

Leefstijlgeneskunde en werk

Gezondheid en
inzetbaarheid vergroten
van werknemers met
een chronische
aandoening



**LIFESTYLE
4HEALTH**

Een gezamenlijk initiatief van

TNO

en



Leids Universitair
Medisch Centrum

Deze notitie is samengesteld door het Nederlands Innovatiecentrum voor Leefstijlgeneskunde – Lifestyle4Health onder redactie van: dr. Noortje Wiezer (TNO), Marloes van der Klauw, MSc (TNO), dr. Martine van Egmond (TNO), dr. Marloes Vooijs (TNO) en Lennart van der Zwaan MSc (TNO).

Aan deze notitie hebben bijgedragen: dr. Linda Battes (UWV), prof. dr. Cecile Boot (Amsterdam UMC), prof. dr. Niels Chavannes (LUMC), Gerben Hoogsteen (UWV), dr. Kees de Kock (huisarts), Jeroen Kemperman (Zilveren Kruis), dr. Tessa Kouwenhoven (Erasmus MC), dr. Giny Norder (Arbo Unie), prof. dr. Mattijs Numans (LUMC), Jurriaan Penders (Human Total Care).

Voor het opstellen van dit manifest hebben Lifestyle4Health en de bovenstaande experts geen financiële bijdragen ontvangen.

Lifestyle4Health

Lifestyle4Health—het Nederlands innovatiecentrum voor leefstijlgeneskunde—is een platform dat er naar streeft (de impact van) de ziektelast van leefstijl gerelateerde ziekten in de komende 10 jaar te halveren, door een verschuiving in de zorg naar zelfzorg en regie op eigen gezondheid. Via verschillende programmalijnen ontwikkelen we met partners daartoe wetenschappelijk bewijs en praktische innovatie.



www.lifestyle4health.nl

Deze notitie wordt moreel gesteund door de volgende organisaties:



Aanleiding

Onze leefomgeving is een belangrijke factor in de implementatie van leefstijlinterventies. Hoeveel we bewegen op een dag, wat we eten, hoe we ontspannen en hoeveel we slapen zijn belangrijke aspecten die meewegen in leefstijlgeneskunde. Maar waaraan besteden we gemiddeld de meeste tijd per dag? Werk! Werk neemt dus een belangrijke plek in binnen ons dagelijkse leven en is daarom relevant om te betrekken bij de inzet en de implementatie van leefstijlgeneskunde.

Werkcontext als kans voor leefstijlgeneskunde

De werkomgeving biedt niet alleen mogelijkheden voor preventie – belangrijk, want voorkomen is beter dan genezen –, maar bij uitstek ook om leefstijl gerelateerde ziekten te verminderen en met leefstijlinterventies te behandelen. Dat heeft niet alleen een effect op het verminderen van de ziektelast, maar ook op de arbeidsparticipatie van de werknemer met een chronische ziekte¹. Mensen met een chronische aandoening zijn minder vaak aan het werk dan mensen zonder chronische aandoening. Bovendien ondervinden veel van de werkenden met een chronische aandoening grotere uitdagingen om hun werkritme vol te houden en ondertussen hun ziekte onder controle te houden¹. Dit leidt tot meer verzuim³, meer bezoek aan de huisarts³, minder baankansen¹ en hogere zorgkosten³. Chronische aandoeningen op het werk zijn een groeiend probleem, voor zowel werknemers als werkgevers. Niet alleen omdat het aantal werkenden met een chronische aandoening naar verwachting de komende jaren verder zal stijgen, maar ook omdat het, vanwege de krapte op de arbeidsmarkt, belangrijk is deze werknemers te behouden. Het inzetten van leefstijlinterventies in de werkcontext biedt kansen om hier wat aan te doen en kan bovendien op termijn enorm in ziektelast en (zorg)kosten schelen.

Samen leefstijlgeneskunde een plek geven binnen de werkcontext

In dit manifest doen we een oproep aan: arbodiensten, de reguliere zorg, arbeidsdeskundigen, bedrijfsartsen, verzekeraars, werkgevers en sociaal geneeskundigen tot versterking van de arbocuratieve samenwerking, het aanpassen van leefstijlinterventies aan de werkomgeving en het aanpakken van het bekostigingssysteem om leefstijlgeneskunde voor werkenden toegankelijk te maken. Hiertoe verkent Lifestyle4Health in dit manifest hoe leefstijlgeneskunde en de werkcontext elkaar kunnen versterken in de behandeling van leefstijl gerelateerde ziekten en geven we onze visie op wat het van de verschillende betrokken partijen vergt om deze versterking te realiseren.





