

Profiel Arbeid en Gezondheid 2005



Nederlandse Organisatie voor toegepast-
natuurwetenschappelijk onderzoek TNO

J.F. Ybema
M. Evers

Profiel Arbeid en Gezondheid 2005

TNO Kwaliteit van Leven

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

T 023 554 93 93

F 023 554 93 94

www.tno.nl/arbeid

Deze publicatie is te bestellen via:

F 023 55493 94

E receptie@arbeid.tno.nl

Prijs: EUR 17 excl.BTW

ISBN-nummer 90-5986-166-3

© 2005 TNO

Auteurs:

J.F. Ybema

M. Evers

Foto omslag:

Jiri Büller / Hollandse Hoogte

Druk:

PlantijnCasparie Amsterdam

Deze publicatie is tot stand gekomen in het kader van het programma “Arbeid en Gezondheid” dat uitgevoerd wordt in samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Inhoudsopgave

Inleiding — 5

- 1 Kerngegevens arbeid en gezondheid — 9**
 - 1.1 Beschrijving van het databestand — 9
 - 1.1.1 Bestand — 9
 - 1.1.2 Indeling werkenden en niet-werkenden — 10
 - 1.1.3 Demografische kenmerken — 11
 - 1.2 Gezondheid van werkenden en niet-werkenden — 13
 - 1.2.1 Zelfgerapporteerde gezondheid 1997-2003 — 13
 - 1.3 Psychische aandoeningen — 14
 - 1.3.1 Depressie — 14
 - 1.3.2 Angst — 15
 - 1.3.3 Behandeling van depressie en angst — 16
 - 1.3.4 Burnout — 17
 - 1.4 Bewegingsapparaataandoeningen — 19
 - 1.4.1 Rugaandoeningen — 19
 - 1.4.2 Behandeling van rugaandoeningen — 19
 - 1.4.3 RSI — 20
 - 1.5 Conclusies — 22

- 2 Verschillen in gezondheid van werkenden en niet-werkenden — 25**
 - 2.1 Inleiding — 25
 - 2.1.1 Effect van arbeidsstatus op gezondheid — 25
 - 2.1.2 Effect van gezondheid op arbeidsstatus — 27
 - 2.2 Gebruikte bestanden en variabelen — 28
 - 2.3 Gezondheid en arbeidsstatus — 29
 - 2.3.1 Gezondheidsklachten naar arbeidsstatus — 29
 - 2.3.2 Langdurige aandoeningen — 32
 - 2.4 Demografische kenmerken, arbeidsstatus en gezondheid — 34
 - 2.4.1 Geslacht, leeftijd en opleiding naar arbeidsstatus — 34
 - 2.4.2 Geslacht, leeftijd en opleiding naar gezondheid — 34
 - 2.5 Leefstijl, arbeidsstatus en gezondheid — 36
 - 2.5.1 Leefstijl en arbeidsstatus — 36
 - 2.5.2 Leefstijl en gezondheidsklachten — 37
 - 2.6 Bijdrage van werk aan gezondheid — 40
 - 2.7 Conclusies — 42

- 3 Werken met een aandoening — 45**
 - 3.1 TNO Arbeidssituatie Survey — 45
 - 3.2 Kenmerken van werkenden met een aandoening — 46
 - 3.3 Verschillen in verzuim en gezondheid — 48
 - 3.4 Verschillen in blootstelling aan arbeidsrisico's — 50
 - 3.5 Tijd besteed aan werken — 53
 - 3.6 Sociale steun en intimidatie — 54
 - 3.7 Conclusies — 59

4	Stimuleren van bewegen en de effecten op gezondheid en bedrijf — 61
	<i>Auteurs: Karin Proper, Marije Evers, Jan Fekke Ybema</i>
4.1	Inleiding — 61
4.2	Effecten van bewegen op gezondheid — 62
4.3	Effecten van bewegen op werkgerelateerde aspecten — 64
4.4	Bevindingen uit het POLS-databestand — 66
4.5	Sporten en gezondheid — 67
4.6	Sporten en werkgerelateerde aspecten — 68
4.7	Beschermend effect van sporten bij ongunstige arbeidsomstandigheden — 68
4.8	Effecten van bedrijfsbewegingsprogramma's op gezondheid — 70
4.9	Effecten van bedrijfsbewegingsprogramma's op werkgerelateerde aspecten — 71
4.10	Conclusies — 73
5	Effecten van werkgeversbeleid op gezondheid en ziekteverzuim — 75
5.1	Wat verstaan we onder gezondheidsbeleid — 75
5.2	Waarom gezondheidsbeleid belangrijk is — 76
5.3	Evidentie dat integraal gezondheidsmanagement tot minder verzuim leidt — 78
5.3.1	Beschreven voorbeelden — 78
5.3.2	Arboconvenanten — 78
5.3.3	Literatuur — 79
5.4	Data en steekproef — 80
5.5	Effectiviteit van gezondheidsbeleid — 81
5.5.1	Gezondheidsbeleid van het bedrijf — 81
5.5.2	Gezondheidsmaatregelen gericht op leefstijl — 84
5.5.3	Maatregelen voor de reductie van werkdruk en stress — 86
5.5.4	Maatregelen voor de reductie van RSI — 92
5.6	Ieder bedrijf een goed gezondheidsbeleid? — 94
5.7	Conclusies — 94
6	Discussie — 99
6.1	De invloed van arbeid op gezondheid — 99
6.2	De invloed van gezondheid op arbeidsparticipatie — 102
6.3	Aanbevelingen — 103
7	Literatuur — 107

Inleiding

Arbeid en gezondheid hebben veel met elkaar te maken. Om te kunnen werken moeten mensen voldoende gezond zijn. Mensen met een ernstige ziekte of handicap zijn vaak niet in staat om betaald werk te verrichten. Ook als mensen ondanks een lichamelijke of psychische aandoening wel in staat zijn om te werken, kan deze aandoening het functioneren op het werk beperken. De gezondheid beïnvloedt dus de deelname aan het arbeidsproces en soms ook de kwaliteit van het werk. Aan de andere kant heeft werken invloed op de gezondheid. Het verrichten van werk heeft vaak allerhande positieve uitkomsten voor mensen. Naast de voordelen van een inkomen, biedt werk doorgaans structuur aan het leven, levert het sociale contacten met collega's op en draagt het bij aan een positief zelfbeeld. Werken kan daarmee de psychische gezondheid bevorderen, terwijl het ontbreken van werk de gezondheid kan ondermijnen. Werk kan echter ook negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid. Slechte werkomstandigheden kunnen de gezondheid schaden, wat duidelijk zichtbaar is bij arbeidsongevallen en beroepsziekten, maar ook blijkt uit de aanzienlijke aantallen arbeidsongeschikten met werkgerelateerde psychische en lichamelijke klachten.

Het doel van het Profiel Arbeid en Gezondheid 2005 (kortweg Profiel genoemd) is om te belichten hoe arbeid en gezondheid elkaar wederzijds beïnvloeden. Deze tweezijdige relatie tussen arbeid en gezondheid is complex en veelomvattend. Het Profiel kan derhalve niet meer zijn dan een keuze uit een groot aantal mogelijke onderwerpen. In dit Profiel willen wij op een toegankelijke wijze een aantal thema's op het gebied van arbeid en gezondheid behandelen. Per thema stellen we één of meer arbeidsrelevante vragen en geven we wetenschappelijk onderbouwde antwoorden op deze vragen. In elk hoofdstuk besteden we aandacht aan de implicaties van de bevindingen voor het beleid van VWS en bieden we waar mogelijk aanknopingspunten voor het handelen van werkgevers, werknemers en zorgverleners. Wij hopen met dit boek een nuttig overzicht te geven van de ontwikkelingen op het gebied van arbeid en gezondheid dat bruikbaar is voor beleidsmakers, werkgevers, werknemers en zorgverleners.

Het Profiel Arbeid en Gezondheid bevat zes hoofdstukken die we hieronder kort inleiden. Het eerste hoofdstuk betreft trends in de gezondheid van werkenden en diverse groepen niet-werkenden. De vier hoofdstukken die volgen, betreffen steeds een onderzoeksvraag die op twee manieren wordt beantwoord: ten eerste op basis van de beschikbare weten-

schappelijke literatuur over het onderwerp en ten tweede op basis van secundaire analyses op beschikbare databestanden, te weten het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) en de TNO Arbeidssituatie Survey (TAS). Daarnaast maken we gebruik van de eerste meting van een longitudinaal onderzoek onder werknemers, de Arbo-, Verzuim- en Gezondheidsmonitor (AVG). Het slothoofdstuk bevat een discussie van de bevindingen. Hieronder geven we een beknopte beschrijving van de hoofdstukken.

Hoofdstuk 1: kerngegevens arbeid en gezondheid.

In het eerste hoofdstuk geven we trends in belangrijke parameters weer over de jaren 1997 tot 2003 op basis van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS). Hierbij richten we ons op verschillen in gezondheidsparameters (welbevinden, klachten, medische consumptie) van werkenden en diverse groepen niet-werkenden (werklozen, arbeidsongeschikten, huisvrouwen). Bij de gezondheidsparameters besteden we speciaal aandacht aan psychische klachten en klachten van het bewegingsapparaat.

Hoofdstuk 2: verschillen in gezondheid van werkenden en niet-werkenden.

Werkenden hebben in het algemeen een betere gezondheid dan diverse groepen niet-werkenden (bijvoorbeeld huisvrouwen, werklozen, arbeidsongeschikten). Dit kan het gevolg zijn van positieve opbrengsten van het werk, zoals inkomen, onafhankelijkheid, status, eigenwaarde en sociale contacten, die bij kunnen dragen aan een goede gezondheid. Andere factoren kunnen echter medebepalend zijn voor deze verschillen in gezondheid. Om hier meer inzicht in te krijgen, bekijken we in dit hoofdstuk aan de hand van de POLS in hoeverre verschillen in gezondheid tussen groepen werkenden en niet-werkenden zijn toe te schrijven aan verschillen in demografische kenmerken, zoals leeftijd, sekse en opleiding en aan verschillen in leefstijl.

Hoofdstuk 3: invloed van arbeidsrisico's op de gezondheid van zieke en gezonde werknemers.

Vaak wordt aangenomen dat werkenden met een (chronische) aandoening extra kwetsbaar zijn voor belastende werksituaties. Inzicht in deze kwetsbaarheid is relevant om te bepalen op welke wijze de gezondheid van werkenden met een aandoening beschermd of bevorderd kan worden. Op basis van de TAS gaan we na of bepaalde arbeidsrisico's (zoals werkdruk, fysieke belasting) een grotere invloed hebben op de gezondheid (en het ziekteverzuim) van werkenden met een aandoening dan op de gezondheid van gezonde werknemers. Daarbij gaan we tevens na

of de rol van diverse sociale en psychologische parameters (zoals sociale steun en intimidatie) verschilt tussen werkenden met een aandoening en gezonde werknemers.

Hoofdstuk 4: effect van bewegen op de gezondheid van werkenden.

Een ongezonde leefstijl, gekenmerkt door roken, teveel alcohol drinken, ongezond eten en te weinig bewegen, kan vérstrekkende gevolgen hebben voor de gezondheid. Een gezonde leefstijl kan daarentegen een bufferende werking hebben en psychische en lichamelijke klachten voorkomen. In dit hoofdstuk, dat grotendeels van de hand van Karin Proper is, richten we ons met name op de invloed van bewegen op de gezondheid van werkenden. Sommige organisaties bieden hun werknemers fitnessprogramma's aan of trachten op een andere wijze werknemers tot voldoende beweging aan te zetten. In dit hoofdstuk bespreken we de effectiviteit van bedrijfsbewegingsprogramma's in het bevorderen van de gezondheid van werknemers. Daarnaast gaan we na op basis van de POLS wat de invloed is van sporten op de gezondheid van werkenden.

Hoofdstuk 5: effecten van werkgeversbeleid op gezondheid en ziekteverzuim.

Het nut van preventieve maatregelen om gezondheidsrisico's te verminderen is onomstreden. Naast de bedrijfsbewegingsprogramma's die we in het vierde hoofdstuk behandelen, kunnen werkgevers zich op tal van andere manieren inzetten om gezondheidsrisico's te voorkomen of te verminderen. Niettemin krijgt preventie relatief weinig aandacht van werkgevers omdat zij weinig zicht hebben op de baten van preventieve maatregelen. Het blijft vaak onduidelijk welke gezondheidsschade en verzuim er was opgetreden indien de maatregelen niet waren getroffen. In de eerste meting van het nieuw opgezette longitudinale onderzoek bevragen we werknemers over het gezondheidsbeleid van hun werkgever. In dit hoofdstuk gaan wij na in welke mate het voeren van een goed gezondheidsbeleid van werkgevers in verband kan worden gebracht met een betere gezondheid en een lager verzuim.

Hoofdstuk 6: discussie.

In het slothoofdstuk geven we een beschouwing op de belangrijkste bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken. We sluiten af met enkele aanbevelingen.

1 Kerngegevens arbeid en gezondheid

In dit eerste hoofdstuk van het Profiel Arbeid en Gezondheid beschrijven we hoe de gezondheid van werkenden en niet-werkenden zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld en welke verschillen er bestaan tussen groepen werkenden en niet-werkenden. Op basis van deze beschrijving kunnen we eventuele bedreigingen van de gezondheidstoestand lokaliseren. Dit eerste hoofdstuk met trendcijfers schept bovendien een kader voor de overige meer inhoudelijke hoofdstukken van het Profiel Arbeid en Gezondheid. We beschrijven eerst de databestanden die we gebruiken bij het opstellen van de trendcijfers en de wijze waarop we de beroepsbevolking in groepen indelen. Vervolgens behandelen we de trendcijfers voor zelfgerapporteerde gezondheid en gezondheidsklachten. Hierbij onderscheiden we de algemene gezondheid, psychische aandoeningen en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. De psychische aandoeningen die we behandelen zijn depressieve klachten, angstklachten en burnout. De bewegingsapparaataandoeningen die we behandelen zijn rugaandoeningen en RSI-klachten.¹ We bekijken daarbij ook het artsbezoek en medicijngebruik voor deze klachten en aandoeningen. Wanneer mogelijk vergelijken we de werkenden met de verschillende groepen niet-werkenden.

1.1 Beschrijving van het databestand

We maken voor het weergeven van trends in gezondheidsparameters gebruik van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) over de jaren 1997 tot 2003. Dit is een doorlopend onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dat bestaat uit verschillende modules. Wij maken gebruik van de basisvragenlijst en van de modules gezondheid en arbeidsomstandigheden. Diverse gezondheidsparameters komen aan bod, zoals zelfgerapporteerde gezondheid, gezondheidsklachten, artsbezoek en gebruik van medicatie.

1.1.1 Bestand

De databestanden die wij in dit hoofdstuk gebruiken, zijn de POLS-bestanden van het CBS over de jaren 1997 tot en met 2003. In deze jaren is uitgebreid naar gezondheid gevraagd. De vragen en de antwoordcategorieën zijn voor sommige variabelen echter in de loop der jaren veran-

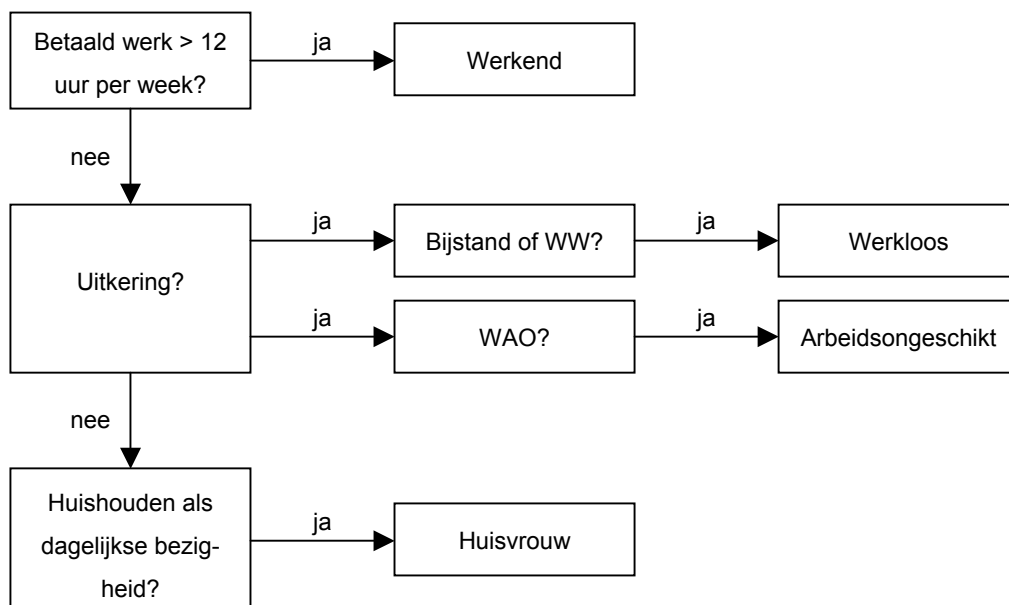
¹ Repetitive Strain Injury, wordt tegenwoordig ook wel Complaints of Arm, Neck and/or Shoulder (CANS) genoemd.

derd. Dit heeft tot gevolg dat niet van alle variabelen cijfers beschikbaar zijn voor de jaren 1997-2003.

1.1.2 Indeling werkenden en niet-werkenden

In schema 1 staat weergegeven hoe we tot de indeling van werkenden en niet-werkenden zijn gekomen. Als iemand minimaal gemiddeld 12 uur per week werkt op jaarbasis, wordt hij gezien als werkende. Dit is in overeenstemming met de definitie van het CBS. In de groep niet-werkenden onderscheiden we arbeidsongeschikten, huisvrouwen² en werklozen. Arbeidsongeschikten zijn de mensen die niet werken en een arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen. Mensen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen en meer dan 12 uur gemiddeld per week werken, worden als werkenden beschouwd. Werklozen werken niet en ontvangen een bijstands- of WW-uitkering. Huisvrouwen geven zelf aan dat zij huisvrouw of huisman zijn. Huisvrouwen werken niet en zij ontvangen geen WAO, WW of bijstandsuitkering.

Schema: Indeling in groepen werkenden en niet-werkenden



Voor de jaren 1997 en 1998 kunnen de werklozen niet geïdentificeerd worden, omdat er geen gegevens beschikbaar zijn over werkloosheidsuitkering (WW) of bijstand. Mensen die minder werken dan gemiddeld 12 uur per week en die niet tot de groep huisvrouwen, werklozen en ar-

² Waar "huisvrouwen" staat geschreven, bedoelen we huisvrouwen en huismannen.

beidsongeschikten behoren, bijvoorbeeld studenten, worden in de presentatie van cijfers en trends buiten beschouwing gelaten.

1.1.3 *Demografische kenmerken*

In tabel 1.1 staat een overzicht van de aantallen en percentages werkenden, arbeidsongeschikten, huisvrouwen en werklozen in het databestand in de jaren 1997-2003. Het percentage huisvrouwen in de steekproef is in de loop der jaren afgenomen ten gunste van het percentage werkenden. Overigens is de verdeling tussen werkenden, huisvrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten geen goede afspiegeling van de Nederlandse potentiële beroepsbevolking. Met name de arbeidsongeschikten zijn ondervertegenwoordigd in de POLS. In de jaren 1997 tot 2003 vormen arbeidsongeschikten 8 à 9% van de personen tussen 15 en 65 jaar.

Tabel 1.2 laat zien dat van de werkenden 57% man is en van de arbeidsongeschikten 72%. De huisvrouwen zijn bijna allemaal vrouw en van de werklozen is 55% vrouw. Verder zien we in tabel 1.2 dat werkenden gemiddeld hoger zijn opgeleid en jonger zijn dan huisvrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten. Arbeidsongeschikten zijn in meerderheid 50 jaar of ouder en van de werklozen is het overgrote deel laag opgeleid.

Tabel 1.1: Aantallen en percentages werkenden en niet-werkenden in het databestand in de jaren 1997-2003

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Werkend >12 uur per week	4.342 75%	3.741 76%	4.035 80%	4.070 82%	3.987 82%	3.958 82%	4.000 83%
Huisvrouw	1328 23%	1045 21%	674 13%	639 13%	608 12%	561 12%	531 11%
Werkloos			177 4%	155 3%	127 3%	161 3%	164 3%
Arbeidsongeschikt	151 3%	121 2%	130 3%	126 3%	145 3%	122 3%	130 3%
Totaal	5.821 100%	4.907 100%	5.016 100%	4.990 100%	4.867 100%	4.802 100%	4.825 100%

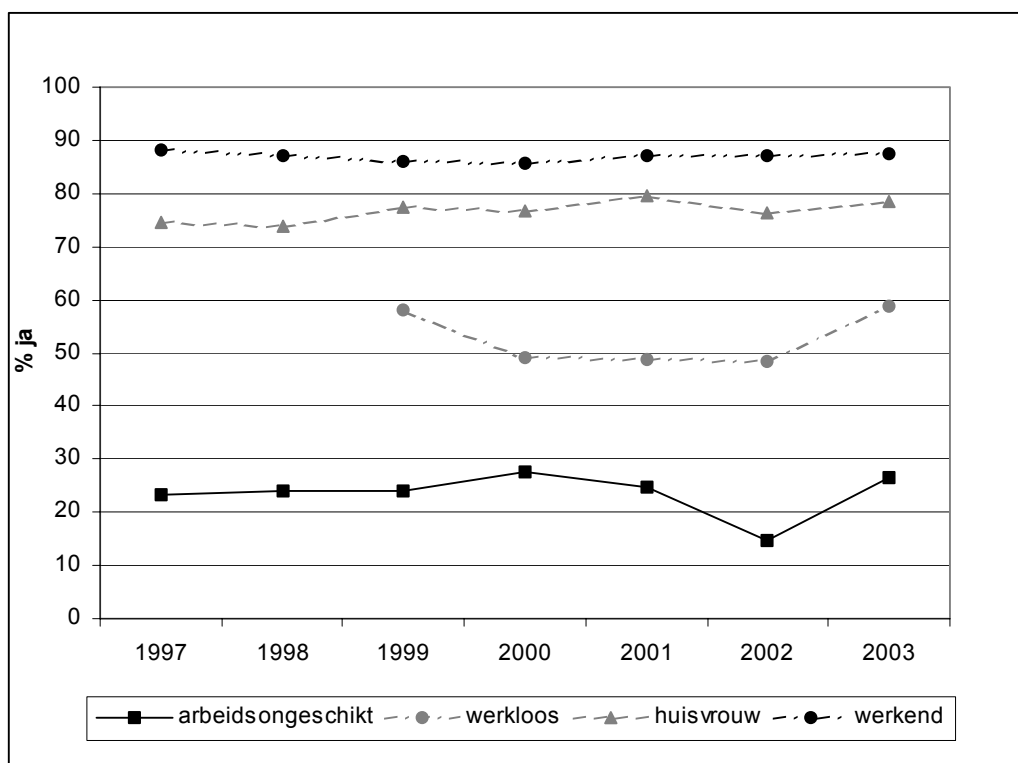
Tabel 1.2: Kenmerken van respondenten

		Werkend	Huisvrouw	Werkloos	Arbeids- ongeschikt
Geslacht	man	57%	3%	45%	72%
	vrouw	43%	97%	55%	28%
Leeftijd	15-29	23%	8%	12%	8%
	30-39	29%	33%	23%	8%
	40-49	27%	27%	26%	12%
	50-64	22%	32%	40%	72%
Opleiding	laag	30%	57%	68%	53%
	midden	41%	32%	20%	32%
	hoog	29%	12%	12%	16%

In dit hoofdstuk rapporteren we over de gezondheid van werkenden en niet-werkenden. Naast een zelfbeoordeling van de gezondheid richten we ons op diverse psychische klachten (depressie, angst en burnout) en bewegingsapparaataandoeningen (rugklachten en RSI). Deze groepen aandoeningen zijn de meest voorkomende redenen van langdurig ziekteverzuim en WAO-instroom (UWV, 2004). Van deze klachten hebben burnout en RSI betrekking op werk en zijn derhalve alleen voorgelegd aan werkenden.

Voor enkele aandoeningen bevat het databestand informatie over medicijngebruik of artsbezoek. Dergelijke medische consumptie heeft ten doel om de gezondheid te bevorderen en kan daarmee de kans vergroten dat iemand aan het werk blijft of terugkeert naar het werk. Soms is medische consumptie echter juist nadelig voor de kansen om aan het werk te blijven of terug te keren naar werk. Wanneer een gezondheidsprobleem onnodig gemedicaliseerd wordt, blijft de patiënt te lang in de medische molen. Bovendien stijgen de medische kosten steeds meer als gevolg van vergrijzing en technologische ontwikkelingen in de zorg (Smit, 1999). In dit hoofdstuk presenteren we waar mogelijk in hoeverre werkenden en niet-werkenden behandeld worden voor de aandoeningen die we bespreken.

1.2 Gezondheid van werkenden en niet-werkenden



Figuur 1.1: Goede gezondheid naar arbeidsstatus door de jaren heen

1.2.1 Zelfgerapporteerde gezondheid 1997-2003

In figuur 1.1 is te zien hoe door de jaren heen werkenden en verschillende groepen niet-werkenden hun gezondheid beoordelen. Werkenden oordelen het vaakst positief over hun gezondheid. Zij rapporteren in overgrote meerderheid dat zij een goede gezondheid hebben. Driekwart tot 80% van de huisvrouwen rapporteert een goede gezondheid en daarmee zijn huisvrouwen iets minder positief over hun gezondheid dan werkenden. De werklozen rapporteren een aanzienlijk slechtere gezondheid dan werkenden en huisvrouwen. Ongeveer 60% van de werklozen geeft aan een goede gezondheid te hebben. De arbeidsongeschikten rapporteren van alle groepen de slechtste gezondheid. Ongeveer een kwart van de arbeidsongeschikten beoordeelt de eigen gezondheid als goed.

Werkenden zijn in de jaren 1999 en 2000 iets negatiever over hun gezondheid dan de voorafgaande jaren en de jaren 2001-2003. Huisvrouwen zijn in de loop der jaren wat positiever geworden over hun gezondheid. De zelfgerapporteerde gezondheid van werklozen verslechtert in 2000 en is in 2003 weer wat beter.

In hoofdstuk 2 zullen we dieper ingaan op de achtergronden van de verschillen in zelfgerapporteerde gezondheid tussen werkenden en verschillende groepen niet-werkenden.

1.3 Psychische aandoeningen

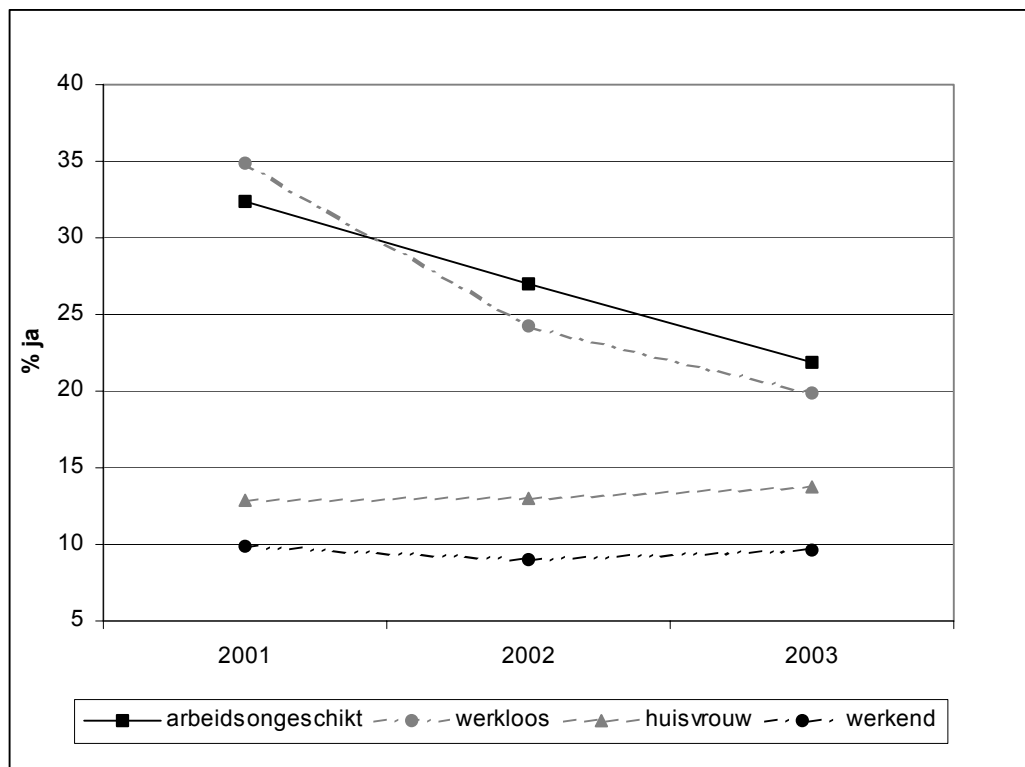
1.3.1 Depressie

Depressie houdt in dat iemand zich gedurende een periode van minimaal twee weken somber voelt en niet langer interesse en plezier heeft in dingen waar hij normaliter wel interesse in had en plezier aan beleefde. Naast deze twee belangrijkste kenmerken van depressie kan er ook nog sprake zijn van een aantal andere klachten, te weten verstoorde eetlust, verstoorde slaap, concentratieverlies, energieverlies, geagiteerd of juist traag zijn, gevoelens van waardeloosheid of schuld en gedachten aan de dood of zelfdoding. De klachten kunnen zo ernstig zijn dat zij het dagelijks leven, werk en sociale relaties verstoren.

Het ontwikkelen van een depressie is meestal het gevolg van een samenspel van factoren: de kwetsbaarheid van de persoon voor het ontwikkelen van een depressie en ingrijpende gebeurtenissen die de persoon meemaakt en een depressie oproepen. De kwetsbaarheid voor depressie wordt mede bepaald door erfelijke factoren en door psychologische risicofactoren, zoals een gering gevoel van eigenwaarde. Vooral mensen die kwetsbaar zijn (door aanleg en psychologische kenmerken) lopen risico op het ontwikkelen van een depressie wanneer zij een ingrijpende gebeurtenis meemaken. Voorbeelden van gebeurtenissen die een depressie kunnen uitlokken, zijn het verlies van een dierbare (door scheiding of overlijden), gezondheidsproblemen of verlies van werk. Ook terugkerende gebeurtenissen, zoals seizoensveranderingen, ziekten en medicijngebruik kunnen leiden tot depressieve klachten. Wanneer men kijkt onder welke groepen depressie relatief veel voorkomt, blijken vrouwen en alleenstaanden (met name weduwen) risicogroepen te zijn (Bijl & Rijk, 2001).

Hoewel er gevalideerde vragenlijsten bestaan om een depressie te diagnosticeren, is in de POLS volstaan met de vraag of iemand gedurende een periode van minimaal twee weken somber of depressief was in het afgelopen jaar. Depressieve klachten zoals hier gemeten, geeft dus slechts een beperkte indicatie van het voorkomen van (klinische) depressie. In figuur 1.2 zien we dat arbeidsongeschikten en werklozen vaker last hebben van depressieve klachten dan huisvrouwen en werkenden: ruim een vijfde van de arbeidsongeschikten heeft last van depressieve

klachten, tegenover 13% van de huisvrouwen en een tiende van de wer- kenden. Er is geen sprake van een significante toe- of afname in depres- sive klachten in de jaren 2001-2003.



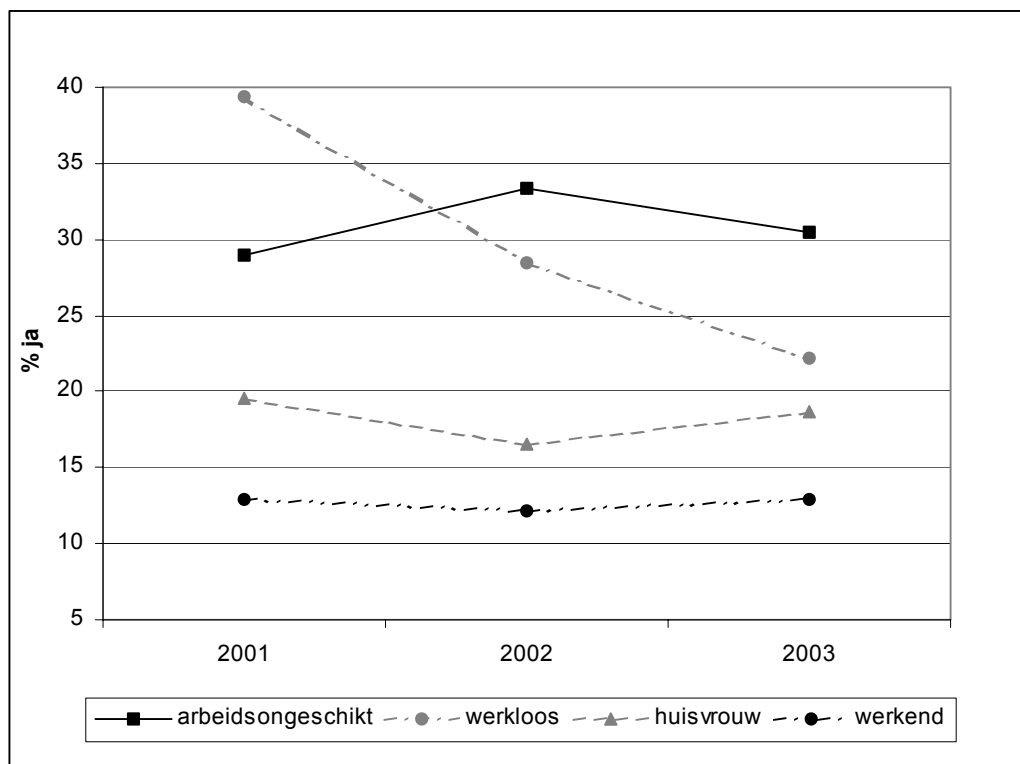
Figuur 1.2: Depressieve klachten naar arbeidsstatus over de jaren 2001 tot 2003

1.3.2 Angst

Een psychische stoornis gaat vaak samen met andere psychische proble- men. Dit wordt co-morbiditeit genoemd. Depressie gaat vaak samen met angst (Bijl & Rijk, 2001). Recentelijk is uit onderzoek gebleken dat een angststoornis vaak voorafgaat aan depressie (De Graaf, Bijl, Spijker, Beekman & Vollebergh, 2003). Er zijn verschillende soorten angststoor- nissen, waarbij de angst zich op verschillende manieren voor kan doen. Zo kan er sprake zijn van paniekaanvallen of van continue overmatige angst. Andere symptomen zijn vermijdingsgedrag, herbelevingen van trauma's of dwangmatig gedrag (DSM IV-TR, 2000).

In de POLS is gevraagd of de respondent gedurende een periode van mi- nimaal twee weken angstig of bezorgd was in het afgelopen jaar. In fi- guur 1.3 zien we dat arbeidsongeschikten vaker last hebben van angst- klachten dan huisvrouwen en werkenden. Ongeveer éénderde van de ar- beidsongeschikten heeft last van angstklachten, tegenover 19% van de huisvrouwen en 13% van de werkenden. Er is geen sprake van een signi- ficante toe- of afname in angst in de jaren 2001-2003. Voor angstklach-

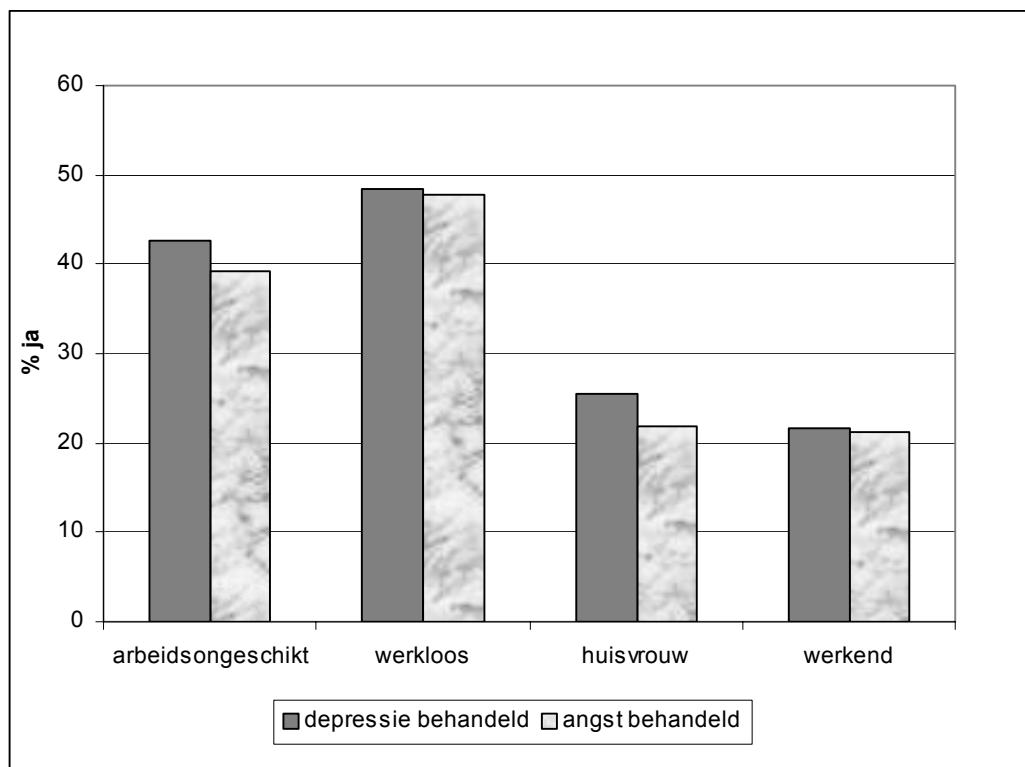
ten tekent zich dus hetzelfde patroon af als voor depressieve klachten. Angst en depressie worden dan ook door (gedeeltelijk) dezelfde kwetsbaarheidfactoren en gebeurtenissen of situaties veroorzaakt. Van de mensen die het afgelopen jaar last hebben gehad van angstklachten, heeft de helft ook last gehad van depressieve klachten.



Figuur 1.3: Angstklachten naar arbeidsstatus over de jaren 2001 tot 2003

1.3.3 *Behandeling van depressie en angst*

Aan de mensen met angst- of depressieve klachten is gevraagd of zij voor hun klachten behandeld zijn. Er is niet gevraagd naar type behandelaar of medicijngebruik. Van alle mensen met depressieve klachten en/of angstklachten wordt ongeveer een kwart behandeld. In figuur 1.4 zien we dat arbeidsongeschikten en werklozen met depressieve klachten of angstklachten vaker behandeld worden dan huisvrouwen en werkenden met dergelijke klachten. Het is goed mogelijk dat de arbeidsongeschikten en de werklozen ernstiger klachten hebben en dat daarom de noodzaak voor behandeling onder deze groepen groter is. Bij lichte depressieve klachten is een behandeling niet altijd nodig. Wanneer er echter sprake is van meer ernstige depressieve klachten is tijdige behandeling belangrijk om te voorkomen dat de persoon een klinische depressie ontwikkelt (Schoemaker et al., 2002).



