

Werk, zaligmakend of ziekmakend?

De relatie tussen arbeid
en gezondheid

Patricia van Echtelt

WRR



De serie ‘Working Papers’ omvat studies die in het kader van de werkzaamheden van de WRR tot stand zijn gekomen. De verantwoordelijkheid voor de inhoud en de ingenomen standpunten berust bij de auteurs. Een overzicht van alle Working papers is te vinden op www.wrr.nl.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

Buitenhof 34
Postbus 20004
070-356 46 00
info@wrr.nl
2500 EA Den Haag
wrr.nl

Vormgeving binnenwerk: Ontwerpwerk, Den Haag
Working Paper nummer 39

E-IBSN 978 94 901 86 85 2

© Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid,
Den Haag 2020

De inhoud van deze publicatie mag (gedeeltelijk) worden gebruikt en overgenomen voor niet-commerciële doeleinden. De inhoud mag daarbij niet veranderen. Citaten moeten altijd aangegeven zijn.

Werk, zaligmakend of ziekmakend?

De relatie tussen arbeid
en gezondheid

Patricia van Echtelt

WRR

Ten Geleide

WRR Working Paper 39 *Werk, zaligmakend of ziekmakend? De relatie tussen arbeid en gezondheid* is geschreven door dr. Patricia van Echtelt van het SCP. Zij beantwoordt hierin, op basis van de literatuur, een aantal vragen over de relatie tussen arbeid en gezondheid.

Dit Working Paper is een van de achtergrondstudies die zijn uitgevoerd in het kader van het WRR-rapport '*Het betere werk: de nieuwe maatschappelijke opdracht*', dat op 15 januari 2020 is gepubliceerd.

De serie 'Working Papers' omvat studies die in het kader van de werkzaamheden van de WRR tot stand zijn gekomen. De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij de auteurs.

Prof. mr. J.E.J. (Corien) Prins
Voorzitter WRR

Prof. dr. F.W.A. (Frans) Brom
Directeur WRR

Inhoudsopgave

1.	Inleiding en vraagstellingen	9
2.	Kun je ziek worden door een gebrek aan werk?	11
3.	Hoe vaak komt het voor dat mensen ziek worden van het werk?	14
4.	Welke omstandigheden maken werk (on)gezond?	20
5.	Wat is de invloed van gezondheidsbeperkingen op de arbeidsdeelname?	25
6.	Tot slot	29
	Literatuur	31

1. Inleiding en vraagstellingen

“Van hard werken is nog nooit iemand doodgegaan”, zo begint arbeids-epidemioloog prof. Kant zijn oratie aan de Universiteit Maastricht.¹ Vervolgens legt hij uit dat veranderingen in de eisen van het werk wel degelijk van invloed kunnen zijn op de gezondheid van werkenden. Japanners kennen zelfs het woord ‘Karoshi’, dat ‘dood door overmatig werken’ betekent.

In Nederland neemt werk, hoewel vaak in deeltijd, in de samenleving een steeds belangrijker plaats in. Het credo ‘werk, werk, werk’ is al jaren een terugkerend thema in het arbeidsmarktbeleid. Het uitgangspunt is dat zo veel mogelijk mensen zo veel en zo lang mogelijk aan het werk zijn. Hierbij is er veel aandacht voor de ‘duurzame inzetbaarheid’ van werkenden. Naast scholing staan in het beleid ook gezonde werkomstandigheden centraal, om te voorkomen dat werkenden door ziekte voortijdig uit het arbeidsproces raken. Hierbij is er op de beleidsagenda van de overheid, naast fysieke werkomstandigheden, steeds meer aandacht voor de risico’s van psychosociale arbeidsbelasting en werkstress, een steeds vaker voorkomende oorzaak van uitval. Investing in menselijk kapitaal² is een belangrijke grondstof voor het verhogen van de arbeidsproductiviteit en het ‘verdienvermogen van de toekomst’.³ Dit heeft ook iets paradoxaals: gezonde medewerkers verhogen de arbeidsproductiviteit, maar het streven naar die hogere arbeidsproductiviteit kan de gezondheid schaden, of ongezonde mensen uitsluiten. Het is dus zoeken naar een optimum, waarbij de productiviteit toeneemt zonder dat de risico’s optreden van ‘een veeleisende samenleving’, met hoge werkdruk, combinatiedruk door betaald werk en zorgtaken, en hoge uitval door werkgerelateerde psychische klachten.⁴

Het activerend arbeidsmarktbeleid van de afgelopen decennia benadrukt de positieve aspecten van werk. De achterliggende gedachte is dat een hoge arbeidsdeelname de verzorgingsstaat betaalbaar houdt, en dat het hebben van een betaalde baan uiteindelijk het beste is voor de mensen zelf. Een betaalde baan genereert niet alleen inkomen, maar bijvoorbeeld ook sociale contacten, zelfontplooiing, zingeving, enzovoort. Het uitgangspunt is dat iedereen die kan werken, de kans moet krijgen om deel te nemen op de arbeidsmarkt, ook mensen die kampen met

1 Kant 2010.

2 Becker 1964.

3 WRR 2013.

4 Breedveld en Van den Broek 2004; Van Echtelt 2014.

gezondheidsproblemen. De arbeidsdeelname van mensen met een gezondheidsbeperking hangt niet alleen samen met de feitelijke (ervaren) gezondheid van de potentiële beroepsbevolking, maar is mede afhankelijk van allerlei instituties, zoals het gevoerde arbeidsmarktbeleid, wettelijke verplichtingen voor werkgevers en werknemers, en de inrichting van het stelsel van sociale zekerheid. De socioloog Parsons maakt een onderscheid tussen een ‘ziekte hebben’ en het ‘ziek zijn’. Terwijl het eerste een min of meer medische aangelegenheid is, is meer sociaal of maatschappelijk bepaald of iemand ‘te ziek is om te werken’ en wordt vrijgesteld van de arbeidsplicht.⁵ Bij de opbouw van het socialezekerheidsstelsel in de vorige eeuw lag de nadruk op inkomensbescherming van mensen die door pech – of als gevolg van slechte arbeidsomstandigheden – werden getroffen door ziekte of een gebrek. Nu ligt het accent veel meer op activering en re-integratie, waarbij de verantwoordelijkheid voor een groot deel is neergelegd bij de werkgevers. Mensen krijgen nu minder snel het stempel ‘arbeidsongeschikt’, en het uitgangspunt is dat iedereen naar vermogen kan deelnemen op de arbeidsmarkt. Niettemin blijkt uit onderzoek naar ongelijkheid in Nederland dat achterstanden zich vaak voordoen op meerdere levensdomeinen tegelijkertijd en dat arbeidsmarktpositie en gezondheid onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.⁶

De Nederlandse filosoof Hans Achterhuis noemt werk een ‘eigenaardig medicijn’.⁷ “Je kunt er ziek, maar ook juist beter door worden, het is belastend, maar tegelijkertijd ook uitdagend en het stompt af maar zorgt ook voor ontplooiing”.⁸ De bijzondere relatie tussen arbeid en gezondheid roept een aantal vragen op waarop ik in dit paper op basis van de literatuur een antwoord geef:

- Hoe belangrijk is werk voor de gezondheid van mensen? Kun je ook ziek worden door een gebrek aan werk?
- Hoe vaak komt het in Nederland voor dat mensen ziek worden van het werk?
- Welke kenmerken van het werk veroorzaken het vaakst ziekte door het werk: wat is (on)gezond werk?
- Wat zijn in Nederland de kansen op werk voor mensen met een arbeidsbeperking?

5 Boot 2001; Van Echtelt 2016.

6 Vrooman et al. 2014.

7 Achterhuis 1984.

8 Schaufeli en Bakker 2013: 2.

2. Kun je ziek worden door een gebrek aan werk?

“Kunnen mensen die ziek zijn niet werken, of worden mensen die niet werken ziek?”, vraagt Frank Kalshoven zich in de Volkskrant af naar aanleiding van een onderzoek van het CBS over gezondheidsproblemen in de bijstand.⁹ Uit het CBS-onderzoek blijkt dat hoe langer mensen in de bijstand zitten, hoe slechter hun gezondheid is. De cijfers maken echter niet duidelijk of dit alleen komt omdat gezonde mensen eerder uitstromen uit de bijstand naar werk, of ook omdat langdurige werkloosheid ziek maakt. Met andere woorden, is er alleen sprake van een *selectiemechanisme* (ongezonde mensen hebben minder kans op werk) of ook van een *causatiemechanisme*? Dit laatste wil zeggen dat de gezondheid van mensen verslechtert als zij werkloos worden, of dat hun gezondheid verbetert als zij weer aan het werk gaan.¹⁰