Potentie van de context van werk voor leefstijlgeneskunde

Op dit moment hebben naar schatting 8,5 miljoen Nederlanders te maken met een chronische aandoening die deels het gevolg is van leefstijl, zoals obesitas, hart- en vaatziekten (HVZ), diabetes mellitus type 2 (T2D), verschillende typen kanker, gewrichtsaandoeningen en sommige psychische aandoeningen, waaronder chronische stress en depressie³. Onderzoek toont aan dat veranderingen in leefstijl de ernst of gevolgen van ziekte kunnen verminderen (zie kader 'Voorbeelden leefstijlgeneskunde in de werkcontext: win-win'). Door de toepassing van leefstijlinterventies zijn mensen met een chronische ziekte minder of niet meer ziek, beter belastbaar, nemen bijwerkingen af en zijn medicijnen of operaties effectiever of zelfs niet meer nodig³. Deze kijk op leefstijlinterventies, als onderdeel van de behandeling van ziekten, noemen we leefstijlgeneskunde. We definiëren leefstijlgeneskunde als 'onderzoek naar en de toepassing van leefstijlinterventies als onderdeel van de geneeskundige behandeling van aandoeningen of ziekten'. In 2018 schreven wij met vele partners het 'Manifest voor Leefstijlgeneskunde'⁴, in 2019 aangevuld met de bundel 'Wetenschappelijk bewijs leefstijlgeneskunde'³. We onderstrepen hierin het belang van interventies op het gebied van leefstijl voor mensen met een leefstijl gerelateerde ziekte.

Bij leefstijlbevordering wordt al snel gedacht aan preventieve populatie gerichte interventies om gezond gedrag te beïnvloeden en zo ziekte te voorkomen. Denk aan het stimuleren van beweging en het aantrekkelijk maken van gezonde voeding. Dit zijn zeer waardevolle interventies, want voorkomen van ziekte is altijd beter dan genezen. Het is de laatste jaren echter steeds duidelijker geworden dat leefstijlinterventies ook aan de *behandeling én zelfs genezing* van ziekten kunnen bijdragen. In dit manifest gaan we níet in op het voorkomen van ziekte door collectieve preventie (bijvoorbeeld sporten op het werk) of door het wegnemen van schadelijke werkomstandigheden (zoals nachtwerk en stressoren). De focus ligt nu in het bijzonder op het inzetten van leefstijlgeneskunde op het werk voor mensen met een (dreigende) chronische aandoening.

Werkcontext van groot belang

Leefstijlgeneeskunde wekt bij sommigen de indruk dat de verantwoordelijkheid voor behandeling en vermindering van ziektelast bij het individu wordt neergelegd. Maar maar dit is onterecht, want de fysieke en sociale omgeving heeft grote invloed op ons gedrag, of het nu gaat om gezond of ongezond gedrag⁵. De leefomgeving speelt daarom een bepalende rol in het welslagen van leefstijlgeneeskunde. De vraag is dan ook hoe de omgeving het beste gezond gedrag van mensen met een chronische aandoening kan ondersteunen. Traditioneel denken we in de gezondheidszorg dan aan de (t)huisomgeving van mensen en de eerste- of tweedelijnszorg, waarin leefstijlinterventies worden voorgeschreven en soms ook 'toegediend' (bijvoorbeeld fysiotherapie en diëtetiek). De omgeving waarin iemand werkt wordt vaak vergeten als onderdeel van de leefomgeving én als aangrijpingspunt voor interventies, zeker in de behandeling van chronische ziekten zoals T2D, HVZ, obesitas en depressie, terwijl hier grote kansen liggen. Het zou waardevol zijn als de reguliere zorg zich in de werkcontext gaat verdiepen. Tegelijkertijd benadrukken we dat de zorg niet alleen iets is tussen de werkende en zijn of haar eerste- en tweedelijnszorgverleners. Ook de bedrijfsarts moet in deze context niet worden vergeten. Arbocuratieve samenwerking vormt hierin een belangrijke sleutel.

Werk als kans voor gezondheid

Werken beslaat voor velen een groot deel van de dag, juist daarom is het belangrijk deze tijd te benutten om het juiste te doen en interventies onderdeel te maken van werk. Nu is werk voor mensen met een chronische aandoening in veel gevallen een belemmering voor het volgen van hun behandeling: een gezonde leefstijl. Niet alleen de tijd die werk inneemt op een dag maar ook de (inrichting van de) werkomgeving zelf kan helpen de gewenste leefstijlverandering voor de behandeling van mensen met chronische aandoeningen te ondersteunen. Op het werk is het immers makkelijk verschillende groepen mensen te bereiken, ook zorgmijders of mensen met een groot risico of voortekenen van een chronische aandoening. Daarnaast biedt het werk vaak veel structuur in de dag, zoals vaste eetmomenten (met een vast assortiment), pauzes en gelegenheid of traditie om te bewegen, die juist kansen biedt om leefstijlverandering in te passen.



De werkomgeving kan anderzijds ook een risico vormen voor de gezondheid van werknemers. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat nachtwerk de kans op het ontwikkelen van chronische aandoeningen, zoals T2D en HVZ, vergroot⁶. Werknemers met een chronische aandoening, die in deze werkomstandigheden werken kunnen extra baat hebben leefstijlinterventies.

