

Gezondheid als randvoorwaarde voor arbeidsparticipatie

door Dick van Putten

1 Inleiding

In het hoofdstuk *De participatiestaat in 2020* zijn vier recente toekomstverkenningen kort samengevat. Het gaat om visies van het kabinet-Balkenende II, het CPB, de SER en de WRR over de toekomst van de sociale zekerheid en het arbeidsmarktbeleid. Uit het hoofdstuk blijkt dat, hoewel deze partijen verschillende accenten leggen, zij allen het belang van arbeidsparticipatie onderstrepen. De toekomstige vergrijzing, het bevorderen van de zelfredzaamheid van burgers en het versterken van de sociale cohesie in een steeds diverser wordende maatschappij doet steeds meer partijen concluderen dat we van een verzorgingsstaat naar een participatiestaat moeten groeien.

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of en hoe gezondheid en gezondheidszorg daar de komende jaren een bijdrage aan kunnen leveren.

De samenhang tussen arbeid, gezondheid en welvaart

Uit de literatuur komt naar voren dat er een sterke samenhang bestaat tussen enerzijds gezondheid en gezondheidszorg en anderzijds welvaart. De economische waarde van gezondheid wordt geschat op 75.000 à 162.000 dollar per gewonnen levensjaar (Hollander et al, 2006). Investerings in gezondheid kunnen een kwart van de gestegen arbeidsproductiviteit verklaren (Theeuwes, 2007).

Eén van de factoren die bijdraagt aan de toegenomen volksgezondheid is de gezondheidszorg. Een vergelijking van de uitgavenstijging voor gezondheidszorg met de welvaartstoename die kan worden toegeschreven aan die gezondheidszorg, laat een aanzienlijk rendement zien. De kosten voor gezondheidszorg vertalen zich in ruime mate als baten voor de welvaart (Hollander et al, 2006).

Onderzoek aan de hand van individuele gegevens naar verschillen in gezondheid van werkenden en niet-werkenden geeft aan dat de mate van gezondheid meebepalend is voor het hebben van betaald werk. Betaald werk draagt vervolgens bij aan het behoud en bevorderen van een goede gezondheid. Geen betaald werk hebben – werkloosheid – heeft een negatief effect op de gezondheid. Het is echter onduidelijk welke elementen van betaald werk, respectievelijk geen betaald werk hebben, bijdragen aan deze effecten: sociale status, inkomen, leefstijl (Ybema en Evers, 2005).

Gezondheid en werk: de kosten van ongezondheid

Ongezondheid van werkenden gaat gepaard met hoge kosten. Daarbij geldt dat de indirecte kosten van arbeidsuitval een veelvoud zijn van de directe zorgkosten. De

zorgkosten die samenhangen met alle werkgerelateerde aandoeningen bedragen 7,3% (ruim 900 miljoen euro, 2001) van de totale maatschappelijke kosten van arbeidsomstandigheden. Die bedroegen in 2001 in totaal 13 miljard euro, zo'n 3.0% van het BBP in dat jaar. De indirecte kosten die samenhangen met verzuim- en arbeidsongeschiktheidskosten bedragen 64% van alle maatschappelijke kosten (Koningsveld et al, 2003). Recente onderzoeken bevestigen dit beeld, zie tabel 1.

Tabel 1. *Zorgkosten en arbeidsgerelateerde kosten per jaar voor enkele aandoeningen*

	Zorgkosten x miljoen euro	Arbeidskosten x miljoen euro
Depressie (Nationale Denktank, 2006)	670	3800
Psychosociale arbeidsbelasting (Blatter et al, 2005)	1025	3045
RSI (Blatter et al, 2005)	119	2007

De Toekomst

In de komende jaren zal blijvend aandacht besteed moeten worden aan de afstemming tussen enerzijds arbeid en arbeidsomstandigheden en anderzijds de gezondheid en gezondheidszorg. Een goede afstemming draagt substantieel bij aan de preventie van ziekte, kostenbeheersing en de welvaart.

2 Arbeid en gezondheid

In deze paragraaf gaan we nader in op de bijdrage van arbeid aan (on)gezondheid. Ook proberen we een beeld te krijgen van recente trends in arbeidsrisico's en arbeidsgerelateerde ziektematen. Aan het slot van de paragraaf bekijken we wat bekend is over toekomstige arbeidsrisico's.

Beroepsziekten

In 2005 zijn in Nederland 6335 meldingen van beroepsziekten gedaan, waarvan er 5740 geaccepteerd zijn door het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) (Spreeuwers et al, 2006). Aandoeningen van het bewegingsapparaat en psychische aandoeningen nemen daarvan 40% respectievelijk 23 % voor hun rekening. Bij de aandoeningen van het bewegingsapparaat doet zich een opvallend sterke daling voor van het aantal meldingen van RSI: van 3011 in 2000 naar 1257 in 2005. Bij psychische aandoeningen heeft 78% van de meldingen betrekking op overspannenheid en burnout. Het posttraumatische stresssyndroom (PTSS) neemt 5% van alle psychische beroepsziekten voor haar rekening en depressie 6%.

Het NCvB geeft aan dat haar cijfers geen volledig beeld geven. Op grond van extrapolaties van onderzoeksgegevens verwacht het NCvB dat het werkelijke aantal nieuwe beroepsziekten per jaar ten minste 30.000 bedraagt. Afhankelijk van de 'maatschap-

pelijke' druk om te komen tot een volledige registratie, zal het aantal geregistreerde beroepsziekten de komende jaren fors hoger kunnen uitkomen.

Werkgerelateerde sterfte

Volgens een conservatieve schatting overlijden per jaar 2635 mensen ten gevolge van het werk. Op basis van een ruimere schatting bedraagt dit aantal 5545. Dit laatste getal komt overeen met een door het NCvB uitgevoerde extrapolatie op basis van gegevens uit Finland. Die kwam voor Nederland uit op 5500 werkgerelateerde sterfgevallen. Verreweg de belangrijkste groepen aandoeningen zijn kanker (1000-3000 sterfgevallen) gevolgd door long- en luchtwegenziekten (300-1200 sterfgevallen) en hart- en vaatziekten (300-800 sterfgevallen) (Popma, 2005).

Door de toenemende omvang van de dienstensector en afname van de industrie en landbouw zal de aard van de werkgerelateerde sterfte in de toekomst gaan veranderen. Sterfte aan hart- en vaatziekten en suïcide kunnen in de nabije toekomst toenemen bij een toenemende werkdruk, agressie en geweld op het werk, reorganisaties en ontslagdreiging.

Wat betreft de sterfte aan arbeidsgebonden infectieziekten zijn er recent sprekende voorbeelden van incidentele gebeurtenissen geweest. De vogelgriep en SARS zijn nieuwe risico's voor werknemers die beroepshalve betrokken zijn bij uitbraken van deze aandoeningen.

Werkgerelateerde arbeidsongeschiktheid

De WAO-instroom is sinds 2002 sterk aan het dalen, terwijl de uitstroom al sinds 1998 toeneemt. Hierdoor neemt het totale volume sinds 2002 in een snel tempo af. De gewijzigde wet- en regelgeving speelt hierbij een overheersende rol. De voornaamste oorzaken van WAO-intrede zijn al sinds vele jaren psychische aandoeningen (30% van instroom in 2004; dat was ruim 35% in 2002) en aandoeningen van het bewegingsapparaat (21 % van de instroom in 2004 tegen ruim 25% in 2002) (Houtman et al, 2006). De mate waarin arbeidsongeschiktheid gerelateerd is aan werk verschilt sterk tussen diagnosegroepen: 57% voor huidziekten, 47% voor aandoeningen van luchtwegen en longen, 44% voor psychische aandoeningen, 40% voor aandoeningen van het bewegingsapparaat (Koningsveld et al, 2003).

