

Voorwoord

Participeren, en vooral duurzaam participeren, is het sleutelwoord in het werkveld van arboprofessionals op dit moment. Voor (duurzame) participatie van cliënten met en zonder chronische ziekten is kennis vanuit verschillende disciplines noodzakelijk; het is niet raadzaam en niet effectief gebleken om participatie te bewerkstelligen vanuit één discipline. Daarbij is het gewenst dat de gezondheidstoestand van de cliënten wordt gehandhaafd of liefst wordt bevorderd.

De duur van ons werkzame leven zal naar verwachting toenemen en het is bekend dat met het stijgen der jaren het aantal ziekten/aandoeningen en daaruit voortvloeiende problemen in de arbeidsparticipatie toenemen.

In deze nieuwe uitgave van *Arbeid en gezondheid* krijgt u een update van kennis en informatie die van nut is voor professionals om de arbeidsparticipatie van cliënten in de praktijk te optimaliseren. De update betreft zowel denkmodellen in het veld van arbeid en gezondheid als interventies en valkuilen voor paramedici en andere arboprofessionals. In de praktijk wordt veel ervaring opgedaan met de ondersteuning van cliënten in het arbeidsparticipatieproces; die verschillende ervaringen vormen allemaal kleine puzzelstukjes waarmee uiteindelijk het gehele proces te begrijpen is. De ervaringen worden gestaafd door middel van wetenschappelijk onderzoek, waarbij de interventies die dagelijks worden ingezet op hun merites worden getoetst en beoordeeld. Dit handboek voor paramedici en arboprofessionals geeft een prachtig overzicht van de vele onderwerpen in het werkveld van arbeid en gezondheid die gangbaar en effectief zijn, en die voor u als expert waardevol en (hopelijk) herkenbaar zijn.

De veranderingen die in de afgelopen vijf jaar hebben plaatsgevonden in het werkveld zijn enorm. Ze zijn treffend weergegeven in deze nieuwe uitgave van *Arbeid en gezondheid*. Een felicitatie aan de auteurs voor deze prestatie is op zijn plaats.

Ik wens u veel leesplezier. Verder wens ik u veel inspiratie voor het handelen in de praktijk van arbeid en gezondheid, wat hopelijk resulteert in handhaving en/of bevordering van (gezonde) arbeidsparticipatie voor hen die het nodig hebben.

2011

Prof. dr. Monique H.W. Frings-Dresen, hoogleraar Beroepsziekten, Principal Investigator en hoofd van de afdeling Arbeid en Gezondheid (Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid), Academisch Medisch Centrum (AMC-UvA), Amsterdam

Inleiding

I

Chris Kuiper en Yvonne Heerkens

Kernpunten

- Meedoen in de samenleving is belangrijk. Participatie door middel van arbeid heeft de voorkeur omdat dat bijdraagt aan zelfstandigheid, eigenwaarde, emancipatie en integratie.
- Niet iedereen is in staat op eigen kracht een baan te vinden en te behouden; daarom wordt er ondersteuning geboden via bemiddeling en re-integratiedienstverlening.
- Zelfredzaamheid is een belangrijk uitgangspunt van het re-integratiebeleid.
- Paramedici en arboprofessionals kunnen een bijdrage leveren gericht op (meer) aan het werk, aan het werk (blijven) en weer aan het werk gaan.
- Ontwikkelingen in de zorg en zekerheid vragen om deskundigheidsbevordering van paramedici en arboprofessionals en om een integrale (keten)benadering gericht op het optimaliseren van belasting en belastbaarheid.
- Een betere uitvoering van de regelgeving draagt bij aan een verdere verlaging van het verzuim.
- Alle paramedische beroepsgroepen worden in het domein Arbeid & gezondheid geplaatst voor vergelijkbare vraagstukken. De overeenkomsten (in visie op arbeid en gezondheid en gebruikte modellen) zijn zo groot dat een boek voor alle paramedici tezamen verantwoord is.

Casus

Marieke de Vaart (29) begon haar loopbaan als bejaardenverzorgster. Ze was een echte kanjer, ze werkte keihard en maakte in het

overvolle werkschema bewust tijd voor persoonlijke aandacht voor de bewoners. 'Ik moest me echt het schompes werken om daarvoor ruimte te maken, anders kwam het werk niet af.' Na verloop van tijd ontwikkelde ze rugklachten. Haar tempo ging omlaag. Voor behandeling werd ze verwezen naar een oefentherapeut. Om toch goed werk te kunnen leveren, maakte ze de overstap naar het onderwijs, het vmbo. Dat werk was fysiek minder zwaar. Tijd voor persoonlijk contact met de studenten leek er ook meer te zijn. Uiteindelijk bleek het docentschap erg solistisch en niet te voldoen aan haar idealen. Haar inspanningen om te komen tot meer afstemming tussen de verschillende docenten liepen regelmatig op teleurstellingen uit, terwijl haar leidinggevende aangaf zeer tevreden over haar te zijn. Toen ze de weekendboodschappen in haar autootje zette, schoot het weer in haar rug. Ze kon niet op of neer. De noodgedwongen rust deed haar geen goed. Ze viel in een gat, opgebrand, uitgeblust. Daar begon de WULBZ. Nu, drie jaar later, hoopt ze binnenkort de bijstand uit te kunnen, re-integreren, parttime de zorg in, want daar 'ligt toch mijn hart'.

