

Publieke gezondheid

Achtergrondstudies

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

Zoetermeer, 2006

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 340 50 60

Fax 070 340 75 75

E-mail mail@rvz.net

URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag

Fotografie: Eric de Vries

Druk: Quantas, Rijswijk

Uitgave: 2006

ISBN-10 90-5732-175-0

ISBN-13 978-90-5732-175-7

*U kunt deze publicatie bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net)
of telefonisch bij de RVZ (079 368 73 11) onder vermelding van
publicatienummer 06/11.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

Scan volksgezondheidproblemen	5
De invloed van gezondheid op vervroegde uittreding uit het arbeidsproces Dr. A. Burdorf, Prof. dr. J.P. Mackenbach	35
Overgewicht bij kinderen Drs. I. Wallenburg	75
Werken als medicijn Drs. M.P.M. Bekker	125
Preventie van vallen bij ouderen J.B. Drewes, arts	233
‘Fijn stof’ in de buitenlucht M.G. Wats, arts Drs. A.E.M. de Hollander	257
Lijst van afkortingen	297
Overzicht publicaties RVZ	301

Scan volksgezondheidsproblemen

1 Wat is het doel van de scan?

In het plan van aanpak voor het advies Publieke gezondheid formuleert de RVZ drie vragen die leidend zijn bij de adviesvoorbereiding. De eerste vraag luidt:

1. *Wat zijn de grote volksgezondheidsproblemen voor de komende decennia? Bij de beantwoording van deze vraag moeten ook de consequenties van deze problemen op de gezondheid van de bevolking, voor de economie en voor de arbeids(on)geschiktheid en een langer arbeidszaam leven duidelijk worden.*

Volgens het plan van aanpak zal deze vraag beantwoord worden door een korte scan te doen van de grote hoeveelheid informatie die al beschikbaar is. Deze inventarisatie en analyse van de aanwezige kennis geven inzicht in de volksgezondheidsproblemen (en de effectiviteit) van het huidige beleid. Hoofdstuk 3 van dit document geeft een samenvatting van de belangrijkste problemen per doelgroep. Dit is gebaseerd op een vijftal werkdocumenten van de RVZ. Daarmee kan de eerste vraag van het departement beantwoord worden.

De scan heeft echter nog een tweede functie. Hij dient ook als basis voor het selecteren van vier exemplarische problemen. Deze problemen worden in het advies als leidraad gebruikt voor de beantwoording van de tweede en derde vraag van het advies.

2. *Waarom is het vaak zo moeilijk gebleken om volksgezondheidsproblemen aan te pakken?*
3. *Welke beleidsstrategie is aangewezen om deze problemen wel effectief te adresseren?*

De selectie van exemplarische problemen is een belangrijk onderdeel van de adviesvoorbereiding. De problemen moeten namelijk een voorbeeldfunctie vervullen en geschikt zijn voor de beantwoording van de vragen van het departement. De selectie moet een beeld geven van de typen problemen die nu en in de komende decennia spelen en het daarbij behorende beleid. In hoofdstuk 4 van dit document doet de projectgroep een voorstel voor deze selectie.

2 Hoe is de scan opgebouwd?

Deze scan geeft een overzicht van de grote volksgezondheidsproblemen van de komende decennia. Deze volksgezondheidsproblemen zijn in vijf afzonderlijke werkdocumenten onder de loep genomen. In eerste instantie is een algemeen overzicht gemaakt van de volksgezondheidsproblemen en de impact die deze hebben op de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Hiermee wordt het grote beeld geschetst. Vervolgens heeft de projectgroep per doelgroep geanalyseerd welke grote problemen voor die specifieke groep relevant zijn. De groepen zijn jeugd, arbeidsproductieve bevolking en ouderen. Als laatste is gekeken naar een aantal belangrijke gezondheidsdeterminanten in de fysieke en sociale omgeving van burgers. Voorbeelden daarvan zijn het ‘fijn stof’ probleem en sociaal economische status. Hoofdstuk 3 van dit document geeft een samenvatting van de informatie uit de werkdocumenten.