De recentste cijfers over 2006, het eerste jaar van de WIA, laten zien dat er aanzienlijke wijzigingen optreden in de instroom (Kenniscentrum UWV, 2007). De totale instroom in de WIA is aanzienlijk verlaagd: circa. 50% van de aanvragen wordt afgewezen, waarmee de instroom in 2006 naar verwachting ongeveer 20.000 werknemers bedraagt. Er melden zich aanzienlijk minder mensen aan de WIA-poort dan voorheen aan de WAO-poort. Ook blijkt dat werknemers met psychische aandoeningen en aandoeningen van het bewegingsapparaat vooral terechtkomen in de WGA – en veel minder in de IVA-regeling voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten.

Werkgerelateerd verzuim

In het afgelopen decennium vertoont het ziekteverzuim in Nederland een golvend patroon. Lag het ziekteverzuim in 1993 iets boven de 6%, in de periode 1994-1998 daalde het tot onder de 5%, steeg daarna in de periode 1999-2002 tot zo'n 5,5%, waarna weer een daling optrad tot 4,6% in 2004. Dit zijn trendcijfers exclusief zwangerschap. Koningsveld et al (2003) geven een expertschatting van de werkgerelateerde bijdrage aan de verschillende diagnosegroepen. Diagnosegroepen met het grootste percentage werkgerelateerdheid zijn: aandoeningen van het bewegingsapparaat (45%) en psychische stoornissen (40%).

Werknemers zelf relateren in 75% van de gevallen het verzuim niet aan de arbeidssituatie. Dit niet-werkgerelateerde verzuim komt overeen met circa 60% van alle verzuimdagen. Indien wel een oorzaak in het werk is benoemd, gaat het vooral om lichamelijk zwaar werk, werkdruk en -stress. Dit zijn blijkbaar ook twee achterliggende oorzaken met een lage toeschrijvingsdrempel. Op basis van nadere analyses is de omvang van het werkgerelateerde verzuim voor deze twee oorzaken minder groot dan werknemers zelf aangeven. Werknemers onderschatten blijkbaar, bewust of onbewust, het aandeel verzuim dat kan worden toegeschreven aan bedrijfsongevallen, repeterend werk en emotioneel belastend werk (De Vroome et al, 2005; De Vroome, 2006).

Arbeidsongevallen

In 2004 hebben ongeveer 85.000 arbeidsongevallen plaatsgevonden met letsel en verzuim als gevolg. Ongeveer 3200 werknemers kwamen in 2004 op de spoedeisende hulp terecht vanwege arbeidsongevallen. Het aantal dodelijke ongelukken bedroeg 83. Voor alle indicatoren van arbeidsongevallen geldt dat er sprake is van een dalende trend (Houtman et al, 2006). Verder blijkt dat de tijdelijke dienstverbanden en hoge werkdruk samenhangen met een relatief groter aantal arbeidsongevallen.

Werkgerelateerde gezondheidsklachten

Van alle werkenden geeft 87% aan dat zijn gezondheid goed tot uitstekend is. Dit percentage is al vele jaren stabiel. Er zijn geen sekseverschillen. Wel is op oudere leeftijd (55+) het percentage werkenden dat een goede gezondheid ervaart iets lager: 80% (Houtman et al, 2006). Er zijn indicaties dat werkgebonden psychische klachten en RSI-klachten (licht) toenemen in omvang.

Ziektelast

Voor een beperkte groep aandoeningen zijn arbeidsgerelateerde *disability adjusted life years* (DALY's)¹ berekend. Enerzijds betreft het aandoeningen die te maken kunnen hebben met blootstelling aan stoffen (Baars et al, 2005) en anderzijds aandoeningen

1 DALY's zijn een maat waarmee de ziektelast van verschillende aandoeningen kan worden vastgesteld en onderling vergeleken. Verloren levensjaren ten gevolge van sterfte en een schatting van verloren levensjaren bij patiënten met de betreffende aandoening worden gecombineerd in deze maat.

die frequent voorkomen in de eerstelijns-arbozorg (Hoeymans et al, 2005). Met deze maat kan de ziektelast van uiteenlopende aandoeningen worden vergeleken. DALY's geven echter niet of nauwelijks weer in hoeverre de ziekte het maatschappelijke functioneren belemmert, of in welke mate een beroep wordt gedaan op de omgeving van de patiënt (Hollander et al, 2006).

De ziektelast door blootstelling aan stoffen op de werkplek zal in de nabije toekomst afnemen voor hart- en vaatziekten, chronische toxische encefalopathie en huid- en longkanker. Voor COPD, rhinitis en rhinosinusitis blijft de ziektelast waarschijnlijk stabiel, terwijl deze toeneemt voor mesothelioom, asbestlongkanker en asbestose – voor de laatste drie zal de daling pas na dertig jaar optreden. Voor astma en contacteczeem is geen voorzichtige voorspelling mogelijk (Dekkers et al, 2006).

Toekomstige arbeidsrisico's

Op basis van een internationale Delphi-study hebben experts aangegeven wat de voornaamste opkomende risico's zijn op het terrein van *organisational, social and human risks* (Houtman et al, 2005). Als voornaamste *emerging risks* kwamen naar voren:

- Veranderende arbeidsmarkten: flexibele contracten;
- Veranderende arbeidsorganisaties: nieuwe manieren voor het contracteren van werknemers;
- Effect op werkkenmerken: baanonzekerheid;
- Globalisering leidt tot veranderende arbeidsmarkten en tot *lean*-productie en *outsourcing* waardoor het werk intensiever wordt met hoge werkdruk.

Deze veranderingen zullen naar verwachting van de experts leiden tot langere werktijden en ook de werk-privébalans onder druk zetten. Verder wordt de vergrijzing van de beroepsbevolking genoemd als opkomend risico.

In Nederland komt een toename van deze risico's niet terug in recente cijfers (Van den Bossche et al, 2006). De meeste door de werknemers ervaren psychosociale, ergonomische en fysieke risico's in de arbeidssituatie, zoals werktempo en werkdruk, zijn de afgelopen jaren gestabiliseerd of gedaald. Uitzonderingen zijn: repeterend werk (45% in 2002) en geweld op de werkplek: één op de vijf à zeven werknemers ervaart vormen van geweld en intimidatie op de werkplek. Ook werken in weekenden is na de verruiming van de openingstijden voor winkels duidelijk gestegen. Wel is er een daling te zien in de algemene tevredenheid over de arbeidsomstandigheden (Houtman et al, 2006). Van alle werknemers geeft 70% in 2005 aan dat ze tevreden of zeer tevreden zijn over de arbeidsomstandigheden, dat was nog 76% in 2002.

De hierboven gesignaleerde opkomende risico's betreffen niet zozeer nieuwe risico's. Eerder gaat het om risico's die toenemen in omvang of waaraan een steeds grotere populatie wordt blootgesteld.

Tot de nieuwe gezondheidsrisico's wordt de nanotechnologie gerekend. Over de gezondheidsrisico's voor mensen die worden blootgesteld aan toepassingen van

nanotechnologie is nog veel onbekend. Die risico's zijn echter zeker niet denkbeeldig (Gezondheidsraad, 2006). Daarom dienen uitvoerige voorzorgmaatregelen getroffen te worden. Het NCvB heeft in de alerts van 2005 ook gewezen op de risico's van zeer fijn stof. Risico-evaluatie en -beheersing zouden wezenlijke onderdelen moeten zijn van ontwikkelingen op het gebied van de nanotechnologie (Spreeuwers et al, 2005).

