

Werk als medicijn
Van verzuim door psychosociale klachten naar
functioneringsherstel op de werkplek

Een actorenanalyse en toekomstverkenning

Drs. M.P.M. Bekker

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de
Volksgezondheid en Zorg bij het advies Publieke gezondheid

Zoetermeer, 2006

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale
klachten naar functioneringsherstel op de werkplek 3

Inhoudsopgave

1	Introductie	5
2	Probleemverkenning en kosten van psychosociale klachten	7
2.1	Definities	7
2.2	De omvang, trends, en prognose van psychosociale klachten op de werkplek (Heuvel, Bossche & Heinrich, 2005)	7
2.3	Trends in beroepsbevolking en arbeidsomstandigheden	11
2.4	Kosten van psychosociale klachten bij werkenden	14
3	Beleid: veranderende condities en verwachte effecten	18
3.1	Beleidsontwikkelingen in de sociale zekerheid (SZW)	Error! Bookmark not defined.
3.2	Beleidsontwikkelingen Arbeidsomstandigheden (SZW): deregulering Arbowet	19
3.3	Koppelingen met de Zorgverzekeringswet (VWS)	22
3.4	Beleidsontwikkelingen Publieke Gezondheid (VWS)	22
4	Kennis	27
4.1	Specifieke interventies voor psychosociale problemen	27
4.2	GBW en Integraal Gezondheidsmanagement	30
5	Actoren in het aanbod	32
5.1	Samenwerkingsverbanden tussen overheid, sociale partners en professionals	32
5.2	De werkgevers	38
5.3	De werknemers	38
5.4	Verzekeraars	43
5.5	Arbodiensten	44
5.6	Reguliere zorg	46
6	Conclusies en beleidsaanbevelingen	52
	Bijlage	
1	Literatuur	43
2	Verslag debat 28 maart 2006 (<i>wordt later toegevoegd</i>)	

RVZ	Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek	4
-----	---	---

1 Introductie

Psychosociale klachten zijn een groot en hardnekkig volksgezondheidsprobleem. Hoewel in het afgelopen decennium hiervoor veel preventieve activiteiten zijn ontwikkeld, blijft één factor onderbelicht: de beschermende rol van arbeid bij psychosociale gezondheid.

Werkgevers en werknemers zullen in de nabije toekomst nadrukkelijker worden geconfronteerd met de noodzaak voor preventie van verzuim door psychosociale klachten. Een aantal trends in de beroepsbevolking en de arbeidsomstandigheden wijzen op een toenemende werkdruk. Werkgevers en werknemers zullen financiële sancties ondervinden als zij onvoldoende ondernemen om verzuim te voorkomen. Bovendien is de verwachting reëel dat het aandeel in de beroepsbevolking met een verminderde belastbaarheid zal toenemen. Door de strengere bepalingen ten aanzien van het duurzaamheidscriterium in de WAO en de WIA krijgen mensen met psychosociale klachten niet langer toegang tot een volledige uitkering. Door preventieve begeleiding na werkhervatting moet voorkomen worden dat zij in de bijstand terecht komen. Tegelijkertijd bestaat er een risico dat de mogelijkheden voor gezondheidsbescherming door de voornemens ten aanzien van de deregulering van de Arbo-wet afnemen. Het beleidsinstrumentarium is vooral gericht op de werkgever en op een stroomlijning van het logistieke proces. Er is nog winst te behalen op het terrein van preventie (Eindadvies project Ziek en Mondig, 2005).

Deze ontwikkelingen worden grotendeels aangestuurd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Sociale zekerheid, werkgelegenheid, en gezondheid zijn echter onlosmakelijk met elkaar verbonden. In de toekomst zal de druk op alledrie beleidsdoelen toenemen. In deze studie wordt vanuit de gezondheidssector onderzocht hoe de (psychosociale) gezondheid als voorwaarde voor arbeidsproductiviteit kan worden versterkt, en andersom: arbeid als voorwaarde voor zelfredzaamheid en psychosociale gezondheid. Beiden leiden tot een verdere kostenbeheersing en betaalbaarheid van de zorg en de sociale zekerheid. Macro-, meso- en microniveau lopen hierbij door elkaar heen. Op microniveau vormt de werkplek een locatie waar een verminderd functioneren (ook door niet-arbeidsgebonden factoren) vroegtijdig kan worden gesignaleerd. Bovendien biedt de gezondheidssector bewezen effec-

tieve gezondheidsbevorderende beleidsinstrumenten voor bedrijven, zoals integraal gezondheidsmanagement.

In deze achtergrondstudie wordt belicht hoe de psychosociale gezondheid van de 8 miljoen werkenden in Nederland kan worden beschermd en bevorderd via de werkplek. In de huidige beleidscontext van zelfregulering wordt onderzocht hoe werknemers en werkgevers optimaal kunnen worden gefaciliteerd bij de preventie van een verminderd functioneren van werkenden door psychosociale klachten. Door de onderlinge afhankelijkheden is het nodig om overzicht te krijgen over de verschillende betrokkenen, hun posities en mogelijkheden om hieraan bij te dragen.

De vragen, die in achtereenvolgende paragrafen zullen worden behandeld, zijn:

1. Probleemverkenning: Wat zijn de prevalentie, incidentie, prognoses, en kosten van psychosociale klachten onder werkenden.
2. Beleid: hoe ziet het beleidskader er in de nabije toekomst uit?
3. Kennis en aanbod: wat zijn bewezen effectieve, preventieve interventies op de werkplek t.a.v. psychosociale klachten onder werkenden, en hoe ziet het huidige aanbod eruit?
4. Biedt het beleidskader voldoende ruimte om de toekomstige trends van functioneringsproblemen onder werkenden te keren?
5. Welke beleidsaanbevelingen kunnen we hieruit afleiden?

Het doel van de achtergrondstudie is om de mogelijkheden voor (psychosociale) gezondheidswinst via de factor arbeid te koppelen aan stakeholderbelangen, zoals lagere kosten voor sociale zekerheid, efficiëntie in de zorgverlening en arbeidsproductiviteit. Op de langere termijn zal dat voor de vragende partijen (werkenden, werkgevers, overheid, verzekeraars) alleen efficiënt gerealiseerd kunnen worden door het alternatieve arbozorgcircuit, bestaande uit Arbodiensten, reïntegratiebedrijven en medische interventiebedrijven, te integreren in het reguliere zorgstelsel.

2 Probleemverkenning

Voor dit hoofdstuk is dankbaar gebruik gemaakt van een tweetal studies van TNO arbeid: Van den Heuvel, Bossche & Heinrich (2006): Preventie van arbeidsverzuim door psychosociale klachten; en Blatter, Houtman, Bossche, Kraan & Heuvel (2005): Gezondheidsschade en kosten als gevolg van RSI en psychosociale arbeidsbelasting in Nederland.

2.1 Definities

In deze studie staat psychosociale problematiek centraal. Daarmee wordt het relationale karakter benadrukt: de aard van de problematiek ligt primair in de interactie tussen individu en omgeving. Volgens de WHO is er bij een optimale psychosociale gezondheid sprake van succesvol functioneren wat resulteert in productieve activiteiten, bevredigende relaties met anderen en de mogelijkheid tot aanpassen en omgaan met tegenslagen. (www.nationaalkompas.nl). Bij dergelijke criteria is de grens tussen wel of niet gezond functioneren echter arbitrair.

In afwezigheid van een ondubbelzinnige wijze waarop psychosociale gezondheid of een optimaal functioneren kan worden vastgesteld, is een omgekeerde definitie behulpzaam. Een suboptimale psychosociale gezondheid of suboptimaal functioneren is te lokaliseren aan de hand van de ernst en de omvang van gesignaleerde beperkingen in het functioneren, in dit geval op de werkplek. Beperkingen in het functioneren op de werkplek kunnen bijvoorbeeld worden afgelezen aan veranderingen in de kwantiteit en de kwaliteit van de uitgevoerde taken, het hanteren van sociale relaties c.q. het functioneren in een team, de persoonlijke zelfverzorging, of sterke gedragsveranderingen. Concreet wordt in deze studie onder psychosociale gezondheid verstaan: overspannenheid, burn out, angst en depressie.

In deze studie wordt verder gesproken over ‘werkenden’, om zelfstandigen en ondernemers in te sluiten in de populatie die te maken kan krijgen met psychosociale problemen.

2.2 Omvang, trends, en prognosen

Van burn out is sprake wanneer een toestand van emotionele uitputting gepaard gaat met een cynische houding ten aanzien

van het eigen werk en/of het gevoel het werk niet meer aan te kunnen. Emotionele uitputting kan beschouwd worden als de belangrijkste en tevens meest aansprekende component van burn out. Deze dimensie wordt gekenmerkt door gevoelens van leegte, vermoeidheid, uitputting en psychosociale uitholling als gevolg van het werk. Herstelbehoefte is een vroeg symptoom van psychosociale vermoeidheid, mede als gevolg van het werk. Herstelbehoefte en emotionele uitputting kunnen worden beschouwd als een tussenstap naar klachten van meer ernstige aard die gepaard gaan met verzuim en arbeidsongeschiktheid. In tabel 2.1 wordt een overzicht gegeven van beschikbare gegevens over de prevalentie van psychosociale klachten. Daarbij moet rekening worden gehouden met verschillende onderzoekspopulaties in de verschillende onderzoeken.

Tabel 2.1 Overzicht prevalentie psychosociale klachten

	Peiljaar	Bron	Populatie
Herstelbehoefte	26%	2003	NEA Arbeidsproductieven in loondienst
Burn out	11%	2004	POLS NL bevolking
Verzuim door psychosociale klachten	5,5%	2003	NEA Arbeidsproductieven in loondienst
Verzuimdagen door psychosociale klachten per jaar	46	2003	NEA Arbeidsproductieven in loondienst
Werkgerelateerd verzuim door psychosociale klachten van ≥ 13 weken	0,2%	2004	Stress Impact UWV registratie
Aandeel psychosociale klachten in totale WAO-intrede	31%	2004	UWV NL beroepsbevolking m.u.v. zelfstandigen
Aandeel psychosociale klachten in lopende WAO-uitkeringen	34%	2004	UWV NL beroepsbevolking m.u.v. zelfstandigen
WAO-intrede door psychosociale klachten gerelateerd aan aantal verzekerden	0,3%	2004	UWV NL beroepsbevolking m.u.v. zelfstandigen
Lopende WAO-uitkeringen door psychosociale klachten gerelateerd aan aantal verzekerden	4%	2004	UWV NL beroepsbevolking m.u.v. zelfstandigen

(Bron: Heuvel, Bossche & Heinrich, 2006)

Bij burn out wordt een licht stijgende trend geconstateerd. Sectoren waar burn out relatief veel voorkomt, zijn onderwijs, industrie, en horeca. De verzuimcijfers in de horeca behoren daarentegen tot de laagste.

Verzuim door psychosociale klachten blijft ongeveer gelijk in de afgelopen jaren: 5-6% (1994-1997). Dit verzuim blijkt gemiddeld 46 dagen te duren. Dat is veel langer dan de meeste andere verzuimredenen, zoals rugklachten (22 dagen), maag- of darmklachten (7 dagen) of griep/verkoudheid (4 dagen). Alleen verzuim door hart- en vaatziekten duurt gemiddeld langer (49 dagen). Verzuim door psychosociale klachten is het hoogst in de sectoren financiële dienstverlening; communicatie, onderwijs, en vervoer.

Het aandeel nieuwe WAO uitkeringen ten gevolge van psychosociale klachten in de beroepsbevolking is recent gedaald tot 31%, het aandeel bestaande WAO uitkeringen ten gevolge van psychosociale klachten in de beroepsbevolking blijft vooralsnog gelijk. Door het Schattingsbesluit en WIA is de verwachting dat het aantal bestaande WAO uitkeringen ook zal gaan dalen. De meeste WAO-uitkeringen door psychosociale klachten komen voor in de financiële instellingen. Hier zijn vier keer zoveel WAO-uitkeringen als in de laagrisico sector energie- en waterleidingbedrijven.

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van gevolgen van *werk*gerelateerde psychosociale klachten. Onder psychosociale arbeidsbelasting verstaat TNO de oorzakelijke factoren in de arbeidssituatie die stress teweeg kunnen brengen. Mogelijke gevolgen van psychosociale arbeidsbelasting zijn gedefinieerd als werkgerelateerde psychosociale klachten, hart- en vaatziekten, ongevallen en sterfte.

Tabel 2.3 Gevolgen van psychosociale arbeidsbelasting (PSA)

Gevolgen van psychosociale arbeidsbelasting	Prevalentie in beroepsbevolking	Aantallen werknemers
Ziekenhuisopnames a.g.v. hart- en vaatziekten door PSA	0,08%	7.688
Ongevallen als gevolg van PSA	0,72%	52.500
Verzuim a.g.v. werkgerelateerde psychosociale klachten	2% – 4%	150.000 – 300.000
Verzuim a.g.v. werkgerelateerde psychosociale klachten > 13 weken	0,17% – 0,75%	12.750 – 56.250
Verzuim a.g.v. hart- en vaatziekten door PSA	0,2%	15.000
Verzuim a.g.v. ongevallen door PSA	0,088%	6.600
WAO a.g.v. psychosociale klachten	2%	140.700
WAO a.g.v. werkgerelateerde psychosociale klachten	1,5%	101.525
WAO a.g.v. hart- en vaatziekten door PSA	0,045%	3.139
WAO a.g.v. ongevallen door PSA	0,05%	3.914
Sterfte a.g.v. werkgerelateerde zelfdoding	0,0027%	200
Sterfte a.g.v. hart- en vaatziekten door PSA	0,0044%	435
Sterfte a.g.v. ongevallen door PSA en werkgerelateerde agressie en geweld	0,00034%	25

Bron: Blatter et al., 2005

Voor de ernstigere vormen van psychosociale klachten, zoals angst- en depressiestoornissen, zijn er geen duidelijke aanwijzingen van een stijgende of dalende trend. Wel (h)erkennen mensen eerder dat zij aan een stoornis lijden, en met name vrouwen zoeken daarvoor eerder hulp (www.nationaalkompas.nl). Onderstaande tabel geeft een overzicht van prevalenties van angst en depressie bij de totale bevolking, werkenden en niet-werkenden, gebaseerd op data uit de periode 1994-99.

Tabel 2.2 Prevalentie angst en depressie

	<i>Angst</i>		<i>Depressie</i>	
	Ooit	Afgelopen jaar	Ooit	Afgelopen jaar
Totale bevolking	19,3%	12,4%	15,2%	5,7%
Werkenden	17,1%	10,4%	14,3%	4,7%
Niet-werkenden	26,0%	10,4%	25,0%	13,5%

Bron: (Heuvel, Bossche & Heinrich, 2006; Dorselaar et al, 2006)

Opvallend is dat werkenden minder last hebben van angst en depressie in vergelijking met de gehele bevolking en niet-werkenden. Angststoornissen komen vaker voor dan depressiestoornissen, behalve bij niet-werkenden.

2.3 Trends in beroepsbevolking en arbeidsomstandigheden

Demografische prognoses geven aan dat het aandeel 20-65 jarigen zal dalen van 61 % naar 53,9% in 2037, om daarna weer licht toe te nemen. Samen met de dubbele vergrijzing leidt dit tot een toename van de demografische druk (verhouding tussen het aantal 65 plussers en 0 tot 20 jarigen ten opzichte van de 20 tot 65 jarigen) van 64% naar 86% in 2037 (www.cbs.nl). Het macroprobleem van de demografische druk kan op microniveau de belasting van werknemers in meerdere opzichten verzwaren. Andere trends zijn: toenemende complexiteit van organisaties en informatiestromen; stijgende arbeidsparticipatie van ouderen, vrouwen, en alleenstaande ouders; veranderende combinaties van werken en zorgen; en een toename van onzekerheden door flexibilisering van de arbeid en beleidsveranderingen in de sociale zekerheid.