Is werk goed voor gezondheid en welzijn? 'Labor sanat' en 'rust roest' zijn twee bekende uitspraken over de relatie tussen arbeid en gezondheid die jarenlang gemeengoed waren in Nederland. Ze vormden de kern van het gedachtegoed ontleend aan Pinel, die geesteszieken letterlijk van hun ketenen bevrijdde (1806, geciteerd in Wilcock, 2001). Maar geldt dat nog steeds? Volgens Waddell en Burton (2006) is het antwoord op de vraag doorgaans 'ja', op voorwaarde dat het een goede baan is. Toch ligt volgens 34 procent van de werknemers de oorzaak van langdurig verzuim voor een belangrijk deel in het werk (Jehoel-Gijsbers, 2010). Relevant in het kader van dit boek is ook het antwoord op de vraag: is werk goed voor iemand die niet meer wil of kan werken? Mogelijk niet, want gunstige effecten van re-integratie lijken voornamelijk afhankelijk van individuele motivatie, wensen en tevredenheid. Mensen die ontevreden zijn in hun werk, ervaren nauwelijks positievere gezondheidseffecten dan mensen zonder werk (Waddell & Burton, 2006). Het mag duidelijk zijn dat de genoemde slogans momenteel niet geheel meer opgaan. Arbeid en gezondheid zijn weliswaar met elkaar verbonden, maar niet alleen in positieve zin. Hoewel het creëren en vergroten van perspectieven op het gebied van (beschut) werk hoog op de beleidsagenda staan (werk als medicijn), lijken aan-

doeningen gekoppeld aan werk de keerzijde van de relatie tussen arbeid en gezondheid aan te tonen (werk als ziekmaker) (Kuiper, 2003). Dat laat niet onverlet dat werken toch voor alles een middel is om in het levensonderhoud, van het individu maar ook van het gezin, te voorzien. Daarom behoort het kunnen werken tot de basisvoorwaarden van het bestaan. In het verlengde hiervan kunnen ziekte en handicap, voor zover zij niet direct levensbedreigend zijn, wel indirect een bedreiging vormen door het wegvallen van inkomsten om in het levensonderhoud te voorzien. Om die reden is er een stelsel van sociale zekerheid in het leven geroepen, om zo de (schrijnende) armoede tegen te gaan die met onder andere ziekte en handicap gepaard ging.

Meedoen in de samenleving is belangrijk. Participatie door middel van arbeid heeft de voorkeur omdat dat bijdraagt aan zelfstandigheid, eigenwaarde, emancipatie en integratie. Niet iedereen is echter in staat op eigen kracht een baan te vinden en te behouden. Daarom wordt er ondersteuning geboden via bemiddeling en re-integratiedienstverlening. De algemene doelstelling van het re-integratiebeleid luidt: 'Uitstroom naar regulier werk van die uitkeringsgerechtigden en werklozen die dat niet op eigen kracht kunnen.' Re-integratie is zowel gericht op het verkleinen van de afstand tot regulier werk (een stapje hoger op de re-integratieladder) als op de uitstroom naar regulier werk. In 2007 heeft het kabinet besloten om via het actieprogramma *Iedereen doet mee* (SZW, 2007) de participatie substantieel te verhogen en het streven is 80 procent participatie in 2016. Met het programma *Iedereen doet mee* moeten ongeveer 200.000 mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt extra aan de slag worden geholpen.

Zelfredzaamheid is een belangrijk uitgangspunt van het arbeidsparticipatiebeleid. Veel mensen zijn immers in staat om grotendeels op eigen kracht werk te vinden. Lang niet iedereen heeft hulp nodig bij het vinden en behouden van werk. Beroepsbeoefenaren – uitvoerders van het beleid – moeten daarom goed beoordelen of ondersteuning noodzakelijk is. Als dat zo is, dan moet de wijze van ondersteuning goed aansluiten bij de individuele cliënt. Dit komt neer op een goede selectie, maatwerk en een doelmatige besteding van re-integratiemiddelen. Dit sluit aan bij de adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, want in *Zorg voor je gezondheid* (RVZ, 2010) staat dat in de zorgsector de vraag en het aanbod een andere weg moeten inslaan. Niet meer, zoals tot nu toe, een primaire gerichtheid op zorg en ziekte (zz), maar op gedrag en gezondheid (gg). De burger (lees hier: (potentieel) werkende) is in deze aanpak niet langer een passieve consument van zorg. Nee, de burger is actief op zoek, soms samen met de zorg- en/of

arboprofessional, naar gezondheid en naar kansen om mee te doen in de samenleving.

1.1 Aanleiding en doelstelling

Paramedici zijn deskundigen op het terrein van het menselijk functioneren en gedragsverandering. Beroepsbeoefenaren die deze deskundigheid combineren met inzicht in arbeid en het aanbieden van interventies, kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de arbeidsparticipatie en gezondheid van aanstaande werknemers, (ex-)werknemers en zelfstandigen. Arboprofessionals hebben directe invloed op de uitvoering van de vigerende regelgeving en dragen vanuit hun taakopvatting bij aan dezelfde doelstelling.

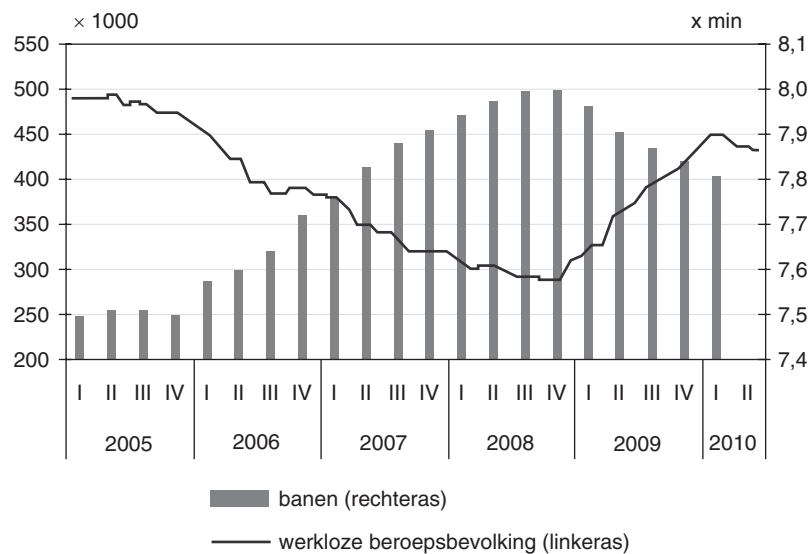
Interventies kunnen plaatsvinden gedurende alle fasen van het verzuimcontinuüm: (meer) aan het werk, dreigend verzuim (aan het werk blijven), verzuim, langdurig verzuim, arbeidsongeschiktheid, weer aan het werk. Interventies kunnen gericht zijn op: integraal gezondheidsmanagement (IGM), toeleiden naar werk (vanuit de situatie geen werk), scholing en opleiding, sociale activering, kwaliteit van arbeid, optimaliseren van fysieke en mentale belasting, vergroten van fysieke en mentale belastbaarheid, jobcoaching, verzuimbegeleiding, loopbaanoriëntatie of outplacement, toeleiden van werk naar werk (eerste en tweede spoor). Anders gezegd kan de aandacht gericht zijn op het individu (zijn gezondheidsprobleem en participatiemogelijkheden) en op de maatschappij. Natuurlijk kunnen en moeten we verlangen dat mensen met een ziekte of handicap hun best doen om te participeren, misschien moeten we soms zelfs strategieën voor gedragsverandering op hen loslaten om dat te bereiken. Maar minstens zo belangrijk is dat de maatschappij voorwaarden schept die participatie, ondanks ziekte of handicap, mogelijk maken. Dit betekent ook dat werkgevers soms moeten veranderen, dat ze meedenken over aanpassingen in werk (passend werk) waardoor zieken en gehandicapten ondanks beperkingen waar mogelijk toch als volwaardig burger mee kunnen doen. De gerichtheid van de professional kan dus verschillen. In dit boek worden verschillende invalshoeken beschreven: zelfmanagement/empowerment/enabling, belasting en belastbaarheid, gezondheid, verzuim en arbeidsparticipatie.