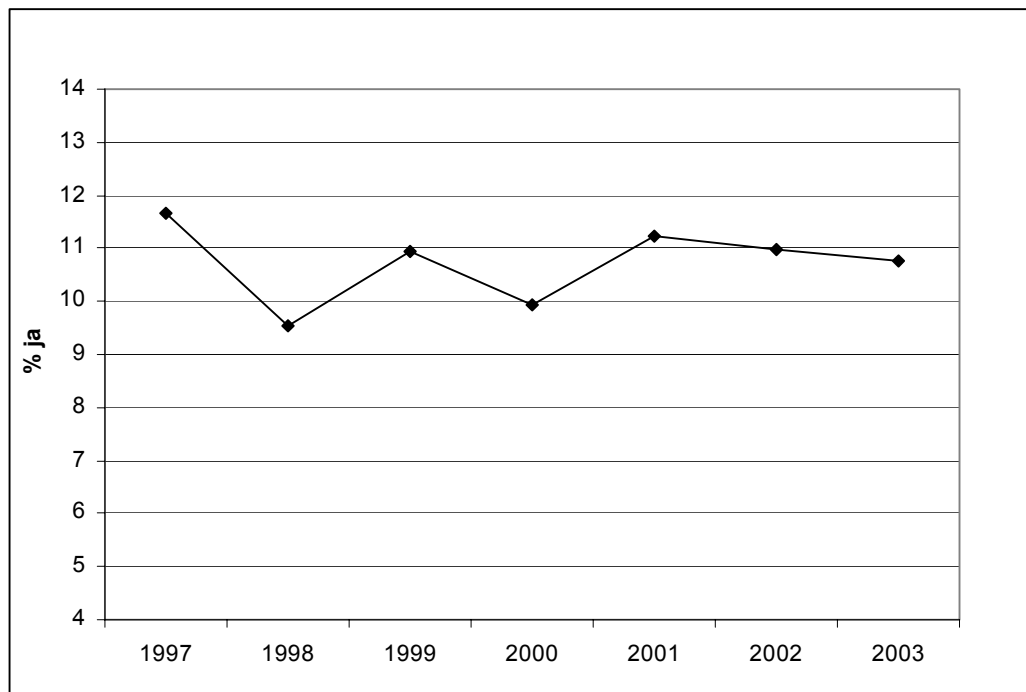
Figuur 1.4: Behandeling van depressieve klachten en angstklachten

1.3.4 *Burnout*

Burnout is een psychische aandoening die gekenmerkt wordt door emotionele en lichamelijke uitputting door het werk. In tegenstelling tot gewone vermoeidheid, herstelt iemand met burnout niet na een korte periode van rust. Naast uitputting zijn belangrijke kenmerken van burnout: een negatieve en cynische houding ten opzichte van het werk, collega's en klanten en de neiging je eigen competenties negatief te beoordelen (Schaufeli, 1995; Paffen, 1997). Hoewel risicofactoren voor het ontwikkelen van burnout zowel in de persoonlijke sfeer als in het werk liggen, wordt burnout over het algemeen gezien als een werkgerelateerde aandoening (De Vries, 2000). Burnout komt het meeste voor in beroepen waarin men veelvuldig en intensief contact heeft met anderen. In de gezondheidszorg, bij uitstek een sector met veel contactuele beroepen, komt burnout het vaakst voor. Ook het onderwijs heeft veel te maken met burnout. Burnout komt het minst voor in de landbouw (Houtman et al., 2004).

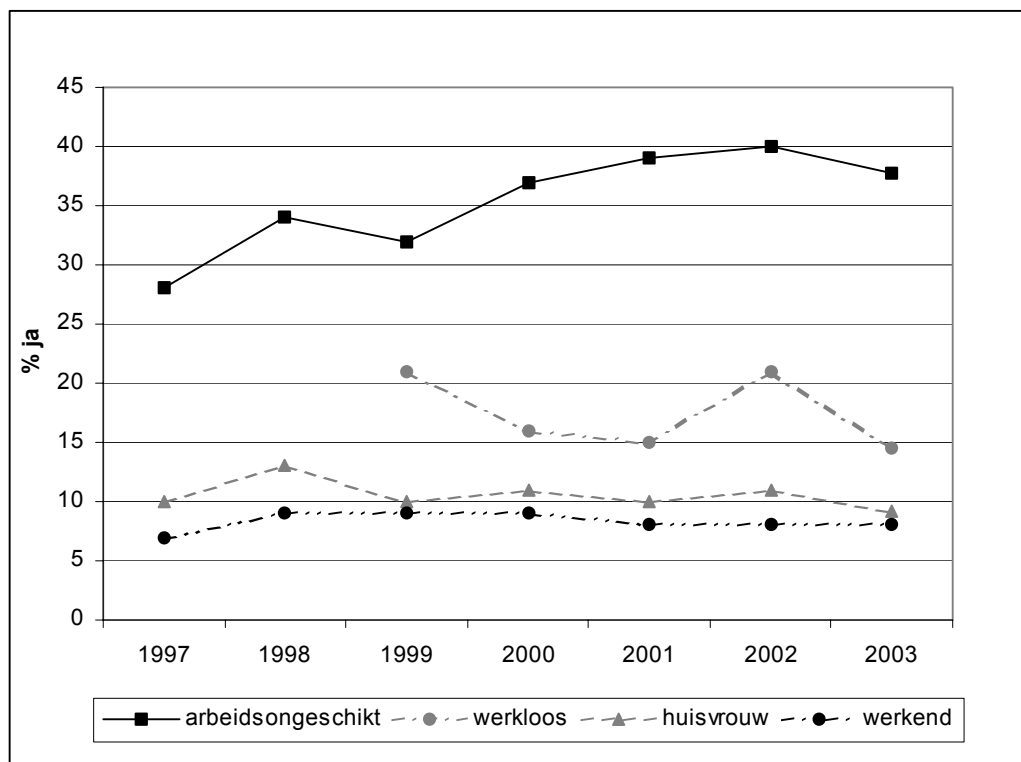
In de POLS zijn de vragen over burnout alleen aan werkenden voorgelegd. In gevalideerde vragenlijsten voor burnout worden meestal drie dimensies gemeten, te weten: emotionele uitputting, mentale distantie en verminderde competentie. Emotionele uitputting staat voor het gevoel langzaam leeggezogen te worden en doodop te zijn. Mentale distantie

manifesteert zich in minder betrokkenheid bij het werk. Verminderde competentie staat voor het gevoel te falen en daadwerkelijk slechter functioneren (Schaufeli & Van Dierendonck, 2000). In de POLS betreffen de vragen over burnout alleen emotionele uitputting en geen distantie of verminderde competentie. De gegevens die wij over burnout rapporteren hebben dus betrekking op uitputting door het werk. In figuur 1.5 zien we dat in 2003 11% van de werkenden last heeft van burnoutklachten. Het voorkomen van burnoutklachten fluctueert wel enigszins, maar er is geen sprake van een duidelijke toe- of afname over de jaren.



Figuur 1.5: Burnout onder werkenden door de jaren heen

1.4 Bewegingsapparaataandoeningen



Figuur 1.6: Rugaandoening naar arbeidsstatus door de jaren heen

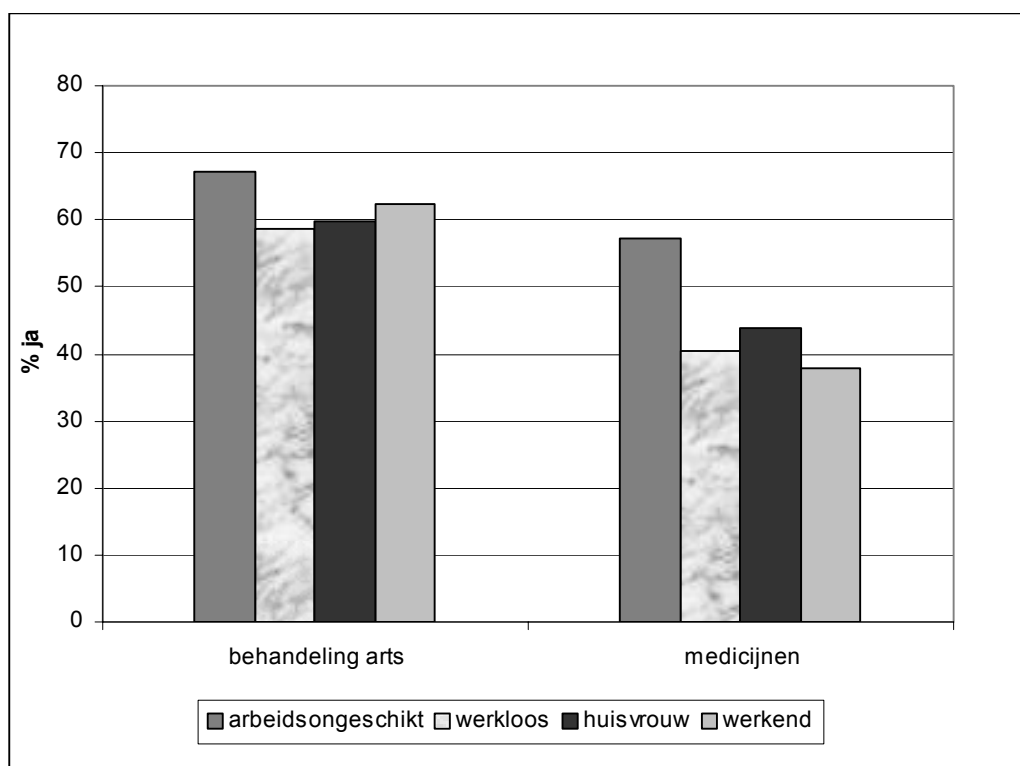
1.4.1 Rugaandoeningen

Het deel van de bevolking dat aangeeft rugklachten te hebben is sterk afhankelijk van de precieze vraagstelling. In de TNO Arbeidssituatie Survey 2002 (zie ook hoofdstuk 3) geeft bijvoorbeeld 35% van de werkenden aan dat zij last hebben van rugklachten. In de POLS is gevraagd of iemand in de afgelopen 12 maanden een ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia) heeft gehad. Dit percentage ligt veel lager, rond de 8% van de werkenden. Figuur 1.6 laat zien dat arbeidsongeschikten vaak last hebben van een rugaandoening. Ook werklozen hebben aanzienlijk vaker last van een rugaandoening dan werkenden en huisvrouwen. In de jaren 1998 tot 2000 hebben de ondervraagde werkenden vaker last van rugaandoeningen dan in de jaren ervoor en erna. Het is niet verwonderlijk dat vooral arbeidsongeschikten vaak een rugaandoening hebben. Veel arbeidsongeschikten stromen immers de WAO in vanwege bewegingsapparaatklachten, waar ook rugaandoeningen onder vallen.

1.4.2 Behandeling van rugaandoeningen

Figuur 1.7 geeft een overzicht van de medische consumptie als gevolg van een rugaandoening onder werkenden en niet-werkenden. De figuur

laat zien hoeveel van de werkenden en niet-werkenden met een rugaandoening behandeld worden door huisarts en/of medisch specialist voor hun aandoening en welk deel van de mensen medicijnen slikt voor de rugaandoening. Voor medicijngebruik zijn gegevens beschikbaar over de periode 1997 tot 2000. Er is geen onderscheid gemaakt tussen voorgeschreven medicatie en zelfmedicatie. Lang niet iedereen met een rugaandoening wordt voor de aandoening behandeld. Arbeidsongeschikten worden het vaakst behandeld voor hun aandoening en slikken het vaakst medicijnen. Werkenden met een rugaandoening worden iets vaker door een arts behandeld dan werklozen en huisvrouwen, maar krijgen minder vaak medicijnen.



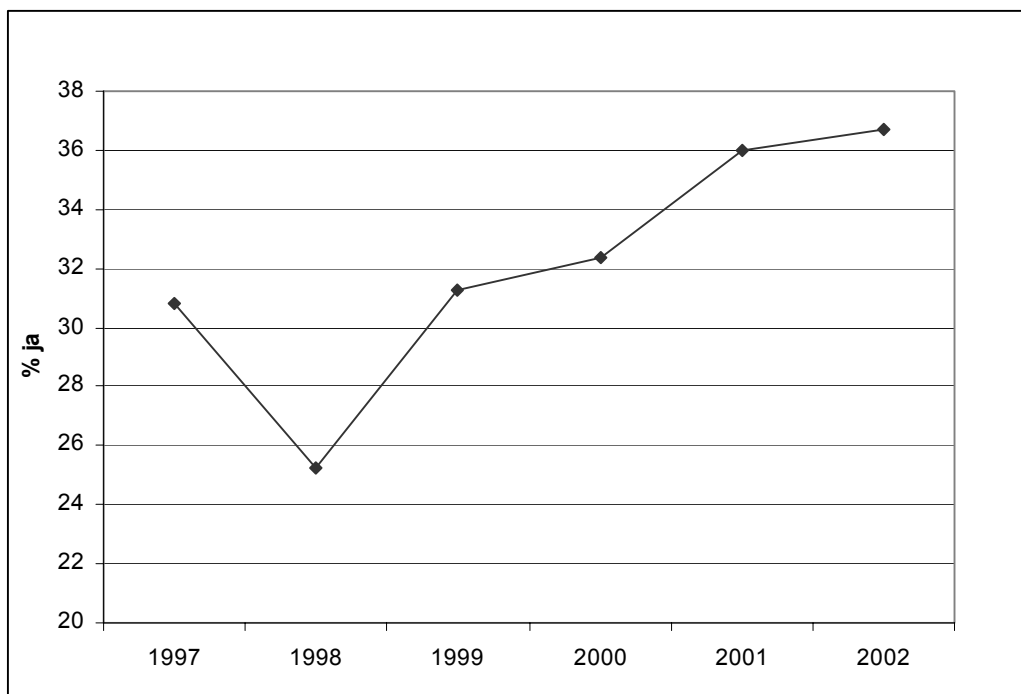
Figuur 1.7: Behandeling/medicijnen voor rugaandoening naar arbeidsstatus

1.4.3 RSI

Repetitive strain injury is een containerbegrip waar klachten aan nek, bovenrug, schouder, boven- of onderarm, elleboog, pols of hand of een combinatie hiervan onder vallen. Risicofactoren die bijdragen aan het ontstaan van RSI-klachten liggen in het werk en in de persoon. Arbeidsgebonden risicofactoren zijn ongunstige ergonomische omstandigheden – zoals langdurig in dezelfde houding werken, langdurig beeldschermwerk, ongunstige houding en repeterende bewegingen – en organisatorische risico's – zoals hoge taakeisen, hoge werkdruk, slechte sfeer op het werk, weinig steun van leidinggevende of collega's en weinig autonomie. Per-

soonsgebonden risico's zijn perfectionisme, gedrevenheid en weinig lichaamsbeweging (Miedema, Thé & Blatter, 2003; Roelofs, 2002; Blatter & Bongers, 1999).

In de POLS is aan werkenden gevraagd naar klachten door lichamelijke belasting of klachten door het werken met apparaten of trillende voertuigen. Mensen die klachten hebben door lichamelijke belasting of door het werken met apparaten of voertuigen worden beschouwd als mensen met RSI-klachten.³ De betreffende vragen ontbreken echter in de POLS van 2003. In figuur 1.8 is te zien dat in 2002 37% van de werkenden last heeft van RSI. Het percentage werkenden met RSI-klachten is in de loop der jaren toegenomen.



Figuur 1.8: RSI onder werkenden door de jaren heen

Uit het voorafgaande komt naar voren dat ruim één derde van de werkenden in 2002 RSI-klachten heeft en dat het percentage mensen met RSI-klachten toeneemt. Hoewel niet alle mensen met RSI-klachten (langdurig) zullen verzuimen, zal deze aandoening wel de kans op verzuim vergroten. Van de mensen met RSI heeft bijna één vijfde deel in het afgelopen jaar verzuimd als gevolg van de RSI. Blatter et al. (2001) heb-

³ Hierbij is de definitie voor RSI van TNO Kwaliteit van Leven gevolgd: klachten door lichamelijke belasting in afgelopen 12 maanden of door het werken met trillende apparaten of voertuigen. Hierbij worden mensen met een rugaandoening uitgesloten. Het CBS sluit meer mensen uit, waardoor deze cijfers afwijken van de cijfers uit het rapport Trends in Arbeid 2004.

ben berekend dat 8% van de Nederlandse werkzame beroepsbevolking in een jaar verzuimt als gevolg van RSI-klachten.

1.5 Conclusies

In dit eerste hoofdstuk van het Profiel Arbeid en Gezondheid hebben we gezien dat de overgrote meerderheid van de werkenden aangeeft dat hun gezondheid goed is. Deze ervaren goede gezondheid is min of meer stabiel over de afgelopen jaren en lijkt zelfs iets te verbeteren. Niettemin zien we dat een aanzienlijk deel van de werkenden ernstige burnout-klachten (11%) en RSI-klachten (37%) rapporteert. Vooral het toenemende aantal RSI-klachten is een punt van zorg. Indien deze trend zich doorzet, is het waarschijnlijk dat ook het verzuim vanwege RSI-klachten de komende jaren verder zal toenemen. Gezien deze toename in RSI-klachten is het opvallend dat de algemene gezondheid van werkenden zo goed is en niet verslechtert. Kennelijk beschouwen werkenden RSI-klachten in veel gevallen als een overkomelijk ongemak dat weinig weerslag heeft op de algehele gezondheid.

Wanneer de gezondheid van werkenden vergeleken wordt met de gezondheid van niet-werkenden blijkt dat werkenden enigszins gezonder zijn dan huisvrouwen en veel gezonder dan werklozen en arbeidsongeschikten. Een verklaring hiervoor is het zogenaamde *healthy worker effect*: vooral gezonde mensen kunnen (blijven) werken. In hoofdstuk 2 zullen we uitgebreid op dit thema ingaan. Er zijn geen aanwijzingen dat de verschillen in gezondheid tussen werkenden, huisvrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten over de jaren heen veranderen.

Wat betreft artsbezoek en medicijngebruik vanwege psychische klachten en rugklachten, blijkt dat werkenden minder vaak behandeld worden voor hun klachten dan bijvoorbeeld werklozen en arbeidsongeschikten. Mogelijk hebben werklozen en arbeidsongeschikten relatief ernstige aandoeningen die behandeling noodzakelijk maken. Anderzijds is het mogelijk dat werkenden minder geneigd zijn om medische zorg te zoeken voor hun klachten.

Voor de overheid (ministeries van VWS en SZW) zijn deze trendcijfers vooral van belang om na te gaan welke ontwikkelingen in de gezondheid van de beroepsbevolking er plaatsvinden en om doelgroepen met relatief hoge risico's op gezondheidsklachten te kunnen lokaliseren. Uit de cijfers komt naar voren dat werkenden relatief gezond zijn en dat arbeidsongeschikten en werklozen relatief veel gezondheidsproblemen ervaren.

Dit zijn dan ook groepen die vanuit het perspectief van de volksgezondheid speciale aandacht behoeven. Voor werkenden is het wellicht vooral van belang om nader te onderzoeken op welke wijze RSI-klachten en burnout kunnen worden voorkomen en op een adequate wijze kunnen worden behandeld.

2 Verschillen in gezondheid van werkenden en niet-werkenden

2.1 Inleiding

Werk kan voor mensen diverse functies hebben die kunnen bijdragen aan een betere gezondheid. Het verkeren in een werkkring kan bijdragen aan een meer gestructureerd, sociaal rijker en meer zinvol leven (WRR, 2000). Het verrichten van werk kan namelijk in verband gebracht worden met tal van positieve opbrengsten. Werk verschaft een inkomen en biedt daarmee zekerheid en onafhankelijkheid. Mensen ontlenen maatschappelijke status aan het hebben van betaald werk en het draagt mede daardoor ook bij aan een hogere zelfwaardering. Het verrichten van werk gebeurt bovendien meestal in een sociale context: weinig mensen werken helemaal alleen. Werk biedt daarmee mogelijkheden tot sociale contacten. Deelnemen aan het arbeidsproces betekent meestal op vaste tijden werken. Andere activiteiten worden om het werk heen geplooid. Zo ontstaat er een gestructureerde dagindeling. Al deze positieve opbrengsten van werk kunnen in meer of mindere mate bijdragen aan een goede gezondheid. Omgekeerd kan het niet hebben van betaald werk als een gezondheidsrisico gezien worden, daar mensen zonder betaald werk de positieve opbrengsten van werk moeten missen (Houtman, 2002). Met name het gemis van maatschappelijke waardering kan een negatief effect hebben op de gezondheid (De Beer, 2001).

Mensen die werken zijn over het algemeen gezonder dan mensen die niet werken, bijvoorbeeld huisvrouwen, werklozen of arbeidsongeschikten (Van Lindert et al., 2004; Smulders, 1997). In hoofdstuk 1 hebben we trends in gezondheid beschreven. In dit hoofdstuk onderzoeken we hoe werkenden en verschillende groepen niet-werkenden verschillen in gezondheid. Dit doen we op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur over arbeid en gezondheid en op basis van de POLS-databestanden. We gaan daarbij steeds na hoe het hebben van betaald werk een rol speelt in de gezondheid. Door rekening te houden met factoren zoals sekse, opleiding, leeftijd en de aandoeningen dat iemand heeft, proberen we inzichtelijk te maken wat voor invloed het al dan niet hebben van betaald werk heeft op de gezondheid.

2.1.1 *Effect van arbeidsstatus op gezondheid*

Hierboven beschreven we al enkele van de mogelijke positieve effecten van het hebben van werk: werk zorgt voor inkomen en zekerheid, voor sociale inbedding en structuur en voor waardering. Het verrichten van

werk heeft echter niet louter positieve kanten. Werk kan ook ziek maken en kan in het ernstigste geval zelfs tot de dood leiden. Het Hugo Sinzheimer Instituut heeft berekend dat jaarlijks in Nederland tussen de 2635 en de 5545 mensen overlijden als gevolg van slechte arbeidsomstandigheden of een arbeidsongeval. Sterfte door een arbeidsongeval komt in Nederland veel minder vaak voor dan sterfte door slechte arbeidsomstandigheden (Popma, 2005). Enkele voorbeelden van arborisico's zijn blootstelling aan chemische stoffen, vuil werk, lichamelijk zwaar werk en emotioneel belastend werk. Door blootstelling aan dergelijke arbeidsrisico's kunnen arbeidsongevallen optreden en kunnen beroepsziekten ontstaan. Er is sprake van een arbeidsongeval wanneer een ongewild, afzonderlijk voorval leidt tot onmiddellijke lichamelijke of psychische schade (Venema & Bloemhoff, 2004). Een voorbeeld van een arbeidsongeval is een val van een ladder waarbij een schilder zijn been breekt. Er is sprake van een 'klassieke' beroepsziekte wanneer er geen sprake is van onmiddellijke schade door een afzonderlijk voorval, maar er wel een direct verband is tussen de blootstelling aan arbeidsrisico's en ziekte (Spreeuwens et al., 2004). Een voorbeeld hiervan is het ontwikkelen van mesothelioom (een vorm van kanker) na blootstelling aan asbest. Naast arbeidsongevallen en beroepsziekten zijn er tal van aandoeningen die vaak werkgerelateerd zijn, maar waarbij factoren buiten het werk, zoals persoonlijkheid of leefstijl, ook een rol kunnen spelen. Men kan denken aan psychische aandoeningen zoals burnout en overspannenheid en aan bewegingsapparaatklachten zoals RSI en rugklachten.

Hoewel gezondheidsproblemen kunnen voortkomen uit het werk, worden zij doorgaans voor het grootste deel bepaald door andere factoren, zoals genetische factoren, leeftijd en leefstijl. Werk speelt in de meeste gevallen een ondergeschikte rol (WRR, 2000): veelvoorkomende ziektes zoals verkoudheid of griep en levensbedreigende ziektes zoals kanker of AIDS worden meestal niet door werk veroorzaakt. Dit algemene beeld moet echter genuanceerd worden. Er bestaan namelijk ziektes die niet direct levensbedreigend zijn, maar wel de kwaliteit van leven aanzienlijk en voor langere periodes kunnen aantasten. Voorbeelden hiervan zijn psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat. Dergelijke ziektes komen wel relatief vaak voort uit het werk. Koningsveld, e.a. (1997) hebben voor 17 diagnosegroepen geschat in hoeverre verzuim en arbeidsongeschiktheid door een dergelijke aandoening werkgebonden zijn. Zij definiëren werkgebonden als "klachten, aandoeningen en ziekten die geheel of in belangrijke mate een oorzaak vinden in het werk. Indien het werk in beperkte mate een rol gespeeld heeft wordt dit niet als werkgebonden meegerekend". De werkgebondenheid blijkt sterk te verschil-

len tussen diagnosegroepen. Bij bijvoorbeeld infectieziekten is het werkgebonden aandeel in verzuim en arbeidsongeschiktheid erg klein, maar bij psychische klachten en bewegingsapparaatklachten ligt het werkgebonden aandeel tussen de 40 en 44%. Van het verzuim en arbeidsongeschiktheid door hart- en vaatziekten wordt geschat dat respectievelijk 20% en 27% werkgebonden is. Andere ziektes met een aanzienlijk werkgebonden aandeel in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn ademhalingsziekten en huidziekten. Psychische klachten en bewegingsapparaatklachten zijn diagnosegroepen die verantwoordelijk zijn voor het overgrote deel van het langdurige verzuim en arbeidsongeschiktheid. Dit betekent dat kenmerken van het werk een substantieel deel van het verzuim en de arbeidsongeschiktheid kunnen verklaren. Er is sprake van een paradox: werk is meestal niet de oorzaak van gezondheidsproblemen. Echter wanneer er sprake is van verzuim door gezondheidsklachten (met name psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat), zijn deze klachten relatief vaak werkgebonden.

2.1.2 *Effect van gezondheid op arbeidsstatus*

We hebben reeds aangegeven dat werk een positief of negatief effect kan hebben op de gezondheid. Omgekeerd bepaalt de gezondheid mede wat voor werk iemand kan doen en of iemand überhaupt kan werken. Mensen die een ziekte of aandoening hebben worden vaak beperkt in hun mogelijkheden om betaald werk te verrichten. Indien iemand werknemer is, zal de werkgever voor een deel aan gezondheidsproblemen tegemoet kunnen en moeten komen door de inhoud en duur van het werk af te stemmen op de mogelijkheden en beperkingen van de werknemer. Voor het aan het werk houden of reïntegreren van mensen met een beperking is van overheidswege steeds meer aandacht. De Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (2003) en de Wet Reïntegratie Arbeidsgehandicapten (1998) bieden richtlijnen en financiële steun aan werkgevers die zich inzetten voor het aannemen of behouden van mensen met een beperking.

Gezondheidsproblemen kunnen ertoe leiden dat iemand gedeeltelijk of geheel uit het arbeidsproces verdwijnt. Voor arbeidsongeschikten is dit het duidelijkst: zij kunnen vanwege gezondheidsproblemen niet langer (volledig) werken. Ook voor werklozen kan gezondheid een rol spelen in hun werkloosheid. Het is mogelijk dat zij zijn uitgevallen door gezondheidsproblemen, zonder dat zij recht hadden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Een andere mogelijkheid is dat zij door een slechte gezondheid moeite hebben met het vinden van een baan. Het hebben van een slechte gezondheid kan ook aanleiding zijn om ervoor te kiezen geen

betaald werk te zoeken en in plaats daarvan huisvrouw/man te worden. Dit betekent dat selectie-effecten ervoor zorgen dat werkenden gemiddeld gezonder zijn dan mensen die geen werk hebben. Werkenden zijn gezonder dan niet-werkenden, juist doordat de mensen met een slechtere gezondheid uit het arbeidsproces geraakt zijn. Dit wordt wel het *healthy worker effect* genoemd (McMichael, Haynes & Tyroler, 1975).

Het is dan ook logisch dat steeds weer in onderzoeken wordt gevonden dat niet-werkenden over het algemeen minder gezond zijn dan werkenden. Vaak blijft het moeilijk te onderscheiden in welke mate het hebben van werk in positieve en in negatieve zin verantwoordelijk is voor de gezondheidsverschillen tussen werkenden en niet-werkenden en in hoeverre dit het gevolg is van selectie-effecten. Aan de hand van de bestaande literatuur en van de bevindingen van secundaire analyses geven wij een overzicht van de gezondheid van werkenden en verschillende groepen niet-werkenden. Wij trachten daarbij de verschillen in gezondheid te interpreteren en de rol van selectie van werkenden in het arbeidsproces enerzijds en de gevolgen van het al dan niet verrichten van betaald werk anderzijds uiteen te rafelen.

In het vervolg van dit hoofdstuk behandelen we eerst de verschillen in gezondheid tussen werkenden, huisvrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten. Vervolgens gaan we in op een aantal aan gezondheid gerelateerde kenmerken van de persoon, namelijk het hebben van een langdurige aandoening, enkele demografische variabelen en aspecten van de leefstijl van de persoon. We gaan daarbij na op welke wijze werkenden en de verschillende groepen niet-werkenden verschillen op deze kenmerken en hoe deze kenmerken samenhangen met de gezondheid. Ten slotte onderzoeken we of de verschillen in gezondheid tussen werkenden en niet-werkenden blijven bestaan als we rekening houden met de genoemde kenmerken van de persoon. Dit laatste geeft een indruk van de bijdrage van werk aan de gezondheid.

2.2 Gebruikte bestanden en variabelen

Voor dit hoofdstuk hebben we gebruik gemaakt van de databestanden van het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van CBS uit de jaren 1997 tot en met 2002. In deze jaren is uitgebreid naar gezondheid gevraagd. Sommige vragen en antwoordcategorieën zijn in de loop der jaren ingrijpend veranderd. Ook zijn er nieuwe vragen bijgekomen. Een en ander heeft tot gevolg dat niet voor elke analyse gegevens uit dezelfde periode gebruikt zijn. De gezondheidsvariabelen die we in dit hoofdstuk

behandelen zijn angst en depressie, psychosomatische klachten, migraine, rugklachten en de ervaren gezondheid. Psychosomatische klachten zijn lichamelijke klachten die vaak een psychische oorzaak hebben, zoals maagklachten, hoofdpijn, pijn in botten en spieren. Voor deze gezondheidsvariabelen is het aannemelijk dat zij zowel beïnvloed kunnen worden door het al dan niet hebben van betaald werk als door het hebben van een ziekte of aandoening.

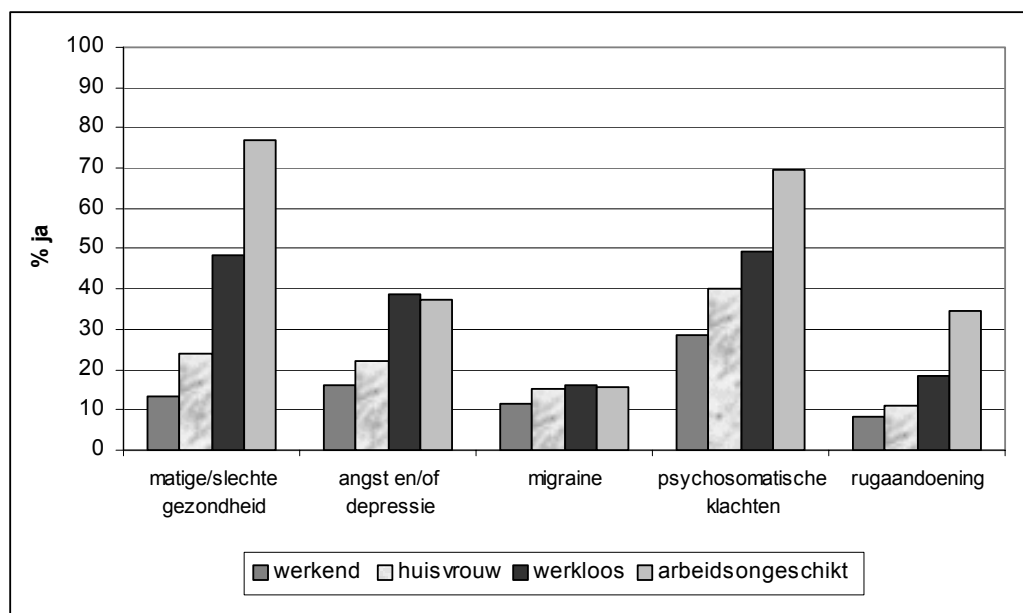
2.3 Gezondheid en arbeidsstatus

2.3.1 Gezondheidsklachten naar arbeidsstatus

In figuur 2.1 is weergegeven welke gezondheidsklachten werkenden, huisvrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten ervaren. Hierbij is aangegeven welk deel van de respondenten hun gezondheid als matig of slecht beoordeelt, welk deel angstklachten of depressie ervaart, welk deel een rugaandoening heeft, welk deel wel eens migraine heeft en welk percentage van de respondenten meer dan 3 psychosomatische klachten rapporteert (van een lijst van 15 klachten zoals vermoeidheid, hoofdpijn, lusteloosheid, vage maagklachten en slapeloosheid). In de volgende paragrafen bespreken we figuur 2.1 voor werkenden en de verschillende groepen niet-werkenden.

Werkenden

Figuur 2.1 laat zien dat werkenden hun gezondheid als positiever beoordelen dan de verschillende groepen niet-werkenden. Ruim 86% van de werkenden ervaart hun gezondheid als goed of zeer goed. Ook ervaart slechts een kleine minderheid van de werkenden angst- of depressieklachten of migraine. Minder dan 10% heeft een rugaandoening. Psychosomatische klachten komen beduidend meer voor: hier heeft 29% van de werkenden last van.



Figuur 2.1: Gezondheidsklachten bij werkenden en niet-werkenden

De resultaten sluiten aan bij eerder onderzoek. Zo vonden Hoff en Jehoel-Gijsbers (1998), die werkenden en niet-werkenden naar lichamelijke en psychosomatische klachten vroegen, dat werkenden minder klachten hadden dan werklozen en arbeidsongeschikten. De klachten waarop de werkenden relatief hoog scoorden, waren de psychosomatische klachten zoals vermoeidheid, hoofdpijn en lusteloosheid. In de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsen praktijk (Van Lindert, 2004) komt naar voren dat werkenden minder moeheid, hoofdpijn, slapeloosheid, nek/schouder pijn, of lage rugpijn hadden dan de niet-werkende groepen. Toch had bijna 40% van de werkenden last van moeheid of hoofdpijn.

Huisvrouwen

Huisvrouwen hebben over het algemeen een slechtere gezondheid dan werkenden. In figuur 2.1 zien we dat bijna een kwart van de huisvrouwen hun gezondheid als matig of slecht beoordelen. Eén op de vijf huisvrouwen rapporteert angst of depressieve klachten, 11% heeft een rugaandoening en 40% heeft last van psychosomatische klachten. Huisvrouwen zijn wel gezonder dan werklozen en arbeidsongeschikten. Alleen wat betreft migraine scoren huisvrouwen nauwelijks gunstiger dan werklozen en arbeidsongeschikten. Dit komt doordat de groep huisvrouwen (en mannen) vooral uit vrouwen bestaat en vrouwen hebben vaker last van migraine dan mannen. Deze resultaten passen bij de bevindingen van andere onderzoekers. Uit de Tweede Nationale Studie (NIVEL/RIVM, 2004) blijkt dat huisvrouwen in 2001 vaker een hoge bloeddruk, een ernstige rugaandoening, diabetes mellitus, slapeloosheid, pijn in de nek/schouder of pijn

in de lage rug hadden dan werkenden. Bovendien hebben huisvrouwen vaker last van beperkingen in het algemeen dagelijks leven dan werkenden.

Werklozen

Ook werklozen hebben vaker een slechtere gezondheid dan werkenden. Figuur 2.1 laat zien dat bijna de helft van de werklozen de eigen gezondheid als matig of slecht beoordeelt. Eveneens blijkt dat de helft van de werklozen kampt met psychosomatische klachten, 16% heeft last van migraine en 39% ervaart angst of depressieve klachten. Bijna éénvijfde van de werklozen heeft een rugaandoening. De Eerste Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen (Foets & Sixma, 1991) liet al zien dat werklozen vaker psychosomatische gezondheidsproblemen hebben dan werkenden. De resultaten van Hoff en Jehoel-Gijsbers (1998) geven eenzelfde beeld: in vergelijking met werkenden voelden werklozen zich vaker snel moe en hadden vaker last van een verdoofd gevoel in de ledematen; ze hadden vaker last van lusteloosheid, kortademigheid en duizeligheid. Uit de Tweede Nationale Studie (Van Lindert, 2004) komt naar voren dat werklozen hun gezondheid vaker beoordeelden als matig of slecht dan werkenden. Bovendien hadden zij vaker last van beperkingen in het algemeen dagelijks leven dan werkenden.

Arbeidsongeschikten

Arbeidsongeschikten rapporteren de meeste gezondheidsklachten van alle hier onderscheiden groepen. Uit figuur 2.1 komt naar voren dat ruim driekwart van de arbeidsongeschikten aangeeft dat ze een matige of slechte gezondheid hebben. Ook geeft 70% van de arbeidsongeschikten aan dat zij last hebben van diverse psychosomatische klachten, 16% heeft last van migraine, 35% heeft een rugaandoening en 38% ervaart angst en/of depressieve klachten. Ook andere onderzoeken melden dat arbeidsongeschikten een slechtere gezondheid hebben dan werkenden en andere groepen niet-werkenden. De Eerste Nationale Studie (Foets & Sixma, 1991) liet zien dat arbeidsongeschikten meer last hebben van acute lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn, moeheid, gespannen, verstopte neus, hoesten en infecties. Ook hebben zij vaker chronische ziekten en psychosomatische aandoeningen. Hoff en Jehoel-Gijsbers (1998) vonden eveneens dat arbeidsongeschikten vaker te lijden hebben van lichamelijke en psychosomatische klachten dan werklozen en werkenden. Daarnaast zijn zij minder tevreden over hun gezondheid dan de andere groepen. De klachten die de arbeidsongeschikten vooral vaker rapporteerden dan mensen met een andere arbeidsstatus, waren moeheid, een verdoofd gevoel in armen en benen, en lusteloosheid. Ook de Tweede Nationale

Studie (Van Lindert, 2004) bevestigt de slechtere gezondheidssituatie van arbeidsongeschikten. Arbeidsongeschikten beoordeelden hun eigen gezondheid vaker als ‘matig/slecht’ dan werkenden. Dat lijkt terecht, want arbeidsongeschikten hadden een grotere kans op acute gezondheidsklachten dan mensen met een andere arbeidsstatus. Arbeidsongeschikten rapporteerden bovendien het vaakst beperkingen in het algemeen dagelijks leven. Tenslotte waren arbeidsongeschikten vaker ooit twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief geweest dan huisvrouwen of werkenden.