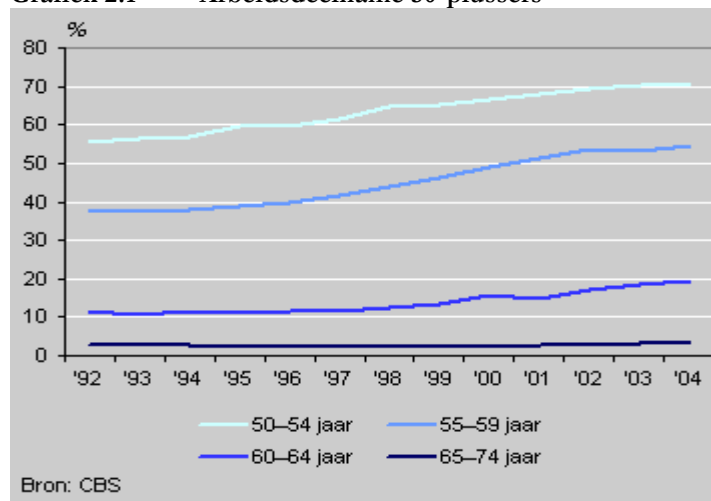
Toenemende complexiteit van organisaties en informatiestromen
Mede door schaalvergroting, technologische ontwikkelingen in de automatisering en ICT, en toenemende verantwoordings-eisen worden organisaties groter en complexer. Door taakdeling en specialisatie raken individuele medewerkers steeds afhankelijker van andere medewerkers en afdelingen om doelstellingen te realiseren. Ook kleinere ondernemingen worden in toenemende mate afhankelijk van hun omgeving. Toenemende afhankelijkheden leiden tot verminderde controle- en beheersingsmogelijkheden, en het gevoel te ‘worden’ geleefd.

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

Stijgende arbeidsparticipatie van ouderen

De arbeidsparticipatie van 55-64-jarigen steeg van 26% in 1995 naar 39% in 2003. Tussen 1992 en 2004 is in alle leeftijdsgroepen van ouderen de arbeidsdeelname toegenomen. In 2004 werkte van de 50-54-jarigen 70%. Van de 55-59-jarigen was dat bijna 55%. Onder de 60-plussers ligt de arbeidsdeelname een stuk lager: van de 60-64-jarigen had nog zo'n 20% een baan.

Grafiek 2.1 Arbeidsdeelname 50-plussers



Het aandeel zelfstandigen in die groep is relatief groot, mede doordat vroeggepensioneerden doorwerken in een zelfstandige baan. Dat levert een relatief grote vrijheid van handelen in het werk in met een mogelijk kleinere ervaren psychosociale belasting door de afwezigheid van de bureaucratie van de grote organisatie. Hoewel verzuim door psychosociale klachten vaker voorkomt bij jongere werkenden, is de relatieve arbeidsbelasting van oudere werknemers bij gelijke arbeidstaken in het algemeen groter dan die van jongeren. Dit resulteert in een vertraagd herstelproces na afloop van het werk. Burdorf/Mackenbach (2006) hebben berekend dat 17% van de Nederlandse bevolking in de leeftijdscategorie 50-64 jaar depressieve klachten rapporteren, die significant samenhangen met vroegtreding door vroegpensioen of werkloosheid. Zij schatten de bijdrage van een hoge werkdruk aan de vroege uittreding door vroegpensioen op ongeveer 6%, en aan de vroegtreding

ding door werkloosheid¹ op bijna 30%. Burdorf en Mackenbach bevelen daarom aan om enerzijds via een gezondheidsbevorderend beleid, al dan niet op de werkplek, de arbeidsparticipatie te vergroten, en anderzijds om via een tijdige aanpassing van de arbeidsbelasting aan de psychosociale en fysieke arbeidscapaciteiten van oudere werknemers de vroegtijdige via arbeidsongeschiktheid, vroegpensioen en werkloosheid te verminderen. Langer doorwerken, zoals dat door het kabinet gepropageerd wordt, is vanuit gezondheidsperspectief mogelijk mits de werkbelasting wordt aangepast aan de belastbaarheid van de ouder wordende werknemer (Weel et al., 2005). Een leeftijdsbewust personeelsbeleid kan de werknemer aanpassingsstrategieën aanreiken en mogelijkheden scheppen het werk zelf in te delen naar arbeidsvermogen (De Zwart, 1997; Mangino, 2000). Bij oudere vrouwelijke werknemers is aandacht nodig voor de mogelijke gevolgen van de menopauze (Millonig, 1996).

Stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen en veranderende combinaties van werken en zorgen

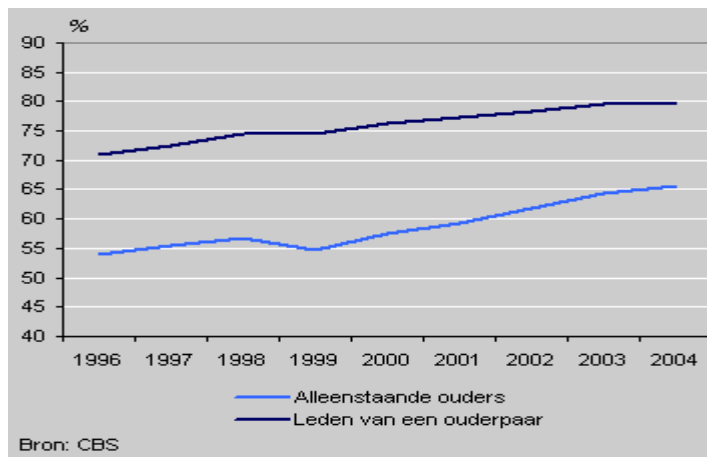
De stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen in het algemeen brengt met zich mee dat in de voorheen op een mannelijke context georiënteerde onderzoek en praktijk definities en indicatoren van werk en gezondheid aangepast moeten worden aan het onderscheid tussen ‘mannen- en vrouwenberoepen’, en aan specifieke kenmerken van de vrouwelijke biologie. Daarnaast neemt de arbeidsparticipatie van alleenstaande ouders, met name moeders, toe. De combinatie van werken en zorgen wordt op verschillende manieren ingevuld en verschilt per gezinsfase, wat resulteert in verschillende gezondheidseffecten. Het gecombineerd vervullen van de rollen van ouder, werkende en partner gaat gepaard met een relatief gunstig gezondheidsprofiel (Bekker, 2002; Dennerstein, 1995). Tegelijkertijd is in diverse studies aangetoond dat vrouwen die werken en zorg combineren, relatief gebrek aan herstel ondervinden. Bovendien vermindert het welbevinden van de vrouw bij gebrek aan een partner, of een gebrek aan steun van die partner. Naast kenmerken van het werk en kenmerken van de gezinssituatie verschillen ook de persoonsgebonden kenmerken als ambitieniveau en vaardigheden. Ingeval van gezondheidsproblemen door de combinatie van werk en zorg bieden standaardoplossingen onvoldoende soelaas (Bekker, 2002).

¹ Gedefinieerd als ‘geen inkomen uit werk’ (Burdorf & Mackenbach, 2006)

De stijgende arbeidsparticipatie van alleenstaande ouders

In 2004 behoorde 65% van de alleenstaande ouders tot de beroepsbevolking. In 1996 was dat nog 54%. Het aantal alleenstaande ouders van minderjarige kinderen is tussen 1996 en 2004 gestegen van 208 duizend tot 270 duizend. Bijna negen van de tien zijn vrouw.

Grafiek 2.2



Toename onzekerheden door flexibilisering van de arbeid en beleidsveranderingen in de sociale zekerheid

Door een toename van deeltijdwerk, uitzendwerk, tijdelijke contracten en onregelmatige werktijden krijgen werkenden te maken met meer onzekerheden ten aanzien van inkomen, verzekerde status, arbeidsvoorwaarden en dergelijke. Die onzekerheden worden verder vergroot door de afschaffing van het prepensioen en de voorgenomen versoepeling van het ontslagrecht. Werkenden die direct te maken krijgen met meerdere van deze factoren, kunnen controleverlies ervaren. Dat is een van de factoren bij het ontstaan van psychosociale problemen, evenals bij het verminderen ervan.

2.4 Kosten

Blatter et al. (TNO, 2005) schatten de totale jaarlijkse kosten van psychosociale arbeidsbelasting op 4 miljard euro. Het gaat

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

daarbij om werkgerelateerde psychosociale klachten die kunnen leiden tot hart- en vaatziekten, ongevallen en sterfte.

Tabel 2.4 Kosten door psychosociale arbeidsbelasting

PSA	Werkgerelateerde kosten in miljoen euro per jaar, beroepsbevolking	
Kosten door verminderde arbeidsproductiviteit	onbekend	
Verzuimkosten psychosociale klachten	1157	
Verzuimkosten hart- en vaatziekten door PSA	122	
Verzuimkosten ongevallen door PSA	33	
Totaal verzuim		1312
WAO depressie	620	
WAO PTSS	489	
WAO burnout, spanning	516	
Totaal WAO psychisch (drie categorieën)		1625
WAO hart- en vaatziekten door PSA	48	
WAO ongevallen door PSA	60	
Totaal WAO		1733
Kosten medische consumptie		
Medische kosten psychosociale klachten	813	
Medische kosten hart- en vaatziekten door PSA	94	
Medische kosten ongevallen door PSA	118	
Totaal medische kosten		1025
Totaal		4070

Bron: Blatter et al., 2005

Ter vergelijking: per jaar kost ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en sterfgevallen door roken het Nederlandse bedrijfsleven 305 miljoen euro (www.nationaalkompas.nl).² Het bedrijfsleven is per jaar aan de gevolgen van psychosociale arbeidsbelasting dus tien maal zoveel kwijt dan aan de kosten van roken.³ Verzuim of verminderd functioneren als gevolg van niet-werkgebonden oorzaken is hierbij nog niet meegerekend.

De sectoren met de hoogste jaarlijkse kosten voor verzuim door psychosociale klachten zijn:

² Dat bedrag is gebaseerd op gegevens van voor 1999.

³ Mits dezelfde definities zijn gehanteerd.

- industrie (185 miljoen euro);
- financiële instellingen (145 miljoen euro);
- vervoer en communicatie (135 miljoen euro);
- openbaar bestuur (135 miljoen euro).

Dit wordt mede veroorzaakt door een combinatie van de duur van het verzuim, de grootte van de sector, en de hoogte van de loonkosten in die sector.

In de kosten veroorzaakt door de WAO uitkeringen is het aandeel van depressie het hoogst (620 miljoen euro), gevolgd door burn out en spanningsklachten (516 miljoen euro) en posttraumatische stresstoornis (489 miljoen euro). De hoogste kosten worden gemaakt in

- de sector gezondheid- en welzijnszorg (297 miljoen euro);
- industrie (267 miljoen euro).

Dit als gevolg van een combinatie van de grootte van de sector en de prevalentie van WAO-uitkeringen als gevolg van psychosociale klachten.

3 Beleid: veranderende condities en verwachte effecten

Het beleid ten aanzien van ziekteverzuim, sociale zekerheid en arbeidsomstandigheden wordt op macroniveau aangestuurd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, terwijl de preventie van psychosociale klachten en gezondheidsbevordering op de werkplek VWS beleid is. De gescheiden aansturing leidt tot verschillen in focus, financiering, sturingsinstrumenten, procedures, en in draagvlak onder werkgevers en werknemers, terwijl de doelstellingen: de preventie van kosten door verzuim, arbeidsproductiviteit, werknemers- en klanttevredenheid, maatschappelijk verantwoord ondernemen en gezondheidswinst, voor een groot deel in elkaars verlengde liggen.

3.1 Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen

Werkgevers zijn sinds de jaren negentig in toenemende mate financieel aansprakelijk gesteld voor de kosten van sociale zekerheid bij verzuim en arbeidsongeschiktheid⁴. Vanaf 1 januari 2006 is de WAO vervangen door de WIA, waarbij de werkgeversrol groter wordt bij de gedeeltelijk arbeidsongeschikten. In de inleiding werd al aangegeven dat de inkomensonzekerheden voor werkenden toenemen en dat door veranderingen in de sociale zekerheid, vooral de WIA, de verwachting reëel is dat de arbeidsmarkt voor een groter deel zal bestaan uit minder belastbare werkenden. Recent heeft de rechter in kort geding de WAO-herkeuringen door het UWV als rechtmatig

⁴ Wet terugdringing volume arbeidsongeschiktheid (TVA, 1992), Wet terugdringing beroep op Arbeidsongeschiktheidsverzekering (TBA, 1993), Wet terugdringing Ziekteverzuim (TZ, 1994), Wet Uitbreiding Loondoorbetalingverplichting bij Ziekte (Wulbz, 1995), Wet Verbetering Poortwachter (2002, 2004), Wet Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA, 2006). Teineinde de gedragsreacties van werkgevers op deze maatregelen te kunnen monitoren en de effecten ervan te evalueren heeft het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in 1996 besloten tot het instellen van een omvangrijk 'ZARA/SZW-werkgeverspanel' (Ziekteverzuim, Arbeidsomstandigheden, Reintegratie en Arbeidsongeschiktheid) - een steekproef van enkele duizenden werkgevers die regelmatig werden geïnterviewd over de betreffende thema's, tot 2000.

beoordeeld.⁵ Toch zijn er aanwijzingen dat de reïntegratie van goedgekeurde WAO'ers (nog) niet van de grond komt ('Weinig werk herkeurde WAO'ers', NRC, 07-09-2005; 'Reïntegratie leidt vaak tot conflicten', NRC, 27-03-2006).

In de WIA worden werknemers alleen nog tot de volledige uitkering IVA toegelaten, als zij meer dan 80% arbeidsongeschikt worden verklaard. Werknemers die gedeeltelijk arbeidsongeschikt worden verklaard (35-80%), komen in de WGA regeling en moeten samen met hun werkgever op zoek naar alternatieve taken. De inkomens van de werknemers die minder dan 35% arbeidsongeschikt worden verklaard, moeten door hun werkgever worden aangevuld.

Rechten en plichten van werknemers zijn gespecificeerd. UWV en werknemer dienen samen te komen tot een reïntegratievisie en het reïntegratiebedrijf en de werknemer tot een gezamenlijk reïntegratieplan. De gedeeltelijk arbeidsongeschikte moet de uitvoerder informeren, meewerken aan verzoeken of opdrachten, er alles aan doen om te voorkomen dat hij een beroep moet doen op een uitkering, dan wel ervoor zorgen dat hij dit beroep zoveel mogelijk beperkt, en zich actief opstellen tijdens het ontvangen van de uitkering. De actieve opstelling wordt afgedwongen via de registratieplicht bij het CWI, de sollicitatieplicht, en de acceptatieplicht van een aanbod passende arbeid.