Paramedici kunnen interventies aanbieden op het gebied van preventie, behandeling en re-integratie. Denk bij preventie bijvoorbeeld aan het voorkómen van beroepsziekten, het voorkómen van arbeidsverzuim en het mogelijk maken dat mensen met een chronische aandoening of handicap blijven werken. Vooral behandeling, maar ook

re-integratie zijn voor paramedici van oudsher bekendere gebieden. Dat deze interventies geen overbodige luxe zijn, wordt onderstreept door de verzuimcijfers, de vele klachten over te hoge werkdruk, de ongezonde leefstijl van veel Nederlanders en het relatief hoge percentage jongere, oudere, chronisch zieke en laagopgeleide werklozen.

Werkloosheid

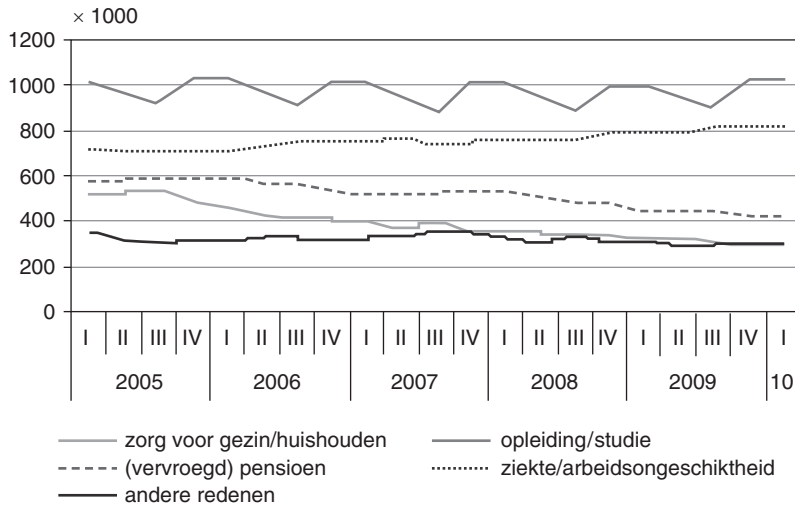
Het aantal werklozen is in 2009, na jarenlange daling, sterk gestegen (van 7,6 naar 7,9%). In de eerste kwartalen van 2010 heeft een voorzichtige daling plaatsgevonden (figuur 1.1).



Figuur 1.1 Werkloosheid en banen, gecorrigeerd voor seizoensinvloeden (<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/arbeidsmarkt-vogelvlucht/default.htm>).

Het aantal mensen dat geen werk van 12 uur per week of meer wil, is de afgelopen jaren sterk afgenomen. Dit komt vooral doordat steeds minder vrouwen de zorg voor gezin of huishouden zien als een reden om niet te werken. Het aantal mensen dat geen werk wil vanwege (vervroegd) pensioen neemt de laatste jaren ook af, hoewel de arbeidsparticipatie van ouderen relatief laag is (figuur 1.2). Het aandeel werknemers van 45 jaar en ouder dat zegt door te willen werken tot 65 jaar is gestegen van 21 procent in 2005 naar 36 procent in 2008. Ook het aandeel ouderen dat aangeeft door te kunnen werken tot 65 jaar nam toe van 41 procent in 2005 tot 50 procent in 2008 (Klein Hesselink et al., 2010). Daar staat tegenover dat de groep mensen die vanwege een

chronische aandoening of arbeidsongeschiktheid niet (meer dan 12 uur) kan werken niet kleiner geworden is (CBS, 2010d).



Figuur 1.2 Personen die niet kunnen of willen werken naar reden (<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/arbeidsmarkt-vogelvlucht/korte-termijn-ontw/vv-binding-arbeidsmarkt-art.htm>).