Het werk kan ook van invloed zijn op de toepassing en daarmee de effectiviteit van leefstijlverandering buiten het werk. Het gevoel dat mensen overhouden na een lange werkdag of -week bepaalt vaak hun gedrag daarna. Denk je maar in, voel je je uitgeblust of emotioneel 'op' en plof je op de bank of heb je juist nog energie over om iets te doen aan je lichamelijke of mentale gezondheid? Ook hierbij kan een gezonde en actieve leefstijl gedurende de dag een belangrijke doorslaggevende factor spelen, toont onderzoek aan⁷. Het is daarom van groot belang dat we bij het ontwerpen en inzetten van interventies rekening houden met het werk en de werkomgeving.

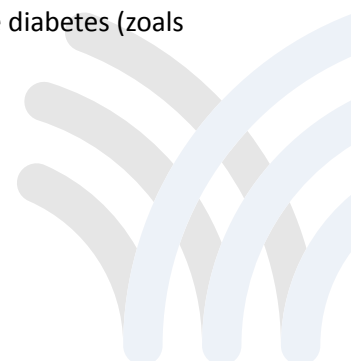
De COVID-19 crisis onderstreept hoe belangrijk leefstijl is en hoe kwetsbaar mensen, zeker ook werkenden met een chronische aandoening, zijn. Door de COVID-19 situatie is er een grote groep werknemers meer of structureel gaan thuiswerken en de verwachting is dat ook in het post-COVID tijdperk deze trend aanhoudt. Thuiswerken biedt werknemers met een chronische aandoening voordelen. Ze hoeven niet te reizen en kunnen vaak zelf hun werk- en rusttijden indelen op basis van hun energieniveau. Deze tijdsautonomie geeft hen ook meer mogelijkheden om iets met een leefstijl programma te doen. Alleen de fysieke begeleiding op de werkvloer, de werkomgeving an sich en het samen optrekken met collega's, elementen van interventies die succesvol zijn, missen nu (met name tijdens een lockdown). Daarom zullen er voor de werknemers met chronische aandoeningen die meer thuis (gaan) werken programma's moeten worden ontwikkeld in een 'blended' vorm (fysiek en online). Dat is een nieuwe uitdaging, die we graag aangaan om leefstijlgeneeskunde voor iedereen toegankelijk te maken.

Chronische aandoeningen en werk

Op dit moment heeft bijna de helft van de Nederlandse bevolking een chronische aandoening³. Hoewel de meeste chronische aandoeningen zich voordoen bij ouderen, heeft toch een derde van de beroepsbevolking een door een arts vastgestelde chronische aandoening (32%⁸). Het aantal mensen met een chronische aandoening stijgt omdat we langer leven en ziekten waaraan we voorheen overleden nu chronische aandoeningen worden. Maar ook omdat we chronische aandoeningen, zoals bijvoorbeeld diabetes, op steeds jongere leeftijd ontwikkelen⁹. En omdat we niet alleen langer leven maar ook langer werken, zal ook het aantal werknemers met een chronische aandoening verder stijgen. Op dit moment heeft 3,1% van de werknemers in Nederland HVZ, 2,0% diabetes (type 1 en 2), 3,8% een maag- of darmstoornis en 4,5% heeft een psychische aandoening¹⁰.

Negatief effect op arbeidsparticipatie

Het hebben van een chronische aandoening heeft een negatief effect op participatie op de arbeidsmarkt. Van mensen met een chronische aandoening werkt 50%, ten opzichte van 80% van de mensen zonder chronische aandoening⁸. In eerder onderzoek is aangetoond dat werknemers met chronische gezondheidsproblemen minder goed inzetbaar zijn¹¹, meer verzuimen² en dat werknemers met diabetes minder productief zijn dan hun collega's¹². Bijvoorbeeld omdat symptomen van slecht gemanagede diabetes (zoals



hoge of lage bloedsuikers) motorische vaardigheden, concentratie en cognitieve functies negatief kunnen beïnvloeden¹³. Dit geldt in bepaalde mate ook voor werknemers die nog geen diagnose hebben, maar wel al klachten ervaren of een groot risico hebben om een chronische ziekte te ontwikkelen. Het verminderen van de ziektelast van mensen met een chronische aandoening en het uitstellen of zelfs afstellen van complicaties van deze aandoeningen kan deze negatieve effecten op inzetbaarheid en productiviteit verminderen. Aandacht voor leefstijlgeneeskunde in de werkcontext levert dus niet alleen werknemers met een chronische aandoening iets op, maar levert ook veel meerwaarde voor werkgevers en de maatschappij.