3.2 Deregulering Arbowet

In de huidige Arbowet en het Burgerlijk Wetboek zijn een aantal verplichtingen geformuleerd t.a.v. de arbeidsomstandigheden. De werkgever is gehouden aan een in wetenschappelijk en professionaal opzicht verantwoord arbeidsomstandighedenbeleid en het uitvoeren van specifieke verplichtingen (Arbowet art. 3), heeft een zorgplicht voor de werkomgeving van de werknemer (BW 7:658), en dient zich op te stellen als een goed werkgever (BW 7:611). De werknemer rust de plicht om voorzichtigheid en zorgvuldigheid te betrachten om zorg te

⁵ Volgens de rechter mogen de uitkeringsvoorwaarden tussentijds worden veranderd, en is de toepassing van het Aangepast Schattingsbesluit niet discriminerend naar leeftijd, ras en geslacht noch ten aanzien van psychisch zieken. Overigens wordt binnenkort door de Stichting Collectieve RechtsVordering (CORV) een bodemprocedure aangespannen.

dragen voor de veiligheid en gezondheid van zichzelf en anderen (Arbowet art. 11). De uitwerking van deze verplichtingen is onderhevig aan beleidsveranderingen.

Per 1 juli 2005 is de verplichting tot het inhuren van Arbodiensten komen te vervallen⁶. Daarnaast regelt de Wet Maatwerk Arbodienstverlening o.a. dat altijd een bedrijfsarts moet worden ingeschakeld bij de reïntegratie van zieke werknemers, dat de Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) voortaan door slechts een van de arboprofessionals hoeft te worden getoetst (arbeids- en organisatiedeskundige; bedrijfsarts; arbeidshygiënist; veiligheidskundige) en dat preventieve taken voortaan binnenshuis moeten worden uitgevoerd dmv een interne preventiemedewerker. Onder preventiebeleid wordt verstaan: het beschermen tegen en de preventie van beroepsrisico's in het bedrijf. De preventiewerker dient gecertificeerd te zijn in een van de vier beroepen: veiligheidsdeskundige, arbeidshygiënist, bedrijfsarts, of arbeids- en organisatiedeskundige. Aansluiting bij een Arbo-dienst blijft verplicht voor de begeleiding van verzuim op medische gronden door een bedrijfsarts.

De Arbo-wet zal nog verder worden herzien. De SER (2005) heeft, om onnodige regelgeving terug te dringen, een nieuwe arbostructuur voorgesteld, waarin onderscheid wordt gemaakt tussen een publiek domein waarin doelvoorschriften worden opgenomen met gezondheidskundige grenswaarden. In het private domein wordt op sectoraal en ondernemingsniveau vervolgens een invulling gegeven aan de manier waarop deze voorschriften worden nagekomen. De mogelijke maatregelen moeten in een Arbocatalogus worden opgenomen. De redelijkerwijsclausule zou moeten worden gehandhaafd⁷. Daarbij staat de SER een Europese uitvoering van deze structuur voor, wat overigens niet mag leiden tot verlaging van het beschermingsniveau in de lidstaten.

Ten aanzien van de psychosociale arbeidsrisico's (PSA) is de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor-

⁶ N.a.v. een arrest van het Europese Hof (22 mei 2003) dat Nederland niet heeft voldaan aan de bepaling in de Europese Richtlijn 89/391 (1989).

⁷ Afweging van de technische, operationele, en economische haalbaarheid van arbomaatregelen tegen het risico van het achterwege laten van deze maatregelen.

nemens om een beleidsvoeringverplichting in de Arbo-wet op te nemen. Hieronder vallen alle factoren die stress in de arbeidssituatie teweeg kunnen brengen, zoals seksuele intimidatie, agressie en geweld, pesten en werkdruk. De verplichting tot een ziekteverzuimbeleid komt echter te vervallen, evenals de wettelijke verplichting van het arbeidsomstandigheden-spreekuur. Ook arbobeleidsregels met betrekking tot verlichting en daglicht, die boven de Europese regelgeving uitgaan, komen te vervallen. Hoewel deze zaken goed op sectorniveau tussen werkgevers en werknemers geregeld kunnen worden, vervallen hiermee mogelijkheden om onwelwillende individuele werkgevers bij te sturen. Volgens de staatssecretaris kan de bedrijfsinterne registratie van ongevallen conform EU richtlijn 89/391/EEG worden beperkt tot die ongevallen die hebben geleid tot een verzuim van meer dan drie dagen. Een dergelijke registratie geeft nu juist aanwijzingen voor een effectief preventiebeleid. De regels over de bedrijfshulpverlening zullen ook verder worden versoepeld om werkgevers meer ruimte te geven voor maatwerk. De Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) blijft het uitgangspunt (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 25 883, nr. 55).

In maart 2006 is een vervolgoverleg tussen de sociale partners, o.a. over de herziening van de Arbowet om de ketenbenadering vast te stellen. Dan zal de minister zijn voorstel naar de Tweede Kamer sturen.

In de Europese regelgeving zijn geen specifieke bepalingen opgenomen over de preventie van psychosociale klachten onder werkenden. Wel zijn de plichten van de werkgever en de werknemer ter bevordering van de veiligheid en gezondheid vastgelegd in de Richtlijn 89/391/EEG van de Raad van 12 juni 1989.

Arboconvenanten

Vanaf 1998 worden er per branche arboconvenanten afgesloten tussen werkgevers werknemers en de overheid. In de eerste fase convenanten ligt de nadruk op preventie van verzuim door verbeteren van arbeidsomstandigheden, in de tweedefase (Arboplus) convenanten bevatten afspraken over verzuim en reïntegratie. Er is een monitor Arboconvenanten ontwikkeld. Het verzuimpercentage daalt in convenantbranches harder dan in niet-convenantbranches. Persoonlijke benadering van werkgevers en werknemers, bijvoorbeeld in de vorm van ergo-coaches, arbovoorlichters of RSI-consulenten, lijkt succesvol. Het bereik van de arboconvenanten zou in 2005 52% van de beroeps-

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

bevolking bedragen, dat zijn 3,7 miljoen werknemers (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 25 883, nr.41). In toenemende mate worden afspraken ook opgenomen in de CAO (nu 57%). Daarmee krijgen de afspraken een bindend karakter.

3.3 Koppelingen met de Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet is per 1 januari 2006 ingegaan. De wet vervangt de oude Zfw, Wtz en wet MOOZ. In de nieuwe wet zijn een drietal sociale waarborgen opgenomen, te weten de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, en het wettelijk omschreven basispakket. Vanaf 1 januari 2007 zal het basispakket worden uitgebreid met de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg die uit de AWBZ wordt gehaald. De financiering van de GGZ vindt nu al plaats vanuit het Zorgverzekeringsfonds.

Sommige onderdelen van Arbozorg kunnen vanuit de ZVW worden vergoed. Sinds 1 januari 2004 mag de bedrijfsarts werknemers verwijzen naar de reguliere zorg. Deze maatregel werd genomen in de verwachting dat het herstel en de reïntegratie van werknemers zou bespoedigen. Er zijn aanwijzingen dat het aantal verwijzingen naar de reguliere zorg in het totale aantal verwijzingen door de bedrijfsarts nog zeer beperkt is vergeleken met het aantal verwijzingen naar de tweedelijns arbozorg. Mogelijke redenen hiervoor zijn het beperkte vertrouwen van werkgevers in de reguliere zorg, en een matige interesse onder zorgverzekeraars vanwege het aanbod van arbozorg in aanvullende zorg- en verzuimverzekeringen.

3.4 Publieke Gezondheidsbeleid

Het kabinet constateert in de Nota Langer Gezond Leven (2003) dat 'psychische klachten en de mogelijke gevolgen daarvan (verzuim, eenzaamheid, gedragsproblemen, overlast) voor lokale overheden en sociale partners een groot probleem zijn. De rijksoverheid kan deze problemen niet oplossen. Wel kan het Rijk hen ondersteunen bij het beter aanpakken van de problemen. Het gaat daarbij vooral om verbeteringen in de processen van preventie, vroeg herkennen en de zorg. Bij psychische klachten is er nog veel te winnen door vroegtijdige inzet van minimale interventies via GGD'en, scholen, thuiszorg, bedrijfsgezondheidszorg en de eerstelijnszorg'.

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
22

De aanpak van het ministerie van VWS ten aanzien van psychosociale gezondheidsproblemen is in de kabinetsnota vooral gericht op de zorgsector. Veel aandacht gaat uit naar alcoholproblematiek. Het kabinet zet in op het stimuleren van zorggerichte interventies: de rol van de huisarts in de preventie voorafgaand aan de ziekmelding; richtlijnontwikkeling voor de diagnostiek, begeleiding en behandeling van werknemers met psychosociale klachten voor de bedrijfsarts en huisarts gezamenlijk; preventieprotocollen en een NVAB-richtlijn. Net als bij het bevorderen van een gezonde leefstijl moet ook het tegengaan van depressie gebeuren op de plaatsen waar mensen leven: thuis, op school, op het werk en in de wijken. In de Nota wordt echter alleen de taken van gemeenten en van scholen nader toegelicht.

‘Arbeidsgerelateerde psychische problematiek’ wordt echter gerekend tot het terrein van het ministerie van SZW, dat convenanten afsluit met de sociale partners. Hierin staan concrete afspraken over het terugdringen van werkdruk en andere factoren die bijdragen aan psychosociale arbeidsbelasting. In opdracht van de Commissie Het Werkend Perspectief (2003-2007) heeft TNO Arbeid inmiddels een handreiking ontwikkeld die werkgevers helpt preventieactiviteiten in hun bedrijfsvoering in te passen. De activiteiten en producten van de commissie worden toegelicht in paragraaf 5.

In de Kabinetsnota Langer Gezond Leven (2003) noemt het kabinet een aantal argumenten voor het voeren van een bedrijfsgezondheidsbeleid: Gezondheid is een primaire grondstof voor arbeidsbeschikbaarheid en -productiviteit. De ontwikkelingen in het beleid op het terrein van de sociale zekerheid hebben het bedrijfsgezondheidsbeleid een duidelijke impuls gegeven. De toenemende vergrijzing van de bevolking dwingt bedrijven bovendien tot een (leeftijds)bewust en gezond personeelsbeleid. Een concrete invulling van bedrijfsgezondheidsbeleid, die niet wordt genoemd in de Nota, maar waar wel ervaringen mee zijn opgedaan, is Gezondheidsbevordering op de werkplek door middel van integraal gezondheidsmanagement (IGM). Dit beleid is niet specifiek gericht op psychosociale klachten maar kan wel bijdragen aan het voorkomen daarvan.

Bij preventie en gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW) is het uitgangspunt de 95% werknemers die gezond

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
23

zijn gezond te houden. GBW is 'overgewaaid' uit de Verenigde Staten waar grote bedrijven al enkele decennia werken met leefstijlprogramma's. GBW is vooral gericht op het systematisch inbedden van gezondheid en preventie in de bedrijfsvoering van arbeidsorganisaties. Het instrument voor GBW is Integraal Gezondheidsmanagement (IGM) dat analoog aan het INK model door de werkgever kan worden ingezet. Dit instrument sluit aan bij de Good Practices in Health, Environment and Safety Management in Enterprises (GP HESME), dat door de World Health Organization is ontwikkeld.

Zie volgende paragraaf voor een beschrijving van de effectiviteit hiervan. Momenteel worden door TNO en NIGZ een tweetal pilots uitgevoerd om de integratie van IGM in de bedrijfsvoering en de effectiviteit te onderzoeken in het MKB resp. grote ondernemingen. De resultaten worden in de zomer van 2006 verwacht.

3.5 Toekomst: Koppeling gezondheidsbeleid aan sociale zekerheid en arbeidsmarktbeleid?

Het sociale zekerheidsbeleid stoelt op de principes van inkomensgarantie en circulatie (reintegratie van werklozen). Doel is de arbeidsparticipatie in Nederland te verhogen en een armoedeval⁸ te voorkomen. In het TNO rapport 'Agenda voor de toekomst: Sociale zekerheid en arbeidsmarkt' (2005) pleiten Wevers en van Genabeek, op basis van scenariostudies over de verzorgingsstaat van het SCP en CPB, voor een activerende sturing van de arbeidsmarkt en de sociale zekerheid. Dat bestaat uit een combinatie van een selectieve sociale zekerheid en loonvorming op basis van een maatschappelijk aanvaardbaar loonniveau (minimumloon). De auteurs stellen voor een drietal regimes te onderscheiden naar type arbeid:

1. Marktarbeid, waarbij de overheid zich grotendeels kan terugtrekken uit de organisatie van de sociale zekerheid omdat de werkgevers vanuit concurrentieoverwegingen en productiviteitseisen zullen investeren in goed primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden.

⁸ Het per saldo verminderen van het besteedbaar inkomen bij uitkeringsgerechtigden die door het verkrijgen van een baan hun recht op huursubsidie, goedkope kinderopvang en dergelijke verliezen.

2. Voorwaardenscheppende arbeid, waarbij de overheid voorwaarden schept voor een goed functionerende maatschappij (veiligheid, onderwijs, gezondheidszorg, huisvesting en sociale zekerheid). Door de kwaliteitseisen kan de productiviteit niet evenredig toenemen met die van de marktarbeid, waardoor de overheid extra middelen ter beschikking zal moeten stellen of genereren om te achterblijvende productiviteitstijging te compenseren.
3. Ondersteunende arbeid, waarbij de overheid een belangrijker taak krijgt in de bescherming van de werknemer en het garanderen van deze arbeid. De laaggeschoolde arbeid in de industrie wordt in de nabije toekomst grotendeels vervangen of verplaatst, terwijl er door de vergrijzing en de stijgende arbeidsparticipatie een stijgende behoefte is aan eenvoudige arbeid, zoals onderhoud en zorg. Door de toename van minder valide werknemers (langdurig, werklozen, zieken en gehandicapten) en de instroom van laaggeschoolde (arbeids)migranten is de kans groot dat er een neerwaartse loondruk zal optreden. De primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden voor deze vorm van arbeid komen hierdoor onder druk te staan, waarvoor de overheid een vangnet zou moeten houden.

Bovenstaande zou kunnen betekenen dat gezondheid bij marktarbeid als een kwaliteitsaspect zal worden beschouwd van de arbeidsvoorwaarden. Bij de overige vormen van arbeid zal de overheid meer toezicht zal moeten houden op de kwaliteit van het gezondheids- en preventiebeleid in organisaties, en de toegankelijkheid en kwaliteit van het zorgaanbod. De overheid zal een vangnet organiseren, omdat werkgevers die niet kunnen bieden omdat zij daartoe over onvoldoende middelen beschikken. Wat betreft het onderscheid in drie soorten arbeid kunnen we constateren dat de populatiekenmerken evenals de arbeidskenmerken verschillen, waardoor de oorzaken van psychosociale klachten op de werkplek om een verschillende aanpak vragen.

Daarnaast geven Wevers en van Genabeek aan dat het concept van de 'transitionele arbeidsmarkt' (Schmid, 2000) tegemoet komt aan de momenten in de levensloop die een knelpunt kunnen worden in het arbeidsproces, zoals het spitsuur van werkende ouders met jonge kinderen en zorgbehoevende ouders, of oudere werknemers. Een dergelijke arbeidsmarkt zou als een verzekeringsvraagstuk kunnen worden benaderd, waarbij de risico's van dergelijke levenstransities beheersbaar wor-

den gemaakt. Verzekerbare risico's als werkloosheid en arbeidsongeschiktheid worden dan aangevuld met zogenoemde vertrouwensrisico's: opleiding en training, arbeidsduur en overgang naar zelfstandig ondernemen, tijd voor zorg. Schmid stelt voor de werkloosheidsverzekering om te zetten in een werkgelegenheids- ('employability') verzekering. Hierin komt de keuzeverantwoordelijkheid van de werknemer optimaal tot uitdrukking.