In een klassiek geworden studie naar de betekenis van werk beschreef Jahoda de gevolgen van werkloosheid voor het algemeen welbevinden van individuen.¹¹ Op basis van onderzoek in een wijk met hoge werkloosheid laat zij zien hoe mensen ‘gewend’ raken aan het niet werken en steeds minder gaan doen, waardoor zij zich minder energiek en fit gaan voelen en steeds minder gemotiveerd raken om de eigen mogelijkheden te benutten. Werk heeft, zoals zij in haar ‘latente deprivatiemodel’ stelt, naast het genereren van inkomen ook een aantal latente voordelen die belangrijk zijn voor het welbevinden van individuen, zoals tijdstructurering, sociale integratie, zelfontplooiing en de ontwikkeling van competenties en vaardigheden.¹² Valt het werk weg, en daarmee deze latente voordelen, dan heeft dit negatieve gevolgen voor het welbevinden van mensen. Illustratief voor het belang van betaald werk voor de psychische en lichamelijke gezondheid is ook de constatering van psychiater en hoogleraar Cees Trimbos dat huisvrouwen uit die tijd (1962) met maar zeer beperkte mogelijkheden om betaald werk te verrichten, ernstige fysieke en psychische klachten hadden: “Haar geestelijke en lichamelijke klachten, die soms zelfs van zeer ernstige aard konden zijn, bleken in laatste analyse vaak het gevolg te zijn van een ernstig manco in haar levenstaak.”¹³ Voor deze huisvrouwen was hun gezinstaat niet

9 Kalshoven 2016.

10 Schuring 2010.

11 Jahoda 1979; 1982; Jahoda et al. 1933.

12 Zie ook De Beer 1999, 2001a; De Witte 1993; Van Echtelt 2010; Conen en De Beer 2017; Frey en Stutzer 2002.

13 Van Doorne-Huiskes et al. 2017: 32-33.

meer dan een reeks routinebezigheden die hen blijkbaar weinig voldoening gaven, terwijl ze tegelijkertijd geen mogelijkheden zagen om aan hun werkloze bestaan te ontsnappen.

In theorie kan werkloosheid van invloed zijn op zowel de lichamelijke als de psychische gezondheid. De lichamelijke gezondheid kan worden beïnvloed door de teruggang in financiële positie en de afname van de levensstandaard, bijvoorbeeld omdat iemand niet in staat is gezonde voeding te kopen, goede zorg te ontvangen of deel te nemen aan gezonde activiteiten voor sport en ontspanning. Ook een ongezonde leefstijl, zoals een toename van de alcoholconsumptie en het minder in beweging zijn, kan een rol spelen bij de negatieve gevolgen van werkloosheid voor de lichamelijke gezondheid.¹⁴ Psychische klachten kunnen ontstaan doordat de 'latente voordelen' van werk wegvallen, maar deze kunnen ook te maken hebben met sociale waardering en de status die betaald werk heeft in onze samenleving. Door werkloosheid verslechtert iemands maatschappelijke positie, wat gevolgen kan hebben voor het welzijn, de kwaliteit van leven en de gezondheidsbeleving.¹⁵ Een lage zelfwaardering, stressgevoelens en een gevoel van sociale ondermijning door anderen kunnen de psychische gezondheid schaden.¹⁶ Werk is mede bepalend voor iemands positie in de samenleving en zonder werk kan hij of zij het gevoel hebben niet mee te doen of niet van betekenis te zijn.¹⁷ Hoe meer van mensen wordt verwacht dat zij participeren op de arbeidsmarkt, des te pijnlijker het is als ze hieraan om de een of andere reden niet kunnen deelnemen.¹⁸

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat werklozen een slechtere gezondheid hebben dan werkenden.¹⁹ Om empirisch vast te stellen welk effect werkloosheid heeft op de gezondheid, is longitudinaal onderzoek nodig, dat wil zeggen dat mensen in de tijd worden gevolgd. Bij een meting op één moment is niet vast te stellen of de gezondheid de werkloosheid beïnvloedt of dat de relatie omgekeerd is. Uit een overzichtsstudie van dergelijk wetenschappelijk onderzoek naar de gezondheidseffecten van werk blijkt dat het hebben van een betaalde baan inderdaad van invloed is op de psychische gezondheid.²⁰ Zo hebben mensen die werkloos zijn geworden, vaker last van depressies dan werkenden, en hebben werklozen die weer aan het werk zijn gegaan, minder last van depressies dan degenen die werkloos zijn gebleven. Werkloosheid heeft ook een negatief effect op de algehele mentale gezondheid. Echter, voor de effecten op de fysieke gezondheid

14 Van der Noordt et al. 2014; Harbers en Hoeymans 2013.

15 Kenniscentrum UWV 2011.

16 Harbers en Hoeymans 2013.

17 Elshout 2016.

18 De Botton 2009; De Beer 2001a: 313; 2001b: 67; Van Echtelt 2010.

19 Schuring et al. 2011a; 2011b; Van Echtelt 2011.

20 Noordt et al. 2014; zie ook Harbers en Hoeymans 2013; Wadell en Burton 2006.

en de algemene gezondheid ('general health') bestaat er minder wetenschappelijk bewijs. Onderzoek laat tegenstrijdige resultaten zien voor het effect van werk op het fysieke functioneren en de algemene ervaren gezondheid.²¹ In theorie zou het effect van werk op de fysieke gezondheid vooral via het inkomen lopen, doordat mensen door betaald werk meer middelen hebben voor gezond gedrag. Mogelijk biedt de sociale zekerheid in Nederland hiervoor voldoende vangnet. Het kan echter ook zijn dat de lichamelijke gezondheidsverschillen pas op langere termijn zichtbaar worden en daarom niet uit de studies (met een kortere termijn) naar voren komen.

Is vrijwilligerswerk een substituuat voor het verrichten van betaald werk? Sommige voordelen van betaald werk gelden immers ook voor vrijwilligerswerk, zoals het opdoen van sociale contacten, tijdstructurering, zelfwaardering en ontplooiing. In het algemeen geldt dat het doen van vrijwilligerswerk goed is voor het welbevinden en de gezondheid van mensen.²² Het is echter niet altijd duidelijk wat de causaliteit is bij deze relatie. Bovendien kan het effect verschillen tussen groepen of samenhangen met andere factoren. Zo blijkt het positieve effect op de gezondheid veel meer op te gaan voor oudere dan voor jongere vrijwilligers²³ en lijkt het effect (deels) te worden veroorzaakt door onderliggende aspecten, zoals persoonlijkheidskenmerken en inkomen²⁴. Een recente Nederlandse studie laat zien dat werklozen die betaald werk gaan verrichten, er in algemeen welbevinden op vooruit gaan, terwijl vrijwilligerswerk geen positieve effecten heeft op bijvoorbeeld gezondheid en welbevinden.²⁵ Als je werkloos bent, helpt het dus wel om aan het werk te gaan maar is vrijwilligerswerk niet afdoende. Uit een studie in Rotterdam naar de effecten van de tegenprestatie blijkt geen noemenswaardige verbetering in gezondheid van de tegenprestatiedeelnemers ten opzichte van de controlegroep.²⁶ De Beer concludeert dat vrijwilligerswerk het welbevinden in het algemeen wel vergroot, maar dat dit vooral geldt voor huisvrouwen en overige niet-werkenden (bijvoorbeeld vervroegd gepensioneerden).²⁷ Voor werklozen gaat dit echter niet op. Vrijwilligerswerk verhoogt blijkbaar vooral het welbevinden als mensen niet meer op zoek zijn naar betaald werk. Onderzoek naar mensen in de bijstand komt tot de soortgelijke conclusie dat vrijwilligerswerk bijstandsgerechtigden veel goeds kan brengen, maar dat het geen volledig substituuat is voor betaald werk.²⁸

21 Noordt et al. 2014; Harbers en Hoeymans 2013.
22 Casiday 2015; Detollenaere et al. 2017; Van der Aa et al. 2014; Van Kampen et al. 2013.
23 Van Willigen 2000.
24 King et al. 2015; Detellenaere et al. 2017.
25 Carlier et al. 2018.
26 Gemeente Rotterdam 2017.
27 De Beer 2001a.
28 Van Kampen et al. 2013.

3. Hoe vaak komt het voor dat mensen ziek worden van het werk?

De overtuiging dat betaald werk goed is voor het welbevinden of de gezondheid van mensen is zeker niet vanzelfsprekend en heeft vooral de laatste decennia terrein gewonnen.²⁹ In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw was er juist veel aandacht voor de negatieve gevolgen van betaald werk in de kapitalistische samenleving. Het verrichten van betaald werk was noodzakelijk om geld te verdienen, maar deed een mens zeker niet altijd goed. Werkgevers die meer oog hadden voor winst dan voor personeel, uitval door slechte werkomstandigheden en vervreemding van het werk maakten dat werk ook ziek kon maken. In die jaren kwam er in het beleid meer aandacht voor arbeidsomstandigheden om het werk ‘gezond’ te maken. Ziek worden door het werk is niet alleen iets uit het verleden, maar kent ook nu nog de nodige uitdagingen.³⁰ Onlangs riep de Inspectie SZW bedrijven op meer te investeren in de veiligheidscultuur. In onze economie moeten mensen sneller en efficiënter werken, met als gevolg een onveiligere situatie en meer ongelukken. Veilig werk is dus ook anno 2019 nog niet vanzelfsprekend.³¹

Hoe vaak komt het (nog) voor in Nederland dat mensen ziek worden van het werk? Voor een antwoord op deze vraag kunnen we gebruik maken van een aantal indicatoren: 1) beroepsziekten, 2) werkgerelateerd ziekteverzuim, 3) arbeidsongevallen en 4) ziektelast door arbeidsomstandigheden.