De toekomst

De eerste conclusie moet zijn dat het cijfermateriaal onvolledig is om trends in arbeidsgerelateerde ziektematen in kaart te brengen. Veel geciteerde auteurs maken daar in hun publicaties melding van. De betrouwbaarste (trend)gegevens zijn surveygegevens, waarin werknemers zelf gevraagd wordt naar hun arbeidsomstandigheden en gezondheidsklachten. Met inachtneming van deze beperking valt op dat signalen voor de nabije toekomst vooral betrekking hebben op:

- een toenemende werkdruk met toenemende baanonzekerheid en druk op de werk-privébalans;
- een toename van repeterend werk en emotioneel belastend werk;
- een toename van RSI, psychische aandoeningen zoals burn-out en depressie, suicide, hart- en vaataandoeningen als gevolg van de twee voorgaande trends;
- een toename van arbeidsongevallen gerelateerd aan een toename van tijdelijke aanstellingen en toenemende werkdruk;
- potentiële bedreigingen door nieuwe risico's: infectieziekten en nanotechnologie;
- het stabiliseren of afnemen van (ernstige) aandoeningen ten gevolge van stoffen, met uitzondering van de ziektelast ten gevolge van asbestblootstelling in het verleden.

Deze ontwikkelingen zullen versterkt worden door de verdere verschuiving van arbeid in de industrie en landbouw naar de dienstensectoren. Ook de toenemende druk op arbeidsproductiviteit en economische groei in een relatief kleiner wordende beroepsbevolking dragen daar aan bij.

3 Arbeidsparticipatie van ouderen en arbeidsgehandicapten

In het kader van toekomstverkenningen zijn vier scenario's ontwikkeld (De Mooij en Tang, 2003) op basis van onzekerheden over de mate van internationale samenwerking respectievelijk de mate waarin de verantwoordelijkheid voor publieke voorzieningen collectief wordt georganiseerd of overgelaten aan de markt. De vier scenario's zijn: 'global economy' (sterk internationaal en privaat georiënteerd), 'strong europe' (sterk internationaal en collectief georiënteerd), 'transatlantic market' (sterk nationaal en privaat georiënteerd) en 'regional communities' (sterk nationaal en collectief georiënteerd). Vervolgens is voor elk van deze scenario's de meest waarschijnlijke bevolkingsopbouw in Nederland geschetst (De Jong en Hilderink, 2004). Hieruit wordt duidelijk dat, ongeacht het scenario, Nederland te maken zal krijgen met een forse grijze druk: het percentage 65-plussers ten opzichte van het percentage 20 tot 64-jarigen in de

bevolking. Deze grijze druk ontwikkelt zich van 23% in 2006 naar – afhankelijk van het scenario – 30,6% à 32,4% in 2020, en naar 41,6% à 44,5% in 2035. Deze toename van de grijze druk in alle vier scenario's overschaduwde de onderlinge verschillen.

Tegen deze achtergrond heeft de SER aangegeven dat de arbeidsparticipatie verder moet groeien van 72% naar 80% om de helft van de toekomstige vergrijzingslasten op te kunnen vangen (SER, 2006). Het streven van de SER ligt 5 procentpunt boven de 'autonome' groei door de huidige hogere arbeidsdeelname van jongere vrouwen. Bovendien zou deze extra groei van 5% in 10 jaar tijd vanaf 2006 gerealiseerd moeten worden. De toename zou vooral behaald moeten worden aan de onderkant van de arbeidsmarkt, bij vrouwen, allochtonen en ouderen.

De sterke toename van de arbeidsparticipatie in het afgelopen decennium is volgens de SER voor een belangrijk deel te verklaren door de bijzonder lage arbeidsparticipatie van vrouwen en ouderen halverwege de jaren negentig. De huidige doelstelling wordt als zeer ambitieus omschreven.

Trends in gezonde levensjaren

De levensverwachting en het aantal gezonde levensjaren zijn toegenomen. Sinds de jaren tachtig zijn er zes tot zeven gezonde levensjaren bijgekomen (Hollander et al, 2006). Er zijn ook nog veel gezonde levensjaren te winnen door een gezonde leefwijze. De toegenomen levensverwachting en vooral de toename van levensjaren die in goede gezondheid worden doorgebracht, impliceren dat de kosten voor zorg worden doorgeschoven naar latere levensjaren. Dat geeft ruimte voor het verlengen van de arbeidzame periode tot na het vijfenzestigste levensjaar.

Overigens moet hierbij bedacht worden dat er aanzienlijke verschillen in gezondheid bestaan binnen de Nederlandse populatie. Lager opgeleide mannen en vrouwen leven gemiddeld respectievelijk 4,9 jaar en 2,6 jaar korter dan hoogopgeleiden. Het gemiddelde verschil in het aantal jaren dat in minder goede gezondheid wordt doorgebracht is zelfs 15 jaar. Deze verschillen nemen niet af in de tijd. Ook bij werklozen en arbeidsongeschikten is gemiddeld sprake van een slechtere gezondheid (Van der Lucht, 2006).

We kunnen vaststellen dat bij groepen waar gestreefd wordt naar een toename van de arbeidsparticipatie, relatief vaak sprake is van gezondheidsproblemen. In deze groepen resteren relatief weinig gezonde levensjaren na een mogelijk langere deelname aan betaalde arbeid. Met een toenemende participatie van ouderen, vrouwen, allochtonen en de onderkant van de arbeidsmarkt mag ook een toename van werkenden met gezondheidsproblemen verwacht worden.

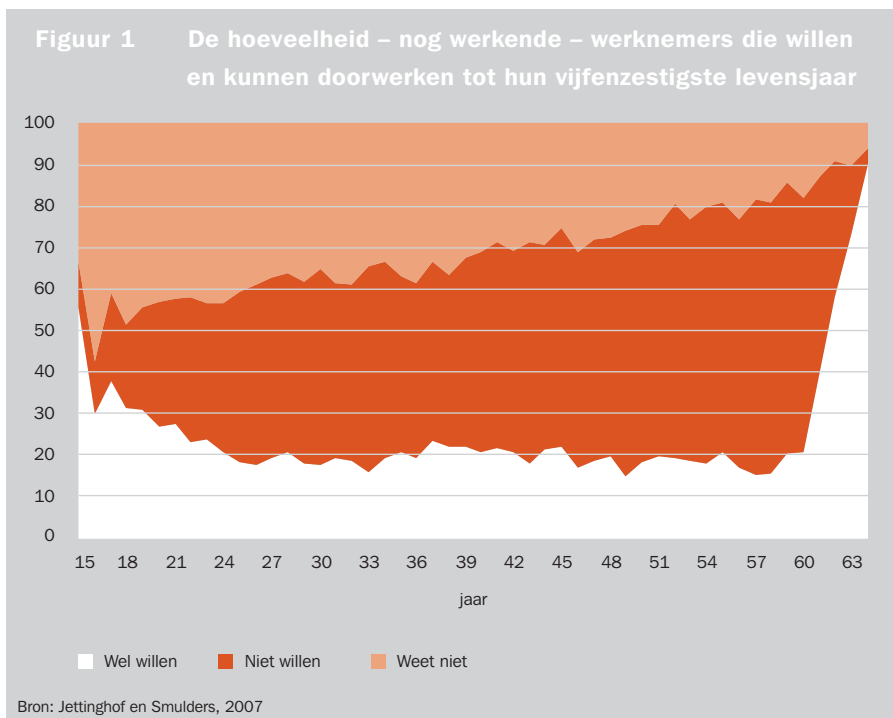
Het RIVM heeft berekend wat de relatieve toename zal zijn van chronische aandoeningen tot 2025 op basis van verandering in risicofactoren zoals voeding, roken en overgewicht. Het blijkt dat er flinke verschillen zijn tussen de verschillende toekomstscenario's, samenhangend met verschillen in de inspanningen op het gebied van preventie. Diabetes, coronaire hartziekten en longkanker nemen sterk toe in het scenario

met internationale economische samenwerking en een sterke nadruk op individuele verantwoordelijkheid voor zorg en preventie.

In het tegenovergestelde geval, met een nadruk op een collectieve publieke verantwoordelijkheid, zullen deze aandoeningen juist sterk afnemen in omvang. Bij een collectieve publieke verantwoordelijkheid wordt namelijk verondersteld dat preventieprogramma's voor iedereen toegankelijk zijn; ook voor lagere inkomensgroepen waar de meeste winst te behalen is wat betreft gezonde levensjaren.

