijkt uit meerdere studies dat een (forse) accijnsverhoging een kosteneffectief instrument is. Dit geldt met name bij jongeren: volgens het RIVM zouden 20.000 jongeren stoppen met roken bij een prijsverhoging van 20 procent⁵⁴. Volgens een evaluatie van het tabaksontmoedigingsbeleid van de overheid uit 2005 is een veelomvattend en krachtig pakket van maatregelen het doeltreffendst. In het bijzonder wijst de evaluatie op de doeltreffendheid van accijnsverhoging en wetgeving. Effectief is verder, zo blijkt uit internationale effectstudies, de verplichting aan werkgevers om ervoor te zorgen dat hun werknemers geen hinder of overlast van roken ondervinden: de rookvrije werkplek⁵⁵. Voorlichting en ondersteuning op het werk bij het stoppen met roken is eveneens effectief in het verminderen van roken.

Op het vlak van voorlichting over (de schadelijke effecten van) roken wordt gebruikgemaakt van massamediale campagnes, websites met informatie en persoonlijke voorlichting. Massamediale campagnes zijn niet bijzonder effectief, maar kunnen wel kostenbesparend werken. Dergelijke campagnes worden vaak gezien als een effectief aanvullend instrument. Op de door de overheid gelanceerde website www.rokenendewet.nl staat informatie over de wetgeving, onder andere voor werkgevers en werknemers. Individuele ondersteuning werkt met name vrij goed in combinatie met advisering en nicotinevervangende therapie. Ondersteuning door de bedrijfsarts helpt daarbij. Van veel preventieve interventies is echter de effectiviteit nog niet onderzocht. Dit geldt vooral voor langetermijneffecten.

Ten aanzien van alcohol streeft het Ministerie van VWS in zijn alcoholbeleid naar verantwoord alcoholgebruik, met name onder jongeren en probleemdrinkers. Uit onderzoek blijkt wetgeving het meest effectief te zijn⁵⁶. Naleving en draagvlak zijn daarbij wel essentieel. Ook zijn financiële instrumenten in de vorm van prijsverhoging bijzonder kosteneffectief. Het RIVM noemt als andere kosteneffectieve instrumenten: het verhogen van de

53 VWA (2005) *Evaluatie van de handhavingervaring van de Tabakswet 2002 – 2004: Een kwantitatieve en kwalitatieve analyse*, maart 2005.

54 Zie: www.rivm.nl/vtv/.

55 RIVM (2009) *De effectiviteit van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid*, p. 15.

56 RIVM (2009) *De effectiviteit van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid*, p. 18.

minimumleeftijd voor het verkrijgen van alcohol, beperking van de bereikbaarheid van drank en reclamebeperkingen.

3.4.2 Voeding en bewegen

Veel interventies die zich richten op voeding zijn gecombineerd met interventies om het bewegen te bevorderen: samen beogen deze maatregelen overgewicht tegen te gaan. Belangrijk is dat het ‘nieuwe gedrag’ ook op langere termijn standhoudt; of dit daadwerkelijk gebeurt is echter onduidelijk. Ook is onbekend of deze interventies op de langere termijn verzuim verminderen⁵⁷. Wellicht mede daardoor is van preventie van overgewicht op de werkplek nog weinig sprake. Bedrijven zijn er niet erg in geïnteresseerd en de belangstelling van werknemers is ook beperkt en vaak maar van korte duur⁵⁸. De effectiviteit van verschillende instrumenten is onderwerp van een aantal lopende studies die onder meer een evaluatie beogen van de kosten, gezondheidsverbetering en verzuimvermindering als gevolg van deze interventies. Een voorbeeld daarvan is een studie in de bouwsector naar het effect van een leefstijlinterventie die gericht is op niet-roken, gezonder voeding en meer bewegen⁵⁹.

Voeding

Om het voedingsgedrag te beïnvloeden zijn verschillende interventies in gebruik, zoals informatie en feedback geven en het veranderen van de omgeving (reclame, beschikbaarheid). Op de werkplek kan in het laatst genoemde geval het aanbod in de kantine of het bedrijfsrestaurant worden aangepast (groter aanbod of lagere prijs van gezonde voeding) of een label krijgen, het ‘labelen’, bijvoorbeeld als gezond/ongezond; naar aantal calorieën. Het resultaat van ‘labelen’ is gemengd: sommige studies laten een positief effect zien, andere geen of zelfs een negatief effect. Een grotere beschikbaarheid van gezonde voeding heeft wel een duidelijk positief effect en dat lijkt ook te gelden voor verlaagde prijzen van gezonde voeding. Langetermijneffecten zijn niet bekend⁶⁰.

Het onderstaande voorbeeld is een ‘good practice’ van een arbeidsorganisatie die aandacht schenkt aan gezonde voeding op de werkvloer.

57 RIVM (2004) *Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg: Een verkennende studie naar de effecten.*

58 Kwak, L. [et al.] (2006) Participation rates in worksite-based intervention studies, pp. 66-69.

59 Groeneveld, I.F. [et al.] (2008) Design of a RCT evaluating the (cost-)effectiveness of a lifestyle intervention for male construction workers at risk for cardiovascular disease.

60 TNO (2005) *Naar een gericht BRAVO-beleid door bedrijfsartsen.*

Gemeente Den Haag

De Facilitaire Dienst van de gemeente Den Haag heeft onderzoek laten doen naar 'Gezond eten in de bedrijfsrestaurants van Gemeente Den Haag' (mei 2006). De gemeente deed dit vanuit het ziekteverzuim- en gezondheidsbeleid. Uit het onderzoek kwam naar voren dat 86 procent van de medewerkers positief reageerde op het invoeren van een gezond productaanbod en het verwijderen of beperken van de minder gezonde producten. 64 procent geeft aan interesse te hebben in dit productaanbod, maar hiervoor niet méér te willen betalen. De onderzoekers doen de volgende aanbevelingen:

- 1 Verlaging van de verkoopprijs voor gezonde producten en verhoging van de verkoopprijs voor minder gezonde producten. Medewerkers wilden niet uitsluitend gezonde producten: ze wilden keuze hebben. Maak daarom van de gezonde keuze de gemakkelijkste keuze.
- 2 Aanscherping van het productaanbod in de bedrijfsrestaurants, met meer oog voor gezonde producten.
- 3 Aandacht voor gezondere bereidingswijzen, door zo min mogelijk vet te gebruiken en zo veel mogelijk gebruik te maken van energiearme bereidingswijzen zoals grillen en wokken.
- 4 Acties, bijvoorbeeld gereduceerde prijzen voor gezond aanbod.
- 5 Zichtbare aandacht voor gezonde producten door bijvoorbeeld een label met 'gezond product'.
- 6 Themaweek gezonde voeding vanuit de cateraar met activiteiten in de bedrijfskantine om gezonde voeding te profileren en te promoten.
- 7 Het rapport geeft ook inzicht in de financiële consequenties van een gezond voedingsaanbod in bedrijfsrestaurants.

- Bron: www.arbo.nl/gezondheidsmanagement/dossiers-/voeding-en-gewicht/goede-praktijkvoorbeelden .

Bewegen

Met de nota *Sport, bewegen en gezondheid*⁶¹ stelde het kabinet zich in 2001 al ten doel om, onder andere, bewegingsarmoede tegen te gaan en sport en beweging in te zetten bij het voorkomen en behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen (bijvoorbeeld aandoeningen aan het bewegingsapparaat en mogelijk ook psychische klachten).

Een actieve leefstijl en het inzetten van sport en beweging bij de behandeling van ziekten en revalidatie levert behalve gezondheidswinst ook economische winst op. Deze werd ten tijde van het verschijnen van de kabinetsnota geschat op 725 miljoen euro, waarbij rekening gehouden is met de medische kosten door en het verzuim ten gevolge van sportblessures. Inzet van het kabinet was dan ook, naast het stimuleren van sport en beweging,

61 TK (2000-2001) 27 841, nr. 2.

om de gezondheidsrisico's van sportbeoefening (blessures, overbelasting, en gezondheidsrisico's door dopinggebruik) te reduceren.

Als het gaat om beweging dient een onderscheid gemaakt te worden tussen enerzijds fysieke activiteiten die samengaan met het werk dat iemand doet (tillen, duwen, staan, beeldschermwerk en repeterende handelingen) en anderzijds lichamelijke activiteiten die iemand los van het werk onderneemt. Uit verschillende Nederlandse studies blijkt dat intensieve lichamelijke activiteit (twee tot drie keer per week intensief sporten) samen gaat met een lager aantal ziekteverzuimdagen van werknemers⁶². Matig intensief bewegen heeft dit effect niet⁶³ en te veel en te gevaarlijk bewegen kan juist weer tot blessures en extra verzuim leiden⁶⁴.

Voor het omgaan met de fysieke belasting wordt arbobeleid ontwikkeld; het stimuleren van lichamelijke activiteit behoort veeleer tot het preventiebeleid van een organisatie. De interventies kunnen een aanbod van lunchwandelingen, fitness- en sportprogramma's inhouden, maar ook een nadrukkelijke verwijzing naar de trap in plaats van de lift. Verder kan de collectieve zorgverzekeraar van een bedrijf of instelling in samenwerking met de werkgever fitnessprogramma's aanbieden (bijvoorbeeld tegen gereduceerd tarief). Het toepassen van dergelijke bedrijfsbewegingsprogramma's leidt wel tot meer lichamelijke activiteit, maar een positief effect daarvan op ziekteverzuim, stress, werktevredenheid en productiviteit is nog niet aangetoond.

De directe kosteneffectiviteit van de beweegprogramma's op het werk is weliswaar nog nauwelijks onderzocht, maar een positief effect op de gezondheid lijkt plausibel. Eén Nederlandse studie liet zien dat een bewegingsprogramma geen besparingen opleverde door een verminderd ziekteverzuim van de deelnemers, maar dat de deelnemers wel fitter werden van het programma⁶⁵. Bovendien blijken beweegprogramma's op het werk sportactiviteiten te bevorderen en die zijn weer gunstig voor de gezondheid: dat geldt zowel voor de individuele als de groepsgerichte programma's. Vooral als het geven van sociale steun onderdeel van het programma uitmaakt, zijn deze beweegprogramma's effectief⁶⁶.

TNO stelt op grond van onderzoek dat 'beweegbeleid' alleen dan optimaal rendement zal opleveren als het wordt geïntegreerd in het totale bedrijfsbeleid, het HRM-beleid, gezondheidsbeleid en arbobeleid⁶⁷. Dat vraagt om Integraal Gezondheidsmanagement (zie ook paragraaf 3.5). Volgens TNO zijn dan een reeks van doelen te bereiken, zoals daling van

62 Proper, K.I. [et al.] (2006) Dose-response relation between physical activity and sick leave, pp. 173-178.

63 CBS (2007) *Gezondheid en zorg in cijfers 2007*.

64 Schultz, A.B., D.W. Edington (2007) Employee health and presenteeisme, pp. 547-579.

65 TNO (2005) *Naar een gericht BRAVO-beleid door bedrijfsartsen*.

66 RIVM (2009) *Effectiviteit van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid*, p. 17.

67 TNO (2007) *Meer bewegen kan uw bedrijf winst opleveren*, brochure.

het ziekteverzuim, minder (uitval door) rugklachten, rsi en psychische klachten, meer gemotiveerd en minder gestresst personeel, minder verloop en een positief bedrijfsimago. TNO biedt zelfs een softwareprogramma om verschillende vormen van bewegingsstimulering te berekenen voor elke specifieke bedrijfssituatie.

TNO schetst een aantal mogelijkheden voor bewegingsstimulering binnen arbeidsorganisaties, zoals:

- sporten op het werk in een aparte fitnessruimte;
- individuele leefstijladvisering met een advies op maat, een actieplan en begeleiding;
- sporten buiten het bedrijf door een collectief abonnement bij een sportschool of sportvereniging;
- lunchwandelen of sportief wandelen onder persoonlijke begeleiding;
- de Beweegtest: een instrument waarmee de werknemer kan zien of hij of zij voldoende beweegt;
- de TNO-Leefstijlscan, die werknemers inzicht geeft in hun leefstijl en persoonlijke adviezen geeft over gezond(er) leven.

Eén van de mogelijkheden is ook fietsen naar het werk. Fietsen is een lichamelijke activiteit die weliswaar los van het werk wordt ondernomen, maar wel in relatie staat met het werk wanneer het om het woon-werkverkeer gaat. Begin 2009 publiceerde TNO een onderzoek waaruit bleek dat regelmatig fietsen naar het werk leidt tot een lager ziekteverzuim. De onderzoekers becijferden dat de potentiële financiële winst van fietsen naar het werk kan oplopen tot 27 miljoen euro besparing op verzuimkosten op jaarbasis. De onderzoekers concludeerden dat meer fietsstimulerende maatregelen van de kant van de overheid en samenwerking met ondersteunende organisaties (bedrijven die fietsen naar het werk professioneel kunnen promoten) werkgevers over de streep kunnen trekken om te beginnen met of meer te investeren in een fietsbeleid. Ook stelden de onderzoekers dat meer inzicht nodig is in wat werknemers daadwerkelijk overhaalt om de fiets te pakken, om op basis daarvan succesvolle campagnes op te zetten teneinde het fietsen naar het werk te stimuleren⁶⁸.

Convenant Overgewicht

Op 27 januari 2005 is, mede naar aanleiding van de preventienota *Langer gezond leven 2004-2007*⁶⁹ van het kabinet, het Convenant Overgewicht⁷⁰ tot stand gekomen. Het convenant is ondertekend door de overheid, het bedrijfsleven (werkgevers- en werknemersorganisaties) en een groot aantal maatschappelijke organisaties. In het convenant is het probleem van overgewicht onderkend en wordt gesteld dat de oorzaak van overgewicht primair bij het individu ligt, maar dat er daarnaast ook een maatschappelijke oorzaak bestaat. Het kenniscentrum Overgewicht, waarbij ook TNO betrokken is, zorgt voor een

68 TNO (2009) *Regelmatig fietsen naar het werk leidt tot lager ziekteverzuim*.

69 Min. VWS (2003) *Langer gezond leven 2004-2007: Ook een kwestie van gezond gedrag*.

70 *Convenant Overgewicht*, Den Haag, 27 januari 2005.

actueel overzicht van de stand van onderzoek. Binnen TNO combineert men bovendien de kennis op het gebied van ziektes, gezonde voeding, bewegen en gedragsbeïnvloeding om voor obesitas gecombineerde, effectieve interventies te ontwikkelen⁷¹.

De convenantpartners willen met het convenant bevorderen dat het individu (indien nodig) de balans tussen eten (energie-inname) en bewegen (energieverbruik) herstelt.

Daarvoor zijn drie doelstellingen geformuleerd:

- Mensen en organisaties op een positieve wijze stimuleren iets aan overgewicht te doen
- De kennis over overgewicht en de bestrijding ervan uitbreiden
- De gezonde keuze voor individuen mogelijk én makkelijk maken.

De convenantpartners stellen hiervoor actieplannen op, onderverdeeld naar vier settings: 'thuis', 'school', 'werk', en 'recreatie'. Met betrekking tot de setting 'werk' is in het convenant voor het jaar 2008 een gezond aanbod van eten, drinken en sport- en beweegmogelijkheden binnen bedrijven een prioriteit. Doel is daarnaast te komen tot centrale aanbevelingen van werkgevers- en werknemersorganisaties gericht op cao-bepalingen over dit onderwerp.

Aanbevelingen Stichting van de Arbeid

De Stichting van de Arbeid geeft in de flyer *Bied tegenwicht aan overgewicht* (2008)⁷² handvatten om overgewicht aan te pakken. De Stichting van de Arbeid vindt het belangrijk dat het onderwerp overgewicht besproken wordt. Zowel werkgevers als werknemers hebben baat bij het voorkomen en tegengaan van overgewicht. Werkgevers en werknemers kunnen samen tegenwicht aan overgewicht bieden door activiteiten te ontplooiën die bijdragen aan een gezonde leef/werkstijl. Werkgevers kunnen aan de hand van Preventief Medische Onderzoeken (PMO's) en contracten met de arbodienstverlening werknemers gericht ondersteunen dan wel in meer brede zin gezondheidsbeleid binnen de organisatie vorm en inhoud geven. Tevens bestaat de mogelijkheid om (in relatie tot het arbeidsvoorwaardenbeleid) afspraken te maken over het bevorderen van gezondheid en bewegen. Op het niveau van de arbeidsorganisatie kan dit bij uitstek invulling krijgen via betrokkenheid van de medezeggenschapsorganen.

Bij het maken van afspraken en het ontwikkelen van activiteiten over gezonde voeding en beweging zijn de volgende uitgangspunten aan te raden:

- iedereen is zelf verantwoordelijk om voor zichzelf een goede balans te vinden tussen eten en bewegen;
- de werkgever stimuleert en faciliteert gezonde voeding en beweging op het werk zonder dat dit leidt tot geboden en verboden;

71 Zie: www.tno.nl.

72 StvdA (2008) *Bied tegenwicht aan overgewicht*.

3.4.3 *Conclusie leefstijlbeleid*

De bijdrage die het bedrijfsleven aan verdere reductie van het tabaks- en alcoholgebruik kan leveren, is relatief beperkt. Roken op de werkvloer is bij wet verboden en veelal is in cao's geregeld dat het gebruik van alcohol tijdens werktijd niet is toegestaan. Bovendien vindt roken en alcohol drinken vooral plaats in de privésfeer, zodat de invloed vanuit de arbeidsorganisatie op deze gedragingen relatief gering is. Wel zou problematisch drinkgedrag door de bedrijfsarts kunnen worden gesignaleerd. Tevens kan de werkgever een stoppen-met-roken-cursus aanbieden. Overigens blijkt uit evaluatieonderzoek dat voor het ontmoedigen van roken een veelomvattend en stevig pakket van overheidsmaatregelen het meest effectief is en dat vooral een verhoging van de accijns op roken en wetgeving (rookverboden) effectieve instrumenten zijn. Daarvoor zijn draagvlak en naleving echter essentieel.

Ten aanzien van voeding en beweging in relatie tot overgewicht hebben werkgevers en werknemers hun betrokkenheid en verantwoordelijkheid laten blijken door deel te nemen in het Convenant Overgewicht. Effectstudies toonden aan dat verlaagde prijzen van gezond voedsel en een grotere beschikbaarheid daarvan een positief effect hebben. De actieplannen uit het Convenant sluiten daarbij aan. Het stimuleren van mensen om gezond te eten en te bewegen en het makkelijk maken van gezonde keuzes (voor voeding en beweging) zijn belangrijke doelstellingen. Bewegen tijdens het werk vormt daarnaast onderwerp van aandacht in het kader van het arbobeleid. Ook de Stichting van de Arbeid bracht aanbevelingen uit over omgaan met overgewicht op de werkvloer. Ze benadrukte daarin dat iedereen binnen de arbeidsorganisatie zelf verantwoordelijk is voor een goede balans tussen eten en bewegen, maar dat de werkgever – zonder geboden en verboden – wel het bereiken van een dergelijke balans kan stimuleren en faciliteren.

3.5 **Beschouwing preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties**

In dit hoofdstuk is een beeld geschetst van het brede preventiebeleid in arbeidsorganisaties. Dit beleid heeft drie pijlers: gezondheidsmanagement, HRM-beleid en leefstijlbeleid. In het voorgaande werd het beleid binnen arbeidsorganisaties beschreven dat van belang is voor de duurzame inzetbaarheid van werknemers.

Deze tour d'horizon langs alle vormen van preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties laat duidelijk zien dat werkgevers en werknemers het belang van duurzame inzetbaarheid en daarmee van een goede gezondheid van werknemers erkennen. Beiden voelen zich in belangrijke mate verantwoordelijk voor het bevorderen van die inzetbaarheid. Vanuit dit verantwoordelijkheidsbesef zijn door en in samenwerking met bedrijven en organisaties diverse vernieuwende initiatieven ontwikkeld, veelal zonder dat dit door wetgeving wordt voorgeschreven. Ook in dat perspectief is het aantal initiatieven op het gebied van preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties groot en divers. Het gaat daarbij zowel om sectorspecifieke maatregelen (bijvoorbeeld gericht loopbaanplanning voor

werknemers met een fysiek zwaar beroep) als ook om generiek toepasbare interventies (zoals het faciliteren van sportieve activiteiten of het bevorderen van een gezonde voeding). Deze maatregelen en interventies zijn bevorderlijk voor de duurzame inzetbaarheid van werknemers; bovendien kunnen bedrijven zich met beleid gericht op inzetbaarheidsbevordering dat succesvol uitwerkt, profileren als een aantrekkelijke werkgever. Aantrekkelijk, omdat het voor werknemers ook steeds belangrijk wordt om gedurende hun hele loopbaan hun work ability, employability en vitaliteit op peil te houden.

Gelet op wat binnen arbeidsorganisaties aan preventiebeleid ontwikkeld is en wordt, komt het volgens de raad nu vooral aan op verdere intensivering en implementatie van de vele ontwikkelde maatregelen en interventies.

Zoals hierna duidelijk wordt, kunnen de beleidslijnen ‘gezondheidsmanagement’, ‘HRM-beleid’ en ‘leefstijlbeleid’, wanneer ze in alle aspecten van de bedrijfsvoering terugkomen, elkaar aanvullen en versterken, zodat er sprake is van ‘integraal gezondheidsmanagement’ binnen de arbeidsorganisatie.

Gezondheidsmanagement

Wat het gezondheidsmanagement in arbeidsorganisaties betreft werd in het voorgaande geconstateerd dat de nieuwe arbowetgeving – zoals beoogd – heeft geleid tot een grotere gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers. Het is evenwel duidelijk dat het maken van afspraken op het meer concrete niveau van arbocatalogi en RI&E’s tijd vraagt en dat er sprake is van verschillende snelheden bij bedrijven. In de besproken onderzoeken zijn soms al suggesties gedaan voor oplossingsrichtingen die het overwegen waard zijn. Het blijft van belang dat branches arbo-instrumenten zoals de arbocatalogus en branche-eigen ri&e’s blijven ontwikkelen. Verder werd geopperd om gebruik te maken van de deskundigheid van de werknemers bij het maken van een RI&E en het bijbehorende plan van aanpak. Een voorstel dat voor alle bedrijven zinvol kan zijn. Betrokkenheid van deskundige werknemers bij de RI&E – bij de inventarisatie, het opstellen van het plan van aanpak en de invoering daarvan – zou de kwaliteit ervan kunnen verbeteren en tegelijkertijd het risicobesef van werknemers kunnen aanscherpen.

De binnen de arbocuratieve zorg gebruikte instrumenten werden in dit hoofdstuk gezien op hun effectiviteit. De aangehaalde effectiviteitsstudies maakten duidelijk dat deze zorg met name effectief is als aan een aantal voorwaarden is voldaan: de zo snel mogelijke terugkeer naar werk van de betrokken werknemer wordt bevorderd via een in overleg tussen werkgever, werknemer, bedrijfsarts en zorgverlener afgesproken maatwerk werk-aanpassing, alsmede afhankelijk van de aard van de problematiek via een multidisciplinaire aanpak. Willen dergelijke effectieve strategieën ruimere toepassing kunnen krijgen, dan zou daarvoor wel financiële ruimte moeten worden gecreëerd. Denkbaar is dat die ruimte gezocht wordt in de sfeer van de (toepasselijke) verzekeringen. Niet alleen voor de zorg voor individuele werknemers, maar ook voor het meer algemene preventiebeleid in de arbeidsorganisatie zouden werkgevers, werknemers, bedrijfsartsen om de tafel kunnen

gaan zitten om – samen met de verzuim- en zorgverzekeraars – een maatwerkpreventiepakket te maken, passend bij de branche of bedrijfstak.

HRM-beleid

Werken aan de employability van werknemers: dat is in steeds meer bedrijven praktijk geworden, zo is in dit hoofdstuk geconstateerd. Dit is mede een gevolg van het toenemende besef bij werkgevers en werknemers dat opleiding en ontwikkeling onmisbaar is voor duurzame inzetbaarheid, vooral voor werknemers die in ‘zware’ beroepen werken. Wat dit betreft vormt de bouwsector een goed voorbeeld: daar worden loopbaantrajecten aangeboden die een overstap mogelijk maken naar een andere, minder zware functie binnen de sector of een baan elders, in een andere sector. Een aandachtspunt is daarbij hoe naast de verantwoordelijkheid van de werkgever ook de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer valt vorm te geven. Verder rijst ook hier de vraag hoe aandacht voor ‘employability’ in het mkb verder ontwikkeld en gestimuleerd zou kunnen worden, temeer daar in het mkb niet zonder meer duidelijk is dat investeringen in ‘employability’ een aantrekkelijke business-case vormen.

Omdat werkende ouders en oudere werknemers in de komende decennia structureel nodig zijn op de arbeidsmarkt, zullen arbeidsorganisaties niet om ‘levensfasebewust’ personeelsbeleid heen kunnen. Dit is beleid dat zodanig afgestemd is op de belasting en belastbaarheid en de wensen en behoeftes in de verschillende levensfasen van werknemers, dat zij productief en gezond hun pensioen kunnen halen. Ook dit vraagt om maatwerk: overleg en afstemming tussen werkgevers, leidinggevenden en medewerkers over oplossingen die toegesneden zijn op de organisatie en de specifieke behoeftes van de werknemer. Onderzoekers en ter zake deskundigen wijzen erop dat dergelijk overleg en beleid een ondersteunende leiderschapsstijl veronderstelt die kan botsen met een ‘afrekencultuur’ in de organisatie. De verhouding tussen ondersteunen en ‘afrekenen’ zal dan ook bij de verdere ontwikkeling van levensfasebewust beleid om extra aandacht te vragen.