Voorbeelden leefstijlgeneeskunde in de werkcontext: win-win

Type 2 diabetes

Wetenschappelijke studies laten zien dat leefstijlinterventies een belangrijk bijdrage kunnen leveren aan de behandeling van T2D. Door het aanpassen van hun leefstijl, hoeft een aanzienlijk deel van de T2D-patiënten minder- of geen medicatie te gebruiken, omdat hun bloedwaarden gezond(er) zijn, resultaten die in de huidige behandeling met medicatie niet worden behaald³. Leefstijlgeneeskundig onderzoek richt zich op dit moment steeds meer op de optimale intensiteit, duur en samenstelling van interventies voor verschillende subgroepen. Van persoon tot persoon verschilt namelijk wat de beste leefstijlbehandeling is. Zo speelt het ziektesubtype een rol en ook persoonlijke (gezondheidsvaardigheden, mentale gezondheid, persoonlijke voorkeuren) en contextuele factoren (financiële situatie, werk) zijn hierin belangrijk³. Bij een grote industriële werkgever wordt daarom momenteel geëxperimenteerd met leefstijlgeneeskunde in de vorm van een maatwerkprogramma voor werknemers met T2D, die in ploegendienst werken. In dit 13-weeken durende programma begeleidt een multidisciplinair team bestaande uit een bedrijfsarts, een diëtist en een fysiotherapeut deelnemers bij het realiseren van een leefstijlverandering ter bevordering van hun gezondheid. Het ultieme doel is om de progressie van de ziekte een halt toe te roepen of zelfs in remissie te brengen. Door de interventie te implementeren in een werksetting en aan te passen aan de werkeisen kunnen werknemers op een laagdrempelige manier aan de slag met hun gezondheid, eventueel in groepjes (meer sociale steun), en kunnen werk gerelateerde barrières worden geslecht. Het onderzoek loopt nog, maar de eerste deelnemers geven aan zich fitter en gezonder te voelen.

Overgewicht

Ook overgewicht is een leefstijl gerelateerde chronische aandoening met een aanzienlijke negatieve impact op de inzetbaarheid en gezondheid van werkenden. Een gezonde leefstijl is bij overgewicht een belangrijke factor in zowel het voorkomen van bijvoorbeeld hart- en vaat ziekten, als voor het behandelen van overgewicht. Wetenschappelijk onderzoek¹⁴ naar de effectiviteit van een blended web-based gaming interventie laat zien dat er veel winst te behalen is bij werkplekinterventies gericht op overgewicht. Bij de onderzochte interventie werken werknemers zowel individueel, als in teamverband, aan het halen van doelen in een online omgeving. Een bewegemeter meet continue de fysieke activiteit van de deelnemers en bepaalt de score in de game. De eHealth omgeving wordt in combinatie met persoonlijke begeleiding op basis van motivational interviewing en groepsworkshops aangeboden. Uit het onderzoek onder werknemers in de zorg bleek na een half jaar de fysieke inspanning van deelnemers te zijn toegenomen tot boven de beweegnorm, en het lichaamsgewicht en buikomvang te zijn afgenomen met respectievelijk gemiddeld 6kg en 6cm. De team-component, bij uitstek te realiseren in een werksetting, bleek een van de belangrijke succesfactoren in het behalen van dit resultaat.

Mentale en psychische klachten

Voor psychische aandoeningen zijn er verwachtingsvolle studieresultaten over de rol van leefstijlinterventies. Meerdere systematische reviews en meta-analyses laten zien dat beweeginterventies zowel de mentale als de lichamelijke gezondheid van mensen met een psychische aandoening kunnen verbeteren. Literatuuronderzoek laat zien dat op het terrein van bewegen, roken, alcoholgebruik, voeding en ontspanning interventies zijn ontwikkeld die een bewezen effect hebben op mentale gezondheid¹⁵. De ziektelast van psychische aandoeningen is groot en zal de komende jaren alleen maar toenemen. Naast het psychische leed voor werknemers, zullen de financiële kosten hiervan voor een groot deel worden gedragen door werkgevers. In aanvulling op het verminderen van aan werk gerelateerde risico's die de kans op psychische aandoeningen vergroten, is aandacht aan leefstijlinterventies in de behandeling van werknemers met een psychische klachten veelbelovend. Samen met het UWV wordt daarom verkend of leefstijlinterventies ingezet kunnen worden om de belastbaarheid te verbeteren van zogenaamde vangnetters (mensen die recht hebben op een uitkering volgens de ziektewet, maar geen werkgever hebben) met mentale klachten, variërend van stress gerelateerde klachten tot en met depressie. In een eerste verkenning zijn effectieve leefstijlinterventies geselecteerd die hiervoor kansrijk lijken, gegeven de klachten die deze doelgroep ervaart op het terrein van fysieke en mentale gezondheid, denken en gevoel, gedrag en (sociale) omgeving¹⁵. Deze interventies zijn met name gericht op voeding, beweging en ontspanning en zouden het best kunnen worden aangeboden in combinatie met motiverende gespreksvoering om mensen op maat te ondersteunen bij het vinden en volhouden van de meest passende interventie. De volgende stap is om deze interventies te implementeren in het begeleidingstraject van de cliënten en de effecten op zowel de belastbaarheid als de kans op re-integratie te onderzoeken.

Onze visie: wat is er nodig?

Om ervoor te zorgen dat leefstijlinterventies die in een zorgsetting effectief gebleken zijn ook in de werkomgeving goed kunnen landen, is het belangrijk om ons bewust te zijn van factoren die de toepassing van interventies kunnen bemoeilijken, maar ook kunnen versnellen en stimuleren. Aandacht voor de volgende zaken is hierin van belang: het verbeteren van arbocuratieve samenwerking, het aanpassen van leefstijlinterventies aan de sociale en fysieke werkomgeving en het aanpakken van het bekostigingssysteem. Daarnaast is stress een nieuwe en voor de werkcontext interessante onderzoekslijn.