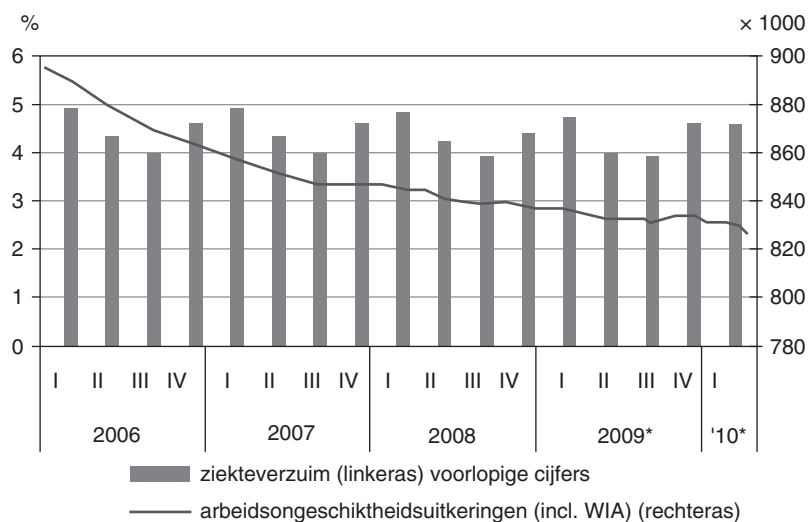
Verzuim

Het verzuimpercentage blijft sinds 2005 wel op een laag niveau. Het verzuim is in de periode 2005-2008 gedaald van 4,8 naar 4,1 procent (figuur 1.3). Dit wil zeggen dat werknemers in 2008 gemiddeld ruim 4 procent van hun werkdagen hebben verzuimd. Een vergelijking met andere Europese landen laat zien dat het verzuim in Nederland relatief hoog is.

De hoogte van het verzuim hangt – niet onverwacht – sterk samen met de gezondheid van de werknemer. Zo ligt het verzuimpercentage van werknemers met een chronische aandoening 2,6 keer zo hoog als dat van werknemers zonder een dergelijke aandoening. Verder spelen enkele persoonskenmerken een rol. Vrouwen, ouderen, laagopgeleiden, verweduwde of gescheiden mensen, alleenstaande ouders, werknemers met veel zorgtaken en werknemers die in stedelijke gebieden wonen, melden zich gemiddeld genomen (iets) vaker ziek. Bij niet-westerse migranten daarentegen is geen hoger verzuimpercentage te zien (Jehoel-Gijsbers, 2010).

Meer dan de helft (53%) van de langdurig zieke werknemers verzuimt vanwege fysieke klachten, 21 procent vanwege psychische klachten

en 23 procent vanwege een combinatie van fysieke en psychische klachten.



Figuur 1.3 Arbeidsongeschiktheid en verzuim (<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/arbeidsmarkt-vogelvlucht/korte-termijn-ontw/2006-arbeidsmarkt-vv-ao-zv-art.htm>).

Arbeidsongeschiktheid

Eind april 2010 bedroeg het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (uitkeringen in het kader van de WIA, WAO, Wajong en WAZ)¹ 828.000. In het laatste kwartaal van 2009 nam het aantal uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid voor het eerst in bijna zeven jaar iets toe (zie figuur 1.3). Vanaf 2010 daalt het aantal uitkeringen weer. Sinds januari 2003 is het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen afgenomen met 165.000, een afname van 17 procent. De daling is in de loop der jaren wel afgevlakt. Tegenover de afname van het aantal uitkeringen in het kader van de WAO en de WAZ staat een bijna even grote stijging van het aantal WIA- en Wajonguitkeringen. Het aantal uitkeringen voor de afzonderlijke arbeidsongeschiktheidsregelingen bedroeg eind april 2010: 508.000 WAO-, 92.000 WIA-, 33.000 WAZ- en 195.000 Wajonguitkeringen.

¹ WIA = Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WAO = Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, Wajong = Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten, WAZ = Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (opgeheven per 01-08-2004).

De arbeidsparticipatie van mensen met gezondheidsproblemen heeft zich niet positief ontwikkeld. Bij Wajong'ers blijft het percentage werkenden (in de periode 2001-2006) weliswaar stabiel, maar is er sprake van een sterke daling van het aandeel voltijdbanen. Dit betekent dat de arbeidsdeelname uitgedrukt in voltijdequivalenten (fte) is afgenomen. Voor de groep die een langdurige aandoening heeft en om die reden een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, is het beeld het meest negatief. Hun arbeidsdeelname is na 2003 gestaag teruggelopen en lag in 2008 op 20 procent. Bij de groep met een langdurige aandoening zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering was in 2008 een toename van het percentage werkenden tot 60 procent te zien (Jehoel-Gijsbers, 2010).

Leefstijl

Bij leefstijl heeft men het meestal over de zogenoemde BRAVO-factoren: bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning.

Bewegen

Lichamelijke inactiviteit is een gezondheidsrisico dat leidt tot hoge kosten in de gezondheidszorg en tot economische schade door verzuim en arbeidsongeschiktheid. Voldoende bewegen en een gezond gewicht bevorderen de inzetbaarheid en het goed functioneren van werknemers en verminderen het arbeidsverzuim (TNO, 2010). Er is de afgelopen jaren sprake van een duidelijke stijging van het aantal werknemers dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) (Kemper et al., 1999); in 2008 voldeed 62 procent van de werknemers aan deze norm (tabel 1.1) (TNO, 2010). In 2004 berekenden Proper en collega's dat een toename van 10 procent het aantal werknemers dat voldoet aan de NNGB een besparing kan opleveren van 131 miljoen euro aan gezondheidszorgkosten in 2014. Daarmee blijkt bewegen een goedkoop middel om kosten terug te dringen (Proper et al., 2004).

Tabel 1.1 Trends (2000-2008) in het percentage Nederlandse werknemers dat aan de beweegnormen voldoet, inactief is en overgewicht heeft (TNO, 2010)

jaar	NNGB	fitnorm	combinorm	inactief	BMI (≥ 25 kg/m ²)
2000-2001	45,2	22,9	54,4	6,9	35,5
2002-2003	47	23,5	55,9	6,8	37,5
2004-2005	54,8	26,5	64,1	5,4	36,9
2006-2007	64,8	21,4	70,2	1,8	40,9
2008	61,9	25,4	70,0	3,3	43,2