Leefstijlbeleid

Als het gaat om roken – leefstijlgedrag dat de gezondheid ernstig kan schaden – is er in Nederland inmiddels een zodanig veelomvattend pakket van wettelijke regels, dat werkgevers aan het terugdringen van roken nog maar zeer beperkt kunnen bijdragen. Gelet op de steun en stimulans die mensen kunnen ervaren van ‘lotgenoten’ die eenzelfde gedragsverandering nastreven, zou in dit kader een aanbod van de werkgever van groeps-cursussen met collega’s het overwegen waard zijn.

Ten aanzien van voeding en beweging hebben werkgevers en werknemers hun betrokkenheid en verantwoordelijkheid onder meer laten blijken uit het Convenant Overgewicht. Uitgangspunt is dat iedereen binnen de arbeidsorganisatie zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar eigen leefstijl. Dat impliceert dat leefstijlbeleid werknemers altijd ruimte zal moeten bieden voor eigen keuzes. Wel kunnen werkgevers zorgen dat voorwaarden voor het kunnen vormgeven aan een eigen verantwoordelijkheid – zoals kennis en inzicht in

de risico's van leefstijlgedrag, de beschikbaarheid en prijs van gezonde keuzes – zo veel mogelijk vervuld zijn. Daarbij rijst wel steeds de vraag wat een goede balans is tussen aansporen en vrijlaten en welke instrumenten in dit kader niet alleen effectief, maar ook passend zijn.

4 Aandacht reguliere gezondheidszorg voor factor ‘arbeid’

4.1 Inleiding

SER-advies Sociale zekerheid en gezondheidszorg

Over de behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen in de reguliere gezondheidszorg boog de SER zich al eens in 1998 met het advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*. Daarin constateerde de raad belemmeringen in de zorgsector voor het optimaal behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten. Het betrof tekortschietende kennis en een inadequate attitude in de zorgsector waar het de sociaal-medische en arbeidsrelevante aspecten van ziekten en aandoeningen betreft. Daarnaast leidde een gebrekkige samenwerking en informatie-uitwisseling tussen huisartsen en bedrijfs- en verzekeringsartsen tot knelpunten.

De raad adviseerde naar aanleiding van deze belemmeringen om beleid te ontwikkelen gericht op vergroting van de aandacht, kennis en deskundigheid met betrekking tot arbeidsrelevante aandoeningen in de curatieve sector en de AGGZ (ambulante geestelijke gezondheidszorg). Daarnaast adviseerde de raad om in te zetten op een verbetering van de samenwerking, communicatie en afstemming tussen de medici en beroepsbeoefenaars onderling en tussen de drie onderscheiden sectoren: curatieve somatische en geestelijke gezondheidszorg, arbozorg/bedrijfsgezondheidszorg en de socialeverzekeringssector. De raad pleitte ervoor dat betrokken partijen programma's zouden ontwikkelen die gericht zijn op een integrale benadering van alle onderdelen van het zorgproces (ketenbenadering). Ook zou de mogelijkheid moeten komen om onder bepaalde voorwaarden binnen de reguliere zorg gespecialiseerde voorzieningen op het gebied van aandoeningsgerichte zorg op te zetten. Deze zouden gericht moeten zijn op het duurzaam gezond houden van werknemers die lijden aan specifieke aandoeningen, en daarmee ook op het voorkomen van ziekteverzuim dan wel op de bevordering van terugkeer in het arbeidsproces.

In het advies is preventie van ziekteverzuim en re-integratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers tevens gezien in relatie tot het toen geldende zorgstelsel, dat wil zeggen de structuur en financiering van de gezondheidszorg. Ten tijde van het uitbrengen van het advies werd het stelsel gekenmerkt door aanbodsturing en prijsregulering, hetgeen leidde tot wachtlijsten en ondoelmatige zorg. De raad achtte het wenselijk en noodzakelijk om – binnen een algemeen beleid gericht op reductie van wachttijden – ook aandacht te schenken aan de gevolgen van niet-tijdige en inadequate zorgverlening voor de mogelijkheid van de werkende patiënt om weer volwaardig deel te nemen aan het arbeidsproces.

Wat is de huidige situatie als het gaat om ‘aandoeningsgerichte zorg voor werknemers’ en wachttijden in de zorg – punten die door de SER tien jaar geleden van groot belang werden geacht?

Wat 'aandoeningsgerichte zorg voor werknemers' betreft schetst dit hoofdstuk een reeks van initiatieven vanuit de reguliere zorg om hieraan een bijdrage te leveren. Het hierna volgende overzicht pretendeert niet volledig te zijn. Naarmate de partijen van overheidswege (onder meer door het nieuwe zorgstelsel) meer vrijheid wordt gegund, ontstaat er meer ruimte voor (diversiteit aan) initiatieven om de gezondheidsbevordering van werknemers te bewerkstelligen.

Dit illustreert tevens dat het begrip 'reguliere zorg' steeds minder eenduidig wordt. Traditionele zorgaanbieders, maar ook verzekeraars, richten zich naast hun 'oude' taken op een gevarieerd aanbod van preventie, zorg en dienstverlening. Deze ontwikkeling brengt met zich mee dat het lastig is in kaart te brengen wat het aanbod en gebruik van dergelijke initiatieven is en of de bijdrage aan gezondheidswinst en arbeidsproductiviteit van deze actoren in de zorgsector substantieel is.

Wat gegevens over wachttijden voor ziekenhuiszorg betreft: mede als gevolg van het 'boter bij de vis'-beleid¹ van de minister van VWS in 2001 en 2002 is het wachtlijstprobleem waaraan hiervoor werd gerefereerd, al vóór 2005 aanzienlijk gereduceerd. Dat is zichtbaar in de omvang van de productie van ziekenhuizen (meer mensen zijn geholpen) en in afnemende wachtlijsten en wachttijden².

Het bedrijf MediQuest verzamelt sinds 2005 gegevens over wachttijden voor ziekenhuiszorg en publiceert deze op de voorlichtingssite www.kiesbeter.nl. Daarbij gaat het zowel om wachttijden voor de poliklinische zorg als voor ziekenhuisopnames, uitgesplitst naar medisch specialisme. Uit de meest recente gegevens van MediQuest kan geconcludeerd worden dat er een groot verschil bestaat in de wachttijden van ziekenhuizen, en daarbinnen ook van de specialismen onderling. Gemiddeld liggen de wachttijden rond de Treeknorm³. Voor patiënten en/of hun zorgverzekeraars bestaat veelal de mogelijkheid om een ziekenhuis met een (relatief) korte wachttijd te kiezen.

Ook de Nederlandse Zorgautoriteit publiceert analyses van wachttijden voor ziekenhuiszorg. Nadat de maatregelen uit 2001 en 2002 effect gesorteerd hadden, is in 2005 een belangrijk deel van de zorg waarvoor wachtlijsten (kunnen) bestaan omdat het planbare zorg betreft, ondergebracht in het B-segment. Dit is het segment van de medisch specialistische zorg waarvoor vrije prijsvorming geldt. In de *monitor Ziekenhuiszorg 2008* concludeert de NZa op basis van gegevens uit het DIS (DBC Informatie Systeem) dat de wachttijden in het B-segment licht afgenomen lijken te zijn. Onder andere knie- en heupoperaties en

1 'Boter bij de vis' hield in dat er extra geld beschikbaar kwam op voorwaarde dat dit tot concrete resultaten (productiegroei om wachtlijsten weg te werken) leidde.

2 http://www.minvws.nl/artikelen/staf/presentatie_begroting_2002.asp.

3 In het zogenaamde Treekoverleg hebben brancheorganisaties van zorgaanbieders en verzekeraars afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg. Per sector en soms per zorgproduct zijn de maximaal aanvaardbare wachttijden vastgesteld (de zogenaamde Treeknormen).

hernia's maken onderdeel uit van het B-segment, en laten een daling van de wachttijd zien in de periode sinds 2005. De NZa merkt echter wel op dat de gegevens voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden, vanwege fluctuaties in de aanlevering van wachttijdgegevens door ziekenhuizen en het gebruik van verschillende definities in wachttijdregistraties⁴.

Hieronder is beschreven of en hoe in de somatische en de geestelijke gezondheidszorg aandacht wordt gegeven aan de factor arbeid. Wordt in de reguliere gezondheidszorg rekening gehouden met het werkzaam zijn van patiënten en met de betekenis van hun gezondheidsproblemen voor het werk dat zij doen of – omgekeerd – met de betekenis van hun werk voor de gezondheidsproblemen die ze ervaren?

Daaraan voorafgaand wordt bezien in hoeverre preventie behoort tot de verzekerde zorg in het huidige zorgstelsel. De aard en omvang van het verzekerde preventiepakket geeft immers al één van de manieren aan waarop de reguliere zorg werkenden ondersteunt in het voorkomen van gezondheidsproblemen en daarmee in hun blijvende participatie op de arbeidsmarkt.

4.2 Zorgstelsel en preventie

Nieuwe zorgstelsel

In 2006 is het nieuwe zorgstelsel ingevoerd. Het nieuwe stelsel beoogt de zorg in Nederland toekomstbestendig te maken, de zorg efficiënter te organiseren en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Waar het oude stelsel uitging van aanbodsturing, gaat het nieuwe stelsel uit van vraagsturing. Belangrijke kenmerken van het nieuwe stelsel volgen uit de Zorgverzekeringswet. Deze kenmerken zijn onder andere: de verplichte verzekering tegen ziektekosten voor alle Nederlandse ingezetenen (verzekeringsplicht), de vrije keuze voor de zorgverzekeraar bij wie de verzekering wordt afgesloten (met de mogelijkheid om eens per jaar over te stappen) en de acceptatieplicht voor de basisverzekering door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen met elkaar concurreren op de nominale premie⁵. Hierdoor bestaat een prikkel voor de zorgverzekeraars om de zorg doelmatig in te kopen. Daarbij is er de mogelijkheid om selectief bepaalde zorgaanbieders te contracteren. Zorgaanbieders concurreren om de gunst van zorgvragers aan de hand van kwaliteit, prijs en doelmatigheid⁶.

4 NZa (2008) *Monitor Ziekenhuiszorg 2008*.

5 De inkomsten van zorgverzekeraars bestaan naast de nominale premie uit de vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Dit fonds wordt gevuld uit de inkomensafhankelijke bijdragen en uit rijksbijdragen.

6 In SER (2008) *Advies Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ* is een uitgebreide beschrijving van de Zorgverzekeringswet (Zvw) opgenomen (pp. 38-41). Hier wordt volstaan met de verwijzing naar dit advies.

Naast de Zorgverzekeringswet (Zvw) vormen de Wet toelating Zorginstellingen (WTZi)⁷ en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg)⁸ de belangrijkste wetten van het nieuwe zorgstelsel. In tegenstelling tot het oude stelsel kent het nieuwe stelsel een functiegerichte benadering: niet meer het type zorgaanbieder staat centraal, maar het type zorg dat wordt verleend. Er zal worden toegewerkt naar een situatie waarin de regelgeving zodanig is ingericht dat op dezelfde zorg ook dezelfde regels (zoals bijvoorbeeld op het gebied van bekostiging, planning, toelating en toetreding) van toepassing zijn. Dat zorgt voor een gelijk speelveld tussen zorgaanbieders en draagt bij aan ontschotting tussen verschillende sectoren van zorgaanbieders.

Preventie in het basispakket

De minister van VWS wilde, zo bleek uit de eerder genoemde nota *Gezond zijn, gezond blijven* (zie deel 1, hoofdstuk 4), via de Zvw individuele preventie tot een vanzelfsprekend onderdeel van de dagelijkse zorgverlening maken. In zijn daaropvolgende kaderbrief over preventie en gezondheid kondigde de minister aan dat er meer preventie in het basispakket zou worden opgenomen.

Een deel van de verzekerde zorg in het basispakket bestaat al uit preventieve zorg en de lijst preventie-interventies die voor vergoeding in aanmerking komen, groeit nog steeds. Het basispakket omvat nu bijvoorbeeld gebitscontroles, zwangerschapscontroles en cholesterol- of bloeddrukverlagende medicijnen voor mensen met een verhoogd risico.

De minister van VWS heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) gevraagd te adviseren over de vormen van preventie die in aanmerking zouden moeten komen voor vergoeding via de basisverzekering. Naar aanleiding daarvan heeft het CVZ het advies *Van Preventie verzekerd* uitgebracht (zie ook deel 1, hoofdstuk 5). Het CVZ beperkt zich tot vormen van individuele preventie die erop gericht zijn bij een individu met verhoogd risico ziekte te voorkomen: de zogenaamde geïndiceerde preventie. Daaronder vallen behandeling en interventies in de vorm van gedrags- of leefstijlverandering. Daarnaast gaat het om zorggerelateerde preventie: zorg voor zieken om complicaties en negatieve gevolgen van de ziekte te voorkomen.

Het CVZ concludeert dat zowel de Zorgverzekeringswet (Zvw) als de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) mogelijkheden biedt voor deze vormen van individuele preventie, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Zo moet de verzekerde een ziekte of een hoog risico op ziekte hebben en dient de preventie-interventie te voldoen aan de stand van de wetenschap en (voor de Zvw) aan het criterium “zoals huisartsen, specialisten etc.

7 De WTZi is de opvolger van de WZV (Wet Ziekenhuisvoorzieningen) en maakt de toetreding van nieuwe zorgaanbieders gemakkelijker en laat een winstogmerk bij zorgaanbieders onder voorwaarden toe.

8 De Wmg is de opvolger van de WTG (Wet Tarieven Gezondheidszorg) heeft als doel meer concurrentie te krijgen in de zorg. De wet regelt onder andere het toezicht op alle zorgmarkten (zorgverzekering, zorginkoop én zorgverlening), op de ontwikkeling van deze markten en op formulieren en procedures in de zorg. Ook vallen alle prestaties en tarieven die eerst onder de WTG vielen, nu onder de WMG.

dat plegen te bieden". Zorgverzekeraars en zorgverleners zouden volgens het CVZ de mogelijkheden van deze wetten beter kunnen benutten.

Wat de praktijk van de preventie betreft stelt het CVZ vast dat de beroepsbeoefenaren in de eerste- en tweedelijns zorg op grond van voor hen geldende richtlijnen en standaarden meer aan preventie zouden kunnen doen.

Volgend op dit kaderstellend advies, brengt het CVZ vijf afzonderlijke rapporten uit over de vraag welke preventieve zorg verzekerde zorg is, waarbij wordt aangesloten bij de speerpunten uit de kabinetsnota *Kiezen voor gezond leven* van oktober 2006⁹. Die speerpunten zijn: roken, depressie, overgewicht, diabetes en schadelijk alcoholgebruik.

Het eerste van deze vijf rapporten, met als onderwerp preventie van depressie, is in oktober 2008 verschenen¹⁰. De overige rapporten worden naar verwachting in het voorjaar van 2009 uitgebracht. Dan zal ook duidelijk worden of cursussen 'Stoppen met roken' en de 'beweegkuur' in aanmerking komen voor opname in het basispakket.

Volgens het CVZ behoren vier depressiepreventietherapieën¹¹ tot de verzekerde zorg. Dat zijn: cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, 'problem solving'-therapie en psycho-educatie. Deze vormen van preventieve zorg zijn bij subklinische depressie (iemand heeft depressieve klachten maar voldoet niet aan alle criteria voor een diagnose depressie) effectief gebleken. Effectieve preventieve interventies kunnen voorkomen dat een subklinische depressie zich ontwikkelt tot een 'echte' depressie. Daarom, zo stelt het CVZ, is het zinvol om de drempel voor gebruik van deze therapieën zo laag mogelijk te maken en ze te benoemen als verzekerde aanspraken in de Zorgverzekeringwet. Dit geldt temeer daar de kosten van depressie in de leeftijdsgroep 18 tot 65 jaar jaarlijks 1,3 miljard euro bedragen: kosten in de gezondheidszorg, maar vooral in de arbeidsproductieve sfeer. Als ook jongeren en 65-plussers worden meegerekend, zijn de maatschappelijke kosten van depressie nog aanzienlijk hoger, zo stelt het CVZ¹².

Daarnaast vergoeden veel zorgverzekeraars diverse vormen van preventieve zorg in de aanvullende verzekering; bijvoorbeeld preventieve geneesmiddelen, preventieve inenting,

9 TK (2006-2007) 22 894, nr. 110.

10 CVZ (2008) *Preventie van depressie: Verzekerde zorg?*

11 Het CVZ-rapport beschrijft deze therapievormen als volgt: *Cognitieve gedragstherapie* (CGT) is een mengeling van gedragstherapie en interventies die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve therapie. *Interpersoonlijke therapie* (IPT) wordt overwegend toegepast bij stemmings- en angststoornissen en ontleent zijn kracht aan de sociale interactie tussen cliënt en hulpverlener. *Problem solving therapy* (PST) betreft een inhoudelijk tot in detail uitgewerkt gespreksmodel dat oplossingsvaardigheden van patiënten met depressieve klachten vergroot. *Psycho-educatie*: een aantal interventies bevat een onderdeel psycho-educatie (bv. bibliotherapie), maar ontleent hun werkzaamheid vooral aan CGT, IPT of PST waarop deze interventies gebaseerd zijn. Deze interventies worden ook wel 'minimale interventies' genoemd en dienen te voldoen aan gestandaardiseerde kwaliteitscriteria.

12 CVZ (2008) *Preventie van depressie: Verzekerde zorg?*, p. 11.

hulp bij stoppen met roken of fitnesskosten¹³. Individuele gezondheidsbevordering via leefstijlinterventies is op dit moment nog niet in het basispakket opgenomen.

Er wordt wel gesteld dat zorgverzekeraars een belemmering kunnen ervaren om te investeren in preventie. Die drempel zou zijn dat veelal onbekend is of, en op welke termijn hun investeringen kostenbesparingen opleveren. De omvang van de baten van preventie staat veelal niet vast en bovendien is onduidelijk waar eventuele baten zullen neerslaan. Als verzekerden van verzekeraar wisselen, zal mogelijk een concurrent de vruchten van preventie plukken. Dit wordt de 'preventieparadox' genoemd. De minister van VWS relateert de betekenis van deze paradox, omdat maar zo weinig verzekerden (5 procent) van de jaarlijks overstapmogelijkheid gebruikmaken. Er zijn verschillende oplossingen aangedragen om verzekeraars te prikkelen toch werk te maken van preventie. Het RIVM somt ze op¹⁴:

- meerjarige polissen, waardoor verzekerden minder vaak kunnen overstappen;
- een 'health transfer system' waarin verzekeraars elkaar compenseren voor gemaakte preventiekosten;
- een preventiefonds, waarin verzekeraars een vast percentage storten en waaruit preventieactiviteiten betaald kunnen worden;
- een aanpassing van het risico-vereveningssysteem, waardoor extra preventiekosten voor verzekerden met een hoog risico gecompenseerd worden.

Overigens zij daarbij opgemerkt dat meerjarige polissen het nadeel kennen dat deze de keuzevrijheid van de consument beperken.

Een al bestaande mogelijkheid is dat verzekeraars de in 2008 ingevoerde grotere bijdrage uit het vereveningsfonds voor verzekerden met een lage sociaal-economische status voor preventie inzetten. Een andere mogelijkheid om de preventieparadox te verminderen is door het eigen risico als sturingsinstrument te gebruiken.

In de praktijk blijkt de preventieparadox geen doorslaggevende rol te spelen in de overwegingen van verzekeraars om al dan niet in hun polissen preventieve interventies aan te bieden. Gebruikmakend van heldere criteria op het gebied van indicatiestelling en (kosten)effectiviteit, selecteren zorgverzekeraars die vormen van preventie voor vergoeding waarbij de preventieparadox zich niet voordoet. Bovendien kunnen zorgverzekeraars zich met een aanbod van preventie-interventies op de markt profileren. Deze ontwikkeling past in een verschuiving van de taakopvatting van zorgverzekeraars van schadeverzekeraar naar kritische zorginkoper, zoals met het nieuwe zorgstelsel is beoogd. Om het nieuwe stelsel goed te laten functioneren is kritische, selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars nodig¹⁵.

13 Zie: <http://www.zorgverzekeraars.nl/Gezondheid/Preventie/index.asp>.

14 Zie het Nationaal Kompas Volksgezondheid, www.rivm.nl/vtv/object_document/o8654n40969.html.

15 RVZ (2008) *Zorginkoop*; NZa (2007) *Richting geven aan keuzes*.

Door de wensen en voorkeuren van verzekerden door te laten klinken in het zorginkoopbeleid kan de verzekeraar met een aanbod van preventie-interventies tegemoetkomen aan behoeften van individuele verzekerden en in geval van een collectief contract de behoeften van werkgevers en werknemers. Daarmee kan de verzekeraar de verzekerden voor een langere tijd aan zich binden.

Indien preventie-interventies gericht op individuen onder de verzekerde aanspraak komen te vallen, heeft dat gevolgen voor de financiering. Het ministerie van VWS stelde dan ook de voorwaarde dat het opnemen van preventie in het basispakket budgettair inpasbaar moet zijn¹⁶. Bij preventie die in een aanvullende verzekering is opgenomen, moeten werkgevers en zorgverzekeraars in de collectieve contracten die zij sluiten een wederzijds belang vinden waar het gaat om het begrenzen van het aantal interventies dat via de verzekering wordt vergoed. In de I-Database van het Centrum Gezond Leven¹⁷ zijn op dit moment enkele duizenden leefstijlinterventies opgenomen en dit aantal neemt nog steeds toe. Via de loketfunctie van dit centrum wordt informatie over deze interventies beschikbaar gesteld aan professionals, waaronder bedrijfsartsen.

De preventieparadox zou overigens ook kunnen gelden voor werkgevers die preventiebeleid voeren. Ook voor hen bestaat een risico dat de opbrengsten van preventiebeleid (in termen van gezondheidswinst) zich pas manifesteren op het moment dat werknemers niet meer voor hen werkzaam zijn, hetzij doordat de werknemers al met pensioen zijn, hetzij doordat ze naar een andere werkgever zijn overgestapt. Daar staat tegenover dat opbrengsten van preventiebeleid in termen van een grotere work ability, employability en vitaliteit van werknemers zich niet pas op de lange termijn voordoen, maar vooral ook op de korte termijn.

Preventieprogramma hoeft niet ten laste van eigen risico

In 2008 is, tegelijk met het afschaffen van de no-claimregeling, een verplicht eigen risico binnen de basisverzekering geïntroduceerd (150 euro in 2008, in 2009 verhoogd naar 155 euro). Met ingang van 2009 hebben de zorgverzekeraars de wettelijke mogelijkheid gekregen om het eigen risico te differentiëren: ze kunnen vormen van zorg aanwijzen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven. Hiermee kunnen zorgverzekeraars het verplicht eigen risico als sturingsinstrument gebruiken, bijvoorbeeld om patiënten te 'sturen' naar doelmatige zorg die de verzekeraar heeft gecontracteerd of naar preventieprogramma's. Het instrument is niet beperkt tot bepaalde zorgvormen. De regeling maakt dat zorgverzekeraars kunnen besluiten om de kosten van zorg die samenhangen met de behandeling van diabetes, depressie, hartfalen, overgewicht of

16 TK (2007-2008) 22 894, nr. 134.

17 Het Centrum Gezond Leven (CGL) biedt lokale professionals een platform voor kennisuitwisseling op het gebied van gezondheidsbevorderende leefstijlinterventies. Het maakt bestaande interventies voor een brede groep beschikbaar en controleert de kwaliteit en samenhang. Het Centrum Gezond Leven is ondergebracht bij het RIVM en werkt samen met gezondheidsbevorderende instanties, GGD'en, thuiszorgorganisaties, GGZ-instellingen, onderwijsbegeleidingsdiensten en gemeenten.

chronisch obstructief longlijden niet mee te laten tellen voor het eigen risico. Voorwaarde is dat de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma volgt ter voorkoming van een van deze aandoeningen.

De NZa meldt dat 18 van de 30 zorgverzekeraars in hun modelovereenkomsten¹⁸ voor 2009 hebben opgenomen dat zij gebruik kunnen maken van de mogelijkheid om vormen van zorg aan te wijzen die niet ten laste¹⁹ worden gebracht van het verplicht eigen risico. Uiteindelijk hebben 15 zorgverzekeraars dat ook feitelijk gedaan. In totaal betreft dit 58 procent van de verzekerden²⁰. De NZa geeft aan dat het hierbij voornamelijk om zorg uit het B-segment gaat. In 2009 hebben zorgverzekeraars het sturingsinstrument nog niet ingezet voor het stimuleren van gezond gedrag en het volgen van preventieprogramma's.

De zorgverzekeraar kan de werkgever extra aanzetten tot preventie door in samenwerking met de verzuimverzekeraar een pakket preventieactiviteiten aan te bieden, waarbij de bijdrage van de werkgever aan de kosten wordt 'ontdubbeld'. Zo wordt gezorgd dat de werkgever niet via de werkgeversbijdrage aan de Zvw én via het preventiepakket van de verzuimverzekeraar tweemaal betaalt voor dezelfde diensten. Dit is ook in het belang van de zorgverzekeraar en verzuimverzekeraar: als door ontdubbeling van kosten het animo bij de werkgever voor preventieactiviteiten groeit, kunnen voor deze verzekeraars op langere termijn de zorg- en verzuimkosten verminderen.

Preventie in de huisartspraktijk

Uit onderzoek van het RIVM en NIVEL, gebaseerd op 212 video-opnamen van consulten voor hoge bloeddruk, kwam naar voren dat leefstijl nog weinig onderwerp van gesprek is bij de huisarts, en ook dat de frequentie en kwaliteit van leefstijladviezen nog te verbeteren zijn. Onderzoekers constateerden dat in 40 procent van de consulten voor hoge bloeddruk komt het onderwerp 'leefstijl' aan de orde komt. In 36 procent van de consulten komt de huidige leefstijl van de patiënt (meestal alleen qua voeding en gewicht) ter sprake. In 17 procent van de consulten geeft de huisarts een leefstijladvies. Maar in slechts een op de vijf van deze consulten vraagt hij naar de motivatie of barrières van de patiënt om zijn gedrag te veranderen. Bevorderende factoren worden helemaal niet besproken. Het initiatief om leefstijl ter sprake te brengen in het consult ligt deels bij de huisarts en deels bij de patiënt. Meestal initieert de patiënt het gesprek over voeding en lichamelijke activiteit; een gesprek over gewicht of roken blijkt vooral van de huisarts uit te gaan²¹.