2.3.2 *Langdurige aandoeningen*

Het wel of niet hebben van een langdurige aandoening is een belangrijk aspect van de gezondheid. In dit hoofdstuk beschouwen we het hebben van een langdurige aandoening vooral als een mogelijke oorzaak voor het wel of niet hebben van een betaalde baan. Daarom gaan we hier na hoe werkenden en niet-werkenden verschillen in het hebben van een langdurige aandoening en hoe het hebben van een langdurige aandoening is gerelateerd aan de gerapporteerde gezondheid. In de uiteindelijke analyse waarin we nagaan of betaald werk de gezondheid bevordert, zullen we corrigeren voor het hebben van een langdurige aandoening.

In tabel 2.1 is weergegeven welk deel van de werkenden, de huisvrouwen, de werklozen en de arbeidsongeschikten volgens de gegevens van de POLS één of meer langdurige aandoeningen rapporteert.

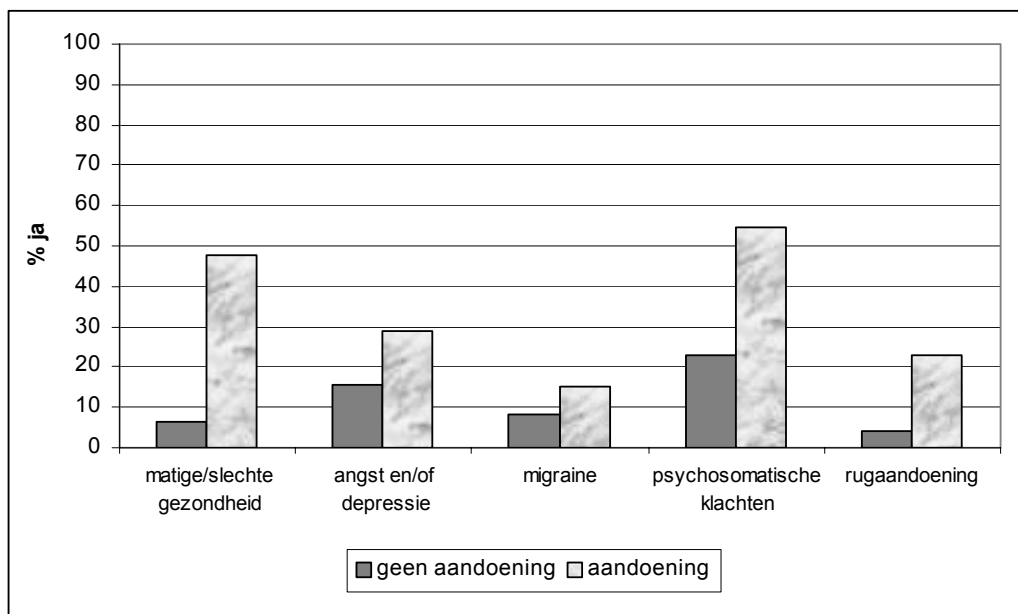
Tabel 2.1: Hebben van een langdurige aandoening

	Werkend	Huisvrouw	Werkloos	Arbeidsongeschikt
Langdurige aandoening	25%	35%	47%	88%

Uit de tabel blijkt dat een kwart van de werkenden een langdurige aandoening rapporteert. Dit geldt voor ruim een derde van de huisvrouwen en -mannen en voor bijna de helft van de werklozen. Van de arbeidsongeschikten geeft de overgrote meerderheid aan dat zij last hebben van één of meer langdurige aandoeningen. Dit ligt in de lijn der verwachting, omdat arbeidsongeschikten gestopt zijn met werken vanwege gezondheidsproblemen.⁴

⁴ In de jaren 2001-2002 is de vraag naar het hebben van een langdurige aandoening niet opgenomen in de POLS. In die jaren is wel van een aantal specifieke aandoeningen gevraagd of de respondent aan deze aandoeningen leidt. In de jaren 2001-2002 gebruiken we de antwoorden op deze vragen om te corrigeren voor het hebben van een aandoening.

Het is te verwachten dat mensen met een langdurige aandoening vaker last hebben van (andere) gezondheidsklachten dan mensen zonder aandoening. In figuur 2.2 zien we dat slechts 6% van de mensen zonder aandoening negatief is over de eigen gezondheid, terwijl 48% van de mensen met een aandoening aangeeft dat de gezondheid matig of slecht is. Mensen met een aandoening rapporteren daarnaast vaker angst en/of depressie, migraine en psychosomatische klachten. Van de mensen met een aandoening geeft 23% aan dat zij een rugaandoening hebben. Deze rugaandoening kan de reden zijn geweest om de vraag naar het hebben van een langdurige aandoening bevestigend te beantwoorden. Het kan echter ook dat deze mensen naast een andere langdurige aandoening tevens een rugaandoening hebben. Van de mensen die aangeven dat zij geen langdurige aandoening hebben, rapporteert 4% wel een rugaandoening. Deze mensen beschouwen de rugklachten kennelijk niet als een langdurige aandoening.



Figuur 2.2 Gezondheidsklachten bij mensen met of zonder een aandoening

In deze paragraaf hebben we gezien dat werkenden minder vaak een langdurige aandoening hebben dan niet-werkenden. Dit zal voor een belangrijk deel het gevolg zijn van het *healthy worker effect*. Bovendien hebben mensen met een langdurige aandoening vaker last hebben van diverse (andere) gezondheidsklachten. Dit betekent dat een deel van de verschillen in gezondheid tussen werkenden en niet-werkenden mogelijk te herleiden zijn tot het wel of niet hebben van een langdurige aandoening.

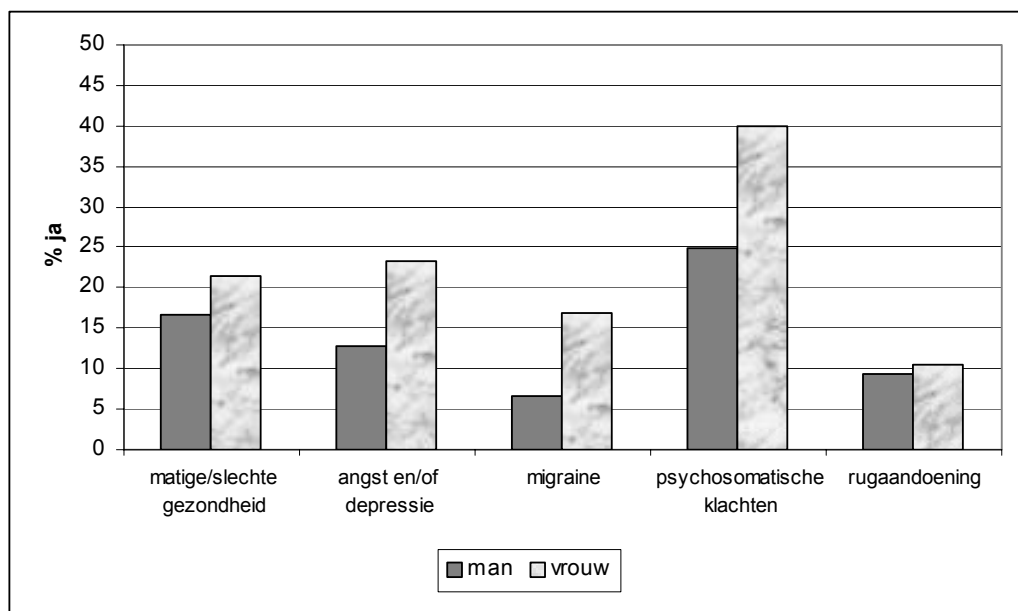
2.4 Demografische kenmerken, arbeidsstatus en gezondheid

2.4.1 *Geslacht, leeftijd en opleiding naar arbeidsstatus*

In Hoofdstuk 1 zijn de demografische kenmerken geslacht, leeftijd en opleiding voor werkenden en verschillende groepen niet-werkenden reeds besproken. Werkenden en arbeidsongeschikten zijn vaker van het mannelijke geslacht. Huisvrouwen zijn bijna allemaal vrouw en van de werklozen is 55% vrouw. Werkenden zijn aanzienlijk hoger opgeleid dan niet-werkenden. Verder zijn werkenden gemiddeld een stuk jonger dan werklozen en arbeidsongeschikten. Huisvrouwen zijn iets ouder dan werkenden.

2.4.2 *Geslacht, leeftijd en opleiding naar gezondheid*

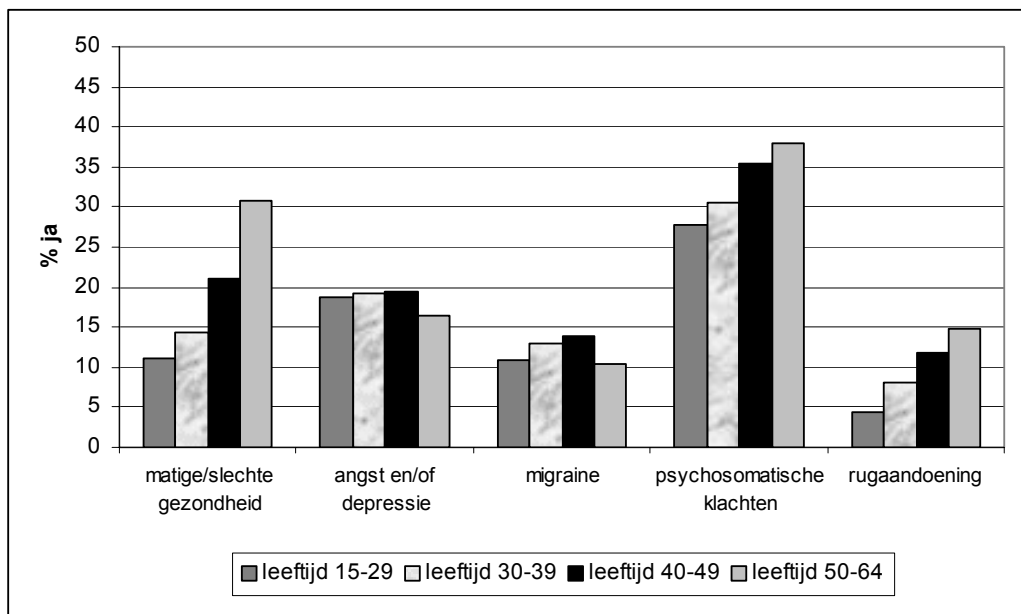
In deze paragraaf bekijken we hoe gezondheidsklachten samenhangen met de demografische kenmerken geslacht, leeftijd en opleiding. In figuur 2.3 is te zien dat vrouwen meer gezondheidsklachten rapporteren dan mannen. Vrouwen rapporteren vaker een matige of slechte gezondheid en zij hebben vaker last van angst en/of depressie, migraine en psychosomatische klachten. Vrouwen hebben iets vaker een rugaandoening dan mannen, maar het verschil is klein.



Figuur 2.3: Gezondheidsklachten naar geslacht

Figuur 2.4 laat zien dat ouderen over het algemeen meer gezondheidsklachten rapporteren dan jongeren. Ze zijn negatiever over hun gezondheid en zij hebben vaker last van een rugaandoening en psychosomatische klachten. Voor migraine en (in mindere mate) voor angst en depressie lijkt er sprake te zijn van een curvilineair verband. Mensen van mid-

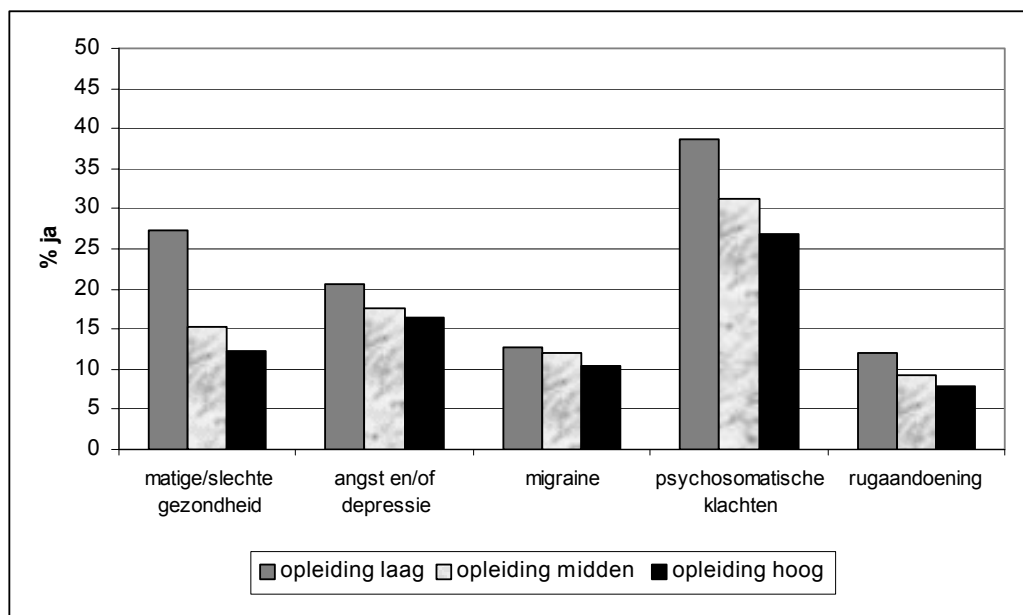
delbare leeftijd hebben vaker last van migraine en angst of depressie dan jongeren en ouderen.



Figuur 2.4: Gezondheidsklachten naar leeftijd

In figuur 2.5 staan de diverse gezondheidsklachten weergegeven naar opleidingsniveau. Uit de figuur komt een zeer consistent beeld naar voren. Voor alle gezondheidsvariabelen geldt dat naarmate het opleidingsniveau hoger is, men minder gezondheidsklachten rapporteert. Dit is vooral in sterke mate het geval voor de algemene beoordeling van de gezondheid en voor psychosomatische klachten.

In deze paragraaf hebben we gezien dat vrouwen, ouderen en lager opgeleiden over het algemeen meer gezondheidsklachten rapporteren dan mannen, jongeren en hoger opgeleiden. Deze bevindingen zijn consistent met een uitgebreide literatuur over sociaal demografische gezondheidsverschillen in de populatie (zie Mackenbach & Verkleij, 1997 voor een overzicht). We willen hier twee belangrijke mogelijke verklaringen noemen voor de verschillen in gezondheid naar opleidingsniveau. Een eerste verklaring is dat werkkenden met een lage opleiding vaak beroepen hebben met meer arbeidsrisico's dan werkkenden met een hoge opleiding (CBS, 2002). Een tweede verklaring is dat mensen met een lage opleiding vaak een minder gezonde leefstijl hebben dan mensen met een hoge opleiding (Van der Lucht & Picavet, 2004).



Figuur 2.5: Gezondheidsklachten naar opleiding

Aangezien werkenden vaker van het mannelijke geslacht zijn, relatief jong en goed opgeleid zijn, is het aannemelijk dat een deel van de gezondheidsverschillen tussen werkenden en niet-werkenden toe te schrijven zijn aan verschillen in de demografische kenmerken geslacht, leeftijd en opleiding. Ook de omgekeerde redenering is echter plausibel. Het is denkbaar dat een deel van de hier gepresenteerde sociaal demografische gezondheidsverschillen voortkomen uit het wel of niet verrichten van arbeid. Volgens die laatste redenering zouden mannen dan bijvoorbeeld gemiddeld gezonder zijn dan vrouwen juist omdat ze betaald werk verrichten. In dit hoofdstuk volgen we met name de eerste redenering en gaan we na in hoeverre werkenden gezonder zijn dan niet-werkenden na correctie voor sociaal demografische gezondheidsverschillen.

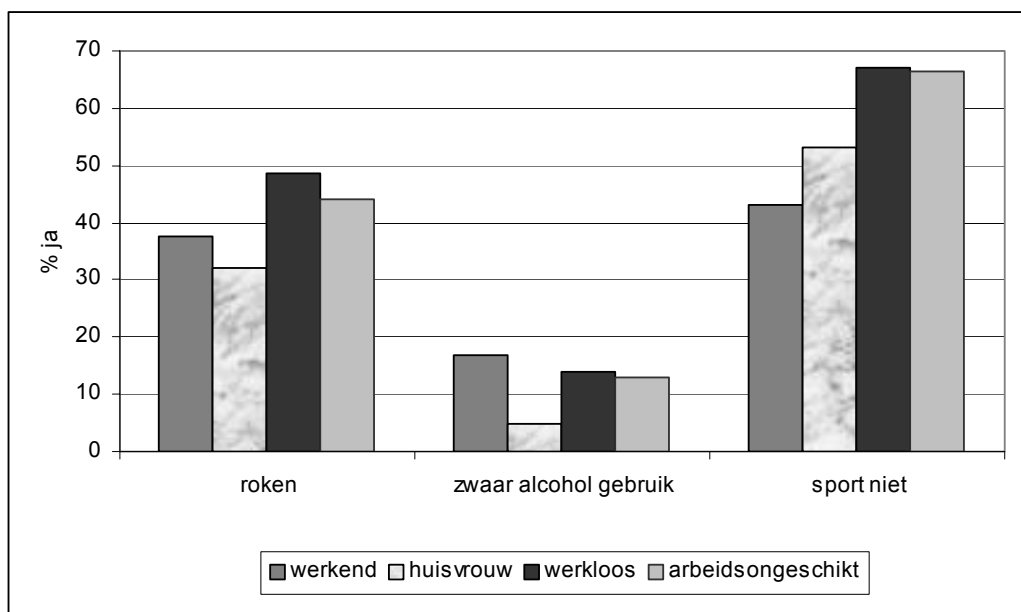
2.5 Leefstijl, arbeidsstatus en gezondheid

2.5.1 *Leefstijl en arbeidsstatus*

Uit de literatuur komt naar voren dat werkenden, huisvrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten verschillen in leefstijl, zoals sporten, roken en alcoholgebruik (Van Lindert, 2004). Enerzijds kan de arbeidsstatus effect hebben op de leefstijl, anderzijds kan leefstijl via de gezondheid een effect hebben op de arbeidsstatus. Het hebben van een betaalde baan kan zowel positieve als negatieve effecten hebben op de leefstijl. Als je werkt, heb je minder tijd om andere dingen te doen, zoals sporten. Met name mensen met een zittend beroep lopen risico op te weinig lichaamsbeweging als zij niet in hun vrije tijd genoeg bewegen. Woonwerkverkeer kan er echter ook aan bijdragen dat mensen iedere dag mi-

nimaal 30 minuten matig intensief bewegen, indien zij lopend of op de fiets naar het werk of het station gaan. Daarnaast kan het werk ook een reden zijn om minder alcohol of (soft)drugs te gebruiken: je moet immers de volgende dag weer vroeg op en werkprestaties leveren. Nu op de werkplek niet meer gerookt mag worden, kan werken ertoe bijdragen dat je minder rookt of zelfs dat je helemaal stopt met roken.

In figuur 2.6 zijn elementen van een ongezonde leefstijl van werkenden, huisvrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten weergegeven. Uit de figuur blijkt dat werklozen het meest roken, gevolgd door arbeidsongeschikten. Ook sporten werklozen en arbeidsongeschikten het minst. Werkenden gebruiken het vaakst veel alcohol, maar sporten meer dan de verschillende groepen niet-werkenden. Huisvrouwen roken en drinken het minst.



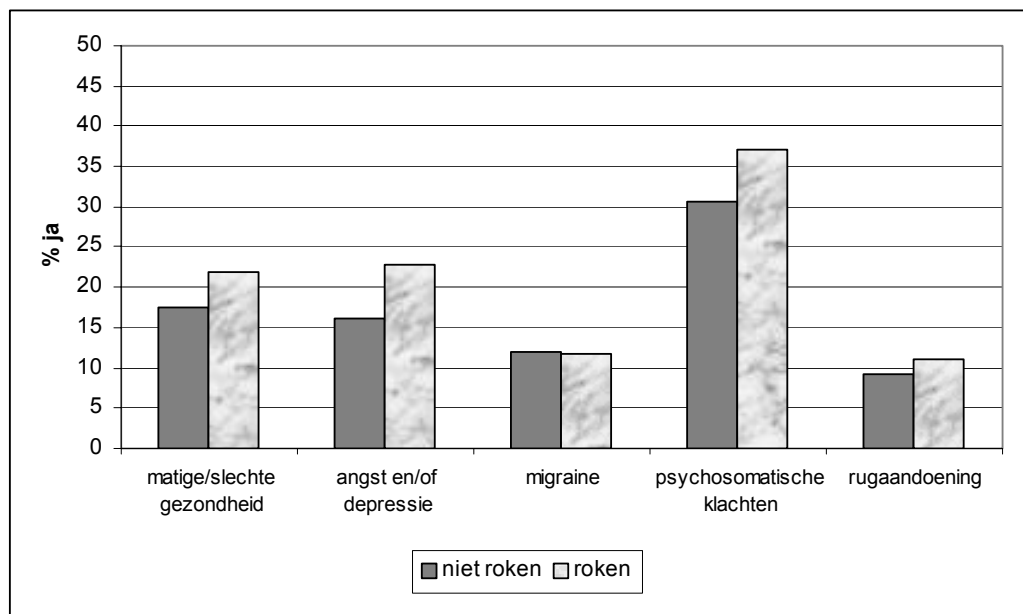
Figuur 2.6: Leefstijl naar arbeidsstatus

2.5.2 *Leefstijl en gezondheidsklachten*

Voor de leefstijlvariabelen roken, alcoholgebruik en sporten gaan we na hoe die samenhangen met gezondheidsklachten. Leefstijl en gezondheid beïnvloeden elkaar. Van een slechte leefstijl wordt de gezondheid slechter. Aan de andere kant kan een slechte gezondheid een belemmering zijn voor een gezonde leefstijl. Voor de leefstijlvariabelen die hier besproken worden, kunnen gezondheidsklachten met name een belemmering zijn voor het sporten.

Roken en gezondheidsklachten

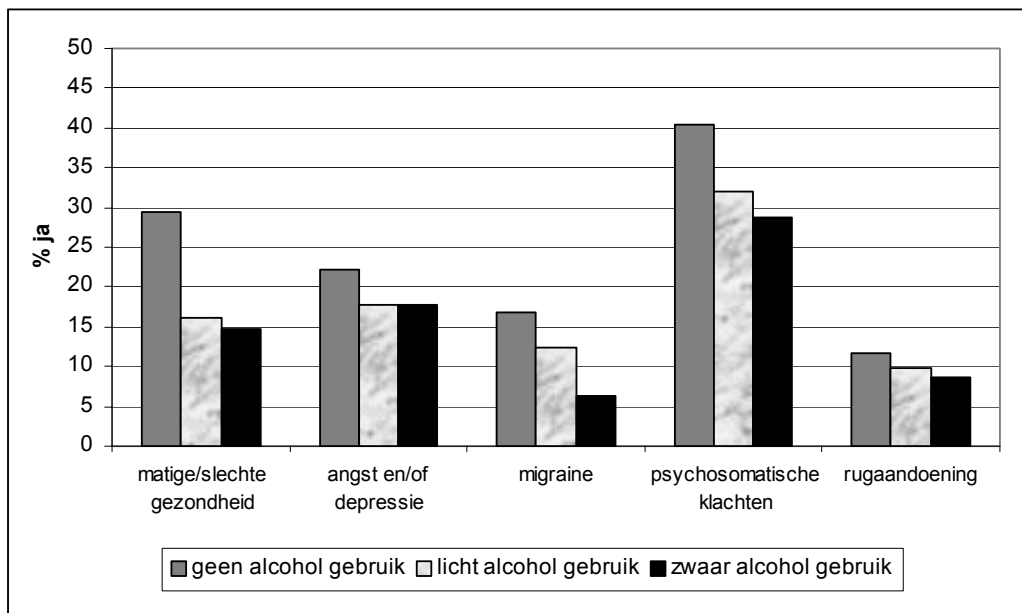
In figuur 2.7 zien we dat rokers vaker een matige of slechte gezondheid rapporteren dan niet-rokers. Daarnaast hebben rokers vaker last van angst en/of depressie, psychosomatische klachten en een rugaandoening. Rokers en niet-rokers hebben even vaak migraine.



Figuur 2.7: Gezondheidsklachten en roken

Alcoholgebruik en gezondheidsklachten

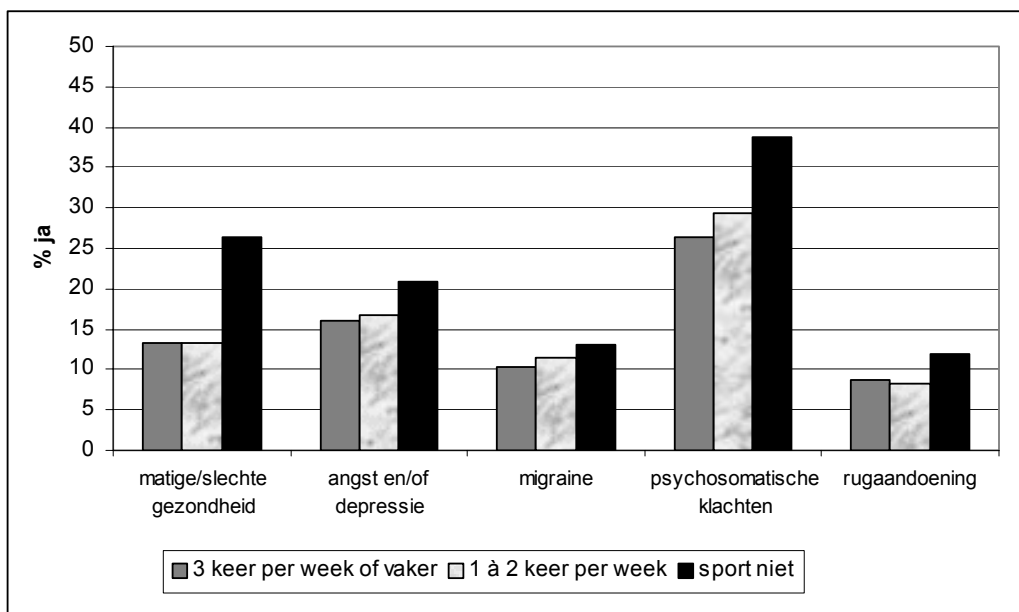
Figuur 2.8 geeft de relatie tussen alcoholgebruik en gezondheidsklachten weer. Zwaar alcohol gebruik is gedefinieerd als minstens één keer per week zes of meer glazen alcoholische drank te drinken. In de figuur zien we dat naarmate mensen meer drinken zij minder gezondheidsklachten rapporteren. Dit is een opmerkelijk resultaat. Hoewel er aanwijzingen zijn voor het bestaan van positieve effecten van alcoholconsumptie op de gezondheid, gaat het altijd om positieve effecten bij matig alcoholgebruik (zie bijvoorbeeld Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2002). Een mogelijke verklaring voor de resultaten is dat mensen met een zwakke gezondheid, en dan met name mensen die medicijnen slikken die niet goed combineren met alcohol, minder geneigd zijn om alcohol te drinken. Een andere verklaring is dat de categorieën van alcoholgebruik te grof zijn, waardoor niet zichtbaar wordt dat zeer zwaar alcoholgebruik slecht is voor de gezondheid. Ten slotte is het mogelijk dat arbeidsstatus hier de verklaring geeft: werkenden drinken meer alcohol maar zijn ook gezonder dan niet-werkenden. Het gevonden positieve effect van zwaar alcoholgebruik komt dan voort uit een positieve effect van werken op de gezondheid.



Figuur 2.8: Gezondheidsklachten en alcoholgebruik

Sporten en gezondheidsklachten

In figuur 2.9 is te zien dat mensen die niet sporten aanzienlijk vaker ontevreden zijn met hun gezondheid dan mensen die regelmatig of vaak sporten. Tevens rapporteren zij aanmerkelijk vaker psychosomatische klachten. Mensen die niet sporten hebben daarnaast vaker last van angst en/of depressie, migraine en een rugaandoening. Er is weinig verschil tussen mensen die 1 à 2 keer per week sporten en mensen die 3 keer per week of vaker sporten.



Figuur 2.9: Gezondheidsklachten en sporten

In deze paragraaf hebben we gezien dat roken en weinig sporten gepaard gaat met meer gezondheidsklachten. Alcoholgebruik ging, tegen de verwachting in, gepaard met minder klachten. Arbeidsongeschikten en werklozen roken aanzienlijk vaker dan werkenden. Ook sporten zij minder. Huisvrouwen roken minder vaak dan werkenden, maar zij doen niet zo vaak aan sport als werkenden. Niet-werkenden gebruiken minder alcohol dan werkenden. Op basis van deze resultaten is het te verwachten dat werkenden minder last hebben van gezondheidsklachten dan niet-werkenden.

2.6 Bijdrage van werk aan gezondheid

In deze paragraaf bekijken we de bijdrage van het hebben van werk aan de gezondheid. In de analyses die we hier rapporteren, houden we rekening met het hebben van een langdurige aandoening, met geslacht, leeftijd en opleiding en met de leefstijl van de persoon. Na deze correctie kijken we welke verschillen in gezondheid tussen werkenden, huisvrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten nog overblijven. Hiermee proberen we het *healthy worker effect* uit te filteren. Dus: als blijkt dat werkenden zichzelf gezonder vinden dan arbeidsongeschikten, komt dat niet doordat arbeidsongeschikten ouder zijn dan werkenden, lager opgeleid zijn dan werkenden, meer aandoeningen hebben dan werkenden of ongezonder leven dan werkenden. Op deze manier proberen we inzichtelijk te maken welke rol het hebben van betaald werk heeft in het hebben van verschillende gezondheidsklachten. Hieronder geven we per indicator van de gezondheid weer wat er uit deze analyses naar voren komt.

Algemene gezondheid

Na correctie voor geslacht, leeftijd, opleiding, leefstijl en het hebben van een langdurige aandoening blijkt dat huisvrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten nog steeds een slechtere zelfgerapporteerde gezondheid hebben dan werkenden. Dit suggereert dat het hebben van een betaalde baan ertoe leidt dat mensen in het algemeen gezonder zijn.

Angst en/of depressie

Huisvrouwen hebben even vaak als werkenden last van angst en/of depressie. Bij werklozen en arbeidsongeschikten blijft het verschil met werkenden wel in stand.

Migraine

Voor migraine geldt dat werklozen en arbeidsongeschikten hier even vaak last van hebben als werkenden, maar dat huisvrouwen minder vaak

last hebben van migraine dan werkenden. Het lijkt er dus op dat werken de kans op migraine kan vergroten.

Psychosomatische klachten

Huisvrouwen en werkenden hebben even vaak last van psychosomatische klachten. Bij werklozen en arbeidsongeschikten blijft het verschil met werkenden wel in stand.

Rugaandoening

Huisvrouwen hebben even vaak last van een rugaandoening als werkenden. Werklozen en arbeidsongeschikten hebben vaker last van een rugaandoening dan werkenden.

Werkenden versus huisvrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten

Werkenden hebben minder klachten dan niet-werkenden en werkenden rapporteren een betere gezondheid. De verschillen tussen werkenden en niet-werkenden worden gedeeltelijk verklaard door de betere lichamelijke gezondheid en de gezondere leefstijl van werkenden, maar lijken ook gedeeltelijk toe te schrijven te zijn aan het hebben van betaald werk. Een kanttekening hierbij is dat het hebben van betaald werk juist meer gepaard lijkt te gaan met migraine.

Voor huisvrouwen geldt dat de verschillen in angst en/of depressie, psychosomatische klachten en een rugaandoening *niet* voortkomen uit het feit dat zij geen betaald werk hebben. Huisvrouwen lijken meer angst, depressie, psychosomatische klachten en rugaandoeningen te ervaren dan werkenden door hun demografische kenmerken – huisvrouwen zijn vaker vrouw dan werkenden en zij zijn gemiddeld ouder dan werkenden – en doordat zij vaker een langdurige aandoening hebben dan werkenden. Als huisvrouwen echter een algemeen oordeel geven over hun gezondheid, dan is dit oordeel toch negatiever dan dat van werkenden. Het niet hebben van een betaalde baan lijkt dus mee te spelen voor hoe huisvrouwen hun gezondheid ervaren.

De gezondheidsverschillen tussen werkenden enerzijds en werklozen en arbeidsongeschikten anderzijds blijven echter in stand wanneer we corrigeren voor demografische variabelen, leefstijl en het hebben van een langdurige aandoening. Dit suggereert dat het niet hebben van betaald werk een negatief effect heeft op de gezondheid van werklozen en arbeidsongeschikten.

2.7 Conclusies

Dit hoofdstuk laat zien dat de gezondheid van werkenden beter is dan die van huisvrouwen, die van werklozen en die van arbeidsongeschikten. Na werkenden zijn huisvrouwen het meest gezond, gevolgd door werklozen. Arbeidsongeschikten hebben op alle gezondheidsindicatoren de minst goede gezondheid. We hebben gezien dat deze gezondheidsverschillen niet eenduidig geïnterpreteerd kunnen worden als aanwijzing dat werken gezond maakt, omdat er veel verschillende alternatieve verklaringen mogelijk zijn. Deze verschillen tussen de groepen zijn gedeeltelijk toe te schrijven aan verschillen in demografische kenmerken, zoals sekse, leeftijd en opleiding, aan de langdurige aandoeningen die zij hebben en aan verschillen in leefstijl. Daarnaast is het zo dat juist gezonde mensen aan het werk gaan of blijven, terwijl ongezonde mensen moeite hebben bij het vinden van een baan of om aan het werk te blijven. Door rekening te houden met de demografische verschillen, de verschillen in leefstijl en het al dan niet hebben van een aandoening, hebben we geprobeerd na te gaan wat de bijdrage van werk aan gezondheid is.

Voor huisvrouwen lijkt het niet hebben van betaald werk het minst van invloed op de gezondheid. Voor hen heeft het gemis van een baan alleen een negatieve invloed op de zelfgerapporteerde algemene gezondheid. Voor arbeidsongeschikten en werklozen lijkt het gemis van een baan een effect te hebben op zowel de algemene gezondheid als de verschillende gezondheidsklachten. De rol van het niet hebben van betaald werk is dus niet gelijk voor de verschillende groepen niet-werkenden. Dit wijst erop dat we er mogelijk niet in geslaagd zijn om voldoende rekening te houden met de verschillen tussen werkenden enerzijds en werklozen en arbeidsongeschikten anderzijds. Zo hebben we geen rekening kunnen houden met de aard of de ernst van de aandoening. Het is dus mogelijk dat een deel van de selectie-effecten in stand is gebleven.

In samenspel met de bestaande literatuur kunnen we uit dit onderzoek niettemin afleiden dat het hebben van betaald werk hoogstwaarschijnlijk bijdraagt aan een goede gezondheid. In een literatuuroverzicht concludeert Schaufeli (1988) dat werkloosheid een negatieve invloed heeft op de psychische gezondheid van volwassenen. Herintreding heeft bovendien een positief effect op de gezondheid. Dit geldt met name voor algemene psychische klachten en depressie. Selectie-effecten konden hierbij echter niet geheel uitgesloten worden. In zijn onderzoek onder HBO-schoolverlaters concludeert Schaufeli dat wel of niet werkloos zijn niet bepalend is voor de psychische gezondheid. Psychische klachten worden

vooral veroorzaakt door een onderliggende kwetsbaarheid. Juist de mensen die minder kwetsbaar zijn, vinden een baan. De Beer (2001) beschrijft een wederzijdse relatie tussen werkloosheid en zelfgerapporteerde gezondheid. Langdurige werkloosheid leidt tot een verslechtering van de gezondheid. Aan de andere kant vergroot een goede gezondheid de kans van werklozen op het vinden van een betaalde baan. Naarmate men langer aan het werk blijft, verbetert de gezondheid verder. Ten slotte betitelen Hoff en Jehoel-Gijsbers (1998) de psychosomatische klachten van werklozen als 'stresssymptomen' die voortkomen uit de werkloosheid. Op basis van onze bevindingen en van de literatuur, concluderen we met enige slagen om de arm dat het niet hebben van werk voor werklozen een negatief effect heeft op de gezondheid.

Een kanttekening bij de verschillen die gevonden worden in zelfgerapporteerde gezondheid tussen werkenden en arbeidsongeschikten is dat de zelfgerapporteerde gezondheid vertekend kan worden door de arbeidsstatus. Kerkhofs en Lindeboom (1995) laten zien dat de zelfgerapporteerde gezondheid onder arbeidsongeschikten negatiever is dan de gezondheid die bepaald is aan de hand van meer objectieve maatstaven. Het verschil tussen subjectieve en objectieve gezondheid is voor arbeidsongeschikten groter dan voor werkenden en werklozen. De onderzoekers wijzen erop dat arbeidsongeschikten baat hebben bij het rapporteren van een slechte gezondheid. Een arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt immers alleen uitgekeerd bij een slechte gezondheid. De onderzoekers rapporteren dat wanneer de keuze om een arbeidsongeschiktheidsuitkering aan te vragen gedeeltelijk voortkomt uit financiële overwegingen of een relatief sterke voorkeur voor vrije tijd, mensen dit niet toe geven. Zij zwakken deze motieven af en leggen de nadruk op hun gezondheidstoestand als rechtvaardiging voor de uitkeringsaanvraag.

Hierbij hoeft er overigens geen sprake te zijn van bewuste misleiding maar kan ook het zelfbeeld beïnvloed worden door de arbeidsongeschiktheid. Een voorbeeld van een dergelijk sociaal psychologisch verschijnsel is dat arbeidsongeschikten zichzelf vooral als arbeidsongeschikte zien en bij zichzelf de prototypische kenmerken van deze groep (gezondheidsproblemen) benadrukken (vgl. Gibbons & Gerrard, 1997; Koomen & Hoorens, 1991). Dergelijke psychologische processen kunnen uiteraard ook bij de overige groepen spelen. Werkenden kunnen bijvoorbeeld concluderen dat zij een goede gezondheid hebben omdat zij ondanks eventuele gezondheidsklachten in staat zijn om te werken (Buunk & Ybema, 1997).

De conclusie van dit hoofdstuk is dat er duidelijke aanwijzingen zijn dat werken de gezondheid bevordert. Dit hoofdstuk geeft echter geen antwoord op de vraag welke elementen van betaald werk verantwoordelijk zijn voor dit positieve effect van werken op de gezondheid. In de inleiding noemden we al enkele mogelijke positieve effecten van werk op de gezondheid. Eén daarvan het inkomen. Werkenden beschikken over meer financiële middelen dan werklozen, arbeidsongeschikten en (in mindere mate) huisvrouwen. Dit geeft hen zekerheid en onafhankelijkheid en stelt hen bijvoorbeeld in staat om gezonder te eten, in prettiger huizen en buurten te wonen en meer leuke hobby's te hebben. Daarnaast biedt werk structuur aan het leven, voorziet het in sociale contacten met collega's en klanten en geeft het maatschappelijke status. Aanvullend onderzoek over de waarde van elk van deze aspecten van betaald werk en aanvullende analyses van beschikbare databestanden die hier informatie over bevatten is nodig om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop betaald werk de gezondheid bevordert.