Roken

In 1958 rookte 60 procent van de Nederlandse bevolking wel eens, onder de mannen was dit zelfs 90 procent. In 2009 rookte 28 procent van de Nederlanders van 15 jaar en ouder wel eens. Van de mannen rookte in 2009 30 procent en van de vrouwen 26 procent. Het percentage rokende volwassenen is beduidend lager bij 65-plussers en jongeren. Er zijn meer rokers onder laagopgeleiden: terwijl 32 procent van de lager opgeleiden rookt, rookt 20 procent van de hoger opgeleiden. Uit cijfers van het CBS (2007) blijkt dat rokende werknemers een significant hoger verzuimpercentage hebben dan niet-rokende werknemers. Ze verzuimden gemiddeld 1,5 keer zoveel dagen (dat is vijf dagen meer) als niet-rokers. In vergelijking met ex-rokers verzuimden rokers gemiddeld 1,4 keer zoveel dagen van het werk. Het verschil in ziektedagen tussen rokers en niet-rokers en tussen rokers en ex-rokers kwam vooral door een verschil in ziekmeldingsfrequentie. Rokers meldden zich gemiddeld 1,4 keer zo vaak ziek als niet-rokers en 1,2 keer zo vaak als ex-rokers. Uit onderzoek blijkt dat stoppen-met-rokeninterventies die door het bedrijf gestimuleerd worden, een gunstig effect hebben op het rookgedrag van werknemers. Dat heeft vooral te maken met het feit dat 70 procent van de rokende werknemers graag wil stoppen, maar niet weet hoe (<http://www.luxofit.nl>). Volgens Stivoro, het expertisecentrum voor tabakspreventie, hebben de door hen aangeboden interventies voor bedrijven een bewezen gunstig effect op het rookgedrag van werknemers (<http://www.stivoro.nl>).

Alcohol

Van de Nederlanders tussen de 18 en 65 jaar (de beroepsbevolking) heeft 3 tot 6 procent problemen op het werk door alcoholgebruik en het verzuim van probleemdrinkers ligt twee tot zes keer zo hoog als gemiddeld (NIGZ, 2006).

Voeding

In 2008 had 43,2 procent van de Nederlandse werknemers een BMI van 25 of hoger, dat wil zeggen: overgewicht en obesitas (zie tabel 1.1). De body mass index (BMI) wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door het kwadraat van de lichaamslengte in meters. Een gezonde BMI ligt tussen de 20 en de 25. Voor Nederland worden de directe kosten als gevolg van overgewicht en obesitas geschat op 3 tot 5 procent van het gezondheidszorgbudget. Dat komt neer op een 0,5 tot 1 miljard euro per jaar. De indirecte kosten in de vorm van verzuim, verloren arbeidsjaren, uitkeringen en dergelijke, bedragen circa 2 miljard euro per jaar (RVZ, 2002) Volgens het rapport *Bied te-*

genwicht aan overgewicht (Stichting van de Arbeid, 2008) is iedereen in de arbeidsorganisatie zelf verantwoordelijk voor een goede balans tussen eten en bewegen, maar kan de werkgever – zonder geboden en verboden – wel het bereiken van een dergelijke balans stimuleren en faciliteren.

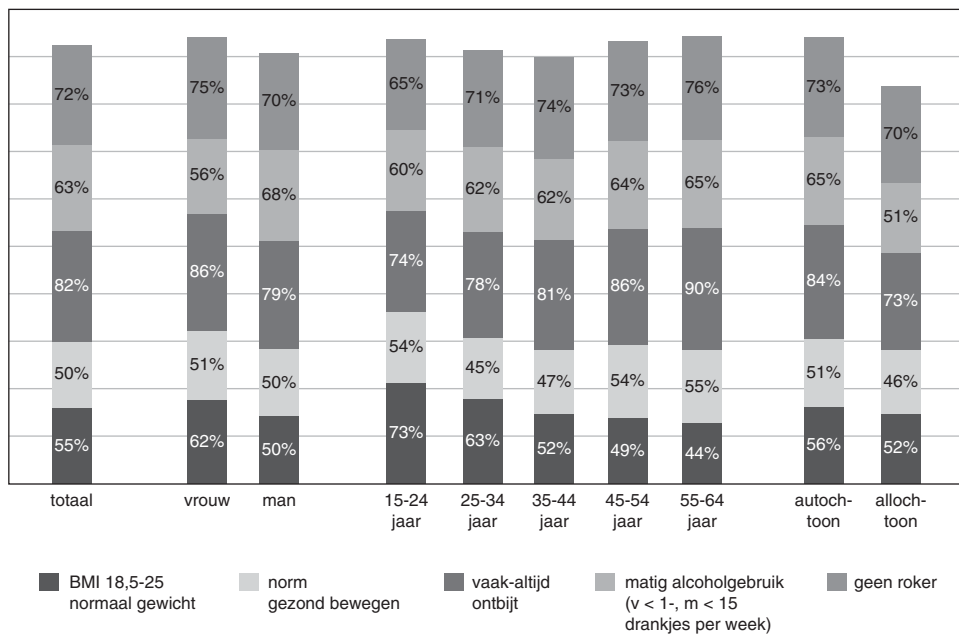
Ontspanning

In 2008 gaf ongeveer 40 procent van de werknemers aan te maken te hebben met een hoge werkdruk (Klein Hesselink et al., 2010). De werkdruk is het hoogst in het onderwijs, gevolgd door financiële instellingen, het speur- en ontwikkelingswerk en het verzekerings- en pensioenwezen. Bezien naar beroep blijkt dat werknemers in leidinggevende functies het vaakst te maken hebben met een hoge werkdruk (twee derde van de werknemers). Ook onder docenten is de werkdruk naar eigen zeggen vaak hoog: meer dan de helft van de docenten in het hoger, het voortgezet en het basisonderwijs rapporteert een hoge werkdruk. Verder is er volgens werknemers sprake van een hoge werkdruk in commerciële beroepen en onder verzekeringsagenten, makelaars, tussenpersonen en dergelijke, onder horecapersoneel en werknemers in de zorg (Klein Hesselink et al., 2010). Een kwart van de mensen die te maken hebben met een hoge werkdruk zegt als gevolg daarvan lichamelijke of psychische klachten te hebben of te hebben gehad (Klein Hesselink et al., 2010).

Alles bij elkaar opgeteld zijn de kosten door een ongezonde leefstijl dus aanzienlijk voor bedrijven en het is dan ook niet verwonderlijk dat er veel pogingen worden gedaan om de leefstijl te verbeteren. In de I-database (Interventiedatabase) staan leefstijlinterventies die in Nederland worden uitgevoerd. Gezocht kan worden op diverse criteria zoals doelgroep, setting of thema (<http://www.loketgezondleven.nl/i-database/i-database>).