-
- 18 Een modelovereenkomst is een model van een zorgverzekeringsspolis, waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten die de verzekeringnemer (de verzekerde) en de zorgverzekeraar ten opzichte van elkaar hebben indien een overeenkomst volgens het desbetreffende model wordt gesloten (art. 1 Zvw).
- 19 Het eigen risico wordt echter niet 'kwijtscholden', maar de kosten van zorg worden 'niet ten laste gebracht van het eigen risico'. Als de verzekerde andere zorg gebruikt die wel onder het eigen risico valt, wordt hij dus alsnog geconfronteerd met een eigen risico.
- 20 NZa (2009) *Monitor Eigen risico: Tweede rapportage*.
- 21 Milder, I.E.J. [et al.] (2008) Lifestyle counseling in hypertension-related visits. In het onderzoek is gebruikgemaakt van gegevens uit de Tweede Nationale studie uit 2000/2001.

Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat preventie een meer vanzelfsprekend onderdeel moet gaan uitmaken van de reguliere zorgverlening²². De huisarts kan, vanwege de laagdrempelige toegang, een belangrijke rol spelen in het vroegtijdig opsporen van mensen die vanwege hun risicoprofiel in aanmerking (moeten) komen voor preventieve maatregelen.

In januari 2009 publiceerde het NIVEL een onderzoek met als doel inzicht te krijgen in de huidige attitude en werkwijze van huisartsen ten aanzien van (hun rol in) preventieve activiteiten. Daarbij is gekeken naar de mogelijkheden om een 'preventieconsult' in te voeren, voor mensen die vragen hebben over hun gezondheid. Het onderzoek richtte zich specifiek op de module hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten als belangrijk onderdeel van het preventieconsult²³.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat ongeveer een kwart van de huisartsen patiënten actief oproept voor preventieve metingen voor het inschatten van het risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten. Preventieve metingen worden voornamelijk uitgevoerd als de patiënt hier tijdens het consult zelf om vraagt of wanneer mensen voor andere klachten bij de huisarts komen. De meeste huisartsen zijn van mening dat opsporing met name gericht moet zijn op de groep patiënten met het hoogste risico op het krijgen van de genoemde aandoeningen. Zo wordt de preventieve test het meest uitgevoerd bij patiënten met eerstegraadsfamilieleden met hart- en vaatziekten voor het 60^e levensjaar en/of diabetes mellitus, bij mensen met overgewicht, en bij rokers. Relatief weinig preventieve testen worden uitgevoerd op basis van een lage sociaal-economische status of allochtone afkomst.

De ondervraagde huisartsen geven aan dat de huisartsenpraktijk de aangewezen plaats is om mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten op te sporen, en dat het goed mogelijk is om preventieve activiteiten door een praktijkondersteuner op hbo-niveau te laten uitvoeren. Voor preventie van kanker en psychische aandoeningen is nog niet zoveel belangstelling²⁴.

Een voorbeeld van een multidisciplinair samenwerkingsverband waarin reguliere somatische en psychische zorg en re-integratie samenwerken, is het gezondheidscentrum Wantveld in Noordwijk²⁵. Daarin werken huisartsen, fysiotherapeuten, psychologen, psychiaters, verloskundigen, diëtisten, maatschappelijk werk, thuiszorg en re-integratie met elkaar samen. De re-integratieafdeling kent geen wachtlijst. Twee tot vijf werkdagen

22 TK (2007-2008) 22 894, nr. 134 [Kaderbrief 2007-2011 minister VWS over kabinetsvisie *Gezond zijn, gezond blijven: Een visie op gezondheid en preventie*, november 2007].

23 De Nederlandse Hartstichting, het Diabetesfonds en de Nierstichting Nederland hebben het initiatief genomen deze 'cardiometabole module' te ontwikkelen. Samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsenvereniging werken deze fondsen aan de invulling van het preventieconsult.

24 NIVEL (2009) *Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008: De vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten*.

25 Zie: www.wantveld.nl.

na aanmelding vindt het eerste afspraak of onderzoek plaats. Het centrum is, om werkenden tegemoet te komen, open tot 19.00 uur 's avonds en op de zaterdagochtend. Voor het interventieplan dat gericht is op zo snel mogelijke werkhervatting van aangemelde werknemers, kan de re-integratieafdeling gebruikmaken van de expertise van de fysiotherapeuten, psychologen en psychiaters in het centrum. Het centrum is ook actief op het terrein van preventie en biedt bijvoorbeeld ondersteuning bij stoppen met roken, een cursus 'Beweeg!' en de mogelijkheid voor het maken van een CardioVasculair Risicoprofiel (CVR). Bij deze preventieactiviteiten wordt ook de praktijkondersteuner van het centrum ingezet.

4.3 Aandacht van de reguliere gezondheidszorg voor de factor 'arbeid'

4.3.1 Inleiding

Een literatuurstudie van TNO liet enkele jaren geleden zien dat in de Nederlandse curatieve zorg weinig aandacht bestaat voor de factor arbeid als oorzaak van ziekte dan wel als een belemmerende of stimulerende omstandigheid voor werknemers die gezondheidsklachten of aandoeningen hebben²⁶. Dit gebrek aan aandacht kan ertoe leiden dat behandelend artsen een verkeerde diagnose stellen of een inadequate therapie kiezen, met als gevolg bijvoorbeeld onnodig lang verzuim. Verder lopen deze artsen het risico dat zij onvoldoende weten van de arbeidsomstandigheden van de patiënt en van de mogelijkheden om diens werk aan te passen.

TNO constateert dat behandelend artsen en medisch specialisten onvoldoende overleggen en communiceren met bedrijfsartsen die juist een beter beeld van de werksituatie van betrokkene hebben. TNO, gefinancierd door het Instituut Gak in Amsterdam, is inmiddels een onderzoek gestart naar de vraag hoe de relatie tussen arbeid en gezondheidszorg verbeterd kan worden²⁷. Dit onderzoek gebeurt in samenwerking met de Universiteit Maastricht (hoogleraar Nijhuis van de vakgroep Sociale Geneeskunde in Maastricht) en Plexus Medical Group (een organisatieadviesbureau gespecialiseerd in de zorgsector, dat werkt aan optimalisering van de kwaliteit en efficiëntie). Het onderzoek dat in september 2008 van start ging (en zes jaar zal duren), richt zich vooral op de vraag hoe werkgever en werknemer een grotere regie kunnen krijgen in het traject van klachten krijgen, ziek melden en werken aan medisch/ functioneel herstel, tot aan werkhervatting en re-integratie, met name waar het de betrokkenheid van de curatieve gezondheidszorg betreft.

Kenniscentra

Naar aanleiding van het SER advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*²⁸, waarin de raad pleitte voor het bevorderen van kennisontwikkeling en deskundigheid met betrekking

26 TNO (2005) *Blind spot for work in health care: Only a Dutch problem*.

27 Zie: <http://www.instituutgak.nl/deelprogrammas/arbeidengezondheidszorg.php>.

28 SER (1998) *Advies Sociale zekerheid en gezondheidszorg*.

tot arbeidsrelevante aandoeningen binnen de reguliere gezondheidszorg, heeft de minister van VWS in 1999 de oprichting van een aantal kenniscentra aangekondigd²⁹. In deze beleidsvisie stelde de minister dat het ontwikkelen van kennis over de relatie tussen aandoening en werk, gericht op herstel en re-integratie van werknemers en gericht op het voorkómen van ziekte dringend gewenst was. Toepassing van deze kennis in de gehele reguliere gezondheidszorg stond daarbij voorop. Belangrijke aandachtspunten vormden de verspreiding van de kennis en het bevorderen van de kennisimplementatie bij zorgverleners, inclusief de bedrijfsartsen. Daarvoor is toentertijd onder de verantwoordelijkheid van de Minister van VWS op grond van de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) een viertal specifieke kenniscentra aangewezen.

De vier VWS-kenniscentra waren:

- 1 *Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat (NKAKB)* te Rotterdam: een samenwerkingsverband tussen het Academisch Ziekenhuis Rotterdam en de Erasmus Universiteit Rotterdam.
- 2 *Nederlands Kenniscentrum ArbeidsDermatosen (NECOD)*: een samenwerkingsverband tussen het Academisch Ziekenhuis Groningen en het VU-medisch centrum te Amsterdam.
- 3 *Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL) 'Opgelucht Werken'* te Groesbeek: een samenwerkingsverband tussen het Universitair Longcentrum Dekkerswald, de Afdeling Sociale Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen en de Afdeling Allergologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam.
- 4 *Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Psyche (NKAP)* te Utrecht. Dit is een samenwerkingsverband tussen GGZ Groningen, GGZ-Oost-Brabant, Altrecht, Jellinek, Parnassia en GGZ-Nederland.

Naast bovengenoemde kenniscentra zijn er destijds nog enkele andere kennisinstituten opgericht:

Medwerk was een landelijk dekkend netwerk van vijftien regionale centra, opgericht door en verbonden aan algemene ziekenhuizen, dat de professionals in de ziekenhuizen ondersteunt bij de zorg voor mensen met een arbeidsrelevante aandoening. Het netwerk deed dit door het bevorderen van de onderlinge samenwerking en het toegankelijk maken en delen van kennis.

Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) is een landelijk kennisinstituut voor arbo-diensten, medici, werkgevers en werknemers en de overheid. De missie van het NCvB is het bevorderen van de signalering en zorg voor beroepsziekten. Het NCvB voert de registratie en verzorgt de publicatie van de door arbo-diensten gemelde beroepsziekten.

Tezamen vormen deze kennisinstituten het landelijk *Kennisnetwerk Gezondheid en Arbeid*.

29 Min. VWS (1999) *Beleidsvisie inzake kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen*, brief aan TK, d.d. 8 maart 1999.

De hiervoor genoemde kenniscentra hebben zich na 2005, toen de overheidssubsidie stopte, ontwikkeld van gesubsidieerde kennisinstituten tot zelfstandige private aanbieders van arbocuratieve zorg in het areaal van de reguliere gezondheidszorg.

Niet alle initiatieven zijn daarin even succesvol geweest. NECOD, NKAL en NKAKB bestaan nog in afgeslankte vorm, het NKAKB opereert momenteel onder de naam EMCare. Voor alle drie geldt dat de nadruk nu ligt op poliklinische activiteiten. Het NKAP bestaat niet meer. Voor Medwerk lijkt de stopzetting van de subsidie te vroeg gekomen te zijn. Een aantal bij dit netwerk aangesloten regionale centra is bij de ROS'en (Regionale OndersteuningsStructuur voor de eerstelijns) ondergebracht, maar van gezamenlijke activiteiten is geen sprake meer en de websites zijn niet meer in de lucht.

Als het gaat om aandacht vanuit de reguliere zorg voor de factor 'arbeid', komen, naast vergroten van kennis en samenwerking en regievoering, nog twee andere aspecten van zorg aan de orde: de toegankelijkheid van zorg voor werknemers (bijvoorbeeld spreekuren of operaties in de avonduren of in het weekend) en vormen van zorg (bijvoorbeeld behandelingen waarbij rekening wordt gehouden met de wijze waarop het functioneren in het werk, of het re-integreren in het arbeidsproces, bevorderd kan worden).

4.3.2 *De somatische zorg*

Avondspreekuren

Zorgaanbieders kunnen hun praktijk in de avonduren openstellen om in te spelen op wensen uit de samenleving. Hiermee is het mogelijk om tegemoet te komen aan de behoefte van werkenden om na werktijd het spreekuur te bezoeken. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen afspraken maken over de avondopenstelling van de praktijk. Voor zorgverzekeraars biedt dit een mogelijkheid om zich te profileren als aantrekkelijke partij voor een collectief zorgverzekeringscontract met werkgevers.

Volgens een onderzoek in september 2008 door het Algemeen Dagblad, dat een groot aantal zorginstellingen belde, bieden inmiddels steeds meer ziekenhuizen en gezondheidscentra een avondspreekuur³⁰. De instellingen gaven allemaal aan dat deze openstelling een groot succes was. Patiënten hoeven dan geen vrij te nemen van hun werk en oudere mensen kunnen met hun werkende zoon of dochter een spreekuur bezoeken. Voorwaarde is wel, zo wordt gesteld, dat ondersteunende afdelingen zoals de röntgenafdeling, bloedafname en laboratoria dan ook open zijn, zodat patiënten daarvoor niet speciaal hoeven terug te komen. Voor ziekenhuizen biedt het avondspreekuur het voordeel van intensiever en efficiënter gebruik van gebouwen en apparatuur en een beter imago bij de patiënt, wat in een concurrerende zorgmarkt ook van belang is. Desgevraagd verwachtte Van Montfort, hoogleraar bedrijfseconomie in de gezondheidszorg, dat over een paar jaar nog veel meer patiënten 's avonds naar de dokter en naar het ziekenhuis gaan.

30 Avondspreekuur trekt veel patiënten, AD, 13-9-2008.

Avondspreekuren kunnen leiden tot extra kosten, bijvoorbeeld voortkomend uit loontoeslagen voor het personeel of inhuur van extra personeel. Dat kan een reden zijn om te differentiëren in de tarieven, zodat de extra kosten niet neerslaan bij degenen die geen gebruik maken van de avondopenstelling. Uit een enquête, gehouden door TNS NIPO (augustus 2006), bleek dat iets meer dan de helft van de Nederlanders (58 procent) vindt dat voor niet-spoedeisende behandelingen een afspraak mogelijk moet zijn buiten kantooruren. Of de ondervraagden gebruik zullen maken van een avondspreekuur bij de huisarts hangt af van het prijskaartje. Hoeft er niet worden bijbetaald, dan zou een derde van de Nederlanders (33 procent) zeker gebruik van een bezoek aan de huisarts buiten kantooruren. Wanneer het avondspreekuur voor de patiënt extra kosten met zich meebrengt, zou 7 procent van de werkenden hiervan gebruikmaken³¹. De minister van VWS heeft in januari 2007 aan de Tweede Kamer toegezegd de vraag over het bevorderen van het aantal avondspreekuren van huisartsen in een breder perspectief te willen bekijken, namelijk in samenhang met de gehele keten van acute zorg³². In haar advies over verbetering van de regulering van de acute zorg, *Met Spoed!*, stelt de NZa dat naar haar mening de discussie over de introductie van avondspreekuren van huisartsen losstaat van een doelmatige inrichting van de acute basiszorg³³. De huidige bekostiging van huisartsen biedt volgens de NZa voldoende mogelijkheden om een avondspreekuur open te stellen.

Telegeneeskunde en elektronische consulten

Een andere manier om zorg te organiseren buiten kantooruren, is door gebruik te maken van telegeneeskunde (geneeskunde op afstand). Het consult vindt dan niet meer 'face-to-face' plaats, maar via een medium. Naast de al langer bestaande telefonische consulten zijn consulten via het internet steeds meer in opkomst. Het doel van telegeneeskunde is om de kwaliteit van zorg te verbeteren en een efficiënter gebruik van tijd en geld te bevorderen: zowel bij de patiënt als bij de zorgaanbieder. Een bekend voorbeeld is de teledermatologie, waarbij de patiënt een digitale foto van zijn huidklachten via het internet aan de dermatoloog voorlegt.

Gespecialiseerde voorzieningen voor aandoeningsgerichte zorg

In het eerder genoemde SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*³⁴ pleitte de raad voor een mogelijkheid om onder bepaalde voorwaarden binnen de reguliere zorg gespecialiseerde voorzieningen voor aandoeningsgerichte zorg op te zetten. Deze zouden gericht moeten zijn op het duurzaam gezond houden van werknemers die lijden aan specifieke aandoeningen, en daarmee ook op het voorkomen van ziekteverzuim dan wel op bevorderen van terugkeer in het arbeidsproces van de betreffende werknemers. Dergelijke specifieke maatregelen mogen, zoals verwoord in het eerder genoemde SER-advies, geen

31 TNS NIPO (2006) *Betalen voor de 24-uurs economie: Het grootste deel van de Nederlanders zegt 'liever niet'*, samenvatting van de onderzoeksresultaten, 17 augustus 2006.

32 TK (2006-2007) 29 247 nr. 49.

33 NZa (2008) *Uitvoeringstoets Met spoed!*

34 SER (1998) *Advies Sociale zekerheid en gezondheidszorg*.

inbreuk maken op fundamentele basisnormen in de gezondheidszorg. Dit betekent onder meer dat beleidsinitiatieven gericht op voorrangsbepaling voor bepaalde sociaal-economische categorieën niet aan de orde zijn, gelet op het daaraan inherente risico van tweedeling in de gezondheidszorg. In de afgelopen jaren zijn diverse gespecialiseerde voorzieningen voor aandoeningsgerichte zorg ontstaan. Onduidelijk is evenwel of deze voldoen aan bovengenoemde door de SER gehanteerde criteria.

Revalidatiegeneeskunde

Revalidatiegeneeskunde is gericht op het voorkomen, beperken en genezen van gevolgen van lichamelijk letsel of een functionele beperking. Wanneer volledig herstel van betrokkenen niet op korte termijn is te verwachten, probeert de revalidatiearts de patiënt te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werkt de revalidatiearts samen met de patiënt eraan om diens beperking zo goed mogelijk in zijn leven, zijn omgeving en de maatschappij in te passen. Daarmee staat in de revalidatiezorg het opheffen of verminderen van beperkingen en participatieproblemen in de maatschappij of in het arbeidsproces centraal.

Om ook bij andere relevante specialismen de aandacht voor werk te vergroten heeft TNO op verzoek van de orde van Medisch Specialisten een arbeidsanamnese ontwikkeld: een eenvoudige set vragen, te stellen aan patiënten met werk³⁵.

In opdracht van Revalidatie Nederland, de brancheorganisatie van de revalidatie-instellingen in Nederland, heeft SEO Economisch Onderzoek op basis van literatuuronderzoek een schatting gemaakt van het rendement van de revalidatiesector³⁶. De onderzoekers concluderen dat de kosten van revalidatiebehandelingen in Nederland circa 395 miljoen euro bedragen (cijfers over het jaar 2007). Daartegenover staan baten ter waarde van naar schatting 2,1 miljard euro. Deze baten bestaan voornamelijk uit een hogere kwaliteit van leven van de behandelde patiënten³⁷. Het rendement bestaat volgens de onderzoekers ook uit een toename van gezondheid en geluk van de gezinsleden, meer mogelijkheden tot arbeidsparticipatie van de patiënt en van de betrokken mantelzorgers, en het voorkomen dat de patiënt andere vormen van zorg (zoals verpleeghuis- of ziekenhuiszorg) nodig heeft. Hiervan afgeleid profiteren werkgevers: zij ervaren minder productiviteitsverlies, verzuim en bijbehorende loondoorbetaling. Ook de maatschappij als geheel ervaart voordelen: minder uitkeringen, meer belastinginkomsten en minder zorgkosten.

Revalidatiecentra realiseren zich steeds meer dat terugkeer naar werk voor de meeste patiënten heel belangrijk is. Zo hebben veel van deze centra een multidisciplinair team met specifieke aandacht voor werkhervatting, bijvoorbeeld in de persoon van een 'return-

35 TNO Kwaliteit van Leven (2005) *Een arbeidsanamnese voor medisch specialisten*.

36 SEO (2008) *Kosten en baten van revalidatie*.

37 De onderzoekers gaan uit van de waarde van een QUALY van € 100.000. (QUALY= Quality Adjusted Life Years ofwel voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren).

to-work-coördinator'. Hij of zij wordt ingezet om werknemers die langdurig ziek zijn of zijn geweest, te begeleiden bij de terugkeer naar werk. Zo iemand wordt ook wel 'arbeidsconsulent' dan wel 'casemanager arbeid' genoemd. De effectiviteit van deze werkwijze is wetenschappelijk aangetoond: deze interventie behoort tot de weinige 'evidence based' arbocuratieve interventies³⁸.

4.3.3 De Geestelijke Gezondheidszorg

Ook binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg is de belangstelling gegroeid voor preventie van geestelijke gezondheidsklachten bij werkenden. Daaraan ten grondslag ligt het besef dat geestelijke gezondheid in de huidige kennisintensieve economie van groot belang is. De arbeidsmarkt is dynamischer geworden, banen houden meer kenniswerk en 'emotiewerk' in, organisaties zijn flexibeler en taakomschrijvingen minder afgebakend. Dit vergt aanpassingsvermogen, flexibiliteit en zelfmanagement van werknemers. Deze competenties vormen tezamen met de sociale en emotionele vaardigheden het 'mentale kapitaal' van een werknemer. Juist dit mentale kapitaal kan door geestelijke gezondheidsproblemen worden bedreigd en in het verlengde daarvan kan de productiviteit van een werknemer verminderen³⁹.

TNO Kwaliteit van Leven onderzocht in 2005 in opdracht van het ministerie van SZW de kosten van werkgerelateerde psychische klachten in Nederland⁴⁰. Jaarlijks melden 150.000 tot 300.000 werknemers zich ziek vanwege stress op het werk. De stress kan een gevolg zijn van te hoge werkdruk, maar ook van agressie van klanten, pesterijen van collega's of eentonig werk. Behalve tot psychische klachten, kan stress leiden tot depressiviteit, maar ook tot hartkwalen en ongelukken die ontstaan door gehaastheid of een gebrek aan concentratie. De onderzoekers van TNO schatten dat één op de zeven arbeidsongeschikten door stress op het werk arbeidsongeschikt is geworden. Dat kost jaarlijks 1,7 miljard euro aan uitkeringen. De totale kosten van stress, voor ondernemers en overheid, worden op 4 miljard euro per jaar geschat.

De sectoren waarin het meeste geld voor verzuim en uitval om psychische redenen bespaard kan worden, zijn: industrie, gezondheidszorg, handel, overheid en vervoer en communicatie.

Project Mental Capital and Wellbeing in het Verenigd Koninkrijk

De Britse regering beschouwde de economische betekenis van mentaal kapitaal en geestelijke gezondheid van de bevolking als zodanig groot dat ze een groot project initieerde: het Foresight Project on Mental Capital and Wellbeing⁴¹. Doel van dit project was om te inventariseren met welke kansen en uitdagingen het Verenigd Koninkrijk de komende twintig jaar te maken krijgt en wat de implicaties daarvan zijn voor de geestelijke gezond-

38 BS Health Consultancy (2008) *Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht*, p. 45.

39 Weehuizen, R. (2008) *Mental capital: The economic significance of mental health*, p. 293.

40 TNO Kwaliteit van Leven (2005) *Gezondheidsschade en kosten als gevolg van RSI en psychosociale arbeidsbelasting in Nederland*.

41 Zie: www.foresight.gov.uk.

heid van de burgers. Verder werd om advies gevraagd: wat zouden overheid, bedrijven en individuen moeten doen om met de uitdagingen om te gaan?

Het eindrapport van het project (oktober 2008) stelt dat iedereen recht heeft op de baten van werk voor de persoonlijke ontwikkeling en het welzijn⁴². Daarom alleen al moet werk voor iedereen bereikbaar zijn: ook voor mensen met psychische problemen. Tegelijkertijd wordt het werk voor veel mensen intensiever en dat brengt voor werknemers meer stress met zich mee.

Daarom zouden, volgens de opstellers van het rapport, werkgevers stimulansen moeten krijgen om een werkomgeving te scheppen die zorgt voor geestelijk welzijn. Dat levert bovendien economisch voordeel op in de vorm van minder verloop, minder absentieïsme en minder presenteïsme (iemand is aanwezig, maar niet-productief). Werkgevers wordt aangeraden jaarlijks het stress- en welzijnsniveau van het personeel te meten en te handelen naar de bevindingen. Verder zouden bedrijfsartsen (occupational health professionals), klinisch psychologen en huisartsen samen moeten werken om zo vroeg mogelijk arbeidsgerelateerde stress en geestelijke ongezondheid bij patiënten te signaleren. De daaropvolgende interventie zou het onderliggende probleem in de arbeidsorganisatie moeten aanpakken. Daarnaast wordt aangeraden om de sociale en interpersoonlijke vaardigheden van managers te trainen, aangezien dezen een belangrijke invloed hebben op het geestelijk welzijn van de medewerkers⁴³. Ze zouden eveneens moeten leren om geestelijk gezondheidsproblemen te herkennen.

De jaarlijkse kosten van geestelijke ongezondheid in Engeland bedragen 36 miljard pond aan economische kosten, zo berekenden de onderzoekers van het project. Dit bedrag kan oplopen tot 77 miljard pond als ook de bredere impact (zoals verminderde kwaliteit van leven) wordt meegerekend⁴⁴. Een andere, Europese bron vermeldt dat 40 procent van de langdurige arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in Engeland, Schotland en Wales werd verstrekt vanwege geestelijke en gedragsstoornissen. Daarmee was 3,9 miljard pond per jaar gemoeid. De totale kosten van productiviteitsverlies door geestelijke gezondheidsproblemen werd voor de EU-25 (plus Noorwegen, IJsland en Zwitserland) geschat op 136,3 miljard euro. Ter vergelijking: het productiviteitsverlies door cardiovasculaire aandoeningen – een ander belangrijk gezondheidsprobleem – bedroeg voor dezelfde landen in totaal 36,1 miljard euro⁴⁵.

42 *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008)*, executive summary, pp. 28-31.

43 Het Foresight-project voorzag ook in een reeks 'state-of-the-science reviews' van gerenommeerde wetenschappers over aspecten van geestelijk welzijn in relatie tot werk. Het project biedt bijvoorbeeld een overzicht van wetenschappelijke studies over de oorzaken van werkstress, de impact van de management stijl en empirisch onderbouwde stressmanagementinterventies op de werkplek. Deze zijn op de website te vinden.