Doorwerken op oudere leeftijd

Uit onderzoek bij werknemers die zijn uitgetreden kwam naar voren dat financiële prikkels en de gezondheidssituatie belangrijk waren voor hun besluit om uit te treden. Het gaat dan vooral om de hoogte van de uitkering en het aanwezig zijn van (gezondheids)belemmeringen voor het uitvoeren van de normale werkzaamheden (Theeuwes, 2007). Onderzoek naar de vraag of werknemers door willen en kunnen werken tot hun vijftenzestigste laat opvallende verschillen zien, afhankelijk van de leeftijd (Jettinghoff en Smulders, 2007), zie figuur 1.



Opvallend is hoe vanaf het zestigste jaar het percentage dat langer wil doorwerken stijgt. Deze leeftijdstrend hangt waarschijnlijk samen met het feit dat de werknemers die eerder willen stoppen of niet kunnen doorwerken dan al zijn uitgetreden.

Een nadere analyse leerde dat de voornaamste factoren die samenhangen met door willen en kunnen werken tot het vijftenzestigste levensjaar achtereenvolgens zijn: goede gezondheid, hoog opleidingsniveau, grote mate van zelfstandigheid in het werk, goede arbeidsvoorwaarden en thuiswonende kinderen. Factoren die werknemers 'uit het werk duwen' zijn: een hoge werkdruk, vermoeidheid door het werk en een ambachtelijke of industriële werkomgeving.

Het belang van financiële overwegingen bij het besluit om langer door te werken is ook in ander recent onderzoek bevestigd (Van der Boom en Adams, 2006). Daarnaast blijken een vermindering van het aantal werkuren en een meer flexibel werkrooster bij te dragen aan langer doorwerken. Er is echter een fors gat tussen de leeftijd waarop werknemers verwachten door te werken (64 jaar) en de leeftijd tot waarop men bereid is door te werken (62 jaar).

Een toenemend aantal werkgevers besteedt aandacht aan beleid voor oudere werknemers. Zij worden daarbij sterk geleid door externe invloeden: afschaffen mogelijkheden tot vervroegd pensioen, activiteiten vanuit de werkgevers- of brancheorganisatie, toenemend aantal ouderen op de arbeidsmarkt. Randvoorwaarden om oudere werknemers langer in dienst te houden zijn ondersteuning vanuit de ondernemingraad en cao-afspraken. Ook een verlaging van de werkgeverspremie en loonkostensubsidies dragen bij aan het langer in dienst houden van oudere werknemers (Van der Boom en Adams, 2006).

Secundaire analyses op twee Europese databestanden laten het belang zien van een matige tot slechte algemene gezondheid, ongezonde leefstijl – met name gebrek aan lichamelijke inspanning en ernstig overgewicht – en belastende arbeidsomstandigheden, vooral fysieke belasting en hoge werkdruk (Burdorf en Mackenbach, 2006). Het gecombineerde effect van deze factoren verklaart 20% van de arbeidsuitval door vroegpensioen en 38% van de arbeidsuitval door werkloosheid voor het vijftenzestigste levensjaar.

Preventieve interventies gericht op deze drie factoren kunnen de arbeidsuitval substantieel reduceren. Bij volledige eliminatie van de factoren zullen mannen gemiddeld acht maanden en vrouwen twaalf maanden later uit het arbeidsproces treden. Behalve gezondheid en werkomstandigheden is ook leefstijl een belangrijke factor voor het behoud en stimuleren van arbeidsparticipatie op oudere leeftijd.

Chronisch zieken en arbeidsgehandicapten

In 2005 geeft 24,9% van de 15 tot 64-jarigen aan een langdurige aandoening te hebben. Dit is een lichte stijging sinds 2002, toen dit percentage op 24,5% lag (Cuijpers en Lautenbach, 2006). In totaal 16,2% (wat neerkomt op 1,8 miljoen mensen) geeft aan door de aandoening belemmerd te worden op de arbeidsmarkt. Dit zijn de arbeidsgehandicapten. De verhouding tussen mannen (47%) en vrouwen (53%) is stabiel over de jaren. De populatie arbeidsgehandicapten is gemiddeld ouder dan de totale populatie 15 tot 64-jarigen: 6 op de 10 is ouder dan 45 jaar, in de totale populatie is dat 4 op de 10.

Het aandeel arbeidsgehandicapten met een betaalde baan daalde van 44% in 2002 naar 40% in 2004. In totaal behoren 395.000 arbeidsgehandicapten tot de doelgroep voor re-integratie naar een betaalde baan van 12 uur of meer.

Dat chronisch zieken vooral een belemmering ondervinden bij het verrichten van betaalde arbeid is in verschillende onderzoeken bevestigd (Heijmans et al, 2005; Hoeymans et al, 2005). Het percentage werknemers met chronische aandoeningen dat zich belemmert voelt in het huidige werk bedraagt 18% in 2005, tegenover 21% in 2003 (Houtman et al, 2005). Voor mannen en vrouwen liggen deze percentages op respectievelijk 17% en 20%. Met de leeftijd stijgt dit percentage in 2005 naar een maximum van 24% bij 55 tot 64-jarigen.

Werkenden met een chronische aandoening geven vaker dan gezonde werkenden aan dat zij blootgesteld zijn aan arbeidsrisico's, zoals zwaar werk, fysisch-chemische belasting, hoge werkdruk en lage autonomie – ook na correctie voor leeftijd, geslacht en opleiding (Ybema en Evers, 2005). Ze ervaren minder sociale steun van leidinggevenden en collega's en ondergaan vaker intimidatie. Ook zijn ze afhankelijk van de autonomie (bij het tegengaan van verzuim) en van de steun van de leidinggevende (bij het tegengaan van burn-outklachten). Extra aandacht voor werktijden, autonomie en steun van de leidinggevenden kunnen de negatieve effecten van de aandoeningen op verzuim en burn-out tegengaan.

Dat werkenden met een chronische ziekte extra aandacht nodig hebben in de werksituatie komt ook naar voren uit verkennend onderzoek bij professionals zoals specialisten en verpleegkundigen die betrokken zijn bij de behandeling van drie specifieke chronische aandoeningen (Varekamp et al, 2005).

Onder de nieuwe wetgeving voor arbeidsongeschiktheid wordt 69% van de aanvragen van een WIA-uitkering afgewezen, vanwege een geschat verlies van minder dan 35% van de verdien capaciteit (Van Horsen en Doorn, 2007). Meer dan de helft van deze werknemers is niet meer bij de eigen werkgever in dienst. De meesten zijn ontslagen (37%) en werkloos. Conform de verwachting bij het criterium 'verdien capaciteit' gaat het om werknemers met een relatief laag opleidingsniveau die een grote kans lopen om weinig verdien capaciteit te verliezen. De afwijzing zegt dus niet zoveel over de mate van arbeidsongeschiktheid en de mate waarin arbeidsomstandigheden hebben bijgedragen aan de arbeidsongeschiktheid.

Uit een nadere analyse van de gegevens komt naar voren dat een goede gezondheid en de beschikbaarheid van geschikt werk belangrijke voorwaarden zijn voor werkhervatting.

De toekomst

Concluderend kunnen we vaststellen dat werknemers verwachten langer door te werken dan zij zelf zouden willen. Met name financiële prikkels bepalen of men doorwerkt. Daarnaast zijn gezondheid, arbeidsomstandigheden en leefstijl belangrijke randvoorwaarden voor het besluit om door te werken, evenals de mogelijkheden om dat op aangepaste wijze te doen, bijvoorbeeld door de omvang van de aanstelling aan

te passen of met flexibele uren te werken. Bij een toenemende gemiddelde leeftijd, is te verwachten dat ook steeds meer (ouderdoms)ziekten zullen voorkomen onder de werkende populatie. Het streven naar een sterke toename van arbeidsparticipatie van ouderen, vrouwen en lager opgeleiden zal gepaard gaan met een toenemende omvang van specifieke gezondheidsproblemen in de werkende bevolking, zoals ziekten ten gevolge van een ongezonde leefstijl en borstkanker. Dat vereist aandacht wat betreft de afstemming met arbeid. Een toename van verzuim ten gevolge van ziekte ligt dan in de lijn van de verwachtingen.