Het blijkt dat 65 procent van de werkgevers het als taak ziet om de werknemers aan te spreken op gezond gedrag (SER, 2009). Het is – bij wet geregeld – hun taak om gezonde arbeidsomstandigheden te creëren en in de afgelopen twee jaar heeft 17 procent van de werkgevers maatregelen ingevoerd om een gezonde leefstijl te bevorderen (figuur 1.4). Het zijn vooral de grotere bedrijven en bedrijven in de non-profitsector en in de zakelijke en financiële dienstverlening die dit type maatregelen treffen (TNO, 2010). Op basis van negen *best practices* – interventies gericht op psychische klachten, klachten aan het bewegingsapparaat en preventie – is berekend dat de arbeidsproductiviteit van werknemers met 2,2 procent toeneemt; dat komt niet alleen door

verzuimreductie, maar ook doordat de werknemers gezonder en fitter aan het werk zijn (Van den Broek et al., 2008).



Figuur 1.4 Gezonde leefstijl naar leeftijd, geslacht en etniciteit (Klein Hesselink et al., 2010).

Persoonlijke factoren

Er is de laatste jaren in toenemende mate aandacht voor positieve aspecten, zoals passie, bevoegenheid, *commitment*, *flow* en arbeidsmotivatie. Gemotiveerde en vitale werknemers presteren beter en verzuimen minder. Om uitstroom uit het bedrijf te voorkomen is het belangrijk dat werknemers trots zijn op het werk dat ze doen en op het bedrijf waar ze werken.

Intermezzo Nederlander scoort hoog op vitaliteit

Een internationale studie peilde de vitaliteit, *performance* en *excellence* van werknemers uit acht verschillende landen. De conclusies van het onderzoek:

- hoewel de vitaliteitsbeleving van de Nederlandse werknemer de afgelopen jaren is gedaald, scoort Nederland op dit vlak het best van alle landen, met name op stress en werkvermogen;
- Nederlandse werknemers scoren significant hoger op bijna alle indicatoren van *performance*;

- Nederlanders voelen zich het meest gemotiveerd en vertonen bovendien een zeer lage verloopintentie.

Bron: <http://www.falkeverbaan.nl/zebrazone>, 18 mei 2010.

Arbeidsparticipatie

Persoonskenmerken, werkgebonden factoren en factoren gerelateerd aan de zorg en hulpverlening, spelen een rol bij werk(hervatting). Van de persoonskenmerken zijn vooral gezondheidskenmerken belangrijke voorspellers van volledige werkhervatting. Het wetenschappelijk onderzoek naar werkhervatting heeft echter laten zien dat het hebben van gezondheidsklachten geen reden hoeft te zijn om niet aan het arbeidsproces deel te nemen. Werkhervatting en herstel van gezondheidsklachten kunnen gelijktijdig plaatsvinden (Jehoel-Gijsbers, 2010). Een tijdige hervatting van werkzaamheden draagt over het algemeen zelfs bij aan een vermindering van de gezondheidsklachten en het herstel van het functioneren (Schene et al., 2005).

Snelle begeleiding naar werk lijkt dus van groot belang. Een tijdige probleemanalyse en plan van aanpak helpen snellere (gedeeltelijke) werkhervatting mogelijk te maken. Het sneller bewegen richting werk leidt niet alleen op individueel niveau tot eerder functieherstel, maar ook tot maatschappelijke kostenbesparing vanwege afwending van instroom in de WIA. Uiteraard is er veel te zeggen over wat snel is. Overwegingen met betrekking tot tijdcontingent en klachtcontingent, perioden conform de Wet verbetering poortwachter, en aard van de problematiek zullen verspreid over het boek aan bod komen. Verder worden er dilemma's gepresenteerd.

Kortom

Er is voor paramedici en arboprofessionals nog veel werk te verzetten in het domein arbeid en gezondheid, want:

- de overheid tracht 200.000 mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt extra aan het werk te krijgen;
- het verzuim in de afgelopen decennia is flink gedaald, maar er zijn nog steeds mogelijkheden tot een verdere afname;
- nog altijd ontstaan veel gezondheidsklachten op en door het werk en een groot deel van deze (gezondheids)problemen lijkt beïnvloedbaar;
- er is ruimte voor verdere verlaging van het verzuim door een betere uitvoering van de regelgeving;

- de arbeidsparticipatie van mensen met gezondheidsproblemen heeft zich niet positief ontwikkeld; de arbeidsdeelname uitgedrukt in voltijdequivalenten (fte) is afgenomen.
- bij het bevorderen van arbeidsparticipatie van werknemers met een ziekte of handicap is het van belang de beperkingen van deze mensen te erkennen en bereid te zijn (creatief en flexibel) om naar oplossingen te zoeken.

Ontwikkelingen in zorg en zekerheid vragen van paramedici en arbo-professionals daarom:

- vergroting van aandacht, kennis en deskundigheid met betrekking tot arbeidsparticipatie en arbeidsrelevante gezondheidsproblemen;
- vergroting van aandacht, kennis en deskundigheid met betrekking tot vigerende regelgeving;
- interprofessionele samenwerking, zowel in een organisatie als in het kader van arbocuratieve samenwerking;
- ontwikkeling van de ketens gericht op een integrale benadering van het vergroten van de arbeidsparticipatie.

1.2 Doelstelling

In 2001 is het landelijk project Parabel gestart (Parabel staat voor deskundigheidsbevordering van paramedici bij reguliere zorg voor arbeidsrelevante aandoeningen van het bewegingsstelsel). Het doel van het project was door middel van scholing en nascholing de kennis en deskundigheid van fysiotherapeuten, ergotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck, die werkzaam zijn in de reguliere zorgverlening (vooral in de eerstelijnszorg), over klachten van het bewegingsapparaat in relatie tot arbeidsaspecten te vergroten (Parabel, 2003). Voor paramedici zelf bestond er begin 2004 nog geen bundeling van informatie op dit gebied, noch op de even relevante gebieden preventie en re-integratie. Met de eerste druk van het handboek *Arbeid en gezondheid* hoopte de redactie in deze bundeling te voorzien. Maar, sinds 2004 is de regelgeving drastisch veranderd.