44 Beddington, J. [et al.] (2008) *The mental wealth of nations*, pp. 1057-1061. Deze kosten betreffen alle vormen van geestelijke ongezondheid, inclusief die van dementie.

45 McDaid, D. (2008) *Mental health in Workplace Settings*. Deze schattingen zijn nog conservatief, omdat langetermijn-schade aan de loopbaan niet is meegerekend, noch de verminderde opleidingsmogelijkheden of de kosten van 'presenteïsme' (aanwezig zijn op het werk, maar geen of minder werk leveren).

Aandacht van de reguliere GGZ voor de factor arbeid

De reguliere geestelijke gezondheidszorg speelt in op aandacht voor de geestelijke gezondheid van werkenden door voor hen een speciaal preventie- en behandelingsaanbod te ontwikkelen. Zo heeft de GGZ Drenthe al een aantal jaren een speciale afdeling Workcare die mensen met arbeidsgerelateerde psychische klachten en problemen behandelt en begeleidt. Sinds 1 januari 2009 is Workcare onderdeel van de landelijke organisatie Intend, een centrum voor geestelijke gezondheid en werk dat zich gespecialiseerd heeft in werkstress.

Werknemers die stress ervaren⁴⁶ en nog wel actief zijn in het arbeidsproces, kunnen zich bij Intend aanmelden voor training of coaching. Werknemers die (gedeeltelijk) zijn uitgevallen, kunnen na verwijzing door hun bedrijfsarts of huisarts ook in aanmerking komen voor een individuele behandeling of een groeps cursus. De behandelingen zijn altijd kortdurend en gericht op verbetering van het functioneren op het werk of terugkeer naar het werk. Met de werkgever wordt onderzocht welke veranderingen in de arbeidssituatie voor de werknemer het risico van terugval kunnen verkleinen. Soms is daarvoor een interventie nodig die gericht is op het team van de werknemer (sfeerverbetering) of diens leidinggevende (coachend leidinggeven).

Om professionals die zich bezighouden met ggz- of verslavingspreventie te ondersteunen, is bij het Trimbos-instituut in Utrecht, het landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg, een Centrum preventie ingericht. Het programma Landelijke Steunfunctie Preventie en Vroegsignalering biedt deze professionals een overzicht van de beschikbare preventies op het gebied van psychische stoornissen met informatie over de uitvoering en het bereik ervan. In het onderdeel 'arbeid' van dit programma zijn interventies verzameld die zich richten op de vermindering van werkstress. Voor de doelgroep (mensen met werkproblemen) met een lage sociale economische status is een aangepaste werkstresstraining gemaakt. Deze doet minder een beroep op verbale vermogens en is meer gericht op doen. Speciaal voor werknemers in de GGZ is een individuele internetcursus ontwikkeld om werkstress aan te pakken.

4.4 Curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg

In hoofdstuk 3 is onderzoek van BS Health Consultancy⁴⁷ aangehaald waarin interventiestrategieën van arbocuratieve zorg zijn geanalyseerd. De onderzoekers hebben de reeds genoemde interventiestrategie 'bijdrage en zelfredzaamheid van werkgevers en werknemers' bekeken, die zich vooral binnen de arbeidsorganisatie afspeelt. Daarnaast hebben

46 Met behulp van een digitale zelftest die onder meer assertiviteit, ontspanning en herstel, belastende omstandigheden en timemanagement test, kan iemand inschatten in welke mate er voor hem of haar een risico bestaat voor de draagkracht. Zie: www.nuevenniet.com/flash/stressometer.html. Deze zogenaamde stressometer is ontwikkeld door het Fonds Psychische Gezondheid.

47 BS Health Consultancy (2008) *Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht*.

de onderzoekers gekeken naar de effectiviteit van interventiestrategieën waarbij de curatieve zorg betrokken is.

Allereerst is gekeken naar de bijdrage van de bedrijfsgeneeskunde (bedrijfsartsen) en curatieve zorg (huisartsen, medisch specialisten en andere zorgverleners) aan de inzet en het herstel van de werknemer. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt naar diagnostiek en prognostiek enerzijds en behandeling en begeleiding anderzijds. Met betrekking tot diagnostiek en prognostiek concludeerde de Gezondheidsraad in zijn advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden: Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* dat wetenschappelijk onderzoek naar de termijn waarop bij verschillende aandoeningen (functioneel) herstel te verwachten is, nauwelijks voorhanden is⁴⁸.

Voor de korte termijn adviseerde de Gezondheidsraad om voor vijf tot tien aandoeningen protocollen op te stellen die de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen van de arbeidsongeschiktheid kunnen ondersteunen en de daarbij behorende mediprudentie te ontwikkelen. De minister van SZW heeft deze aanbeveling overgenomen en de Gezondheidsraad gevraagd deze aanbeveling op de korte termijn zelf uit te voeren⁴⁹. De Gezondheidsraad heeft vervolgens een aantal van deze richtlijnen opgesteld⁵⁰, waarna de verdere uitwerking van de monodisciplinaire richtlijnen voor verzekeringsartsen is overgedragen aan de beroepsvereniging NVVG (Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde). De NVVG heeft inmiddels zes verzekeringsgeneeskundige protocollen opgeleverd⁵¹.

De Gezondheidsraad adviseerde voor de lange termijn om artsengroepen die te maken hebben met verzuim en arbeidsongeschiktheid te stimuleren gezamenlijke – multidisciplinaire – richtlijnen te ontwikkelen, met als doel om het medisch handelen door bedrijfsartsen, huisartsen, medisch specialisten en verzekeringsartsen op elkaar af te stemmen. Deze 'moederrichtlijnen' zouden in een later stadium kunnen dienen als leidraad voor monodisciplinaire richtlijnen of protocollen die de beroepsgroepen hieruit kunnen afleiden. In de multidisciplinaire richtlijnen moet de factor arbeid geïntegreerd zijn. Naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad berichtte de minister van SZW in 2006 aan de Tweede Kamer dat vanuit het ministerie van VWS een richtlijnontwikkelingsprogramma bij ZonMW is uitgezet⁵². Dit programma is bekend onder de naam Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ)⁵³. ZonMw coördineert binnen dit programma de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, waarbij de factor arbeid geïntegreerd is.

48 GR (2005) *Beoordelen, behandelen, begeleiden: Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*.

49 TK (2005-2006) 30 034, nr. 54.

50 Whiplash associated disorder I/II, Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008), Hartinfarct (herziening 2008) (17 juli 2008); Chronische-vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculair syndroom (12 april 2007); Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker (15 maart 2007); Algemene inleiding, Overspanning, Depressieve stoornis (19 december 2006); Aspecifieke lage rugpijn, Hartinfarct (30 november 2005); Zie: www.gr.nl.

51 Het betreft de volgende verzekeringsgeneeskundige protocollen: reumatoïde artritis, COPD, chronisch hartfalen, schizofrenie, schronische schouderklachten, en artrose heup en knie. Zie: www.NVVG.nl, nieuwsbericht april 2008.

52 TK (2005-2006) 30 034, nr. 58.

53 Zie: www.zonmw.nl.

Ten aanzien van behandeling en begeleiding is relatief veel onderzoek verricht naar effectief bewezen interventies bij werkgerelateerde klachten aan het bewegingsapparaat, met name effecten voor lage rugklachten. Tot de effectieve interventies behoren in elk geval 'participatieve werkaanpassing'. Dit is een stapsgewijze aanpak om werknemer en werkgever onder begeleiding samen te laten komen tot een plan van aanpak voor werkaanpassingen die een terugkeer naar het werk bespoedigen. Voor de effectiviteit van onder meer ruggordels en corsetten, oefenprogramma's en zogenaamde 'rugscholen' is evenwel geen (onomstotelijk) bewijs gebleken.

Op het gebied van secundaire preventie van psychische klachten wordt activerende begeleiding als effectieve interventie genoemd, waarbij niet het niveau van de klachten leidend is, maar de tijd die werknemers thuiszitten. Dat wil zeggen: na een bepaalde tijdsduur wordt aangezet tot werkhervatting. Terugkeer-naar-werk is een belangrijk onderdeel van de begeleiding en de interventie is zowel op de persoon als op diens werksituatie gericht. Activerende begeleiding leidt niet zozeer tot een snellere daling van de klachten, maar werknemers komen wel sneller (volledig) aan het werk. Veelbelovend, maar voor Nederland nog niet helemaal uitgekristalliseerd als effectieve strategie blijkt het Individual Placement en Support (IPS)-programma. Dat is een in de VS ontwikkelde methode om mensen met ernstige psychische stoornissen snel op een baan te plaatsen en vervolgens – indien nodig langdurig – te ondersteunen.

De onderzoekers wijzen naar TNT als een bedrijf waar op een goede manier geprobeerd is om arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychische klachten te verminderen.

Omdat psychische arbeidsongeschiktheid zo'n groot deel (een derde) van de langdurige arbeidsongeschiktheid uitmaakte, is in de periode 2004 tot 2006 bij een aantal grote bedrijven in Nederland een pilot uitgevoerd om uitval door psychische problemen te voorkomen of te verminderen. Eén van die pilots vond plaats bij TNT Post.

TNT Post

Bij TNT Post werd in 2004 en 2005 een integraal preventieprogramma toegepast dat er met name op was gericht om individuele werknemers met psychische problemen snel en adequaat op te sporen en op te vangen. Het integrale programma omvatte enkele onderdelen die noodzakelijk zijn voor adequate preventie: voorlichting en educatie; screening van werknemers op psychische klachten en diagnostiek en interventie.

Voorlichting en educatie is bedoeld om medewerkers, leidinggevenden en bedrijfsartsen inzicht te geven in wat stress, burn-out en andere psychische klachten inhouden, wat daarvan de oorzaken en condities zijn en hoe vroege signalen te herkennen zijn. Ook is er aandacht voor de mogelijkheden om dergelijke klachten te voorkomen of er mee om te gaan. Leidinggevenden wordt duidelijk

gemaakt wat hun eigen verantwoordelijkheid is, wat die van de werkgever en bedrijfsarts en welke preventiestrategieën kunnen worden ingezet voor werknemers 'at risk'. Bedrijfsartsen krijgen bijscholing in de diagnostiek en behandeling van mensen met psychische klachten.

Screening van werknemers gebeurt onder werknemers die al (psychisch) arbeidsongeschikt zijn en/of onder alle werknemers. In het eerste geval bezien de bedrijfsarts en een derde-deskundige of de betrokkene wel voldoende en adequate hulp en ondersteuning krijgt. Daarnaast kunnen alle werknemers uitgenodigd worden voor het invullen van de zogenaamde UBOS-vragenlijst (Utrechtse Burn-Out Schaal): een korte vragenlijst naar werkstress en burn-out. Werknemers kunnen hun naam daarop vermelden (het hoeft niet) en daarmee vragen om een eigen score. Als die hoog blijkt te zijn, kan de problematiek verder besproken worden met de bedrijfsarts. Hoge scores bij een bepaald organisatieonderdeel worden aan het management gemeld, dat daarop actie kan ondernemen.

Diagnostiek en interventie is aan de orde als de (inmiddels bijgeschoolde) bedrijfsartsen na enkele weken verzuim van een medewerker door psychische klachten, voorzien dat herstel nog langer zal duren. Door intervisie met collega-bedrijfsartsen en eventueel de 'second opinion' van een deskundige professional van buiten wordt nagegaan of diagnostiek en behandeling adequaat zijn. Zo niet, dan volgt een gerichte verwijzing voor behandeling en re-integratie. Voor een goede werkhervatting is het nodig dat de bedrijfsarts, de behandelaar en de eventuele casemanager van het bedrijf zorgvuldig met elkaar overleggen.

De twee pilots op de business unit Sortering en een sorteercentrum van TNT Post waarin deze integrale aanpak is toegepast, bleken het verzuim effectief te verminderen. Driekwart van de groep medewerkers die het risico liepen door psychische problemen langdurig uit te vallen, was met elf maanden weer aan de slag. Dit betekende een WAO-instroomreductie van 0,17 procentpunt. Bovendien liet een kosten-batenanalyse zien dat de investering in het interventieprogramma al tijdens het pilotjaar was terugverdiend.

De conclusie is getrokken dat ook bij andere arbeidsorganisaties winst valt te behalen als bovenstaand integraal programma wordt toegepast. Daarvoor is wel een 'hoogwaardige ketenaanpak' nodig tussen de schakels preventie, vroegsignalering, diagnostiek, verwijzing, interventie en werkhervatting.

- Bron: Hoogduin, C.A.L., R. Van Leusden (red.) (2007) *Management van verzuim: De successen bij ABN AMRO, Akzo Nobel, Holland Casino, Nederlandse Spoorwegen en TNT Post*, pp. 11-22.

Daarnaast bestudeerde BS Health Consultancy de samenwerking tussen bedrijfsgeneeskunde en curatieve zorg. Volgens de onderzoekers blijkt uit studies naar de frequentie waarmee huisartsen en bedrijfsartsen samenwerken en naar initiatieven om de samenwerking te verbeteren, alsook uit evaluaties van samenwerkingspilots, dat contact tussen

bedrijfsarts en huisarts niet vanzelfsprekend is. Ook worden er, in geval van samenwerking, weinig veranderingen waargenomen op het gebied van kwaliteit van de sociaal-medische begeleiding en de tevredenheid van patiënten met arbeidsverzuim. De onderzoekers constateren dat er (nog) geen sprake is van structurele samenwerking. De financiering van de bedrijfsarts en de verschillende focus van huisarts en bedrijfsarts maken dat structurele samenwerking niet automatisch tot stand komt.

In dit verband verdient het aanbeveling nader te onderzoeken in hoeverre de wederzijdse beeldvorming van huisartsen en bedrijfsartsen de samenwerking (negatief) beïnvloedt. Is het beeld dat de huisarts mensen vaak – zonder voldoende kennis van de werksituatie – zou aansporen 'het nog maar even rustig aan te doen', terwijl in de praktijk terugkeer naar werk de beste interventie kan blijken? Is er sprake van wantrouwen bij huisartsen, door de bedrijfsarts te zien als verlengstuk van de werkgever die er alleen maar op uit is patiënten zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen? Dergelijke beelden, terecht of onterecht, zijn allerm minst bevorderlijk voor de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen. De vervolgvraag is dan hoe de beelden van huisartsen en bedrijfsartsen van elkaar zodanig zijn bij te stellen dat drempels voor samenwerking verdwijnen.

In het onderzoek van BS Health Consultancy is eveneens geïnventariseerd welke behoeften er bij bedrijfsartsen bestaan ten aanzien van verdere (kennis)investeringen op het gebied van de arbocuratieve zorg⁵⁴ (zie ook deel 2, hoofdstuk 3). Volgens de bedrijfsartsen die in het onderzoek geraadpleegd zijn, zou er, waar het gaat om de bijdrage van de reguliere zorg en van de bedrijfsgeneeskunde, de komende jaren moeten worden geïnvesteerd in:

- Samenwerking: vanuit de wens om een multidisciplinaire benadering toe te passen, willen bedrijfsartsen samenwerken met fysiotherapeuten, psychologen en in mindere mate met medisch specialisten en huisartsen. Daarnaast zouden ze graag een verbetering van de communicatie en informatie-uitwisseling zien, waarbij het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) expliciet als mogelijkheid wordt genoemd.
- Chronische aandoeningen, waarbij expliciet werden genoemd: kanker, hartinfarct of hartfalen, diabetes en aandoeningen aan de luchtwegen.

Een interessant voorbeeld van samenwerking tussen bedrijfsgezondheidszorg en curatieve zorg is te vinden in Wijk aan Zee. Daar is Heliomare gevestigd: een organisatie die volwassenen en kinderen met een beperking zodanig ondersteunt dat zij zo zelfstandig mogelijk kunnen leven. De organisatie biedt naast revalidatie, onderwijs, dagbesteding, sport en wonen ook arbeidsintegratie. In dit laatstgenoemde organisatieonderdeel worden mensen met een handicap die (opnieuw) willen werken, getraind, begeleid en ondersteund. Daarbij komen de fysieke en de mentale mogelijkheden in beeld. Op grond daarvan kan het multidisciplinaire team van betrokken deskundigen nagaan wat er moet gebeuren wil iemand weer aan de slag kunnen.

54 BS Health Consultancy (2008) *Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht*, p. 56 e.v.

Dit revalidatiecentrum wilde zijn deskundigheid breder inzetten voor de terugkeer naar werk of (preventief) het aan het werk blijven van mensen via samenwerking met bedrijven of arbeidsorganisaties in de buurt. Dit leidde tot het Vitaliteitcentrum: een initiatief van Heliomare Arbeidsintegratie samen met Corus (IJmuiden) en diens partners Zilveren Kruis Achmea en Arboned.

Vitaliteitcentrum Heliomare

Zilveren Kruis Achmea, Corus, Heliomare en Arboned hebben samen een uniek 'vitaliteitscentrum' ontwikkeld, vlakbij het terrein van Corus in Velsen-Noord. Daar hebben sinds januari 2008 medewerkers van het staalbedrijf de mogelijkheid aan hun fysieke en mentale vitaliteit te werken onder leiding van een multidisciplinair team van onder meer revalidatieartsen, fysiotherapeuten, manueel therapeuten, bewegingstherapeuten, psychologen en diëtisten. Het Vitaliteitscentrum richt zich op zowel re-integratie als preventie en bestaat in deze vorm nog nergens anders in Nederland.

Zilveren Kruis Achmea, die medewerkers van Corus een collectieve zorgverzekering biedt, heeft knowhow beschikbaar gesteld over vitaliteitsbeleid en is bij de conceptontwikkeling van het vitaliteitscentrum betrokken geweest. De zorgverzekeraar heeft het centrum met financiële middelen mede mogelijk gemaakt.

Bij Corus in IJmuiden werken ongeveer 10.000 mensen. De meesten van hen zijn 45-plus. Het ziekteverzuim ligt rond de 5 procent. Doel is om via het verhogen van de vitaliteit ziekteverzuim onder medewerkers te voorkomen. Daarnaast gaat het ook om efficiënte en effectieve beïnvloeding van het herstel van zieke medewerkers om zo ziekteverzuim te verminderen.

Een kleine 1000 medewerkers van Corus maken van het centrum gebruik: 100 tot 150 in het kader van reactivering en re-integratie; 850 tot 900 in het kader van preventie. Het aanbod is bedoeld voor medewerkers bij wie tijdens het driejaarlijkse Preventief Medisch Onderzoek is gebleken dat ze gezondheidsrisico's kunnen lopen. De medewerkers worden op een aantal risico's gescreend, zoals te hoge bloeddruk, te hoog bmi, te veel ervaren stress, te weinig bewegen, te hoge suiker. De screeningslijst is afgestemd op het personeel van Corus en de gezondheidsproblemen die onder hen het meest voorkomen (vooral cardiovasculaire problemen). Zij krijgen advies en mogen gratis gebruikmaken van alle faciliteiten van het centrum. Na de intake wordt bekeken welke aanpak het beste bij de persoon in kwestie past. Het programma is vrijwillig, maar niet vrijblijvend: het programma vindt plaats in de eigen tijd voor de duur van een jaar. Daarna kan de medewerker tegen gereduceerd tarief van de mogelijkheden van het vitaliteitscentrum gebruik blijven maken.

Speciale aandacht gaat uit naar een gezonde leefstijl. Corus heeft 24-uursdiensten en de verleiding voor het personeel is groot om tijdens de dienst gebruik te

maken van – minder gezonde producten van – de snackbar of de afhaalchinese. In het centrum kunnen medewerkers terecht voor fitness, voedingsadvies, begeleiding bij stoppen met roken, ontspanningsoefeningen, leefstijladvies gericht op ploegendienst en ondersteuning op psychologisch vlak. Zorgverzekeraar Achmea bekostigt een deel van de activiteiten per Corusmedewerker. Deze activiteiten vallen binnen de collectieve ziektekostenpolis die Corus met Achmea afgesloten heeft. Achmea heeft daarbij de polis van Corus als werkgever 'ontdubbeld' (geschoond van wat al wordt vergoed via de Zorgverzekeringswet). Verder krijgt het Vitaliteitcentrum subsidie van het College voor Zorgverzekeringen.

- Bron: gesprek met dhr. E. Rolink van Revalidatie Nederland en dhr. M. Edelaar van Arbeidsintegratie Heliomare en de website van Zilveren Kruis Achmea, www.zilverenkruis.nl.

4.5 Conclusies en aandachtspunten reguliere zorg en factor 'arbeid'

Het voorgaande toont aan dat er ook vanuit de reguliere zorg talrijke initiatieven worden ontwikkeld om de factor 'arbeid' steeds meer en beter te betrekken bij het voorkómen of behandelen van aandoeningen.

Alleen al het verminderen of verkorten van de wachtlijsten in de zorg heeft aanzienlijk kunnen bijdragen aan het verminderen van verzuim door werkenden. Maar ook de manier waarop preventie steeds meer is ingebed in de reguliere zorg, draagt bij aan het inzetbaar houden van mensen binnen het arbeidsproces. Preventie krijgt gaandeweg een grotere plaats in het zorgstelsel: niet alleen kunnen preventieve interventies (onder bepaalde randvoorwaarden) deel uitmaken van het verzekerde basispakket, ook wordt preventie meer en meer onderdeel van de behandelingsrichtlijnen van (para)medische beroepsbeoefenaren. Daarnaast wordt vanuit de reguliere zorg veelvuldig samengewerkt met werkgevers, zorgverzekeraars, inkomens- of verzuimverzekeraars en arbodienstverleners. Dat geldt zowel voor preventieactiviteiten als voor de behandeling van zieke werknemers. Deze samenwerking komt echter niet in alle gevallen automatisch tot stand.

Zorgstelsel en preventie

In het nieuwe zorgstelsel is expliciet plaats ingeruimd voor preventieactiviteiten als verzekerde aanspraak. Dat is al één belangrijke manier – via financiering – waarop werknemers met (dreigende) gezondheidsproblemen ondersteuning krijgen in het voorkomen van verzuim en uitval uit het arbeidsproces. De lijst van verzekerde preventie-interventies – allemaal interventies die evidence based zijn, oftewel bewezen effectief – groeit nog steeds. Op de lijst staan inmiddels ook preventieve therapieën op het terrein van de geestelijke gezondheid, met name om depressies te voorkomen. Verder kunnen verzekeraars sinds kort (1 januari 2009) dit preventiepakket voor hun eigen verzekerden nog verder uitbreiden. De wet staat hun toe preventieve zorg of preventieprogramma's aan te wijzen die geheel of gedeeltelijk buiten het (verplichte) eigen risico mogen blijven. Verder zijn er

nog enige andere mogelijke manieren waarop zorgverzekeraars – al dan niet tezamen – de ruimte voor preventieve zorg binnen hun pakket kunnen vergroten.

Ook vanuit de beroepsgroep van de huisartsen wordt gewerkt aan de invoering van 'preventieconsulten'. Huisartsen staan positief tegenover mogelijkheden om preventieve zorg voor hart- en vaatziekten, diabetes en chronische nierziekten binnen de huisartsenpraktijk te leveren. De huisartsenpraktijk is volgens hen de aangewezen plaats om patiënten met (verhoogd risico op) dergelijke aandoeningen op te sporen en preventieconsulten te bieden.

De somatische zorg

Dit hoofdstuk schetst ook de mate waarin en de manier waarop de reguliere gezondheidszorg aandacht geeft aan de factor arbeid. TNO Arbeid constateert op dit punt nog een gebrek aan aandacht voor de factor arbeid bij de curatieve zorg.

Om voor werknemers de toegang tot de somatische zorg te vergemakkelijken of versnellen, is een aantal initiatieven en ontwikkelingen relevant. Dat is bijvoorbeeld: zorgbemiddeling voor iedereen, de instelling van avondsprekuren bij ziekenhuizen en huisartspraktijken, bedrijvenpoli's of bedrijvenklinieken. Daarnaast is er bijvoorbeeld in de revalidatiegeneeskunde steeds meer aandacht voor en ervaring met programma's ter bevordering van de terugkeer van patiënten naar werk. Tegelijkertijd hebben enkele kenniscentra voor arbeid en gezondheid een zelfstandige positie in de markt verworven. Dat duidt op een behoefte aan en aandacht voor kennisopbouw en -verspreiding op het gebied van de arbeidsrelevante aspecten van gezondheid en gezondheidszorg.

De geestelijke gezondheidszorg

Ook de geestelijke gezondheidszorg is zich er steeds sterker van bewust dat psychische klachten in het algemeen en depressie in het bijzonder een risico vormen voor de arbeidsinzet van werknemers. Werknemers met geestelijke gezondheidsproblemen maken een belangrijk deel uit van degenen die langdurig verzuimen. Vroegsignalering is ook bij psychische problemen van groot belang, zo blijkt.

Dit komt overeen met de bevindingen van het groot opgezette Britse project over 'mental capital and wellbeing'. Dit laat zien dat het belangrijk is het stress- en welzijnsniveau van werknemers goed te monitoren en risico's zo snel mogelijk te signaleren. Daartoe zouden leidinggevendenden, bedrijfsartsen, klinisch psychologen en huisartsen goed moeten samenwerken. Vervolgens zou het ook nodig zijn de blik te richten op zowel de arbeidsorganisatie van de betrokken 'gestresste' medewerker als op diens manager, omdat deze een belangrijke invloed heeft op het geestelijk welzijn van de medewerkers. Ook Nederlandse GGZ-instellingen benadrukken dat de 'arbeidsituatie' van de betrokken werknemer met klachten – dat wil zeggen de collega's, de leidinggevende, de cultuur van de organisatie – bij diens werkhervatting moet worden betrokken.