Voor arbeidsgehandicapten geldt dat nog steeds een zeer omvangrijke groep die geen betaald werk heeft wel voor re-integratie in aanmerking komt. De trend van de laatste jaren is echter dat bij een stabiel aantal arbeidsgehandicapten, een afnemend percentage een betaalde baan heeft. Daar komt bij dat, eenmaal aan het werk, de werknemers met een chronische aandoening relatief vaak aan ongunstige arbeidsomstandigheden zijn blootgesteld. Voor zover het werkenden met lage inkomens betreft, maken zij ook een grotere kans om bij uitval uit het werk in de categorie minder dan 35% arbeidsongeschikt terecht te komen of werkloos te worden. Gezien de uitkomsten van recent onderzoek mag verwacht worden dat de arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten de komende jaren eerder afneemt dan toeneemt.

Er zijn al verschillende financiële prikkels ingevoerd om de deelname aan arbeid te bevorderen. Aanvullende aandacht voor gezondheid, aanwezigheid van geschikt werk, werktijden, autonomie en steun van de leidinggevendenden kunnen re-integratie stimuleren en uitval voorkomen.

Of de toename van arbeidsparticipatie onder gehandicapten succesvol zal zijn is mede afhankelijk van de cultuuromslag bij werkgevers en werknemers. Dat het niet vanzelf gaat, komt ook naar voren in de ervaringen van de Commissie het Werkend Perspectief, zie www.werkendperspectief.nl. Deze commissie concludeert dat er geen eenvoudige oplossingen zijn voor de problematiek van toegang en behoud van werk voor mensen met gezondheidsproblemen en handicaps. Negatieve beeldvorming is een hardnekkig verschijnsel, gedomineerd door angst voor het onbekende. Een lange adem en doorzettingsvermogen zijn onder de huidige omstandigheden vereist om duurzaam te participeren op de arbeidsmarkt.

4 Arbeid en gezondheidszorg

Het afgelopen decennium stond de aandacht voor de factor arbeid in de curatieve zorg en de afstemming tussen (arbo)curatieve zorg prominent op de onderzoeks- en beleidsagenda (Buijs, 2001; Buijs en Weel, 2001; Rijdt-van de Ven, 2005; NVAB, 2005). Twee belangrijke stimulansen waren de toenemende verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers voor de financiële consequenties van verzuim en arbeidsongeschiktheid en de wachttijden in de curatieve zorg die leidden tot het Platform Aanpak Wachttijden.

Meer recent is er ook in toenemende mate aandacht voor de rol van de verzekerings-geneeskunde in bijvoorbeeld het ontwikkelen van richtlijnen voor de beoordeling, behandeling en begeleiding van werknemers die te maken krijgen met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid: de 3B-richtlijnen (Gezondheidsraad, 2005).

In deze paragraaf besteden we achtereenvolgens aandacht aan preventie, arbocura-tieve zorg en de toekomst.

Preventie op de werkplek

Preventie op het snijvlak van arbeid en gezondheidszorg kan vanuit verschillende invalshoeken benaderd worden:

- De arbeidsomstandigheden die bijdragen aan het ontstaan van gezondheidsklach-ten, (chronische) ziekten en aandoeningen. Primaire preventie richt zich in eerste instantie op de bron en in tweede instantie op het voorkomen van ongezonde effecten van blootstelling aan de bron.
- Het voorkomen van het chronisch worden van gezondheidsklachten respectieve-lijk uitvallen uit arbeid: secundaire preventie.
- De algemene volksgezondheid. Preventie van (chronische) aandoeningen in de algemene populatie zal ook leiden tot een gezondere beroepsbevolking. De set-ting van de werkplek kan dan een aantrekkelijke zijn omdat doelgroepen relatief gemakkelijk bereikt kunnen worden.

Wat betreft de arbeidsomstandigheden zijn mogelijk toekomstige trends in risico's benoemd in paragraaf 2. Werknemers die gevraagd wordt waar zij aanvullende maatregelen genomen willen zien, bevestigen deze trends (Houtman et al, 2006). Een vergelijking tussen 2003 en 2005 leert dat er vooral sterke toename is van de wens om maatregelen te nemen op het terrein van werkdruk en -stress, emotioneel zwaar werk en intimidatie en agressie. Op bedrijfsniveau blijft de RI&E het voornaamste instrument om risico's op te sporen. Wat betreft preventieprogramma's die zich richten op arbeidsomstandigheden op organisatieniveau, zijn echter geen eenduidige resultaten te melden wat betreft de effectiviteit (Houtman, 2006; Klein et al, 2007; Koenders et al, 2007).

Rond het verminderen van arbeidsrisico's en verbeteren van de kwaliteit van arbeid zijn de afgelopen jaren ook vrij omvangrijke beleidsinitiatieven gestart. Daarbij heeft de overheid afstemming gezocht met de betreffende sectoren. Recent zijn de procesmatige kanten van deze beleidsprogramma's geëvalueerd (Van Velden et al, 2006). Een van de centrale aandachtspunten is dat het onduidelijk is voor alle betrokken partijen hoe nu de opbrengsten van deze beleidsprogramma's verankerd kunnen worden in het beleid op sector- en bedrijfsniveau. Het lijkt erop dat veel wordt overgelaten aan sociale partners en actieve bemoeienis van de overheid stopt (Bartels, 2006).

Kijken we naar secundaire preventie van verzuim en arbeidsongeschiktheid, dan zien we dat grote vooruitgang is geboekt bij de op individuen gerichte preventie. Er is

een groot aantal richtlijnen en werkwijzers ontwikkeld door onder andere NVAB – zie www.nvab-online.nl – en STECR: www.stecr.nl (Hoenen et al, 2007).

Voor specifieke lage rugklachten en specifieke psychische klachten bestaat wetenschappelijk bewijs dat handelen volgens het protocol leidt tot een vermindering van ongeveer 30% van het aantal verzuimdagen. Inbouwen van deze protocollen in de zorg voor werknemers vereist echter nog de nodige aandacht. In de praktijk zal het vooral afhankelijk zijn van werkgever en verzekeraar of conform het protocol wordt gehandeld.

De algemene volksgezondheidszorg legt een zwaar accent op het stimuleren van een gezonde leefstijl: terugdringen van roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht, naast de vroegsignalering en ketenzorg van diabetes en depressie (Ministerie van VWS, 2006). Een succesvol leefstijlprogramma zal ook gunstige gevolgen hebben voor arbeidsgerelateerde kosten van ongezondheid en de deelname aan arbeid. Zo is geschat dat 1,9% van de ziekteverzuimdagen, 3,3% van de nieuwe arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en 22% van de sterfgevallen onder werknemers, aan roken zijn toe te schrijven (Jacobs-van der Bruggen et al, 2002).

De werkplek is een *setting* waarbinnen het preventief beleid gestalte kan krijgen. De NVAB streeft ernaar een algemeen preventief beleid te combineren met preventie gericht op arbeidsrisico's (NVAB, 2005). Bij grote werkgevers is er vooral ook belangstelling voor integraal gezondheidsmanagement (IGM) (Zwetsloot et al, 2006).

Belangrijk knelpunt voor preventief beleid in de werksetting is echter dat de opbrengsten van dergelijke programma's onzeker zijn, zowel wat betreft de gezondheids- als werkgerelateerde uitkomstmaten. Een overtuigende win-win tussen arbeid (productiviteitsstijging, kostenreductie) en gezondheid (gezondheidswinst) vereist nog veel aanvullend onderzoek (Proper et al, 2006; Overbeek et al, 2006; Proper et al, 2006). De eerste uitkomsten van longitudinaal onderzoek zijn bemoedigend: een actief gezondheidsbeleid van werkgevers gaat gepaard met een lager verzuim (Ybema en Evers, 2006).