Afhankelijk van de uitkomsten van dergelijk onderzoek kan het beleid van VWS erop gericht worden om de negatieve effecten van niet werken op de gezondheid te ondervangen. Dergelijk beleid kan bijvoorbeeld gericht zijn op het stigma en de sociale status van werklozen en arbeidsongeschikten of op de leefstijl en de dagindeling van deze groepen met een slechte gezondheid. Indien blijkt dat vooral hun financiële situatie gezond gedrag (voeding, sport) van werklozen en arbeidsongeschikten belemmert, kan worden overwogen om gezondheidsbevorderend gedrag bij deze groepen financieel te ondersteunen, bijvoorbeeld door gesubsidieerd of gratis lidmaatschap van sportverenigingen of door een premie op gezonde voeding.

Overheidsbeleid (van met name het ministerie van SZW) is in sterke mate gericht op het bevorderen van de arbeidsparticipatie van werklozen en arbeidsongeschikten. Wellicht is deelname aan betaalde arbeid een effectieve wijze om ook de gezondheid van werklozen en arbeidsongeschikten te verbeteren. Wanneer werklozen en arbeidsongeschikten de mogelijkheid hebben om naar vermogen en in een gezonde werksituatie passende arbeid te verrichten, is het waarschijnlijk dat ook hun gezondheidsklachten zullen verminderen. Hierbij is zeker ook de rol van de werkgever van belang. Werkgevers dienen mensen met gezondheidsproblemen in staat te stellen om passende arbeid te verrichten. Het volgende hoofdstuk gaat dieper in op dit onderwerp van werken met een aandoening.

3 Werken met een aandoening

In dit hoofdstuk gaan we in op de gezondheid en de arbeidsomstandigheden van werkenden met een (chronische) aandoening. Op basis van de wetenschappelijke literatuur over arbeidsrisico's van werkenden met een chronische aandoening en op basis van de TNO Arbeidssituatie Survey gaan we na aan welke arbeidsrisico's werkenden met een aandoening blootstaan en wat de invloed is van deze arbeidsrisico's op hun gezondheid. We vergelijken de gezondheid en arbeidsomstandigheden van werkenden met een aandoening steeds met die van gezonde werkenden. Daarbij onderzoeken we bovendien wat de invloed is van blootstelling aan verschillende arbeidsrisico's op de gezondheid van werkenden die gezond zijn of die een aandoening hebben. Vaak wordt verondersteld dat mensen met een aandoening extra kwetsbaar zijn en aangepast werk nodig hebben om op een gezonde manier te kunnen werken. Uiteraard hangt de aard van de benodigde aanpassing af van de aandoening die iemand heeft. Zo zal bijvoorbeeld iemand met fysieke beperkingen (rugklachten, reuma) werk met een hoge fysieke belasting minder goed aankunnen en zal iemand met een longaandoening (COPD, astma) extra gevoelig zijn voor fysisch chemische risico's zoals blootstelling aan prikkelende stoffen en organisch stof. Daarnaast zijn werkenden met een aandoening, door hun minder goede gezondheid, wellicht gevoeliger voor hoge werkdruk dan gezonde werkenden.

3.1 TNO Arbeidssituatie Survey

De TNO Arbeidssituatie Survey (TAS) is een tweejaarlijks vragenlijst-onderzoek onder een representatieve steekproef van circa 4000 werkenden uit de Nederlandse beroepsbevolking. Op het moment dat we de analyses voor dit hoofdstuk deden, was de TAS twee maal afgenomen, namelijk in 2000 en in 2002. We hebben deze twee databestanden samengevoegd en geanalyseerd welke verschillen er bestaan tussen gezonde werkenden en werkenden met een aandoening. In dit onderzoek is aan de respondenten een lijst van 10 veel voorkomende (chronische) aandoeningen voorgelegd, waarvan de respondenten kunnen aangeven of zij een dergelijke aandoening hebben. Deze lijst met aandoeningen is zeker niet uitputtend. Dit betekent dat sommige mensen die in werkelijkheid een chronische ziekte hebben (bijvoorbeeld kanker, maag- en darmaandoeningen, neurologische ziekten, psychische aandoeningen) in dit onderzoek als gezond aangemerkt kunnen zijn. De respondenten hadden namelijk niet de mogelijkheid om aan te kruisen dat zij een 'andere aandoening' hadden. Niet alle aandoeningen die in de TAS bevraagd zijn, zijn

altijd chronisch van aard (bijvoorbeeld rugklachten), wat betekent dat sommige mensen met een kortdurende aandoening aangemerkt zijn als werkenden met een aandoening. Dit betekent bovendien dat bevindingen in de literatuur over chronisch zieken niet altijd van toepassing zullen zijn op mensen met een aandoening in de TAS. In tabel 3.1 geven we weer hoe vaak elk van de 10 aandoeningen voorkomt in de steekproef.

Tabel 3.1: Voorkomen van aandoeningen

Aandoening	Ja
1. Rugklachten	35%
2. Gewrichtsklachten (reuma, artrose, artritis)	9%
3. Migraine	8%
4. Ernstige hoofdpijn	10%
5. Hartziekte	1%
6. Hoge bloeddruk	6%
7. Bronchitis, astma of CARA	7%
8. Suikerziekte	2%
9. Ernstige huidziekte	1%
10. Gehoorproblemen	1%
Minimaal 1 aandoening	58%

In de tabel valt op dat bijna 58% van werkenden aangeeft dat zij één of meer van deze aandoeningen hebben. Dit percentage is erg hoog. In de POLS data van de periode 1997-2001 was het percentage werkenden dat aangaf een langdurige aandoening te hebben ongeveer 25%. In de Nederlandse Enquête Arbeidsomstandigheden 2003 gaf 36% van de werkenden aan dat zij een aandoening hadden (TNO Arbeid, 2004). In deze enquête waren 13 aandoeningen opgenomen. Dit geeft nogmaals aan dat ook personen met een minder ernstige of langdurige aandoening in dit onderzoek zijn opgenomen als werkenden met een aandoening. Vooral rugklachten en (in mindere mate) ernstige hoofdpijn komen veel voor bij werkenden in Nederland.

3.2 Kenmerken van werkenden met een aandoening

In tabel 3.2 staan enkele kenmerken van werkenden met een aandoening en van gezonde werkenden weergegeven. Uit de tabel blijkt dat werkenden met een aandoening gemiddeld genomen vaker vrouw zijn, vaker laag zijn opgeleid en gemiddeld ouder zijn dan gezonde werkenden.

Tabel 3.2: Demografische kenmerken van gezonde werkenden en werkenden met een aandoening

		Gezonde werkenden	Werkenden met een aandoening
Geslacht:	man	62%	55%
	vrouw	38%	45%
Opleiding:	laag (LO, LBO)	24%	34%
	middelbaar (MBO)	43%	44%
	hoog (HBO, WO)	34%	22%
Leeftijd:	gemiddelde	35	40

Het is een bekend fenomeen dat werkende vrouwen een slechtere gezondheid rapporteren dan werkende mannen (bijv. Jettinghoff, De Vroome, Smulders & Van den Bossche, 2004). Jettinghoff et al. verklaren dit sekseverschil uit het feit dat werkende vrouwen vaker een dubbele belasting hebben en naast het werk ook primair verantwoordelijk zijn voor huishoudelijke en zorgtaken.

Wat betreft opleiding blijkt ook uit verschillende andere onderzoeken (Beckers et al., 2004; Van Nispen et al., 2003; Kremer, 2003; De Klerk, 2000) dat werkenden met een aandoening een lager opleidingsniveau hebben dan niet-zieken. Dit lagere opleidingsniveau maakt werkenden met een aandoening extra kwetsbaar om aan het werk te komen of aan het werk te blijven: zij zijn chronisch ziek én hebben een lager opleidingsniveau. Een verklaring voor het lagere opleidingsniveau van werkenden met een aandoening is dat mensen met een lager opleidingsniveau vaker ongezonde leefpatronen (eetgewoonten, gebrek aan beweging) hebben dan mensen met een hoger opleidingsniveau. Bovendien hebben mensen met een lagere opleiding vaker werk dat belastend is voor bijvoorbeeld de rug (bijvoorbeeld in de bouw). In tabel 3.1 is te zien dat rugklachten de meest voorkomende aandoening is in het huidige onderzoek. Ten slotte kan de ziekte zelf een oorzaak zijn voor een lager opleidingsniveau. Mensen die al op jonge leeftijd de ziekte ontwikkelen, worden door hun ziekte belemmerd bij het volgen van een opleiding.

Ten slotte is het niet verwonderlijk dat werkenden met een aandoening gemiddeld ouder zijn dan gezonde werkenden. Veel ziekten ontwikkelen zich immers op latere leeftijd en zijn het gevolg van veroudering. Bovendien hebben ouderen gemiddeld langer blootgestaan aan belastende werk- of levensomstandigheden.

3.3 Verschillen in verzuim en gezondheid

Het is min of meer vanzelfsprekend dat werkenden met een aandoening meer verzuimen dan gezonde werkenden. In het huidige onderzoek vinden we inderdaad dat een groter deel van de werkenden met een aandoening verzuimt. Van de werkenden die een aandoening rapporteren, geeft 62% aan dat zij in de afgelopen 12 maanden een of meerdere keren hebben verzuimd. Bij gezonde werkenden is dit 48%. Tegelijk geeft dit aan dat lang niet alle werkenden met een aandoening zich (vaak) ziek melden.

Uit het patiëntenpanel chronisch zieken komt een vergelijkbaar beeld naar voren. In het panel worden circa 2000 mensen met een medisch gediagnosticeerde somatische chronische aandoening van 15 jaar en ouder bevraagd. Het onderzoek laat zien dat de 476 werkende chronisch zieken uit het panel frequenter maar niet langduriger verzuimen dan de gemiddelde werkende (Heijmans, Spreeuwenberg & Rijken, 2005).

In de Rapportage Gehandicapten (De Klerk, 2000) is het verzuim van mensen met acht typen chronische ziekten vergeleken. Ook uit deze rapportage blijkt dat chronisch zieken een hoger ziekteverzuim hebben dan gezonde werknemers: 56% van de mensen met een chronische aandoening heeft zich gedurende een jaar ziekgemeld, tegenover 40% van de mensen zonder aandoening. In deze rapportage blijkt dat de aard van de aandoening van invloed is op het verzuim. Mensen met hart- en vaatziekten verzuimen het vaakst. Mensen met maag- en darmstoornissen en mensen met gewrichtsontstekingen melden zich ook vaak ziek. Mensen met nierziekte en astma verzuimen het minst vaak. Ten slotte blijkt dat co-morbiditeit, oftewel het hebben van meerdere aandoeningen, gepaard gaat met frequenter en langer verzuim. Mensen met meerdere chronische aandoeningen verzuimen meer dan mensen met één chronische aandoening.

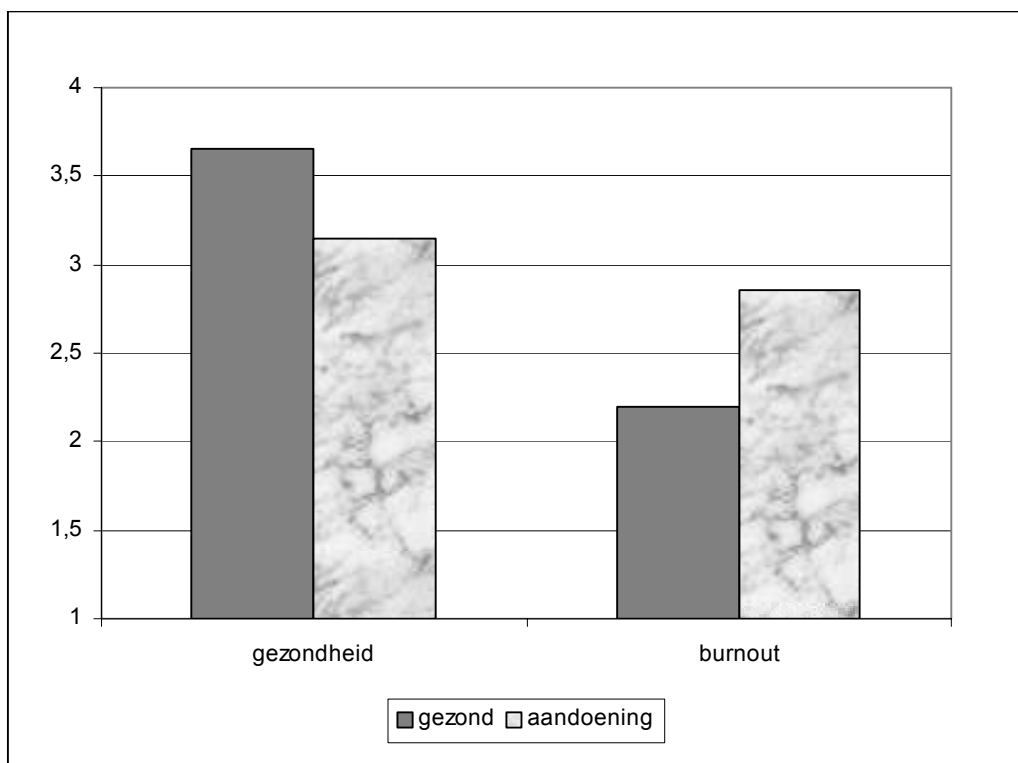
Uit deze onderzoeken komt naar voren dat chronisch zieken frequenter verzuimen. De resultaten zijn echter niet eenduidig voor wat betreft de verzuimduur. De Rapportage Gehandicapten vermeldt wel een hogere verzuimduur onder chronisch zieken, terwijl dit niet gevonden wordt in het patiëntenpanel. Het huidige onderzoek geeft geen informatie over verzuimduur.

Voorlopig kunnen we concluderen dat chronisch zieken frequenter verzuimen dan gezonde werkenden en dat sommige groepen chronisch zieken waarschijnlijk langer verzuimen dan gezonde werkenden. Het gaat

dan met name om chronisch zieken met hart- en vaatziekten en om chronisch zieken met meerdere aandoeningen.

Een (chronische) aandoening heeft zijn weerslag op de algemene gezondheid. Chronisch zieken rapporteren meer langdurige beperkingen dan de algemene bevolking (Heijmans, Spreeuwenberg & Rijken, 2005). Chronisch zieken zullen dientengevolge minder positief zijn over hun gezondheid dan werkenden zonder aandoening. Uit figuur 3.1 blijkt inderdaad dat werkenden met een aandoening een minder goede algemene gezondheid rapporteren dan gezonde werkenden. Een chronische aandoening gaat vaak gepaard met vermoeidheid. Chronisch zieken hebben vaker last van vermoeidheid (Donders, Roskes & Van der Gulden, 2005). Zij hebben zelfs twee keer zo vaak last van werkgerelateerde vermoeidheid dan gezonde werknemers (Andries et al., 2004). Meer dan de helft van de werkende chronisch zieken rapporteert problemen op het werk als gevolg van vermoeidheid of conditiegebrek (Heijmans, Spreeuwenberg & Rijken, 2005). Chronisch zieken ervaren ook meer emotionele uitputting (Donders, Roskes & Van der Gulden, 2005; Steenbeek & Van Vuuren, 2004). Ook in dit onderzoek vinden we dat werkenden met een aandoening vaker burnoutklachten ervaren dan gezonde werkenden. In het huidige onderzoek is het mogelijk dat chronisch zieke werknemers meer burnoutklachten rapporteren, omdat diverse van de (lichamelijke) aandoeningen die zijn bevraagd een mogelijke psychische component bevatten (bijvoorbeeld hoofdpijn, migraine, rugklachten). Daarnaast is in onderzoek naar voren gekomen dat mensen met een chronische aandoening vaak last hebben van psychosociale klachten op het gebied van werk (Van Nispen et al., 2003).

Lichamelijke aandoeningen kunnen dus hun weerslag hebben op de psychische gesteldheid. Ten slotte, en dat is waar het huidige hoofdstuk over gaat, kunnen lichamelijke aandoeningen mensen kwetsbaarder maken voor belastende elementen in hun werksituatie. Deze laatste verklaring onderzoeken we later in dit hoofdstuk in meer detail.



Figuur 3.1 Algemene gezondheid en burnoutklachten van gezonde werkers en werkers met een aandoening

3.4 Verschillen in blootstelling aan arbeidsrisico's

Uit veel onderzoeken komt naar voren dat arbeidsrisico's, zoals fysiek belastend werk, blootstelling aan chemische stoffen, hoge werkdruk en gebrek aan autonomie, de gezondheid van werkers kunnen schaden (voor een overzicht, zie Quick & Tetrick, 2003). In dit hoofdstuk richten we ons op de vraag of werkers met een aandoening meer of minder blootgesteld worden aan deze arbeidsrisico's en of de schadelijke invloed van deze arbeidsrisico's bij hen groter of minder groot zijn dan bij gezonde werknemers.

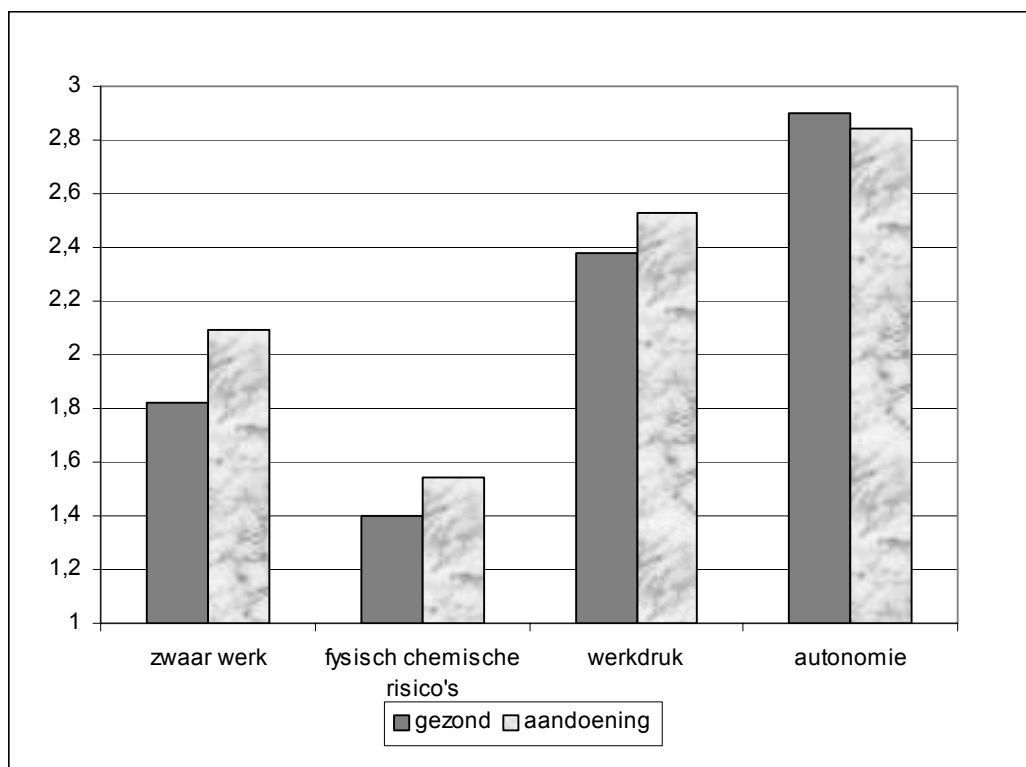
Eerder onderzoek laat zien dat mensen met een chronische aandoening die door hun aandoening in het werk worden beperkt slechtere arbeidsomstandigheden rapporteren dan mensen zonder beperkingen in het werk als gevolg van een chronische aandoening (Besseling, submitted). De chronisch zieken uit dit onderzoek rapporteerden vaker dat zij 'regelmatig kracht moeten zetten', 'regelmatig werken in een lawaaige omgeving' en 'regelmatig werken onder hoge tijdsdruk'. Donders, Roskes en Van der Gulden (2005) laten in hun studie onder het personeel van een universiteit zien dat chronisch zieken meer fysieke belasting en rolconflict ervaren dan niet-zieken. De chronisch zieken rapporteren minder

positieve werkaspecten, zoals sociale steun, inspraak en loopbaanmogelijkheden.

Uit figuur 3.2 blijkt dat werkenden die een aandoening rapporteren gemiddeld vaker zwaar werk verrichten, vaker zijn blootgesteld aan fysieke en chemische risico's, zoals lawaai, oplosmiddelen en gassen of dampen, een hogere werkdruk hebben en iets minder autonomie ervaren dan gezonde werkenden. Kortom, mensen met een chronische aandoening, van wie je kunt verwachten dat zij extra kwetsbaar zijn, worden aan hogere arbeidsrisico's blootgesteld dan mensen die gezond zijn.

Deels is dit een begrijpelijk of zelfs een voor de hand liggend resultaat. Deze arbeidsrisico's kunnen immers de oorzaak zijn geweest van de aandoening die werkenden met een aandoening hebben. Er zijn echter meer verklaringen mogelijk. Zo kan de hogere blootstelling aan arbeidsrisico's van werkenden met een aandoening gedeeltelijk verklaard worden door het feit dat werkenden met een aandoening vaker een lagere opleiding hebben dan gezonde werkenden. Een lage opleiding gaat samen met werk dat meer arbeidsrisico's kent. Echter, ook na correctie voor opleiding, leeftijd en geslacht, blijven werkenden met een aandoening meer arbeidsrisico's rapporteren dan gezonde werkenden. Tenslotte moet nog opgemerkt worden dat in onderzoeken naar de arbeidsomstandigheden van chronisch zieken en gezonde werkenden, doorgaans de werknemers om hun mening gevraagd worden. Dit geldt ook voor het huidige onderzoek. Het gaat dus om waargenomen arbeidsomstandigheden. Wellicht ervaren chronisch zieken het werk als zwaarder, omdat zij zich kwetsbaarder voelen. Een aanwijzing hiervoor vinden we in het onderzoek van Donders et al (2005). Na correctie voor functieniveau vinden de onderzoekers dat de chronisch zieken ongunstigere arbeidsomstandigheden rapporteren, terwijl zij dezelfde werkgever hebben als de gezonde werknemers.

Niettemin is het een verontrustende bevinding dat chronisch zieken slechtere arbeidsomstandigheden rapporteren, omdat mensen met een aandoening extra kwetsbaar kunnen zijn voor een bepaald arborisico. Zo is voor mensen met een lichamelijke beperking het uitvoeren van fysiek zwaar werk extra belastend. Veel mensen met een (chronische) aandoening hebben een lichamelijke beperking. Volgens Baanders, et al. (2001) is dit voor maar liefst 58% van de chronisch zieken het geval.



Figuur 3.2: Blootstelling aan arbeidsrisico's voor gezonde werkkenden en werkkenden met een aandoening

Vervolgens hebben we gekeken of er verschillen bestaan in de invloed van deze arbeidsrisico's op de gezondheid en het verzuim van werkkenden met een aandoening en van gezonde werkkenden. Uit de analyses blijkt dat voor de meeste arbeidsrisico's de effecten op verzuim, gezondheid en burnout gelijk zijn voor zieke en gezonde werkkenden. De gezondheid wordt het meest bedreigd door hoge werkdruk en lage autonomie. Dit geldt zowel voor de algemene gezondheid als voor burnoutklachten. Ook Donders et al. (2005) vinden dat voor zowel chronisch zieken als voor gezonde werkkenden werkdruk de beste voorspeller is van burnout. Deze resultaten zijn in overeenstemming met bijvoorbeeld het Demand Control Model (Karasek & Theorell, 1990).

Eerder onderzoek laat zien dat gebrek aan autonomie één van de belangrijkste voorspellers van verzuim is (Houtman & De Vroome, 2001). Ook in dit onderzoek blijkt dat verzuim vooral wordt beïnvloed door autonomie: mensen met een hoge autonomie verzuimen minder dan mensen die weinig autonomie ervaren. De invloed van autonomie op verzuim verschilt overigens wel tussen gezonde werkkenden en werkkenden met een aandoening. Vooral voor werkkenden met een aandoening leidt hoge autonomie tot een lager verzuim. Het is dus duidelijk vooral voor werkkenden met een aandoening belangrijk om greep te hebben op de inrichting

van hun werksituatie. Het hebben van autonomie biedt betere mogelijkheden om de uitvoering van het werk aan te passen aan beperkingen van de gezondheid. Dit resultaat is in overeenstemming met literatuur waaruit blijkt dat het ontbreken van regelmogelijkheden in het werk een risico voor chronisch zieken is om te verzuimen of zelfs helemaal uit te vallen. Zeelen (1996) geeft bijvoorbeeld aan dat het voor mensen met een psychische aandoening erg belangrijk is dat zij zich even kunnen terugtrekken uit het werk wanneer dat nodig is. Dit is makkelijker naarmate men meer vrijheid heeft in het plannen en uitvoeren van het werk. Hierboven zagen we echter al dat werkenden met een aandoening gemiddeld minder autonomie ervaren dan gezonde werkenden. Terwijl autonomie dus belangrijker is om verzuim van werkenden met een aandoening tegen te gaan, ervaren zij juist minder autonomie dan gezonde werkenden.

Zwaar werk en fysisch chemische risico's hadden minder grote effecten op gezondheid, verzuim en burnout. Werkenden die veel blootstaan aan fysisch chemische risico's verzuimen meer en ervaren meer burnout. Mensen die veel zwaar werk doen, ervaren ook meer burnout, maar verzuimen iets minder en beoordelen zichzelf als iets gezonder dan mensen die weinig zwaar werk doen. Blijkbaar heeft het hebben van fysiek zwaar werk op zich niet veel negatieve effecten, mits dit gecompenseerd wordt door lage werkdruk en hoge autonomie.

3.5 Tijd besteed aan werken

Uit het bovenstaande blijkt dat werkdruk en autonomie belangrijke voorspellers zijn van gezondheid en verzuim. Deze effecten kunnen te maken hebben met het aantal uren dat mensen werken. Hier willen we nagaan wat de invloed is van het aantal contracturen, overwerk en de tijd besteed aan woon-werkverkeer. In tabel 3.3 is te zien dat gezonde werkenden volgens hun contract gemiddeld drie kwartier per week langer werken dan werkenden met een aandoening. Beide groepen doen ongeveer even veel overwerk (gemiddeld acht uur per week) en zijn per dag ruim een uur onderweg van werk naar huis en vice versa.

Tabel 3.3: Werkuren en reistijd voor gezonde werkenden en werkenden met een aandoening

	Gezonde werkenden	Werkenden met een aandoening
Aantal contracturen per week	33,1	32,4
Aantal uren overwerk per week	8,0	7,8
Aantal uren woon-werkverkeer per dag	1,1	1,1

Wanneer we nagaan hoe de tijd besteed aan werken samenhangt met werkdruk en autonomie, blijkt dat werkenden met veel contracturen meer werkdruk maar ook een hogere autonomie ervaren. Verder doen mensen meer aan overwerk naarmate de werkdruk hoger is. De tijd besteed aan werken is gerelateerd aan de gezondheid, burnoutklachten en verzuim van werkenden. Mensen met veel contracturen ervaren meer burnoutklachten en verzuimen meer dan mensen met minder contracturen. Wat betreft verzuim geldt dit vooral voor werkenden met een aandoening. Werkenden met een aandoening verzuimen dus aanzienlijk meer naarmate ze meer contracturen hebben. Wat betreft overwerk geldt echter het omgekeerde: mensen die veel overwerken, verzuimen weinig. Wellicht komt dit doordat mensen die verzuimen minder geneigd zijn om te gaan overwerken. De tijd besteed aan woon-werkverkeer heeft een duidelijk negatieve invloed op de gezondheid, burnoutklachten en verzuim. Mensen die veel tijd aan woon-werkverkeer besteden verzuimen meer, zijn minder gezond en ervaren meer burnoutklachten dan mensen die weinig tijd kwijt zijn aan woon-werkverkeer.

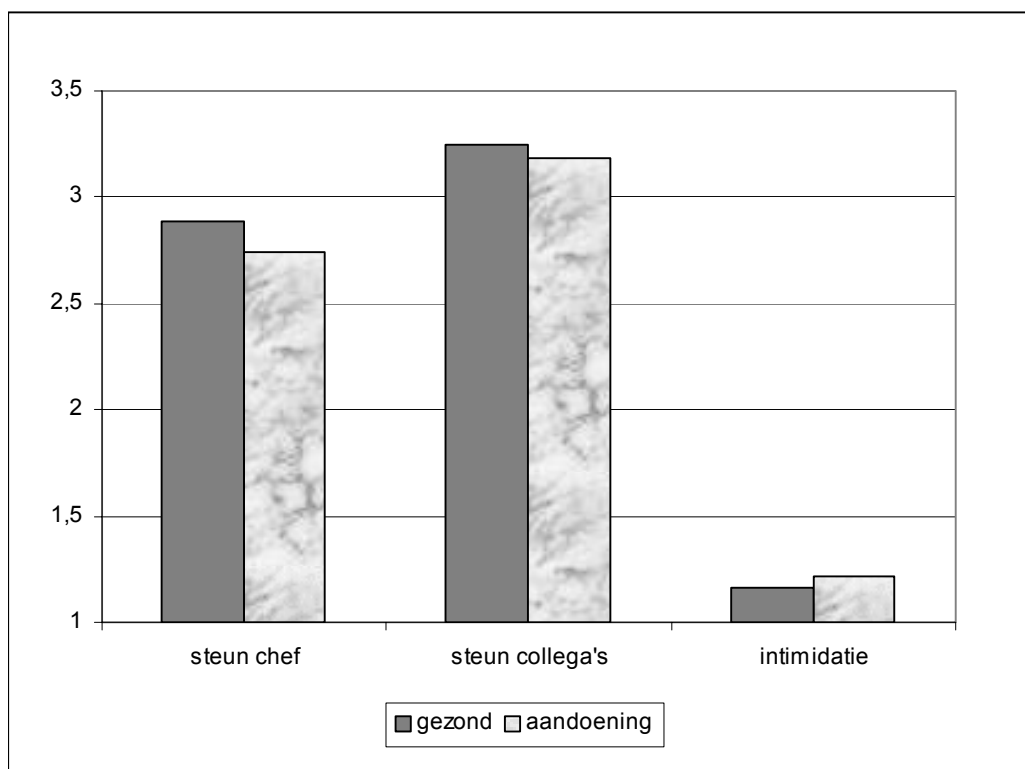
Het bovenstaande laat zien hoe belangrijk het is voor mensen met een aandoening om werktijden te kunnen verminderen. Ook uit eerdere literatuur komt naar voren dat mensen met een aandoening aanpassingen in werktijden van groot belang vinden. Het is de belangrijkste maatregel die de werkgever kan nemen om hen te faciliteren om aan het werk te blijven (Chorus, 2004; De Klerk, 2000). Het hebben van een lange werkweek of het niet aan kunnen passen van de werktijden kan voor mensen met een aandoening tot gevolg hebben dat zij moeten stoppen met werken (Kremer, 2003; Kremer et al., 2002; Kremer et al., 1997).

3.6 Sociale steun en intimidatie

Sociale steun van de leidinggevende en van collega's en intimidatie door leidinggevende, collega's of klanten vormen twee kanten van de medaille van sociale interactie. Door te werken heb je contact met collega's, met een leidinggevende en met klanten (of leerlingen, patiënten, cliënten). Dergelijke sociale contacten met leidinggevende, collega's en klanten zijn belangrijke en positieve aspecten van arbeidsparticipatie. De mens is als sociaal wezen aangewezen op dergelijke contacten. Juist daarom is het ook van belang dat deze contacten positief van aard zijn. Mensen hebben behoefte aan sociale steun, die bijvoorbeeld kan bestaan uit emotionele steun bij problemen, instrumentele hulp of gewoon uit prettig gezelschap (House, 1981). Daarentegen kunnen conflicten en intimidatie een grote negatieve invloed hebben op het welbevinden van werkenden.

Dergelijke negatieve interacties zijn van zichzelf al behoorlijk stressvol, maar bovendien leiden ze er vaak toe dat de sociale steun erodeert.

Zeker voor mensen met een aandoening is het van belang dat zij steun krijgen van anderen. Daarbij is de uitwisseling van steun met een levenspartner of naaste familie vaak het belangrijkste (Kuijer et al., 2000; Thompson & Pitts, 1993). Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar de invloed van sociale steun en intimidatie op het werk bij mensen met een chronische aandoening. Donders et al. (2005) vonden dat chronisch zieken aangaven dat zij minder sociale steun van collega's en de leidinggevende kregen. Chronisch zieken werden naar eigen zeggen niet vaker ongewenst bejegend dan gezonde werknemers. In dit onderzoek bekijken we eerst of mensen met een aandoening op het werk meer of minder steun ontvangen dan gezonde werknemers. Vervolgens gaan we na of sociale steun belangrijker is voor mensen met een chronische aandoening.



Figuur 3.3: Sociale steun en intimidatie voor gezonde werknemers en werknemers met een aandoening

Uit figuur 3.3 blijkt dat werknemers vooral steun krijgen van hun collega's en in wat mindere mate van hun leidinggevende. De schaal loopt hier van 1 (geen steun, intimidatie) tot 4 (veel steun, intimidatie). Intimidatie door collega's, leidinggevende of klanten komt relatief weinig voor. Wat betreft de verschillen tussen gezonde werknemers en werken-

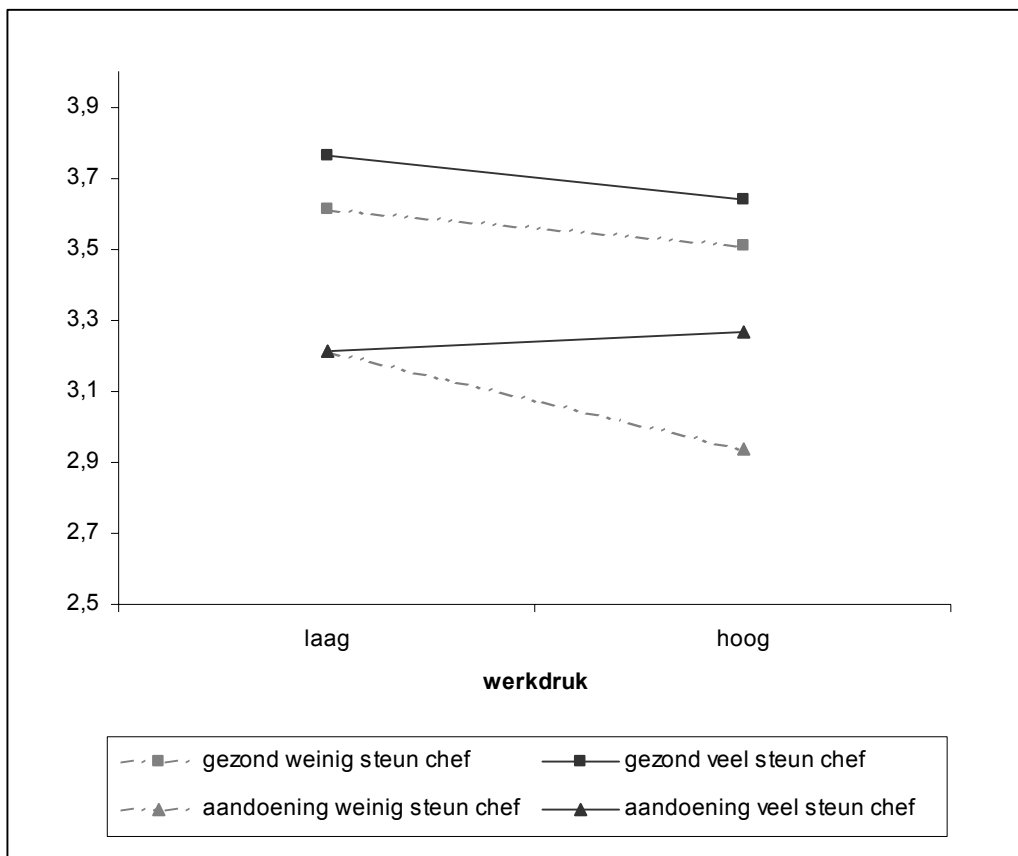
den met een aandoening, blijkt dat de laatsten minder steun krijgen van hun leidinggevende, wat minder steun krijgen van collega's en wat vaker geïntimideerd worden door klanten, leidinggevende of collega's dan gezonde werkenden. Hieruit kunnen we dus concluderen dat ook wat betreft de sociale situatie werkenden met een aandoening slechter af zijn dan werkenden die gezond zijn, terwijl steun juist erg belangrijk is voor mensen met een aandoening. Er zijn namelijk aanwijzingen dat mensen met een chronische aandoening regelmatig te maken hebben met pesten of onbegrip in de omgang met collega's. Uit een overzicht van ervaren knelpunten door mensen met beperkingen (VWS, 2002) komt naar voren dat mensen met een beperking vaak worden uitgelachen door collega's en dat zij niet serieus genomen worden. Werkgevers gaan hier niet altijd goed mee om. Een reden voor het pesten en het niet ingrijpen in een dergelijke situatie is dat leidinggevend en collega's zich vaak ongemakkelijk voelen bij collega's met een chronische ziekte of aandoening. Verder blijkt dat leidinggevend en werknemers zich vaak onzeker voelen over hoe ze zich moeten gedragen in het contact met gehandicapten en chronisch zieken (Petersen, Vonk & Bouwmeester, 2004).

Uit eerder onderzoek (Donders et al., 2005) komt naar voren dat voor mensen met een aandoening ongewenste bejegening bijdraagt aan vermoeidheid en burnout, terwijl dat voor gezonde werknemers niet het geval is. Voor beide groepen draagt ongewenste bejegening bij aan gezondheidsklachten, maar bij chronisch zieken is het verband tussen ongewenste bejegening en klachten sterker. Sociale steun is belangrijk voor chronisch zieken en gezonde werknemers bij het voorkomen van vermoeidheid, burnout en gezondheidsklachten, maar steun van collega's lijkt belangrijker te zijn voor gezonde werknemers, terwijl werknemers met een aandoening meer gebaat zijn bij steun van hun leidinggevende. Wanneer we in dit onderzoek kijken naar de relatie tussen sociale steun en intimidatie enerzijds met verzuim, gezondheid en burnoutklachten anderzijds, blijkt dat deze relatie aanzienlijk is. De effecten van sociale steun en intimidatie op verzuim, gezondheid en burnoutklachten komen grotendeels overeen voor gezonde werkenden en werkenden met een aandoening. Het verzuim is hoger naarmate men meer met intimidatie te maken heeft en men minder sociale steun krijgt van de leidinggevende. Aan een goede gezondheid dragen alle drie de factoren, het ontbreken van intimidatie en veel steun van leidinggevende en collega's bij. En burnoutklachten zijn erger naarmate men meer wordt geïntimideerd en naarmate men minder steun krijgt van collega's en leidinggevende. Net als Donders et al. (2005) vinden we dat het voor burnoutklachten zo is dat sociale steun van de leidinggevende veel belangrijker is voor wer-

kenden met een aandoening dan voor gezonde werkenden. Dit resultaat past tevens bij andere onderzoeken waarin is gevonden dat nare ervaringen in de sociale omgang met collega's en gebrek aan steun van leidinggevend en collega's eraan bijdragen dat mensen met een chronische aandoening uitvallen (Chorus, 2004; Kremer, 2003; Kremer et al., 2002; Andries, 2000; Kremer et al., 1997). Hierbij is het ook weer tekenend dat werkenden met een aandoening juist minder steun van leidinggevend krijgen dan gezonde werkenden.