In het licht van deze inzichten is het denkbaar dat preventie via de huisartsenpraktijk in de toekomst verder wordt aangevuld met preventieactiviteiten ten aanzien van psychische problemen. Ook op dit punt zou de praktijkondersteuner een rol kunnen vervullen door patiënten – als hun klachten daarvoor aanleiding geven – op (dreigende) psychische problematiek te screenen. Daarbij zou dan – teneinde in deze fase zo min mogelijk potentiële patiënten te missen – een grotere groep te betrekken zijn dan alleen die patiënten die een hoog risico lopen. Een mogelijk aandachtspunt is daarbij wel het kennisniveau van de huisarts en de praktijkondersteuner ten aanzien van diagnostiek en behandeling van psychische problemen. Tegelijkertijd zou ervoor gewaakt moeten worden dat de aandacht voor preventieve zorg de tijd en menskracht voor curatieve zorg te zeer beperkt.

De (arbo)curatieve zorg

Wat is de betekenis van de curatieve zorg voor de arbeidsinzet en het herstel van de werknemer met (dreigende) gezondheidsklachten? Ook deze vraag kwam in het bovenstaande aan de orde. Als het gaat om fysieke klachten is duidelijk dat 'participatieve werkaanpassing' een effectieve strategie blijkt om werknemers met rugklachten weer aan het werk te helpen. Betreft het psychische klachten, dan werkt vooral snelle (terug)plaatsing in het werk onder activerende, ondersteunende begeleiding positief uit. Uit pilots komt naar voren dat behalve vroegsignalering van psychische problemen, ook bijscholing van bedrijfsartsen en betrokkenheid van leidinggevenden van belang is.

Nederland kent een scheiding tussen bedrijfsgeneeskunde en huisartsgeneeskunde.

Uit onderzoek blijkt dat de communicatie en samenwerking tussen deze twee groepen functionarissen te wensen overlaat, laat staan dat van structurele samenwerking sprake zou zijn. Toch is dit laatste een nadrukkelijke wens van sommige bedrijfsartsen, die behalve met huisartsen ook meer zouden willen samenwerken in een multidisciplinair team: met medisch specialisten, fysiotherapeuten en psychologen. Bezien zou kunnen worden of samenwerking in een multidisciplinair team een fundamentele wijziging vraagt (zoals een integratie van bedrijfsgeneeskunde en huisartsgeneeskunde) of dat ook op andere manieren een structurele samenwerking te creëren valt.

Zoals in dit hoofdstuk is vermeld, gaat het nieuwe zorgstelsel uit van een functionele benadering: niet het type aanbieder staat centraal in de regimes van planning, toelating, bekostiging en toetreding, maar het type zorg. Vanuit die optiek zou verkend kunnen worden in hoeverre de bedrijfsgeneeskundige zorg – die nu geheel buiten het zorgstelsel om gefinancierd wordt – in aanmerking zou moeten komen voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet. Overigens zou zo'n verkenning ook aandacht moeten besteden aan de financiële en andere consequenties die een eventuele opname van bedrijfsartszorg in het basispakket mogelijk met zich brengt. Te denken valt aan gevolgen voor de zorguitgaven, zorgconsumptie en voor de (al dan niet verplichte) financiële bijdragen van diverse betrokken actoren (werkgevers, werknemers, verzekeraars en zorgaanbieders).

DEEL 3: SLOTBESCHOUWING EN BEANTWOORDING

ADVIESVRAGEN: STANDPUNT VAN DE RAAD

In dit deel geeft de raad allereerst zijn visie op preventie en gezondheid, de betekenis van preventie en gezondheid voor het bedrijfsleven en de mogelijke bijdrage van het bedrijfsleven daaraan. Vervolgens benoemt de raad een aantal uitgangspunten die hij voor preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties hanteert. Visie en uitgangspunten vormen tezamen het kader voor de antwoorden van de raad op de door de minister gestelde adviesvragen: de kern van dit hoofdstuk.

1 Preambule

De raad heeft met instemming kennis genomen van de visie van de minister van VWS op preventie en van de beleidslijnen in het verlengde van deze visie. Ook de raad hecht groot belang aan het bewaken en bevorderen van de gezondheid vanwege het grote maatschappelijke belang bij een goede gezondheid en gezondheidswinst. Een goede gezondheid heeft een intrinsieke waarde, draagt bij aan het welzijn van individuen en aan de welvaart van de samenleving.

Gezondheidswinst werd in de 20^e eeuw vooral geboekt door de overheid via collectieve gezondheidsbescherming (bijvoorbeeld door aanleg van riolering, drinkwatervoorziening, bescherming tegen schadelijke stoffen), individuele ziektepreventie (bijvoorbeeld via vaccinatie, vroegtijdige screening) en een verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg. De opdracht voor de 21^e eeuw is, zo meent de raad in aansluiting op de kabinetsvisie, om de bereikte winst te behouden en deze verder uit te breiden via gezondheidsbevordering, in casu het bevorderen van een gezonde leefstijl. Op deze wijze is nog veel extra gezondheidswinst te bereiken. Ook voor dit aspect van preventie ligt een verantwoordelijkheid bij de overheid, maar daarnaast zijn er verschillende actoren die (mede)verantwoordelijkheid dragen voor gezondheidsbevordering op hun eigen domein. Indien de gezondheid van burgers wordt bevorderd in alle verschillende ‘settings’ of sferen waarbinnen zij functioneren (zoals gezin, onderwijs, arbeid, vrije tijd, wijk of gemeente), dan kunnen de diverse preventie-interventies elkaar versterken en kan de te bereiken gezondheidswinst des te groter zijn.

De raad heeft zich met name gebogen over de (gezamenlijke) verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers voor preventiebeleid binnen één bepaalde setting: de arbeidsorganisatie. Op dit niveau wordt uitvoering gegeven aan doelstellende wet- en regelgeving en afspraken op (de)centraal niveau tussen werkgevers- en werknemersorganisaties met betrekking tot arbeidsomstandigheden-, verzuim- en re-integratiebeleid. Daarmee geven werkgevers en werknemers invulling aan hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor gezondheidsbescherming en ziektepreventie.

Bij een arbeidsgerelateerd risico ligt – binnen de door de wetgever aangegeven kaders – een proactieve rol voor de werkgever bij het aanpakken van eventueel daaruit voortvloeiende problemen voor de hand. Deze rol houdt in dit geval ook in dat de werknemer actief bij die aanpak wordt betrokken en dat van hem of haar actieve medewerking mag worden verwacht. Bij het opstellen van beleid voor de aanpak van arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's door de werkgever is daarnaast ook een rol weggelegd voor de ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pv)¹ (zie eveneens voornoemd SER-advies *Werken aan arbeidsgeschiktheid*).

Bij gezondheidsrisico's die niet arbeidsgerelateerd zijn, is het de verantwoordelijkheid van de werknemer om eventueel de eigen leefstijl aan te passen. De werkgever kan dat faciliteren. In het algemeen kan leefstijlbeïnvloeding binnen de arbeidsorganisatie – gelet op de autonomie van de werknemer en de meestal onduidelijke causaliteit tussen leefstijl en individuele gezondheidsproblemen – geen andere vorm hebben dan die van een aanbod aan 'interventies' waarvan werknemers al dan niet gebruik kunnen maken. Het aanbod door werkgevers en de deelname van werknemers daaraan berust op vrijwilligheid.

De raad acht het van belang dat arbeidsorganisaties daarnaast ook initiatieven ontwikkelen voor beleid gericht op gezondheidsbevordering, waaronder leefstijlbeleid. Het heeft de raad dan ook verheugd te kunnen constateren (de analyse van preventiebeleid in arbeidsorganisaties in deel 2 van dit advies getuigt daarvan) dat binnen arbeidsorganisaties inmiddels vele en zeer uiteenlopende initiatieven zijn genomen om de gezondheid van medewerkers op peil te houden en te stimuleren. Vooral waar deze initiatieven onderdeel vormen van integraal, op de organisatie afgestemd gezondheidsbeleid dat breed gedragen wordt (door werkgevers, werknemers, arbodiensten, verzekeraars en zorgaanbieders) zijn veel positieve effecten bereikt.

Indien het bedrijfsleven daadwerkelijk bijdraagt aan een betere gezondheid, krijgen in het algemeen meer mensen in onze samenleving een grotere kans op een lang leven in goede gezondheid en op langdurige en volwaardige maatschappelijke participatie. Meer specifiek kan effectief preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties via de setting van het werk (waar werknemers een groot deel van de week verblijven) de gezondheidsachterstand van werknemers met een lagere sociaal-economische status (SES) verkleinen. Mensen met een lage SES leven gemiddeld korter en zijn tijdens hun leven gemiddeld genomen minder gezond. Juist vanwege de hardnekkigheid van deze sociaal-economische gezondheidsverschillen is elk gezondheidsbevorderend beleid en daarmee ook bedrijfsbeleid dat deze verschillen vermindert, van groot maatschappelijk belang. Daarbij moet ook gedacht worden aan arbeidsomstandighedenbeleid dat voor werknemers met een lage SES en veelal een lage functie zeer relevant is. Daarnaast kan leefstijlbeleid binnen de arbeidsorganisatie leiden tot bewustwording en gedragsverandering bij werknemers met een ongunstige leefstijl. Vooral voor mensen met een lage SES draagt een

1 SER (2002) Advies *Werken aan arbeidsgeschiktheid*, p. 87.

dergelijke leefstijl sterk bij aan de gezondheidsproblemen. Verder kan leefstijlbeleid een positieve uitstraling hebben naar de privésfeer en daarmee in een nog bredere kring vruchten afwerpen.

Daarmee zijn al enkele baten van een goede gezondheid genoemd. In de visie van de raad is de winst daarvan samengesteld uit veel componenten op verschillende niveaus en voor verschillende actoren. Individuen krijgen – zoals hierboven gesteld – een grotere kans op een lang en gezond leven; voor arbeidsorganisaties kan een betere gezondheid van werknemers leiden tot minder verzuim en uitval en tegelijkertijd tot hogere productie en betere prestaties. Op langere termijn maakt een betere gezondheid ook een langere inzetbaarheid van werknemers mogelijk. Dit is niet alleen van belang voor arbeidsorganisaties (zeker daar waar op termijn veel ‘babyboomers’ met pensioen gaan), maar ook voor de samenleving als geheel. Duurzame inzetbaarheid van arbeidskrachten is nodig om de kosten van vergrijzing op te vangen, om voorziene structurele tekorten op de arbeidsmarkt te verminderen, om het innoverend en mentaal vermogen van de beroepsbevolking optimaal te benutten en om het draagvlak voor de sociale zekerheid op peil te houden. Bovendien impliceert een goede gezondheid van de bevolking minder uitgaven voor zorg.

Dit scala aan voordelen van gezondheidswinst geeft voor de raad tegelijkertijd het belang en de urgentie aan van preventiebeleid, ook binnen arbeidsorganisaties.

2 Uitgangspunten

De raad formuleert in deze paragraaf eerst de uitgangspunten die hij hanteert bij het beantwoorden van de adviesvragen.

2.1 Gezondheid en preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties

In dit advies beziet de raad gezondheid en preventie vanuit het specifieke perspectief van gezondheid en preventie in relatie tot betaalde arbeid en tot de arbeidsorganisatie. De gezondheidswinst die in arbeidsorganisaties bereikt kan worden, is vervolgens te definiëren in termen van inzetbaarheid, employability en vitaliteit van werknemers. Ze dragen daarmee bij aan duurzame inzetbaarheid van werknemers.

Gezien het gehanteerde perspectief verstaat de raad in dit advies onder preventiebeleid: alle vormen van bedrijfsbeleid die de gezondheid en inzetbaarheid van werknemers bevorderen. Daarmee omvat preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties gezondheidsmanagement, HRM-beleid (voor zover relevant voor de gezondheid zoals hierboven gedefinieerd) en mogelijk leefstijlbeleid.

2.2 Verantwoordelijkheden binnen de arbeidsorganisatie

De afgelopen decennia heeft het bedrijfsleven (werkgevers en werknemers) steeds meer verantwoordelijkheden en (financiële) prikkels gekregen om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Zo heeft relevante wetgeving – de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte, de Wet verbetering poortwachter, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen en de nieuwe Arbeidsomstandighedenwet – bedrijven en organisaties aangezet tot het nemen van verantwoordelijkheid voor de gezondheid van werknemers. Dit arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid moet in de eerste plaats, zoals ook verwoord in het SER-advies *Werken aan arbeidsgeschiktheid* uit 2002, worden gerealiseerd op het niveau van de arbeidsorganisatie¹. Als het gaat om effectieve preventie en begeleiding van ziekteverzuim staat de gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers centraal.

Daarbij moet dit beleid worden geplaatst in een ketenbenadering, zoals de raad stelde in zijn advies *Welvaartsgroei door en voor iedereen* (2006) en de Stichting van de Arbeid die met tal van aanbevelingen nader heeft ingevuld. Deze benadering impliceert een goede afstemming en coördinatie van activiteiten en regelingen op uiteenlopende en deels samenhangende beleidsterreinen, zoals het arbobeleid, het beleid gericht op het vroegtijdig ingrijpen

1 SER (2002) *Advies Werken aan arbeidsgeschiktheid*, p. 87.

bij dreigend ziekteverzuim, de verzuimbegeleiding, het re-integratiebeleid en het beleid ten aanzien van ziektekostenverzekeringen².

2.3 Verantwoordelijkheid bij gezondheidsrisico's

Voor de verdere accenten in de verantwoordelijkheidsverdeling tussen werkgevers en werknemers acht de raad het onderscheid van belang tussen arbeidsgerelateerde risico's en niet-arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's. Arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's worden beïnvloed – namelijk veroorzaakt of verergerd – door arbeidsrisico's. Niet-arbeidsgerelateerde risico's vinden daarentegen hun oorzaak buiten de arbeid: in persoonsgebonden factoren of leefstijlfactoren. Wel is de raad zich ervan bewust dat het onderscheid tussen enerzijds arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's en anderzijds niet-arbeidsgerelateerde arbeidsrelevante gezondheidsrisico's in de praktijk wellicht niet altijd even scherp te maken valt.

Bij een arbeidsgerelateerd risico ligt – binnen de door de wetgever aangegeven kaders – een proactieve rol voor de werkgever bij het aanpakken van eventueel daaruit voortvloeiende problemen voor de hand. Deze rol houdt in dit geval ook in dat de werknemer actief bij die aanpak wordt betrokken en dat van hem of haar actieve medewerking mag worden verwacht. Bij het opstellen van beleid voor de aanpak van arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's door de werkgever is daarnaast ook een rol weggelegd voor de ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pv) (zie eveneens voornoemd SER-advies *Werken aan arbeidsgeschiktheid*)³.

Bij gezondheidsrisico's die niet arbeidsgerelateerd zijn, is het de verantwoordelijkheid van de werknemer om eventueel de eigen leefstijl aan te passen. De werkgever kan dat faciliteren. In het algemeen kan leefstijlbeïnvloeding binnen de arbeidsorganisatie – gelet op de autonomie van de werknemer en de meestal onduidelijke causaliteit tussen leefstijl en individuele gezondheidsproblemen – geen andere vorm hebben dan die van een aanbod aan 'interventies' waarvan werknemers al dan niet gebruik kunnen maken. Het aanbod door werkgevers en de deelname van werknemers daaraan berust op vrijwilligheid.

In geval leefstijlgedrag onverhoopt aantoonbaar leidt tot verminderd functioneren op het werk, wordt evenwel naar het oordeel van de raad een grens overschreden. In dat geval kan de werkgever de werknemer aanspreken op zijn of haar verantwoordelijkheid om dit gedrag te veranderen en zo nodig aangeven welke consequenties zijn verbonden aan het uitblijven van gedragsverandering.

Indien binnen een arbeidsorganisatie leefstijlbeleid wordt ontwikkeld – iets wat de raad zoals hierboven gesteld aanbevelenswaardig acht – en werknemers worden aangesproken

2 SER (2006) Advies *Welvaartsgroei voor en door iedereen*, p. 84.

3 SER (2002) Advies *Werken aan arbeidsgeschiktheid*, p. 87.

op een eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid, kan dit beleid niet los gezien worden van arbobeleid en HRM-beleid. In laatstgenoemd beleid komt vooral de verantwoordelijkheid van de werkgever – die hij in overleg met werknemers vormgeeft – tot uitdrukking. Leefstijlbeleid, dat staat of valt met de bereidheid van werknemers om daaraan mee te werken, kan niet effectief zijn als het arbobeleid en HRM-beleid niet of onvoldoende ontwikkeld zijn. Preventiebeleid begint met goed arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid.

2.4 Integraal gezondheidsmanagement

Voor het behoud en de bevordering van de gezondheid en inzetbaarheid van werknemers zoals boven omschreven, is het belangrijk dat bedrijven en organisaties structureel en systematisch aandacht schenken aan gezondheid en dat deze aandacht integraal onderdeel vormt van het totale bedrijfsbeleid. Anders gezegd: preventiebeleid in arbeidsorganisaties betekent integraal gezondheidsmanagement.

Dit veronderstelt dat het bedrijf of de organisatie de ‘vinger aan de pols’ houdt en op één of andere wijze periodiek de arbeidsomstandigheden en de gezondheid van werknemers ‘meet’. Daarnaast is het van belang dat binnen de organisatie een goed beeld ontstaat van de organisatiekenmerken die een arbeidsrisico kunnen vormen, zoals hoge tijdsdruk en taakeisen, roosters en planning, gebrek aan sociale steun, conflicten tussen werknemers en leidinggevenden, agressie en pesten. Het Preventief Medisch Onderzoek (PMO), de brede ‘health check’ zoals die in sommige bedrijven wordt toegepast, en de Work Ability Index (WAI) zijn drie voorbeelden van bestaande instrumenten. De toegevoegde waarde ligt niet in het (meet)instrument zelf, maar in de activiteiten en (individuele) maatregelen die naar aanleiding van de uitkomsten worden ingezet.

Het verzamelen van persoonlijke gegevens over de inzetbaarheid van werknemers zal daarbij steeds met alle waarborgen moeten zijn omgeven, zoals garanties voor de vrijwilligheid van deelname en voor grote zorgvuldigheid bij het informeren over en bespreken van de persoonlijke gezondheidsresultaten. De privacy dient te allen tijde gewaarborgd te zijn. Data mogen op individueel niveau alleen toegankelijk zijn voor de werknemer zelf of voor professionals die aan een beroepscode zijn gebonden.

3 Beantwoording adviesaanvragen

Met het voorgaande heeft de raad aangegeven welke uitgangspunten hij hanteert als het gaat om preventiebeleid in de brede zin zoals gehanteerd in dit advies. Hoe beantwoordt hij – in het licht van deze uitgangspunten – de vragen die de minister hem heeft gesteld?

De minister van VWS verzocht om een antwoord op de volgende vragen:

- 1 *Hoe ziet u de kansen op gezondheidswinst in de bedrijven?*
- 2 *Wat zijn de (potentiële) baten van gezondheidswinst en bij wie slaan deze neer?*
- 3 *In de bedrijven is uit oogpunt van verzuimpreventie een stijgende aandacht voor het thema gezondheidsmanagement. Ook de prikkels die uitgaan van de Wet verbetering poortwachter, de Wet loondoorbetaling bij ziekte en de Arbeidsomstandighedenregelgeving werken in de praktijk goed. Welke additionele prikkels aan het bedrijfsleven, uitgaande van de huidige verantwoordelijkheidsverdeling tussen werkgevers en werknemers, ziet de raad om de bijdrage van bedrijven aan de gezondheid van werknemers te versterken? Hierbij is het van belang om rekening te houden met de reeds bestaande praktijk in bedrijven en onderzoek hiernaar (onder andere ter voorbereiding van het meerjarig kennisinvesteringsprogramma Participatie en gezondheid van VWS, BZK en SZW).*
- 4 *Ziet u nog andere aspecten die van belang kunnen zijn bij een beleid gericht op meer gezondheidswinst via de parallelle belangen van bedrijven?*

3.1 Kansen op gezondheidswinst

In deel 2 van dit advies werd het preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties beschreven: het arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid, het HRM-beleid en leefstijlbeleid dat gericht is op duurzame inzetbaarheid van werknemers.

Deze *tour d'horizon* langs allerlei vormen van preventiebeleid zoals die momenteel binnen arbeidsorganisaties zijn ontwikkeld, laat duidelijk zien dat werkgevers en werknemers het belang van duurzame inzetbaarheid zoals in hoofdstuk 1 van deel 2 uiteengezet, onderkennen. Beiden voelen zich in belangrijke mate verantwoordelijk voor het bevorderen van die inzetbaarheid. Vanuit dit verantwoordelijkheidsbesef zijn inmiddels door en in samenwerking met bedrijven en organisaties diverse vernieuwende initiatieven ontwikkeld, veelal zonder dat dit door wetgeving wordt voorgeschreven. De boxen in hoofdstuk 3 van deel 2 bevatten voorbeelden van interessant gezondheidsmanagement, HRM- en leefstijlbeleid die van dit besef getuigen.

Het gaat daarbij zowel om specifieke maatregelen op bedrijfsniveau, als om sectorspecifieke maatregelen (bijvoorbeeld gerichte loopbaanplanning voor werknemers met een fysiek zwaar beroep) alsook om generiek toepasbare interventies (zoals het faciliteren van sportieve activiteiten of het bevorderen van een gezonde voeding). Werkgevers en werknemers blijken beiden te beseffen dat preventiebeleid hun voordelen biedt.

In de visie van de raad wordt in bedrijven en instellingen door het toegepaste brede preventiebeleid al veel gezondheidswinst geboekt. Extra kansen op gezondheidswinst kunnen volgens hem nog bereikt worden door intensivering van bestaand beleid en – op enkele punten – door vernieuwend beleid.

3.1.1 *Intensivering bestaand beleid*

Arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid

De Arbowet legt de verantwoordelijkheid voor arbobeleid bij werkgevers en werknemers. Goed arbobeleid veronderstelt onder meer duurzame aandacht voor de implementatie van het uitvoeringsbeleid dat uit de nieuwe Arbowet voortvloeit, zoals aandacht voor arbocatalogi en RI&E.

Werkgevers- en werknemersorganisaties maken door middel van arbocatalogi concrete afspraken in branches en sectoren over de manier waarop in de praktijk invulling kan worden gegeven aan de doelvoorschriften uit de Arbowet. Dit proces blijkt meer tijd te vergen van de partijen dan is voorzien. Dat betreft met name de voorbereiding van en het overleg over arbocatalogi alsmede de ter zake aanwezige deskundigheid in sectoren. De doelstellingen die de Stichting van de Arbeid in 2007 voor ogen had met betrekking tot de te realiseren catalogi, zowel kwantitatief als kwalitatief, zullen aan het eind van 2009 nog niet zijn behaald. De raad acht het van belang dat de ontwikkeling van arbocatalogi ook in de jaren na 2009 wordt voortgezet. Hij meent dat het gewenst is dat ook na 2009 dit proces – naast de vereiste inspanningen van partijen – gefaciliteerd wordt door de overheid. Dit alles met als doel het arbeidsomstandighedenbeleid te verbeteren, door middel van maatwerk op branche-, sectoraal en bedrijfsniveau.

Verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers voor arbobeleid betekent voor de RI&E dat werknemers nauw betrokken worden bij en kennis kunnen nemen van het RI&E-document dat voor het eigen bedrijf of de eigen organisatie geldt. Betrokkenheid van werknemers bij het opstellen van arbobeleid en het RI&E-document (bij zowel de inventarisatie van risico's als het opstellen van het plan van aanpak) is nodig, evenals gebruikmaking door werknemers van hun medezeggenschapsrechten op het terrein van arbeidsomstandigheden. De deskundigheid van betrokken werknemers kan immers de kwaliteit van de RI&E verhogen. Een ander voordeel is dat betrokkenheid en medezeggenschap van werknemers het draagvlak voor afspraken kunnen verstevigen. Beschikbaarheid van het RI&E-document is van belang, omdat werknemers pas dan in staat zijn hun eigen verantwoordelijkheid te dragen als ze inzicht hebben in de risico's van de arbeidsplaats waarop zij werken en kennis hebben van beheersingsmaatregelen binnen het bedrijf tegen die risico's.

Nauwe samenwerking tussen betrokken actoren (werkgever, werknemer, bedrijfsarts, zorgverlener) blijkt een belangrijke voorwaarde voor de effectiviteit van arbocuratieve zorg binnen bedrijven en organisaties. Tussen deze actoren moet structureel overleg

worden gevoerd, waarbij behandeling en begeleiding steeds mede gericht zijn op zo spoedig mogelijke werkhervatting. Dit is in lijn met de Wet verbetering poortwachter (Wvp) en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) die aanzetten tot een dergelijke samenwerking en focus op werkhervatting. Deze voorwaarden voor effectieve arbocuratieve zorg zullen dan ook in veel bedrijven al dagelijkse praktijk zijn. Werkhervatting kan, zo blijkt uit effectiviteitsonderzoek, veelal het beste worden bereikt door een ‘participatieve werkaanpassing’: een aanpassing van het werk afgesproken in overleg tussen werkgever, werknemer en bedrijfsarts. Daarnaast is met name voor werknemers met psychische klachten activerende begeleiding van belang.

Vanwege hun belangrijke rol in het samenwerkingsverband ten behoeve van werkhervatting, zouden bedrijfsartsen regelmatig bijgeschoold moeten worden en nieuwe kennis over diagnostiek en vroegsignalering van gezondheidsproblemen (in het bijzonder van psychische klachten) en nieuwe inzichten over effectieve interventies moeten krijgen aangereikt en actuele kennis over bedrijfs-, productie- en werkprocessen verwerven. Ook op specifieke thema’s zoals levensfasebewust beleid kan bijscholing plaatsvinden. De raad constateert met instemming dat werkgevers, (vertegenwoordigers van) werknemers op ondernemingsniveau, arbodiensten, betrokken verzuim- en zorgverzekeraars en zorgaanbieders in toenemende mate in gemeenschappelijk overleg streven naar maatwerkpreventiepakketten die passend zijn voor de bewuste arbeidsorganisatie. Daarvoor is van belang dat werkgevers en werknemers hun specifieke wensen en behoeften inventariseren en expliciteren. ‘Good practices’ op dit terrein verdienen ruime aandacht en verspreiding.