1. Beroepsziekten

Een eerste indicator voor de mate waarin werk ziekmakend is, is het ontstaan van beroepsziekten. Dit zijn niet alleen ‘klassieke’ beroepsziekten, zoals kappers-eczeem, schildersziekte of asbestiose, maar ook psychosociale ziekten als burn-out en overspannenheid worden ‘beroepsziekten’ genoemd. In de Arboret is een beroepsziekte gedefinieerd als “een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden”.³² Een beroepsziekte kan zich voordoen tijdens de werkzame leeftijd, maar openbaart zich vaak pas na de pensioengerechtigde leeftijd.

29 De Beer 2001: 11.

30 Inspectie SZW 2018.

31 Inspectie SZW 2019.

32 RIVM 2019a.

De schattingen over het voorkomen van beroepsziekten lopen sterk uiteen, afhankelijk van de wijze waarop deze worden gemeten.³³

Op basis van meldingen van beroepsziekten aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCVB) en het hieraan gerelateerde Peilstation Intensief Melden (PIM) hadden 179 van de 100.000 werknemers in 2017 een nieuw ontstane beroepsziekte; in totaal zijn dit naar schatting 12.600 werknemers.³⁴ Deze meting is gebaseerd op meldingen door bedrijfsartsen. Hoewel zij hiertoe verplicht zijn, melden echter niet alle bedrijfsartsen beroepsziekten, waardoor de cijfers slechts een indicatie geven en als een ondergrens moeten worden beschouwd.³⁵ Het totaal aantal meldingen en de hieraan gerelateerde incidentie daalde in de voorafgaande jaren.³⁶ Of dit betekent dat er minder beroepsziekten ontstaan of dat deze minder vaak worden gemeld, is echter onduidelijk. Zo werden in 2016 in de bouw de collectieve meldingen via de sectororganisatie afgeschaft, wat het aantal gemelde beroepsziekten sterk deed dalen.³⁷

Psychische aandoeningen (vooral burn-out en overspannenheid) vormen de grootste categorie meldingen (57 procent) gevolgd door aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat (26 procent).³⁸ Het aandeel psychische beroepsziekten neemt toe. Het aandeel verschilt naar de sociaaleconomische positie (SEP) van beroepen. Beroepsziekten komen vaker voor bij werknemers in beroepen met een lagere SEP. Betreft bij werknemers in beroepen met een lage SEP ongeveer twee derde van de beroepsziekten het houdings- en bewegingsapparaat en lawaaislechthoerendheid, bij de beroepen met een hoge SEP bestaat 60 procent uit overspannenheid en burn-out. Werkinhoud en problemen tussen mensen onderling zijn hiervan vaak de oorzaak.³⁹

Op basis van Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) ligt de schatting van het aandeel beroepsziekten hoger. Deze cijfers zijn gebaseerd op de zelfrapportage door een omvangrijke steekproef van werknemers. Van een beroepsziekte is sprake als een ziekte, volgens de werknemer, is ontstaan door het werk en bovendien (volgens de werknemer) is vastgesteld door een arts. Volgens de NEA heeft 3,2 procent van de werknemers in 2016 naar eigen zeggen een door een arts vastgestelde beroepsziekte opgelopen (de incidentie, ofwel het aantal

33 TNO 2019a; Inspectie SZW 2018.

34 NCVB 2018.

35 SER 2014; NCVB 2018; Inspectie SZW 2018; TNO 2019a.

36 NCVB 2018; RIVM 2019a.

37 NCVB 2018.

38 NCVB 2018.

39 NCVB 2018.

nieuwe gevallen). Omgerekend naar personen zijn dit ongeveer 222.600 werknemers.⁴⁰ Volgens dezelfde enquête had in 2016 ongeveer 10,6 procent van de werknemers een beroepsziekte (de prevalentie, ofwel het aantal bestaande gevallen op een bepaald moment); dit zijn ongeveer 738.900 werknemers.⁴¹ Bij zelfstandige ondernemers (met en zonder personeel) ligt het aandeel gerapporteerde nieuw ontstane beroepsziekten lager dan bij werknemers (1,9 procent, ofwel 20.100 zelfstandigen); dit geldt ook voor de prevalentie (10 procent, ofwel 107.800 zelfstandigen).

Overeenkomstig de cijfers van het NCVB komen psychische aandoeningen (vooral burn-out en overspannenheid) en ziekten van het bewegingsapparaat het vaakst voor.⁴² In de gezondheidszorg, de industrie en het onderwijs is het risico op beroepsziekten het grootst. Het risico op psychische beroepsziekten is het grootst in het onderwijs, het openbaar bestuur, de gezondheidszorg en de financiële dienstverlening. Lageropgeleiden, vrouwen en oudere werknemers lopen relatief veel risico.⁴³ Doordat de vragen over beroepsziekten vooralsnog alleen in 2014 en 2016 zijn gesteld, zijn trends nog niet goed weer te geven.⁴⁴

Tot slot maakte het RIVM een schatting van verschillende arbeidsgerelateerde aandoeningen op basis van meerdere volksgezondheids- en zorgregistraties.⁴⁵ Deze schattingen liggen hoger dan de schattingen op basis van de NEA. De gegevens hebben niet alleen betrekking op de werkzame beroepsbevolking, maar ook op beroepsziekten die na de pensionering zijn ontstaan, wat vaak het geval is. Het aantal nieuwe gevallen van beroepsziekten schat het RIVM voor 2015 (laatst beschikbare cijfers) op 4,7 procent van de werkzame beroepsbevolking; dit zijn circa 390.500 gevallen. In de gepensioneerde beroepsbevolking gaat het om 30.100 nieuwe gevallen. Het RIVM schat dat in 2017 ongeveer 4.100 mensen overlijden als gevolg van factoren op het werk. Bijna 80 procent van deze 4.100 slachtoffers is dan al gepensioneerd.⁴⁶ Beroepsziekten met een dodelijke afloop zijn overwegend kanker, hart- en vaatziekten en ziekten van de ademhalingswegen, die vaak worden veroorzaakt door blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Het is niet goed mogelijk op basis van deze gegevens trends weer te geven.

40 TNO 2019a.

41 TNO 2019a; Inspectie SZW 2018.

42 TNO 2019a.

43 Inspectie SZW 2018; TNO 2019a.

44 TNO 2018.

45 RIVM 2019a.

46 RIVM 2019a; Inspectie SZW 2018.

2. *Werkgerelateerd ziekteverzuim*

Werkgerelateerd ziekteverzuim is een tweede indicator voor hoe vaak mensen in Nederland ziek worden van het werk. Ziekteverzuim wordt onder andere gemeten met de NEA, een grootschalige enquête onder werknemers.⁴⁷ Het ziekteverzuimpercentage bedroeg in 2018 4,4 procent; dit wil zeggen dat werknemers jaarlijks gemiddeld 4 procent van de te werken dagen hebben verzuimd. Werknemers is gevraagd of de klachten bij het laatste verzuimgeval het gevolg waren van het werk. In 2018 was bij 24 procent van de werknemers het verzuim deels of hoofdzakelijk aan het werk gerelateerd.⁴⁸ Omdat werkgerelateerd verzuim gemiddeld langer duurt dan niet aan het werk gerelateerd verzuim, is het aandeel aan het werk gerelateerde verzuimdagen echter hoger. In 2017 was dit 46 procent, het hoogste percentage sinds 2007.⁴⁹ Werknemers die volgens eigen opgave een beroepsziekte hebben opgelopen, verzuimen gemiddeld 31 dagen per jaar meer dan de gemiddelde werknemer.⁵⁰ De extra verzuimdagen als gevolg van beroepsziekten worden geschat op 6,9 miljoen per jaar. Het werkgerelateerde verzuim is relatief hoog in de sectoren bouw, landbouw, gezondheidszorg, onderwijs en vervoer.

Psychosociale arbeidsbelasting (PSA) is een van de belangrijkste redenen van werkgerelateerd verzuim.⁵¹ Ruim de helft (60 procent) van alle werknemers met werkgerelateerd verzuim in 2017 schrijft dit toe aan PSA, het hoogste aandeel in de laatste tien jaar. Werknemers noemen hierbij werkdruk en werkstress het vaakst als reden voor hun verzuimklachten. Andere hieraan gerelateerde verzuimredenen zijn emotioneel te zwaar werk, moeilijk werk, problemen met de leiding of werkgever en problemen met collega's of klanten. Het verzuim door psychische aandoeningen (zoals burn-out en overspannenheid) als aandeel van het totale verzuim (werkgerelateerd en niet-werkgerelateerd) steeg van 26 procent in 2013 naar 33 procent in 2017.⁵² Werknemers kunnen in de arbeidsongeschiktheidsuitkering instromen als zij langdurig ziek zijn. In de periode 2001-2017 steeg het aandeel psychische klachten bij mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering van 37 procent naar 51 procent.⁵³ Het UWV registreert echter niet of de arbeidsongeschiktheid is veroorzaakt door het werk.