Intermezzo Overzicht veranderingen regelgeving

2004: VLZ (Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte). Verlenging van de periode van loondoorbetaling tot 2 jaar, waarbij de werkgever over deze 2 jaar samen maximaal 170 procent van het laatstverdiende loon aan de werknemer mag uitbetalen.

2004: ASB (aanpassing Schattingsbesluit): aanscherping van de arbeidskundige beoordeling bij aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsuitkering en bij herbeoordeling.

2006: WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen). Deze wet omvat twee onderdelen, de IVA (Regeling inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten) en de WGA (Regeling werkherhvatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten). De IVA-uitkering is bestemd voor duurzaam én volledig arbeidsongeschikten. De WGA-uitkering is bestemd voor niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten én gedeeltelijk arbeidsongeschikten (die voor minimaal 35% arbeidsongeschikt moeten zijn verklaard). Na afloop van de periode waarin de WGA nog loongerelateerd is, wordt de uitkering afhankelijk van het verrichten van betaalde arbeid.

2009: STAP (Wet stimulering arbeidsparticipatie). De werkgever die een (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte of langdurig (> 1 jaar) werkloze in dienst neemt, kan voor maximaal 1 jaar loonkosten-subsidie krijgen tot maximaal 50 procent van het wettelijke minimumloon. Voorwaarde is dat het om een echte baan gaat, dat wil zeggen: een bestaande vacature of een nieuwe baan die na afloop van het jaar wordt voortgezet.

2010: Wajong (Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten). Het betreft een wijziging van de 'oude' Wajong (Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten). Het belangrijkste doel van de wet is jongeren met een beperking ondersteunen bij het vinden en behouden van een baan bij een reguliere werkgever. De Werkregeling jonggehandicapten die deel uitmaakt van de Wajong gaat ervan uit dat iedere jonggehandicapte een inkomen heeft en dat (meer) werk moet lonen. De wijze van verrekening van het arbeidsinkomen met de uitkering is gewijzigd. Een andere wijziging is dat er eerst een voorlopige arbeidsongeschiktheidsbeoordeling komt, doorgaans voor de achttiende verjaardag, en vervolgens een definitieve beoordeling bij 27 jaar (in bepaalde gevallen kan dat al eerder).

Bron: Jehoel-Gijsbers, 2010.

Het inzicht in de aangeboden interventies is sterk gegroeid (zie bijv. <http://www.interventiesnaarwerk.nl>). De effectiviteit van de interventies is echter slechts matig onderzocht (Van der Klaauw, 2010). Van der Klaauw en Van Ours (2010) laten zien dat werkherhvattingpremies voor bijstandsgerechtigden geen significant effect hebben op de werk-

hervatting. Volgens het ministerie van SZW (2008) mag in algemene zin gesteld worden dat de diverse studies naar de netto-effectiviteit van re-integratie een beeld geven dat re-integratie een klein positief effect heeft op de kans om een baan te vinden. Met andere woorden: als gevolg van de inzet van re-integratie zijn iets meer mensen aan het werk gekomen. Van der Klauw (2010b) stelt echter dat er geen overtuigend bewijs is voor het nut van investeren in re-integratie.

De vraag naar en het aanbod van interventies is de afgelopen jaren gegroeid en specifiek geworden. Hierbij groeit het inzicht in beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren (zie bijv. Gelderblom & De Koning, 2007). De aandachtsgebieden van de betrokken paramedici zijn uitgebreid: naast arbeid, gezondheid en verzuim hebben zelfmanagement, belasting, belastbaarheid en arbeidsparticipatie meer aandacht gekregen. Bovendien bleek dat ook studenten personeel & arbeid en studenten (bedrijfs)maatschappelijk werk gebruikmaakten van dit handboek, maar zelden direct aangesproken werden als lezer. Redenen genoeg dus om met een sterk gewijzigde tweede druk van *Arbeid en gezondheid* te komen, waarin we trachten een overzicht te geven dat weer geheel up-to-date is.

1.3 Leeswijzer

Algemene opmerkingen

Dit boek is primair geschreven voor studenten en docenten van paramedische opleidingen, voor (aanstaande) arboprofessionals en voor deelnemers aan postnitiële trajecten op het gebied van arbeid en gezondheid. Uiteraard kunnen andere professionals, onderzoekers en managers op het terrein van de arbocuratieve zorg informatie uit het boek gebruiken.

Enkele belangrijke opmerkingen moeten hierbij gemaakt worden. Alle betrokken beroepsgroepen worden in het domein arbeid en gezondheid geplaatst voor vergelijkbare vraagstukken, zoals vraagsturing, *evidence-based practice*, klinisch redeneren en interprofessioneel samenwerken, en bij allemaal is sprake van toenemende aandacht voor ethiek, attitudevorming en reflectie. De overeenkomsten (in visie op arbeid en gezondheid, vereiste competenties, soorten problemen en randvoorwaarden) zijn zo groot dat een uitgave voor de hele sector verantwoord is.

Er is gekozen voor de termen 'cliënt', 'zelfstandige' en (ex- of aanstaande) 'werknemer' in het boek. Onze overweging is dat de termen 'betrokkene' en 'belanghebbende' minder gebruikelijk zijn in de paramedische wereld, terwijl 'patiënt' een mogelijk ongewenste as-

sociatie heeft met medicalisering. 'Patiënt' is ook geassocieerd met passiviteit en ondergeschiktheid. Met de term 'cliënt' willen we benadrukken dat de relatie gekenmerkt wordt door gelijkwaardigheid en dat de cliënt zelf actief vormgeeft aan het leven met arbeid en een gezondheid(sprobleem). Uiteraard kan overal waar 'cliënt' staat ook 'opdrachtgever', 'belanghebbende' of een andere gangbare term gelezen worden.