Hoewel ook in sommige sectoren en branches in het mkb gezondheidsmanagement wordt ontwikkeld, is het belang ervan nog niet voor alle werkgevers in het mkb duidelijk. Cao-partners, brancheorganisaties en/of kringen en verenigingen van mkb-ondernemers zouden dit meer onder de aandacht kunnen brengen. Daarbij zouden vooral ook de baten van dergelijk beleid voor de ondernemer duidelijk moeten worden gemaakt. Verder zouden de cao-partners, brancheorganisaties, kringen of verenigingen zich kunnen buigen over gezamenlijke initiatieven voor de ontwikkeling van integraal gezondheidsmanagement. Daarmee is het mogelijk schaal- (en kosten)voordelen te bereiken.

Employabilitybeleid

Omdat de employability van werknemers een belangrijk aspect vormt van de duurzame inzetbaarheid van werknemers, is de raad van oordeel dat dit element van breed preventiebeleid in arbeidsorganisaties blijvende aandacht verdient. Hij verwijst hierbij naar eerdere aanbevelingen van de Stichting van de Arbeid (2006), met uiteenzettingen over het belang dat employabilitybeleid heeft voor de optimale inzetbaarheid, persoonlijke ontwikkeling en weerbaarheid van individuen. Daarnaast kan employability, zo stelt de Stichting met instemming van de raad, een bijdrage leveren aan versterking van de kenniseconomie en via productiviteitsverhoging aan het groeivermogen van de Nederlandse economie. Daarbij kan employability sociale cohesie bevorderen en bijdragen aan grotere

arbeidsmobiliteit en aan het effectief en 'storingsvrij' functioneren van de arbeidsmarkt, opdat structuurveranderingen die zich daarop voltrekken, adequaat kunnen verlopen¹.

Gezondheidsbeleid veronderstelt dat binnen arbeidsorganisaties een goed en actueel beeld bestaat van de gezondheid van de werknemers en van organisatiekenmerken die de gezondheid mogelijk beïnvloeden. De raad vraagt nog eens de aandacht voor de nota van de Stichting van de Arbeid *Op weg naar een meer productieve economie* uit 2005, waarin de Stichting stelt dat gezondheidsmanagement en employabilitybeleid sociale innovatie bevorderen². Eerder al, in zijn advies *Welvaartsgroei voor en door iedereen* (2006), stelde de raad dat belangrijk is dat het HRM-beleid werknemers ondersteunt bij hun professionele ontwikkeling. Dit betekent dat er voor iedere werknemer aandacht moet zijn voor het loopbaanbeleid en voor de carrièrekansen binnen en buiten de eigen organisatie. Arbeidsorganisaties kunnen in mensen investeren en hun ontplooiingskansen bieden door uitdagende taakpakketten, taakroulatie, taakverbreding en taakverrijking³. Zo is het mogelijk optimale inzetbaarheid ook op latere leeftijd te bevorderen.

'Zware' beroepen

In het kader van dit advies is met name loopbaanbeleid van belang dat voorkomt dat werknemers uitvallen door arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten die na verloop van een aantal jaren in een beroep of functie kunnen optreden.

Speciale aandacht moet in de zienswijze van de raad daarom uitgaan naar werknemers in (fysiek en/of psychisch) 'zware' beroepen, bijvoorbeeld in de bouw en de zorg. Door het periodiek volgen van de gezondheid (zoals hierboven bepleit) is het mogelijk gedurende de loopbaan bij te houden of belasting en belastbaarheid, ook voor de ouderen in het beroep, nog in balans zijn en het arbeidsvermogen en de motivatie nog op peil zijn. Voor wie het beroep 'te zwaar' dreigt te worden, zouden – naar het model van dergelijke initiatieven in de bouwsector – loopbaantrajecten moeten worden aangeboden die het werknemers mogelijk maken een overstap te maken naar een andere, 'minder zware' functie binnen de eigen sector of branche, dan wel in een andere sector of branche.

De raad verwijst ten aanzien van dit punt naar een aanbeveling in zijn advies *Van alle leeftijden* uit 2005. Daarin wijst hij op de mogelijkheid van (het benutten van) grensoverschrijdende mobiliteitsprogramma's tussen bedrijfstakken. Dit zou voor werknemers in vele functies en beroepen een aantrekkelijke kans kunnen zijn om na verloop van een aantal jaren nieuwe energie elders op te doen. Voor bedrijfstakken met fysiek zware of geestelijk eentonige arbeid zou het oplossingen kunnen bieden voor (dreigende) gezondheidsproblemen. Als belangrijke randvoorwaarden daarvoor wordt genoemd dat op het gebied

-
- 1 StvdA (2006) *Naar brede en duurzame inzetbaarheid op de arbeidsmarkt: Aanbevelingen over scholing en employabilitybeleid*, Den Haag, p. 6.
 - 2 StvdA (2005) *Op weg naar een meer productieve economie*.
 - 3 SER (2006) *Advies Welvaartsgroei voor en door iedereen*, p. 47.

van sociale zekerheid, ontslagbescherming en pensioenen eventuele risico's moeten worden ingedamd⁴.

In genoemd advies bracht de raad ook het instrument van een zogenoemde beleidsscan ouderen (ouderenscan) onder de aandacht. Daarmee hebben managers en personeelsfunctionarissen de mogelijkheid een analyse te maken van de beleidspraktijken in de organisatie; op basis daarvan kunnen zij maatregelen ontwikkelen en uitvoeren die passend zijn voor verschillende deelcategorieën werknemers als onderdeel van een evenwichtig leeftijdsbewust personeelsbeleid. Verder wees de raad erop dat een essentieel onderdeel van leeftijdsbewust loopbaanbeleid is dat periodiek in functioneringsgesprekken wordt gezien of er nog sprake is van een goede aansluiting tussen ambities en mogelijkheden van de werknemer en de actuele functie-inhoud⁵.

3.1.2 *Aanzetten voor nieuw beleid*

In de visie van de raad zou nog meer gezondheidswinst binnen arbeidsorganisaties bereikt kunnen worden bij een verbreding van het perspectief op gezondheidswinst. Preventiebeleid zou vooral gericht moeten zijn op zorgvuldig gerichte en zo mogelijk voor de inzetbaarheid effectief gebleken investeringen in de work ability, employability en vitaliteit van werknemers. Dit vraagt om integraal gezondheidsmanagement, waarbij gezondheid alle drie de hiervoor genoemde aspecten omvat.

Ten behoeve van integraal gezondheidsmanagement zou via periodieke monitors of anderszins (de ontwikkeling van) van de gezondheid op een aantal belangrijke punten gevolgd kunnen worden. Dan gaat het bijvoorbeeld om: de gezondheid van medewerkers, een inventarisatie en analyse van gezondheidsbevorderende dan wel belemmerende factoren binnen de organisatie (op afdelings- of teamniveau), de signalering van eventuele verbeteringen en 'successen' en de vaststelling of en zo ja, waar het preventiebeleid moet worden bijgesteld.

Deze gegevensverzameling kan gebeuren in het kader van een periodiek preventief medisch onderzoek waarvan opzet en invulling passen bij de betreffende branche of organisatie – bijvoorbeeld met aandacht voor branche- of organisatiespecifieke gezondheidsrisico's. Voor dit onderzoek zijn verschillende instrumenten te gebruiken. De Work Ability Index (WAI), die een gekwantificeerd inzicht biedt in de work ability van werknemers, lijkt daarvoor in elk geval geschikt. In kleinere bedrijven en organisaties past een met verschillende instrumenten opgetuigde periodieke monitor van de gezondheid mogelijk niet goed bij de schaal van de onderneming. Daar kunnen werkgever en werknemers afspraken maken over de manier waarop en de frequentie om na te gaan hoe het staat met de gezondheid van de medewerkers en met gezondheidsrelevante factoren in de organisatie.

4 SER (2005) *Advies Van alle leeftijden*, p. 54.

5 SER (2005) *Advies Van alle leeftijden*, pp. 52-53.

Integraal gezondheidsmanagement veronderstelt verder de ontwikkeling van beleid en procedures om gesignaleerde gezondheidsproblemen zo spoedig mogelijk – want uitstel betekent verergering van klachten – aan te pakken. Van belang is om bij bedrijfsreorganisaties en herstructureringen aandacht te besteden aan de gevolgen van veranderingsprocessen voor (mentale aspecten van) de gezondheid van werknemers.

Voor meer investeringen in preventie door werkgever en werknemer is het van groot belang dat de kosten en baten van die investeringen voor zover mogelijk helder worden (zie volgende paragraaf). Verder is extra gezondheidswinst ook te verwachten van het – als daar reden toe is – toepassen van een multidisciplinaire aanpak van gezondheidsproblemen. Juist ook omdat gezondheid meerdere voor de arbeidsorganisatie relevante aspecten omvat, zouden preventie, behandeling en begeleiding van werknemers met een gezondheidsprobleem op meerdere aspecten tegelijk moeten worden gericht. Daartoe zouden zorgverleners vanuit diverse disciplines, zoals somatisch specialisten, psychiaters en psychologen, fysiotherapeuten en diëtisten hun visies met elkaar moeten delen teneinde tot een afgestemd behandelplan te komen.

3.2 Potentiële baten van gezondheidswinst en actoren die daarvan profiteren

Kosten en baten van preventiebeleid

De raad heeft in de voorgaande preambule (hoofdstuk 1 van dit deel) uiteengezet welke uiteenlopende baten op macro-, meso- en microniveau van een goede gezondheid en daarmee van preventiebeleid zijn te verwachten.

Vanzelfsprekend zijn met het ontwikkelen en uitvoeren van preventie-interventies ook kosten gemoeid. Daarbij valt te denken aan de kosten van de instrumenten om de gezondheid van werknemers in beeld te brengen, van loopbaantrajecten tot behoud van de inzetbaarheid van (oudere) werknemers, van leefstijlprogramma's, en van investeringen in de zorgketen ten behoeve van de gezondheid van werknemers.

Een nauwkeurig, gekwantificeerd overzicht van de kosten en baten van beleid voor het behoud en de bevordering van de gezondheid binnen arbeidsorganisaties is echter vaak niet te geven. Allereerst zullen sommige kosten en baten niet (makkelijk) kwantificeerbaar zijn. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de gezondheidsaspecten die veel kwalitatieve elementen omvatten, zoals employability en vitaliteit. Een kwantitatief beeld van de saldo-opbrengst van preventiebeleid veronderstelt verder dat binnen de organisatie een helder model is opgesteld voor de met het beleid samenhangende kosten en baten en dat vervolgens zeer veel uiteenlopende data worden verzameld en geanalyseerd. De meeste organisaties zullen niet voor een dergelijke kostbare en arbeidsintensieve monitor kiezen. Daarnaast is de relatie tussen gezondheid en arbeid zeer complex: veel factoren zijn op de gezondheid van werknemers van invloed; omgekeerd beïnvloedt de gezondheid veel aspecten van het functioneren in het werk. Deze tweezijdige relaties kunnen bovendien causaal, maar ook conditioneel zijn.

Daarmee is het meten van alle relevante kosten en baten van preventiebeleid niet altijd (goed) uitvoerbaar. Voor preventieve, op gezondheidsbevordering gerichte, interventies en inspanningen binnen de arbeidsorganisatie geldt bovendien dat in veel gevallen niet vaststaat of en welke baten daarvan te verwachten zijn en bij welke actor(en) die baten terechtkomen⁶.

Hoewel het meten van kosten en baten op het niveau van de individuele arbeidsorganisatie niet altijd mogelijk is, is het wel van groot belang dat er meer kennis komt over de effectiviteit van verschillende maatregelen. Met kennis over de financiële opbrengsten van preventiebeleid, zullen werkgevers eerder investeren daarin. Ook voor werknemers is het van belang te weten hoe zij het beste kunnen werken aan een goede gezondheid en daarmee employability.

Baten voor diverse actoren

De baten van gezondheid zijn, zoals eerder gesteld, velerlei. Gezondere werknemers hebben een betere kwaliteit van leven. Een betere gezondheid van werknemers kan een reeks voordelen opleveren voor de arbeidsorganisatie (zie ook de preambule, hoofdstuk 1 van dit deel). Gezondheid van werknemers vermindert hun verzuim en uitval, maar bevordert bovenal hun motivatie, vitaliteit, productiviteit en innoverend vermogen in het werk en maakt dat ze langer inzetbaar zijn. Voor individuele werknemers betekent dit een langer leven met meer kwaliteit in goede gezondheid en daarmee meer kans op een langdurige en volwaardige maatschappelijke participatie. Voor de samenleving als geheel is duurzame inzetbaarheid van werknemers cruciaal om de kosten van vergrijzing te helpen opvangen, om voorziene structurele tekorten op de arbeidsmarkt te verminderen en om het draagvlak voor de sociale zekerheid op peil te houden. Bovendien impliceert goede gezondheid minder uitgaven voor zorg.

De raad is daarom van opvatting dat met preventiebeleid binnen de arbeidsorganisatie niet gewacht hoeft te worden tot vaststaat dat een positief saldo van kosten en baten voor de arbeidsorganisatie zal resulteren. In bedrijven en organisaties zouden afspraken moeten worden gemaakt over het volgen of monitoren van de gezondheid van werknemers (zoals hierboven uiteengezet in paragraaf 3.1.2. van deel 3) en over de ontwikkeling en zo nodig tussentijdse bijstelling van preventiebeleid. Evenzo zouden arbeidsorganisaties waar mogelijk gebruik moeten maken van effectief gebleken ('evidence based') curatieve en preventieve interventies. Waar die (vooralsnog) ontbreken, kunnen ook elders beproefde interventies worden ingezet waarvan de gezondheidsbevorderende werking plausibel is en waarover werkgevers en werknemers tevreden zijn gebleken. De raad dringt in het verleden hiervan aan op voortgezette meerjarige onderzoeksinspanningen van werkgevers,

6 Het gaat daarbij om onder meer de werknemer, de huidige en mogelijk toekomstige werkgever, de zorgverzekeraar, de inkomens- of verzuimverzekeraar, de overheid en eventuele derden.

werknemers, arbodiensten, verzekeraars en overheid om kennis en inzicht in de effectiviteit van interventies en de condities daarvoor te vergroten.

3.3 Additionele prikkels

Implementatie, intensivering en vernieuwing

Zoals in navolging van het SER-advies *Werken aan arbeidsgeschiktheid* uit 2002 door de raad gesteld onder Uitgangspunten (deel 2, hoofdstuk 2 van dit advies), moet beleid dat gericht is op gezondheidsbescherming, ziektepreventie, reductie van ziekteverzuim en snelle werkhervatting bij ziekte, worden gerealiseerd op het niveau van de arbeidsorganisatie⁷.

De raad constateert dat de wetgeving die in de afgelopen decennia is ingevoerd en werkgevers en werknemers een verantwoordelijkheid gaf in het voorkomen van gezondheidsproblemen en het daarmee gepaard gaande verzuim, heeft bijgedragen aan een verbeterde gezondheidstoestand van werknemers. Daarmee werd tevens een daling van het ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid en, na een periode van daling, een stabilisatie van het aantal arbeidsongevallen bereikt. Beleid binnen arbeidsorganisaties, sectoren en branches ontwikkeld op basis van deze wetten heeft, met andere woorden, vrucht afgeworpen. Ten gevolge van deze ontwikkelingen – in casu het succes als het gaat om vermindering van verzuim en uitval – is de afgelopen jaren de aandacht in ondernemingen steeds meer uitgegaan naar preventie van gezondheidsproblemen.

Gelet op wat binnen arbeidsorganisaties aan preventiebeleid ontwikkeld is en wordt, komt het volgens de raad nu vooral aan op implementatie en verdere intensivering van de vele ontwikkelde preventiemaatregelen en -interventies. Daarbij doen zich ook nog enkele mogelijkheden tot nieuw te ontwikkelen beleid voor (zie paragraaf 3.1.2 in dit deel van het advies).

Op grond daarvan ziet de raad geen reden voor meer prikkels in de vorm van verdere wet- en regelgeving, daar initiatieven al vanzelf op grote schaal in de ondernemingen ontstaan. Dit gebeurt vanuit de daar gevoelde gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers voor de duurzame inzetbaarheid van medewerkers en vanuit het besef dat voor preventiebeleid maatwerk cruciaal is. De vele initiatieven en experimenten bieden tegelijkertijd een rijke bron van inspiratie en informatie, waarmee bedrijven bovendien van elkaars ervaringen kunnen leren. Ook dat vormt mogelijk weer een stimulans voor de verdere ontwikkeling van preventiebeleid.

Kennisinvesteringsprogramma Participatie en gezondheid

De raad heeft kennisgenomen van de onderzoeksresultaten van fase 1 van het meerjarig kennisinvesteringsprogramma ‘Participatie en gezondheid’ van het ministerie van SZW, in samenwerking met de ministerie van VWS en BZK.

⁷ SER (2002) Advies *Werken aan arbeidsgeschiktheid*, p. 87.

Dit programma heeft als doel de participatie en de gezondheid van werknemers te verbeteren door ontwikkeling en ontsluiting van kennis over effectieve gezondheidsinterventies. In deze fase wordt ook de implementatie van deze kennis in bedrijven en instellingen bezien. Als toepassingsgebieden voor deze kennis zijn verzuimbeleid, preventiebeleid, re-integratie- en ouderenbeleid genoemd. De eerste fase in dit programma heeft zes deelstudies opgeleverd, die de kennisleemtes hebben onderzocht op zes terreinen van participatie en gezondheid, waaronder de invloed van leefstijlfactoren en de invloed van arbeidsrisico's. Tegelijkertijd inventariseerde het RIVM welke effecten beleidsmaatregelen binnen en buiten de volksgezondheidssector hebben op de gezondheid.

De uitkomsten van de diverse effectiviteitsonderzoeken heeft de raad betrokken bij zijn analyse van bestaand preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties, waarvan verslag is gedaan in deel 2 van dit advies. Hij acht de bevindingen zeer waardevol en goed bruikbaar voor verdere verspreiding, ontwikkeling en implementatie van maatregelen op het gebied van gezondheidsverbetering in het kader van inzetbaarheidsbevordering.

Het kennisinvesteringsprogramma biedt veel aanknopingspunten voor gericht vervolgonderzoek. De raad acht verdere kennisontwikkeling over effectiviteit van interventies en implementatie van bewezen effectieve preventiemaatregelen wenselijk. Deze kennis kan bijdragen aan een continue verbetering van instrumenten en een ruimer gebruik ervan. De raad ondersteunt dan ook de ontwikkeling van concrete kennisinvesteringsprogramma's zoals beoogd in de tweede fase van dit interdepartementale project. Ook (nieuwe) medische technologie kan een belangrijke rol spelen bij het realiseren van gezondheidswinst, zowel preventief als curatief.

3.4 Ander relevant beleid voor meer gezondheidswinst

Preventie steeds meer onderdeel reguliere zorg

De raad ziet belangrijke aanknopingspunten voor verbetering van de gezondheid van werknemers bij de groeiende betrokkenheid van de reguliere gezondheidszorg bij vraagstukken van gezondheid in relatie tot arbeid.

De raad heeft (in deel 2, hoofdstuk 4) met instemming geconstateerd dat de reguliere gezondheidszorg in toenemende mate aandacht schenkt aan de rol van de factor arbeid in het ontstaan, verloop en herstel van of leven met gezondheidsproblemen. In zijn advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* (1998) heeft de raad daarvoor ook gepleit. Ook de minister van VWS toont besef van de betekenis van preventie door te laten onderzoeken welke bewezen effectieve preventie-interventies kunnen worden opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Verder stimuleert VWS via ZonMw, de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen voor (para)medische beroepsbeoefenaren waarin de factor arbeid integraal is opgenomen. Daardoor zal er onder beroepsbeoefenaren zowel bij de

diagnose als bij de behandeling van gezondheidsproblemen meer aandacht ontstaan voor de factor arbeid in het geheel.

Nieuwe initiatieven en samenwerkingsverbanden

De raad heeft in zijn analyse een reeks van initiatieven vanuit de reguliere zorg om een bijdrage te leveren aan ‘aandoeningsgerichte zorg voor werknemers’ de revue laten passeren. Het nieuwe zorgstelsel heeft hiervoor ruimte gecreëerd. Deze ontwikkelingen illustreren tevens dat het begrip ‘reguliere zorg’ steeds minder eenduidig wordt. ‘Traditionele’ zorgaanbieders, maar ook verzekeraars, richten zich naast hun ‘oude’ taken op een gevarieerd aanbod van preventie, zorg en aanverwante dienstverlening.

Deze ontwikkeling brengt met zich dat het lastig is in kaart te brengen wat het aanbod en gebruik van dergelijke initiatieven is, hoe de financiering ervan verloopt, en of de bijdrage aan gezondheidswinst en arbeidsproductiviteit van deze actoren in de zorgsector substantieel te noemen is. De raad beveelt dan ook aan om deze vragen onderwerp te maken van nader onderzoek.

Wel constateert de raad dat in (te ontwikkelen) samenwerkingsverbanden tussen werkgevers, werknemers, verzekeraars en zorgaanbieders ten behoeve van werknemers met gezondheidsproblemen, gelet op het belang van gerichtheid op werkhervatting, extra aandacht geschonken zou kunnen worden aan de regierol van werkgevers en werknemers. Bovendien zou zorg gedragen moeten worden voor een multidisciplinaire aanpak van gezondheidsproblemen van werknemers. In het verlengde daarvan zou volgens de raad – indien aan de door de minister daarvoor gestelde criteria is voldaan – een dergelijke aanpak voor vergoeding op grond van de Zvw in aanmerking moeten kunnen komen.

Verkenningen met betrekking tot bedrijfsarts

De raad pleit ervoor om een verkenning uit te voeren naar de mogelijkheden van een structurele (verbetering van de) samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen. Uit onderzoek naar de frequentie waarmee huisartsen en bedrijfsartsen samenwerken en naar initiatieven om de samenwerking te verbeteren, alsook uit evaluaties van samenwerkingspilots, blijkt dat contact tussen bedrijfsarts en huisarts niet vanzelfsprekend is. Er is (nog) geen sprake van structurele samenwerking, terwijl een dergelijke samenwerking voor behandeling, herstel en werkhervatting van werknemers met gezondheidsproblemen van groot belang is.

De achtergrond van het gebrek aan samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen is enerzijds de financiering van de bedrijfsarts, anderzijds de verschillende positie van beide artsen. De raad beveelt dan ook aan om in de hiervoor bepleite verkenning aandacht te laten uitgaan naar de financiering van de bedrijfsarts.

Verkend zou kunnen worden of en in hoeverre bedrijfsgeneeskundige zorg – die nu geheel buiten het zorgstelsel om gefinancierd wordt – in aanmerking zou moeten komen voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet.

Overigens zou in een dergelijke verkenning ook aandacht moeten worden besteed aan de financiële en andere consequenties die het beter benutten van de functionele omschrijvingen van het basispakket met zich zou kunnen brengen. Te denken valt aan gevolgen voor de zorguitgaven, zorgconsumptie en voor de (al dan niet verplichte) financiële bijdragen van diverse betrokken actoren (werkgevers, werknemers, verzekeraars en zorgaanbieders). De raad wijst in dit verband op de thans lopende verkenning door de Commissie Arbeidsomstandigheden van de SER over de positie van de bedrijfsarts, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de kwaliteit en de financiering van de dienstverlening van de bedrijfsarts. Naar het oordeel van de raad dienen bij die verkenning ook de privacyaspecten in het werk van de bedrijfsarts aan de orde te komen.

Aandacht voor (arbeidsrelevant) psychisch welbevinden van werknemers

Omdat psychische en depressieve klachten een relatief groot aandeel hebben in het langdurig verzuim, zouden bedrijven en organisaties behalve de fysieke gezondheid van werknemers ook hun psychisch welbevinden kunnen volgen. Zo zouden in het Preventief Medisch Onderzoek vragen kunnen worden opgenomen die erop gericht zijn beginnende klachten vroegtijdig te signaleren. Vervolgens is het mogelijk, eventueel in overleg met de huisarts en de ggz, een preventie- of behandelingsplan op te stellen. De raad acht het voorts aanbevelenswaardig dat preventie van psychische problematiek, juist vanwege de arbeidsrelevantie van psychische klachten, ook meer aandacht krijgt in de huisartspraktijk.

Den Haag, 17 april 2009

A.H.G. Rinnooy Kan
Voorzitter

V.C.M. Timmerhuis
Algemeen secretaris

Literatuurlijst

SER-publicaties

SER (2008) *Advies Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ*, publicatienr. 08/03, Den Haag : Sociaal-Economische Raad.

SER (2006) *Advies Welvaartsgroei door en voor iedereen*, publicatienr. 06/08, Den Haag : Sociaal-Economische Raad.

SER (2005) *Advies Evaluatie Arbowet 1998*, publicatienr. 05/09, Den Haag : Sociaal-Economische Raad.

SER (2005) *Advies Van alle leeftijden*, publicatienr. 05/02, Den Haag : Sociaal-Economische Raad.

SER (2004) *Advies Arbodienstverlening*, publicatienr. 04/03, Den Haag : Sociaal-Economische Raad.

SER (2004) *Advies Verdere uitwerking WAO-beleid*, publicatienr. 04/02, Den Haag : Sociaal-Economische Raad.

SER (2002) *Advies Nieuwe risico's: Advies over de aanpak en de verzekerbaarheid van nieuwe arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's*, publicatienr. 02/06, Den Haag : Sociaal-Economische Raad.

SER (2002) *Advies Werken aan arbeidsgeschiktheid: Voorstellen WAO-beleid*, publicatienr. 02/05, Den Haag : Sociaal-Economische Raad.

SER (1998) *Advies Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, publicatienr. 98/13, Den Haag : Sociaal-Economische Raad.