47 TNO 2019b.
48 TNO 2019b.
49 TNO 2019a.
50 TNO 2019a.
51 TNO 2019a.
52 RIVM 2019d.
53 RIVM 2019c.

3. Arbeidsongevallen

Een derde indicator voor hoe vaak mensen ziek worden van het werk zijn cijfers over het aantal bedrijfsongevallen: een ongeval dat door of tijdens de uitoefening van betaalde arbeid (in loondienst of als zelfstandig ondernemer) plaats vindt.⁵⁴ Voor deze cijfers zijn verschillende bronnen beschikbaar. In de NEA is aan werknemers (en in de Zelfstandigen Enquête Arbeid (ZEA) aan zelfstandigen) gevraagd of zij te maken hadden met een arbeidsongeval.⁵⁵ De Inspectie SZW registreert de meldingen die werkgevers verplicht zijn te doen bij arbeidsongevallen die leiden tot ziekenhuisopname, blijvend letsel of de dood.⁵⁶ De Statistiek Niet-Natuurlijke Dood (NND) registreert arbeidsongevallen met een dodelijke afloop.⁵⁷

Volgens de NEA (zelfrapportage werknemers) liepen in 2017 242.000 werknemers lichamelijk of geestelijk letsel op door een ongeval tijdens het werk. Dit is 3,4 procent van alle werknemers.⁵⁸ Dit aandeel lijkt iets toe te nemen in de periode 2015-2017. Het is echter niet mogelijk een langjarige trend te onderscheiden doordat de vraagstelling is gewijzigd.

De Inspectie SZW becijfert dat het aantal bij de inspectie gemelde ongevallen in de afgelopen vijf jaar gestaag oploopt. In 2017 ging het om 4.225 meldingen.⁵⁹ Het aantal dodelijke slachtoffers van arbeidsongevallen schommelt de laatste jaren tussen 50 en 70 per jaar. De (ervaren) werkdruk en het niet adequaat reageren op onverwachte situaties zijn bepalende factoren. De meeste ongevallen doen zich voor in de sectoren industrie, bouw, handel en vervoer en opslag. Bij bedrijven met minder dan tien werknemers is het risico op ongevallen relatief hoog. Werknemers in de jongste en oudste leeftijdscategorieën lopen het grootste risico op een ongeval. Opvallend is dat het aandeel slachtoffers van ernstige arbeidsongevallen vooral hoog is onder uitzendkrachten en dat dit de laatste tijd steeds meer toeneemt. Als mogelijke verklaring voor het toenemend aantal ongevallen noemt de Inspectie de krapte op de arbeidsmarkt en personeelstekorten, met hoge werkdruk, langere werktijden en inzet van minder gekwalificeerd personeel tot gevolg.⁶⁰

54 TNO 2019a.
 55 TNO 2019a.
 56 Inspectie SZW 2018.
 57 TNO 2019a.
 58 TNO 2019a.
 59 Inspectie SZW 2018.
 60 Inspectie SZW 2017.

4. Ziektelast door arbeidsomstandigheden

Tot slot kan werkgerelateerde ziekte worden uitgedrukt als aandeel van de totale ziektelast in Nederland. De ziektelast is een maat voor gezondheidsverlies, waarbij vroegtijdige sterfte, de mate van vóórkomen van gezondheidsproblemen en de ernst van de gezondheidsproblemen worden meegenomen.⁶¹ Het RIVM schat de totale ziektelast door ongunstige arbeidsomstandigheden in Nederland voor 2015 op 4,6 procent.⁶² Dit aandeel is gebaseerd op een selectie van ongunstige arbeidsomstandigheden, zoals blootstelling aan stoffen, en andere factoren in de arbeidsomgeving, zoals fysieke en psychische belasting. Dit ligt in dezelfde orde van grootte als de ziektelast door ongunstige milieuomstandigheden (4 procent). De ziektelast door roken is in Nederland het grootst: 9 procent van de totale ziektelast in Nederland is hieraan toe te schrijven, gevolgd door ongezonde voeding (8 procent) en hoge bloeddruk en hoge bloedsuikerspiegel (7 procent). De negatieve effecten van ongunstige arbeidsomstandigheden doen zich veelal voor op de lange termijn, waardoor de ziektelast vooral hoog is onder de gepensioneerde bevolking.⁶³ Het is niet goed mogelijk om op basis van deze schattingen een trend aan te geven.

61 Zie RIVM 2019b; TNO 2019a; Inspectie szw 2018; ZonMw 2016; zie ook Harbers en Hoeyman 2013; Eysink et al. 2014.

62 RIVM 2019b

63 ZonMw 2016.

4. Welke omstandigheden maken werk (on)gezond?

*Work is generally good for your health and well-being, provided you have 'a good job'.*⁶⁴ Over het geheel genomen wegen de positieve effecten van het hebben van werk zwaarder dan de eventuele schadelijke effecten die werk ook kan hebben. Dit gaat op voor het populatieniveau; voor groepen die te maken hebben met slechte arbeidsomstandigheden of werkdruk zou dit anders kunnen uitpakken.⁶⁵ Onder welke werkomstandigheden lopen werknemers een verhoogd risico om ziek te worden van het werk? Waardoor worden beroepsziekten, werkgerelateerd ziekteverzuim, arbeidsongevallen en een hoge ziektelast vaak veroorzaakt?

Bij het ontstaan van *beroepsziekten* valt op dat psychosociale factoren de grootste categorie van oorzaken vormen en dat deze de laatste jaren zijn toegenomen (zie paragraaf 2). Daarentegen nam het aandeel beroepsziekten door fysische factoren (zoals lawaai, trillingen, straling, kou of warmte) als oorzaak af, en dit gold in mindere mate ook voor beroepsziekten met een fysieke oorzaak, hoewel beide oorzaken nog steeds voor een grote groep beroepsziekten van toepassing zijn. De oorzaak van beroepsziekten is naast werkbelasting vooral gelegen in de sociale werkrelaties, zoals arbeidsconflict, ervaren waardering van het werk en sociale steun.⁶⁶

Ook *ziekteverzuim* heeft vaak de psychosociale arbeidsbelasting als oorzaak. Ruim de helft van het aandeel aan het werk gerelateerde verzuimdagen is hieraan toe te schrijven (paragraaf 2). TNO noemt drie belangrijke oorzaken van ziekteverzuim.⁶⁷ Ten eerste zijn dit factoren als intimidatie, conflicten op het werk en discriminatie. Dit geeft aan hoe belangrijk goede onderlinge relaties op het werk zijn. Ten tweede hangt een hoog ziekteverzuim samen met blootstelling aan emotioneel veeleisend werk of aan werk met weinig autonomie, waarin de werknemer níét zelf kan beslissen over de werkmethode. Ten derde is het ziekteverzuim hoog bij fysieke belasting, bijvoorbeeld regelmatige blootstelling aan een lawaaiige of gevaarlijke werkomgeving, fysiek zwaar werk of werken in een ongemakkelijke houding en werken met gevaarlijke stoffen of gereedschap.

64 Wadell en Burton 2006

65 Harbers en Hoeymans 2013; Waddell en Burton 2006.

66 NCVB 2018.

67 TNO 2016.

Het risico op *arbeidsongevallen* is volgens TNO het grootst voor werknemers die gevaarlijk werk verrichten, maar werknemers die ongewenst gedrag ervaren van collega's, leidinggevendenden of klanten lopen eveneens een verhoogd risico.⁶⁸ De risico's zijn kleiner voor werknemers die in hun werk veel sociale steun of autonomie ervaren. Ook de (ervaren) veiligheidscultuur hangt samen met een kleinere kans op een arbeidsongeval. Bij kleine organisaties gebeuren in verhouding meer arbeidsongevallen dan bij grote organisaties. Dit komt onder andere doordat grote organisaties de verplichtingen omtrent de risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) beter naleven.⁶⁹ Ernstige arbeidsongevallen ontstaan volgens de Inspectie SZW vooral door een gebrek aan communicatie en afstemming, (ervaren) werkdruk, niet adequaat reageren op onverwachte situaties en het ontbreken van toezicht.