De link met de psychosociale klachten op de werkplek is snel gelegd: de werknemer krijgt met een employability verzekering instrumenten in handen waarmee hij zelf meer invloed en regelmogelijkheden tot zijn beschikking krijgt om bijvoorbeeld werk en privé omstandigheden beter op elkaar af te stemmen. Een dergelijke integratie van sociale zekerheids- en arbeidsmarktbeleid is echter nog lang niet gerealiseerd.

4 Kennis

Wat is momenteel bekend over de oorzaken en gevolgen van psychosociale problematiek? Hieronder volgt een beknopte beschrijving, evenals een overzicht van preventieve interventies op de werkplek.

4.1 Oorzaken en gevolgen

Uit de onderzoeken in het kader van het NWO programma Psychosociale vermoeidheid in de Arbeidssituatie (PVA), dat inmiddels is beëindigd, zijn de volgende risicofactoren gesignaleerd. Psychosociale vermoeidheid gaat gepaard met minderwaardigheidsgevoelens en cynisme, en kan de opmaat vormen voor burn out. Bij mannen zijn overgewicht, te weinig bewegen, alcoholconsumptie en conflicten met de baas belangrijke risicofactoren voor psychosociale vermoeidheid. Bij vrouwen zijn dat conflicten met collega's. Voor iedereen geldt dat de ervaren werkdruk en het ontbreken van regelmogelijkheden het risico vergroot. Chronisch zieken hebben een verhoogd risico. Het cynisme van iemand met een dreigende burn out kan overslaan op de directe collega's, die daardoor minder plezier in hun werk rapporteren. Driekwart van de mensen met psychosociale vermoeidheid is na een jaar weer aan het werk, wat samenhangt met de mate waarin de werknemer controle heeft over de eigen situatie.

Een belangrijk verschijnsel bij psychosociale gezondheidsklachten is het somatiseren: 'de neiging om lichamelijke ongemakken en klachten te ervaren en te rapporteren die niet door pathologische bevindingen verklaard kunnen worden, ze aan een lichamelijke aandoening toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken.' In een deel van de gevallen worden psychosociale klachten gemaskeerd door het uiten van vage lichamelijke klachten. Dit gebeurt meestal onbewust en wordt bevorderd door gevoeligheid voor -maar beperkte kennis van- symptomen en door zorgen. Somatiseren en medicaliseren zijn niet hetzelfde. Bij medicalisering gaat het om factoren en processen op macro-, meso- en microniveau die somatiseren bevorderen. Preventie en reïntegratie worden hierdoor belemmerd. Demedicalisering is daarmee niet alleen een verantwoordelijkheid van de werknemer zelf, maar ook van de omgeving (Van der Beek et al., 2003).

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
27

4.2 Specifieke interventies

Er zijn inmiddels verschillende diagnostische instrumenten ontwikkeld, die ook door leken kunnen worden gehanteerd, zoals de Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA), en de instrumenten van de subcommissie Psychosociale Problematiek van de commissie Het Werkend Perspectief, en het project Ziek en Mondig, die in hoofdstuk 5 worden toegelicht.

In de TNO studie van Van den Heuvel et al. (2005) wordt onderscheid gemaakt tussen interventies op beleidsniveau, organisatieniveau en individuniveau. Voorbeelden op beleidsniveau zijn de Arbo-wet en de afspraken ten aanzien van werkdruk in de Arboconvenanten en CAO's. Op organisatieniveau maakt TNO onderscheid tussen interventies gericht op de organisatie van het werk (grootschalige gezondheidsprogramma's), interventies op taak- of functieniveau (verandering in taakkenmerken, arbeidsomstandigheden of sociale verhoudingen), en interventies gericht op de interactie tussen individu en organisatie (het bieden van sociale steun en het ontwikkelen van copingstrategieën). De individugerichte interventies kunnen bestaan uit ontspanningstechnieken, trainen van vaardigheden en cognitieve gedragsinterventies. De resultaten van effectiviteitsonderzoek staan in tabel 4.1 samengevat.

Deze interventies worden het vaakst ingezet in de gezondheidszorg en in het onderwijs, en het minst in de Bouw- en nijverheidssector. De commerciële sector en de horeca hebben relatief meer oog voor beperking van de werkdruk dan voor individugerichte interventies. Voorlichting blijft in deze sectoren sterk achter. Succesfactoren zijn:

- een stapsgewijze en systematische aanpak
- adequate diagnose of risico analyse
- combinatie van individu en organisatiegerichte maatregelen
- participatieve aanpak
- steun van het topmanagement

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

Tabel 4.1 Effectiviteit preventieve interventies functioneringsproblemen op de werkplek

Interventies	Aangrijpingspunten	Effectiviteit	Werking op uitkomstmaten
Organisatie gericht	Grootschalige gezondheidsprogramma's	Moelijk te bepalen vanwege hoeveelheid variabelen	
	Taak of functie	Wisselend Combinatie individu en werkinterventies effectiever dan alleen individu	Verlaging ziekteverzuim Kosten interventie gecompenseerd door baten
	Interactie individu en organisatie	Positief, soms tegenstrijdig	
Individu gericht	Ontspanningstechnieken	Positief	Bevordert psychologische, fysiologische en somatische gezondheid
	Zelforganisatie en sociale vaardigheden	Positief	Vermindert werkstress en psychosomatische klachten op kortere termijn
	Cognitieve gedragsinterventies	Effectiever dan andere interventietypes	Bevordert kwaliteit van het werk, psychologische kracht, vermindert stress
Bewegingsgericht	Totale (gezonde) werknemerspopulatie (Primaire preventie)	Wisselend positief Intensieve stimulering	Vermindert stress, bevordert positieve stemming Verlaagt kans op recidieven depressie
	Risicogroepen (Secundaire preventie)	Wisselend positief Cardiovasculaire training beter dan krachttraining. Effecten vergelijkbaar met therapie of sociale interactie	Vermindering depressie, voorkomen van verergering. Effecten angst en stress weinig onderzocht

Bron: Gebaseerd op Van den Heuvel, Van den Bossche & Heinrich, 2005

Een bijzondere categorie betreft de bewegingsinterventies. Naast een vermindering van de kans op chronische ziekten, verhoging van de levensverwachting en vermindering van het

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
29

totale arbeidsverzuim, kunnen bewegingsinterventies via afleiding, sociale interactie en toegenomen zelfverzekerdheid, psychosociale klachten helpen voorkomen. Voor bewegingsinterventies zijn succesfactoren de aanpassing van de interventie aan de lichamelijke conditie van de werknemer, en toepassing bij werknemers die weinig zien in psychotherapie of medicinale behandeling.

4.3 Gezondheidsbevordering op de Werkplek (GBW) en Integraal Gezondheidsmanagement (IGM)

Volgens het Brancherapport Preventie van het ministerie is wetenschappelijk overtuigend aangetoond dat GBW kosteneffectief is. De verhouding van uitbetaling bij investering ligt op 1:2,3 voor medische kosten en 1:10,1 voor ziekteverzuim. GBW-maatregelen leiden tot een reductie van de gezondheidsrisico's voor de participanten. (Ministerie van VWS, 2005). Uit een wetenschappelijk onderzoek naar het effect van opgezette gezondheidsprogramma's bij twee bedrijven, een ziekenhuis en een groep van drie RIAGG's bleek iedere geïnvesteerde euro in het preventieprogramma 2,50 euro op te leveren aan winst gemeten aan de hand van verzuimreductie in twee jaar (Janssen et al., 1996). Voor de effectiviteit van GBW is een combinatie van preventiemethoden, een systematische aanpak, ondersteuning van het management en betrokkenheid van werknemers van doorslaggevend belang (Chapman 2003).

Enkele valkuilen voor GBW:

1. het aanbieden van geïsoleerde deelprogramma's;
2. een projectvorm zonder continuïteit;
3. eenzijdige nadruk op individuele veranderingen zonder interventies op omgevings- of organisatieniveau;
4. te veel proces en te weinig resultaat;
5. overdreven nadruk op kennisoverdracht in plaats van reële gedragsverandering;
6. een passieve in plaats van betrokken rol van de werknemer.

4.4 Benodigd onderzoek

Over de evaluatie van specifieke interventies is er een gebrek aan onderzoek naar organisatiegerichte interventies. Ook de effecten van psychosociale klachten en een verminderd functi-

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
30

oneren op de arbeidsproductiviteit is een onontgonnen terrein. Prof. dr. Groothoff (hoogleraar Arbeid en gezondheid RUG): 'Om te beginnen is de evidence erg beperkt. Wel duidelijk is dat 'de duur van niet-werken op zich de grootste invaliderende factor is, en niet de ziekte. (...) De risico's van niet-werken worden vanuit het oogpunt van reïntegratie zwaar onderschat, met anderzijds een grove overschatting van de risico's van 'doorwerken'. Dit getuigt van een rustcultuur, breed gedragen in de samenleving. (...) De sterfte onder WAO'ers is groter dan onder werkende leeftijdgenoten. Dit verschil kan niet eenvoudig verklaard worden uit het aantal WAO'ers met een dodelijke aandoening. (...) Arbeidsongeschiktheid is een toestand van sociale deprivatie.' (Mediator, 2004 nr 1).

Verder ontbreken specifieke elementen van goed werkgeverschap en bedrijfsgezondheidszorg in onderzoeken. Harden et al (1999) concludeert in een internationale studie naar 110 effectevaluaties, dat de elementen van goede gezondheidsbevordering, zoals een behoeftenpeiling onder werknemers en een 'partnership' met werknemers en werkgevers, ontbreken in evaluatiestudies. Hulshof et al (1999) concluderen in een internationale review van 52 evaluatiestudies, dat de consultaties en rehabilitatie activiteiten door bedrijfsartsen ten tijde van dit onderzoek nauwelijks onderwerp zijn geweest van studie. Prof. Dr. Van Mechelen (hoogleraar bedrijfsgeneeskunde VUmc): 'Er is meer inzicht nodig in de factoren waarom iemand uitvalt. Dat hoeven niet dezelfde factoren te zijn die het ontstaan van de klachten verklaren. Welke factoren bepalen dat Jantje wel en Pietje niet blijft werken met dezelfde klachten? Wat werkt, voor wie en wanneer?' (Mediator, 2004, 8)

5. Actoren in het aanbod

5.1 Samenwerkingsverbanden tussen overheid, sociale partners en professionals

Er zijn verschillende samenwerkingsverbanden gecreëerd om de problematiek het hoofd te bieden. Hieronder worden er twee beschreven.

Subcommissie Psychosociale Problematiek (SPP) van de commissie Het Werkend Perspectief

In opdracht van de minister van VWS en de staatssecretaris van Sociale Zaken is in 2000 de commissie Psychosociale Arbeidsongeschiktheid ingesteld (CPA, commissie Donner), met als doel de preventie, zorg, begeleiding en reïntegratie bij ziekte of uitval uit arbeid om psychosociale redenen. Deze commissie is in 2003, tot januari 2005, voortgezet onder de naam Subcommissie Psychosociale Problematiek (SPP) van de commissie Het Werkend Perspectief, die ten doel had de integratie en reïntegratie van arbeidsgehandicapten te bevorderen. Hieraan namen vertegenwoordigers deel van de sociale partners, betrokken beroepsverenigingen, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, Arbo-diensten, UWV, zorgverzekeraars, en deskundigen. Het doel was om een cultuurverandering te bewerkstelligen bij werkgevers, werknemers en professionals door de toepassing van een door de commissie CPA ontwikkelde 'Leidraad Aanpak van verzuim om psychosociale redenen'.

Leidraad Aanpak van verzuim om psychische redenen (2001)

Deze Leidraad is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- werkhervatting is doorgaans meer voorwaarde voor herstel, dan herstel voorwaarde voor werkhervatting.
- werkgever en werknemer dragen de aanpak, deskundigen adviseren.
- Tweesporenbeleid: gelijktijdige behandeling/begeleiding en werkhervatting.
- niet eigen recht en verantwoordelijkheid, maar zorg en wederzijdse aanspraken op medewerking vormen de motor van een effectieve aanpak.
- preventie paart een individuele aanpak aan een organisatorische aanpak. Het opzetten van een gestructureerd preventiebeleid en het treffen van organisatorische maatregelen vergt zowel het initiatief van de leiding en directie als

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

- de actieve betrokkenheid van werknemers voor de verdere ontwikkeling en uitvoering van concrete maatregelen.
- signaleringssystematiek koppelen aan preventiebeleid en reïntegratie koppelen aan terugvalpreventie.

Instrumenten die de aanpak ondersteunen, zijn: voorlichting, een signaleringssysteem, arbeidscontract/secundaire arbeidsvoorwaarden, CAO. De Leidraad is door de SPP geïmplementeerd door middel van een samenvattende folder, voorlichtingsactiviteiten, trainingen, proefprojecten, aandacht voor arboconvenanten, een preventieleidraad, en een vertaling naar de situatie van bijzondere groepen, zoals werknemers zonder werkgever. Deze aanpak is ook geëvalueerd. Daartoe zijn in 2004 gegevens verzameld in een attitude- en beeldvormingonderzoek onder professionals; een marktonderzoek onder werknemers met psychosociale klachten en leidinggevenden; een zevental proefprojecten in de Thuiszorg en de GGZ; en over de Arbo(plus)-convenanten 1999-2004.

Uit de evaluatie van de werkzaamheden (Prins et al., 2005) blijkt dat de implementatie van de Leidraad een krachtige impuls kreeg van de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter. Het UWV beoordeelt de reïntegratieverplichtingen van werkgever en werknemer als voldaan, als de principes van de Leidraad zijn nageleefd. In de relatief korte periode van twee jaar is de Leidraad in veel verschillende sectoren en organisaties onder de aandacht gebracht. Toch blijkt er meer tijd nodig te zijn om de Leidraad te verspreiden en op grote schaal in gebruik te nemen. Vooral onder werkgevers en werknemers is de cultuurverandering wel in gang gezet, maar nog niet bewerkstelligd. Het principe van gedeelde verantwoordelijkheid wordt door de meerderheid van de werknemers en werkgevers ondersteund, hoewel in het MKB vaak wordt opgemerkt dat psychosociale problematiek daar veel minder zou voorkomen.

Ook geeft men soms de voorkeur aan generieke benadering van alle ziekteverzuim. In de Arboconvenanten wordt de Leidraad nog onvoldoende benut, en evenals onder leidinggevenden en werkenden met functioneringsproblemen. Overigens zijn er in de Arboconvenanten vaak wel afspraken over de preventie van een (te) hoge werkdruk, agressie e.d. Dit is echter meestal niet gespecificeerd naar de aanpak of preventie van functioneringsproblemen. Functioneringsproblemen bespreekbaar maken tussen leidinggevenden en werknemers blijft

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

een struikelblok. Overigens werden er hierin geen grote verschillen geconstateerd tussen grote en kleine bedrijven.

Onder professionals is de Leidraad bij de meerderheid bekend, hoewel de verschillen in gebruik onder de verschillende specialismen nogal verschilt. Ongeveer 99% van de bedrijfsartsen zegt soms of altijd te werken met het tweesporenbeleid. Van de verzekeringsartsen zegt 35% met de Leidraad te werken of in de geest daarvan, tegen 26% van de bedrijfsartsen, 21% van de psychologen, 5% van de psychiaters, en 1% van de huisartsen.