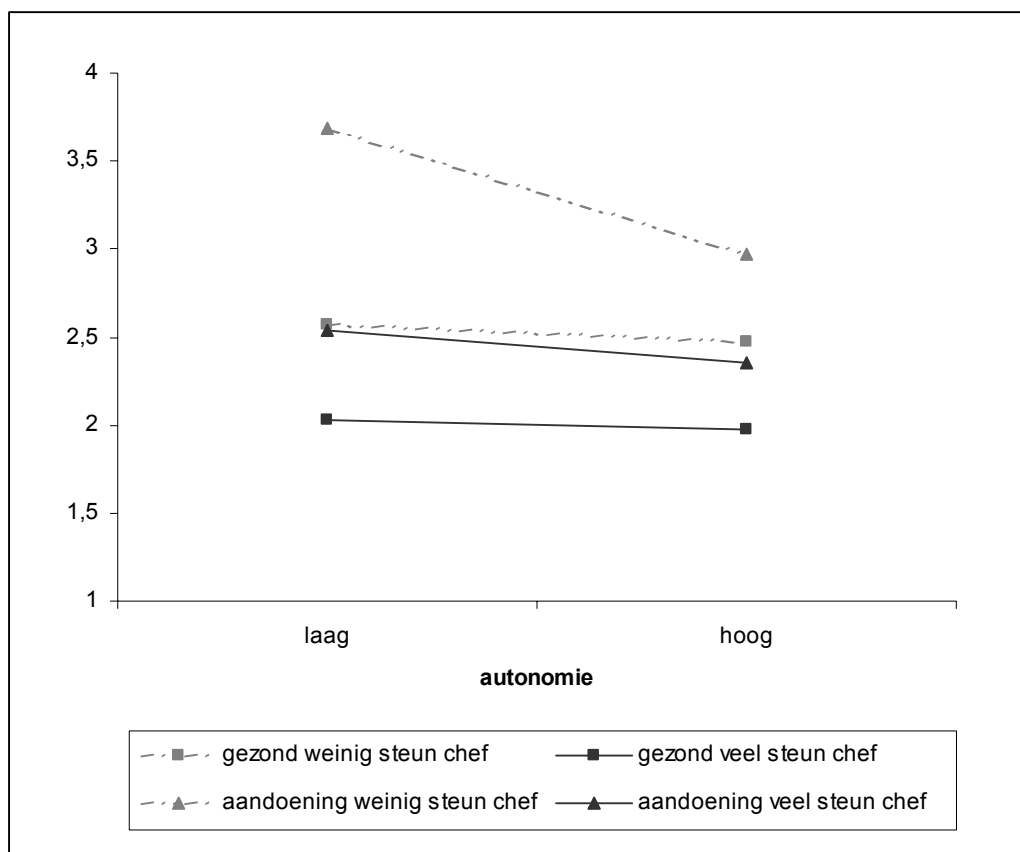
Het feit dat sociale steun van leidinggevend belangrijker is voor werkenden met een aandoening is in overeenstemming met het buffermodel van sociale steun (Cohen & Wills, 1985) dat stelt dat vooral voor mensen in stressvolle situaties (bijvoorbeeld ziekte) sociale steun helpt om die situatie het hoofd te bieden. Voor mensen die weinig stress ervaren (bijvoorbeeld omdat ze gezond zijn), is sociale steun misschien wel prettig, maar niet - of in mindere mate - een voorwaarde voor de geestelijke gezondheid.

Ten slotte hebben we gekeken of sociale steun ook werkt als een buffer voor de effecten van werkdruk en lage autonomie op de gezondheid, burnoutklachten en verzuim en of de rol van sociale steun verschillend is voor gezonde werkenden en voor werkenden met een aandoening. Dit bleek het geval te zijn voor de invloed van werkdruk op de gezondheid van werkenden en voor de invloed van autonomie op burnoutklachten. Uit figuur 3.4 is te zien dat - zoals eerder is besproken - werkdruk ertoe leidt dat werkenden een lagere algemene gezondheid rapporteren. Dit blijkt echter vooral op te gaan voor werkenden met een aandoening die weinig steun krijgen van hun leidinggevende. Voor werkenden met een aandoening die veel steun van hun leidinggevende krijgen, heeft werkdruk geen effect op de ervaren gezondheid. Hier blijkt dus wederom dat steun van de leidinggevende van belang is voor de gezondheid van werkenden met een aandoening. Deze steun vormt een buffer tegen de negatieve effecten van hoge werkdruk voor werkenden met een aandoening.



Figuur 3.4: De relatie tussen werkdruk en gezondheid voor gezonde werkkenden en werkkenden met een aandoening die veel of weinig steun krijgen van hun leidinggevende

In figuur 3.5 is te zien dat lage autonomie vooral voor werkkenden met een aandoening die weinig steun krijgen van hun chef leidt tot burnoutklachten. Steun van de chef kan dus voor werkkenden met een aandoening als buffer optreden tegen de negatieve effecten van gebrek aan autonomie. Het blijkt dus wederom dat steun van de leidinggevende extra belangrijk is voor mensen met een aandoening. Niet alleen leidt dergelijke steun direct tot minder burnoutklachten, maar ook beschermt het werkkenden met een aandoening tegen de gezondheidseffecten van hoge werkdruk en lage autonomie.



Figuur 3.5: De relatie tussen autonomie en burnoutklachten voor gezonde werknemers en werknemers met een aandoening die veel of weinig steun krijgen van hun leidinggevende

3.7 Conclusies

Uit dit hoofdstuk komt naar voren dat werknemers met een aandoening vaker blootgesteld worden aan arbeidsrisico's, zoals zwaar werk, fysisch chemische belasting, hoge werkdruk en lage autonomie dan gezonde werknemers. Bovendien ervaren ze minder sociale steun van leidinggevenden en collega's en ondergaan ze vaker intimidatie. Dit betekent dat deze relatief kwetsbare groep extra belast wordt en meer het risico loopt om langdurig uit te vallen dan werknemers zonder aandoening. Deze groep werknemers heeft dus niet alleen te maken met een ziekte of aandoening, maar ook met hogere arbeidsrisico's in het werk. Als de werkweek te lang is, leidt dat voor werknemers met een aandoening tot meer verzuim. Ten slotte blijken werknemers met een aandoening ook meer afhankelijk te zijn van de autonomie (bij het tegengaan van verzuim) en van de steun van de leidinggevende (bij het tegengaan van burnoutklachten) dan gezonde werknemers. Het is dus niet alleen zo dat werknemers met een aandoening minder autonomie ervaren. Dit lage niveau van autonomie heeft ook extra invloed op verzuim. Eveneens krijgen werknemers met een aandoening niet alleen minder steun van hun leidinggevende, maar

dit lagere niveau van steun heeft ook een extra grote invloed op burnout. De conclusie moet dan ook zijn dat het van groot belang is dat in het werk van mensen met een aandoening extra aandacht wordt gegeven aan de werktijden, de autonomie in het werk en aan de steun die zij krijgen van de leidinggevende omdat deze bronnen van welbevinden (Hobfoll, 1989) de negatieve effecten van de aandoening op verzuim en burnout kunnen tegengaan.

Het zorgen voor arbeidsomstandigheden waarin chronisch zieken goed en zoveel mogelijk met behoud van hun gezondheid kunnen functioneren, is primair de verantwoordelijkheid van de werkgever. De overheid kan echter een belangrijke rol spelen in het prikkelen van werkgevers om deze verantwoordelijkheid daadwerkelijk te nemen en zich in te zetten voor de gezondheid en het welbevinden van werkenden met een aandoening. Een voorbeeld van een initiatief van de overheid is het instellen van de Commissie het Werkend Perspectief door de ministers van SZW en VWS. Deze commissie stelt zich ten doel om mensen met een aandoening aan het werk te krijgen en te houden. Om arbeidsreïntegratie en goed personeels-, verzuim- en arbobeleid te stimuleren, reikt de commissie jaarlijks de prijs 'Kroon op het Werk' uit aan een werkgever die zich onderscheidt op deze terreinen.

4 Stimuleren van bewegen en de effecten op gezondheid en bedrijf

Karin Proper, Marije Evers, Jan Fekke Ybema

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de effecten van bewegen op de gezondheid en op werkgerelateerde uitkomsten zoals ziekteverzuim en productiviteit. Bovendien gaan we na wat de effecten zijn van programma's die de werkgever het personeel aan kan bieden ter stimulering van bewegen, ofwel bedrijfsbewegingsprogramma's. Hierbij maken we gebruik van de beschikbare wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp. De resultaten van deze literatuurstudie zullen we waar mogelijk aanvullen met de resultaten van secundaire analyses op het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS).

4.1 Inleiding

Een goede gezondheid van werknemers is van groot belang. Ten eerste natuurlijk voor de persoon in kwestie, maar ook voor andere partijen, zoals het bedrijf, de verzekeraar en de overheid. Immers, een ongezonde werknemer zal vaker ziek zijn en zal daarmee vaker verzuimen van het werk en bovendien vaker aanspraak maken op de gezondheidszorg. Deze gevolgen van ongezondheid leiden tot aanzienlijke maatschappelijke kosten. Zowel vanuit gezondheidskundig als economisch oogpunt is het dus van belang om zorg te dragen voor een goede gezondheid. Een gezonde leefstijl kan daaraan een wezenlijke bijdrage leveren.

Leefstijl bestaat uit een aantal componenten, tegenwoordig samengevat onder de term BRAVO: Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning. Deze leefstijlcomponenten spelen elk een belangrijke rol bij het voorkomen van ziekten en het bevorderen van de gezondheid. In dit hoofdstuk zal de focus liggen op het eerste thema, bewegen. Reden hiervoor is dat er nog weinig onderzoek beschikbaar is over de effecten van interventies ter stimulering van gezonde voeding, stoppen met roken of reductie van alcoholconsumptie op bedrijfsrelevante uitkomstmaten, zoals een reductie van het ziekteverzuim. Bij bewegingstimuleringsprogramma's daarentegen zijn inmiddels diverse onderzoeken verricht naar het effect op dergelijke voor het bedrijf relevante uitkomstmaten.

Implementatie van deze programma's door een bedrijf vindt vaak plaats op grond van immateriële motieven, zoals het verbeteren van de gezondheid van de werknemer of het aanbieden van goede secundaire arbeids-

voorwaarden, maar soms ook op grond van economische motieven, zoals een verwachte reductie van het ziekteverzuim. De vraag is echter in hoeverre deze bewegingsprogramma's de veronderstelde effecten hebben. In dit hoofdstuk geven we op basis van de wetenschappelijke literatuur inzicht in de effectiviteit van bedrijfsbewegingsprogramma's op zowel gezondheidsgerelateerde als werkgerelateerde effecten. Voordat we ingegaan op de effecten van bedrijfsbewegingsprogramma's, zullen we eerst ingegaan op de bewezen effecten van bewegen in het algemeen.

4.2 Effecten van bewegen op gezondheid

Bewegen is gezond. Dit is een stelling die tegenwoordig vaak gehoord wordt. Maar hoeveel moet je bewegen om je gezondheid te bevorderen? In 1995 is een richtlijn uitgebracht voor de benodigde hoeveelheid lichamelijke activiteit (Pate et al., 1995). Deze richtlijn is in 1998 door een groep Nederlandse deskundigen tijdens een expertmeeting overgenomen en heeft geresulteerd in de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB) (Kemper et al., 2000). Deze inmiddels geaccepteerde bewegingnorm stelt dat iedere volwassene op tenminste vijf dagen van de week minstens een half uur matig intensief actief moet zijn voor het bereiken van gezondheidswinst. Deze norm vormt tegenwoordig het uitgangspunt voor het gezondheidsbeleid (VWS, 2001) en ook veel onderzoeken hanteren deze norm om na te gaan of de interventie effectief is.

Diverse epidemiologische onderzoeken hebben de gezondheidseffecten van bewegen onderzocht en een overtuigend gunstig verband aangetoond tussen bewegen en gezondheid. Zo hebben personen die niet voldoende actief zijn een verhoogd risico op het ontstaan van diverse ernstige ziekten, zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2, osteoporose, depressie en bepaalde vormen van kanker ten opzichte van personen die wel voldoende actief zijn (USDHHS, 1996; Maas et al., 1997; Department of Health, 2004).

Voor wat betreft het risico van het ontstaan van hart- en vaatziekten is aangetoond dat lichamelijke inactiviteit een even grote onafhankelijke risicofactor is als roken. Inactieve personen hebben een bijna twee keer zo grote kans om te overlijden als gevolg van een coronaire hartziekten in vergelijking met actieve personen (Powell et al., 1987; Berlin & Colditz, 1990; Department of Health, 2004). Hoewel er minder studies zijn die de effecten van bewegen op beroerte hebben onderzocht, wordt er in de literatuur een relatie gesuggereerd, waarbij actieve personen 27% minder kans hebben op een beroerte en hierdoor te overlijden dan inac-

tieve personen (Wannamethee & Shaper, 2001; Lee et al., 2003). Naast het risico voor het ontstaan van hart- en vaatziekten, is lichamelijke inactiviteit ook een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van diabetes mellitus type 2, ofwel 'ouderdomssuikerziekte', welke op zijn beurt weer een belangrijke risicofactor is voor hart- en vaatziekten. De prevalentie van deze vorm van diabetes neemt in dramatisch tempo toe onder alle leeftijdsgroepen en doet daarmee niet meer eer aan zijn naam 'ouderdomssuikerziekte'. Personen die lichamelijk actief zijn, hebben 33% tot 50% minder kans dat ze deze vorm van diabetes krijgen dan inactieve personen (Lynch et al., 1996; Manson et al., 1991). En bovendien geldt: hoe meer beweging, hoe kleiner de kans op diabetes mellitus type 2 is (Lynch et al., 1996; Manson et al., 1991).

Een andere ernstige aandoening die gerelateerd is aan lichamelijke activiteit is kanker. Lichamelijke activiteit is geassocieerd met een reductie van de kans op kanker in het algemeen (Thune & Furberg, 2001), waarbij net als bij diabetes type 2 sprake is van een dosis-respons relatie: hoe actiever men is, hoe minder kans op het ontstaan van kanker (Wannamethee et al., 2001). Er is echter niet voor alle kankersoorten een directe, eenduidige relatie met lichamelijke activiteit. Voor bijvoorbeeld long-, prostaat- of baarmoederkanker, zijn er onvoldoende aanwijzingen voor het mogelijk beschermende effect van lichamelijke activiteit. Voor colonkanker en borstkanker is er daarentegen sterk bewijs voor een beschermend effect van lichamelijke activiteit (Thune & Furberg, 2001; Dorn et al., 2003). Daarbij is aangetoond dat personen die zeer actief zijn, gemiddeld 40% tot 50% minder kans hebben op colonkanker ten opzichte van de groep die niet of zeer beperkt actief is (Thune & Furberg, 2001). Uit onderzoeken naar het effect op borstkanker blijkt een positief verband tussen lichamelijke activiteit en een verlaagd risico op het ontstaan van borstkanker bij vrouwen na de menopauze (Thune & Furberg, 2001; Dorn et al., 2003). Vrouwen die lichamelijk actief zijn, hebben ongeveer 30% minder kans op borstkanker dan vrouwen die inactief zijn.

Naast de directe invloed van bewegen op een aantal ernstige ziekten, is er ook sprake van een indirecte invloed. De risicofactoren voor het ontstaan van deze ziekten, zoals een hoge bloeddruk, een hoog cholesterolgehalte in het bloed of overgewicht worden namelijk ook gunstig beïnvloed door bewegen. Daarbij is gebleken dat bewegen zowel een preventieve als curatieve rol kan spelen bij een aantal van deze risicofactoren (Durstine et al., 2001; Whelton et al., 2002). Zo kunnen hypertensie (hoge bloeddruk) en een hoog cholesterolgehalte zowel voorkómen als be-

handeld worden door een actieve leefstijl. En ook bij de preventie en behandeling van overgewicht speelt een actieve leefstijl een essentiële rol. Overgewicht vormt tegenwoordig een groot maatschappelijk probleem in de Westerse landen, waaronder zeker ook Nederland. In Nederland is de prevalentie van overgewicht tussen 1990 en 2003 gestegen van 35% naar 46% (bron: CBS⁵). Vanwege alle gezondheidsrisico's die gepaard gaan met overgewicht, is preventie van overgewicht dus van groot belang. Overgewicht ontstaat als gevolg van een verstoring in het evenwicht tussen de energie-inname (door voeding) en energieverbruik (door lichamelijke activiteit). Het weer in evenwicht brengen van deze energiebalans kan dus bereikt worden door een afname van de energie-inname en/of door een toename van het energieverbruik. De vraag is welke component het belangrijkste is en ervoor zorgt dat de energiebalans in evenwicht is en blijft. Wetenschappelijk onderzoek suggereert dat de combinatie van een aanpassing in het eet- en beweggedrag het meest effectief is voor gewichtsreductie (National Heart, Lung and Blood Institute, 1998). Bovendien is bewegen één van de beste voorspellers voor het behoud van een lager gewicht op de lange termijn (Miller et al., 1997; Pronk and Wing, 1994). Het American College of Sports Medicine (ACSM) adviseert daarom dat programma's die gewichtsvermindering als doel hebben, gericht moeten zijn op zowel het voedings- als het beweggedrag, aangezien aanhoudende veranderingen van deze beide componenten tot een significante gewichtsvermindering leiden op de lange termijn (ACSM, 2001).

Op basis van bovenstaande kan geconcludeerd worden dat er ruim voldoende wetenschappelijk bewijs is voor de positieve gevolgen van bewegen voor de gezondheid. Bewegen is dus van belang en leidt tot een aanmerkelijke gezondheidswinst.

4.3 Effecten van bewegen op werkgerelateerde aspecten

In de vorige paragraaf is de relatie tussen bewegen en gezondheid beschreven. Doorgaand op deze relatie kan gesteld worden dat er bij het optreden van gezondheidseffecten ook effecten mogelijk zijn op werkgerelateerde aspecten, zoals ziekteverzuim. Immers, indien een persoon gezonder is, zal hij minder vaak ziek zijn en daarmee minder vaak verzuimen van het werk. Daarnaast is het denkbaar dat een verbeterd welzijn leidt tot andere baten voor het bedrijf, zoals een verbeterde werktevredenheid, werkstress, personeelsverloop of productiviteit.

⁵ www.cbs.nl

Uit resultaten van de Nationale Gezondheidstest⁶ in het jaar 2000 is gebleken dat personen die al lange tijd lichamelijk actief zijn, beter inzetbaar zijn op het werk. Deze duurzaam actieve personen functioneren beter op het werk, hebben minder burnoutklachten en verzuimen minder dan personen die inactief zijn of personen die pas sinds korte tijd (< 6 maanden) actief zijn (Hildebrandt et al., 2002). Deze resultaten zijn deels ondersteund door een recent buitenlands onderzoek (Pronk et al., 2004) dat de relatie heeft onderzocht tussen lichamelijke activiteit en fitheid enerzijds en verzuim en productiviteit anderzijds. Daaruit bleek een positief verband tussen lichamelijke activiteit en productiviteit: actieve personen zijn productiever op het werk. Echter, voor de relatie tussen lichamelijke activiteit en verzuim van het werk kon een dergelijke conclusie niet getrokken worden (Pronk et al., 2004).

De bovenstaande resultaten zijn gebaseerd op cross-sectionele data, dat wil zeggen dat verbanden aangetoond kunnen worden, maar dat er geen uitspraak gedaan kan worden over de causaliteit. Daarvoor zijn gegevens uit een longitudinaal onderzoek vereist. De Study on Musculoskeletal disorders, Absenteeism, Stress and Health (SMASH) is zo'n onderzoek, waarbij een cohort van werknemers over een periode van vier jaar gevolgd is. Recent zijn diverse statistische analyses uitgevoerd op het SMASH-bestand en is onderzocht of er sprake is van een (causale) relatie tussen bewegen enerzijds en werkgerelateerde klachten en verzuim, al dan niet als gevolg van die klachten, anderzijds. In het SMASH-bestand is niet naar bewegen in brede zin gevraagd, maar naar sporten. Gebleken is dat sportende werknemers over een periode van vier jaar 20 dagen korter verzuimen dan hun niet-sportende collega's (Van den Heuvel et al., 2003). De grootste verschillen waren aanwezig in de groep die veel zittend werk heeft. In die groep bleken sporters gemiddeld 25 dagen korter te verzuimen dan niet-sporters en zelfs ruim 50 dagen korter dan werknemers die nooit gesport hadden (Van den Heuvel et al., 2003). Ook op het specifieke verzuim waren grote effecten gevonden. Werknemers die het grootste deel van het jaar sporten (10 maanden of meer), hadden een ruim twee keer zo kleine kans op ziekteverzuim als gevolg van klachten in de nek, elleboog, pols en hand ten opzichte van werknemers die slechts een klein deel van het jaar (3 maanden of minder) sporten (Van den Heuvel et al., 2005). Bovendien kwamen nek- en schouderklachten aanzienlijk minder vaak voor onder de sportende werknemers dan onder niet-sportende werknemers (Van den Heuvel et al., 2005). Er waren echter geen effecten van sporten op het ontstaan van klachten aan elleboog, pols en hand.

⁶ www.nationalegezondheidstest.nl

Een andere belangrijke oorzaak van ziekteverzuim is het optreden van psychische klachten. Uit analyses op het SMASH-databestand blijkt dat ook voor psychische klachten en voor verzuim als gevolg van dergelijke klachten een relatie bestaat met intensieve lichamelijke activiteit (Bernaards et al., in druk). Intensieve lichamelijke activiteit, mits 1 of 2 keer per week uitgevoerd, verminderde de kans op depressie en emotionele uitputting aanzienlijk onder de groep werknemers die hoofdzakelijk zittend werk verrichten. Ook kwam naar voren dat werknemers die minimaal 1 keer per maand sporten een lager risico hebben op verzuim als gevolg van psychische klachten dan werknemers die minder dan 1 keer per maand sporten (Bernaards et al., in druk).

Al met al blijkt uit dit literatuuroverzicht dat bewegen, en vooral intensief bewegen (bijv. sporten), een gunstig effect heeft op de gezondheid en op relevante bedrijfsgebonden variabelen, zoals een reductie van het ziekteverzuim, verhoging van de productiviteit en werkgerelateerde (bewegingsapparaat en psychische) klachten. We presenteren hieronder enkele secundaire analyses op het POLS (Permanent Onderzoek Leefsituatie) databestand om meer in detail de effecten van sporten op de gezondheid inzichtelijk te maken.

4.4 Bevindingen uit het POLS-databestand

Ter ondersteuning en aanvulling van de hierboven beschreven relatie tussen bewegen enerzijds en gezondheid en werkgerelateerde variabelen anderzijds, hebben we analyses verricht op de POLS-databestanden over de jaren 1997 tot en met 2002. In hoofdstuk I hebben we deze bestanden uitgebreid beschreven. In elk jaar zijn er circa 4.000 werkzame personen ondervraagd die tenminste 12 uur per week werken, en in totaal konden we de gegevens van 24.650 werkende personen analyseren. Net als in het SMASH-bestand is in de POLS gevraagd naar sporten en niet naar andere vormen van bewegen.

We verwachten enerzijds dat sporten bijdraagt aan het hebben van een goede gezondheid. Dit noemen we het effect van sporten op de gezondheid. Maar bovendien geldt dat mensen met gezondheidsproblemen soms fysiek niet in staat zijn om te sporten en wellicht ook minder geneigd zijn om te sporten dan mensen die volledig gezond zijn. Dit noemen we *zelfselectie* van gezonde mensen om te sporten. In de POLS zien we inderdaad dat mensen met een goede gezondheid meer tijd per week sporten dan mensen die vinden dat hun gezondheid matig of slecht is. Dit is waarschijnlijk een combinatie van de genoemde processen: zelfselectie

en het effect van sporten. Omdat we vooral geïnteresseerd zijn in de positieve effecten van sporten en niet zozeer in selectie-effecten, houden we in de analyses steeds rekening met de algemene gezondheidstoestand. Door hiervoor te corrigeren is het aannemelijker dat een positieve relatie tussen sporten en gezondheidsuitkomsten te beschouwen is als een effect van sporten en niet als zelfselectie van gezonde mensen om te sporten.

4.5 Sporten en gezondheid

In de POLS hebben we bekeken wat de relatie van sporten is met verschillende gezondheidsvariabelen (overgewicht, depressieve klachten en angstklachten). Sporten is hierbij gedefinieerd als aantal uren sporten per week in de categorieën: a) niet sporten (0 uren of minder dan 1 uur), b) matig sporten (1 tot 5 uur per week), en c) veel sporten (5 uur per week of meer). In de steekproef sport 47 % niet, 42% sport matig en 11% sport veel. Er is steeds voor de zelfgerapporteerde gezondheid gecorrigeerd zodat verschillen tussen mensen die niet, matig of veel sporten niet worden veroorzaakt doordat gezonde mensen kunnen sporten en ongezonde mensen niet. Naarmate men meer uren per week sport, heeft men vaker een gezond gewicht, dat wil zeggen geen overgewicht en geen ondergewicht. In tabel 4.1 zien we dat mensen die niet sporten het minst vaak een normaal gewicht hebben. Sporten hangt niet samen met te mager zijn. Zowel van de mensen die niet sporten, die matig sporten of die veel sporten is ongeveer 4% te mager. Van de mensen die niet sporten en de mensen die matig sporten, is 41 à 42% te dik. Dit percentage daalt pas, wanneer men veel sport. Sporten lijkt geen sterke invloed te hebben op het hebben van depressieve klachten of angstklachten.

Tabel 4.1: Overgewicht, depressieve klachten en angstklachten onder mensen die niet, matig of veel sporten

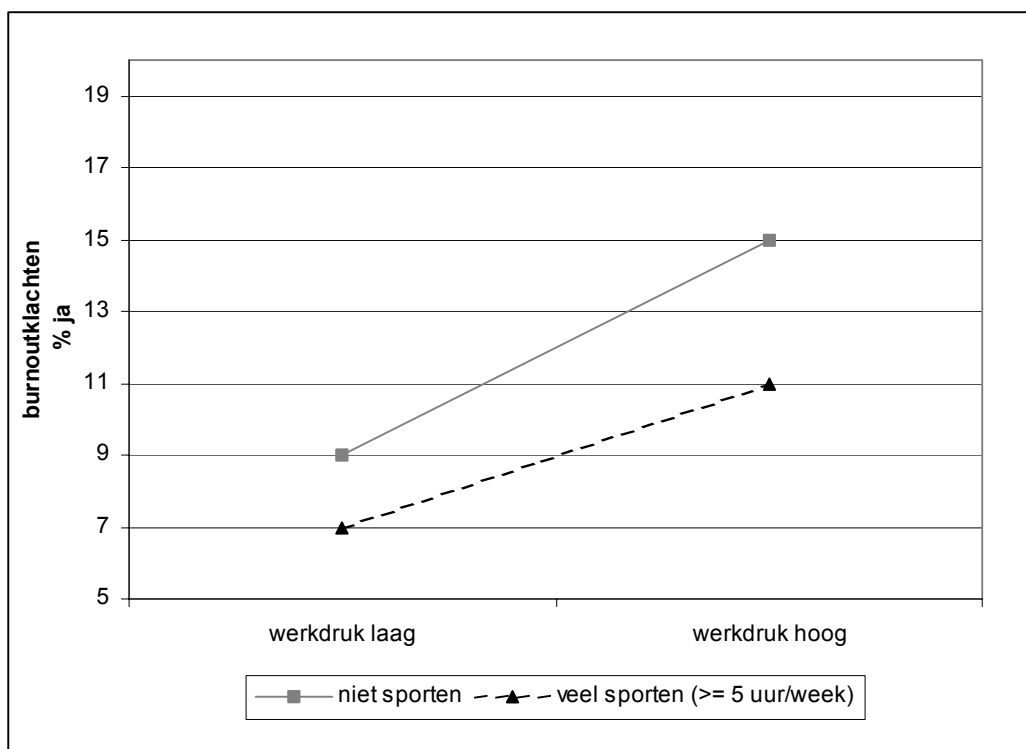
		Sport niet	Sport matig	Sport veel
Gewicht op basis van Quetelet Index:	te mager	5%	4%	4%
	normaal	53%	54%	61%
	te dik	41%	42%	34%
	totaal	100%	100%	100%
Depressieve klachten:	nee	91%	90%	90%
	ja	9%	10%	10%
	totaal	100%	100%	100%
Angstklachten:	nee	87%	87%	89%
	ja	13%	13%	11%
	totaal	100%	100%	100%

4.6 Sporten en werkgerelateerde aspecten

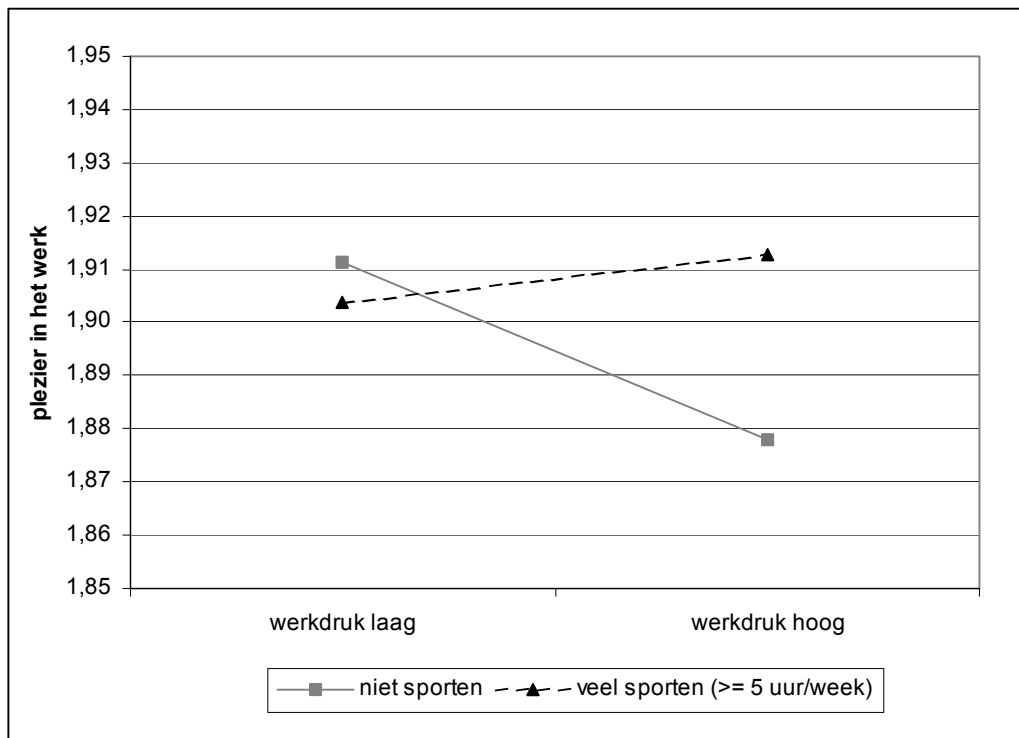
Naast de effecten van sporten op de gezondheid, hebben we gekeken naar de relatie tussen sporten en werkgerelateerde aspecten. In tegenstelling met de bevindingen van Van den Heuvel en collega's (2003), maar in overeenstemming met het onderzoek van Pronk en collega's (2004) vinden we in de POLS data geen verband tussen sporten en ziekteverzuim. Uit onze analyses komt naar voren dat naarmate werknemers meer uren per week sporten, zij minder last hebben van RSI-klachten en tevens minder verzuimen vanwege RSI-klachten. Ook zijn de resultaten van Bernaards et al. (2005) bevestigd met de POLS data, daar wij eveneens een relatie hebben gevonden tussen sporten en burnoutklachten: naarmate werknemers meer uren per week sporten, hebben zij minder last van burnoutklachten. Naast verzuim, RSI en burnout, hebben we gekeken naar de relatie van sporten met het plezier dat mensen in hun werk hebben. Hoewel plezier in het werk in de eerste plaats van het werk zelf, de collega's en de leidinggevende af zal hangen, zien we dat sporten ook een positief verband heeft met de mate waarin men plezier in het werk heeft. Werkenden die meer uren per week sporten, hebben meer plezier in hun werk dan mensen die weinig sporten.

4.7 Beschermend effect van sporten bij ongunstige arbeidsomstandigheden

Ten slotte hebben we onderzocht of sporten voor groepen werkenden met minder gunstige arbeidsomstandigheden een beschermende werking heeft tegen werkgebonden klachten en verzuim. In figuur 4.1 is te zien dat naarmate de werkdruk hoger is, werkenden vaker last hebben van burnoutklachten. Sporten blijkt hierbij een beschermend effect te bieden, aangezien hogere werkdruk in mindere mate leidt tot burnoutklachten bij personen die veel sporten dan bij personen die weinig sporten. Ook voor plezier in het werk blijkt dat de rol van werkdruk afhankelijk is van wel of niet sporten (figuur 4.2). In figuur 4.2 is te zien dat personen die niet of weinig sporten minder plezier in het werk hebben bij een hoge werkdruk, terwijl een hogere werkdruk geen effect heeft op de werktevredenheid van personen die veel sporten.



Figuur 4.1: Beschermend effect van sporten tegen burnoutklachten bij werkdruk



Figuur 4.2: Beschermend effect van sporten voor plezier in het werk bij werkdruk

De bovenbeschreven effecten van bewegen maakt bewegingsstimulering voor werkgevers aantrekkelijk omdat het de inzetbaarheid van werkne-

mers bevordert en verzuim vermindert. Het stimuleren van bewegen kan gepaard gaan met aanzienlijke kostenbesparingen. Onder meer om deze reden bieden diverse bedrijven hun personeel programma's aan ter stimulering van bewegen. Daarbij kan gedacht worden aan in-company fitness programma's, een reductie van toegangsprijzen bij de sportschool in de buurt, op maat gesneden (individuele) adviezen voor bewegingsstimulering, maar ook acties ten behoeve van het stimuleren van fietsen naar het werk of lunchwandelen. In de volgende twee paragrafen bespreken we de effecten van deze bedrijfsbewegingsprogramma's.

4.8 Effecten van bedrijfsbewegingsprogramma's op gezondheid

In de afgelopen jaren is een aantal onderzoeken verricht naar de effectiviteit van bedrijfsbewegingsprogramma's. Ook zijn in de afgelopen jaren reeds enkele reviews uitgevoerd, waarbij de oorspronkelijke onderzoeken naar de effectiviteit van bedrijfsbewegingsprogramma's op hun beurt weer zijn geëvalueerd en samengevat. Resultaten van die reviews blijken echter niet altijd even consistent te zijn: sommige reviews laten positieve effecten zien van bedrijfsbewegingsprogramma's op de gezondheid terwijl andere reviews hiervoor geen overtuigend bewijs vinden.

Een (bedrijf)bewegingsprogramma zal een positieve uitwerking hebben op de gezondheid wanneer het leidt tot meer lichamelijke activiteit. Twee kwalitatief goede reviews hebben het effect onderzocht van bedrijfsbewegingsprogramma's op de mate van lichamelijke activiteit en op de fitheid van de deelnemers (Dishman et al., 1998; Proper et al., 2003). De eerste van deze reviews liet geen duidelijke effecten zien van bedrijfsbewegingsprogramma's op lichamelijke activiteit en fitheid. Wel waren de bevindingen in de juiste richting, maar deze waren te klein om effecten aan te tonen (Dishman et al., 1998). De meer recente review toonde aan dat bedrijfsbewegingsprogramma's wel een duidelijk positief effect hadden op lichamelijke activiteit, maar voor fitheid waren de bevindingen niet consistent (Proper et al., 2003). Het lijkt er dus op dat een bedrijfsbewegingsprogramma kan leiden tot een toename in lichamelijke activiteit.

Uit de vorige paragrafen weten we dat een toename in lichamelijke activiteit allerhande positieve gezondheidseffecten kan hebben. Het lijkt daarom waarschijnlijk dat ook bedrijfsbewegingsprogramma's, die leiden tot een dergelijke toename in lichamelijke activiteit, de gezondheid bevorderen. Dit is echter niet altijd goed aan te tonen omdat onderzoek naar de effecten van bedrijfsbewegingsprogramma's een aantal beper-

kingen heeft. Dergelijke onderzoeken zijn vaak kleinschalig en volgen de deelnemers over een beperkte periode. Dit betekent dat alleen gezondheidseffecten die zich op korte termijn openbaren aantoonbaar zijn.

In paragraaf 4.2 waarin de relatie tussen bewegen en gezondheid is beschreven, is een relatie gelegd tussen bewegen en het voorkomen van ernstige ziekten, zoals hart- en vaatziekten of kanker. Voor het aantonen van dergelijke relaties zijn grote (dat wil zeggen veel onderzoekspersonen), longitudinale (dat wil zeggen onderzoeksgroep over een lange tijd volgen) epidemiologische studies nodig. Onderzoek naar bedrijfsbewegingsprogramma's voldoet niet aan deze eisen en kan daarom niet aantonen of bedrijfsbewegingsprogramma's ook effect hebben op het optreden van ernstige ziekten. Wel kan het effect van bedrijfsbewegingsprogramma's op de risicofactoren (bijv. hoge bloeddruk of cholesterol) voor deze ziekten goed gemeten worden. Dit is dan ook in meerdere onderzoeken gedaan, waarover een paar reviews zijn verschenen (Shephard, 1996; Janer et al., 2002; Proper et al., 2003). De reviews trokken echter niet altijd overeenkomstige conclusies. De systematische review van Proper en collega's, waarbij redelijk strenge criteria werden gehanteerd voor de beoordeling van de kwaliteit kon geen doorslaggevend bewijs vinden voor een positief effect op de lichaamssamenstelling (% lichaamsvet en Quetelet-Index), de bloeddruk en het cholesterolgehalte. Daarentegen concludeerden de twee andere reviews dat er weliswaar kleine, maar positieve effecten waren op de lichaamssamenstelling, bloeddruk en het cholesterolgehalte (Janer et al., 2002; Shephard, 1996).