De arbeidsrisico's die de hoogste *ziektelast* veroorzaken in Nederland zijn fysieke en psychosociale werkbelasting. Hierna volgen schadelijke stoffen, omgevingstabaksrook en (blijvend letsel) door arbeidsongevallen.⁷⁰

Psychosociale factoren

Het valt op dat psychosociale omstandigheden een grote rol spelen bij ziekte door het werk en dat deze rol alleen maar lijkt toe te nemen. De literatuur (zie kader) onderscheidt werkkenmerken die in dit opzicht gezond of juist ongezond zijn. Hieruit zijn grofweg vier factoren te destilleren die van belang zijn voor gezond werk⁷¹:

- Waardering en beloning

Een goede en eerlijke balans tussen de ervaren inspanningen van een werknemer en de beloning die hier tegenover staat, zijn een belangrijke voorwaarde om werkstress te voorkomen en prestaties te bevorderen. Bij beloning gaat het niet alleen om salaris, maar ook om waardering, baanzekerheid en carrièremogelijkheden. Belangrijke aspecten zijn het zich gewaardeerd voelen op het werk en het gevoel hebben iets te hebben bereikt ('sense of achievement'). Ook is het belangrijk dat werknemers het gevoel hebben dat de procedures binnen de organisatie eerlijk zijn ('procedural fairness'). Het psychologisch contract speelt hierbij eveneens een rol, dat wil zeggen de verwachting die werknemers hebben over een eerlijke verhouding tussen hun inspanningen voor de organisatie en de beloning die hier tegenover staat.⁷²

68

TNO 2016.

69

Inspectie SZW 2018.

70

RIVM 2018.

71

Zie ook Coats 2009.

72

Schaufeli en Bakker 2013.

- Autonomie en zeggenschap

Het belang van autonomie in het werk is een vaak terugkomend aspect in de psychologische theorieën. Mensen hebben een basisbehoefte om (tot op zekere hoogte) zelf invloed uit te oefenen op wat ze doen, in welk tempo en in welke volgorde. Hoge taakeisen in combinatie met weinig regelmogelijkheden leiden tot werkstress. Regelmogelijkheden en controle over de uitvoering van het werk zijn dus belangrijke voorwaarden voor gezond werk. Ook inspraak in de organisatie van het werk, bijvoorbeeld door medezeggenschap, kan hiertoe worden gerekend.

- Sociale relaties

Goede sociale contacten op het werk, sociale ondersteuning door collega's en leidinggevenden en het krijgen van feedback zijn belangrijke voorwaarden voor een gezonde werkomgeving. Ook een gevoel van vertrouwen is te scharen onder 'sociaal kapitaal'. Conflicten op het werk zijn een grote boosdoener als het gaat om de ervaren werkstress.

- Benutting talenten

Werkstress ontstaat wanneer mensen onvoldoende hulpbronnen of persoonlijke mogelijkheden tot hun beschikking hebben om te kunnen voldoen aan de eisen vanuit de werkomgeving. Tegelijkertijd kan onderbenutting van talenten, kennis en vaardigheden leiden tot stress en onderpresteren, evenals een gebrek aan variatie. Persoonlijke ontwikkelingen en nieuwe dingen leren kunnen er ook toe bijdragen dat (potentiële) talenten worden benut.

Enkele psychologische theorieën over de relatie arbeid en gezondheid

Person-Environment Fit Model (P-E Fit Model)

Werkstress ontstaat doordat er een 'misfit' is tussen de persoonlijke behoeften en de hulpbronnen in de werkomgeving, of tussen de persoonlijke mogelijkheden en de eisen vanuit de (werk)omgeving.⁷³ Stress ontstaat volgens deze theorie dus niet uit specifieke werkkenmerken of specifieke persoonskenmerken, maar door een misfit tussen de twee. Het model geeft geen concrete aanwijzingen over wat voor iedereen 'goed werk' is, maar benadrukt dat werkstress het gevolg is van de interactie tussen de werkomgeving en het individu: persoonlijke behoeften, hoe iemand omgaat met problemen en stress, en sociale ondersteuning.

Demand-Control(-Support) Model (DC(S) Model)

Dit model van Karasek en collega's⁷⁴ richt zich op twee uitkomsten: de (on)gezondheid van werknemers als gevolg van stressreacties, zoals psychische vermoeidheid en hart- en vaataandoeningen, en de arbeidsmotivatie en het leergedrag van de werknemer.⁷⁵ Twee werkkenmerken staan hierbij centraal. Ten eerste zijn dit psychologische taakeisen ('psychological job demands'), zoals grote tijdsdruk, hoog werktempo, moeilijk en geestelijk inspannend werk. Ten tweede zijn dit regelmogelijkheden in het werk ('job decision latitude' of 'job control'). Het gaan dan bijvoorbeeld om autonomie in de wijze waarop, het tempo waarin en de volgorde waarin iemand het werk uitvoert. De combinatie waarin deze twee werkkenmerken zich voordoen, bepalen de gevolgen voor de werknemer. Hoge taakeisen in combinatie met weinig regelmogelijkheden leiden tot werkstress, lage taakeisen en weinig regelmogelijkheden resulteren in een afname van de arbeidsactiviteit en in passiviteit, terwijl hoge taakeisen en veel regelmogelijkheden tot persoonlijke groei en leermogelijkheden leiden. Het model is later uitgebreid met een derde werkkenmerk: sociale ondersteuning op het werk.

Vitaminemodel

Dit model vergelijkt de invloed van werkkenmerken met de werking van vitamines op de lichamelijke gezondheid.⁷⁶ Mensen hebben een natuurlijke behoefte aan bepaalde 'arbeidsvitaminen'. Sommige vitamines zijn goed voor de gezondheid, maar kunnen schadelijk zijn bij een overdosis. Dit geldt voor prestatie-eisen/werkdruk, afwisseling in het werk, duidelijkheid, regelmogelijkheden/autonomie, gebruik van vaardigheden en interpersoonlijk contact/sociale ondersteuning/feedback. Zo leidt een teveel aan prestatie-eisen tot werkstress, en een teveel aan afwisseling tot een verminderde concentratie en prestatie. Andere werkkenmerken leiden niet tot een overdosis, al zwakt het effect ervan af naarmate je er meer van krijgt. Dit geldt voor beloning/salaris, veiligheid en sociale waardering/betekenisvolheid.

Effort-Reward Imbalance Model (ERI Model)

Werkstress wordt volgens het model veroorzaakt door een disbalans tussen de verhouding van inspanningen (*efforts*) en beloning (*rewards*).⁷⁷

74 Karasek 1979; Karasek en Theorell 1990, 1996.

75 De Jonge et al. 2013.

76 Warr 1987, 2007; De Jonge et al. 2013; De Jonge, Schaufeli en Furda 1995.

77 Siegrist 1996.

Bij beloning gaat het niet alleen om salaris, maar bijvoorbeeld ook om waardering, baanzekerheid en carrièremogelijkheden. Als werknemers het gevoel hebben dat de beloning niet in balans is met de inspanning, dan zal dit leiden tot werkstress en een negatief effect hebben op de gezondheid. Het model besteedt hiernaast aandacht aan de interactie met persoonskenmerken. Werknemers met een grote betrokkenheid bij het werk ('overcommitment') zullen eerder een disbalans ervaren.

Job Demands-Resources Model (JD-R model)

Werkstress ontstaat door een disbalans tussen energiebronnen, ofwel beschikbare mogelijkheden in het werk (resources) en werkeisen, ofwel te leveren inspanningen (*job demands*).⁷⁸ Voorbeelden van hoge werkeisen zijn een hoge werkdruk en emotioneel veeleisende klanten. Voorbeelden van energiebronnen zijn steun van collega's en loopbaanmogelijkheden. Wanneer iemand onvoldoende hulpbronnen heeft om de stressoren het hoofd te kunnen bieden, kan werkstress ontstaan. Het theoretisch model vult de energiebronnen en de werkeisen niet concreet in; deze kunnen verschillen van baan tot baan.

Demand-Induced Strain Compensation Model (DISC model)

Ook dit model gaat uit van de balans tussen taakeisen en hulpbronnen.⁷⁹ Het maakt hierbij echter specifiek onderscheid tussen drie dimensies voor zowel de werkeisen, de hulpbronnen alsook het herstel van het werk: mentaal, emotioneel en fysiek (ook wel Hoofd-Hart-Hand genoemd).

Motivationale theorie/self-determination theory

Deze theorie gaat uit van drie natuurlijke basisbehoeften van mensen: autonomie (de vrijheid om een activiteit naar eigen inzicht in te vullen, een zekere mate van zelfstandigheid), gevoel van competentie (vertrouwen in het eigen kunnen, beheersing ervaren) en sociale verbondenheid (verbondenheid met de omgeving en vertrouwen hebben in anderen). Het voldoen aan deze behoeften is een voorwaarde voor motivatie en werkprestaties.⁸⁰

Bron: De Jonge et al. 2013; Schaufeli en Bakker 2013.