De Leidraad heeft zich in proefprojecten en bij Arboconvenanten bewezen als een uitvoerbaar en stimulerend instrument. In de proefprojecten werd de Leidraad vertaald naar de organisatiespecifieke omstandigheden. Professionals, werkgevers, leidinggevenden en collega-werknemers ervaren de omgang met werknemers met functioneringsproblemen als bijzonder lastig. Mede daarom is het van belang dat een dergelijk beleid alleen wordt opgepakt als zowel de directie als de OR ermee instemt.

In de evaluatie worden een aantal knelpunten benoemd:

- Artsen en leidinggevenden staan niet altijd achter het tweesporenbeleid, omdat zij rust een belangrijke voorwaarde vinden voor het herstel van de zieke werknemer.
- Leidinggevenden vinden het herkennen van functioneringsproblemen, en het bespreekbaar maken daarvan, bijzonder lastig. Vaak wordt het gesprek wel aangegaan, maar blijft een oplossing achterwege.
- De Leidraad zou minder geschikt zijn voor het MKB en voor de uitzendbranche.
- Tegenstrijdige adviezen van bedrijfs- en reguliere artsen.
- Te weinig financiële middelen om doelgroepen te informeren over de aanpak van functioneringsproblemen op de werkplek.
- Negatieve beeldvorming ten aanzien van ziekteverzuim en arbeidsproductiviteit van werkenden met functioneringsproblemen.
- De Leidraad biedt geen handvatten voor de situatie waarin de relatie tussen leidinggevende en de werknemer is verstoord.
- De Leidraad is verminderd van toepassing op bijzondere groepen, zoals zelfstandigen en bijstandgerechtigden, die

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

geen werk hebben om naar terug te keren (geen tweesporenbeleid mogelijk).

In het evaluatierapport van de Leidraad 'Een gebroken been is toch makkelijker...' (2005) zijn een aantal goede voorbeelden opgenomen van organisaties en bedrijven die de aanpak van functioneringsproblemen tot een speerpunt hebben gemaakt in het organisatiebeleid.

Leidraad Preventie (juni 2004)

In de Leidraad Preventie is een gespreksprotocol ontwikkeld waarmee leidinggevenden de individuele problemen van een werknemer kunnen identificeren, en een stappenplan waarmee preventieve maatregelen op organisatieniveau kunnen worden ontwikkeld. Een belangrijk uitgangspunt is dat stress of uitval ontstaat door de beperkte mogelijkheden van werknemers om de oorzaken te beïnvloeden, of het bestaan van belemmeringen daarvoor. Het gaat dus om organisatiespecifieke en haalbare oplossingen binnen het bedrijf. De stappen bestaan uit:

1. het vaststellen van de individuele stressrisico's m.b.v. het gespreksprotocol;
2. vaststellen van ontbrekende oplossingsmogelijkheden en belemmeringen;
3. vaststellen van oplossingsmogelijkheden;
4. vaststellen succesfactoren;
5. monitoren succesfactoren en inzetten verbetercyclus.

Het bedenken van oplossingen kan op verschillende niveaus:

- productieproces, werkorganisatie en taakstructuur;
- communicatiepatroon;
- leidinggevenden;
- medewerker.

De Preventieleidraad is bij twee bedrijven (een taxibedrijf en TPG) getest en als goed toepasbaar beoordeeld.

De Commissie Werkend Perspectief zal de voorlichting over de Leidraad voortzetten. Trainingsmodules worden ontwikkeld voor verschillende doelgroepen. Er zal een werkplan worden gemaakt voor de implementatie van de Preventieleidraad.

Samenwerkingsverbanden: Arbo Platform Nederland (2003-2007)

Het Arbo Platform Nederland heeft tot doel de beschikbare arbo-kennis toegankelijk en vraaggericht te maken (op www.arbo.nl) om arbeidsomstandigheden op de werkvloer te verbeteren en reïntegratie te bevorderen. Deelnemers aan het

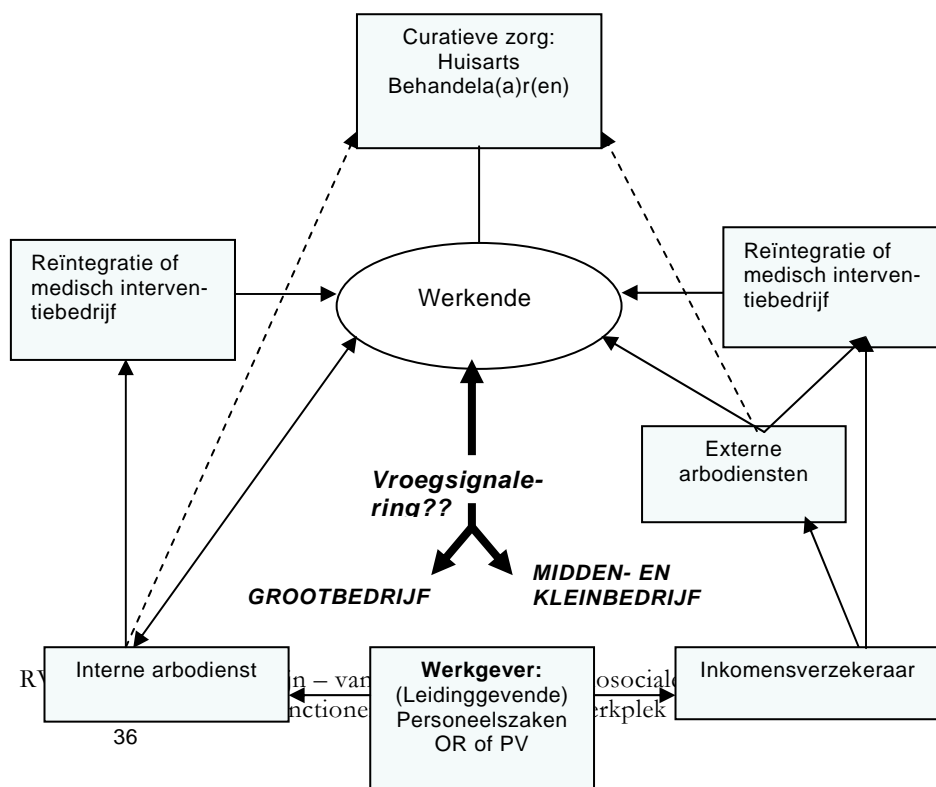
RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
35

Platform zijn werkgevers- en werknemersorganisaties, Arbeidsdiensten, verzekeraars, brancheorganisaties en organisatie op het gebied van sociale verzekeringen. Het platform is aangesloten bij het internationale netwerk van Focal points van het Europees Agentschap voor Veiligheid en Gezondheid op het Werk.

Ondanks de beschreven samenwerkingsverbanden en de producten die daaruit zijn voortgekomen, loont het om naar de posities, verantwoordelijkheden en mogelijkheden te kijken van de individuele betrokkenen bij de preventie van psychosociale klachten op de werkplek. Bovengenoemde instrumenten moeten voor een groot deel nog geïmplementeerd worden en dat hangt af van de bereidheid, de mogelijkheden, het gevoel van eigenaarschap en urgentie bij deze actoren. Bovendien kunnen we verkennen wat de gezondheidssector kan bijdragen om de psychosociale problematiek onder werknemers te verminderen en te voorkomen.

In onderstaande figuur wordt weergegeven welke actoren betrokken zijn bij werknemers met psychosociale klachten op de werkplek.

Figuur 5.1 **Systeem rondom werkende met psychosociale klachten**



Bron: aangepast van Stichting Pandora, Ziek en Mondig 2004

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
37

Toelichting:

Een werkende met (dreigende) psychosociale klachten krijgt te maken met een veelheid aan betrokkenen op het moment dat deze zijn klachten kenbaar maakt. De belangen van deze betrokkenen liggen niet altijd in elkaars verlengde. Vaak zijn het de huisarts en de leidinggevende die als eerste van de klachten van de werkende vernemen. De beslissingen die zij nemen zijn van groot belang voor het verdere verloop van de begeleiding, behandeling, eventueel verzuim en reïntegratie. Het beroep dat op hen wordt gedaan kan in sommige sectoren sterk worden verminderd door een goede werkomgeving te creëren en een goed preventiebeleid te voeren. Hieronder volgt (voor zover bekend) een beschrijving van de belangen van de verschillende betrokkenen bij een dergelijk preventiebeleid.

5.2 Werknemers

Microniveau: ervaren problemen

Over de veranderde wet- en regelgeving in de afgelopen jaren zijn onder werknemers(vertegenwoordigingen) positievere geluiden te horen: zieke werknemers waarderen het dat er eindelijk serieuze aandacht wordt besteed aan herstel in plaats van dat zij worden geparkeerd in de sociale zekerheid. Tegelijkertijd zijn de onzekerheden toegenomen. Werknemers hebben bovendien slecht toegang tot informatie en moeten, op een moment dat zij gezondheidsklachten hebben en in slechtere conditie verkeren, heel veel zelf regelen in een ingewikkelde bureaucratische omgeving. Werknemers hebben vaak meer vertrouwen in de reguliere (huis)arts, omdat zij vaak niet weten dat een bedrijfsarts zich ook te houden heeft aan de privacy-wetgeving. Soms krijgt een medewerker geen toegang tot een bedrijfsarts omdat de werkgever het verzuim als niet-medisch beschouwt. De werknemer heeft er belang bij dat het verzuim als medisch wordt gemerkt, omdat er dan een recht op loon-doorbetaling ontstaat. Een andere klacht is dat zodra er een plan van aanpak is ontwikkeld voor reïntegratie, de begeleiding wegvalt en de werknemer er alleen voor staat en de kans op terugval groter wordt. Het begrip bij de werkgever verdwijnt als werknemers terugvallen in verzuim.

Macroniveau: vakbonden

Het belang van de vakbonden bij verzuimbeleid is de inkomensdaling van de werknemer. Daarom moeten inkomensge-

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

volgen worden meegewogen in een dergelijk beleid. Bij functioneringsproblemen moet gezocht worden naar maatwerkoplossingen tussen werknemer en leidinggevende. Op macroniveau heeft de Stichting van de Arbeid in het Najaarsakkoord (Stichtingsaanbeveling 05/11/2004) gepleit voor een integrale benadering van preventie en inkomensbeleid.

‘De Stichting van de Arbeid komt overeen dat: het gewenst is dat - voor zover daar nog geen sprake van is - in het decentrale overleg tussen werkgevers en werknemers aanvullende initiatieven worden genomen en investeringen plaatsvinden met het oog op verbetering van arbeidsomstandigheden, omzetting van bestaande arboconvenanten in cao’s, op preventie van ziekteverzuim of arbeidsongeschiktheid en op reïntegratie van werknemers met arbeidsbeperkingen. Het gaat daarbij, tegen de achtergrond van het SER advies van februari 2002, over het opdrachtgeverschap, de kwaliteit en de onderlinge afstemming ten aanzien van Arbo-diensten, reïntegratiebedrijven, zorgaanbieders en uitvoerders van inkomensverzekeringen. (Verklaring StvdA 5 november 2004)

Uitgangspunt is dus een ‘integrale benadering van preventiebeleid, arbeidsomstandighedenbeleid, verzuimbegeleiding, reïntegratiebeleid en inkomensbeleid’ (Werktop kabinet en StvdA 1 december 2005). Er moet een bipartite opdrachtgeverschap komen van werkgevers en werknemers naar de verzekeraar en de arbozorg, omdat beiden meebetalen aan de WIA premie. Nu is het aan de CAO partijen en individuele organisaties om dat verder in te vullen en uit te voeren. Binnen de organisaties moeten niet alleen de Ondernemingsraden en de Personeelsvertegenwoordigingen betrokken worden, maar ook de financiële hoofden. Preventie is moeilijk te verkopen omdat de kosten voor de baten uitgaan. Er moet zichtbaar worden gemaakt hoe preventieve investeringen de kosten van de Loondoorbetaling kunnen voorkomen. Bovendien moet de norm van goed werknemerschap worden benadrukt: tegenover loon moet productie staan, en als je dat als werknemer niet kunt waarmaken, heb je een verantwoordelijkheid om aan de bel te trekken en mee te werken aan een oplossing.

Wat betreft de preventiewerker in de Arboret: Branche organisaties voor het MKB zouden 1 preventiemedewerker kunnen aanstellen die bij verschillende bedrijven langsgaat. Dat brengt kosten met zich mee, maar dat is onderhandelbaar in de loonruimte. Wat minder onderhandelbaar is, zijn de grenswaarden

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
39

in de Arboret. De herziening richt zich op de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling van overheid richting werkgevers en werknemers, maar je kunt een Ondernemingsraad of Personeelsvertegenwoordiging hierover niet laten onderhandelen met werkgevers. De vakbonden bieden sinds kort ook trainingen aan onder de noemer 'de collegiale coach'.

Op 18 november 2005 heeft een vervolgonferentie plaatsgevonden van de Groenekan conferenties in het kader van het project Sociale Zekerheid en Zorg. Er ligt een Stichtingsakkoord van FNV en VNO-NCW waarin de integratie van sociale zekerheid, zorg en arbo wordt bepleit.

Terug naar micro-oplossingen: Ziek en Mondig

In 2005 is een project Ziek & Mondig georganiseerd door de Nederlandse Federatie Kankerpatiëntenorganisaties, Stichting Pandora en Breed Platform Verzekerden en Werk. Dit project is niet specifiek gericht op werknemers met psychosociale klachten, maar zet wel het werknemersperspectief centraal. Het project was gericht op de toerusting van de eigen verantwoordelijkheid van de zieke werknemer binnen de arbocuratieve samenwerking. Dit heeft geresulteerd in een aantal concrete instrumenten: 'Steuntjes in de rug' bij contacten met de werkgever en professionals, en een zelfhulpinstrument: 'Reisgids voor de werknemer. Wat en hoe bij ziekte en werk.' Geconstateerd werd dat een zieke werknemer wordt omringd door allerlei partijen die goedbedoeld de verantwoordelijkheid van die werknemer vaak dreigen over te nemen in plaats van die te ondersteunen. Om arbo-professionals te ondersteunen in die gedacht is een Assistent ontwikkeld: 'De werknemer als regisseur' (STECR). Daarnaast wordt geconstateerd dat op macroniveau weinig oog is voor de toerusting van het microniveau om de eigen verantwoordelijkheid en reïntegratie effectief te regelen. Volgens het eindadvies van het rapport Ziek en Mondig (2005) domineert het beleid op macroniveau en past de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer in veranderende arbeidsverhoudingen. Er zouden meer handelingsmogelijkheden moeten worden gecreëerd voor individuele werknemers bij gezondheid en verzuim. Deze investering op microniveau zou positief kunnen doorwerken naar meso- en macroniveau. De omgeving van die werknemer zou geprikkeld moeten worden daaraan mee te werken door:

1. Bepalingen ten aanzien van keuzemogelijkheden, informatie en advies, integrale benadering van preventie, arbeidsomstandigheden, verzuim en reïntegratie, en onder-

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
40

steuning van motivatie en zekerheid op te laten nemen in individuele arbeidscontracten en CAO's.

2. Integratie van het werknemersperspectief in medische richtlijnen en protocollen.
3. Implementatie van de Steuntjes in de rug en de Reisgids voor de zieke werknemer.
4. De overheid die optreedt als borger van een minimale kwaliteit van arbocuratieve dienstverlening, en spelregels voor eigen initiatief binnen de werkgever – werknemer relatie.