Boeken/rapporten

Atos Consulting; Van den Broek, P., R. Streng, M. van der Linden (2008) *Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit?*, Den Haag : Atos Consulting.

AWVN MKB-Nederland; VNO-NCW (2008) *Nota Arbeidsvoorwaarden 2009: Informatie voor CAO-onderhandelaars*, Den Haag : Werkgeversvereniging AWVN

AWVN; Verhoeff, A. (red.) (2007) *Handboek Levensfasebeleid: Visie, instrumenten en praktijk*, Haarlem : Werkgeversvereniging AWVN

Boaborea (2008) *Meer mensen, meer werk, meer vitaliteit*, Tilburg : Boaborea.

Blik op Werk (2008) *Work ability index werkwijzer*, Den Haag : Stichting Blik op Werk

BS Health Consultancy (2008) *Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht: Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg*, Haarlem : BS Health Consultancy.

CBS (2008) *Gezondheid en zorg in cijfers 2008*, Den Haag : Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS (2007) *Gezondheid en zorg in cijfers 2007*, Voorburg : Centraal Bureau voor de Statistiek.

CNV; Qidos (2006) *Handboek levensfasegericht personeelsbeleid*, Utrecht : Christelijk Nationaal Vakverbond.

- Coronel Instituut; AMC; Rebergen, D.S., E. Asghari, J.K. Sluiter, T.M. Pal, F.J. van Dijk, M.H.W. Frings-Dresen (2008) *De invloed van arbeidsrisico's op gezondheid en arbeidsparticipatie*, Amsterdam : Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid / Nederlands Centrum voor Beroepsziekten Academisch Medisch Centrum (AMC).
- CVZ (2007) *Van preventie verzekerd*, publicatienr. 250, Diemen : College voor zorgverzekeringen.
- CVZ (2008) *Preventie van depressie: Verzekerde zorg?*, publicatienr. 264, Diemen : College voor zorgverzekeringen.
- EGGSIE; Plantenga, J., C. Remery (2005) *Reconciliation of work and private life: A comparative review of thirty European countries*, Report of the EU Expert Group on Gender, Social Inclusion and Employment (EGGSIE), European Commission – Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EIM; Winnubst, M.E., J.M.P. de Kok (2008) *HRM in het MKB: Schaafeffecten in HRM-praktijk en -opbrengst*, Zoetermeer : EIM.
- FNV Bondgenoten (2007) *"Lang zullen ze leven": Tien voorbeelden uit de praktijk over levensfasebewust beleid*, Amsterdam : Stichting FNV Pers.
- FNV Bondgenoten; Warning, J. (2009) *Ziek door onzekerheid: Een verslag van een onderzoek door FNV Bondgenoten*, Utrecht : FNV Bondgenoten.
- Foresight Mental Capital and Wellbeing Project: Final Project Report: Executive summary* (2008), London : The Government Office for Science, pp. 28-31.
- GR (2005) *Beoordelen, behandelen, begeleiden: Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, publicatienr. 2005/10, Den Haag : Gezondheidsraad.
- GR (2006) *Nachtwerk en borstkanker: een oorzakelijk verband?*, publicatienr. 2006/15, Den Haag : Gezondheidsraad.
- Hoogduin, C.A.L., R. Van Leusden (red.) (2007) *Management van verzuim: De successen bij ABN AMRO, Akzo Nobel, Holland Casino, Nederlandse Spoorwegen en TNT Post*, Amsterdam : Boom.
- KNMG (2007) *Volksgezondheid en Preventie: De visie van de KNMG*, Utrecht : Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- LangmanEconomen; Meijer, C., M. Langman, M. Veenhof (2008) *Keten van preventie, verzuim en re-integratie op decentraal niveau*, Amsterdam : LangmanEconomen, september 2008.
- Lapr e, R., F. Rutten, E. Schut (2001) *Algemene economie van de gezondheidszorg*, Amsterdam : Reed Business.
- MarketConcern Van Spaendonck [2008] *Arbodienstenmonitor 2008*, beschikbaar gesteld door Boaborea.
- McDaid, D. (ed.) (2008) *Mental health in Workplace Settings: Consensus paper*, Luxembourg : European Communities.
- Min. SZW (2008) *Voorjaarsrapportage CAO-afspraken 2008*, Den Haag : Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid – Directie Uitvoeringstaken Arbeidsvoorwaardenwetgeving.
- NIGZ (2006) *Factsheet alcohol en werk*, Woerden : Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie – NIGZ-Werk & gezondheid.
- Nuffield Council on Bioethics (2007) *Public health: ethical issues: A guide to the report*, London : Nuffield Council on Bioethics.

- NIVEL; Nielen, M.M.J., Schellevis, F.G. (2009) *Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008: De vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten*, Utrecht : NIVEL.
- NZa (2007) *Richting geven aan keuzes*, Utrecht : Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2008) *Monitor Ziekenhuiszorg 2008: Een analyse van marktontwikkelingen in het B-segment 2008*, Utrecht : Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nza (2008) *Uitvoeringstoets met spoed!: Advies over verbetering van de regulering van de acute zorg*, Utrecht : Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nza (2009) *Monitor Eigen risico: Tweede rapportage*, Utrecht : Nederlandse Zorgautoriteit.
- Polder, J. (2008) *Veelkleurig grijs: Economische aspecten van volksgezondheid en zorg*, Oratie, Tilburg : Universiteit van Tilburg.
- RIVM (2006) *Kosten van ziekten 2005*, Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM; Baal, P.H.M. Van, R. Heijink, R.T. Hoogeveen, J.J. Polder (2006) *Zorgkosten van ongezond gedrag: Zorg voor euro's*, publicatienr. 270751015, Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM; Bemelmans, W.J.E., G.C.W. Wendel-Vos, G. Bos, A.J. Schuit, M.A.R. Tijhuis (2004) *Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg: Een verkennende studie naar de effecten*, publicatienr. 260301005, Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM; Eysink, P.E.D., H.H. Hamberg-van Reenen, M.S. Lambooy (2008) *Leefstijl en arbeid in balans: Een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en (sub-)cultuur op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit*, publicatienr. 270254001/2008, Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM; Leent-Loenen, H.M.J.A. van (red.) (2002) *Arbeidsomstandigheden samengevat*, in: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning: Nationaal Kompas Volksgezondheid*, Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM; Polder, J., J. Takken, W. Meerdling, G. Kommer, L. Stokx (2002) *Kosten van ziekten in Nederland: De zorgeuro ontrafeld: Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*, publicatienr. 270751005, Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM; Storm, I., J. Jansen, A.J. Schuit (2009) *Effectiviteit van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid: Een verkennende studie*, RIVM-rapport 1302/2009, Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM; Wilk, E.A. van der, J.M. Melse, J.M. den Broeder, P.W. Achterberg (2007) *Leren van de burens: Beleid publieke gezondheid internationaal bezien: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening*, publicatienr. 270051010, Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RVZ (2008) *Screening en de rol van de overheid*, publicatienr. 08/03, Den Haag : Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (2008) *Zorginkoop*, publicatienr. 08/05, Den Haag : Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (2006) *Publieke gezondheid*, publicatienr. 06/10, Den Haag : Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RWI (2004) *Arbeidsproductiviteit in de Nederlandse dienstensector: Een literatuurstudie en enkele eigen empirische bevindingen*, Den Haag : Raad voor Werk en Inkomen.

- Schippers, J. (2008) Werkgevers en werknemers met zorgtaken, in: CBS; Mol, M., H.J. Dirven, R. van der Bie (red.) *Dynamiek in de sociale statistiek: Nieuwe cijfers over de sociaaleconomische levensloop*, Den Haag : Centraal Bureau voor de Statistiek, pp. 153-164.
- SEO; Klaveren, C. van, A. Heyma (2008) *Employability naar bedrijfsomvang*, publicatienr. 2008-57, Amsterdam : SEO Economisch Onderzoek.
- SEO; Kok, L., A. Houkes, N. Niessen (2008) *Kosten en baten van revalidatie*, Amsterdam : SEO Economisch Onderzoek.
- SEO; Niessen, N., L. Kok, J. Verbeek (2008) *Beter door de werkgever: De invloed van werkgeversbeleid op gezondheid en verzuim van werknemers*, Amsterdam : SEO Economisch Onderzoek.
- StvdA (2008) *Bied tegenwicht aan overgewicht*, Den Haag : Stichting van de Arbeid.
- StvdA (2006) *Briefadvies naar aanleiding van kabinetsvoorstellen met betrekking tot arboret- en regelgeving*, Den Haag : Stichting van de Arbeid, 13 maart 2006.
- StvdA (2006) *Naar brede en duurzame inzetbaarheid op de arbeidsmarkt: Aanbevelingen over scholing en employabilitybeleid*, publicatienr. 7/06, Den Haag : Stichting van de Arbeid.
- StvdA (2005) *Op weg naar een meer productieve economie*, publicatienr. 1/05, Den Haag : Stichting van de Arbeid.
- StvdA (2001) *Werk maken van employabilitybeleid*, publicatienr. 2/01, Den Haag : Stichting van de Arbeid.
- TNO (2008) *Bedrijfskundige opbrengsten van investeren in gezondheid*, International Conference on Productivity and Quality Research, Finland, 2008.
- TNO Arbeid; Uijl, S. den, S. Andriessen (2003) *Goed Werkgeverschap inzake omgang met ziekteverzuim: Casestudie-onderzoek bij best practice organisaties*, Hoofddorp : TNO Arbeid.
- TNO Kwaliteit van Leven; Bakhuys Roozeboom, M., P. Gouw, W. Hooftman, I. Houtman, J. Klein Hesselink (2008) *Arbobaalans 2007/2008: Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen*, Hoofddorp : TNO Kwaliteit van Leven.
- TNO Kwaliteit van Leven; Meeuwssen, J.M., T. de Jong, J.H. Kwantes, K. ten Have (2008) *De RI&E in kleine bedrijven: Een onderzoek in opdracht van het ministerie van SZW*, Hoofddorp : TNO Kwaliteit van Leven.
- TNO Kwaliteit van Leven; Houtman, I., M. van Hooff, W. Hooftman (2007) *Arbobaalans 2006: Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland*, Hoofddorp : TNO Kwaliteit van Leven.
- TNO Kwaliteit van Leven (2007) *Meer bewegen kan uw bedrijf winst opleveren*, Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
- TNO Kwaliteit van Leven; Kremer, A., P.C. Buijs (2005) *Een arbeidsanamnese voor medisch specialisten*, Hoofddorp : TNO Kwaliteit van Leven.
- TNO Kwaliteit van Leven; Buijs, P. (2005) *Blind spot for work in health care: Only a Dutch problem*, Position Paper, Hoofddorp : TNO Kwaliteit van Leven.
- TNO Kwaliteit van Leven (2005) *Gezondheidsschade en kosten als gevolg van RSI en psychosociale arbeidsbelasting in Nederland*, Hoofddorp : TNO Kwaliteit van Leven.
- TNO Preventie en Zorg; I. Hendriksen (2009) *Regelmatig fietsen naar het werk leidt tot lager ziekteverzuim*, Leiden : TNO Preventie en Zorg.
- TNO; Proper, K.I., I. Bakker, K. van Overbeek, B. Bergstra, M.W. Verheijden, M. Hopman-Rock, W. van Mechelen (2005) *Naar een gericht BRAVO-beleid door bedrijfsartsen*, Amsterdam : Body@work TNO-VUmc – EMGO-instituut.

- TNS NIPO; Drunen, A. van (2006) *Betalen voor de 24-uurs economie: Het grootste deel van de Nederlanders zegt 'liever niet'*, TNS NIPO, Samenvatting van de onderzoeksresultaten, 17 augustus 2006, www.rtl.nl.
- Verschuren, W., R. Hoogenveen, P. Kramers, D. Kromhout, M. Ocké (2004) Te behalen gezondheidswinst door verbetering in onze voeding, in: Kreijl C.F., A.G.A.C. Knaap, M.C.M. Busch, A.H. Havelaar, P.G.N. Kramers, D. Kromhout, F.X.R. van Leeuwen, H.M.J.A. van Leent-Loenen, M.C. Ocke, H. Verkleij (red.) *Ons eten gemeten: Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland*, Houten : Bohn Stafleu Van Loghum, pp. 75-84.
- VWA (2005) *Evaluatie van de handhavingservaring van de Tabakswet 2002 - 2004: Een kwantitatieve en kwalitatieve analyse*, Den Haag : Voedsel en Waren Autoriteit.
- Weehuizen, R. (2008) *Mental capital: The economic significance of mental health*, Maastricht : Universitaire Pers Maastricht.
- WHO (2008) *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*, Kopenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2006) *Constitution Basic Documents: Forty-fifth edition, Supplement*, October 2006, World Health Organization.

Kamerstukken

- Min. VWS (2003) *Langer gezond leven 2004-2007: Ook een kwestie van gezond gedrag*, Den Haag : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Min. VWS (1999) *Beleidsvisie op grond van artikel 8 Wet Bijzondere Medische Verrichtingen ten behoeve van het aanwijzen van instellingen die zich in het bijzonder richten op arbeidsrelevante aandoeningen, de zogenoemde kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen*, Den Haag : Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, brief aan Tweede Kamer, kenmerk CSZ/ZT992779 en 992808, d.d. 8 maart 1999.
- Tweede Kamer (vergaderjaar 2006-2007) 22 894 *Preventiebeleid voor de volksgezondheid*, nr. 110 [Brief minister VWS ter aanbieding van de preventienota 'Kiezen voor gezond leven']
- Tweede Kamer (vergaderjaar 2006-2007) 22 894 *Preventiebeleid voor de volksgezondheid*, nr. 134 [Kaderbrief 2007-2011 minister VWS over kabinetsvisie 'Gezond zijn, gezond blijven: Een visie op gezondheid en preventie']
- Tweede Kamer (vergaderjaar 2007-2008) 22 894 *Preventiebeleid voor de volksgezondheid*, nr. 134 bijlage 'Gezond zijn, gezond blijven: Een visie op gezondheid en preventie'.
- Tweede Kamer (vergaderjaar 2006-2007) 22 894 *Preventiebeleid voor de volksgezondheid*, nr. 176 [Brief minister VWS over het aanpakken van sociaal-economische gezondheidsachterstanden].
- Tweede Kamer (vergaderjaar 2008-2009) 22 894 *Preventiebeleid voor de volksgezondheid*, nr. 209 [Naar een weerbare samenleving: Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden].
- Tweede Kamer (vergaderjaar 2008-2009) 25 883 *Arbeidsomstandigheden*, nr. 137 [Brief minister SZW ter aanbieding Arbobalans 2007/2008 en enige arbo-onderwerpen].
- Tweede Kamer (vergaderjaar 2000-2001) 27 841 *Sport, bewegen en gezondheid*, nr. 2 [Nota

‘Sport, bewegen en gezondheid: Naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en beweging’].

Tweede Kamer (vergaderjaar 2006-2007) 29 247 *Acute zorg* nr. 49 [Brief minister VWS ter aanbieding verzoek aan NZa om een rapport met aanbevelingen voor soepelere en klantgerichtere organisatie van de keten van acute zorg, m.n. avondsprekeuur huisartsen/debat huisartsenzorg].

Tweede Kamer (vergaderjaar 2005-2006) 30 034 *Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen*, nr. 54 [brief minister SZW bij advies ‘Beoordelen, behandelen, begeleiden; medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid’], d.d. 27 september 2005.

Tweede Kamer (vergaderjaar 2005-2006) 30 034 *Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen*, nr. 58 [brief minister SZW bij advies Gezondheidsraad ‘Beoordelen, behandelen, begeleiden: Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid’], d.d. 30 maart 2006.

Tweede Kamer (vergaderjaar 2007-2008) 31 200 XVI *Vaststelling begroting Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008*, nr. 49 Motie (Van der Veen c.s.) [voor een beleidsplan inzake verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland].

Tweede Kamer (vergaderjaar 2007-2008) 31 316 *Wet publieke gezondheid*, nr. 15 Gewijzigde motie (Arib) [over nota over verschillen in gezondheidsproblemen en ziektebeelden bij verschillende bevolkingsgroepen].

Tweede Kamer (vergaderjaar 2007-2008) 31 532, *Voedingsbeleid*, nr. 1 [brief ministers VWS en LNV ‘Gezonde voeding, van begin tot eind, Nota voeding en gezondheid’].

Tweede Kamer (vergaderjaar 2007-2008) 31 532 *Voedingsbeleid*, nr. 1 [brief ministers VWS en LNV ‘Gezonde voeding, van begin tot eind, Nota voeding en gezondheid’. Bijlage 2: Gehanteerde definities en afkortingen].

Artikelen

Avondsprekeuur trekt veel patiënten, *Algemeen Dagblad*, 13 september 2008.

Beauregard, T.A., L.C. Henry (2008) Making the link between work-life balance practices and organizational performance, *Human Resource and Management Review* (2008), doi:10.1016/j.hrmr.2008.09.01.

Beddington, J., C.L. Cooper, J. Field, U. Goswami, F.A. Huppert, R. Jenkins, H.S. Jones, T.B.L. Kirkwood, B.J. Sahakian, S.M. Thomas (2008) The mental wealth of nations, *Nature*, 455 (2008) – 23 oktober, pp. 1057-1061.

CBS; Kösters, L. (2008) Verzorgende beroepen psychisch en fysiek zwaar belastend, *Sociaal-economische trends*, 2008 – 4e kwartaal, Den Haag : Centraal Bureau voor de Statistiek, pp. 27-31.

Groeneveld, I.F., K.I. Proper, A.J. van der Beek, C. van Duivenboden, W. van Mechelen (2008) Design of a RCT evaluating the (cost-)effectiveness of a lifestyle intervention for male construction workers at risk for cardiovascular disease: The health under construction study, *BMC Public Health*, 8 (2008) – nr. 1.

- Klink, A., P. Rosenmöller, J. Polder (2008) Het economisch gewicht van overgewicht, *Economisch Statistische Berichten (ESB)*, 93 (2008) – nr. 4533 (18 april), pp. 228-232.
- Kwak, L., S.P.J. Kremers, M. van Baak, J. Brug (2006) Participation rates in worksite-based intervention studies: health promotion context as a crucial quality criterion, *Health Promotion International* 21 (2006) – nr. 1, pp. 66-69.
- LaRosa, J., J. He, S. Vupputuri (1999) Effect of statins on risk of coronary disease: A meta-analysis of randomized controlled trials, *JAMA* 282 (1999) – nr. 24 (22-29 dec.), pp. 2340-2346.
- Mackenbach, J. (2005) Hervorming publieke gezondheid nodig, *Medisch Contact* 60 (2005) – nr. 14, pp. 568-572.
- McKee, M., M. Suhrcke, E. Nolte, S. Lessof, J. Figueras, A. Duran, N. Menabde (2009) Health systems, health and wealth: A European perspective, *The Lancet*, vol. 373 (2009) – January, pp. 349-352.
- Milder, I.E.J., Blokstra, A., Groot, J. de, Dulmen, S. van, Bemelmans, W.J.E. (2008) Lifestyle counseling in hypertension-related visits: analysis of video-taped general practice visits, *BMC Family Practice*, 9 (2008) – nr. 58.
- Polder, J.J. (2008) Gezond rendement: Zorg voor gezondheid en welvaart, *Health Management Forum*, 2008 – nr. 4, pp. 18-22.
- Proper, K.I., S.G. van den Heuvel, E.M.M. de Vroome, V.H. Hildebrandt, A.J. van der Beek (2006) Dose-response relation between physical activity and sick leave, *British Journal of Sports Medecin*, 40 (2006) – nr. 2 (feb.), pp. 173-178.
- Schultz, A.B., D.W. Edington (2007) Employee health and presenteeisme: A systematic review, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17 (2007) – nr. 3 (sept.), pp. 547-579.
- Visser, E. (2008) In Ziekte en Verzuim, *Bedrijfsgezondheidszorg 2.0*, 4 (2008) – april, pp. 38-39.

Websites

www.arbo.nl
www.arbo.mkb.nl
www.arboportaal.nl
www.blikopwerk.nl
www.cnv.nl
www.fnv.nl
www.foresight.gov.uk
www.gr.nl
www.instituutgak.nl
www.leeftijdophetwerk.nl
www.loopbaantrajectbouw.nl
www.minvws.nl
www.nationaalkompas.nl
www.nuevenniet.com
www.nvvg.nl

www.rie.nl
www.rivm.nl
www.rokenendewet.nl
www.stvda.nl
www.thelancet.com
www.tno.nl
www.vernet.nl
www.wantveld.nl
www.workabilityindex.nl
www.zilverenkruis.nl
www.zonmw.nl
www.zorgverzekeraars.nl



BIJLAGEN

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Sociaal-Economische Raad
T.a.v. dr. A.H.G. Rinnooy Kan, voorzitter
Postbus 90405
2509 LK DEN HAAG

Ons kenmerk
PG/OGZ-2879147

Den Haag
29 september 2008

Onderwerp
Adviesaanvraag m.b.t. parallelle
belangen bij gezondheid en preventie

Bijlage(n)
4

Geachte heer Rinnooy Kan,

In september 2007 heb ik mijn visie op gezondheid en preventie aan de Tweede Kamer aangeboden¹. Gezondheid is een groot goed voor mens en samenleving. Een belangrijk motief voor de rijksoverheid om gezondheid te bevorderen ligt in de maatschappelijke baten die hiermee kunnen worden behaald, vooral in de vorm van maatschappelijke en economische participatie en draagvlak voor een solidair zorgstelsel. Het realiseren van gezondheidswinst vindt slechts ten dele plaats binnen het collectieve domein. Het kabinet wil daarom de bijdrage van relevante actoren hieraan bevorderen, op basis van hun belang bij gezondheid en in een redelijke verhouding tot hun verantwoordelijkheden en mogelijkheden. Tot deze actoren behoren in ieder geval de bedrijven, de scholen en het lokale bestuur.

Het kabinet wil in de komende tijd een concreet plan van aanpak voor deze zogenoemde parallelle belangen ontwikkelen. Daarvoor moeten echter nog diverse vragen worden beantwoord op het gebied van samenhang, belangen, prikkels en instrumenten. Het gaat om een complexe materie die het kabinet nader wil bezien na kennisname van de visie en het advies van de SER, alsmede van de Onderwijsraad, de ROB en de RVZ.

Vermijdbare ongezondheid/maakbare gezondheid

Het gaat goed met de gezondheid in Nederland. De levensverwachting is de afgelopen decennia toegenomen en groeit ook momenteel nog. De oorzaken zijn onder meer de toegenomen kwaliteit van de zorg, het toegenomen niveau van opleiding en welvaart, veilig verkeer en een gezondere leefstijl. Ook in andere landen stijgt de gemiddelde levensverwachting; in een aantal omringende landen ligt die op een hoger niveau dan in Nederland en is men verder gevorderd met het bevorderen van een gezonde leefstijl. Gezondheid blijkt tot op zekere hoogte maakbaar; veel ongezondheid is vermijdbaar.

¹ Gezond zijn, gezond blijven; bijlage bij Kaderbrief 2007-2011, TK 2007-2008, 22 894, nr.134

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

2

Kenmerk

PG/OGZ-2879147

Een logisch aangrijpingspunt voor het realiseren van meer gezondheidswinst is het verder inperken van risico's die onze gezondheid kunnen schaden. De kansen daarvoor liggen onder andere bij ongezond consumptiegedrag (leefstijl), een ongezonde omgeving en ongezond werk. De urgentie van een brede aanpak wordt onderstreept door de grote en toenemende ziektebelasting als gevolg van onder meer te weinig bewegen, teveel en ongezond voedsel, roken en depressie.

Parallele belangen

Bij gezondheidswinst staat het individuele belang vanzelfsprekend voorop. Door de meeste mensen wordt dit belang goed gezien en opgevolgd. Dit is ook een efficiënt mechanisme. Mensen hebben immers zelf de informatie over de eigen behoeften en gezondheid. Ook nemen ze zelf – binnen de beschikbare middelen – de meeste beslissingen op het gebied van voeding, hygiëne en leefstijl voor zichzelf en hun kinderen. Dit geldt ook voor beslissingen op het gebied van school, opleiding, beroep, werkgever en woonomgeving. Zij kunnen zich daarbij echter niet altijd onttrekken aan directe en indirecte invloeden van buitenaf, uit de dagelijkse leefomgeving in de buurt, op school en op het werk. Daarmee komen ook andere actoren, met meer belangen dan alleen gezondheid, in beeld.

De parallelle belangen bij gezondheid worden door deze actoren uiteenlopend gewaardeerd. Soms worden de eigen baten als gevolg van inspanningen voor gezondheid van anderen niet hoog ingeschat en wordt volstaan met het toepassen van de regels die de overheid oplegt. In andere gevallen zien derde partijen individuele gezondheid wellicht juist als existentieel belang of maatschappelijke verantwoordelijkheid en stemmen hun beleid daarop af. Het is een kwestie van doelmatigheid om directe parallelle belangen (productiviteitswinst, leerprestaties, minder ziekteverzuim op school en op het werk, een beter imago op productmarkten en de arbeidsmarkt, meer weerbaarheid onder de bevolking en een beter sociaal klimaat in de wijk) onder ogen te zien en waar mogelijk te verzilveren. Dit is overigens geen nieuw verschijnsel. Ook rond het begin van de vorige eeuw namen werkgevers en het lokaal bestuur initiatieven om de levensomstandigheden (riolering, drinkwater, huisvesting) en leefgewoonten (hygiënemaatregelen) van werknemers en burgers te verbeteren. Toen ging het vooral om de destijds alom tegenwoordige infectieziekten; tegenwoordig zorgen de aan leefstijl gerelateerde somatische en psychische veelal chronische ziekten voor de meeste ziektebelasting.