78 Demerouti et al. 2001; Schaufeli en Bakker 2004; Bakker et al. 2004; Schaufeli en Taris 2013.

79 De Jonge en Dormann 2003, 2006.

80 Deci en Ryan 1985, 2000.

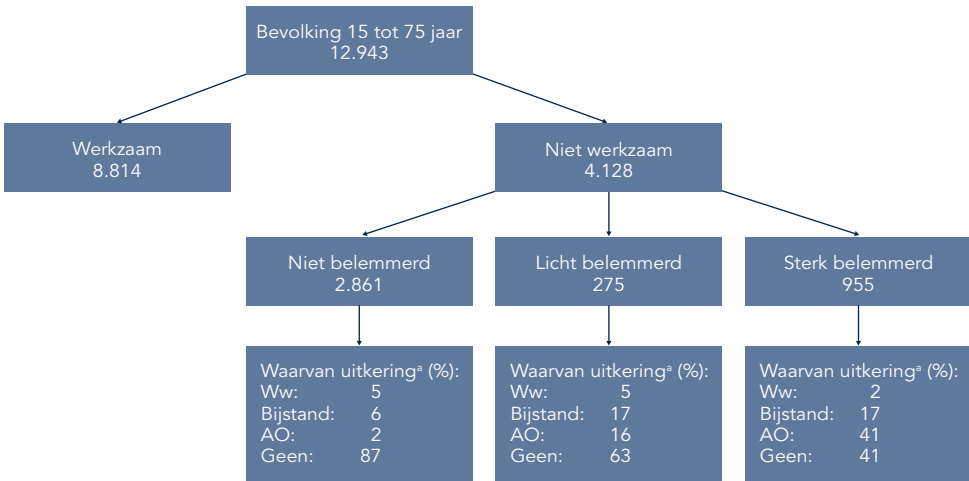
5. Wat is de invloed van gezondheidsbeperkingen op de arbeidsdeelname?

In een meritocratische samenleving kunnen mensen op basis van eigen verdienste en hard werk een betere sociale en economische positie bereiken. Maar als je gezondheid je in de steek laat, hoe liggen dan je kansen? Welke invloed hebben gezondheidsbeperkingen in Nederland op je positie op de arbeidsmarkt?

Nederland kenmerkt zich in het algemeen door een hoge arbeidsdeelname; in vergelijking met andere Europese landen hebben veel mensen betaald werk. Vooral de participatie van mensen zonder langdurige aandoening behoort tot de hoogste binnen Europa. Met betrekking tot de arbeidsdeelname van mensen mét een langdurige aandoening daarentegen loopt Nederland niet voorop, maar behoren we in Europa tot de middencategorie. Mensen met een gezondheidsbeperking hebben in het algemeen een lagere arbeidsdeelname dan mensen zonder een beperking. Nederland valt echter vooral op door het grote verschil in arbeidsdeelname van mensen met en zonder een gezondheidsbeperking. De arbeidsdeelname van mensen met een gezondheidsbeperking blijft achter.⁸¹

Van de ruim 4 miljoen niet-werkenden in Nederland in de leeftijd van 15 tot 75 jaar geeft bijna een derde aan dat zij zich door gezondheidsproblemen belemmerd voelen bij het verkrijgen van werk (figuur 1).⁸² Dit zijn in totaal 1,2 miljoen personen. Van de niet-werkenden ervaart 23 procent een sterke en 7 procent een lichte gezondheidsbelemmering bij het verkrijgen van werk. Zij geven aan als gevolg van een langdurige ziekte, aandoening of handicap te worden belemmerd bij het verkrijgen van werk. Van de personen met een sterke belemmering krijgt ongeveer vier op de tien een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Deze groep krijgt vaker dan de niet-werkenden zonder belemmering een bijstands- of werkloosheidsuitkering. In totaal krijgt ongeveer zes op de tien van de sterk belemmerden een uitkering.

Figuur 1 Arbeidsbelemmering van niet-werkenden, 2018, in aantallen (x 1.000) en procenten



a Een persoon kan gelijktijdig aanspraak maken op een uitkering voor werkloosheid (WW), bijstand of arbeidsongeschiktheid (AO). Hierdoor telt de som niet op tot 100 procent.

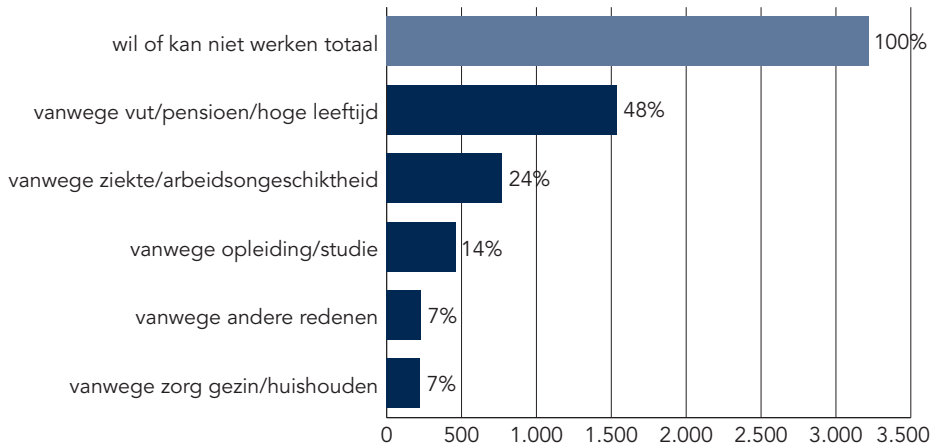
Bron: CBS 2019a.

Van degenen in Nederland in de leeftijd van 15 tot 75 jaar die geen betaald werk hebben, zegt een deel niet te willen of kunnen werken. Deze groep omvat ruim 3 miljoen personen in 2018 (figuur 2). Bijna een kwart (24 procent; dit zijn ruim 700.000 personen) geeft ziekte of arbeidsongeschiktheid als belangrijkste reden hiervoor.⁸³ Dit is meer dan bijvoorbeeld het aandeel dat niet wil werken vanwege zorgtaken (7 procent), of opleiding en studie (14 procent). Pensioen of hoge leeftijd is de meest genoemde reden om niet te willen of kunnen werken (48 procent). In 2016 koppelde het CBS deze informatie ook aan het ontvangen van een uitkering voor ziekte of arbeidsongeschiktheid.⁸⁴ Van de mensen die aangeven niet te willen of kunnen werken door ziekte of handicap, heeft ongeveer de helft een arbeidsongeschiktheidsuitkering (52 procent). Ook heeft een vrij grote groep (20 procent) een bijstandsuitkering en een deel (28 procent) ontvangt geen uitkering.

83 CBS 2019b.

84 CBS 2017.

Figuur 2 Redenen om niet te willen of kunnen werken, niet-werkzame bevolking van 15 tot 75 jaar, 2018, in aantallen (x 1.000) en procenten



Bron: CBS 2019b.

De arbeidsmarktpositie van mensen met een arbeidsbeperking is minder gunstig dan die van mensen zonder arbeidsbeperking.⁸⁵ De arbeidsdeelname van mensen met een arbeidsbeperking is lager dan die van mensen zonder arbeidsbeperking en zij werken gemiddeld ook minder uren, vooral omdat zij minder vaak een voltijdsbaan hebben. Ook is de kans op werkloosheid voor mensen met een arbeidsbeperking groter en zijn zij vaker afhankelijk van een uitkering. Dit betreft niet alleen arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, maar ook bijstands- of werkloosheidsuitkeringen. Voor werknemers met een tijdelijk contract lijken gezondheidsproblemen nog risicovoller dan voor werknemers met een contract voor onbepaalde tijd, al moeten deze resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat zij zijn gebaseerd op beperkte data. Werknemers die in een bepaald jaar een als minder goed ervaren gezondheid of een arbeidshandicap hebben, zijn twee jaar later relatief vaak uitgestroomd uit loondienst. Dit geldt voor vaste werknemers. Voor tijdelijke werknemers zijn de verschillen in uitstroom tussen gezonde en minder gezonde werknemers nog wat groter. Tot slot blijken mensen met een zichtbare aandoening of beperking vaker het idee te hebben dat ze minder kansen krijgen op ontwikkelingsmogelijkheden, zoals promotie, opleiding en inkomensgroei dan collega's met een vergelijkbare opleiding en ervaring.

Werkgevers spelen vanzelfsprekend een belangrijke rol bij het aannemen en in dienst houden van mensen met een arbeidsbeperking. Uit een vignetstudie, waarin werkgevers een aantal keuzemogelijkheden krijgen voorgelegd, blijkt dat gezondheid een belangrijk criterium is bij de keuze om een werknemer te behouden of een vast contract aan te bieden. Gezondheid speelt hierbij een belangrijker rol dan bijvoorbeeld leeftijd of uitstekend functioneren.⁸⁶ Sociale partners en het toenmalige kabinet spraken in het sociaal akkoord van 2013 af om meer banen te creëren voor mensen met een arbeidsbeperking. Dit heeft betrekking op een specifieke groep mensen met een arbeidsbeperking, met name degenen die door hun beperking niet zelfstandig in staat zijn het minimumloon te verdienen. Onderzoek onder werkgevers laat zien dat bijna 70 procent van de werkgevers zich (enigszins) verantwoordelijk voelt om mensen met een arbeidsbeperking in dienst te nemen.⁸⁷ Het aandeel werkgevers dat dit daadwerkelijk van plan is, is echter veel lager (11 procent). De meest genoemde reden is dat er geen geschikte functies zijn of dat er geen capaciteit is voor begeleiding. Vaak zijn er aanpassingen nodig om mensen uit deze doelgroep te plaatsen en weten werkgevers deze in de praktijk niet altijd te realiseren.