Verder geven enkele afzonderlijke studies (Grønningsæter et al., 1992; Gundewall et al., 1993; Perkio-Mäkelä et al., 1999; Perkio-Mäkelä et al., 2001) aan dat bedrijfsbewegingsprogramma's tot minder klachten aan het bewegingsapparaat leiden, waaronder rugklachten en klachten aan nek, arm en schouder.

4.9 Effecten van bedrijfsbewegingsprogramma's op werkgerelateerde aspecten

Er zijn slechts enkele kwalitatief goede onderzoeken die het effect van een bedrijfsbewegingsprogramma op bedrijfsrelevante aspecten hebben onderzocht. Een onderzoek liet bijvoorbeeld zien dat een in-company bedrijfsfitness programma leidde tot een afname in het ziekteverzuim van 41% en 28% onder de interventiegroepen tegenover een toename onder de controlegroepen van 11% en 48% (Kerr en Vos, 1993). Een systematische review van onderzoeken naar werkgerelateerde effecten

van bedrijfsbewegingsprogramma's (Proper et al., 2002) laat zien dat er wel enige aanwijzingen zijn voor een positief effect van dergelijke programma's op ziekteverzuim, maar geen doorslaggevend bewijs voor effecten op variabelen als productiviteit, werktevredenheid, personeelsverloop en werkstress. Ook hier geldt weer dat er door een gebrek aan gedegen onderzoeken en als gevolg van inconsistente resultaten in de onderzoeken, geen harde, eenduidige conclusie getrokken kon worden over de effecten van bedrijfsbewegingsprogramma's. Na 2000 zijn er nog enkele onderzoeken verschenen die de effecten van bedrijfsbewegingsprogramma's op werkgerelateerde aspecten hebben onderzocht (Nurminen et al., 2002; Eriksen et al., 2002; Proper et al., 2004a). Twee van deze onderzoeken vonden geen verandering in het ziekteverzuim als gevolg van het bedrijfsbewegingsprogramma (Nurminen et al., 2002; Eriksen et al., 2002). In het onderzoek van Proper et al (2004a) naar de effectiviteit van een individueel advies-op-maat programma waren weliswaar geen statistisch significante verschillen gevonden in het ziekteverzuim tussen de onderzoeksgroepen, maar vertoonden de bevindingen wel een gunstige richting. De interventiegroep had namelijk gemiddeld zes dagen minder verzuim na afloop ten opzichte van de controlegroep; een verschil dat voor het bedrijf in kwestie wel degelijk relevant kan zijn.

Diverse onderzoeken hebben de kosten-baten verhouding van bedrijfsbewegingsprogramma's in kaart gebracht (Aldana, 2001; Pelletier, 2001; Proper et al., 2004b; Shephard, 1989; Golaszewski et al., 1992). Al deze onderzoeken geven aan dat de baten van deze programma's (o.a. door reductie verzuim) de kosten van de programma's lijken te overstijgen. Bij het bepalen van kosten-baten ratio's worden veelal modellen toegepast waarbij op basis van aannames een inschatting gemaakt wordt van de toekomstige (bijv. over een periode van 5 jaar) kosten en baten. We kunnen daarom concluderen dat het wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit van bedrijfsbewegingsprogramma's in het terugdringen van ziekteverzuim mager is, maar dat de kosten-baten balans van deze programma's waarschijnlijk wel gunstig is.

Al met al kunnen we op basis van de wetenschappelijke literatuur de conclusie trekken dat bedrijfsbewegingsprogramma's leiden tot meer lichamelijke activiteit, wat essentieel is voor het behalen van gezondheidseffecten. Verder zijn er aanwijzingen dat bedrijfsbewegingsprogramma's kunnen leiden tot minder klachten aan het bewegingsapparaat en een positief effect kunnen hebben op cardiovasculaire risicofactoren, zoals het percentage lichaamsvet, bloeddruk of cholesterol. Ten slotte zijn er enige aanwijzingen dat bedrijfsbewegingsprogramma's positieve effecten kun-

nen hebben op bedrijfsrelevante variabelen. Hoewel het niet realistisch is om te verwachten dat het ziekteverzuim als gevolg van een dergelijk programma op korte termijn spectaculair zal dalen, is het wel waarschijnlijk dat de (financiële) baten van bedrijfsbewegingsprogramma's de kosten overschrijden. Om meer zicht te krijgen op de effecten van bedrijfsbewegingsprogramma's op de gezondheid en op ziekteverzuim zou het wenselijk zijn als er grootschaliger onderzoeken komen die de gevolgen over een langere periode meten. De meeste onderzoeken betreffen een korte termijn evaluatie die een periode van 1 of 2 jaar bestrijkt. Het is echter de verwachting dat gezondheidseffecten van langdurig verhoogde lichamelijke activiteit, en daarmee de effecten op ziekteverzuim, zich vooral op de lange termijn zullen voordoen. Anderzijds is het uiteraard een empirische vraag of de verhoogde lichamelijke activiteit van bedrijfsbewegingsprogramma's ook op langere termijn standhoudt.

4.10 Conclusies

Bewegen heeft een duidelijk gunstig effect op de gezondheid: actieve personen genieten een grote gezondheidswinst (verlaagd risico op diverse ernstige ziekten) ten opzichte van inactieve personen. Bewegen, en in het bijzonder intensieve vormen van bewegen zoals sporten, heeft naast een gunstig effect op de gezondheid ook positief effect op relevante bedrijfsgebonden variabelen, zoals een reductie van het ziekteverzuim. Gezien de positieve effecten van bewegen, proberen sommige bedrijven met behulp van bedrijfsbewegingsprogramma's hun werknemers aan te sporen om meer te bewegen. Bedrijfsbewegingsprogramma's hebben een positief effect op de mate van lichamelijke activiteit. Bovendien kunnen dergelijke programma's leiden tot minder klachten aan het bewegingsapparaat. Er is echter onvoldoende bewijs dat bedrijfsbewegingsprogramma's een gunstige uitwerking hebben op cardiovasculaire risicofactoren, zoals het percentage lichaamsvet, bloeddruk of cholesterol.

Bedrijfsbewegingsprogramma's leiden mogelijk tot bedrijfsrelevante effecten, zoals een reductie in het ziekteverzuim. Op basis van de huidige literatuur is er nog onvoldoende bewijs dat dergelijke positieve effecten zich voordoen. Wel geven diverse onderzoeken aan dat de (financiële) baten van bedrijfsbewegingsprogramma's de kosten overschrijden.

In het algemeen staan werkgevers positief tegenover bewegingsstimulering van hun werknemers, vooral als dit financieel aantrekkelijk is (Urlings et al., 1999). Toch aarzelen veel bedrijven om een dergelijk programma te implementeren. Hiervoor zijn twee belangrijke redenen. Ten

eerste zijn de kosten van de programma's direct zichtbaar, maar de effecten en de daarmee gepaard gaande financiële baten voor het bedrijf zullen pas na een aantal jaren in volle omvang zichtbaar zijn. Dit vergt een lange termijn visie en beleid van de werkgever. Het is daarom van belang om inzicht te geven in de positieve kosten-baten balans om werkgevers te stimuleren om bedrijfsbewegingsprogramma's te implementeren. Ten tweede aarzelen veel bedrijven om iets aan bewegingsstimulering te doen voor hun personeel omdat ze dit als de verantwoordelijkheid van de werknemer beschouwen. Deels hebben ze daarin gelijk vanuit de gedachte dat de werknemer verantwoordelijk is voor zijn eigen leefstijl en daarmee zijn eigen gezondheid. De werkgever is alleen verantwoordelijk voor de gezondheid van de werknemer voor zover dat betrekking heeft op de arbeidssituatie. Maar aangezien de werkgever ook belang heeft bij actieve, fitte werknemers, en de werkplek een geschikte setting is voor het stimuleren van beweging, is het toch wenselijk wanneer ook de werkgever verantwoordelijkheid neemt voor het stimuleren van beweging. Daarbij kan de vraag gesteld worden of het zittend doorbrengen van een werkdag niet als een modern arbeidsrisico gezien moet worden, omdat de werknemer daarmee gedwongen wordt het grootste deel van de dag niet te bewegen met alle (hierboven beschreven) gevolgen van dien.

De meerderheid van de Nederlandse bevolking beweegt niet voldoende volgens de gezondheidsgerelateerde richtlijn (de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen). Stimulering van bewegen blijft dan ook een punt van aandacht. Gezien de te verkrijgen gezondheidswinst is het zeer gewenst of zelfs noodzakelijk om bewegen op de agenda te houden, ook al omdat bewegen een belangrijk middel is om overgewicht te voorkomen en te bestrijden. Daar diverse partijen – individuele werknemers, werkgevers en overheid – baat hebben bij een lichamelijke actieve bevolking, zou bewegingsstimulering aangemoedigd moeten worden door deze partijen. Bedrijfsbewegingsprogramma's kunnen een belangrijk instrument zijn om werknemers te stimuleren meer te bewegen. Goed onderzoek naar de effecten op de langere termijn van dergelijke bedrijfsbewegingsprogramma's is gewenst om de baten van deze programma's voor de werkgever en voor de volksgezondheid in kaart te brengen.

5 Effecten van werkgeversbeleid op gezondheid en ziekteverzuim

Preventiemaatregelen om gezondheidsrisico's te verminderen krijgen relatief weinig aandacht van werkgevers, omdat zij weinig zicht hebben op de baten van preventie. Het blijft vaak onduidelijk welke gezondheidsschade en verzuim er was opgetreden indien er geen maatregelen waren getroffen. In de eerste meting van een nieuw opgezet longitudinaal onderzoek worden werknemers bevraagd over het gezondheidsbeleid van hun werkgever. In dit hoofdstuk staat centraal in welke mate het voeren van een goed gezondheidsbeleid van werkgevers in verband kan worden gebracht met een betere gezondheid en een lager verzuim. We moeten ons echter beperken tot het inventariseren van de eerste resultaten. Er kan nog geen informatie gegeven worden over oorzakelijke verbanden, omdat de data afkomstig zijn uit één jaar. Wanneer er in de toekomst data beschikbaar zijn uit meerdere jaren, kan de effectiviteit van gezondheidsbeleid goed geëvalueerd worden. Naast het algemene gezondheidsbeleid gaan we na of het onderzoek aanwijzingen geeft voor de effectiviteit van meer specifieke maatregelen van werkgevers die gericht zijn op de leefstijl, op stress en werkdruk en op RSI-klachten.

5.1 Wat verstaan we onder gezondheidsbeleid

Onder gezondheidsbeleid verstaan we beleid dat gericht is op de bescherming en de bevordering van de gezondheid van werknemers. Gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW) is gericht op het beïnvloeden van de leefstijl van de werknemer en het creëren van een gezonde en veilige werkomgeving (NIGZ, 2001). GBW heeft als doel werknemers gezond te houden. Voorbeelden van maatregelen die in het kader van gezondheidsbevordering op de werkplek genomen worden, zijn:

- een rookbeleid instellen;
- fitnessruimtes creëren;
- een alcoholbeleid opzetten;
- zorgen voor gezonde voeding in de kantines;
- stressprogramma's ontwikkelen.

Het meest omvattende gezondheidsbeleid is integraal gezondheidsmanagement. TNO Arbeid en NIGZ (Gründemann et al., 2003) hebben in een definitiestudie integraal gezondheidsmanagement gedefinieerd als 'het systematisch managen van de effecten van de bedrijfsactiviteiten op de (volks)gezondheid, inclusief de gezondheid van de medewerkers, met het doel de gezondheid van mens en bedrijf te bevorderen'.

Binnen IGM worden 7 ontwikkelingslijnen onderscheiden, namelijk:

1. gezondheid als onderdeel van het strategisch beleid van een organisatie;
2. inrichten van een zo gezond mogelijk primair proces;
3. inrichten van een gezonde fysieke werkomgeving;
4. inrichten van een gezonde sociale werkomgeving;
5. investeren in de gezondheid van het personeel;
6. nastreven van een goede relatie met de lokale omgeving;
7. leveren van gezonde producten en diensten.

Integraal gezondheidsmanagement is een combinatie van alle op de gezondheid gerichte activiteiten die voortkomen uit een goed arbo- en verzuimbeleid, HRM-beleid en gezondheidsbevordering op de werkplek. Bovendien heeft IGM niet alleen aandacht voor het welzijn van de werknemers, maar ook voor het welzijn van klanten en de omgeving, doordat het zich richt op de gezondheidsimpact van producten of diensten. Een bedrijf dat integraal gezondheidsmanagement voert is daarmee te beschouwen als een maatschappelijk verantwoord ondernemer.

Tot op heden voeren weinig bedrijven beleid dat beschouwd kan worden als integraal gezondheidsmanagement. Veelal is er sprake van losse maatregelen gericht op het beschermen of bevorderen van de gezondheid: in 2002 voerde éénderde van 1100 ondervraagde werkgevers beleid aangaande één of meerdere gezondheidsaspecten (Pelgrim, 2002). Sommige van deze gezondheidsbevorderende maatregelen zijn aanvullend op de Arbo-wetgeving, zoals het bevorderen van lunchwandelen, terwijl andere maatregelen onder de wet vallen, zoals beleid met betrekking tot gevaarlijke stoffen.

5.2 Waaronder gezondheidsbeleid belangrijk is

Het voeren van een goed gezondheidsbeleid is belangrijk om vele redenen. De belangrijkste maatschappelijke reden is dat een goed gezondheidsbeleid de gezondheid beschermt en bevordert. Hoewel gezondheid door veel verschillende factoren wordt beïnvloed, speelt de organisatie van het werk een niet te verwaarlozen rol. Gründemann et al. (2003) concluderen op basis van de internationale literatuur dat “het slechtst georganiseerde werk” (zonder aandacht voor de gezondheid) zeker 3 keer meer schade oplevert aan de gezondheid van mensen (...) dan de “best georganiseerde werkplekken”. Een belangrijke reden voor werkgevers om goed gezondheidsbeleid te voeren is dat dergelijk beleid veel geld kan besparen. Voor goed gezondheidsbeleid is het wellicht onvol-

doende om alleen te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Het is daarnaast van belang om bijvoorbeeld de oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in het bedrijf te achterhalen en aan te pakken. Op de langere termijn kan een slecht gezondheidsbeleid leiden tot meer ziekteverzuim en WAO-instroom (Stichting van de Arbeid & BOA, 2002). Beide zijn voor werkgevers een dure aangelegenheid. Te meer daar sinds 1 januari 2004 werkgevers verplicht zijn bij ziekte gedurende twee jaar 70% van het loon door te betalen. Ook het vervangen van de zieke werknemer en het inwerken van de vervanger kan hoge kosten met zich meebrengen. Daarnaast is het zo dat werkgevers, sinds de invoering van de Wet Premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (PEMBA) in 1998, meer WAO-premie betalen naarmate zij meer werknemers hebben die in de WAO komen.

Een goed gezondheidsbeleid kost uiteraard ook geld, maar op de langere termijn kan het veel geld besparen. Een kosten-effectiviteitsanalyse kan inzicht geven in hoeveel het gezondheidsbeleid uiteindelijk heeft opgeleverd. Het is echter lastig om alle opbrengsten goed in kaart te brengen. Vaak wordt alleen naar eenvoudig kwantificeerbare baten zoals verzuimreductie en reductie in WAO-instroom gekeken. Maar goed gezondheidsbeleid kan ook effecten hebben op de medewerkerstevredenheid, de werkmotivatie of de arbeidsproductiviteit van de medewerkers. Bovendien kan goed gezondheidsbeleid het imago van het bedrijf bij klanten en de omgeving versterken, wat positieve gevolgen kan hebben voor de omzet van een bedrijf. Dergelijke potentiële opbrengsten van goed gezondheidsbeleid zijn moeilijk in geld uit te drukken. Van Scheppingen, Zwetsloot en Koningsveld (2004) pleitten voor een evaluatie van gezondheidsbeleid waarin voor het bedrijf specifieke en relevante opbrengsten worden bekeken. Sommige van deze opbrengsten kunnen in financiële termen uitgedrukt worden en andere niet.

Hierboven hebben we vooral het perspectief van de werkgever benadrukt. Maar uiteraard profiteren ook werknemers van een goed gezondheidsbeleid. In de eerste plaats genieten zij een betere gezondheid. Gezondheid is voor iedereen een belangrijke waarde. Een goede gezondheid draagt bijvoorbeeld bij aan het welbevinden en aan het vermogen om in het eigen onderhoud te kunnen voorzien. Werknemers vinden verbetering van de gezondheid verreweg het belangrijkste doel waaraan gezondheidsbevordering op de werkplek kan bijdragen (Pelgrim, 2002). Naast een betere gezondheid, biedt een goed gezondheidsbeleid werknemers meer de gelegenheid om in een prettig werkklimaat hun werk te kunnen doen (Stichting van de Arbeid & BOA, 2002).

5.3 Evidentie dat integraal gezondheidsmanagement tot minder verzuim leidt

Hierboven hebben we gezien tot welke positieve uitkomsten een goed gezondheidsbeleid kan leiden: minder kosten voor de werkgever door een reductie in het verzuim en een gezonde werkomgeving voor de werknemers. De vraag rijst in welke mate nu aantoonbaar is dat een goed gezondheidsbeleid inderdaad deze positieve effecten bewerkstelligt. Om deze vraag te beantwoorden kijken we naar beschreven voorbeelden, literatuur en onze eigen dataset.

5.3.1 Beschreven voorbeelden

Gründemann et al. (2003) geven een aantal voorbeelden van bedrijven die investeerden in gezondheidsbevorderende maatregelen. Bij alle bedrijven leverde de investering uiteindelijk geld op door een reductie in het verzuim. Het verbeteren van de arbeidsomstandigheden onder andere door middel van wetenschappelijk onderzoek, kostte één bedrijf over een periode van vier jaar €790.000. De opbrengsten door een reductie in het verzuim waren €944.000. Het is daarbij echter niet duidelijk in hoeverre de verzuimreductie een direct gevolg was van de verbeterde arbeidsomstandigheden. Netto heeft het bedrijf €154.000 bespaard. Andere opbrengsten die in verband werden gebracht met de gezondheidsbevordering waren een betere werksfeer en overlegklimaat, verbetering in de kwaliteit van de productie, een verhoging van de productie en een betere arbeidsmotivatie (voorbeeld ontleend aan Gründemann et al., 2003).

5.3.2 Arboconvenanten

De overheid heeft met het afsluiten van arboconvenanten het uitvoeren van gezondheidsbevorderende maatregelen willen bevorderen. Arboconvenanten hebben als doel het ziekteverzuim terug te brengen en het aantal mensen dat arbeidsongeschikt raakt te verlagen door het verbeteren van arbeidsomstandigheden. Maatregelen die in het kader van een arboconvenant genomen worden zijn gericht op het terugdringen van arbeidsrisico's zoals agressie, arbeidsconflicten, gevaarlijke stoffen, psychische belasting, RSI, fysieke belasting, werkdruk en het verbeteren van verzuim- en reïntegratiebeleid. Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft 44 arboconvenanten laten evalueren die tot stand zijn gekomen tussen 1999 en 2003 (Veerman et al., 2004). Uit de evaluatie komt naar voren dat in de sectoren waar arboconvenanten afgesloten zijn, het ziekteverzuim en de WAO-instroom sterker gedaald zijn dan in sectoren waar geen convenanten zijn afgesloten. Hoewel niet precies berekend kan worden voor welk deel de verzuimreductie te danken is aan

de gezondheidsbevorderende maatregelen en voor welk deel aan externe factoren (zoals een economische recessie) is het aannemelijk dat de gezondheidsbevorderende maatregelen een belangrijke rol hebben gespeeld in het verminderen van het verzuim.

5.3.3 *Literatuur*

Uit de internationale literatuur komt het algemene beeld naar voren dat gezondheidsbevordering op de werkplek een verzuimreductie kan bewerkstelligen. In hoofdstuk 4 zijn we uitgebreid ingegaan op de effecten van bewegen op de gezondheid en verzuim en bespraken we de effectiviteit van bedrijfsfitness programma's. Uit de literatuur is bekend dat rookvrije werkplekken tot gevolg hebben dat sommige rokers stoppen met roken en dat de mensen die niet stoppen minder roken (Fichtenberg et al., 2002). Daarnaast is gevonden dat rokers meer verzuimen dan niet rokers (Halpern et al., 2001; Robbins et al., 2000). Wanneer rookbeleid ertoe leidt dat rokers stoppen met roken, is er ook een reductie in het verzuim te verwachten.

Chapman (2003) heeft in een meta-analyse het effect van gezondheidsbevorderende programma's geëvalueerd die ten minste drie gezondheidsbevorderende maatregelen bevatten, zoals maatregelen gericht op roken, voeding, fitness, hoge bloeddruk, etc. De duur van het gezondheidsbevorderende programma was minstens één jaar. De 42 geanalyseerde studies maakten allemaal gebruik van een controle groep en de studies keken in hun evaluatie van het gezondheidsbevorderende programma naar ten minste één economische factor, zoals verzuim of kosten die verbonden zijn aan medische consumptie. In de 19 studies die verzuim als uitkomstmaat hadden, is een verzuimreductie opgetreden. De gemiddelde verzuimreductie was 28%. De kosten die verbonden zijn aan medische consumptie zijn gemiddeld met 26% afgenomen. Wanneer het mogelijk was om een kosten-baten analyse te doen, vond Chapman steeds dat het gezondheidsbevorderende programma geld bespaarde, door de reductie in verzuim en/of medische consumptie.

Een aanzienlijk deel van de werknemers verzuimt vanwege psychische klachten en ongeveer éénderde van de WAO-ers heeft de diagnose psychische klachten (Terpstra & Schreuder, 2002). Stress (op het werk) is één van de mogelijke oorzaken voor psychische klachten. Mogelijk kunnen gezondheidsbevorderende programma's die zich richten op het verminderen van stress onder werknemers een reductie in het ziekteverzuim opleveren. Van den Bossche (intern rapport, 2005) vindt in zijn review van stressinterventies enige steun voor het effect op verzuim van inter-

venties die gericht zijn op het veranderen van taken of op het veranderen van de organisatie en de werkprocessen. De interventies die gericht waren op een individuele medewerker hadden geen éénduidig effect op verzuim. Een kanttekening hierbij is dat de evaluatie vaak direct na de interventie plaatsvond. Hoewel het voor de hand lijkt te liggen dat stressinterventies het verzuim (vanwege psychische klachten) kan verminderen, is hier tot dusver nog weinig bewijs voor. In dit hoofdstuk zullen we de effecten van stress- en werkdrukinterventies dan ook nader onderzoeken.

5.4 Data en steekproef

Het databestand waar we voor dit hoofdstuk uit putten betreft de eerste meting van een longitudinaal onderzoek onder werknemers naar de effectiviteit van arbo-, verzuim- en gezondheidsbeleid (AVG-monitor, TNO Arbeid, 2004). Er zullen nog twee metingen volgen. De data geven inzicht in welke gezondheidsbevorderende maatregelen werkgevers treffen. De steekproef bestaat uit 2502 werkenden die in loondienst zijn (Sanders & Ybema, 2004). De steekproef is redelijk representatief voor de Nederlandse werknemer. In vergelijking met de Enquête Beroeps Bevolking (EBB) wijkt de AVG-monitor af op de volgende aspecten: de sector overheid en onderwijs is iets oververtegenwoordigd en de sector handel en horeca iets ondervertegenwoordigd. Daarnaast zijn de niet-westerse allochtonen sterk ondervertegenwoordigd. Slechts 0,4% van de respondenten behoort tot deze categorie, terwijl volgens de EBB 7% van de Nederlandse werkzame beroepsbevolking een niet-westerse allochtoon is. In tabel 5.1 staan de achtergrondgegevens van de personen in de steekproef weergegeven.

Tabel 5.1: Achtergrondinformatie over de steekproef

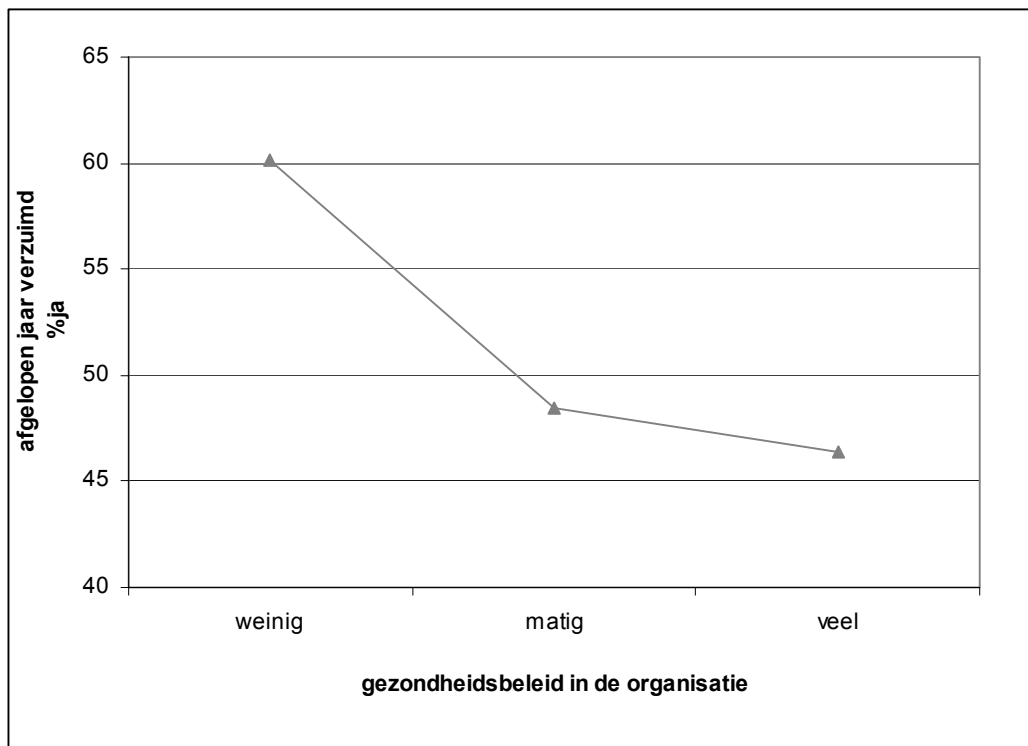
Geslacht	man	56%
	vrouw	44%
Ouder(s) niet in Nederland geboren		8%
Leeftijd	15-25 jaar	13%
	26-35 jaar	23%
	36-45 jaar	33%
	46-55 jaar	24%
	56-64 jaar	8%
Opleidingsniveau	laag	20%
	midden	41%
	hoog	39%

5.5 Effectiviteit van gezondheidsbeleid

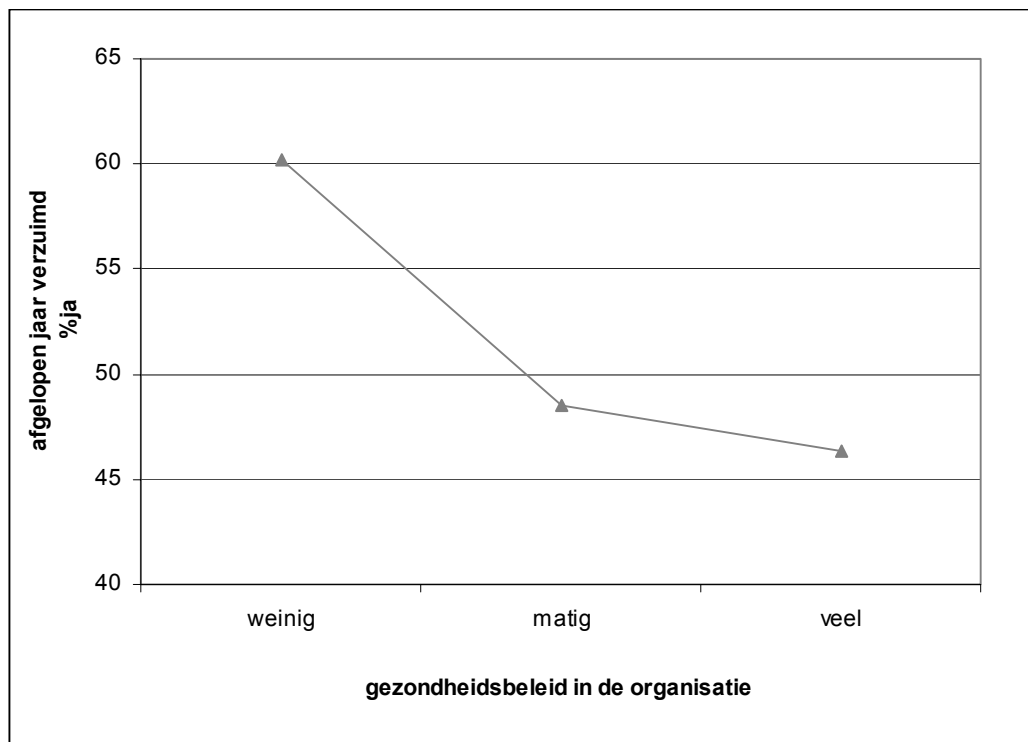
5.5.1 *Gezondheidsbeleid van het bedrijf*

In de eerste meting van de AVG-monitor geeft de meerderheid van de werknemers aan dat in hun organisatie gezondheidsbeleid een belangrijke plaats inneemt. Volgens de helft van de werknemers is gezondheid een belangrijk onderdeel van de bedrijfsvoering. Volgens 62% van de respondenten vinden alle medewerkers in hun organisatie gezondheid en veilig werkgedrag belangrijk. Er worden volgens ruim de helft van de werknemers voldoende inspanningen geleverd om de gezondheid van de werknemers te beschermen. Bovendien geeft 58% van de werknemers aan dat bij de aanschaf van materialen rekening wordt gehouden met de gezondheid van de werknemers. Wanneer het echter om concrete uitwerking van het beleid gaat, zoals een gezond en veilig ontworpen werkplek en initiatieven op het terrein van sport, blijkt dat werkgevers hier vaak nog weinig aan doen. Kennelijk is er wel aandacht in de organisatie voor gezondheid, maar wordt dit lang niet altijd vertaald in concrete acties.

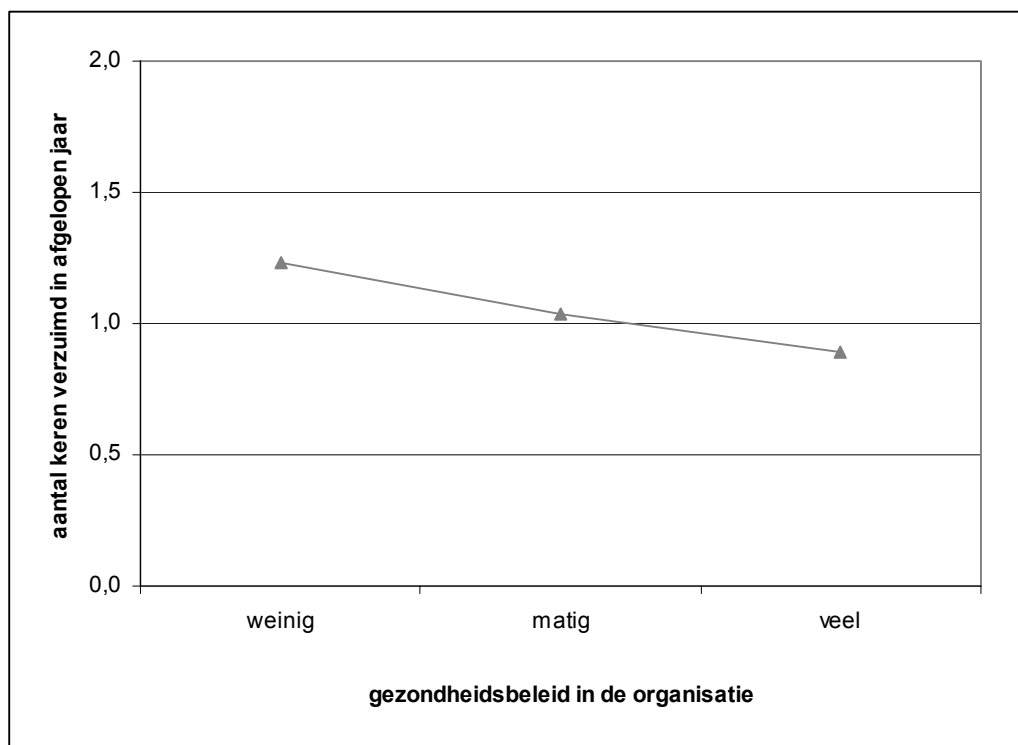
Bovenstaande aspecten van gezondheidsbeleid hebben we opgeteld om een indicatie te krijgen van de mate waarin een organisatie een goed gezondheidsbeleid heeft. Uit het onderzoek komt naar voren dat naarmate de organisatie meer aan gezondheidsbeleid doet, des te lager het verzuim is. In figuur 5.1 zien we dat 60% van de werknemers die aangeeft dat hun organisatie weinig aan gezondheidsbeleid doet het afgelopen jaar verzuimd heeft. Dit is aanzienlijk vaker dan de werknemers die in organisaties werken waar matig tot veel aan gezondheidsbeleid wordt gedaan, respectievelijk 48% en 46%. We vinden dat een goed gezondheidsbeleid ook verband houdt met de verzuimfrequentie en de verzuimduur. Zowel de verzuimduur als de verzuimfrequentie zijn lager naarmate de werknemers aangeven dat hun organisatie meer aan gezondheidsbeleid doet. Dit is terug te zien in figuur 5.2 en 5.3. Het valt op dat de meeste winst behaald kan worden in termen van verzuimreductie in organisaties waar nog weinig aan gezondheidsbeleid gedaan wordt. Het verzuim onder werknemers die bij bedrijven werken waar men veel doet aan gezondheidsbeleid, is niet veel lager dan in bedrijven waar men een tussenpositie inneemt in het voeren van gezondheidsbeleid.



Figuur 5.1: Relatie gezondheidsbeleid en verzuim

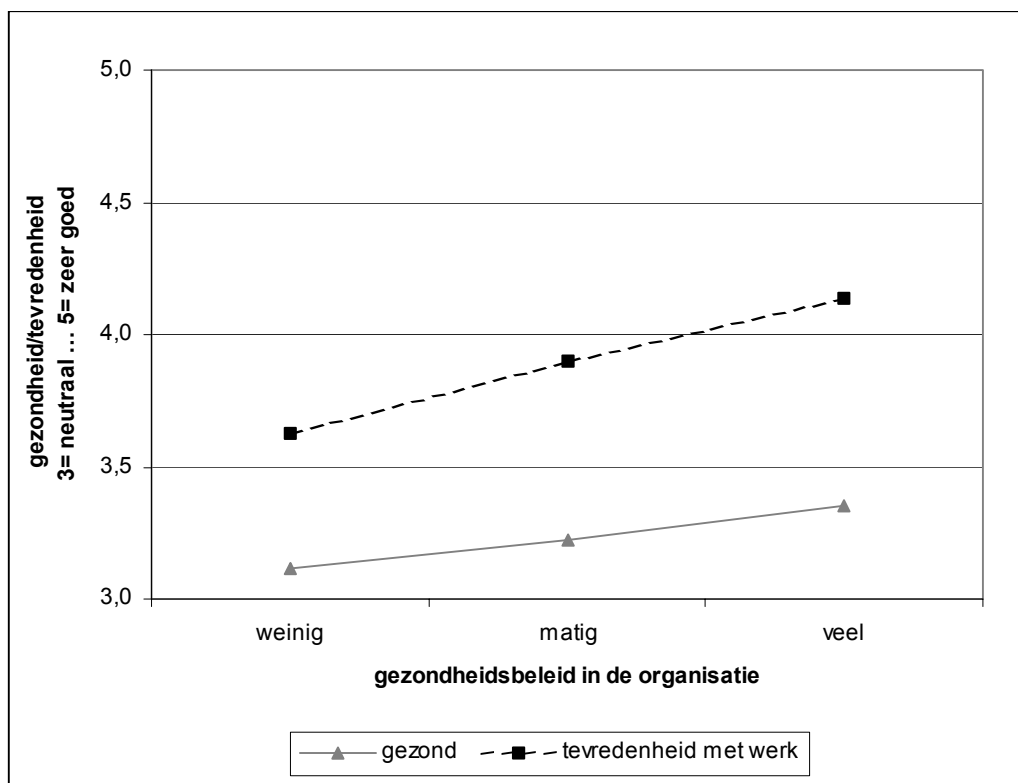


Figuur 5.2: Relatie gezondheidsbeleid en verzuim in duur



Figuur 5.3: Relatie gezondheidsbeleid en verzuimfrequentie

Naast een reductie in verzuim, hangt een goed gezondheidsbeleid samen met een betere zelfgerapporteerde gezondheid en meer arbeidstevredenheid. In figuur 5.4 is te zien dat naarmate werknemers aangeven dat hun organisatie meer aan gezondheidsbeleid doet, des te tevredener zij zijn met hun eigen gezondheid en met hun werk. Anders dan voor verzuim, geldt voor zelfgerapporteerde gezondheid en tevredenheid met het werk dat de werknemers die werken bij een organisatie waar veel aan gezondheidsbeleid gedaan wordt, aanzienlijk gunstiger scoren dan de werknemers die werken bij een bedrijf dat een midden positie inneemt wat betreft het voeren van gezondheidsbeleid.



Figuur 5.4: Relatie gezondheidsbeleid met gezondheid en tevredenheid met het werk

Hoewel de data nog geen uitspraken over een causaal verband rechtvaardigen, zijn de resultaten er een eerste aanwijzing voor dat het voeren van gezondheidsbeleid verzuim vermindert en de gezondheid en tevredenheid met het werk bevordert.

5.5.2 Gezondheidsmaatregelen gericht op leefstijl

Naast de effecten van het totale gezondheidsbeleid bekijken we de effecten van gezondheidsbevorderende maatregelen die zich richten op de leefstijl van werknemers, zoals roken, alcoholgebruik, bewegen en voeding. Deze maatregelen zijn doorgaans gericht op het gedrag van een grote groep of alle medewerkers in de organisatie. We gaan na of een maatregel die is gericht op een bepaald gedrag, samenhangt met de mate waarin dergelijk gedrag wordt vertoond en met een betere gezondheid en minder verzuim. Omdat de data cross-sectioneel van aard zijn – de maatregelen en effecten zijn op hetzelfde moment gemeten – is te verwachten dat mensen die aangeven dat er maatregelen zijn getroffen, ongunstiger scoren op leefstijlvariabelen, gezondheid en verzuim dan mensen aangeven dat er geen maatregelen zijn getroffen. Juist vanwege het voorkomen van ongezond gedrag, een slechte gezondheid of hoog verzuim, zal een werkgever ervoor kiezen om een bepaalde maatregel in te zetten. Om toch een indicatie te krijgen van het effect van de maatregelen, vergelijken we mensen die aangeven dat een maatregel is getroffen met mensen

die aangeven dat er geen maatregel is getroffen, terwijl zij daar wel behoefte aan hadden. In tabel 5.2 is terug te vinden hoe vaak maatregelen gericht op de leefstijl voorkomen.