De hoeveelheid evidentie voor interventies is beperkt.² In de huidige praktijk worden vaak re-integratietrajecten ingekocht die breed van opzet zijn en feitelijk diverse interventies omvatten (<http://www.interventiesnaarwerk.nl>). Vaak zijn interventies gericht op zowel het optimaliseren van de belasting als het vergroten van de belastbaarheid. Wel is er een kentering waarneembaar naar maatwerk en een meer modulaire inzet van re-integratieinstrumenten. Alleen op basis van evidence een beslissing nemen blijkt een schier onmogelijk opgave. In veel hoofdstukken worden dilemma's gepresenteerd waardoor het (klinisch) redeneren expliciet gemaakt wordt.

De redactie is van mening dat problemen op het gebied van arbocuratieve zorg qua aard en oplossing zo complex zijn dat interprofessionele samenwerking haast een must is. Door het hele boek heen wordt dan ook aandacht gevraagd voor deze samenwerking. Wij hebben een voorkeur voor de term 'interprofessioneel', aangezien 'inter' duidt op een uitwisseling van perspectieven terwijl 'multi' slechts aangeeft dat er meer professionals bij een proces betrokken zijn. De term 'professional' heeft een uitstraling in het dagelijkse taalgebruik waaruit blijkt dat er kwaliteit geleverd wordt (bijv. 'Dat is duidelijk door een professional gedaan'), zo nodig koel en doortastend (een professionele voetbalovertreding, de arts greep professioneel in), maar ook betrokken. Van belang is dat de professional de juiste balans zoekt tussen betrokkenheid en distantie. 'Discipline' daarentegen wordt vaak geassocieerd met een vakdiscipline zoals orthopedie of anatomie. Omdat de problemen op het terrein van arbeid en gezondheid zo breed en complex zijn, lijkt het wijs te kiezen voor de term 'professioneel'. Interprofessionele samenwerking is van groot belang, al moeten de sa-

2 De interventies in de I-database zijn beoordeeld op effectiviteit: bewezen effectief, waarschijnlijk effectief, theoretisch goed onderbouwd, theoretisch goed onderbouwd onder voorbehoud, goed geschreven, afgewezen. Op de niveaus van 'waarschijnlijk' en 'bewezen' effectief is het aantal erkende interventies nog beperkt. Dit komt voor een deel doordat pas sinds de zomer van 2009 op dit niveau beoordeeld wordt en voor een ander deel doordat relatief weinig interventies op effect onderzocht zijn. Dit laatste gebeurt wel steeds vaker.

menwerkende professionals (in hun enthousiasme en met alle goede bedoelingen) oppassen dat ze niet de bewegings- en keuzevrijheid van de cliënt aantasten.

Waar in de vorige druk de focus lag op de interventie van de professional (preventie, behandeling, re-integratie) wordt in deze druk primair gekeken naar drie verschillende contexten: (meer) aan het werk, aan het werk (blijven) en weer aan het werk.

Indeling

Het boek is opgebouwd uit twee delen.

Deel I Het domein arbeid en gezondheid

In steeds meer publicaties wordt ervan uitgegaan dat er overeenkomsten bestaan tussen de paramedische beroepen. In 2001 is getracht dat wat paramedici bindt, ongeacht specialisatie en werksetting, te beschrijven: het paramedisch paradigma (Kuiper & Balm, 2001). In dit deel van het boek gebruiken we de componenten van dit paramedisch paradigma als leidraad. De context is het domein arbeid en gezondheid. Dit komt in het eerste hoofdstuk van dit deel (hoofdstuk 2) aan de orde. Belangrijke begrippen zoals arbeid, gezondheid en de relatie daartussen, interventie, participatie en arbeidsverzuim worden toegelicht. In hoofdstuk 3 wordt het handelen van de paramedicus werkzaam op dit terrein toegelicht aan de hand van de doelgroepen, de werkgever en externe factoren. De andere spelers komen aan bod in hoofdstuk 4, evenals de contexten: (meer) aan het werk, aan het werk (blijven) en weer aan het werk. Hoofdstuk 5 biedt de modellen die als het ware de bouwtekening vormen van de interventie door de paramedicus. Het afsluitende hoofdstuk van deel I, hoofdstuk 6, beschrijft de meetinstrumenten die gebruikt kunnen worden om belasting en belastbaarheid in beeld te brengen (diagnostisch) en om de effectiviteit van interventies vast te stellen (evaluatief). In dit hoofdstuk wordt ook kort ingegaan op de plaats van arbeid in richtlijnen.

Deel II Belasting en belastbaarheid

Deel II is het praktijkdeel van het boek. In hoofdstuk 7 wordt ingegaan op het in kaart brengen van de arbeidsbelasting en arbeidsrisico's, met nadruk op de meetmethoden die daarbij worden gehanteerd. In hoofdstuk 8 komen de interventies aan bod die gericht zijn op aanpassing van de werkbelasting en vermindering van arbeidsrisico's. In hoofdstuk 9 worden de diagnostische interventies besproken die de paramedicus en de arboprofessional ter beschikking staan om het functioneren van de cliënt, inclusief zijn/haar belastbaarheid in kaart

te brengen. In hoofdstuk 10 staan de interventies gericht op het vergroten van de belastbaarheid van de werknemer en het beïnvloeden van de determinanten vanuit de contexten (meer) aan het werk, aan het werk (blijven) en weer aan het werk. Bij het beschrijven van de diagnostische verrichtingen en de interventies in de drie contexten wordt gebruikgemaakt van de modellen en de terminologie beschreven in hoofdstuk 5.

De redactie is van mening dat problemen op het gebied van arbocuratieve zorg qua aard en oplossing zo complex zijn dat interprofessionele samenwerking hoort bij het werken in de arbozorg. Hoewel interprofessionele samenwerking in de eerste editie van dit boek was ondergebracht in een apart deel, deel III, is er nu voor gekozen om interprofessionele samenwerking te verweven in de tekst van het gehele boek, en met name in hoofdstuk 4 en in de hoofdstukken van deel II.