Zoals gezegd worden de volksgezondheidsproblemen behandeld per doelgroep. Voor deze indeling is gekozen om een tweetal redenen. Ten eerste heeft elke doelgroep zijn eigen soort problemen en ook zijn eigen benadering en beleid. Ten tweede, en dat houdt verband met de vraag van VWS naar agendering, verschillende settingen en de betrokken derde instanties per doelgroep. Zo zal het voorkomen en het aanpakken van accidentele val bij ouderen vooral om inzet van de curatieve sector, de GGD'en en de gemeenten vragen. De aanpak van het probleem heeft effect op de kosten van de cure. Voorkómen en aanpakken van depressie bij de arbeidsproductieve bevolking daarentegen zal naast de huisarts ook inzet van het bedrijfsleven vragen en komt vooral ten goede aan de arbeidsproductiviteit.

Bij alle analyses is uitgegaan van een tamelijk brede definitie van ‘publieke gezondheid’, verder af te korten als PG. Een eerste proeve van definiëring van dit nieuwe begrip is te vinden in de bijlage bij het hoofdadvies. In deze scan zal bij de selectie het begrip ‘vatbaar voor preventieve interventies’ worden gebruikt.

De belangrijkste bronnen zijn de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2006 (VTV), het Nationaal Kompas, het CBS en het SCP. Daarnaast is de meest relevante internationale literatuur bestudeerd en is een beperkt aantal gesprekken met deskundigen gevoerd. Het eindresultaat is een scan. Het is dus geen uitputtend overzicht.

De informatie in hoofdstuk 3 is langs deze criteria geordend en biedt zo de basis voor de selectie van voorbeeldproblemen in hoofdstuk 4. De criteria voor deze selectie zijn:

- De omvang van het probleem en van de mogelijk te boeken gezondheidswinst.
- De mogelijke bijdrage van preventie aan de aanpak van het probleem. Bij de aanpak van sommige problemen spelen wellicht andere departementen een veel belangrijkere rol.
- Een eerste inschatting van het effect op de arbeidsproductiviteit, de kosten van cure en care, en de sociale zekerheid, mede in verband met een vruchtbare maatschappelijke agendering.
- De diversiteit van de risicofactoren en van de geëigende schaalgrootte, afgemeten aan de omvang en samenstelling van de doel- of risicogroep en het belang van lokale, landelijke en internationale componenten bij het ontstaan en/of het oplossen van het probleem.
- De inschatting van de haalbaarheid van verbeteringen, waarbij VWS ook zoekt naar 'quick wins' ten behoeve van de maatschappelijke agendering.

Het is niet mogelijk gebleken om informatie op al deze onderdelen te verzamelen. Vooral informatie over de impact op resultaatgebieden en inzicht in de haalbaarheid zijn niet altijd beschikbaar. Wat betreft het laatste selectie criterium is gebleken dat er in het algemeen veel quick wins mogelijk zijn. ZonMw heeft in zijn reeks 'Parels van preventie' een groot aantal suggesties gedaan.

3 Wat zijn de belangrijkste volksgezondheidsproblemen per doelgroep?

In dit hoofdstuk wordt een korte samenvatting van de grootste volksgezondheidsproblemen per doelgroep gegeven.

3.1 Voor de bevolking als geheel?

Er is een aantal manieren om naar de grote volksgezondheidsproblemen te kijken. Indien gekeken wordt naar *sterfte* blijken coronaire hartziekten (CHZ), beroerte en longkanker (met name bij vrouwen) de belangrijkste doodsoorzaken. Verkeersongevallen, suïcide en borstkanker veroorzaken sterfte bij jongere mensen. Bij kinderen gaat het naast perinatale sterfte ook om aangeboren afwijkingen en ongelukken.

Indien het verlies van *kwaliteit van leven* als maat genomen wordt staan angststoornissen, coronaire hartziekten en depressie bovenaan. De grootste *ziektelast* (DALY's) veroorzaken CHZ, angststoornissen, beroerte en depressie. Ook alcoholafhankelijkheid en diabetes mellitus scoren hoog.

De ontwikkelingen in de toekomst kunnen ten dele afgeleid worden uit bestaande *trends*. De incidentie en prevalentie van astma, COPD (vrouwen), depressie en angststoornissen en diabetes mellitus stijgen sterk. Indien de trend voor sterfte wordt bekeken, valt op dat longkanker en borstkanker (beide bij vrouwen) en huidkanker sterk stijgen.

Het is ook mogelijk om niet de ziekte maar *de risicofactoren* als invalshoek te nemen. Roken blijkt nog steeds op afstand bovenaan te staan als grootste veroorzaker van sterfte en verlies aan DALY's. Roken wordt gevolgd door hoge bloeddruk en overgewicht. Ook alcoholgebruik scoort hoog. Om inzicht te krijgen in de relevantie voor de toekomst van een risicofactor en de noodzaak voor interventie in te kunnen schatten, is de trend belangrijk.