6. Tot slot

Mensen kunnen ziek worden van een gebrek aan werk. Werklozen hebben gemiddeld een slechtere gezondheid en een lagere kwaliteit van leven dan mensen met betaald werk. Dit komt niet alleen doordat minder gezonde mensen vaker werkloos worden, ook het omgekeerde gaat op: werkloosheid schaadt het welbevinden. Dit geldt voor de psychische of mentale gezondheid. De effecten van werk op de lichamelijke gezondheid komen uit onderzoek minder duidelijk naar voren. Mogelijk hebben de negatieve gevolgen van niet-werken te maken met de sociale waardering en de status die betaald werk in onze samenleving krijgt. Hoe centraler de rol van betaalde arbeid in de samenleving, hoe groter de gevolgen als mensen niet kunnen meedoen op de arbeidsmarkt.

Werk kan mensen echter ook ziek maken. Beroepsziekten kunnen zich voordoen tijdens het werkzame leven, én daarna. Bijna de helft van de verzuimdagen van werknemers heeft een aan het werk gerelateerde oorzaak. Het aantal ernstige arbeidsongevallen neemt de laatste jaren toe. Van de totale ziektelast in Nederland is bijna 5 procent toe te schrijven aan ongunstige arbeidsomstandigheden. Hoewel dit minder is dan voor roken (9 procent) of ongezonde voeding (8 procent), is het aandeel niet verwaarloosbaar. Bovendien is het risico groter voor personen met een lage sociaaleconomische status. Het is in dit kader opvallend dat onderzoek naar sociaaleconomische gezondheidsverschillen zich veelal richt op leefstijlgewoonten en gezondheidsgedrag, zoals voeding, bewegen en roken⁸⁸, terwijl de invloed van ongunstige arbeidsomstandigheden hierbij veelal buiten beschouwing blijft.

Psychosociale arbeidsbelasting is een van de belangrijkste oorzaken van verzuim en dit lijkt de laatste jaren alleen maar toe te nemen. De Inspectie SZW concludeert dan ook: “Na een eeuw waarin verbetering vooral werd gezocht in het veiliger maken van machines en het borgen van arbeidsveiligheid in arbozorgsystemen, is het nu tijd om ook gedrag en cultuur op de werkvloer aan te pakken.”⁸⁹ Technologisering en robotisering hebben ervoor gezorgd dat steeds minder werknemers te maken hebben met lichamelijk zwaar werk. Nu blijken vooral sociale aspecten en onderlinge verhoudingen van belang om gezond werk te bewerkstelligen. Zaken als waardering en beloning, autonomie en zeggenschap,

88

Broeders et al. 2018; André et al. 2018.

89

Inspectie SZW 2018: 1.

de kwaliteit van sociale relaties en de benutting van talenten zijn bepalend voor een gezonde werkomgeving. Werkgevers hebben hierbij ook een verantwoordelijkheid, maar het is niet altijd eenvoudig deze zaken aan te pakken. Werkgevers ervaren het beheersen van de werkdruk als een van de grootste knelpunten in het personeelsbeleid.⁹⁰ Bovendien lijken werkgevers relatief veel moeite te hebben met de aanpak van de psychosociale arbeidsbelasting.⁹¹

Werk heeft niet alleen invloed op de gezondheid, ook het omgekeerde gaat op. Voor veel mensen is een slechte gezondheid een belemmering om deel te nemen op de arbeidsmarkt. De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor de arbeidsdeelname van mensen met een gezondheidsbeperking, met name door de banenafspraken uit het sociaal akkoord van 2013. Niettemin blijkt voor veel mensen – ook degenen die niet in aanmerking komen voor een indicatie banenafpraak – dat gezondheid een reden is om niet te werken. Van de niet-werkenden in Nederland in de leeftijd van 15 tot 75 jaar die aangeven niet te kunnen of willen werken (ruim 3 miljoen personen), geeft bijna een kwart ziekte of arbeidsongeschiktheid als belangrijkste reden hiervoor. Dit is meer dan het aandeel dat niet wil werken wegens zorgtaken of het volgen van een opleiding. De banenafspraken zal voor het merendeel van deze groep geen soelaas bieden. Wil de overheid het onbenut arbeidspotentieel in Nederland verder benutten, dan zal ze meer aandacht moeten hebben voor de brede groep mensen voor wie de deelname op de arbeidsmarkt door hun gezondheid wordt belemmerd.

Literatuur

- Aa, P. van der, J. Anschutz en S. Jagmohansingh (2014) *Bouwstenen voor evaluatie. Literatuurverkenning naar plausibele uitkomsten van het programma Maatschappelijke Inspanning*, Rotterdam: Onderzoek en Business Intelligence.
- Achterhuis, H. (1984) *Arbeid, een eigenaardig medicijn*, Baarn: Ambo.
- André, S., G. Kraaykamp en R. Meuleman (2018) *Een (on)gezonde leefstijl. Opleiding als scheidslijn*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bakker, A.B., E. Demerouti en W. Verbeke (2004) 'Using the job demands-resources model to predict burnout and performance', *Human Resource Management*, jg. 43, nr. 1: 83-104.
- Becker, G. (1964) *Human capital, a theoretical and empirical analysis, with special reference to education*, Chicago: University of Chicago Press.
- Beer, P. de (1999). 'Wat is het nut van werken?', *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, jg. 26, nr. 1: 25-57.
- Beer, P. de (2001a) *Over werken in de postindustriële samenleving*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Beer, P. de (2001b) *Werk, een uitgewerkt medicijn? Arbeidsparticipatie, welvaart en ongelijkheid in de postindustriële samenleving*, Nijmegen: SUN.
- Boot, J.M.D. (2001) *Inleiding in de medische sociologie*, Assen: Van Gorcum.
- Botton, A. de (2009) *Ode aan de arbeid*, Amsterdam/Antwerpen: Atlas.
- Breedveld, K. en A. van de Broek (2004) *De veeleisende samenleving. De sociaal-culturele context van psychische vermoeidheid*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Broeders, D.W.J., H.D. Das, R.P.W. Jennissen, W.L. Tiemeijer en M. de Visser (2018) *Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*, WRR-Policy Brief 7, Den Haag: WRR.
- Carlier, B.E., M. Schuring en A. Burdorf (2017) 'Influence of an interdisciplinary re-employment programme among unemployed persons with mental health problems on health, social participation and paid employment', *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28 (6): 147-157.
- Casiday, R. (2015) *Volunteering and health: what impact does it really have?*, verkregen mei 2018 van https://www.researchgate.net/publication/228628782_Volunteering_and_Health_What_Impact_Does_It_Really_Have
- CBS (2017) 'Helpt niet-werkenden met uitkering kan/wil niet werken', verkregen 26 februari via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/40/helpt-niet-werkenden-met-uitkering-kan-wil-niet-werken>
- CBS (2019a) *Statistische trends. Belemmerd bij het verkrijgen van werk*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