De ontwikkeling van arbocuratieve zorg

De gevolgen van ongezonde arbeidsomstandigheden (paragraaf 2) en het grotere beroep dat wordt gedaan op onder andere oudere werknemers en werknemers met een chronische aandoening om te blijven participeren in arbeid (paragraaf 3) doen het belang alleen maar toenemen van een kwalitatief goede arbocuratieve afstemming. De mogelijkheden om door middel van goede afstemming effectief te intervenieren lijken volop aanwezig. Zo heeft het Invent-onderzoek (Houtman et al, 2002) laten zien dat 40% van de werknemers die langdurig verzuimen in verband met psychische klachten de huisarts heeft bezocht in de twee maanden voorafgaand aan de eerste verzuimdag. Ook het instrumentarium voor effectief interveniëren is deels al beschikbaar (zie hierboven).

De afgelopen jaren is echter ook duidelijk geworden dat de praktijk weerbarstig is en zal blijven. De invoering van de verwijfsfunctie voor de bedrijfsarts leidde niet tot een

toename van directe verwijzingen door de bedrijfsarts naar de tweedelijns curatieve zorg en de daarmee beoogde kortere afstemmingslijnen (Steenbeek et al, 2005).

Een terugblik op onderzoek naar arbocuratieve samenwerking leidt onder andere tot de volgende conclusies (Van Amster, 2005):

- Een verkorting van de verzuimduur en tijdswinst voor de arts is niet aantoonbaar. Vooral nog is er ook geen toename van de tevredenheid van patiënten aangetoond.
- In diverse publicaties van de afgelopen jaren wordt eveneens benadrukt dat nog eens goed moet worden stilgestaan bij de vraag wat voor baat de verschillende partijen hebben bij arbocuratieve samenwerking. Het doel is om voor zowel de curatieve als de arbohulpverlener een win-winsituatie te formuleren die relevant en haalbaar is.
- Er wordt regelmatig op gewezen dat de nieuwe zorgverzekeringswet en de wijzigingen in de arbodienstverlening mogelijkheden gaan bieden om bijvoorbeeld nog eens verder te testen in hoeverre een bedrijfsartsconsulentschap voor eerste- en tweedelijns hulpverleners de arbocuratieve afstemming kan stimuleren. Deze maatregel bleek in het verleden namelijk redelijk succesvol maar kon toen niet worden voorgezet, mede omdat financiering ontbrak. De nieuwe zorgverzekeringswet biedt zorgverzekeraars nu echter wel de kans om de bedrijfsarts als hulpverlener en consultant in de eerste en tweede lijn te financieren.

Verdere ontwikkeling van arbocuratieve zorg zal vanuit verschillende complementaire visies plaatsvinden. Een eenduidige succesvolle strategie is tot op heden niet naar voren gekomen (Van Putten, 2004; Van Putten, 2005; Bakker et al, 2005; Nauta en Engels, 2006; Veldkamp et al, 2007).

Ook in de evaluatie van het project Sociale Zekerheid en Zorg van de ministeries van VWS en SZW (Hoogtanders et al, 2006) bleek dat het in de dagelijkse praktijk implementeren van de keten preventie – verzuim – re-integratie – gezondheidszorg, nog een lange weg heeft te gaan. Een belangrijke conclusie van het onderzoek is dat ‘het doorvertalen van ketenvisie naar het sectorale niveau’ veel tijd vergt. Afsluitend concludeert de evaluatie dat het bieden van adequate arbeidsgerelateerde zorg een cultuuromslag vereist die waarschijnlijk de nodige tijd zal vergen.

In hun begeleidende brief aan de Tweede Kamer (brief SZW en VWS, 2007) geven de bewindslieden van VWS en SZW aan dat zij verwachten dat in de komende jaren een verdere doorvertaling zal plaatsvinden naar sectoraal en bedrijfsniveau. Al vele jaren lijken de vertegenwoordigers van de verschillende partijen zich op landelijk niveau te vinden in meer algemeen geformuleerde intenties en doelstellingen. Maar op het niveau van de concrete uitvoering levert samenwerking en afstemming over de grenzen van het eigen systeem heen veel complicaties of ongemak op en is het lastig om win-winsituaties te realiseren die voor verschillende partijen aantrekkelijk zijn.

Wel zijn in de praktijk steeds meer initiatieven waar te nemen waarbij vanuit een meer zorginhoudelijke invalshoek wordt gekeken naar de afstemming tussen arbeid en gezondheidszorg. Op een uitzondering na (Jungbauer, 2007) gaat het echter vooral om regionale projecten die in omvang beperkt zijn. Ook in de ontwikkelingen rond ketenzorg valt het ontbreken van professionals met arbeidsgerelateerde deskundigheid op. Het zijn vrijwel uitsluitend eerstelijns en tweedelijns curatieve professionals die bezig zijn met de ontwikkeling van ketenzorgafspraken over bijvoorbeeld de begeleiding en behandeling van patiënten met chronische aandoeningen.

Casus chronisch zieken

De Algemene Rekenkamer (AR) heeft onlangs onderzoek gedaan naar de afstemming in de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen (Algemene Rekenkamer, 2006-2007). De AR concludeert dat het toezichthoudend ministerie geen inzicht en overzicht heeft en niet kan monitoren of haar beleid effectief is om tot afstemming van de zorg te komen. In de praktijk gaat het vooral om kleinschalige initiatieven, tot stand gekomen door gemotiveerde trekkers van projecten die niet structureel voortgezet worden. De regievoering rond het stimuleren van afstemmingsafspraken ontbreekt: het ministerie verwacht vooral veel van de markt en het veld; zorgverzekeraars vragen zich af hoe de minister nu aankijkt tegen de combinatie van concurreren op de markt en afstemming van zorg; zorgaanbieders volgen patiëntenstromen met soms tegengestelde belangen. Inbreng van patiënten is er nauwelijks of niet. Weliswaar ziet de AR ook positieve ontwikkelingen, maar constateert dan direct weer dat er nog maar weinig verbindingen worden gelegd met de zorg die wordt verleend door bedrijfsartsen en 're-integratieartsen'.

Veel patiënten met een chronische aandoening hebben of ambiëren een baan en zullen die – zeker gezien de herzieningen in het stelsel van sociale zekerheid – ook graag zo gezond en zo lang mogelijk willen behouden, eventueel via re-integratie in een andere functie. Het is bij de huidige druk op het verhogen van arbeidsparticipatie niet goed voor te stellen dat arbeidskundige *knowhow* niet al vanaf het begin wordt ingebouwd in de keten. Dit is voor de nabije toekomst een eerste prioriteit voor sociale partners die verzekeraars gaan aansturen in het kader van collectieve contracten.

Innovatieve aanpak

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) (Raad van Volksgezondheid en Zorg, 2006) heeft zich aan de hand van achtergrondstudies en een viertal casussen verdiept in de vraag wat een effectieve beleidsstrategie is voor de aanpak van complexe volksgezondheidsproblemen. De vier casussen betreffen: overgewicht bij kinderen, psychische problemen op de werkvloer, vallen bij ouderen en fijn stof. De raad stelt vast dat

de problematiek complexe volksgezondheidsproblemen moeilijk zijn aan te pakken omdat de kennis over omvang van het risico en de beste aanpak nog ontbreekt, en omdat het grote aantal actoren de aansturing lastig maakt. Bovendien zijn de instrumenten en vaardigheden die de beleidsmakers op dit moment tot hun beschikking hebben nog niet toegesneden op deze complexe, moeilijk ‘tembare’ problemen. Veel is nog onzeker en zeer diverse actoren met elk een eigen invalshoek en belang, moeten bijdragen aan de aanpak. Het is duidelijk dat de raad er met deze omschrijving direct een vijfde casus bij heeft: integrale arbeidsgerelateerde gezondheidszorg.