- Voor roken geldt dat na een langdurige daling van het percentage rokers (vooral bij mannen) en een stabilisatie in de negentiger jaren, het percentage rokers de laatste jaren langzaam verder is gedaald van circa 33% (jaren negentig) naar 28% in 2004 (STIVORO volwassenen). De daling geldt voor de meeste leeftijdsgroepen. Vooral onder vrouwen van 20 tot 35 jaar en onder mannen van 65 jaar en ouder is het percentage rokers tussen 1980 en 2004 sterk gedaald. De aanvankelijke lichte stijging sinds 1991 in het percentage rokers onder jongeren lijkt na 1995/1996 niet meer door te zetten en zelfs iets af te nemen over de periode 2002-2004.

- Het totale alcoholgebruik per hoofd van de bevolking is na een daling in de jaren tachtig, in de jaren negentig gestabiliseerd. Dat geldt ook voor het percentage zware drinkers. Onder jongeren neemt het alcoholgebruik echter weer toe, met name bij meisjes. Bovendien beginnen zij op steeds jongere leeftijd met drinken.
- Het percentage mensen met verhoogde bloeddruk lijkt weer toe te nemen. Hoe de trend zich in de toekomst zal ontwikkelen is moeilijk te voorspellen. Enerzijds wordt deze bepaald door ontwikkelingen in de oorzaken van de risicofactoren (o.a. leefstijl). Anderzijds hangen de ontwikkelingen in het niveau van de bloeddruk af van de gevolgde strategieën ter behandeling van verhoogde bloeddruk.
- Steeds meer mensen kampen met ernstig overgewicht. In de periode tussen 1981 en 2003 is het percentage mensen met zelfgerapporteerd ernstig overgewicht (oftewel obesitas: BMI ≥ 30 kg/m²) in Nederland sterk toegenomen. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen.

In de onderstaande tabel zijn de hiervoor genoemde parameters gecombineerd. In deze tabel is tevens een eerste beoordeling gegeven van de vatbaarheid van het probleem voor een aanpak vanuit de PG en van het huidige beleid.

Tabel 3.1 Overzicht van de grote volksgezondheidsproblemen

Ziekte/aandoening	Stijgend/dalend	Ziektelast %	Directe kosten*	Vatbaarheid PG	Oordeel beleid
CHZ	Dalend	7,6%	1.262	++ (leefstijl-verbetering)	Effectief (terugdringen roken en verzadigd vet)
Angststoornissen	Stijgend	5,1%	275	+ (vroeg diagnostiek)	Nog weinig aandacht
Beroerte	Stijgend (prevalentie)	4,9%	1.452	+ (hypertensie)	Effectief (behandeling hypertensie en vroege signalering)
Astma/COPD	Stijgend – Dalend –	3,2%	739	++ (leefstijl; luchtvervuiling; behandeling)	Effectief (behandeling en bestrijding roken, aanpak luchtverontreiniging)
Alcoholafhankelijk	Volwassenen stabiel; jeugd stijgend	2,5%	356 (incl. drugs-afhankelijkheid)	++ (Informatie en vroegdiagnostiek)	Bij jeugd beleid nog niet effectief
Depressie	Stijgend	3,9%	660	+ vroegdiagnostiek en primaire preventie)	Niet effectief veel onderdiagnostiek
Longkanker	Dalend/stijgend (vrouwen)	4%	182	++ (leefstijl)	Nog niet effectief bij vrouwen
Diabetes mellitus	Stijgend	3,0%	734	++ (leefstijl)	Redelijk effectief; veel onderdiagnostiek
Dementie	Stijgend	2,3%	3.125	?? (alleen vasculaire dementie zie diabetes)	
Gezichtstoornissen	Stijgend	n.g.	1.266	–	
Longontsteking	Stijgende sterfte op hoge leeftijd	n.g.	387	+/- vaccinaties en zie CODP	Groeiende aandacht. Griep vaccinatie effectief
Privé-ongevallen	Stijgend	2%	422	++	Nog weinig beleid. Veel mogelijkheden

Bron: RIVM, bewerking RVZ.

* in miljoenen euro's

Deze tabel vormt het kader voor het voorstel voor selectie in hoofdstuk 4 van deze notitie.