Verbeterde arbocuratieve samenwerking

Tot nu toe wordt leefstijlgeneskunde vooral in de eerste- en tweedelijnszorg toegepast, waarbij mensen via een doorverwijzing in aanraking komen met bijvoorbeeld de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), de nationale diabetes challenge of een aanpak als KeerDiabetesOm. Het gesprek met de huisarts, praktijkondersteuner huisarts, fysiotherapeut of specialist richt zich echter nauwelijks op de werkomgeving. In het visiedocument 'Zorg die werkt' omschrijft de KNMG de relatie tussen arbeid en gezondheid zelfs als een 'blinde vlek' in de eerste- en tweedelijnszorg¹⁶. Naast gebrek aan aandacht voor werk tijdens het consult, zijn onder andere tijdgebrek, gebrek aan financiering voor samenwerking, en kennis van de bedrijfsgezondheidszorg hier debet aan¹⁷. Anderzijds is er vanuit de werkomgeving nog weinig aandacht voor reductie van ziektelast ten gevolge van bijvoorbeeld T2D, HVZ en depressie. Dit wordt veelal gezien als onderdeel van de behandelrelatie tussen medewerker/patiënt en behandelend arts, maar niet als zaak van de werkgever of de bedrijfsarts^{18, 19}. Zo is er bijvoorbeeld geen GLI voor in de werkomgeving, terwijl een grote groep werkenden kampt met overgewicht.



Toepassing van leefstijlgeneeskunde in de werkcontext vereist daarom een goede arbocuratieve samenwerking. AWWN, FNV, ZZP NL, NVAB, KNMG en Inspectie SZW bogen zich recent over het Arbostelsel van de toekomst, met het oog op het veranderende karakter van werk. Verbeteringen ten aanzien van de arbocuratieve samenwerking werden gevonden in het implementeren van arbeid gerelateerde zorg in de eerste lijn (zie kader 'Arbeid in de eerste lijn') of het organiseren van een regionaal multidisciplinair zorgteam rondom een patiënt²⁰, waarin leefstijlgeneeskunde bij uitstek een thema is dat in samenwerking dient te worden opgepakt en ook voor huisartsen voordelen kan bieden. Een volgende stap is om leefstijlgeneeskunde in de werkcontext te implementeren.

Arbeid in de eerste lijn

De afgelopen jaren is er veel geëxperimenteerd met vormen van arbeidsgerichte zorg in de eerstelijnszorg. Desondanks is er tot op heden geen effectieve aanpak voor dit type zorg. In het project 'Arbeidsgerelateerde zorg in de eerste lijn' wordt op basis van bewezen effectieve componenten een geïntegreerde interventie voor arbeid gerelateerde zorg in de eerste lijn ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd²¹. De interventie richt zich op het betrekken van de werkomgeving in de behandeling van en advisering over klachten die, als oorzaak, dan wel als gevolg, samenhangen met het werk, onder andere door de inzet van een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige in het gezondheidscentrum of bij de huisartsenpost.

De eerste resultaten laten zien dat patiënten meer onafhankelijkheid en betere ondersteuning ervaren door de in het gezondheidscentrum gepositioneerde bedrijfszorg. En dat huisartsen eerder in een consult de gevolgen van klachten in relatie brengen tot het werk doordat ze daadwerkelijk ondersteuning kunnen bieden op het gebied van werk. De mogelijkheid van doorverwijzing naar, en laagdrempelige afstemming met, een arbeidsdeskundige of bedrijfsarts levert de huisarts veel op. Zij ervaren hierdoor betere kwaliteit van zorg te kunnen leveren aan de patiënt. Het uiteindelijke doel van de interventie is het reduceren van ziekteverzuim en het bevorderen van de inzetbaarheid van de patiënt.



Leefstijlinterventies in de sociale en fysieke werkomgeving

Op dit moment wordt leefstijlgeneeskunde in de werkcontext nog maar weinig ingezet. De opbrengst van leefstijlgeneeskunde wordt wellicht niet hoog ingeschat, omdat het aantal werknemers waarvan de chronische aandoening bij de werkgever bekend is (nog) niet hoog is. Naast dat privacywetgeving daarin door werkgevers als belemmering wordt ervaren, is praten over een chronische aandoening bovendien in sommige sectoren, en bij flexibele contracten, nog steeds lastig¹. Voor een succesvolle implementatie van leefstijlinterventies voor werkenden met een chronische aandoening is het daarom van belang ook de sociale werkomgeving hierop in te richten.