- CBS (2019b) Statline. Arbeidsdeelname; binding met de arbeidsmarkt, verkregen oktober 2019 via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82922NED/table?dl=1E2DD>
- Coats, D. (2009) *Advancing opportunity: The future of good work*. Londen: The Smith Institute.
- Conen, W. en P. de Beer (2017). *The value of work in a changing labour market: a review and research agenda*, paper gepresenteerd op de Nederlandse Arbeidsmarktdag 2017
- Deci, E.L. en R.M. Ryan (1985) *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, New York: Plenum.
- Deci, E.L. en R.M. Ryan (2000) 'The what and why of goal pursuits: Human needs and the selfdetermination of behavior', *Psychological Inquiry*, jg. 11, nr. 4: 227-268.
- Demerouti, E., A.B. Bakker, F. Nachreiner en W.B. Schaufeli (2001) 'The job demands-resources model of burnout', *Journal of applied psychology*, jg. 86, nr. 3: 499-512.
- Detollenaere, J., S. Willems en S. Baert (2017) 'Volunteering, income and health', *Plos one* 12(3): e0173139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173139>
- Doorne-Huiskes, A. van, R. Römken, J. Schippers en A. Wiersma (2017) *Van privéprobleem tot overheidszorg: emancipatiebeleid in Nederland*, Zoetermeer: Lectureum.
- Echtelt, P. van (2010) *Een baanloos bestaan. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Echtelt, P. van (2011) 'Maakt werk gelukkig? Tevredenheid van werkenden, werklozen en arbeidsongeschikten', *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 27 (2).
- Echtelt, P. van (2012) 'Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in internationaal perspectief', blz. 84-104 in M. Versantvoort en P. van Echtelt (red.) *Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Echtelt, P. van (red.) (2014) *Burn-out: verbanden tussen emotionele uitputting, arbeidsmarktpositie en Het Nieuwe Werken*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Echtelt, P. van (2016) 'Arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen zonder arbeidsongeschiktheidsuitkering', blz. 69-08 in M. Versantvoort en P. van Echtelt (2016) *Beperkt in functie. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Echtelt, P. van, L. Putman en M. de Voogd-Hamelink (2019) *Arbeidsmarkt in kaart: werkgevers – editie 2*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Elshout, J. (2016) *Roep om respect. Ervaringen van werklozen in een meritocratiserende samenleving*, Amsterdam: Stichting de driehoek.
- Eysink, P.E.D, S. Dekkers, P. Janssen, M.J.J.C. Poos, M. van der Noordt en S.M. Meijer (2014) *Ziektelast van ongunstige arbeidsomstandigheden in Nederland, RIVM Rapport 270231002/2014*, Bilthoven: RIVM.
- Frey, B.S. en A. Stutzer (2002) *Happiness and economics. How the economy and institutions affect well-being*, Princeton/Oxford: Princeton University Press.
- Gemeente Rotterdam (2017) *Effecten van de tegenprestatie in Rotterdam*, verkregen in mei 2018 van www.rotterdam.nl/onderzoek
- Harbers, M.M. en N. Hoeymans (red.)(2013) *Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*, Bilthoven: RIVM.
- Houtman, I. en K. Kraan (2016) ‘Verzuimbeleid tijdens recessiejaren: het werkgeversperspectief’, blz. 99-129 in M. Versantvoort en P. van Echtelt (2016) *Beperkt in functie. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Inspectie SZW (2017) *Staat van ernstige arbeidsongevallen*, Den Haag: Inspectie SZW.
- Inspectie SZW (2018) *Staat van arbeidsveiligheid*, Den Haag: Inspectie SZW.
- Inspectie SZW (2019) *Inspectie SZW roept bedrijven op meer te investeren in veiligheidscultuur*, verkregen oktober 2019 via <https://www.inspectieszw.nl/actueel/nieuws/2019/02/26/inspectie-szw-roept-bedrijven-op-meer-te-investeren-in-veiligheidscultuur>
- Jahoda, M. (1979) ‘The impact of unemployment in the 1930’s and the 1970’s’, *Bulletin of the British Psychological Society*, jg. 32, nr. 2: 309-314.
- Jahoda, M. (1982) *Employment and unemployment*, Cambridge: University Press.
- Jahoda, M., P.F. Lazarsfeld en H. Zeisel (1933) Marienthal. *The sociography of an unemployed community* [English translation, 1971], Chicago: Aldine.
- Jonge, J. de en C. Dormann (2003) ‘The DISC Model: Demand-Induced Strain Compensation mechanisms in job stress’, blz. 43-74 in M.F. Dollard, A.H. Winefield en H.R. Winefield (Eds.) *Occupational stress in the service professions*, London: Taylor and Francis.
- Jonge, J. de en C. Dormann (2006) ‘Stressors, resources, and strain at work: A longitudinal test of the triple-match principle’, *Journal of Applied Psychology*, 91: 1359-1374.
- Jonge, J. de, W.B. Schaufeli en J.Furda (1995) ‘Werkkenmerken: psychologische arbeidsvitamines?’, *Gedrag en Organisatie*, 8(4): 231-248.
- Jonge, J. de, P. Le Blanc en W. Schaufeli (2013), ‘Theoretische modellen over werkstress’, blz. 23-46 in W. Schaufeli en A. Bakker (red.)(2013) *De psychologie van arbeid en gezondheid*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Kalshoven, F. (2016) 'De causaliteit bij ziekte en werk', *De Volkskrant*, 18 juni 2016.
- Kampen, T., J. Elshout en E. Tonkens (2013) 'The Fragility of Self-Respect: Emotional Labour of Workfare Volunteering', *Social Policy and Society*, 3: 427-428.
- Kant, IJ. (2010) *Van hard werken is nog nooit iemand doodgegaan*, Maastricht: Maastricht University.
- Karasek Jr, R.A. (1979) 'Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign', *Administrative science quarterly*, Vol. 24, No. 2: 285-308.
- Karasek, R. en T. Theorell (1990) *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, New York: Basic Books.
- Kenniscentrum UWV (2011) *UWV Kennisverslag 2011-II*, Amsterdam: Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen.
- King, H., J.J. Jackson, N. Morrow-Howell en T.F. Oltmanns (2015) 'Personality accounts for the connection between volunteering and health', *Journals of gerontology: psychological sciences*, 70 (5): 691-697.
- NVCB (2018) *Beroepsziekten in cijfers 2018*, Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.
- Noordt, M. van der, H. IJzelenberg, M. Droomers en K. Proper (2014) 'Health effects of employment: a systematic review of prospective studies', *Occupational and environmental medicine*, 71(10): 730-736.
- OECD (2018) *Good jobs for all in a changing world of work: The OECD jobs strategy*, Parijs: OECD Publishing.
- RIVM (2018) *Arbeidsomstandigheden*, verkregen maart 2018 via http://www.eengezondnederland.nl/Heden_en_verleden/Determinanten/Arbeidsomstandigheden
- RIVM (2019a) *Beroepsziekten: cijfers en context*, verkregen oktober 2019 via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/beroepsziekten>
- RIVM (2019b) *Ziektebelasting in DALY's. Bijdrage risicofactoren*, verkregen oktober 2019 via: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ziektebelasting-dalys-0/bijdrage-risicofactoren>
- RIVM (2019c) *Trend in oorzaken van arbeidsongeschiktheid*, verkregen via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/arbeidsongeschiktheid/cijfers-context/trends#node-trend-oorzaken-van-arbeidsongeschiktheid>
- RIVM (2019d) *Ziekteverzuim. Cijfers en Context*, verkregen oktober 2019 via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ziekteverzuim>
- Schaufeli, W.B. en A.B. Bakker (2004) 'Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study', *Journal of organizational behaviour*, jg. 25, nr. 3: 293-315.
- Schaufeli, W. en A. Bakker (red.) (2013) *De psychologie van arbeid en gezondheid*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Schaufeli, W.B. en T. Taris (2013) 'Het Job Demands-Resources Model: Overzicht en kritische beschouwing', *Gedrag en Organisatie*, jg. 26, nr. 2: 182-204.
- Schuring, M. (2010) *The role of health and health promotion in labour force participation*, proefschrift, Rotterdam: Erasmus University Medical Centre.
- Schuring, M., J. Mackenbach, A.J. Voorham en A. Burdorf (2011a) 'The effect of re-employment on perceived health', *Journal of Epidemiology and Community Health*, jg. 65, nr. 7: 639-644.
- Schuring, M., F.A. Reijenga, B. Carlier en A. Burdorf (2011b) *Gezondheidsbeleving van werklozen: wat is bekend en wat zijn witte vlekken?*, Rotterdam/Leiden: Erasmus Medisch Centrum/ASTri Beleidsonderzoek en -advies.
- SER (2014) *Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg*, advies 14/07, Den Haag: Sociaal Economische Raad.
- Siegrist, J. (1996) 'Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work', *Journal of Occupational Health Psychology*, jg. 1, nr. 1: 27-41.
- Smith, S.W. (1994) *Labour economics*, London: Routledge.
- Theorell, T. en R.A. Karasek (1996) 'Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research', *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1): 9-26.
- TNO (2012) *Arbopalans 2011. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*, Hoofddorp: TNO.
- TNO (2016) *Arbopalans 2016. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*, Leiden: TNO.
- TNO (2018) *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2017. Methodologie en globale resultaten*, Leiden: TNO.
- TNO (2019a) *Arbopalans 2018. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*, Leiden: TNO.
- TNO (2019b) *NEA Benchmarkmarktool*, verkregen oktober 2019 van <http://www.monitorarbeid.tno.nl/cijfers/nea-benchmarktool>
- Versantvoort, M. en P. van Echtelt (2016) *Beperkt in functie. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vrooman, C., M. Gijsberts en J. Boelhouwer (red.) (2014) *Verschil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wadell, G. en K. Burton (2006) *Is work good for your health and well-being?*, London: TSO. Verkregen 8 mei 2018 via <http://iedereen-aandeslag.nl/wp-content/uploads/2016/07/hwwb-is-work-good-for-you.pdf>
- Warr, P. (1987) *Work, Unemployment, and Mental Health*, Oxford: Clarendon Press.

- Warr, P. (2007) *Work, happiness, and unhappiness*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Willigen, M. van (2000) 'Differential benefits of volunteering across the life course', *Journal of Gerontology*, 55B (5): s308-s318.
- Witte, H. de (1993) 'Gevolgen van langdurige werkloosheid voor het psychisch welzijn. Overzicht van de onderzoeksliteratuur', *Psychologica Belgica*, jg. 33, nr. 1: 1-35.
- WRR (2013) *Naar een lerende economie. Investeren in het verdienvermogen van Nederland*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- ZonMw (2016) *Kenissynthese Werk(en) is Gezond*, verkregen mei 2018 van https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Preventie/Gezond_werken/Kenissynthese_Werk_en_is_gezond_eindrapport.pdf

Werk, zaligmakend of ziekmakend?

De relatie tussen arbeid
en gezondheid

WRR