Wanneer gezondheidsbelangen voldoende groot zijn maar onvoldoende vanuit parallelle belangen worden opgepakt, en kosten van ongezondheid worden afgewenteld, kan de overheid extra prikkels creëren. Voorbeelden hiervan liggen in de sfeer van fiscale prikkels en subsidies, van de sociale zekerheid en van het lokaal bestuur. Veel werkgevers zijn mede hierdoor extra gestimuleerd om aan de slag te gaan met arbeidsomstandigheden en gezondheidsbevordering binnen het bedrijf. Inmiddels zijn diverse *best practices*, met veelal een aanzienlijk financieel rendement, ontwikkeld.

Kabinetsbeleid

De afgelopen decennia heeft het kabinet veel beleid gevoerd dat direct of indirect heeft bijgedragen aan de gezondheid van de bevolking. Op de meeste beleidsterreinen van de overheid zijn aanknopingspunten met gezondheid te vinden: gezondheidsbevordering (mede gericht op tabak- en alcoholgebruik, voeding en bewegen), onderwijs,

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

3

Kenmerk

PG/OGZ-2879147

arbeidsomstandigheden, sociale zekerheid, inkomen, wonen en wijken, milieu, verkeer en zorg. De levensverwachting van de Nederlandse burger is mede hierdoor toegenomen. Ik streef dus naar voortzetting van dit beleid en wil de integraliteit en samenhang tussen de diverse inspanningen waar mogelijk vergroten. De onderhavige adviesaanvraag kan mede in dit perspectief worden gezien.

Het kabinetsbeleid op het gebied van gezondheid en zorg betreft de gehele keten van preventie, cure en care. Het is nu een moment om, mede vanuit het doelmatigheidsperspectief, te onderzoeken of een beweging kan worden gemaakt van "nazorg" naar "voorzorg". De toenemende leefstijl (roken, voeding/bewegen, depressie) gerelateerde ziektelast, gekoppeld aan een toenemende levensverwachting, betekent immers een financieel risico voor zowel de cure als de care. In dit verband is ook de sociaal-economische gradiënt in gezondheid relevant. Ik onderzoek momenteel hoe ik deze beweging naar meer voorzorg binnen het VWS-domein gestalte kan geven; een optie daarbij is om, mits budgettair inpasbaar, kosteneffectieve leefstijlinterventies bij medische indicatie te verstrekken via het basispakket van de Zvw. Ik wil daarnaast het beleid richten op actoren buiten het domein van de zorg (bedrijven, scholen, lokaal bestuur), met hun parallelle belangen als richtsnoer. Mijn beleid richt zich daarbij onder andere op

- (onderzoek naar) de kosteneffectiviteit en implementatie van preventieve interventies in deze domeinen.
- de verbinding tussen preventie en zorg; bijvoorbeeld de verbinding tussen de eerstelijnszorg en de bedrijfsgezondheidszorg, de jeugdgezondheidszorg en de lokale openbare gezondheidszorg.

Bij de verdere vormgeving van het kabinetsbeleid is meer specifiek inzicht nodig in de mogelijkheden in de onderscheiden domeinen en eventuele omstandigheden waarmee rekening zou moeten worden gehouden². In dat verband heb ik in de volgende paragraaf een aantal concrete vragen geformuleerd die ik graag aan de SER voor wil leggen. Een overeenkomstige vraagstelling, toegespitst op de sectoren onderwijs en lokaal bestuur, leg ik gelijktijdig voor aan de Onderwijsraad, de ROB en de RVZ.

Visie en advies van de SER

Ik zou het op prijs stellen wanneer de SER zijn visie zou willen geven op de hier geschetste materie en aanbevelingen zouden willen doen over de versterking van de bijdrage van de bedrijven aan de gezondheid van werknemers. De vragen die ik hierbij aan u wil voorleggen zijn:

- Hoe ziet u de kansen op gezondheidswinst in de bedrijven?
- Wat zijn de (potentiële) baten van gezondheidswinst en bij wie slaan deze neer?
- In de bedrijven is uit oogpunt van verzuimpreventie een stijgende aandacht voor het thema Gezondheidsmanagement. Ook de prikkels die uitgaan van Wet Verbetering Poortwachter, de Wet Loondoorbetaling bij Ziekte en de Arbeidsomstandighedenregelgeving werken in de praktijk goed. Welke additionele prikkels aan het bedrijfsleven, uitgaande van de huidige

² Op dit moment werken de VROM-raad en de Gezondheidsraad aan adviezen over het gezond ontwerpen en inrichten van de fysieke leefomgeving

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

4

Kenmerk

PG/OGZ-2879147

VWS

verantwoordelijkheidsverdeling tussen werkgevers en werknemers, ziet de Raad om de bijdrage van bedrijven aan de gezondheid van werknemers te versterken?

Hierbij is het van belang om rekening te houden met de reeds bestaande praktijk in bedrijven en onderzoek hiernaar (onder andere ter voorbereiding van het meerjarig kennisinvesteringsprogramma Participatie en Gezondheid" van VWS, BZK en SZW).

- Ziet u nog andere aspecten die van belang kunnen zijn bij een beleid gericht op meer gezondheidswinst via de parallelle belangen van bedrijven?

Wijze van opereren

Het kabinet stelt het op prijs wanneer de SER zijn visievorming en advisering afstemt met het werk van de andere genoemde raden. In dit verband zal de RVZ op mijn verzoek een begrippenkader opstellen, de onderlinge afstemming faciliteren en een integrerende slotbeschouwing voor zijn rekening nemen. Met uw medewerking kan een waardevolle samenhangende en integrale advisering tot stand komen.

Het kabinet zou graag zo mogelijk vóór 1 april van het komende jaar de resultaten van uw Raad en de overige Raden ontvangen.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink



Bijlagen:

1. Preventievisie
2. IBO Gezond gedrag bevordert
3. Kaderbrief Preventie (19 sept. 2007)
4. Brief 9 juli 2008: SEGV nav motie-Van der Veen en motie Arib

Work Ability Index

De Work Ability Index (WAI) is een instrument dat werkgevers en werknemers kunnen gebruiken om iemands inzetbaarheid nauwkeurig in kaart te brengen. De grondlegger van de WAI, professor Juhani Ilmarinen van het Finnish Institute of Occupational Health (FIOH), definieert werkvermogen als de mate waarin een werknemer zowel lichamelijk als geestelijk (psychisch) in staat is om zijn/haar huidige werk uit te voeren.

Omdat een veelheid aan factoren het individuele werkvermogen beïnvloeden, en de work ability betrekking heeft op de huidige functie, is het werkvermogen een dynamisch begrip dat gedurende de loopbaan van een werknemer sterk kan veranderen.

Het werkvermogen is een resultante van de interactie tussen de capaciteiten en de kenmerken van de werknemer enerzijds en kenmerken van het werk anderzijds. Voor de werknemer gaat het hierbij onder andere om zijn of haar functionele capaciteiten (lichamelijk, psychisch en sociaal), gezondheid, kwalificaties (opleiding) en competenties, maar ook om zijn of haar motivatie, normen en waarden. Bij het 'werk' gaat het om de lichamelijke en psychische eisen van het werk, de werkomstandigheden en de sociale werkomgeving.

De WAI wordt gemeten met behulp van een vragenlijst die de medewerker zelf invult.

De vragen hebben betrekking op verschillende dimensies:

- 1 kenmerken van het werk
- 2 huidige werkvermogen vergeleken met beste werkvermogen
- 3 werkvermogen in relatie tot de eisen van het werk
- 4 aantal huidige aandoeningen
- 5 inschatting beperking werkuitoefening door aandoeningen
- 6 ziekteverzuim gedurende de afgelopen 12 maanden
- 7 eigen prognose werkvermogen over 2 jaar
- 8 vitaliteit

Het instrument heeft één enkel getal als uitkomstmaat voor het niveau van het werkvermogen.

De WAI is in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontwikkeld voor een grootschalig Fins onderzoeksproject, en wordt op dit moment in circa dertig landen ingezet bij vele organisaties. Uit diverse wetenschappelijke onderzoeken blijkt de WAI een valide en betrouwbaar instrument te zijn.

Het gebruik van de WAI is geen doel op zich. De WAI is een ondersteunend middel dat toegepast kan worden binnen het gezondheids-, arbo- en personeelsbeleid van organisaties. Zo hanteert een aantal bedrijven het instrument bijvoorbeeld als onderdeel van het Preventief Medisch Onderzoek (PMO). Voordat het instrument wordt ingezet, dient de organisatie doelen te formuleren over wat met de uitkomsten van de metingen gebeurt.

De WAI is een screeningsinstrument en geen diagnostisch instrument. Dat betekent dat weliswaar met behulp van de WAI te constateren valt dat er een probleem bestaat over de mate van inzetbaarheid van een medewerker, maar niet wat de oorzaak van het probleem is.

De uitkomsten van de WAI zijn zowel op individueel als op groepsniveau te gebruiken. Op individueel niveau gaat het om het monitoren van het werkvermogen in de tijd en het tijdig signaleren van een verminderd werkvermogen. Op groepsniveau kunnen de scores gebruikt worden voor het signaleren van risicogroepen. Deze kennis is bruikbaar voor beleidsontwikkeling en het evalueren van de effectiviteit van interventies op groepsniveau. Ook kunnen determinanten van een verminderd werkvermogen worden onderzocht door middel van vergelijkingen van het gemiddelde werkvermogen tussen groepen.

Bedrijven die willen deelnemen aan de WAI sluiten een contract (sublicentie) met de Stichting Blik op Werk, de licentiehouder voor het gebruik van de WAI in Nederland. Blik op Werk introduceert, verspreidt, en promoot het gebruik van de WAI in Nederland, om een bijdrage te leveren aan duurzame inzetbaarheid van werknemers, en wordt daarbij ondersteund door het ministerie van SZW. Daarnaast faciliteert Blik op Werk een lerend netwerk in Nederland, door professionals bij elkaar te brengen die ervaringen delen en kennis uitwisselen. Ook stelt Blik op Werk zogenaamde spiegelinformatie beschikbaar aan deelnemende bedrijven, waarmee ze hun scores op de WAI kunnen spiegelen aan en vergelijken met die van andere bedrijven. Dit is mogelijk omdat een nationale databank wordt aangelegd met WAI-scores en persoonskenmerken van de werknemers die de vragenlijsten invulden.

Er is zowel een korte als een lange versie van de Nederlandstalige WAI-vragenlijst opgesteld. Blik op Werk biedt beide versies als standaard aan. Deelnemende bedrijven worden vermeld op de website van Blik op Werk www.blikopwerk.nl. Het aantal deelnemende en belangstellende bedrijven groeit.

Deelnemende bedrijven aan de WAI zijn, via de overeenkomst met Blik op Werk, gebonden aan een aantal spelregels. De belangrijkste spelregels zijn:

- Werknemers worden vooraf geïnformeerd over het doel en de uitvoering van de WAI (met name over de vrijwillige deelname, vertrouwelijkheid van gegevens en vervolactiviteiten na afname van de WAI).
- De ondernemingsraad of medezeggenschapsraad in het bedrijf hebben instemmingsrecht voor het gebruik van de WAI.
- Het bedrijf mag de vragenlijsten niet bewerken zonder toestemming van Blik op Werk. Het is wel toegestaan om de WAI in combinatie met andere vragenlijsten te gebruiken.
- Het bedrijf kan zelf kiezen of het de korte of lange versie van de vragenlijst wil gebruiken.
- Het bedrijf beschikt over een adequate klachtenprocedure en een privacyreglement.
- De gegevens van een werknemer kunnen alleen met toestemming van de werknemer aan anderen worden verstrekt.
- De uitkomsten van de WAI mogen niet te herleiden zijn naar individuen.

- De verzamelde data levert het bedrijf geanonimiseerd aan Blik op Werk. In de overeenkomst staan de richtlijnen voor aanlevering en dataverwerking.
- Aan het gebruik van de WAI zijn kosten verbonden. De overeenkomst wordt aangegaan voor één kalenderjaar en wordt ieder volgend jaar met een jaar verlengd. Opzeggen (schriftelijk) kan uiterlijk twee maanden voor afloop van dat betreffende jaar.

Bronnen: www.blikopwerk.nl en www.workabilityindex.nl , Blik op Werk (2008) *Work ability index (WAI) werkwijzer*, Den Haag : Stichting Blik op Werk.

Gesprekspartners

Overzicht van personen, instanties, organisaties en bedrijven die bij de voorbereiding van het advies zijn geraadpleegd.

<i>Naam</i>	<i>Organisatie</i>
Dr. P. Buijs	Senior onderzoeker en adviseur; tevens bedrijfsarts afdeling Arbeidsparticipatie TNO Kwaliteit van Leven – Arbeid
Mw. M. van de Donk MSC	Onderzoeker zorg Onderzoeksbureau MediQuest
Drs. M.J.A. Edelaar	Arbeidsrehabilitatiewetenschapper Heliomare Arbeidsintegratie
Dr. R.W.M. Gründemann	Senior onderzoeker en adviseur, teamleider personeelsbeleid TNO Kwaliteit van Leven – Arbeid
Mw. dr. J. Ravensbergen	lid Management Team (MT) programmakader Preventie ZonMw (Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie)
Drs. E. Rolink	Beleidsmedewerker Revalidatie Nederland
Mw. drs. S. van Rossum	WAI-projectleider Stichting Blick op Werk
Mw. drs. E. Schellekens	Directeur Advies en Innovatie Arbo- en gezondheidsdienst HumanCapitalCare
Mw. mr. M.L.H. Thissen	Manager Bedrijfsgezondheid Nederlandse Spoorwegen
Drs. M. de Wildt	Directeur Adviesbureau Qidos
Mw. drs. A. Zeegers	Beleidsmedewerker afdeling Zorgvisie & Normering/ Preventie & E-health GGZ Nederland
Prof. dr. G.I.J.M. Zwetsloot	Senior onderzoeker en adviseur, bij TNO Kwaliteit van Leven – Arbeid en Bijzonder hoogleraar Occupational Health and Safety Management, Nottingham University

Ad-hoccommissie Preventie en Gezondheid (P&G)*leden**plaatsvervangende leden***Onafhankelijke leden**

R.L.O. Linschoten (voorzitter)
 prof.dr. A.L. Bovenberg
 mw. dr. C.M. Colijn-Hooymans
 prof.mr. F.B.J. Grapperhaus
 prof.dr. J.J. Polder
 mw. A.M. Vliegthart

Ondernemersleden

mw. G. Dolsma (VNO-NCW) m.i.v. 01-01-09
 drs. M. Feenstra (MKB-Nederland)
 drs. G.A.M. van der Grind (LTO-Nederland)
 J.J.H. Koning (VNO-NCW)
 mr. W.M.J.M. van Mierlo (MKB-Nederland)
 mr. S.J.L. Nieuwsma (VNO-NCW)
 mr. M.E.M. Nuyten (VNO-NCW) tot 31-12-2008

mw.drs. P. van de Goorbergh

J.G. Breit

Werknemersleden

B. van Boggelen (CNV) m.i.v. 01-04-2009
 drs. L.R.M. Hartveld (FNV)
 mw. mr. A. Heerschop (MHP)
 mw. drs.Y. van Houdt (CNV) tot 01-04-2009
 drs. W. van Veelen (FNV)
 dr. H.F. van der Velden (FNV)
 drs. A. Woltmeijer (CNV)

mw. A.C. den Bakker
 drs. P.F. van Kruining

mr. H. van Steenbergem

Adviserend lid

drs. P.J. Besseling (CPB)

Waarnemend lid

mw. mr. G.P.M. Raas (RVZ)

Ministeriële vertegenwoordigers

drs. ing. E. Heinen (Fin)
 mw. drs. H. Lucassen (SZW) tot 31-12-2008
 mw. drs. D. Schiet (SZW) m.i.v. 01-01-2009
 drs. F.J. van Sloten (VWS)

Secretariaat

mw. dr. H.J. Groenendijk

drs. A. Devreese

mw. drs. E. Gevers

mw. mr. B.P.F.D. Hendriks

S.H. Thewissen

Publicatieoverzicht

Algemeen

De belangrijkste adviezen en rapporten van de SER komen in boekvorm uit.

Een jaarabonnement op deze publicaties kost € 90,50. Losse exemplaren kosten € 7,50, tenzij anders aangegeven.

Van de meeste adviezen wordt een aparte samenvatting gemaakt. Deze samenvattingen kunt u raadplegen op onze website. Sommige samenvattingen zijn ook beschikbaar in boekvorm. In het publicatieoverzicht is dat aangegeven met een N (Nederlands), E (Engels), D (Duits), F (Frans) en S (Spaans). De bibliografische gegevens vindt u op onze website. De samenvattingen in boekvorm zijn gratis.

Het SER-bulletin, met nieuws en opinies over de SER, de Stichting van de Arbeid en de overlegeconomie, verschijnt maandelijks. Een jaarabonnement is gratis.

Een overzicht van alle SER-uitgaven vindt u op onze website (www.ser.nl).

Adviezen

Samenvatting

Een kwestie van gezond verstand

2008, 184 pp., ISBN 90-6587-986-2, bestelnr. 09/02

Duurzame globalisering: een wereld te winnen

2008, 334 pp., ISBN 90-6587-973-0, bestelnr. 08/06

Waarden van de Landbouw

2008, 106 pp., ISBN 90-6587-971-4, bestelnr. 08/05

Zuinig op de Randstad

2008, 82 pp., ISBN 90-6587-969-2, bestelnr. 08/04

Langdurige zorg verzekerd: toekomst van de AWBZ

2008, 288 pp., ISBN 90-6587-970-6, bestelnr. 08/03

Naar een kansrijk en duurzaam energiebeleid

2008, 106 pp., ISBN 90-6587-968-4, bestelnr. 08/02

Evenwichtig Ondernemingsbestuur

2008, 100 pp., ISBN 90-6587-966-8, bestelnr. 08/01

Evenwichtig Ondernemingsbestuur: bijlage met consultatie en onderzoeksrapportages

2008, 215 pp., ISBN 90-6587-967-6, bestelnr. 08/01A

Benoemingsrecht Sociaal-Economische Raad 1 april 2008 – 1 april 2010

2007, 28 pp., ISBN 90-6587-965-X, bestelnr. 07/07

Meedoen zonder beperkingen

2007, 212 pp., ISBN 90-6587-958-7, bestelnr. 07/06

Groenboek Herziening consumentenacquis

2007, 54 pp., ISBN 90-6587-957-9, bestelnr. 07/05

Lissabon in de wijk: het grotestedenbeleid in een nieuwe fase

2007, 58 pp., ISBN 90-6587-953-6, bestelnr. 07/04

Eenvoudige procedure voor eenvoudige civiele zaken

2007, 86 pp., ISBN 90-6587-951-x, bestelnr. 07/03

Arbeidsmigratiebeleid

2007, 212 pp., ISBN 90-6587-948-x, bestelnr. 07/02

Niet de afkomst maar de toekomst

2007, 122 pp., ISBN 90-6587-947-1, bestelnr. 07/01

Naar een kansrijk en duurzaam energiebeleid

2006, 120 pp., ISBN 90-6587-943-9, bestelnr. 06/10

Mobiliteitsmanagement

2006, 44 pp., ISBN 90-6587-942-0, bestelnr. 06/09

Welvaartsgroei door en voor iedereen

2006, 150 pp., ISBN 90-6587-937-4, bestelnr. 06/08

Welvaartsgroei door en voor iedereen: Themadocument Sociale innovatie

2006, 66 pp., ISBN 90-6587-938-2, bestelnr. 06/08^I

Welvaartsgroei door en voor iedereen: Themadocument Arbeidsverhoudingen

2006, 90 pp., ISBN 90-6587-939-0, bestelnr. 06/08^{II}

Welvaartsgroei door en voor iedereen: Themadocument Arbeidsmarktperspectieven laaggeschoolden en ontwikkeling kwalificatiestructuur beroepsbevolking

2006, 58 pp., ISBN 90-6587-940-4, bestelnr. 06/08^{III}

E

Personenkring werknemersverzekeringen

2006, 154 pp., ISBN 90-6587-926-9, bestelnr. 06/07

Nederland en EU-milieurichtlijnen

2006, 86 pp., ISBN 90-6587-925-0, bestelnr. 06/06

Cofinanciering van het EU-landbouwbeleid

2006, 70 pp., ISBN 90-6587-924-2, bestelnr. 06/05

E

Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector

2006, 100 pp., ISBN 90-6587-923-4, bestelnr. 06/04

Wegnemen belemmeringen voor doorwerken na 65 jaar

2006, 100 pp., ISBN 90-6587-922-6, bestelnr. 06/03

Herziening concurrentiebeding

2006, 84 pp., ISBN 90-6587-921-8, bestelnr. 06/02

De toekomst van de PBO

2006, 126 pp., ISBN 90-6587-920-X, bestelnr. 06/01

Milieu als kans

2005, 60 pp., ISBN 90-6587-911-0, bestelnr. 05/13

Kansen voor het platteland

2005, 118 pp., ISBN 90-6587-912-9, bestelnr. 05/12

Adviezen van de Bestuurskamer inzake hergroepering bedrijfslichamen 1998-2003

2003, ISBN 90-6587-845-9

deel 1 (212 pp.)

deel 2 (219 pp.)

Rapporten

CSED-rapport: Met Europa meer groei

2004, 210 pp., ISBN 90-6587-880-7

N, E, F

Witte vlekken op pensioengebied, quick scan 2001

2002, 94 pp., ISBN 90-6587-815-7

CSED-rapport: Levensloopbanen: gevolgen van veranderende arbeidspatronen

2001, 140 pp., ISBN 90-6587-797-5

CSED-rapport Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing

1999, 198 pp., ISBN 90-6587-720-7

Samenvattingen (gratis; in boekvorm)

CSED-rapport: Met Europa meer groei

2004, 46 pp., ISBN 90-6587-879-3

De rol van de werknemers in de Europese vennootschap

2003, 26 pp., ISBN 90-6587856-4, bestelnr. 03/08N

Normering piekblootstelling organische oplosmiddelen

2003, bestelnummer 02/11N

Het nieuwe leren

2002, 20 pp., ISBN 90-6587-819-X, bestelnr. 02/10N

Sociaal-economisch beleid 2002-2006

2002, 40 pp., ISBN 90-6587-820-3, bestelnr. 02/08N

Werken aan arbeidsgeschiktheid

2002, 32 pp., ISBN 90-6587-819-X, bestelnr. 02/05N

Het functioneren en de toekomst van de structuurregeling

2001, 20 pp., ISBN 90-6587778-9, bestelnr. 01/02N

Vertaalde samenvattingen (gratis; in boekvorm)

Increasing prosperity by and for everyone

2006, 38 pp., ISBN 90-6587-955-2, ordeno. 06/08e

Accroissement de la prospérité par et pour chacun

2006, 40 pp., ISBN 90-6587-952-8, numéro de commande 06/08f

Crecimiento del bienestar por y para todo el mundo

2006, 40 pp., ISBN 90-6587-954-4, número 06/08s

Gemeinsam Wohlstandswachstum für alle schaffen

2006, 40 pp., ISBN 90-6587-956-0, Bestellnummer 06/08d

Co-financing of the Common Agricultural Policy

2006, 32 pp., ISBN 90-6587-927-7, ordeno. 06/05e

La directive aux services dans le marché intérieur

2005, 24 pp., ISBN 90-6587-907-2, numéro de commande 05/07f

SER-Empfehlungsentwurf zur Dienstleistungsrichtlinie
2005, 26 pp., ISBN 90-6587-909-9, Bestellnummer 05/07d

Employee involvement in the European company
2003, 32 pp., ISBN 90-6587-859-9, ordeno. 03/08e

Generating knowledge, sharing knowledge
2003, 26 pp., ISBN 90-6587-858-0, ordeno. 03/04e

Towards a sustainable economy
2003, 24 pp., ISBN 90-6587-855-6, ordeno. 03/02e

Convention on the Future of Europe
2003, 18 pp., ISBN 90-6587-842-4, ordeno. 03/01e

La Convention sur l'avenir de l'Europe
2003, 18 pp., ISBN 90-6587-844-0, numéro de commande 03/01f

The New Learning – Advisory report on lifelong learning in the knowledge-based economy
2002, 20 pp., ISBN 90-6587-825-4, ordeno. 02/10e

Social and Economic Policy 2002-2006
2002, 36 pp., ISBN 90-6587-835-1, ordeno. 02/08e

Sozial- und Wirtschaftspolitik 2002-2006
2002, 40 pp., ISBN 90-6587-832-7, Bestellnummer 02/08d

Politique économique et sociale de 2002 à 2006
2002, 40 pp., ISBN 90-6587-822-X, numéro de commande 02/08f

Working on occupational disability – policy proposals
2002, 38 pp., ISBN 90-6587-829-7, ordeno. 02/05e

Ouvrer pour l'aptitude à l'emploi
2002, 40 pp., ISBN 90-6587-830-0, numéro de commande 02 /05f

Ageing population and the EU
2002, 18 pp., ISBN 90-6587-828-9, ordeno. 02/02e

Overige publicaties

Industrial relations and the adaptability of the Dutch economy
2007, 88 pp., ISBN 90-6587-961-7

Verklaring 50 jaar Verdrag van Rome
2007, 10 pp., vertalingen in Engels, Duits, Frans en Spaans

Model Rules of Procedure for Works Councils
2003, 127 pp., ISBN 90-6587-861-0

Voorbeeldreglement ondernemingsraden
2004, 164 pp., ISBN 90-6587-860-2

Alle uitgaven zijn te bestellen:

- telefonisch bij de afdeling Verkoop (070 3499 505);
- via de website (www.ser.nl);
- door overmaking van de vermelde prijs op gironummer 333281 ten name van de SER te Den Haag, onder vermelding van het bestelnummer en de titel.

The logo for the Sociaal-Economische Raad (SER) consists of the letters 'SER' in a bold, yellow, sans-serif font. The letters are set against a dark blue rectangular background. Above this background, there are three horizontal yellow lines of varying lengths, creating a stylized graphic element.

Sociaal-
Economische
Raad

Bezuidenhoutseweg 60
Postbus 90405
2509 LK Den Haag

ISBN 90-6587-986-2 / CIP