De raad reikt ook een nieuwe beleidsstrategie aan voor de aanpak van deze complexe problemen. Kern is het leveren van meer maatwerk en meer ruimte voor creativiteit en initiatief van betrokkenen. Dit vereist een meer procesmatige aanpak, onderkennen en inspelen op andere dan gezondheidskundige belangen – economisch, professioneel, politiek, ethisch – en deze relateren aan het volksgezondheidsbelang. Op basis van deze procesmatige aanpak moet een preventiestrategie ontwikkeld worden. Al deze activiteiten vereisen vaardigheden en een breed palet aan instrumenten: goed kunnen onderhandelen in plaats van afdwingen en bekeren of in machteloosheid vervallen omdat het zo complex is. De procesmatige aanpak vertoont gelijkenis met de door het ministerie van SZW gevolgde werkwijze (Rijdt-van de Ven, 2005). Het veronderstelt wel dat de overheid niet naar achteren maar naar voren stapt.

De toekomst

Het lijkt er op dat het dossier arbeid en gezondheidszorg, of het nu om preventie of afstemming gaat, nog een lange weg te gaan heeft. Inhoudelijke initiatieven ontwikkelen zich al gedurende langere tijd mondjesmaat en met kleine stapjes.

In de nieuwe stelsels van zorg en sociale zekerheid zal de sturing van de uitvoering vooral van sociale partners moeten komen. Gezien de ontwikkelingen tot nu toe en het grote aantal partijen met verschillende achtergronden en financieringssystemen lijkt het dossier preventie en arbeidsgerelateerde zorg alle kenmerken van een complexe problematiek te hebben. Alle betrokken partijen kijken daarbij vooral naar elkaar.

Gezien de ontwikkelingen in de afgelopen tien jaar moet betwijfeld worden of het ‘vanzelf’ goed komt als werkgevers de krapte op de arbeidsmarkt gaan voelen. Juist voor de groepen waar veel arbeidsparticipatie is te winnen, is extra aandacht nodig voor gezondheid en gezonde arbeidsomstandigheden.

Om werkgevers, werknemers, de gezondheidszorg en verzekeraars ook op het niveau van de uitvoering tot een ‘sluitende aanpak’ te laten komen zal een sterke impuls nodig zijn. Wellicht dat in de toekomst blijkt dat de ontwikkelingen rond het stimuleren van ‘levenslang leren’, ‘intra- en intersectorale mobiliteit’ goed te koppelen zijn aan integrale arbeidsgerelateerde zorg. Dáár liggen voor de betrokken partijen voldoende ‘win-win’ prikkels.

5 Literatuur

Algemene Rekenkamer (2006-2007). *Afstemming in de zorg. Aanpak chronische aandoeningen: twee voorbeelden uit de curatieve zorg*. TK-vergaderjaar 2006-2007, 30842 nrs 1-2.

Amster, R.J. van (2005). *Inzichten die de arbocuratieve studies tot op heden hebben opgeleverd. Een tussentijds overzicht. Notitie ter voorbereiding van de invitationale conferentie van TNO en STAR op 18 november 2005*. Hoofddorp: Interne Notitie, TNO Kwaliteit van Leven.

Baars A.J., Pelgrom S.M.G.J., Hoeymans F.H.G.M., Raaij, M.T.M. van (2005). *Gezondheids-effecten en ziektelast door blootstelling aan stoffen op de werkplek – een verkennend onderzoek*. Bilthoven: RIVM-rapport 320100001/2005.

Bakker R.H., Krol B., Gulden, J.W.J. van der & Groothoff J.W. (2005). *Arbocuratieve samenwerking een toekomstverkenning*. TSG 83/2005: 5, 291-297.

Bakker R.H., Krol B., Gulden, J.W.J. van der & Groothoff J.W. (2005). *Arbocuratieve samenwerking: bestaande visies schieten te kort*. TSG 83/2005: 8, 509-513.

Bakker R.H., Krol B., Gulden J.W.J. van der & Groothoff J.W. (2006). *Integrale kijk op arbocuratieve samenwerking: een reactie*. TSG 84/2006:8, 509-513.

Bartels (2006). *Borging van Arboconvenanten*. Amersfoort: Bureau Bartels BV.

Blatter B., Houtman I., Bossche, S. van den, Kraan K. & Heuvel, S. van den (2005). *Gezondheidschade en kosten als gevolg van RSI en psychosociale arbeidsbelasting in Nederland*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.

Boom, E. van der & Adams F. (2006). *Werkt grijs door? Tweede meting attitude en gedrag onder de potentiële beroepsbevolking en werkgevers ten aanzien van arbeidsparticipatie van ouderen*. Rotterdam: ECORYS.

Bossche, S. van den, Smulders P. & Houtman I. (2006). Trends and risk groups in working conditions. In: P.G.W. Smulders (ed.) *Worklife in the Netherlands*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.

Brief van de ministers van SZW en VWS naar de Tweede Kamer d.d. 18 januari 2007.

Buijs P.C. (2001). *Van verleden tot heden*. TBV 9 2001 5, delen 1,2,3, pp 133-138, 6:177-182, 7:206-211.

Buijs P.C. & Weel A.N.H. (2001). *Epiloog bij het drieluik over arbocuratieve samenwerking: omzien in verwondering, vooruitzien in verwachting*. TBV 9-88: 253-254.

Burdorf A. & Mackenbach J.P. (2006). De invloed van gezondheid op vervroegde uittreding uit het arbeidsproces. In: *Publieke gezondheid; achtergrondstudies*. Den Haag: RVZ.

Cuijpers M. & Lautenbach H. (2006). *Arbeidsgehandicapten 2005: arbeidssituatie van mensen met een langdurige aandoeningen*. CBS, TNO nummer 370.

Dekkers S., Baars A.J., Preller E.A., Peters S.M. & Raaij M.T.M. van (2006). *Historische versus recente blootstelling aan stoffen onder arbeidsomstandigheden als oorzaak van gezondheidseffecten en ziektelast*. Bilthoven: RIVM rapport 320506001/TNO rapport V7147.

Gezondheidsraad (2005). *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Gezondheidsraad, nr 2005/10 (www.gr.nl).

Gezondheidsraad (2006). *Betekenis van nanotechnologieën voor de gezondheid*. Den Haag: Gezondheidsraad 2006/06.

Heijmans M.J.W.M., Spreeuwenberg P. & Rijken P.M. (2005). *Patiënten Panel Chronisch Ziekten: kerngegevens maatschappelijke situatie 2004*. Utrecht: NIVEL.

Hoenen J.A.H.J., Hulshof C.T.J. & Burgers J.S. (2007). *Bruikbaarheid van het AGREE-instrument voor kwaliteitsbeoordeling van arbokennisproducten*. TBV, 15:1, 9-15.

Hoeymans N., Eysink P.E.D., Hollander, A.E.M. de (2005). *Arbeidsomstandigheden en ziektelast; een haalbaarheidsstudie*. Bilthoven: RIVM-rapport 270052001/2005.

Hoeymans N., Timmermans J.M., Klerk, M.M.Y. de, Boer, A.H. de, Deeg D.J.H., Poppelars J.L., Thissen F., Droogleeve Fortuijn J.C. & Hollander, A.E.M. de (2005). *Gezond actief; de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen*. Bilthoven: RIVM rapport 270054001/2005.

Hollander, A.E.M. de, Hoeymans N., Melse J.M., Oers, J.A.M. van & Polder J.J. (eindred.) (2006). *Zorg voor Gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: BSL, RIVM.

Hoogtanders Y., Langman M. & Veenhof M. (2006). *Naar een sluitende keten van preventie, verzuim en re-integratie*. Langman Economen.

Horssen, C. van & Doorn E. (2007). *Minder dan 35% arbeidsongeschikt: blijven werken of toch niet*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek, publicatienr. 1452.