4.4 Werkgevers

Microniveau: ervaren problemen

Werkgevers hebben al jaren klachten over de wachtlijsten in de reguliere zorg en het ontbreken van de factor arbeid in de behandeling. Werkgevers kampen nu met het feit dat zij dubbel betalen voor de reguliere zorg en voor de alternatieve arbo- en reïntegratiezorg. Grotere bedrijven kunnen het zich veroorloven om een interne Arbodienst op te zetten en stafmedewerkers een gezondheidsbeleid te laten ontwikkelen. Met name voor kleinere ondernemingen heeft het grote gevolgen als er iemand uitvalt door ziekte. De financiële risico's nopen hen ertoe zich te laten verzekeren tegen de loondoorbetalingsverplichtingen. Bovendien is er weinig capaciteit om gezondheidsafspraken te formaliseren. Toch zijn de mogelijkheden in het midden- en kleinbedrijf om ziekteverzuim te voorkomen weer groter, omdat de lijnen tussen werknemers en leidinggevenden veel korter zijn. Ondernemers, maar in het MKB in het bijzonder, staat men relatief sceptisch tegenover preventie op de werkplek, omdat ondernemers er pas aan gaan werken als er daadwerkelijk een probleem is.

Macroniveau: VNO-NCW

VNO-NCW heeft in 2002 een jaarcongres gehouden met als thema 'Hoe gezond is Nederland?'. De Stichting van de Arbeid heeft in 2002 in samenwerking met de BOA (koepel Arbodiensten) een brochure uitgebracht: 'En morgen gezond weer op!' Hierin worden de redenen opgesomd voor een gezondheidsbeleid in ondernemingen, evenals een stappenplan. Het belang wordt als volgt omschreven: 'Het succes van een onderneming staat of valt met het functioneren van de mensen die er werken. Optimale inzet van de kennis, kunde en vaardigheden van alle medewerkers – van hoog tot laag – is zowel sociaal als economisch van belang om arbeidsorganisaties slagvaardig te maken en te houden. Ondernemen is vooruitzien. Een bedrijf dat nu geschikte mensen

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

binnenhaalt, moet ernaar streven hen ook op langere termijn optimaal inzetbaar te houden: gezond, gemotiveerd en met bruikbare expertise. Om een groot verloop of een hoog ziekteverzuim te voorkomen, moet rekening worden gehouden met wensen en behoeften van het ‘menselijk kapitaal’. Om personeel te werven en te behouden beschikt een werkgever over allerlei instrumenten. Aantrekkelijke en motiverende arbeidsvoorwaarden bijvoorbeeld, maar ook faciliteiten voor scholing, mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling, goede arbeidsomstandigheden, een prettige werksfeer en voldoende aandacht voor de balans tussen werk en privé.’

Een gezondheidsbeleid zal qua vorm en inhoud aangepast moeten worden aan de kenmerken van grote en kleine ondernemingen: ‘In grote ondernemingen met een medezeggenschapsorgaan zal meer de neiging en noodzaak bestaan om (formele) regels op te stellen en vast te leggen in overleg met en na instemming van de Ondernemingsraad), niet alleen vanuit een oogpunt van effectief en eenduidig informeren van alle werknemers maar ook om daarop terug te kunnen vallen bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid. In kleine ondernemingen zonder medezeggenschapsorgaan zal ‘gezond ondernemen’ een ander karakter hebben. Vaak zijn de verhoudingen tussen werkgever en werknemers hier ook informeler waardoor ook minder de noodzaak wordt gevoeld om formele regels op te stellen. Gezondheids *beleid* is hier dan ook eerder pragmatisch, direct en informeel van aard. Van belang is vooral of er in het bedrijf een klimaat bestaat of wordt gecreëerd waarbij er (vaak op initiatief van de werkgever) voldoende aandacht bestaat voor het wel en wee van de werknemers; niet alleen op zijn of haar werkplek maar ook in de privé-situatie.’

In de brochure wordt ingegaan op de mogelijke rol van de Ondernemingsraad of Personeelsvertegenwoordiging in het ontwikkelen en vaststellen van een bedrijfsgezondheidsbeleid. De OR of PV heeft recht op informatie over de arbeidsomstandigheden, recht op overleg en instemmingsrecht, bijvoorbeeld met het contracteren van externe Arbodiensten of hulpverleners. Uit onderzoek voor het ministerie van SZW (Van der Kemp & Engelen, 2004) blijkt dat in ongeveer de helft van de grotere ondernemingen (> 200 werknemers) in Nederland de OR betrokken is bij het arbobeleid. In 62% van de ondernemingen zijn er schriftelijke afspraken over de zorg voor arbeidsomstandigheden, 83% heeft een beleid geformuleerd op ongewenste omgangsvormen, en meer dan de helft heeft een beleid gericht op het beheersen van de werkdruk. Bij

77% van de ondernemingen wordt de gezonde leefwijze gestimuleerd door antirook cursussen of therapieën aan te bieden (77%), ergonomische aanpassingen en adviezen (47%), en door lichaamsbeweging te stimuleren (37%). Veel bedrijven geven aan dat zij te maken hebben met medewerkers die de arboregels niet naleven.

Recent bleek dat bedrijven tegen de verwachting in niet massaal zijn overstapt naar een andere Arbodienst, maar dat de dienstverlening van Arbodiensten verandert van begeleiding bij ziekte naar advies en preventie ('Arbodienst wordt adviseur', NRC, 25-03-2006).

Het Sociaal Akkoord van najaar 2004 bevat de intentie om afspraken over een specifiek verzuim en preventiebeleid voor functioneringsproblemen niet alleen in Arboconvenanten op te nemen maar ook in CAO's. Dat biedt ook mogelijkheden tot benchmarking van verzuimcijfers.

4.5 Verzekeraars

Microniveau: ervaren problemen en oplossingen

De positie van de verzekeraars is momenteel erg aan het verschuiven, en veronderstellingen over het belang bij preventie eveneens. Verzekeraars zouden in zorgverzekeringen weinig belang hebben bij een diepte-investering in preventie, omdat de baten te lang op zich laten wachten, en wellicht bij concurrenten terecht komen. De kosten van preventie zouden moeten worden doorberekend in de premie, en gezonde verzekerden zouden naar een goedkopere verzekeraar overstappen. Bij verzuimverzekeringen daarentegen zou er meer belang zijn bij preventie, omdat die de schadelast door verzuim voorkomen en verminderen.

Verzuimverzekeringen worden vooral door het MKB afgenomen omdat zij de risico's van loondoorbetaling niet kunnen dragen. Zij zijn ook relatief meer gebaat bij de alternatieve arbo- en reïntegratiezorg, omdat daar vaker wordt gewerkt met no cure, no (or less) pay. Grote bedrijven zouden de zorg liever integreren in het reguliere stelsel, zodat zij niet meer dubbel hoeven betalen. Werknemers zouden bij ernstige arbeidsconflicten, die in grote bedrijven vaker voorkomen, zich meer gebaat voelen bij collectieve zorgcontracten vanwege de privacygevoeligheid. Werknemers willen een zo laag mogelijke

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

premie, en dus liever geen reïntegratie in de (collectieve) zorgpolis. Via Service Level Agreements kan de verzekeraar eisen stellen aan de alternatieve zorgverlening. Patiëntenverenigingen zien in de verzekeraars in toenemende mate een bondgenoot om druk te houden op de kwaliteit van de zorg. De integratie van inkomens- en zorgverzekeringen zou vooral voor middelgrote bedrijven van belang kunnen zijn: zij hebben zowel een verzuimverzekering als collectief zorgcontract.

Verzekeraars hebben, behalve de het aanbieden van psychologische zorg bij inkomensverzekeringen en in aanvullende verzekeringen bij (collectieve) zorgverzekeringen, tot nu toe weinig of geen specifieke ideeën of activiteiten ondernomen ten aanzien van de preventie van psychosociale problematiek. Wel wordt in verzuim en reïntegratiearrangementen samengewerkt met arbo of reïntegratiedienstverleners, die wisselend aandacht besteden aan preventie.

Bedrijven kunnen overigens de verzuim- en reïntegratiedienstverlening vaak wel afnemen ook zonder dat een verzuimverzekering is afgesloten. Om problemen rond de privacy van persoonsgegevens te voorkomen, is deze dienstverlening vaak als een aparte rechtspersoon georganiseerd. Psychosociale gezondheidsproblemen worden vaak pas laat erkend. De relatie met de behandelaar is van nog groter belang, waardoor patiënten er soms voor kiezen om toch op een wachtlijst te blijven staan.

Als de eerstelijnspsycholoog per 1 januari 2007 in het basispakket zit van de zorgverzekering, zal het aanbod flink toenemen, en het tarief dalen. Preventie van depressie en andere psychosociale aandoeningen is ook voor zorgverzekeraars bewezen kosteneffectief: mensen die vroegtijdige gesprekstherapie krijgen gebruiken bijvoorbeeld veel minder medicatie dan mensen die pas hulp krijgen als psychopathologie wordt gediagnosticeerd.

4.6 Arbodiensten

Als gevolg van aanpassingen in de wetgeving ten aanzien van de sociale zekerheid is, parallel aan de reguliere zorg, een actieve markt voor preventie en verzuimbegeleiding (commerciële Arbo-diensten), arbo-curatieve zorg en reïntegratie (zorgverleners en reïntegratiebedrijven) en verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (inkomensverzekeraars) ontstaan.

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

Aantallen en diensten van deze aanbieders staan vermeld in onderstaande tabel:

Tabel 5.1 Kenmerken buitenreguliere zorgaanbieders

Buitenreguliere zorgaanbieders	Aantal	Doelgroep	Aard activiteiten
Reïntegratiebedrijven	496	Sociaal-economische doelgroepen (zoals langdurig werklozen, hoog- of laagopgeleiden, jongeren, herintredende vrouwen, arbeidsgehandicapten en met werkloosheid bedreigde werknemers)	Diagnosestelling, arbeidsbemiddeling, en sociale activering
Arbodiensten	33	Gezondheids/welzijnsector	Verzuimcontrole en begeleiding, verwijzing naar reguliere zorg, preventie
Interventiebedrijven	233	Medische geclassificeerde doelgroepen (zoals rugaandoeningen, whiplash of RSI): zieke werknemers en in mindere mate bij arbeidsgehandicapten	Medische behandeling, begeleiding, en psychosociale hulpverlening

Bron: Reïntegratiemonitor, www.rwi.nl, februari 2006

De taken zijn echter niet geheel gescheiden: reïntegratiebedrijven doen in mindere mate ook aan medische behandeling en begeleiding en interventiebedrijven doen ook aan sociale activering en arbeidsbemiddeling. Preventie wordt een steeds belangrijker onderdeel van de Arbo-dienstverlening, omdat Human Resources Management in de toekomst met de vergrijzing en veranderende arbeidsverhoudingen steeds belangrijker zal worden. Ook bieden sommige Arbo-diensten gesprekstrainingen aan voor leidinggevenden.

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

Macroniveau: oplossingen van arboprofessionals

Op 24 januari 2006 hebben de verenigingen van de vier arbo-professionals, met subsidie van het ministerie van SZW, een Convenant ondertekend na.v. de Wet Maatwerk Arbo-dienstverlening (de Beroepsvereniging voor Arbeids- en Organisatiedeskundigen (BA&O); Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB); Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne (Nvva); Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde (NVVK). Hierin constateren zij o.a. de volgende effecten voor hun beroepspraktijk:

- Door de deregulering de vier disciplines meer vanuit hun eigen expertise kunnen adviseren dan voorheen.
- Van aanbod naar vraaggericht werken: behalve het in kaart brengen van de risico's meer aandacht voor het formuleren van concrete en oplossingsgerichte plannen van aanpak.
- Nieuwe organisatieverbanden zullen ontstaan waarin integrale advisering niet altijd is gewaarborgd.
- Door de introductie van de interne preventiemedewerker zullen de verhoudingen tussen een organisatie en externe deskundigen veranderen.
- RI&E criteria vragen om nadere afstemming tussen de vier disciplines.

In het Convenant spreken zij o.a. de volgende intenties uit:

- Gezamenlijk een leidraad ontwikkelen voor het toetsen van de RI&E, gefaciliteerd door SZW en zodanig dat werkgevers en werknemers de toegevoegde waarde van de samenwerking zullen ervaren.
- Gezamenlijk een multidisciplinaire richtlijn voor gehoor en arbeid, gefaciliteerd door SZW, en voor eventuele andere overkoepelende thema's.
- Verdere bepalingen over de samenwerking en het overleg tussen de vier verenigingen.

De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde zou de bedrijfsgeneeskundige zorg het liefst opgenomen zien in de ZVW, terwijl de relatie met de werkgever op het gebied van advies blijft bestaan.

4.7 Reguliere zorg

Artsen

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

Een van de belemmeringen in de arbocuratieve samenwerking is nog steeds, dat veel artsen het belang van die samenwerking voor hun dagelijkse werkzaamheden niet zo groot achten. Veel medisch-specialisten en huisartsen zien op hun spreekuur voornamelijk niet-werkende kinderen, ouderen, of chronisch zieken. Dat leidt bij een deel van de artsen tot weerstand tegen zogenaamde voorrangszorg voor zieke werknemers.

In het ZonMw programma Stimulering van Sociaal-Medische Begeleiding (arbo-curatieve samenwerking) (na 8 jaar in 2005 beëindigd) hebben diverse projecten geleid tot de volgende resultaten. Uit het Zon-Mw programma is een effect zichtbaar dat de samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening is verbeterd. Programmavoorzitter Lanphen merkt hier echter bij op: 'dit effect is een druppel op een gloeiende plaat. Andere maatregelen, van een herdefinitie van WAO tot een wettelijke maatregel zijn een oneindig veel krachtiger instrument' (Mediator nr. 8 2004).

Toch is de huisarts voor een zieke werknemer vaak wel het eerste aanspreekpunt bij psychosociale klachten. Bovendien is er verschil tussen medisch herstel en functioneringsherstel, waardoor de kwaliteit van zorg aan werkende patiënten, hoe klein die groep wellicht ook is, aan andere criteria zou moeten voldoen. Daarom heeft de KNMG heeft in november 2005 een Beleidsnotitie 'Arts en Arbeid' vastgesteld evenals een Plan van Aanpak. Hierin geeft de KNMG de volgende uitgangspunten aan:

- Het doel van medische zorg is om de gezondheid te herstellen, de functionele mogelijkheden te optimaliseren, en de nadelige gevolgen van letsel of ziekte op het leven van de patiënt te minimaliseren;
- Het langdurig niet vervullen van één of meerdere (sociale) rollen van de patiënt, inclusief afwezigheid van de werkplek, is nadelig voor zijn of haar psychosociale, fysieke en sociale welzijn;
- Een zo snel mogelijke terugkeer van de patiënt in alle mogelijke functionele activiteiten die relevant zijn voor zijn of haar leven, heeft veel heilzame effecten;
- Artsen beïnvloeden de kans en snelheid op genezing positief door met de patiënt duidelijk de verwachtingen voor herstel vast te stellen.

De KNMG zal zich inzetten voor de integratie van de factor arbeid in de eerste en tweedelijnszorg, evenals de openbare

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

gezondheidszorg; de integratie van de factor arbeid in het profiel en de deskundigheid van de arts; en de integratie van arbeid als vanzelfsprekende factor in de anamnese, het onderzoek en de behandeling.