Tabel 5.2: Gezondheidsbevorderende maatregelen gericht op de leefstijl

	Ja	Nee, geen behoefte	Nee, wel behoefte
Roken	65%	27%	7%
Alcoholgebruik	8%	89%	3%
Bewegen tijdens werktijd	12%	64%	24%
Bewegen buiten werktijd	25%	54%	21%
Gezonde voedingsgewoonten	16%	63%	20%

Roken

De meest voorkomende gezondheidsmaatregel gericht op de leefstijl heeft betrekking op het terugdringen of reguleren van roken. Dit is niet zo verwonderlijk gezien de nieuwe wetgeving. Sinds 1 januari 2004 hebben werkenden recht op een rookvrije werkplek.

De werknemers die in een organisatie werken waar maatregelen zijn getroffen om het (mee)roken terug te dringen, zijn aanzienlijk vaker roker en roken meer sigaretten per dag dan de mensen die bij een organisatie werken waar geen maatregel is getroffen. Vooral niet-rokers geven aan dat hun organisatie geen maatregelen heeft getroffen om het roken terug te dringen terwijl zij daar wel behoefte aan hadden. Waarschijnlijk wensen zij meer antirook maatregelen om minder last te hebben van hun rokende collega's of klanten. Het effect van de maatregel op het roken kan op dit moment nog niet geëvalueerd worden, omdat niet bekend is of mensen als gevolg van de maatregel zijn gestopt met roken of minder zijn gaan roken. We zien dat niet-rokers die werken bij een organisatie waar maatregelen zijn genomen om roken terug te dringen positiever zijn over hun eigen gezondheid dan niet-rokers die werken bij een organisatie waar dergelijke maatregelen niet zijn genomen terwijl zij daar wel behoefte aan hadden. Er zijn geen verschillen in verzuim.

Alcohol

Het beheersen of uitsluiten van alcoholgebruik in de organisatie komt maar weinig voor. De meeste werknemers hebben ook geen behoefte aan alcoholbeleid. Werknemers die aangeven dat in hun organisatie een maatregel is uitgevoerd om alcoholgebruik te beheersen en terug te dringen, drinken niet meer of minder dan de mensen die werken in een organisatie waar een dergelijke maatregel niet is uitgevoerd terwijl zij daar wel behoefte aan hadden.

Bewegen

Een kwart van de werknemers geeft aan dat bewegen buiten het werk door de werkgever bevorderd wordt. Bewegen tijdens het werk wordt veel minder vaak gestimuleerd. Werknemers die in een organisatie werken waar maatregelen zijn getroffen om bewegen tijdens of buiten het werk te bevorderen, voldoen even vaak aan de norm gezond bewegen als werknemers die behoefte hebben aan dergelijke maatregelen, maar die werken in een bedrijf dat dergelijke maatregelen niet heeft getroffen.

Voeding

Gezonde voedingsgewoonten op het werk worden nog niet vaak gestimuleerd terwijl werknemers daar wel relatief vaak behoefte aan hebben. Werknemers die aangeven dat in hun organisatie een maatregel is uitgevoerd om gezonde voeding op het werk te bevorderen, eten vaker voldoende groente en fruit. Deze mensen zijn bovendien positiever over hun gezondheid, deels doordat zij vaker voldoende groente en fruit eten. Mensen die in een organisatie werken waar een dergelijke maatregel is getroffen, verzuimen ook minder, maar dat komt waarschijnlijk niet rechtstreeks doordat zij vaker voldoen aan de groente- en fruitnorm, maar indirect door de betere gezondheid. Voldoende groente en fruit eten hangt namelijk wel samen met de gezondheid, maar niet met verzuim.

5.5.3 Maatregelen voor de reductie van werkdruk en stress

Naast de effecten van de gezondheidsmaatregelen gericht op de leefstijl, hebben we bekeken of maatregelen gericht op het voorkomen en beheersen van werkdruk en stress samenhangen met een betere gezondheid, met minder verzuim en met meer tevredenheid met het werk. In tegenstelling tot de hierboven behandelde maatregelen gericht op de leefstijl, zijn dergelijke werkdrukmaatregelen vaak gericht op individuele medewerkers met klachten op het gebied van werkdruk en stress. In tabel 5.3 staat aangegeven hoe vaak de verschillende maatregelen met betrekking tot werkdruk en stress voorkomen. Opnieuw vergelijken we mensen voor wie de werkgever maatregelen of aanpassingen heeft getroffen met mensen voor wie geen maatregelen zijn getroffen terwijl zij daar wel behoefte aan hadden.

Tabel 5.3: Maatregelen voor reductie van werkdruk en stress

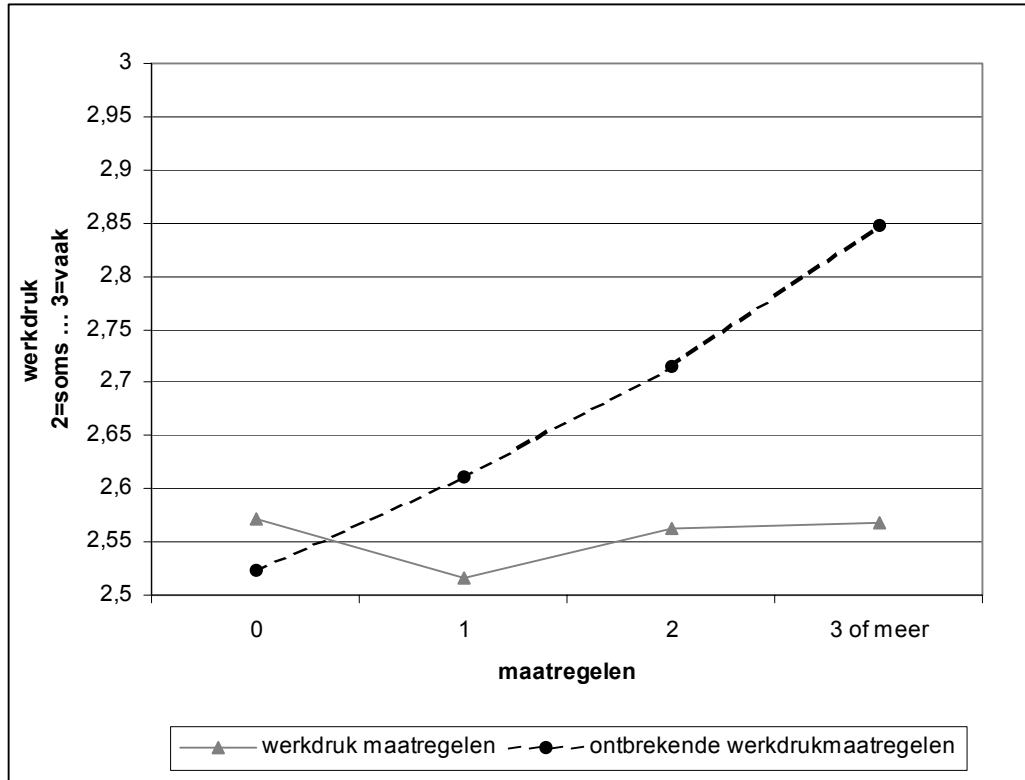
	Ja	Nee, geen behoefte	Nee, wel behoefte
Voorlichting over werkdruk en stress	14%	70%	16%
Beperking van de werklust	10%	76%	14%
Aandacht voor klachten door werkdruk	12%	75%	13%
Beter afstemmen werk-privé	20%	71%	9%
Hulp bij conflicten/ intimidatie/agressie door klant	15%	77%	9%
Hulp bij conflicten/intimidatie/agressie door collega's	9%	82%	8%

In de figuren 5 tot en met 8 is het aantal maatregelen om reductie van werkdruk en stress te bewerkstelligen uitgezet tegen de ervaren werkdruk, het percentage mensen dat burnoutklachten rapporteert, het percentage mensen dat heeft verzuimd in het afgelopen jaar en de tevredenheid met het werk. In elk van deze figuren is een lijn opgenomen die het aantal getroffen maatregelen weergeeft en een lijn die het aantal ontbrekende maatregelen weergeeft. Er is sprake van een ontbrekende maatregel als er geen maatregel is getroffen voor iemand die aangeeft dat hij of zij wel behoefte heeft aan een dergelijke maatregel. In figuur 5.5 en 5.6 is te zien dat het aantal werkdrukmaatregelen dat getroffen wordt voor werknemers niet samenhangt met de ervaren werkdruk of met de kans op burnoutklachten. Wel zien we in deze figuren dat de ervaren werkdruk en de kans op burnout hoger zijn naarmate er meer behoefte bestaat aan werkdrukmaatregelen die achterwege blijven. Uit figuur 5.8 blijkt dat werknemers meer tevreden zijn met hun werk naarmate zij meer werkdrukmaatregelen rapporteren, terwijl zij minder tevreden zijn met hun werk naarmate er meer benodigde maatregelen ontbreken.

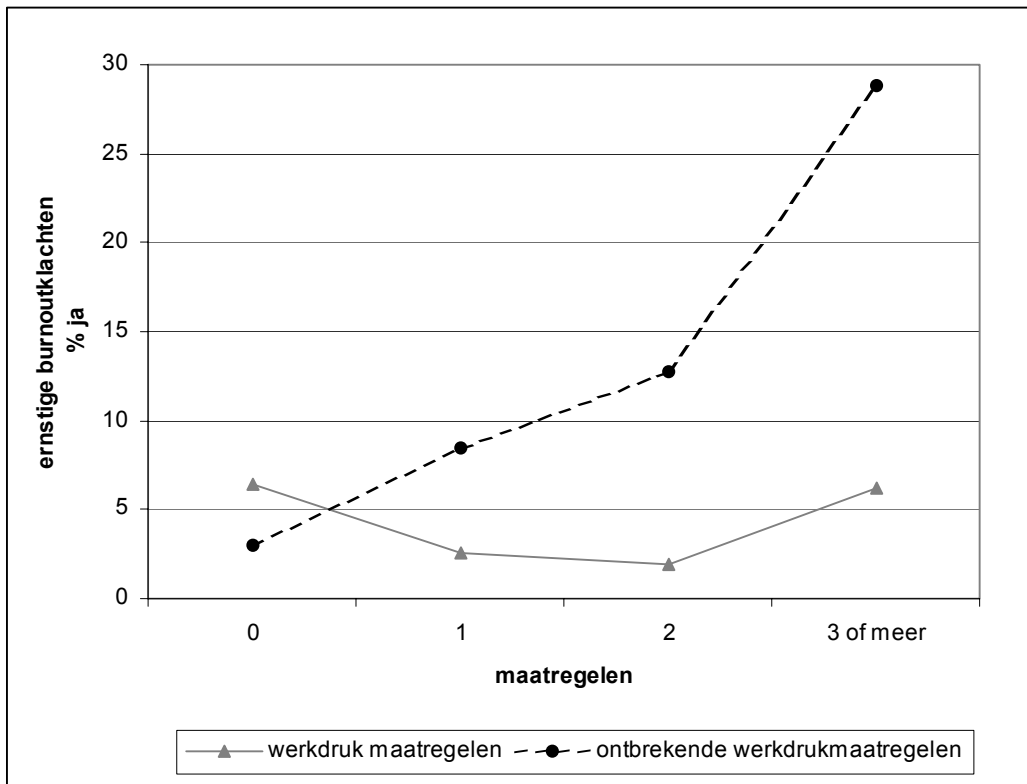
Figuur 5.7 laat zien dat voor verzuim het beeld enigszins anders is. Het verzuim is hoger naarmate mensen meer werkdrukmaatregelen rapporteren en naarmate mensen vaker aangeven dat er geen maatregelen zijn genomen terwijl zij daar wel behoefte aan hadden daaraan. Wel geldt ook hier dat mensen voor wie geen maatregelen zijn genomen terwijl zij daar wel behoefte aan hadden iets vaker aangeven dat zij hebben verzuimd dan mensen voor wie wel maatregelen zijn genomen.

Wanneer we mensen voor wie geen werkdruk- en stressmaatregelen zijn genomen ondanks hun behoefte daaraan vergelijken met mensen voor wie wel maatregelen hebben plaatsgevonden, kunnen we het volgende concluderen: mensen die aangeven dat er geen maatregelen zijn getroffen terwijl ze hier wel behoefte aan hadden, rapporteren een hogere werkdruk en zijn minder tevreden met hun werk dan mensen voor wie dergelijke maatregelen wel zijn getroffen. Bovendien geldt dat een groter deel

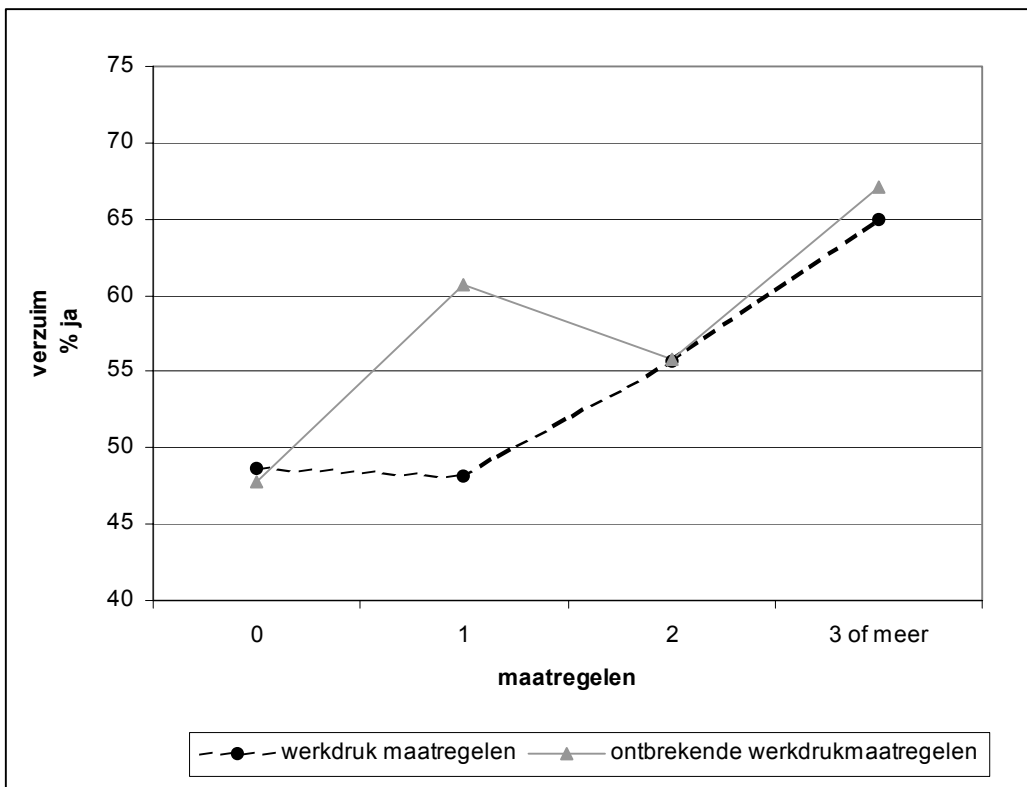
van de mensen voor wie maatregelen ontbreken last heeft van burnout en heeft verzuimd in het afgelopen jaar dan van de mensen voor wie wel maatregelen zijn getroffen.



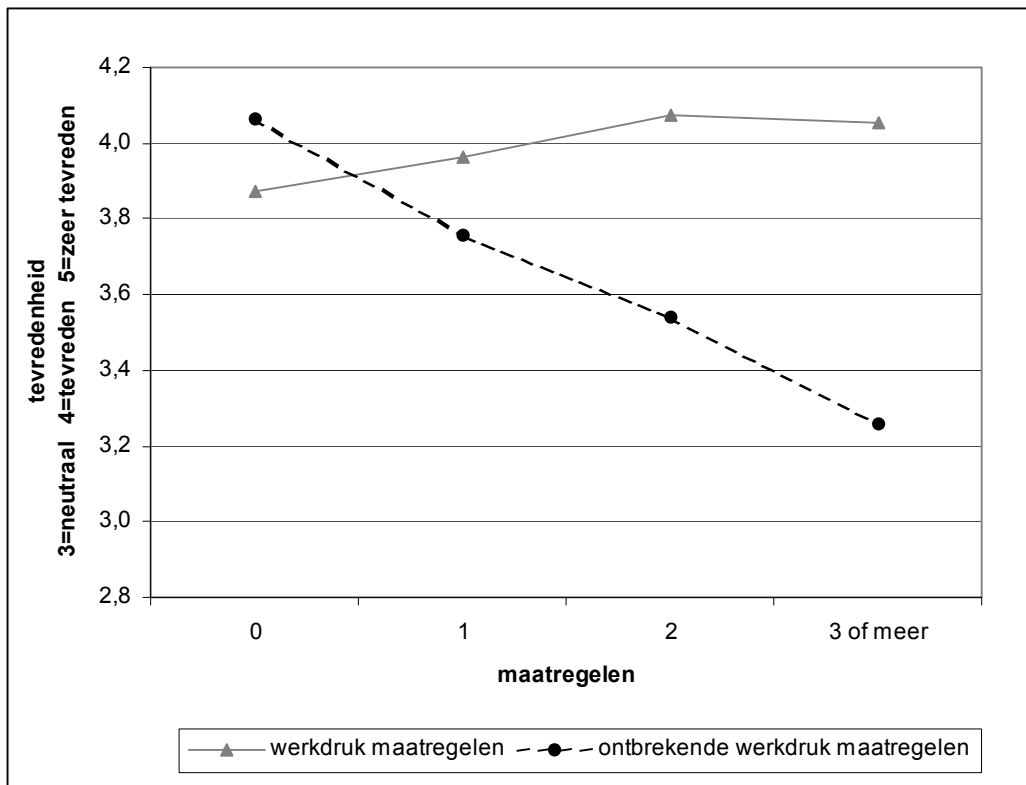
Figuur 5.5: Werkdrukmaatregelen en werkdruk



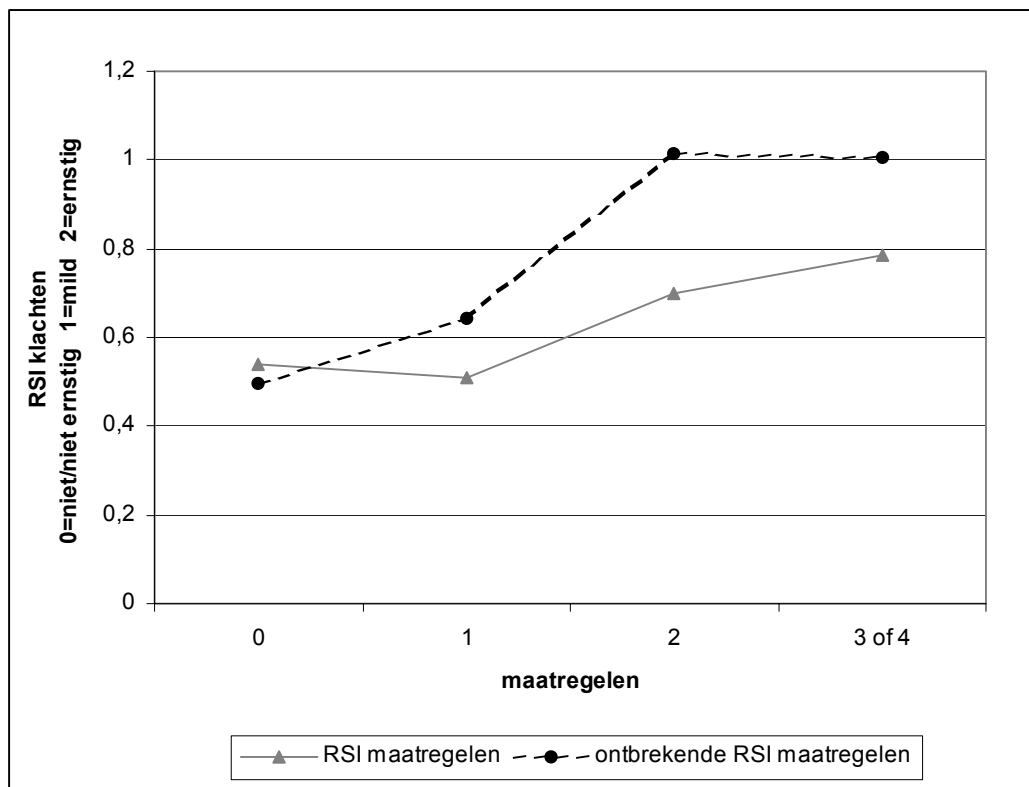
Figuur 5.6: Werkdrukmaatregelen en ernstige burnoutklachten



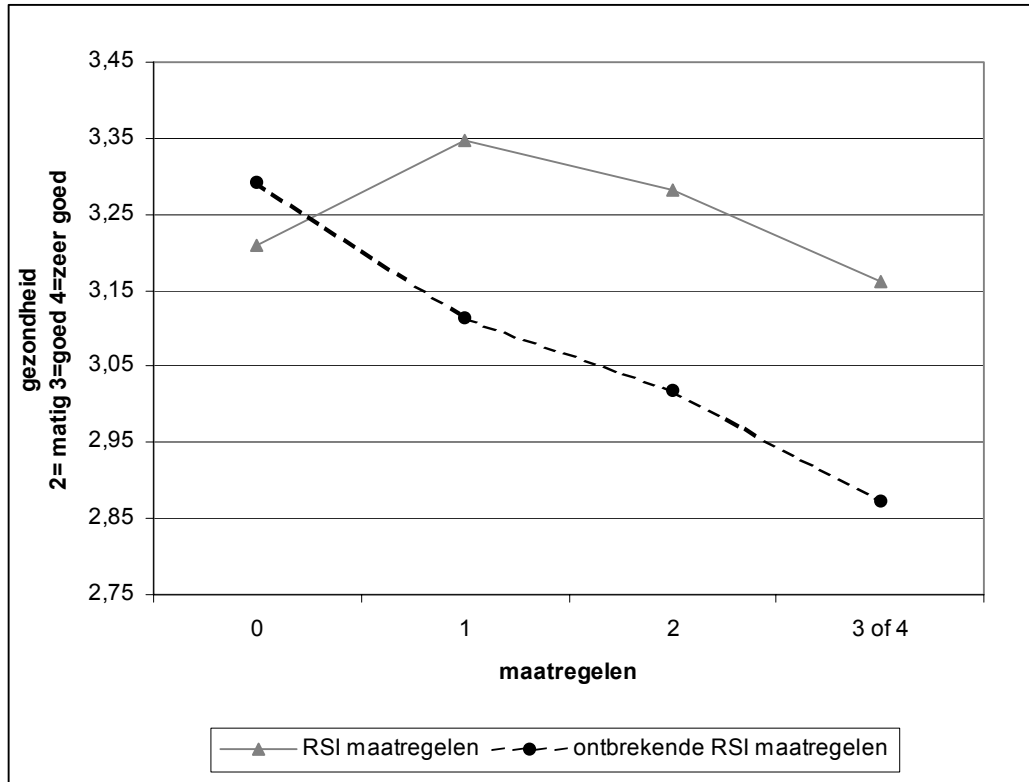
Figuur 5.7: Werkdrukmaatregelen en verzuim in het afgelopen jaar



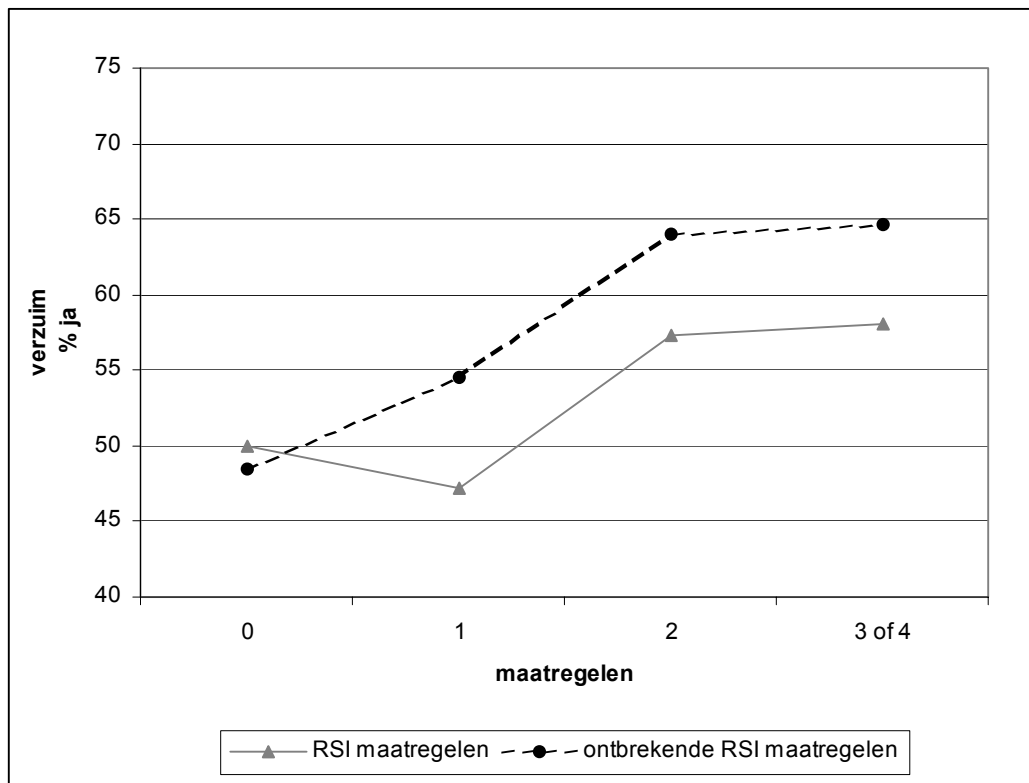
Figuur 5.8: Werkdrukmaatregelen en tevredenheid met het werk



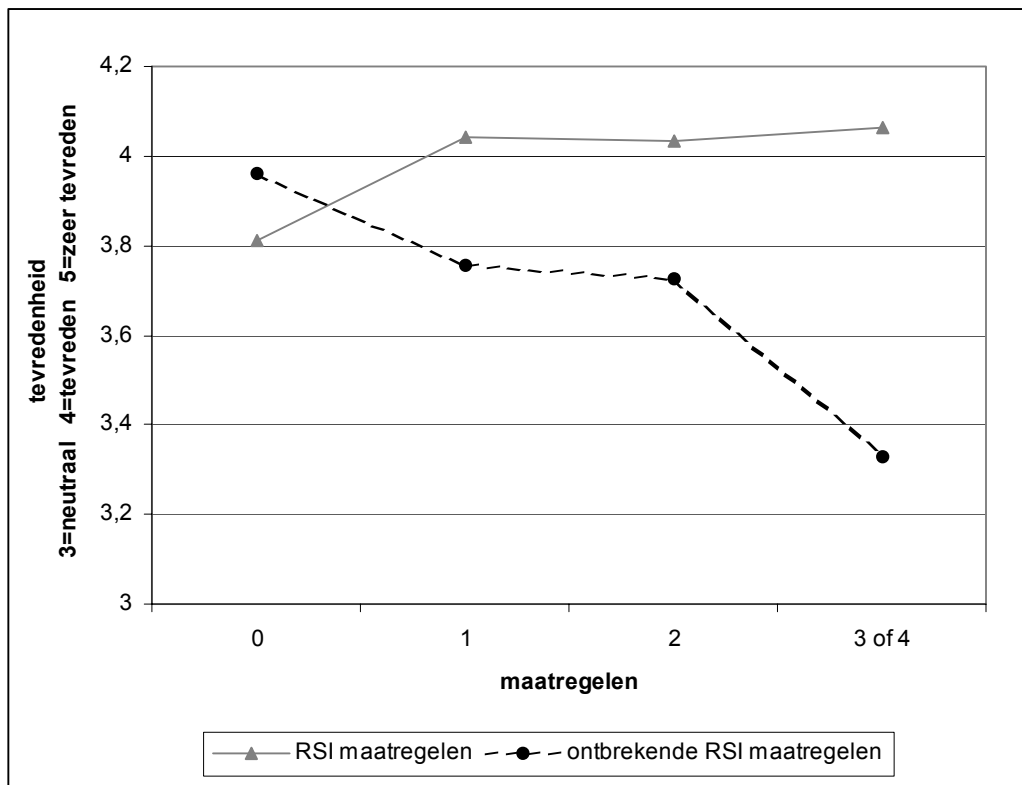
Figuur 5.9: RSI-maatregelen en RSI



Figuur 5.10: RSI-maatregelen en gezondheid



Figuur 5.11: RSI-maatregelen en verzuim in het afgelopen jaar



Figuur 5.12: RSI-maatregelen en tevredenheid met het werk

5.5.4 Maatregelen voor de reductie van RSI

Naast de maatregelen voor de reductie van werkdruk en stress is gevraagd naar maatregelen die zijn gericht op preventie en reductie van RSI-klachten. Ook dit zijn maatregelen die doorgaans voor individuele medewerkers worden genomen indien er sprake is van RSI-klachten. In tabel 5.4 staat weergegeven hoe vaak de verschillende maatregelen met betrekking tot preventie en reductie van RSI-klachten voorkomen. Relatief veel werknemers krijgen voorlichting over RSI en hebben een werkplek die aangepast is aan de lengte van de werknemer en de taken die hij/zij moet uitvoeren.

Tabel 5.4: RSI-maatregelen

	Ja	Nee, geen behoefte	Nee, wel behoefte
Voorlichting RSI klachten	27%	56%	18%
Takenpakket veranderd om RSI te verminderen	6%	81%	14%
Werk/pauzetijden aanpassen om RSI te verminderen	7%	82%	12%
Inrichting werkplek aangepast aan lengte en taken	27%	56%	17%

In de figuren 9 tot en met 12 is weergegeven hoe het aantal getroffen RSI-maatregelen en het aantal ontbrekende RSI-maatregelen waaraan wel behoefte was samenhangen met RSI-klachten, met gezondheid, met verzuim en met tevredenheid met het werk. In figuur 5.9 zien we dat

mensen voor wie de werkgever veel maatregelen met betrekking tot RSI heeft genomen, ernstiger RSI-klachten hebben dan mensen van wie de werkgever weinig maatregelen heeft genomen. De verklaring hiervoor is dat werknemers met veel klachten meer maatregelen van de werkgever krijgen aangeboden. In figuur 5.10 zien we dat werknemers voor wie één RSI-maatregel is getroffen positiever zijn over de eigen gezondheid dan mensen die geen RSI-maatregelen rapporteren of juist meerdere maatregelen rapporteren. Waarschijnlijk komt dat laatste doordat mensen voor wie meerdere maatregelen zijn getroffen, voorafgaand aan deze maatregelen meer last van RSI hadden dan de mensen die weinig of geen maatregelen hebben gehad. De ernstiger RSI-klachten zorgen er dan voor dat deze mensen negatiever over hun gezondheid zijn. Figuur 5.11 laat zien dat naarmate werknemers meer RSI maatregelen rapporteren, de kans groter is dat ze het afgelopen jaar verzuimd hebben. Tenslotte blijkt uit figuur 5.12 dat de tevredenheid met het werk iets toeneemt naarmate werknemers meer RSI-maatregelen rapporteren.

Verder blijkt uit deze figuren dat naarmate werknemers vaker aangeven dat er geen maatregelen zijn getroffen terwijl zij daar wel behoefte aan hadden, de RSI-klachten ernstiger zijn, het oordeel over de eigen gezondheid aanzienlijk slechter is, er meer sprake is van verzuim en de tevredenheid met het werk minder hoog is. Voor alle vier de figuren geldt dat mensen beter af zijn indien maatregelen voor hen zijn getroffen dan indien benodigde maatregelen ontbreken. Werknemers voor wie geen RSI maatregelen zijn getroffen terwijl zij daar wel behoefte aan hadden, zijn negatiever over hun eigen gezondheid, hebben ernstigere RSI-klachten, verzuimen vaker en zijn minder tevreden met hun werk dan mensen voor wie wel RSI-maatregelen zijn getroffen.

Al met al kan gesteld worden dat een goed gezondheidsbeleid samen lijkt te hangen met minder verzuim, een betere gezondheid en meer tevredenheid met het werk. Een kanttekening hierbij is dat we vooral een negatief effect hebben gevonden van het ontbreken van maatregelen waar behoefte aan is. We kunnen (nog) geen effect aantonen van maatregelen met betrekking tot alcoholgebruik, bewegen en roken op het gedrag dat de maatregelen beogen te beïnvloeden. Gezonde voeding op het werk aanbieden, lijkt er wel aan bij te dragen dat mensen vaker voldoende groente en fruit eten. Deze mensen voelen zich bovendien gezonder dan mensen die in een organisatie werken waar geen maatregel heeft plaatsgevonden. Maatregelen ten behoeve van het beheersen en terugdringen van werkdruk en stress en van RSI lijken bij te dragen aan het verminderen van respectievelijk werkdruk en burnoutklachten en van RSI-klachten. Bo-

vendien lijken dergelijke maatregelen de tevredenheid met de eigen gezondheid en het werk te vergroten. Het is plausibel dat maatregelen ten behoeve van het beheersen en terugdringen van werkdruk/stress en RSI uiteindelijk tot een betere gezondheid en een lager verzuim kunnen leiden. De vervolgmeting van het longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van arbo-, verzuim- en gezondheidsbeleid zal inzicht geven in welke mate maatregelen daadwerkelijk leiden tot verbeteringen in de gezondheid en een reductie van het verzuim.

5.6 Ieder bedrijf een goed gezondheidsbeleid?

Uit de literatuur en uit onze eigen studie komt naar voren dat er veel aanwijzingen zijn dat een goed gezondheidsbeleid leidt tot een reductie in het verzuim. Toch voeren lang niet alle werkgevers een goed gezondheidsbeleid. Pelgrim (2002) heeft in het rapport over GBW gekeken naar ontwikkelingen. Er wordt steeds meer aan gezondheidsbevordering gedaan, maar tegelijkertijd zijn er nog veel werkgevers die weinig weten van gezondheidsbevordering op de werkplek.

Belemmerende factoren die werkgevers noemen zijn tijd en geld, en te weinig informatie over gezondheidsbevordering. Werkgevers lijken dus nog onvoldoende in te zien dat investeringen (tijd en geld) in een goed gezondheidsbeleid zich op de lange termijn terug kunnen verdienen. Pelgrim concludeert dan ook het volgende: 'het lijkt erop dat men zich pas bezig houdt met gezondheidsbevordering op de werkplek als er een noodzaak is (hoog ziekteverzuim, etc.)'.

5.7 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we geprobeerd de vraag te beantwoorden in welke mate het voeren van een goed gezondheidsbeleid van werkgevers samenhangt met een betere gezondheid en een lager verzuim van werknemers. Deze vraag is relevant omdat werknemer, werkgever en de maatschappij als geheel er belang bij hebben dat werknemers een goede gezondheid hebben en zo min mogelijk verzuimen. Bovendien het is voor werkgevers van belang om te weten of hun investeringen in gezondheidsbeleid lonen.

Integraal gezondheidsmanagement is het meest omvattende gezondheidsbeleid: alle op de gezondheid gerichte activiteiten die voortkomen uit een goed arbo- en verzuimbeleid, HRM-beleid en gezondheidsbevordering op de werkplek vallen eronder. In dit hoofdstuk hebben we gekeken naar de effecten van gezondheidsbeleid als geheel en de effecten van

specifieke onderdelen ervan. We hebben enige ondersteuning gevonden voor de claim dat goed gezondheidsbeleid tot minder verzuim leidt. Werknemers die aangaven dat in hun bedrijf goed gezondheidsbeleid voert, verzuimden minder en waren positiever over hun gezondheid en tevredener met hun werk dan werknemers in bedrijven met weinig aandacht voor de gezondheid van medewerkers.

Maatregelen ter bestrijding van ongezond gedrag

In de kabinetsnota 'Langer gezond leven' (VWS, 2003) is terug te vinden dat 5 à 9% van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg het gevolg is van ongezond gedrag. Hier is dus aanzienlijke winst te behalen. VWS ziet een rol voor de werkgevers en spreekt werkgevers aan op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid. Werkgevers kunnen met behulp van een goed gezondheidsbeleid ongezond gedrag onder werknemers proberen te beïnvloeden. In onze studie hebben we gekeken naar maatregelen die werkgevers kunnen nemen om ongezond gedrag terug te dringen en gezond gedrag te bevorderen. We vinden nu nog weinig effect van maatregelen met betrekking tot het terugdringen/beheersen van alcoholgebruik en roken en het stimuleren van bewegen. Deze maatregelen lijken dan ook geen effect op het verzuim te hebben. Alleen het aanbieden van gezonde voeding lijkt er aan bij te dragen dat werknemers vaker voldoende groente en fruit eten, waardoor zij zich gezonder voelen en mogelijk ook minder verzuimen.

Ander onderzoek heeft wel evidentie gevonden voor het effect van maatregelen die ongezond gedrag proberen te beïnvloeden. Zo is gebleken dat het instellen van een rookvrije werkplek ertoe leidt dat mensen minder gaan roken, of zelfs helemaal stoppen (Brownson et al., 2002; Fichtenberg, 2002). Een rookvrije werkplek heeft bovendien een groter effect op het roken dan een accijnsverhoging op tabaksproducten (Fichtenberg et al., 2002). Ook het stimuleren van sporten lijkt effectief: het draagt er aan bij dat mensen meer gaan bewegen (Proper et al., 2003).

Interventies ter bestrijding van RSI en werkdruk

Ongeveer 40% van de beroepsbevolking heeft in meer of mindere mate last van RSI (TNO Arbeid persbericht, 2003). In veel arboconvenanten zijn dan ook afspraken gemaakt om het percentage werknemers dat last heeft van RSI om laag te brengen. In dit hoofdstuk hebben we gezien dat maatregelen die gericht zijn op de preventie of reductie van RSI kunnen helpen bij het omlaag brengen van RSI klachten en verzuim.

Hoge werkdruk komt ook veel voor onder de Nederlandse beroepsbevolking: 40% van de werkenden geeft aan regelmatig in een hoog tempo te moeten werken (Houtman, Smulders & Klein Hesselink, 2004). Een hoge werkdruk, met name in combinatie met weinig regelmogelijkheden in het werk (Karasek & Theorell, 1990) levert een gezondheidsrisico op. In deze studie hebben we gekeken naar de mogelijke positieve effecten die maatregelen met betrekking tot het voorkomen en beheersen van werkdruk en stress op kunnen leveren. De resultaten laten zien dat dit soort maatregelen eraan kunnen bijdragen dat minder mensen ernstige burnoutklachten ontwikkelen. Dit is winst, aangezien psychische klachten een risico vormen op langdurige en volledige uitval (VWS nota Langer Gezond Leven, 2003). De aanwijzingen voor de werkzaamheid van deze maatregelen die we in dit hoofdstuk hebben gepresenteerd, moeten verder onderbouwd worden met de bevindingen in de vervolgmetingen van de AVG-monitor. Door deze longitudinale data krijgen we meer inzicht in de effectiviteit van het gezondheidsbeleid en de gezondheidsbevorderende maatregelen van werkgevers.