Openheid onder collega's onderling kan stimulerend werken bij de implementatie van leefstijlinterventies¹. Werknemers kunnen elkaar onderling helpen en steunen in het volhouden en uitvoeren van gezonde leefstijlinterventies. Denk hierbij bijvoorbeeld aan groepsbijeenkomsten/netwerkcontacten via digitale platforms of apps en games voor werknemers die dezelfde leefstijlontwikkeling doormaken. Aan deze groeps- of netwerkactiviteiten kunnen ook werknemers zonder chronische aandoeningen deelnemen waardoor een gezonde leefstijl een onderdeel kan gaan uitmaken van een collectief, preventief beleid in organisaties.

Ook in fysieke zin kan de werkomgeving werkenden met een chronische aandoening ondersteunen om de behandeling 'leefstijlgeneeskunde' te volgen. Hierbij kan dan gedacht worden aan de toegang tot gezonde voeding in een bedrijfskantine en de mogelijkheid te bewegen en/of te ontspannen door de aanschaf van specifiek meubilair of het faciliteren van sportgelegenheid op of naast het werk. Deze collectieve maatregelen kunnen bovendien werkenden met een hoog risico op een leefstijl gerelateerde ziekte, zoals nachtwerkers, ondersteunen om een dreigende chronische aandoening te voorkomen door oplossingen zo aan te bieden dat ze ook toegankelijk worden voor mensen bijvoorbeeld nachtwerk uitvoeren. Het mes snijdt zo aan twee kanten. Dat dit echter niet op elke werkplek even eenvoudig te realiseren is, maakt dat het des te belangrijker is dat we nadenken over hoe we bedrijven hierin kunnen ondersteunen.

Nieuw bekostigingssysteem noodzakelijk

Deze voorstellen zullen gepaard moeten gaan met veranderingen in het bekostigingssysteem. De toepassing van leefstijlinterventies op de werkplek blijkt lastig te borgen vanwege de financieringsvraag en de disbalans in de verdeling tussen de kosten en de baten. Zo laat onderzoek bijvoorbeeld zien dat een beweegprogramma op de werkplek bij werknemers met chronische lage rugpijn een financiële opbrengst, als gevolg van verzuimreductie, van 26 keer de programmakosten oplevert²². De implementatie van deze zeer kosteneffectief gebleken interventie stakte echter omdat de baten bij de werkgever terecht kwamen, terwijl de investering van de zorgverzekeraar afkomstig was. Het is een uitdaging om het rendement te verdelen over de verschillende partijen die investeren.

Om leefstijlgeneeskunde in de werkcontext mogelijk te maken, is het van belang om te zoeken naar een andere verdeling van de kosten en baten door alle financieringsstromen in kaart te brengen vanuit zowel de werkgever, de zorg als de werkende zelf en vervolgens de kosten en baten naar rato te verdelen. In dit verdeelvraagstuk speelt ook de toegankelijkheid en onafhankelijkheid van het zorgaanbod en -financiering een rol, zeker in het licht van de toename aan flexibele arbeidscontracten. Er is dus behoefte aan een onafhankelijk en inclusief arbostelsel²⁰.