De uitgangspunten in het plan van aanpak luiden:

- De afzonderlijke beroepsverenigingen hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid in het realiseren van adequate zorg, de afstemming van zorg en in het kader van de sociale verzekeringen voor mensen met arbeidsrelevante aandoeningen. De rol van de KNMG ligt bij het coördineren en faciliteren van (afstemming van) adequate zorg, ook in het kader van de sociale verzekeringen. Dit Plan van Aanpak is een vertaalslag van deze KNMG-rol naar concrete activiteiten.
- Het is belangrijk dat arbocuratieve afstemming en afstemming met artsen in de sociale verzekeringen op regionaal niveau een vast onderdeel van bestaande organisaties wordt, zoals onder andere het NHG, de NVAB en de LHV beogen met het project arbocuratieve afstemming in ROS'en (regionale ondersteuningsstructuren voor de eerste lijn).
- De eigen verantwoordelijkheid van de werknemer/patiënt is een belangrijk aandachtspunt bij de deelonderwerpen van dit plan van aanpak, met name hoe artsen dit kunnen stimuleren. Voor zover van toepassing zullen de resultaten en de 'Reisgids voor de zieke werknemer' uit het project 'Ziek en Mondig'⁹ hierbij gebruikt worden.

De Landelijke Vereniging Huisartsen en het Nederlands Huisartsen genootschap hebben in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde in 2005 de publicatie 'Handreiking voor de zorg van de huisarts aan werkende patiënten' uitgebracht.

Geestelijke Gezondheidszorg

In de reguliere Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is een van de 31 standaard preventieprogramma's een groepstraining voor werknemers met psychosociale klachten en werkstress. De training is bewezen effectief en richt zich op het verkrijgen van inzicht in de oorzaken van hun stress, het ontwikkelen van

⁹ Ziek en Mondig is een project van het Breed Platform Verzekerden en Werk over de rol en de verantwoordelijkheid van de werknemer/patiënt bij arbocuratieve samenwerking.

sociaal-emotionele vaardigheden, en praktische vaardigheden als timemanagement (GGZ Nederland, 2005).

Psychologen

Het Nederlands Instituut van Psychologen en de Landelijke Vereniging van Eerstlijnspsychologen hebben in december 2005 een gezamenlijke richtlijn voor psychologen gepresenteerd: 'Werk en psychosociale klachten'. Deze richtlijn is in samenwerking met de commissie Werkend Perspectief tot stand gekomen als uitwerking van de Leidraad Aanpak verzuim om psychosociale redenen. Op 24 januari vond daarover een introductieconferentie plaats, waaraan ook werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers deelnamen. De richtlijn werd positief ontvangen, maar een van de kanttekeningen, die werden benoemd, was de geringe aandacht voor preventie.

Tabel 5.1 Voorbeelden producten preventie en aanpak psychosociale problematiek op de werkplek

Organisatie	Instrument	Doelgroep	Beschikbaar sinds
Commissie Het Werkend Perspectief	1. Leidraad Aanpak van verzuim om psychosociale redenen	Werkgevers werknemers professionals	2001
	2. Leidraad Preventie		2004
VNO-NCW/BOA	Brochure 'En morgen gezond weer op!'	Werkgevers	2002
Project Ziek en Mondig	1. 'Steuntjes in de rug' bij contacten met de werkgever en professionals	Werknemers	2005
	2. Zelfhulpinstrument: 'Reisgids voor de werknemer. Wat en hoe bij ziekte en werk.'	Werknemers	2005
	3. Assist: 'De werknemer als regisseur'	Arboprofessionals	2005
ZonMw	Arbocuratieve ideeënkoffer		2005
GGZ Nederland	Preventieve groepstraining voor werknemers met psychosociale klachten en werkstress		
LHV/NHG/NVAB	Handreiking voor de zorg van de huisarts aan werkende patiënten	Huisartsen	2005
KNMG	Beleidsnotitie en Plan van Aanpak 'Arts en Arbeid'	Artsen	November 2005
NIP/LVE	Richtlijn Werk en psychosociale klachten'	Psychologen	December 2005
	Allelei websites: zie Literatuurreferenties		

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
50

Uit deze inventarisatie van het aanbod blijkt dat er de afgelopen jaren veel activiteiten zijn ontwikkeld om functioneringsproblemen op de werkplek aan te pakken. De nadruk ligt daarbij op prikkels voor werkgevers om goede zorg en reïntegratie te organiseren, waarbij ook werknemersverplichtingen zijn geformuleerd, en waarbij in toenemende mate verzekeraars een rol krijgen toebedeeld. Op macroniveau vallen deze prikkels en activiteiten onder het beleid van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Op mesoniveau zijn diverse koepels en branche organisaties in de reguliere zorg bezig om richtlijnen en protocollen te ontwikkelen om de zorgverlening aan zieke werknemers te verbeteren en efficiënter te maken. Op microniveau zijn de systemen weer relatief gescheiden van elkaar: de bedrijfsarts verwijst zieke werknemers nog vooral naar de alternatieve arbozorg in plaats van naar de reguliere zorg. Ook wat betreft preventie maken de Arbo-diensten en bedrijfsartsen nog relatief weinig gebruik van de kennis over bewezen effectieve maatregelen en de kennis en diensten van de reguliere GGZ.

5 Conclusies en beleidsaanbevelingen

Uitgangspunt van deze achtergrondstudie is dat het betrekken van de relatie tussen arbeid en gezondheid in het beleid in sterke mate kan bijdragen aan psychosociale gezondheidswinst zowel als arbeidsproductiviteit. Psychosociale gezondheid bevordert een goed functioneren op de werkplek, en arbeid bevordert het maatschappelijk functioneren. Daarmee worden twee doelgroepen van het publieke gezondheidsbeleid uitgelicht: werkenden en uitkeringsafhankelijken.

Uit de probleemverkenning komt naar voren dat psychosociale problematiek, waaronder in deze studie overspannenheid, burn out, angst en depressie wordt verstaan, hardnekkig is. De prevalentie en incidentie lijken ondanks grote investeringen niet te dalen. Opvallend is het feit dat de gemiddelde verzuimduur van 46 dagen twee keer zo hoog is als iedere andere verzuimoorzaak. Ook valt op dat een hoge werkdruk verantwoordelijk is voor 30% van de uittreding in werkloosheid onder oudere werknemers. Risicosectoren zijn de industrie, zakelijke dienstverlening, horeca, onderwijs, en zorg. Hier valt nog veel winst te behalen door het voorkomen van verzuim door psychosociale klachten.

Psychosociale problematiek kent een breed scala aan oorzaken en gevolgen op individueel en omgevingsniveau, waardoor verantwoordelijkheden verspreid liggen en gezamenlijke inspanningen nodig zijn. Naast werkgevers, werknemers, en reguliere zorgprofessionals, maakt de ontwikkeling van het alternatieve zorgcircuit (reintegratiebedrijven en medische interventiebedrijven) die gezamenlijke inspanning er niet eenvoudiger op.

Relevante beleidsterreinen van de sociale zekerheid, arbeidsmarktbeleid, arbeidsomstandigheden en het zorgstelsel ondergaan op macroniveau sterke veranderingen: de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA), de deregulering van de Arbowet, de Zorgverzekeringswet (Zvw) veranderen de condities waaronder de betrokkenen bij gezondheidsproblemen op de werkplek voorheen opereerden in hoge mate, wat veel onzekerheid oplevert. Door de WIA zal het aandeel in de beroepsbevolking met een verminderde belastbaarheid toenemen, terwijl verschuivingen in de productiesectoren, arbeidsomstandigheden en demografie ervoor zorgen dat de belasting door arbeid, oftewel werkdruk, een aandachtspunt blijft. Het is

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
52

maatschappelijk onaanvaardbaar dat de reïntegratie van arbeidsgehandicapten met psychosociale problemen zou resulteren in een collectieve terugval in de bijstand. Ook in het maatschappelijk debat over de afschaffing van het vroegpensioen en langer doorwerken lijkt het gezondheidsaspect ondergesneeuwd te raken. Reden temeer om zowel gezondheid als arbeid als wederzijdse randvoorwaarden te versterken.

De beleidssituatie ten aanzien van psychosociale problematiek bestaat momenteel uit een verdeling van verantwoordelijkheden op macroniveau, waarbij het ministerie van SZW verantwoordelijk is voor de arbeidsgerelateerde psychosociale problematiek, terwijl het ministerie van VWS zorg draagt voor niet-arbidsgerelateerde psychosociale problematiek. Geconstateerd is dat deze scheiding van verantwoordelijkheden kunstmatig is en effectieve en efficiënte oplossingen op microniveau in de weg staat. Macrodoelen als beheersing van de sociale zekerheid, arbeidsmarktbeleid, werkgelegenheid, gezondheidswinst, en kostenbeheersing in de zorg zijn in de praktijk sterk met elkaar verbonden en vereisen bovendien maatregelen op microniveau.

Enerzijds worden werkenden en werkgevers ongeacht de oorzaak geconfronteerd met een verminderd functioneren, waardoor er ook behoefte is aan oplossingen voor niet-arbidsgerelateerde problematiek.

Anderzijds biedt arbeid een veelheid aan (onderdelen van) oplossingen voor zowel werkenden als niet-werkenden. Een van de belangrijkste factoren voor herstel en het voorkomen van verergering, die in onderzoek naar voren komt, is de zelfredzaamheid en mate van controle van de werkende. Om verzuim en disfunctioneren op de werkplek te voorkomen, is de werkende het eerste aangrijpingspunt. Er zijn vele bewezen effectieve interventies beschikbaar om de vaardigheden van werkenden te versterken, die ook nog eens zeer kosteneffectief zijn. Dat moet plaatsvinden vanuit de werksituatie en in combinatie met een participatieve werkaanpassing, waarbij werkende en leidinggevende de arbeidsvoorwaarden creëren om disfunctioneren te voorkomen of verminderen.

Bij niet-werkenden, -hetzij bijstandsgerechtigden, hetzij arbeidsgehandicapten-, is de uitzichtloosheid en het gebrek aan controle een van de factoren die leidt tot een hogere prevalentie en ernst van de psychosociale problematiek. Arbeid, mits

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
53

aangepast aan de belastbaarheid, biedt een van de voorwaarden voor het verhogen van de zelfredzaamheid van bijstandsgerechtigden en arbeidsgehandicapten. Een belangrijke voorwaarde is een investering in begeleiding na werkhervatting. Beide benaderingen zijn rendabel, hoewel de reïntegratie van arbeidsgehandicapten en bijstandgerechtigden voor werkgevers niet aantrekkelijker is geworden door de afschaffing van de REA subsidies.

Een belangrijke conclusie is dat de preventie van psychosociale problematiek in belangrijke mate kan worden ondersteund door maatregelen in de arbeidssituatie. Vroegsignalering en preventie moet in eerste instantie plaatsvinden in de relatie tussen werknemer en leidinggevende, eventueel ondersteund door mediation. De positie en de eigen verantwoordelijkheid van de werkenden moet, zeker gezien recente overdracht van afspraken over arbeidsomstandigheden en Ondernemingsraden van wettelijke regelingen naar de CAO's, worden versterkt.

Met name werkgevers en ondernemers in het MKB hebben ondersteuning nodig in de preventie van psychosociale problematiek, evenals in de reïntegratieverplichtingen. Een lager ziekteverzuim wil niet zeggen dat er daar geen verminderde arbeidsproductiviteit is. De hoge burn out cijfers, doch lage verzuimcijfers in de horeca lijken daar bijvoorbeeld op te wijzen. Grote bedrijven zijn beter in staat dit zelf te organiseren dan het MKB. Daar moet het op een collectief niveau worden georganiseerd. Verzekeraars kunnen zowel op organisatie als verzekerde niveau een sturende rol gaan spelen via de zorgcollectiviteiten. Ook Arbodiensten en zorgverleners vormen in hun communicatie richting werkgever en werkende belangrijke randvoorwaarden. Specifieke aandacht moet uitgaan naar alternatieve vormen van toezicht. Welke beleidsaanbevelingen kunnen we hieruit afleiden?

Aanbevelingen

Er zijn reeds vele maatregelen genomen om werkgevers en werknemers te prikkelen tot zelfregulering en eigen verantwoordelijkheid. Er zijn inmiddels ook vele richtlijnen en andere instrumenten ontwikkeld, of in ontwikkeling, ten aanzien van zorgprofessionals, werknemers, leidinggevenden etc. Deze moeten de kans krijgen te effectueren, en evaluatie op gezondheids- (en andere) doelen mogelijk te maken. Tegelijkertijd zijn er nog vele randvoorwaarden te bedenken, die momenteel

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

onbenut blijven. Het ministerie van VWS moet een grotere rol spelen, enerzijds in de communicatie over gewenste activiteiten door de verschillende betrokkenen in het veld, anderzijds in de communicatie met het ministerie van SZW. Daarnaast kunnen nog vele belemmeringen worden weggenomen voor een verdergaande samenwerking tussen werkgevers, werknemers, verzekeraars, de reguliere zorg, en het alternatieve zorgcircuit.

Ten aanzien van de ministeries van SZW en VWS kunnen de volgende beleidsaanbevelingen worden geformuleerd.

- De huidige wet- en regelgeving biedt onvoldoende prikkels om de primaire preventie van psychosociale klachten op de werkplek te garanderen. Psychosociale arbeidsbelasting en een leeftijdsbewust arbeidsbeleid moeten expliciet in de Arbo-wet worden opgenomen als een doelvoorschrift.
- Belemmeringen wegnemen voor de arbeidsmobiliteit door sociale zekerheid (o.a. pensioenopbouw) te garanderen;
- Arbocuratieve samenwerking, evenals preventieve interventies in de zorg belonen door die te vertalen in een DBC
- er is een gebrek aan onderzoek naar de effecten van disfunctioneren (door psychosociale problematiek) op de arbeidsproductiviteit; en naar de (kosten)effectiviteit van (vooral organisatiegerichte) preventieve interventies op de werkplek.
- financiering van de implementatie van instrumenten staat vaak niet in verhouding tot de financiering van de ontwikkeling van dat instrument. Er wordt onvoldoende rekening gehouden met de cultuurverandering (het aanpassen van denkbeelden en dagelijkse routines), die voor implementatie vereist is. Hoe meer aandacht voor implementatie, hoe meer mogelijkheden om interventies te evalueren op (kosten)effectiviteit.
- De ministeries van VWS en SZW moeten een gezamenlijke, vaste coördinatiestructuur opzetten om wederzijdse effecten in het beleid ten aanzien van de sociale zekerheid, werkgelegenheid, arbeidsomstandigheden enerzijds en gezondheid en zorg anderzijds vroegtijdig te kunnen signaleren en belemmeringen voor een effectieve aanpak weg te nemen.
- VWS moet de beeldvorming onder zorgprofessionals over mensen met psychosociale klachten evenals over het tweesporen
beleid (gelijktijdige reïntegratie en behandeling) actiever beïnvloeden.
- Op langere termijn is het noodzakelijk het alternatieve arbo-circuit te integreren in het reguliere zorgstelsel, enerzijds om effectieve en efficiënte psychologische zorg voor iedereen

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
55

bereikbaar te maken; anderzijds om kostenineffectieve en overbodige zorg in het alternatieve circuit te voorkomen.