Voorwaarden voor het slagen van gezondheidsbeleid

In dit hoofdstuk hebben we gezien wat het belang van een goed gezondheidsbeleid is. Het invoeren van gezondheidsbevorderende maatregelen is echter niet meteen een garantie op een goed gezondheidsbeleid. Gezondheidsbevorderende maatregelen moeten passen bij de context van de organisatie. Daarnaast is het belangrijk dat de implementatie goed verloopt. Van Vuuren, Smit, Van Gent en Andriessen (2001) stellen dat de effectiviteit van een gezondheidsbevorderende maatregel afhankelijk is van zowel de kwaliteit van de maatregel als de kwaliteit van het invoeringsproces. Belangrijke procesaspecten hierbij zijn communicatie, implementatie, monitoren en bijsturen. De onderzoekers onderstrepen daarnaast het belang van acceptatie van de maatregelen. Om de acceptatie van de maatregelen te vergroten is het belangrijk dat de werknemers betrokken zijn bij het formuleren en uitvoeren van het gezondheidsbeleid. Van Vuuren et al. hebben gevonden dat het niet zozeer de maatregelen zelf zijn, maar vooral de mate waarin werknemers bij de beleidsvorming worden betrokken, die er toe leidt dat werknemers het beleid positief waarderen. Bovendien vonden de onderzoekers dat werknemers die het gevoel hadden dat zij inspraak hadden elkaar vaker aanspraken op verzuim.

Ook is het van belang dat het management van een organisatie achter het beleid staat en het beleid ondersteunt. Het is bevorderlijk voor het succes van het gezondheidsbeleid als hiervoor een speciaal projectteam wordt

gevormd dat bestaat uit vertegenwoordigers van het management, de werknemers, personeelszaken en de arbodienst. Idealiter richt het gezondheidsbeleid zich op meerdere thema's tegelijk en houdt het rekening met combinaties van leefstijlelementen en omgevingselementen. Voorts dienen de gezondheidsbevorderende maatregelen aan te sluiten bij de behoeften van de werknemers, omdat anders het gevaar bestaat dat zij worden ervaren als betutteling of inbreuk op de persoonlijke levenssfeer (NIGZ, 2001; European Foundation, 1997).

Alles beziend, concluderen we dat een goed gezondheidsbeleid in potentie een krachtig instrument is om de gezondheid van werknemers te bevorderen en het verzuim te reduceren.

6 Discussie

Met het Profiel Arbeid en Gezondheid willen we inzicht geven in de relatie tussen arbeid en gezondheid. In de voorgaande hoofdstukken hebben we steeds een thema uit deze relatie tussen arbeid en gezondheid nader belicht. In het eerste hoofdstuk behandelden we trends in de gezondheid van werkenden en diverse groepen niet-werkenden. In het tweede hoofdstuk gingen we in op factoren die verschillen in gezondheid tussen werkenden en niet-werkenden kunnen verklaren en probeerden we meer inzicht te krijgen in de bijdrage van werk aan de gezondheid. In het derde hoofdstuk gingen we in op de arbeidsomstandigheden en de kwetsbaarheid van werkenden met een aandoening. In het vierde hoofdstuk behandelden we de effecten van bewegen en sporten op de gezondheid van werkenden en op bedrijfsrelevante uitkomsten zoals verzuim. In het vijfde hoofdstuk gingen we in op de effecten van werkgeversbeleid dat ten doel heeft om de gezondheid te bevorderen.

Uit het Profiel blijkt dat de relatie tussen arbeid en gezondheid complex en veelomvattend is. Bovenal is de relatie tussen arbeid en gezondheid tweezijdig: werken is van invloed op de gezondheid van de Nederlandse burgers en de gezondheid heeft invloed op de arbeidsparticipatie. In het Profiel Arbeid en Gezondheid hebben we getracht beide zijden van de relatie arbeid en gezondheid te belichten.

6.1 De invloed van arbeid op gezondheid

In het eerste hoofdstuk van het Profiel hebben we gekeken naar de zelfgerapporteerde gezondheid van mensen die betaald werk verrichten en drie groepen mensen zonder betaald werk: huisvrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten. Hieruit blijkt dat werkenden enigszins gezonder zijn dan huisvrouwen en veel gezonder dan werklozen en arbeidsongeschikten. Werkenden ervaren het minst vaak angst en depressieve gevoelens en zij hebben het minst last van psychosomatische klachten. Door de jaren heen zien we dat de ervaren gezondheid van werkenden stabiel is. Ongeveer 90% van de werkenden zegt dat de eigen gezondheid goed is. Bovendien blijken de verschillen in ervaren gezondheid tussen werkenden en niet-werkenden in de afgelopen jaren min of meer gelijk te blijven.

De gezondheidsverschillen tussen werkenden en niet-werkenden kunnen niet direct geïnterpreteerd worden als aanwijzing dat werken gezond is, omdat er veel verschillende alternatieve verklaringen mogelijk zijn. Deze

verschillen tussen de groepen zijn gedeeltelijk toe te schrijven aan verschillen in demografische kenmerken, zoals sekse, leeftijd en opleiding, aan het hebben van langdurige aandoeningen en aan verschillen in leefstijl. Daarnaast is het zo dat juist gezonde mensen aan het werk gaan of blijven, terwijl ongezonde mensen moeite hebben om een baan te vinden of om aan het werk te blijven. Dit is het zogenaamde *healthy worker effect* (McMichael et al., 1975).

Uit het tweede hoofdstuk blijkt dat het al dan niet hebben van betaald werk toch een rol speelt in de ervaren gezondheid. Wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in demografische kenmerken en het hebben van een chronische aandoening, zijn er nog steeds gezondheidsverschillen tussen de groepen werkenden en niet-werkenden. Daarbij moeten we echter aanmerken dat we niet weten welke elementen van het werk bijdragen aan deze goede gezondheid. Gaat het hier vooral om de betere financiële situatie van werkenden? Om de hogere sociale status van werkenden? Om de structuur die werk biedt aan het leven? Of zijn er nog andere elementen van betaald werk die de betere gezondheid van werkenden verklaren? Verder blijkt dat de rol van het niet hebben van betaald werk verschilt voor de drie groepen niet-werkenden. Voor huisvrouwen lijkt het niet hebben van betaald werk weinig van invloed te zijn op hun gezondheid. Voor arbeidsongeschikten en werklozen lijkt het gemis van een baan een negatiever effect te hebben op de gezondheid. Wellicht is het zo dat in onze samenleving het niet hebben van een baan meer geaccepteerd wordt als je huisvrouw bent dan als je werkloos of arbeidsongeschikt bent. Dit zou deels de slechtere ervaren gezondheid van werklozen en arbeidsongeschikten kunnen verklaren. Voor arbeidsongeschikten geldt daarnaast wellicht dat zij bewust of onbewust een slechtere gezondheid rapporteren omdat zij hun status als arbeidsongeschikte benadrukken.

Voor het gezonde effect van werken is het van belang dat het werk onder goede omstandigheden plaatsvindt. Ongunstige arbeidsomstandigheden, zoals werken in een statische houding en onder een grote werkdruk, kunnen in combinatie met weinig regelmogelijkheden leiden tot arbeidsgerelateerde aandoeningen. Zo heeft een groot deel van de werkenden last van RSI-klachten. Werk kan naast klachten aan het bewegingsapparaat ook bijdragen aan het ontwikkelen van psychische klachten, zoals burnoutklachten. Het is daarbij opvallend dat het overgrote deel van de werkenden enerzijds aangeeft dat hun gezondheid in het algemeen goed is, terwijl een substantieel deel van hen tevens aangeeft dat zij burnout- of RSI-klachten hebben. Dit geeft aan dat burnout- en RSI-klachten in veel

gevallen er niet toe leiden dat mensen hun gezondheid als geheel negatief beoordelen. Niettemin zijn psychische klachten en bewegingsapparaatklachten onder werkenden belangrijke oorzaken van langdurige uitval en arbeidsongeschiktheid en zijn derhalve zeker relevant. Het is mogelijk dat mensen met burnout- of RSI-klachten hun oordeel over hun gezondheid niet zozeer baseren op dergelijke klachten, maar dit oordeel relateren aan een veel breder scala aan mogelijke gezondheidsklachten. In vergelijking met bijvoorbeeld mensen met een ernstige, levensbedreigende ziekte beoordeelt een werkende met milde RSI-klachten de eigen algemene gezondheid wellicht als goed.

In dit kader is het van belang om te beseffen dat we in dit Profiel steeds onderzoek rapporteren waarin sprake is van zelfgerapporteerde gezondheid en zelfgerapporteerde gezondheidsklachten. In het algemeen levert dit een adequaat beeld op van de subjectieve beleving van de gezondheid. Oordelen over de eigen gezondheid kunnen echter onderhevig zijn aan bewuste en onbewuste vertekeningen in perceptie en presentatie. Het is zinvol om nader onderzoek te doen naar de rol is van dergelijke sociaal-psychologische processen. Het moge duidelijk zijn dat de zelfrapportage van de gezondheid niet noodzakelijkerwijs overeen zal komen met het oordeel van bijvoorbeeld een arts of met andere meer objectieve gezondheidsmaten. Het is afhankelijk van het doel van het onderzoek welke gezondheidsmaten het meest relevant zijn en de gebruikte maten bepalen de aard van uitspraken die gedaan kunnen worden. Dit betekent dat als we in dit Profiel spreken over een betere gezondheid van werkenden, we doorgaans bedoelen dat het subjectieve oordeel van werkenden over de eigen gezondheid positiever is dan dat van niet-werkenden.

Het derde hoofdstuk van het Profiel gaat in op de arbeidsomstandigheden van mensen met een aandoening. Ongunstige arbeidsomstandigheden vormen een gezondheidsrisico voor alle werkenden, maar dit is in grotere mate het geval voor werkenden met een (chronische) aandoening. Het is daarom opmerkelijk en enigszins verontrustend dat werkenden met een aandoening vaker blootgesteld zijn aan ongunstige arbeidsomstandigheden dan gezonde werkenden. Sociale steun van de leidinggevende en autonomie zijn belangrijk voor werkenden met een aandoening om verzuim en burnoutklachten tegen te gaan. Toch ervaren werkenden met een aandoening minder steun van de leidinggevende en minder autonomie in het werk dan werkenden zonder aandoening. Dit betekent dat deze relatief kwetsbare groep extra belast wordt en meer het risico loopt om langdurig uit te vallen dan werkenden zonder aandoening.

6.2 De invloed van gezondheid op arbeidsparticipatie

Gezonde mensen hebben vaker betaald werk dan mensen met een aandoening. Hoewel een bepaalde mate van gezondheid een voorwaarde is om te kunnen werken, is het voor veel mensen met een aandoening mogelijk om betaald werk te verrichten, ondanks de beperkingen die de aandoening met zich meebrengt. Daarbij is het echter wel van belang dat het werk wordt aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van mensen met een ziekte of aandoening. De bevindingen die wij in het derde hoofdstuk hebben gepresenteerd laten zien dat de werkomstandigheden van werkenden met een aandoening vaak juist minder goed zijn dan die van gezonde werkenden. Dit belemmert mensen met een aandoening om op gezonde wijze aan het werk te blijven.

In het vierde hoofdstuk komt naar voren dat werknemers die er een gezonde leefstijl op na houden een betere gezondheid hebben en minder verzuimen dan werknemers met ongezonde gewoonten. Daarbij hebben we vooral gekeken naar de invloed van bewegen en sporten op de gezondheid en naar de effecten van bedrijfsbewegingsprogramma's. De positieve effecten van bewegen en sporten op de gezondheid is overduidelijk aangetoond. Door een gebrek aan goed onderzoek naar bedrijfsbewegingsprogramma's, kunnen we echter nog geen definitieve conclusies trekken over de effecten van dergelijke programma's. Niettemin lijkt de kosten-baten balans van dergelijke programma's voor bedrijven positief te zijn. De kans is groot dat de winst voor een bedrijf in termen van preventie van verzuim groter is dan de kosten van een bedrijfsbewegingsprogramma. Bedrijfsbewegingsprogramma's die werknemers stimuleren om meer te bewegen kunnen ook een instrument zijn om de gezondheid te bevorderen. Bedrijfsbewegingsprogramma's kunnen leiden tot een reductie in bewegingsapparaatklachten en mogelijk hebben dergelijke programma's ook bedrijfsrelevante effecten, zoals een reductie in het ziekteverzuim. Tot op heden is er echter onvoldoende overtuigend bewijs dat ook deze positieve bedrijfsrelevante effecten optreden.

Gezondheidsgedrag van werknemers is primair de verantwoordelijkheid van de werknemer zelf. Maar ook werkgevers hebben een verantwoordelijkheid in het beschermen en bevorderen van de gezondheid van hun werknemers. Naast de wettelijke verplichtingen kan de werkgever activiteiten ondernemen om de gezondheid van de werknemers te bevorderen. Werkgevers kunnen kiezen uit een scala aan activiteiten, maatregelen en interventies om gezondheidsbevordering te bereiken. In het vijfde hoofdstuk gaan we in op diverse vormen van gezondheidsbeleid van werkge-

vers en de wijze waarop dergelijk beleid samenhangt met de gerapporteerde gezondheid van werknemers. Integraal gezondheidsmanagement is het meest omvattende gezondheidsbeleid: alle op de gezondheid gerichte activiteiten die voortkomen uit een goed arbo- en verzuimbeleid, HRM-beleid en gezondheidsbevordering op de werkplek worden geïntegreerd tot één samenhangend gezondheidsbeleid. De eerste meting van een longitudinaal onderzoek onder werknemers geeft enkele aanwijzingen dat dergelijk gezondheidsbeleid samenhangt met een lager verzuim. Meer definitieve uitspraken over de effecten van het beleid zijn echter pas mogelijk nadat we de werknemers meerdere keren hebben bevroegd. Werknemers die werken in een organisatie waar goed gezondheidsbeleid wordt gevoerd, zijn bovendien positiever over hun gezondheid en tevredener met hun werk.

Specifieke maatregelen met betrekking tot het voorkomen en beheersen van werkdruk en stress kunnen ertoe bijdragen dat mensen minder risico lopen om ernstige burnoutklachten en depressieve klachten te ontwikkelen. Dit is ook voor werkgevers van belang, aangezien psychische klachten relatief vaak leiden tot langdurige en volledige uitval. Specifieke maatregelen die gericht zijn op preventie en reductie van RSI kunnen helpen bij het omlaag brengen van RSI-klachten en verzuim.

Al met al kunnen we concluderen dat het hebben van betaald werk kan bijdragen aan een betere gezondheid, terwijl ongunstige arbeidsomstandigheden ook de gezondheid kunnen schaden. Tegelijkertijd is het zo dat een goede gezondheid belangrijk is voor de arbeidsparticipatie. Mensen met een aandoening verzuimen meer en vallen soms definitief uit het arbeidsproces. Vooral voor deze mensen met beperkingen als gevolg van gezondheidsproblemen is het daarom van belang dat de arbeidsomstandigheden optimaal zijn.

6.3 Aanbevelingen

In de verschillende hoofdstukken hebben we op basis van de bevindingen aanbevelingen gegeven voor de overheid (de ministeries van VWS en SZW), voor werkgevers en werknemers. Vanuit de overheid en de sociale partners is speciale aandacht voor de relatief slechte gezondheid van werklozen en arbeidsongeschikten geboden. Het verdient aanbeveling om beleid te ontwikkelen om de negatieve effecten van niet werken op de gezondheid te ondervangen. Dergelijk beleid kan bijvoorbeeld gericht zijn op het stigma en de sociale status van werklozen en arbeidsongeschikten of op de leefstijl en de dagindeling van deze groepen met een

slechte gezondheid. Als vooral de financiële situatie debet is aan ongezond gedrag, is het van belang om na te gaan hoe deze groepen (financieel of anderszins) ondersteund en gestimuleerd kunnen worden om bijvoorbeeld te sporten en te kiezen voor gezonde voeding. Momenteel richt de overheid zich vooral op het bevorderen van de arbeidsparticipatie van werklozen en arbeidsongeschikten. Het is aannemelijk dat het verrichten van arbeid ook de gezondheidstoestand van huidige werklozen en arbeidsongeschikten kan bevorderen. Het succes van dergelijk beleid hangt uiteraard af van de beschikbaarheid van passende banen met goede arbeidsomstandigheden voor deze groepen niet-werkenden. Het realiseren van passende banen voor langdurig werklozen en arbeidsongeschikten kan dan ook bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid en arbeidsparticipatie van deze groepen.

Wat betreft werkenden is het vooral van belang dat er voldoende aandacht blijft voor het ontstaan en de behandeling van bewegingsapparaatklachten (zoals RSI) en psychische klachten (zoals burnout). Dergelijke klachten zijn vaak werkgerelateerd en zijn verantwoordelijk voor een substantieel deel van de arbeidsongeschiktheid. Bovendien blijken RSI-klachten in toenemende mate voor te komen onder werkenden. Daarnaast kan de overheid werkgevers prikkelen om goed gezondheidsbeleid te voeren. Daarbij zijn vooral goede arbeidsomstandigheden voor chronisch zieken van belang, opdat deze kwetsbare groep goed en zoveel mogelijk met behoud van hun gezondheid kan functioneren op het werk.

Wat betreft de aanbevelingen voor werkgevers is het vooral van belang dat zij mensen met gezondheidsproblemen in staat stellen om passende arbeid te verrichten. Op deze manier kunnen werkenden met een aandoe-ning aan het werk blijven en kunnen arbeidsongeschikten aan het werk komen. Daarnaast is het ook raadzaam als werkgevers in bredere zin een goed gezondheidsbeleid opzetten en voeren om de gezondheid van werknemers te bevorderen en het verzuim te reduceren. Bewegingsstimulering, bijvoorbeeld door middel van bedrijfsgezondheidsprogramma's kan onderdeel uitmaken van een dergelijk goed gezondheidsbeleid.

Werkende en niet-werkende burgers zijn wellicht in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid en hun arbeidsparticipatie. Een manier om deze verantwoordelijkheid te nemen is het kiezen van een gezonde leefstijl: mensen met een gezonde leefstijl zijn daadwerkelijk gezonder, hebben meer kans op betaald werk en verzuimen minder dan mensen met gewoontes die de gezondheid schaden. Het is goed om mensen op deze verantwoordelijkheid te wijzen. Gedragsverandering is ech-

ter geen eenvoudige zaak: mensen zijn vaak niet in staat om ingesleten gewoontes te veranderen, zelfs als ze dat willen en zich voornemen (denk bijvoorbeeld aan de jaarlijkse goede voornemens van veel mensen om te stoppen met roken, te gaan sporten of af te vallen). Het lijkt dan ook van belang om met name kwetsbare groepen in de samenleving te ondersteunen opdat zij zelf meer greep krijgen op hun gezondheid en hun arbeids-situatie en in staat gesteld worden om hun verantwoordelijkheid op dit gebied te nemen.

7 Literatuur

- Aldana, S.G. (2001). Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion, 15*, 296-320.
- American College of Sports Medicine (2001). Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. Position Stand. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 33*, 2145-2156.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition, Text revision ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association 2000.
- Andries, F. & Kremer, A.M. (2000). *Op de voet gevolgd. Werken met een neuromusculaire aandoening*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Andries, F., Kremer, A.M., Hoogendoorn, W.E., Wevers, C.W. & Putten, D.J. van (2004). Working with a chronic disorder the development of the Work and Handicap Questionnaire. *International Journal of Rehabilitation Research, 27*, 37-44.
- Baanders, A.N., Andries, F., Rijken, P.M. & Dekker, J. (2001). Work adjustments among the chronically ill. *International Journal of Rehabilitation Research, 24*, 7-14.
- Beckers, I., Besseling, J. & Smits, A. (2004). *Arbeidsgehandicapten 2002. Arbeidssituatie van mensen met een langdurige aandoening*. Heerlen/Hoofddorp: CBS & TNO Arbeid.
- Beer, P.T. de (2001). *Over werken in de postindustriële samenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Berlin, J.A. & Colditz, G.A. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology, 132*, 612-628.
- Bernaards, C.M., Jans, M.P., Heuvel, S.G. van den, Houtman, I.L.D. & Bongers, P.M. Can strenuous leisure time physical activity prevent psychological complaints in a working population? *Occupational and Environmental Medicine*, (in press).

- Besseling, J. Arbeidsomstandigheden van gezonde en arbeidsgehandicapte werknemers vergeleken. (submitted)
- Bijl, R.V. & Rijk, C. de (2001). Welke factoren beïnvloeden de kans op depressie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidstoestand/Ziekten en aandoeningen/Psychische stoornissen/Depressie. Beschikbaar op:
http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1280n17537.html
- Blatter, B.M. & Bongers, P.M. (1999). *Work related neck and upper limb symptoms (RSI): high risk occupations and risk factors in the Dutch working population* Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Blatter, B.M., Heuvel, S.G. van den, Bongers, P.M., Picavet, H.S.J. & Schoemaker, C.G. (2001). *De omvang van verzuim en arbeidsongeschiktheid door RSI*. Doetinchem: Elsevier bedrijfsinformatie.
- Bossche, S.N.J. van den & Houtman, I.L.D. Work stress interventions and their effectiveness: a literature review (intern rapport). Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
- Brownson, R., Hopkins, D. & Wakefield, M.A. (2002). Effects of smoking restriction in the workplace. *Annual Review of Public Health*, 23, 338-48.
- Buunk, B.P. & Ybema, J.F. (1997). Social comparison and occupational stress: The identification-contrast model. In B.P. Buunk & F. X. Gibbons (Eds.), *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 359-388). Mahwah, USA: Lawrence Erlbaum.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2002). *Arbeidsomstandigheden 2002 monitoring via personen* Heerlen: CBS/SZW.
- Chapman, L. (2003). Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. *Art of Health Promotion Newsletter*, 6.
- Chorus, A.M.J. (2004). *Rheumatic patients at work*. Leiden: Universiteit van Leiden.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

- Department of Health, P.A.H.I.a.P. (2004). *At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer.*
- Dishman, R.K., Oldenburg, B., O'Neal, H. & Shephard, R.J. (1998). Worksite physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 344-361.
- Donders, N.C.G.M., Roskes, K. & Gulden, J.W.J. van der (2005). Vermoeidheid, emotionele uitputting en ervaren gezondheidsklachten in relatie tot werkaspecten bij werknemers met en zonder chronische ziekte. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 83, 25-33.
- Dorn, J., Vena, J., Brasure, J., Freudenheim, J. & Graham, S. (2003). Lifetime physical activity and breast cancer risk in pre- and postmenopausal women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35, 278-285.
- Durstine, J.L., Grandjean, P.W., Davis, P.G., Ferguson, M.A., Alderson, N.L. & DuBose, K.D. (2001). Blood lipid and lipoprotein adaptations to exercise: a quantitative analysis. *American Journal of Sports Medicine*, 31, 1033-1062.
- Eriksen, H.R., Ihlebaek, C., Mikkelsen, A., Grønningsæter, H., Sandal, G.M. & Ursin, H. (2002). Improving subjective health at the worksite: a randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occupational Medicine*, 52, 383-391.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1997). *Preventing absenteeism at the workplace research summary* Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Fichtenberg, C. & Glantz, S.A. (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 188-191.
- Foets, M. & Sixma, H. (1991). *Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Basisrapport. Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie* Utrecht: NIVEL.

- Gibbons, F.X. & Gerrard, M. (1997). Health images and their effects on health behavior. In B.P. Buunk & F. X. Gibbons (Eds.), *Health, coping, and well-being* (pp. 63-94). Mahwah, USA: Lawrence Erlbaum.
- Golaszewski, T., Snow, D., Lynch, W. et al. (1992). A benefit-to-cost analysis of a worksite health promotion program. *Journal of Occupational Medicine*, 34, 1164-1172.
- Graaf, R. de, Bijl, R.V., Spijker, J., Beekman, A.T.F. & Vollebergh, W.A.M. (2003). Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38, 1-11.
- Grønningsæter, H., Hytten, K., Skauli, G. et al. (1992). Improved health and coping by physical exercise or cognitive behavioral stress management training in a work environment. *Psychology and Health*, 7, 147-163.
- Gründemann, R., Piek, P., Zwetsloot, G., Scheppingen, A. van, Raaijmakers, T. & Vaandrager, L. (2003). *Integraal GezondheidsManagement (IGM) Methodiek in ontwikkeling* Hoofddorp: TNO Arbeid/NIGZ.
- Gundewall, B., Liljeqvist, M. & Hansson, T. (1993). Primary prevention of back symptoms and absence from work. A prospective randomized study among hospital employees. *Spine*, 18, 587-594.
- Halpern, M.T., Shikiar, R., Rentz, A.M. & Khan, Z.M. (2001). Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. *Tobacco Control*, 10, 233-238.
- Heijmans, M.J.W.M., Spreeuwenberg, P. & Rijken, P.M. (2005). Patiëntenpanel Chronisch Ziekten: Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2004. Utrecht: NIVEL. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 256-264.
- Heuvel, S.G. van den, Boshuizen, H.C., Hildebrandt, V.H., Blatter, B.M., Ariëns, G.A.M. & Bongers, P.M. (2003). Sporten, type werk, arbeidsverzuim en welbevinden: resultaten van een 3-jarige follow-up studie. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 256-264.

- Heuvel, S.G. van den, Heinrich, J., Jans, M.P., Beek, A.J. van der & Bongers, P.M. (2005). The effect of physical activity in leisure time on neck and upper limb symptoms. *Preventive Medicine*, 41, 260-267.
- Hildebrandt, V.H., Proper, K.I. & Urlings, I.J.M. (2002). Lichamelijke activiteit, fitheid en gezondheid van werkenden. Resultaten van de Nationale Gezondheidstest 1999-2000. In W.T.M. Ooijendijk, V.H. Hildebrandt & M. Stiggelbout (Eds.), *Tendrapport Beweging en Gezondheid 2000/2001* (pp. 25-38). Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hoff, S. & Jehoel-Gijsbers, G. (1998). *Een bestaan zonder baan. Een vergelijkende studie onder werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden (1974-1995)*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Houtman, I.L.D. & Vroome, E.M.M. de (2001). *Arbeidsrisico's, gezondheidsklachten en ziekteverzuim in branches: secundaire analyses op de POLS 1997, 1998 en 1999*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Houtman, I.L.D. (2002). Met welke ziekten en aandoeningen hangt arbeid samen? www.nationaalkompas.nl. Beschikbaar op: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2594n19398.html
- Houtman, I.L.D., Smulders, P.G.W. & Klein Hesselink, D.J. (2004). *Trends in Arbeid 2004*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Janer, G., Sala, M. & Kogevinas, M. (2002). Health promotion trials at worksites and risk factors for cancer. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 28, 141-157.
- Jettinghoff, K., Vroome, E. de, Smulders, P. & Bossche, S. van den (2004). Oorzaken van ziekteverzuim bij vrouwen: werk, persoon, gezondheid of thuissituatie. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 20, 140-151.

- Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Kemper, H.C.G., Ooijendijk, W.T.M. & Stiggelbout, M. (2000). Consensus over de Nederlandse norm voor gezond bewegen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 180-183.
- Kerkhofs, M.J.M. & Lindeboom, M. (1997). Subjective health measures and state dependent reporting errors. *Health Economics*, 4, 221-237.
- Kerr, J.H. & Vos, M.C.H. (1993). Employee fitness programmes, absenteeism and general well-being. *Work Stress*, 7, 179-190.
- Klerk, M.M.Y. de (2000). *Rapportage gehandicapten 2000. Arbeidsmarktpositie en financiële situatie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Koningsveld, E.A.P. & Mossink, J.C.M. (1997). *Kerncijfers maatschappelijke kosten van arbeidsomstandigheden in Nederland*. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. NIA-TNO. Den Haag: Vuga.
- Koomen, W. & Hoorens, V. (1991). Zelf-conceptie en cognitie. In N.K. deVries & J. van der Pligt (Eds.), *Cognitieve sociale psychologie* (pp. 179-206). Meppel: Boom.
- Kremer, A.M., Wevers, C.W.J. & Andries, F. (1997). *Werken met multiple sclerose*. Amsterdam: NIA-TNO.
- Kremer, A.M., Chorus, A.M.J. & Wevers, C.W.J. (2002). *Kanker en werk*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Kremer, A.M. (2003). *COPD and work*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Kuijer, A.M., Ybema, J.F., Buunk, B.P., Jong, G.M. de, Thijs-Boer, F. & Sanderman, R. (2000). Active engagement, protective buffering, and overprotection: Three ways of giving support by intimate partners of patients with cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 256-275.

- Lee, C.D., Folsom, A.R. & Blair, S.N. (2003). Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke*, 34, 2475-2481.
- Lindert, H. van, Droomers, M. & Westert, G.P. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.
- Lucht, F. & Picavet, H.S.J. (2004). Sociaal-economische verschillen in leefstijl. In *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Lynch, J., Helmrich, S.P., Lakka, T.A., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Salonen, R. et al. (1996). Moderately intense physical activities and high levels of cardiorespiratory fitness reduce the risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in middle-aged men. *Archives of Internal Medicine*, 156, 1307-1314.
- Maas, I.A.M., Gijssen, R., Lobbezoo, I.E. & Poos, M.J.J.C.R. (1997). *Volksgezondheid Toekomstverkenning 1997; 1: De gezondheidstoestand: een actualisering*. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Mackenbach, J.P. & Verkleij, H. (1997). *Volksgezondheid toekomstverkenning 1997 II. Gezondheidsverschillen*. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/ De Tijdstroom.
- Manson, J.E., Rimm, E.B., Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Willett, W.C., Krolewski, A.S. et al. (1991). Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. *Lancet*, 338, 774-778.
- McMichael, A., Haynes, S. & Tyroler, H. (1975). Observations on the evaluation of occupational data. *Journal of Occupational Medicine*, 17, 128-131.
- Miedema, M., Thé, K. & Blatter, B. (2003). *Werkboek RSI (Werkboeken Arboconvenant Gemeenten2)*. Den Haag: Stichting A+O fonds Gemeenten.

- Miller, W.C., Koceja, D.M. & Hamilton, E.J. (1997). A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 21, 941-947.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). *Sport, bewegen en gezondheid. Naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en beweging*. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). Overzicht van ervaren knelpunten door mensen met beperkingen (gehandicapten, chronisch zieken). Bijlage bij: Gelijke behandeling in de praktijk. Visie en maatregelen voor mensen met beperkingen, zorg dat het gebeurt!
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003). *Langer gezond leven: Ook een kwestie van gezond gedrag*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- National Heart, Lung and Blood Institute (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. *Obesity Research*, 6 (suppl. 2), 51S-209S.
- NIGZ (2001). Factsheet gezond leven: Gezondheidsbevordering op de werkplek. www.gbw.nl. Beschikbaar op:
http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=9556&VolgNr=1
- Nispen, R.M.A. van, Rijken, P.M. & Heijmans, M.J.W.M. (2003). *Leven met een zeldzame chronische aandoening*. Utrecht: NIVEL.
- Nurminen, E., Malmivaara, A., Ilmarinen, J., Ylostalo, P., Mutanen, P., Ahonen, G. et al. (2002). Effectiveness of a worksite exercise program with respect to perceived work ability and sick leaves among women with physical work. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 28, 85-93.
- Paffen, M.J.A. (1997). *Stress preventie*. Uitgeverij Kluwer B.V.

- Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C. et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273, 402-407.
- Pelgrim, S. (2002). *Gezondheidsbevordering op de werkplek*. Amsterdam: NIPO.
- Pelletier, K.R. (2001). A review and analysis of the clinical- and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1998-2000 update. *American Journal of Health Promotion*, 16, 107-116.
- Perkiö-Mäkelä, M. (1999). Influence of exercise-focused group activities on the physical activity, functional capacity and work ability of female farmers - a three year follow up. *International Journal of Occupational Safety Ergonomics*, 381-394.
- Perkiö-Mäkelä, M. (2001). Exercise and ergonomics-focused group counseling among female farmers. *Occupational Ergonomics*, 239-250.
- Petersen, A. van, Vonk, M. & Bouwmeester, J. (2004). *Onbekend maakt onbemind*. Leiden: Research voor Beleid.
- Popma, J. (2005). *Werkgerelateerde sterfte in Nederland*. Amsterdam: Stichting FNV pers.
- Powell, K.E., Thompson, P.D., Caspersen, C.J. & Kendrick, K.S. (1987). Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annual Review of Public Health*, 281-287.
- Pronk, N.P., Martinson, B., Kessler, R.C., Beck, A.L., Simon, G.E. & Wang, P. (2004). The association between work performance and physical activity, cardiorespiratory fitness, and obesity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 19-25.
- Pronk, N.P.W.R.R. (1994). Physical activity and long-term maintenance of weight loss. *Obesity Research*, 587-599.

- Proper, K.I., Staal, B.J., Hildebrandt, V.H., van der Beek, A.J. & van Mechelen, W. (2002). Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 28, 75-84.
- Proper, K.I., Koning, M., van der Beek, A.J., Hildebrandt, V.H., Boscher, R.J. & van Mechelen, W. (2003). The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 13, 106-117.
- Proper, K.I., van der Beek, A.J., Hildebrandt, V.H., Twisk, J.W. & van Mechelen, W. (2004). Worksite health promotion using individual counselling and the effectiveness on sick leave; results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 275-279.
- Proper, K.I., Bruyne, M.C. de, Hildebrandt, V.H., Beek, A.J. van der, Meerding, W.J. & Mechelen, W. van (2004). Costs, benefits and effectiveness of worksite physical activity counseling from the employer's perspective. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 30, 36-46.
- Quick, J.C. & Tetrick, L.E. (2003). *Handbook of occupational health psychology*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Robbins, A.S., Fonseca, V.P., Chao, S.Y., Coil, G.A., Bell, N.S. & Amoroso, P.J. (2000). Short term effects of cigarette smoking on hospitalization and associated lost workdays in a young health population. *Tobacco Control*, 9, 389-396.
- Roelofs, P.D.D.M. (2002). *R.S.I. en persoonsgebonden factoren. Een oriënterende studie*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Sanders, J. & Ybema, J.F. (2004). *Gezonde werknemers: Eerste meting Arbo-, Verzuim- en Gezondheidsmonitor*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Schaufeli, W. (1988). *Unemployment and psychological health: An investigation among Dutch professionals*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

- Schaufeli, W. (1995). *Utrechtse Burnout Schaal (UBOS): handleiding*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Schaufeli, W. & Dierendonck, D. van (2000). *Utrechtse Burnout Schaal: handleiding (UBOS 2000)*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Scheppingen, A. van, Zwetsloot, G. & Koningsveld, E. (2004). *De Businesscase voor Integraal GezondheidsManagement - ontwikkeling van een interactieve methodiek*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Schoemaker, C., Rigter, H., Graaf, R.D. & Cuijpers, P. (2002). *Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid Jaarbericht 2002*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Shephard, R.J. (1996). Worksite fitness and exercise programs: a review of methodology and health impact. *American Journal of Health Promotion, 10*, 436-452.
- Smit, J. (1999, October). Duurdere zorg. *Index*, 8-9.
- Smulders, P. & Bossche, S. van den (2004). *Eerste resultaten Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2003*, TNO Arbeid. Amsterdam: PlantijnCasparie.
- Smulders, P.G.W. (1997). De gezondheid van werkenden en niet-werkenden vergeleken. In P.G.W. Smulders & J. M. J. Op de Weegh (Eds.), *Arbeid en Gezondheid: Risicofactoren* (pp. 55-65). Utrecht: Elsevier.
- Spreeuwers, D., Kuijer, P., Sluiter, J., Pal, T., Sorgdrager, B., Laan, G. van der et al. (2004). *Signaleringsrapport beroepsziekten*. Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.
- Steenbeek, R. & Vuuren, C.V. van (2004). *Determinanten van verzuim in relatie tot een chronische aandoening en/of arbeidshandicap*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Stichting van de Arbeid & Brancheorganisatie Arbodiensten (2002). *'En morgen gezond weer op!'. Over gezondheidsbeleid in ondernemingen en de relatie tussen onderneming en arbodienst*.

- Terpstra, S.J. & Schreuder, R.F. (2002). *Daar kun je Donner op zeggen*. Zoetermeer: STG.
- Thompson, S.C. & Pitts, J.S. (1992). In sickness and in health: Chronic illness, marriage, and spousal caregiving. In S. Spacapan & S. Os-kamp (Eds.), *Helping and being helped: Naturalistic studies*. Newbury Park, CA: Sage.
- Thune, I. & Furberg, A.S. (2001). Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33, S530-S550.
- TNO Arbeid (2003). *40 procent beroepsbevolking heeft RSI-klachten*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention & National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (1996). *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta (GA).
- Urlings, I.J.M., Proper, K.I., Hildebrandt, V.H. & Backx, F.J.G. (1999). "Sport in beeld" van het MKB. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 111-115.
- UWV (2004). *Maandoverzicht arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (voorlopige cijfers) juni 2004*. Amsterdam: Uitkeringsorgaan Werknemers Verzekeringen.
- Veerman, T.J., Molenaar, P.G.M., Burg, C.L. van der & Hoffius, R. (2004). *De Meerwaarde van het Arboconvenanten-Aanpak*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Venema, A. & Bloemhoff, A. (2004). *Ongevallenmonitor 2002*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Vries, S. de (2000). Burnout, oorzaken en signalen. *Maatwerk, vakblad voor maatschappelijk werk*, nr. 2, april 2000.
- Vuuren, C.V. van, Smit, A.A., Gent, M.J. van & Andriessen, S. (2001). *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Deel 1: Overzicht van de resultaten*. Den Haag: OSA Servicecentrum Uitgevers.

- Wannamethee, S.G. & Shaper, A.G. (2001). Physical activity in the prevention of cardiovascular disease: an epidemiological perspective. *Sports Medicine*, 31, 101-114.
- Wannamethee, S.G., Shaper, A.G. & Walker, M. (2001). Physical activity and risk of cancer in middle-aged men. *British Journal of Cancer*, 85, 1311-1316.
- Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (PEMBA), (1998).
- Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (2003).
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2000). *Doorgroei van Arbeidsparticipatie*, Den Haag.
- Whelton, S.P., Chin, A., Xin, X. & He, J. (2002). Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Annals of Internal Medicine*, 136, 493-503.
- Zeelen, J. (1996). Wat valt er te leren van de arbeidsproblemen van psychiatrische cliënten. In P. Baart, G. Roerink, & M. Selie (Eds.), *Gezondheidsbevordering op de werkplek. Toekomstig element van bedrijfsvoering*. Amsterdam: NIA / Centrum gezondheidsbevordering op de werkplek.