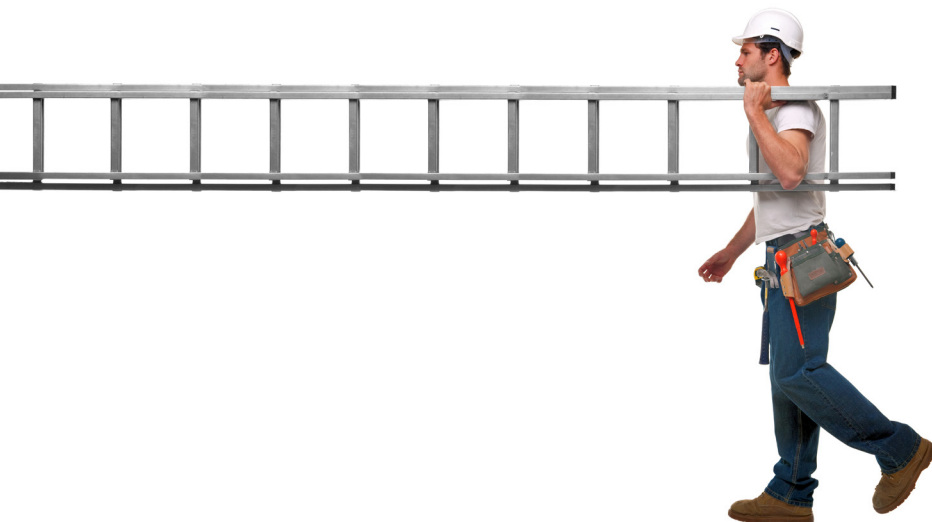




Stress als nieuwe onderzoekslijn

Onderzoek dat voor de werkcontext veel op kan leveren is onderzoek naar effectieve leefstijlinterventies voor chronische (werk)stress. Stress op het werk is beroepsziekte nummer één. Meer dan een miljoen mensen loopt jaarlijks het risico op een burn-out en andere werk gerelateerde psychische aandoeningen²³. In 2019 had 17% van de werknemers burn-outklachten¹⁰, met een hoog verzuim en oplopende maatschappelijke kosten (2,8 miljard per jaar) als gevolg²³. Wanneer stressklachten langdurig aanhouden en/of er langdurig onvoldoende herstelmogelijkheid van mentaal belastende werkzaamheden is, spreken we van chronische stress. Naast dat chronische stress een aandoening is waarbij leefstijlinterventies mogelijk van waarde kunnen zijn¹⁶, heeft het een negatief effect op de fysieke en psychische gezondheid. Chronische stress kan leiden tot burn-out, depressie en andere psychische klachten maar ook tot chronische aandoeningen zoals HVZ en T2D^{24, 25, 26}. Onderzoek laat zien dat leefstijlinterventies effectief zijn in het verminderen van chronische stress. Aandacht voor leefstijlinterventies bij chronische stress, al dan niet ontstaan op het werk, is bovendien belangrijk omdat chronische stress het volhouden van deze leefstijlinterventies kan bemoeilijken en daarom negatieve effecten kan hebben op de remissie van andere chronische aandoeningen. Mensen die veel stress ervaren roken en drinken meer, bewegen minder en eten ongezonder²⁷. Juist vanuit de context van werk zien we dus het belang om ook chronische stress als nieuwe lijn voor onderzoek te adresseren. Daarin willen we optrekken met de andere programmalijnen van Lifestyle4Health rondom biologie, gezondheidsdata en duurzame gedragsverandering.





Maak ruimte voor leefstijlgeneeskunde in de werkcontext!

De afgelopen jaren is veel aandacht besteed aan factoren die de gezondheid van werknemers negatief beïnvloeden. Deze risicofactoren aanpakken bij de ‘bron’ kan veel gezondheidsklachten voorkomen. Er wordt tevens steeds meer aandacht besteed aan leefstijlverbetering van werknemers in het algemeen, gericht op het verbeteren van vitaliteit en gezondheid. In dit manifest gaan we echter een stap verder en doen we een oproep om, naast risicopreventie en gezondheidspromotie, ook aandacht te besteden aan leefstijlgeneeskunde op het werk voor mensen met (dreigende) chronische aandoeningen. Dit vraagt om het ontwikkelen van kennis en inzicht in de relatie tussen (steeds veranderende) werkfactoren en gezondheid en de kansen daarin voor leefstijlgeneeskunde. De werkcontext speelt een cruciale rol in de effectiviteit van leefstijlinterventies én biedt uitgelezen mogelijkheden om leefstijlinterventies zo aan te bieden dat de kans op een duurzame (gedrags)verandering groot is.

Om leefstijlinterventies op de werkvloer tot een succes te maken is het verbinden van onderzoek en praktijk én samenwerking cruciaal. Samenwerking tussen arboprofessionals, eerste- en tweedelijnszorgverleners, werkgevers, werkenden met (een hoog risico op) een chronische aandoening, verzekeraars, beleidsmakers en onderzoekers. Wij roepen als Lifestyle4Health al deze partijen op om met elkaar leefstijlgeneeskunde een plek te geven in de werkcontext door hiermee te experimenteren in de praktijk. Hoe kunnen we leefstijlgeneeskunde op het werk tot een succes maken? Wat ons betreft is daarvoor nodig dat we gezamenlijk:

- Kennis ontwikkelen over leefstijlgeneeskunde in de context van werk;
- Zicht krijgen op wat leefstijlinterventies medewerkers met een chronische aandoening opleveren;
- Vervolgens concrete leefstijlinterventies voor de werkcontext ontwikkelen, implementeren en evalueren.

Op deze manier leren we, al doende, wat er nodig is om met gezamenlijke inspanning onze ambitie—het verbeteren van de inzetbaarheid en werkgeluk van mensen met een chronische aandoening—waar te maken. Leefstijlgeneeskunde is vanuit dat perspectief van groot belang voor welvaart en welzijn in Nederland.

Wilt u meer weten over wat wij doen op het gebied van leefstijlgeneeskunde in de werkcontext of met ons samenwerken om leefstijlinterventies op het werk tot een succes te maken? Neem dan contact op met Marloes van der Klauw (marloes.vanderklauw@tno.nl) en/of Noortje Wiezer (noortje.wiezer@tno.nl).