Houtman I.L.D., Schoemaker C.G., Blatter B.M., Vroome, E.M.M. de, Berg, R. van den & Bijl R.V. (2002). *Psychische klachten, interventies en werkhervatting; de prognosestudie INVENT*. Trimbosinstituut, TNO Kwaliteit van Leven.

Houtman I., Goudswaard A., Evers M., Bovenkamp, M. van de (2005). *Emerging organisational, social and human risks: expert forecasts and literature review*. Bilbao, European Agency for Safety and Health at Work, 2005.

Houtman I., Smulders P. & Bossche, S. van den (2006). *Arbobalans 2005, arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.

Houtman I. (2006). Health, Chronic Disease, absenteeism and workdisability. In: P.G.W. Smulders (red). *Worklife in the Netherlands*. Hoofddorp: TNO work&employment.

Huizinga F. & Smid B. (2004). *Vier vergezichten op Nederland: productie, arbeid, en sectorstructuur in vier scenario's tot 2040*. Den Haag: CPB no 55.

Jacobs-van der Bruggen M.A.M., Welte R.A., Koopmanschap M.A. & Jager J.C. (2002). *Aan roken toe te schrijven productiviteitskosten voor Nederlandse werkgevers in 1999*. Bilthoven: RIVM rapport 403505008/2002.

Jettinghoff K. & Smulders P.G.W. (2007). *Langer doorwerken of stoppen met werken: de invloed van persoonskenmerken, gezondheid en werksituatie*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven / Arbeid.

Jong, A.H. de & Hilderink H.B.M. (2004). *Lange-termijn bevolkingsscenario's voor Nederland*. CBS, RIVM.

Jungbauer F.H.W. (2007). *FACAG: een initiatief van de UMC's ter ondersteuning van BA en VA*. TBV, 15-1: 3.

Kenniscentrum UWV (2007). *UWV kwartaalverkenning 2006-IV*.

Klein, E. de, Klein Hesselink D.J. & Schie, J.P.M. van (2007). *Preventie van psychische belasting in de geestelijke gezondheidszorg: de invloed van kleinschalige organisatiegerichte maatregelen*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.

Koenders, P.G., Deursen, C.G.L. van, Prins, J., Eijndhoven, A.J.B. van. (2007). *Verzuim terugdringen door verbeteren van arbeidsomstandigheden, feit of fictie*. TBV, 15-2, 51-55.

Koningsveld E.A.P., Zwinkels W.S., Mossink J.C.M., Thie X.M. & Abspoel M. (2003). *Maatschappelijke kosten van arbeidsomstandigheden van werknemers in 2001*. Den Haag: SZW.

Lindley R. & Duell N. (projectcoördinatie) (2006). *Ageing and employment: identification of good practice to increase job opportunities and maintain older workers in employment. Final report*. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Lucht, F. van der (2006). Sociaaleconomische gezondheidsverschillen samengevat. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

Ministerie van VWS (2006). *Kiezen voor gezond leven 2007-2010*. Den Haag: VWS.

Mooij, R. de & Tang P. (2003). *Four futures of Europe*. CPB.

Nationale Denktank (2006). *Recept voor morgen: een frisse blik en betere zorg voor chronisch zieken*. Zie www.nationale-denktank.nl.

Nauta N. & Engels J. (2006). *Combineren van verschillende visies leidt tot een integrale kijk op arbocuratieve samenwerking*. TSG 84/2006:2, 121-122.

NVAB (2005). *De bedrijfsarts en de eerste lijn; over samenwerking, zorgverzekeringen en regionale ondersteuningsstructuren*.

NVAB (2005). *Leidraad Preventief Medisch Onderzoek van werkenden*.

Overbeek, K. van, Bakker I., Proper K.I. & Mechelen, W. van (2006). *Effectiviteit van interventies op het voorkomen of stoppen van rookgedrag*. TBV, 14-4, 149-154.

Overbeek, K. van, Bakker I., Proper K.I. & Mechelen, W. van (2006). *Effectiviteit van interventies gericht op het voorkomen of stoppen van overmatige alcoholconsumptie*. TBV, 14-5, 197-202.

Popma J. (2005). *Werkgerelateerde sterfte in Nederland: een verkenning*. HSI.

Proper K.I., Bakker I., Overbeek, K. van, Verheijden M.W. & Mechelen, W. van (2006). *De effectiviteit van interventies ter stimulering van gezonde voeding*. TBV, 14-6, 243-249.

Proper K.I., Bergstra B., Bakker I. & Mechelen, W. van (2006). *De effectiviteit van interventies ter stimulering van bewegen*. TBV, 14-3, 103-108.

Putten, D.J. van (2004). Nieuwe sociale zekerheid stelt eisen aan gezondheidszorg. Bedrijf, sociale zekerheid en gezondheidszorg. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 2004-20, 166-168.

Putten, D.J. van (2005). *Functionele aanspraken: een gouden kans voor arbeidsrelevante zorg*. TBV, 2005, 13 (4): 97.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006). *Publieke Gezondheid*. Den Haag: publicatienummer 06/10.

Rijdt-van de Ven, A.H.J. (2005). *Handreiking voor de zorg van de huisarts aan werkende patiënten; wat doe je als huisarts – en bedrijfsarts – en wordt de patiënt daar beter van?* Landelijke Huisartsen Vereniging.

SER (2006). *Welvaartsgroei door en voor iedereen*. Publicatienummer 8.

Spreeuwens D., Pal T. & Laan, G. van der (red.) (2005). *Signaleringsrapport Beroepsziekten '05*. NCVB, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, UvA.

Spreeuwens D., Pal T. & Laan, G. van der (red.) (2006). *Signaleringsrapport Beroepsziekten '06*. NCVB, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, UvA.

Steenbeek, R., Kool, R.B., Visser, E., Putten, D.J. van. (2005). *De juiste verwijzing: evaluatieonderzoek verwijzfunctie bedrijfsarts. Eindmeting: stand van zaken een jaar na de invoering*. Hoofddorp: TNO, Prismant, Marktconcern, TNO Kwaliteit van Leven.

Theeuwes, J. (2007). *Gezondheid en werk*. In: *Niet van later zorg: de toegevoegde waarde van zorg aan de economie*. Den Haag: ministerie van VWS.

Varekamp I., Spreeuwens D. & Dijk, F.J.H. van (2005). *Werknemers met reuma, astma en diabetes: een verkennend onderzoek naar de aandacht die medische specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen besteden aan werkgerelateerde problematiek*. Amsterdam: Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, AMC rapportnummer 05-11.

Velden, J. van, Rienstra G. & Jansen C. (2006). *Van Den Haag naar de werkvloer: analyse van drie beleidsprogramma's van de directie Arbeidsomstandigheden*. Rotterdam: ECORYS.

Veldkamp I., Spreeuwens D. & Dijk, F.J.H. van (2007). *Een mozaïek van deskundigheid: werken met een chronische aandoening vereist de inzet van meerdere disciplines*. MC 62:5, 212-215.

Vroome, E.M.M. de, Smulders P.G.W. & Vuuren, C.W. van (2005). *Verzuim als gevolg van arbeidsrisico's en zelf opgegeven verzuimredenen. Deelresultaten NEA 2003*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.

Vroome, E.M.M. de (2006). *Sickness absence: selfreported and objective risk factors*. TNO. Zie www.eurofond.eu.int/ewco.

Ybema J.F. & Evers M. (2005). *Profiel Arbeid en Gezondheid 2005*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.

Ybema, J.F., Evers, M.S. (2006). *Health and wellbeing of employees and the company's health policy*. Paper congres APA-NIOSH, Miami.

Zwetsloot G., Gründemann R., Scheppingen, A. van & Vos F. (2006). *Doorontwikkeling Integraal GezondheidsManagement: evaluatie pilotprojecten*. TNO, NIGZ. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.



BERNARD WIENTJES

Voorzitter
werkgevers-
organisatie
VNO-NCW

‘Op zaterdag
werken
kan best,
als dat beter
uitkomt’