- Ten aanzien van werknemers
 - De werkende moet worden getraind in vaardigheden als zelf-organisatie en communicatie om vroegsignalering, bespreekbaar maken, en zelf zoeken naar oplossingen mogelijk te maken. Randvoorwaarden zijn een goede, doch zakelijke werksfeer
 - De omslag in het denken over eigen verantwoordelijkheid onder werknemers moet ondersteund worden door de vakbonden, Ondernemingsraden en Personeelsvertegenwoordingen, patiëntenverenigingen, bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen, en verzekeringsartsen.
 - Gezien het voornemen tot gezamenlijke opdrachtgeverschap richting Arbo-diensten moeten de Ondernemingsraden en Personeelsvertegenwoordingen in organisaties werkgevers actiever adviseren en controleren over het bedrijfsgezondheidsbeleid, evenals zich in het jaarverslag verantwoorden over de eigen inspanningen op dit terrein.
- Werkgevers en leidinggevenden
 - Leidinggevenden zijn mede verantwoordelijk voor een goede werksfeer. Zij prikkelen medewerkers tot gedrevenheid. Van leidinggevenden moet niet worden verwacht dat zij in gesprek met zieke medewerkers artsen of psychologen worden. Wel kan van hen verwacht worden dat zij hun medewerkers mogen en zullen aanspreken op concrete aanwijzingen van verminderd functioneren.
 - Werkgevers moeten in samenspraak met werknemers en deskundigen een leeftijdsbewust personeelsbeleid opzetten door carriereperspectieven te bieden, bijvoorbeeld in de vorm van omscholingen. Langer doorwerken is mogelijk onder de conditie van een gezonde(re) oudere werknemerspopulatie.
 - Het MKB is te klein en te divers om een brede interventiestrategie voor te ontwikkelen. Daarom is het raadzaam om het MKB te ontlasten door aan de branche organisaties een formelere taak toe te bedelen om een preventiebeleid ten aanzien van psychosociale klachten te ontwikkelen en implementeren. Verantwoording over de Arbowet verplichtingen zou dan voor een deel ook van toepassing worden op deze branche organisaties in het MKB. Branche organisaties zouden pools kunnen samenstellen om aangepaste en anderssoortige functies bereikbaar te maken zodat werknemers kunnen worden uitgewisseld.
 - Vanwege de toename van minder belastbare werkenden op de arbeidsmarkt, maar ook de toenemende werkdruk, zullen

grote en kleine ondernemers zich op langere termijn in hun concurrentiepositie aangetast zien als zij geen bedrijfsgezondheidsbeleid gaan voeren met preventieve maatregelen en vroegsignalering van psychosociale klachten op de werkplek.

- Werkgevers moeten veel nadrukkelijker hun wensen gaan vormgeven in het aangaan van zorgcollectiviteiten, die nu worden beschouwd als een secundaire arbeidsvoorwaarde in plaats van een werkgeversinstrument om de gezondheid (en arbeidsproductiviteit) van werknemers te monitoren en te ondersteunen. Daarbij kan ook worden gedacht aan gemeenten als pseudowerkgever van bijstandsgerechtigden.
- De gezondheidstoestand van medewerkers moet onderdeel worden van jaarverslagen en in de beoordeling van de performance van bedrijven door aandeelhouders en toezichthouders.

- Ten aanzien van verzekeraars
Zorgverzekeraars verzekeren slechts een deel van de mogelijke oplossingen voor de sociale zekerheid die inkomensverzekeraars verzekeren. Daarom kopen inkomensverzekeringen zelf steeds vaker zorg in. Uit schadelast- en premieoverwegingen zijn er weinig prikkels tot synergie tussen zorg- en inkomensverzekeringen. Met de overgang van de eerstelijns GGZ naar het basispakket wordt een oude belemmering hiervoor deels weggenomen. Toch blijven nog vele belemmeringen bestaan, die voortkomen uit gescheiden financierings- en aansturingssystemen.
 - Zorgverzekeraars moeten geprikkeld worden zich ten behoeve van een bedrijfsgezondheidsbeleid bij hun klanten (werkgevers en werknemers) nadrukkelijk in de (collectieve) markt te manifesteren met een aanbod van individuele en organisatiegerichte gezondheidsbevorderende activiteiten, adviezen en preventieve interventies voor psychosociale klachten.
 - Ook kan de terugkerende werknemerspeiling (ofwel 'gezondheidscheck-up', 'screening') door verzekeraars worden uitgevoerd, die bovendien kunnen optreden als 'gezondheidsmaker' (in het verlengde van 'disease management').
 - het concept van de transitionele arbeidsmarkt met 'employability' verzekeringen en de koppeling met gezondheidsrisico's zou verder moeten worden verkend
 - keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders voor verzekerden moet behouden blijven.

- Ten aanzien van Arbodiensten en bedrijfsartsen

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek

- Maak inzichtelijk hoe begeleiding na werkhervatting cruciaal is voor het behouden en stimuleren van de arbeidsproductiviteit. Deze begeleiding moet plaatsvinden in nauwe samenwerking met de werkende en de leidinggevende.

- Ten aanzien van de reguliere zorg: vooral huisartsen en eerstelijnspsychologen
- De brancheorganisaties zijn bezig recente richtlijnen en plannen van aanpak te ontwikkelen en implementeren; trainingen te organiseren; arbeid te integreren in de opleidingen etc. Deze inspanningen moeten verder worden ondersteund door beeldvormingsinterventies. Het gaat niet alleen om werkende patiënten die verzuimen weer zo snel mogelijk te begeleiden naar functioneringsherstel. Het gaat er ook om patiënten in een uitkeringssituatie te laten inzien dat een deel van de psychosociale problemen worden veroorzaakt door een gebrek aan perspectief en controle, die versterkt kunnen worden door weer te gaan werken.

Bijlage 1

Literatuur

1. Heuvel, S. van den, Bossche, S. van den, Heinrich, J. (2006). Preventie van arbeidsverzuim door psychosociale klachten. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
2. Blatter B., Houtman I., Bossche, S. van den, Kraan, K., Heuvel, S. van den, (2005). Gezondheidsschade en kosten als gevolg van RSI en psychosociale arbeidsbelasting in Nederland. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
3. Burdorf, A., Mackenbach, J.P. (2006). Gezondheid en vroegpensioen: een achtergrondstudie voor de RVZ. Rotterdam: Erasmus MC.
4. Beek, E. van der, Engelen, C., Hoedeman, R., Hoevenaars, J., Koppele, A. te, Kwee, F., Verstraten, B., Wijers, J., Wijers, H. (2003). Discussienota Demedicalisering. Hoofddorp: Stecr.
5. Franck, E., Wiezer, N. (2004). Handleiding Preventie Leidraad. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
6. Prins R., Burg C. van der, Heijdel W. (2005). Een gebroken been is toch makkelijker...Evaluatie van de leidraad aanpak verzuim om psychosociale redenen. Bureau Astri in opdracht van de subcommissie Psychosociale Problematiek van de Commissie Werkend Perspectief.
7. Hoffius, R., Hento, I.N. (2004). Uitkomsten marktonderzoek omgang met psychosociale problemen op het werk. Bron: TNS NIPO.
8. Wevers, C.W.J., Genabeek, J. van (2005). Agenda voor de toekomst: Sociale zekerheid en arbeidsmarkt. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
9. Stichting van de Arbeid, BOA (2002). En morgen gezond weer op! Over gezondheidsbeleid in ondernemingen en de relatie tussen onderneming en arbodienst.
10. VNO-NCW (2001). Renderend gezondheidsbeleid - meer gezondheid, minder verzuim onder uw werknemers. Brochure. Den Haag.
11. VNO-NCW (2002). En morgen gezond weer op! Brochure. Den Haag.
12. VNO-NCW (2002). Weer aan het werk. De nieuwe rol van werkgevers bij reïntegratie. Brochure. Den Haag.
13. SER (2005). Evaluatie Arbowet 1998. Advies 05/09.
14. SER (2002). Nieuwe risico's: Advies over de aanpak en de verzekeraarbaarheid van nieuwe arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's. Advies 02/06.
15. Ministerie van VWS (2003). Kabinetsnota Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag.

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
59

16. Visser F (NIGZ), Witte KE (RIVM). Effectiviteit settinggerichte preventie: werkplek. In: Brancherapport Preventie VWS. Den Haag: VWS.
17. Gründemann, R., Piek, P., Zwetsloot, G., Scheppingen, A. van, Raaijmakers, T. Vaandrager, L. (2003). Integraal GezondheidsManagement. Methodiek in ontwikkeling. Hoofddorp: TNO Arbeid i.s.m. NIGZ.
18. Nederlands Instituut van Psychologen en de landelijke Vereniging van Eerstlijnspsychologen (2005). Werk en psychosociale klachten. Richtlijn voor psychologen (december 2005).
19. KNMG (2005). KNMG beleidsnotitie en Plan van aanpak 'Arts en Arbeid'. Utrecht: KNMG.
20. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Dossier 29 814. Wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet 1998. <http://parlando.sdu.nl>
21. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Dossier 25 883. Arbeidsomstandigheden. <http://parlando.sdu.nl>
22. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Dossier 22 894. Preventiebeleid voor de Volksgezondheid. <http://parlando.sdu.nl>
23. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Dossier 30 124. Zorgverzekeringswet. <http://parlando.sdu.nl>
24. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Dossier 30 034. Werk en inkomen naar arbeidsvermogen. <http://parlando.sdu.nl>
25. Van Lieshout P(2003). Sociale zekerheid en zorg. Den Haag: Ministerie van SZW ism ministerie van VWS.
26. Van der Kemp S., Van Engelen M. (2004). Arbobeleid of Preventiecultuur? Een onderzoek naar de aard en omvang van arbo-preventiebeleid in grote ondernemingen. Leiden: Research voor Beleid iov Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
27. Bos C. & Engelen M. (januari 2005). De Werkgeversmonitor Arbeidsomstandigheden. Eerste Meting. Eindrapport. Leiden: Research voor Beleid.
28. Signaleringsrapport 2005, NCVB, www.beroepsziekten.nl
29. Raad voor Gezondheidsonderzoek (2003). Advies Onderzoek Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (nr 41).
30. Evenblij M (2004). Een balans uit evenwicht. NWO verslag resultaten programma Psychische vermoeidheid in de arbeidssituatie.
31. Siegrist J. (1995). Emotions and health in occupational life: new scientific findings and policy implications. In: *Patient Education Counselling*. 25 (3): 227-236.
32. Dennerstein L. (1995). Mental health, work and gender. In: *International Journal of Health Services*. 25 (3): 503-509.
33. Mangino M. (2000). The aging employee. Impact on occupational health. In: *AAOHN Journal* 48 (7): 349-357. American Association of Occupational Health Nurses.
34. Millonog VJ. (1996). Menopause. Health promotion opportunities for the occupational health nurse. In: *AAOHN Journal*,

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
60

- 44(12):585-95. American Association of Occupational Health Nurses.
35. Harden A., Peersman G., Oliver S., Mauthner M., Oakley A. (1999). A systematic review of health promotion interventions in the workplace. In: *Occupational Medicine*, 49: 540-548.
 36. Weel A., Duijn J. (2005). Gezond werken. Het wel en wee van arbeidsgezondheidskundig onderzoek. In: *Medisch Contact*, 60 (24): 1040-1042.
 37. Shain, M. (1999). The role of the workplace in the production and containment of health costs: the case of stress-related disorders. In: *International Journal of Health care quality assurance incorporating leadership in health services*, 12 (2-3).
 38. Hulshof CT., Verbeek JH., Van Dijk FJ., Van der Weide WE., Braam IT. (1999). Evaluation research in occupational health services: general principles and a systematic review of empirical studies. In: *Occupational and Environmental Medicine*. 56 (6): 361-377.
 39. Van der Velden J., Abrahamse HPH., De Bakker DH. (1995). Arbeid en gezondheid gezien vanuit de huisartspraktijk. In: *TSG*. 73 (5): 300-307.
 40. Gunther NCHF., Van der Horst FG., Portegijs PJM., Kaplan C. (1995). Werkloosheid, psychische morbiditeit en hulpzoekgedrag binnen de geestelijke gezondheidszorg. In: *TSG*. 73 (8): 512-519.
 41. Van Deursen CGL., Smulders PGW., Bongers PM. (1997). Vormt een slechte gezondheid een ziekteverzuimrisico? In: *TSG* 75 (4): 157-164.
 42. Van Weeghel J. (1997). Persoonsgebonden factoren als predictoren van arbeidsparticipatie bij psychiatrische patienten. Een overzicht van de literatuur. In : *TSG*. 75 (6): 339-347.
 43. De Zwart BCH. (1997). Veroudering, werk en gezondheid. Een modelmatige benadering. In: *TSG*. 75 (7): 417-423.
 44. Otten F., Smulder, P., Houtman I., Schmeets H. (1998). Werkstress en ziekteverzuim bij jong en oud. In: *TSG*. 76 (8): 420-428.
 45. Van Deursen CGL., Houtman ILD., Bongers PM. (1999) . Werk, privé-situatie, riskante gewoonten en ziekteverzuim: verschillen tussen mannen en vrouwen. In: *TSG* 77(2): 105-115.
 46. Proper KI., Staal JB., Hildebrandt VH., Van Mechelen W. (2004) Het effect van bedrijfsbewegingsprogramma's op bedrijfsgebonden uitkomstmaten. Een systematische literatuurstudie. In: *TSG* 78 (8): 472-478.
 47. Bekker MHJ. (2002). Leiden man/vrouw verschillen in participatie in werk en zorg tot sekseverschillen in gezondheid, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid? In: *TSG* 80 (4).
 48. De Vroome EMM., Van Putten DJ. (2003) Werkgebonden risicofactoren van ziekteverzuim en huisarts- en specialistenbezoek. In: *TSG*. 81(3): 127-134.
 49. Van den Heuvel SG., Boshuizen HC., Hildebrandt VH., Blatter BM., Ariëns GAM., Bongers PM. (2003). Sporten, type werk,

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek
61

- arbeidsverzuim en welbevinden: resultaten van een 3-jarige follow up studie. In: TSG 81(5): 256-264.
50. Donders NCGM., Roskes K., Van der Gulden JWJ. (2005). Vermoeidheid, emotionele uitputting en ervaren gezondheidsklachten in relatie tot werkaspecten bij werknemers met en zonder chronische ziekte. In: TSG 83 (1): 25-33.
 51. Laitinen-Krispijn S., Bijl RV. (2002). Aard en omvang van psychische stoornissen, ziekteverzuim en zorggebruik in de beroepsbevolking. Trimbos Instituut.
 52. Bastiaansen M., Wesseling M. (2006). Toekomstige positionering en financiering van de bedrijfsartsen en hun kwaliteitsbeleid. Verslag van een onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NVAB. Utrecht: KNMG Beleid & Advisering.

Relevante websites

www.nationaalkompas.nl VTV gezondheidsproblemen, beleid en interventies, kosteneffectiviteit

www.zonmw.nl/gezondheidenarbeid

www.arbo.nl

www.psychischenwerk.nl Coronel Instituut

www.kroonophetwerk.nl netwerk van werkgevers

www.workhealth.org Job Stress Network

www.leeftijdophetwerk.nl TNO

www.gbwnl.nl Gezondheidsbevordering op de Werkplek

www.herwerkendperspectief.nl

www.or-online.nl Ondernemingsraden

www.infoportwachter.nl

www.ombudsman.nl

www.cbs.nl Arbeid en sociale zekerheid; mens en maatschappij

www.cpb.nl Arbeidsmarkt

<http://www.rwi.nl> Raad voor Werk en Inkomen, Reïntegratiemonitor

http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_30298591&_dad=portal&_schema=PORTAL Eurostat : population and social conditions

http://www.uwv.nl/overuwv/Beleidsinformatie_en_publicaties/Beleidsinformatie_en_publicaties.asp Statistische publicaties van UWV

www.beroepsziekten.nl

www.arboconvenanten.szw.nl

RVZ Werk als medicijn – van verzuim door psychosociale klachten naar functioneringsherstel op de werkplek