Referenties

1. Vooijs M, van der Heide I, Leensen M, Hoving J, Wind H, Frings-Dresen M et al. *Achtergronddocument Chronisch Zieken en Werk*. https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/Achtergronddocument_ChronischZiekenenWerk.pdf. Amsterdam: Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, 2016
2. Waverijn G, Rijke M. *Langdurig ziekteverzuim van werknemers met een chronische ziekte of beperking*. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Langdurig%20ziekteverzuim.pdf>. Utrecht: Nivel, 2014
3. Nederlands Innovatiecentrum voor Leefstijlgeneskunde. *Wetenschappelijk bewijs leefstijlgeneskunde* <https://lifestyle4health.nl/leefstijlgeneskunde-verdient-prominente-plek-in-geneeskundig-onderzoek-en-beleid/>. Leiden: TNO, 2019
4. Nederlands Innovatiecentrum voor Leefstijlgeneskunde. *Manifest voor Leefstijlgeneskunde – Leefstijlgeneskunde: nodig voor fundamentele omslag in de gezondheidszorg(kosten)*. <https://lifestyle4health.nl/wp-content/uploads/2018/06/Manifest-Leefstijlgeneskunde.pdf>. Leiden: TNO, 2018
5. Wetenschappelijke raad voor het Regeringsbeleid (WRR). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2017/04/24/weten-is-nog-geen-doen>. Den Haag: WRR, 2017
6. Gezondheidsraad. *Gezondheidsrisico's door nachtwerk Den Haag: Gezondheidsraad, 2017*
7. Czosnek L, Lederman O, Cormie P, Zopf E, Stubbs B, Rosenbaum S. *Health benefits, safety and cost of physical activity interventions for mental health conditions: A meta-review to inform translation efforts*. *Mental Health and Physical Activity*. 2019;16: 140–151
8. *Fit for Work. Werkbehoud bij chronische aandoeningen, wat levert het op?* https://werkenchronischziek.nl/wp-content/uploads/2019/06/FitforWork_ImpactGraphic_2019.pdf. Amersfoort: Centrum Werk Gezondheid, 2019
9. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht: Synthese*. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0030.pdf>. Bilthoven: RIVM, 2018
10. Hooftman WE (TNO), Mars GMJ (CBS), Knops JCM (CBS), van Dam LMC (TNO), de Vroome EMM (TNO), Janssen BJM (CBS), Pleijers AJSF (CBS), van den Bossche SNJ (TNO). *Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2019: Methodologie en globale resultaten*. https://www.monitorarbeid.tno.nl/dynamics/modules/SFIL0100/view.php?fil_Id=280. Leiden, Heerlen: TNO, CBS, 2020
11. Scharn M, Oude Hengel K, Boot CRL, Burdorf A, Schuring M, van der Beek AJ, Robroek SJW. *Influence of chronic diseases on societal participation in paid work, volunteering and informal caregiving in Europe: a 12-year follow-up study*. *J Epidemiol Community Health*. 2019 Feb;73(2): 136–141
12. Ervasti J, Kivimäki M, Dray-Spira R, Head J, Goldberg M, et al. *Socioeconomic gradient in work disability in diabetes: evidence from three occupational cohorts*. *Journal of Epidemiological Community Health*. 2015;70: 125–131
13. Lavigne JE, Phelps CE, Mushlin A, Lednar WA. *Reduction in Individual Work Productivity associated with Type 2 Diabetes Mellitus*. *Pharmacoeconomics*. 2012;21: 1123–1134
14. Kouwenhoven-Pasmooij TA, Robroek SJW, Ling SW, van Rosmalen J, van Rossum EFC, Burdorf A, Hunink MGM. *JMIR Serious Games*. 2017 Apr–Jun; 5(2): e6.
15. Vooijs & Van der Klauw. *Leefstijlinterventies voor vangnetters met mentale klachten*. Leiden: TNO, 2019
16. KNMG. *Zorg die werkt: Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden*. Utrecht: KNMG, 2017



17. Batenburg, R.S., Hassel, D. van, Lee, I. van der. *Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg*. Utrecht: NIVEL, 2012
18. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). *Gecombineerde leefstijlinterventie 2020: ontwikkeling in volle gang*. Bilthoven: RIVM, 2020
19. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). *Kamerbrief over samenwerking bij preventie gezondheidsproblemen*. Den Haag: VWS, 2020
20. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). *Verslag focusgroep 1 'Arbostelsel'*. Den Haag: SZW, 2020
21. Van Genabeek, van der Zwaan, Niks, Van der Gulden, Schers. (2018) *Aandacht voor arbeid in eerstelijnszorg: vroegsignalering en behandeling van arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten*. Tijdschr gezondheidswet; 96: 268–271
22. Van Dongen JM, Coffeng JK, van Wier MF, Boot CRL, Hendriksen IJM, van Mechelen W, Bongers PM, van der Beek AJ, Bosmans JE, van Tulder MW. *The cost-effectiveness and return-on-investment of a combined social and physical environmental intervention in office employees*. Health Educ Res. 2017 Oct 1;32(5):384–398
23. TNO. *Werkstress, burn-out & verzuim in cijfers*. https://www.monitorarbeid.tno.nl/dynamics/modules/SFIL0100/view.php?fil_Id=149. Leiden: TNO, 2019
24. Kivimäki, M. Nyber, S.T, Houtman, I. L et al (2012) *Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta- analysis of individual participant data*. Lancet 380: 1491–97
25. Hackett, R. A., & Steptoe, A. (2017). *Type 2 diabetes mellitus and psychological stress—a modifiable risk factor*. Nature Reviews Endocrinology, 13(9), 547
26. Rohleder, N. (2019). *Stress and inflammation—The need to address the gap in the transition between acute and chronic stress effects*. Psychoneuroendocrinology, 105, 164–171
27. Ng, D. M., & Jeffery, R. W. (2003). *Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults*. Health Psychology, 22(6), 638