3.2 Voor de jeugd?

Deze paragraaf geeft een samenvatting van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen bij de jeugd. Selectie van de grote volksgezondheidsproblemen bij kinderen kan uiteraard op basis van *sterfte*. In de leeftijd van 0-14 jaar veroorzaken aangeboren afwijkingen en ongevallen de meeste sterfgevallen. Op latere leeftijd (15-24 jaar) spelen de ongevallen nog steeds een grote rol, maar is ook suïcide een belangrijke doodsoorzaak. Kindersterfte is in Nederland relatief laag. In 2003 overleden ruim 1100 kinderen in de leeftijd van 0-5 jaar en 300 kinderen in de leeftijd van 5-14 jaar.

Het is daarom wellicht zinvoller om de problemen te beoordelen op basis van het verlies aan DALY's. De meeste ziektelast bij kinderen wordt veroorzaakt door aangeboren afwijkingen en aandoeningen aan de ademhalingswegen. Bij jongeren (15-24 jaar) veroorzaken psychische stoornissen zoals angststoornissen en depressie de grootste ziektelast, op afstand gevolgd door letsel door ongevallen. Voor jongeren geldt dat het gebruik van alcohol en drugs gerelateerd is aan psychische problemen. Daarnaast is overgewicht een toenemend probleem. Overgewicht is een risicofactor voor het ontstaan van psychische problemen, astma en diabetes mellitus type II (DM type II). Aangeboren afwijkingen worden hier buiten beschouwing gelaten omdat de groep zeer klein is.

Samenvattend blijken drie problemen naar voren te komen; overgewicht, astma en psychische problemen. Deze gezondheidsproblemen zullen hieronder worden besproken.

Overgewicht

Overgewicht is in Nederland een snel groeiend probleem. Hoewel Nederland in vergelijking met andere Europese landen nog relatief laag scoort, vraagt het probleem om aandacht. Uit recente cijfers blijkt dat op dit moment 13% van de jongens en 17% van de meisjes te dik is (TNO, 2006). Het percentage kinderen met obesitas ('ernstig overgewicht') ligt rond de 3%. De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een positieve energiebalans. Hieraan liggen zowel sociale, genetische als economische oorzaken ten grondslag. Overgewicht en obesitas komen vaker voor bij kinderen uit de lagere sociale economische klassen.

Obesitas kan op korte termijn tot gezondheidsproblemen leiden, zoals orthopedische problemen, apneus en diabetes type 2. Overgewicht geeft vooral problemen op de middellange en lange termijn als risicofactor voor hart- en vaatziekten en diabetes type 2. Tien jaar geleden waren er in Nederland geen kinderen bekend met diabetes type 2, ook wel 'ouderdomsdiabetes' genoemd. Sinds 2002 wordt de ziekte echter steeds vaker bij kinderen gediagnosticeerd. Te dikke kinderen blijken ook vaker glucose-intolerantie te hebben, een voorstadium van diabetes type 2. Kinderen met overgewicht zijn vaak ook op volwassen leeftijd te dik. Het is daarom van groot belang dat het probleem op jonge leeftijd wordt aangepakt. Bovendien blijkt dat eenmaal ontstaan overgewicht moeilijk is kwijt te raken. Bij overgewicht gaat het dus vooral om preventie.

Astma

Astma is nauw verbonden met aandoeningen als hooikoorts en constitutioneel eczeem. Deze laatste twee aandoeningen komen in het werkdocument aan de orde. Hier wordt alleen astma besproken. Tussen de 5 en de 10% van de kinderen heeft astma. Deze aandoening neemt af naarmate kinderen ouder worden. Het lijkt erop dat het probleem langzamerhand

in omvang afneemt. De snelle stijging van het aantal gevallen in de jaren '90 is afgevlakt en lijkt nu zelfs licht te dalen. De snelle stijging van het aantal astmapatiënten is mogelijk veroorzaakt door meer kennis en aandacht bij huisartsen. Het aantal kinderen dat medicamenteus wordt behandeld is de afgelopen jaren flink toegenomen; uit een recent onderzoek bleek dat in 1989 bij 39,2% van de kinderen, die last hadden van 'piepen', medicijnen werden voorgeschreven, in 2005 was dat aantal gestegen tot 56%. Het aantal ziekenhuisopnamen is daarentegen gedaald. Daaruit kan geconcludeerd worden dat meer aandacht en betere behandeling effectief is.

De belangrijkste risicofactoren voor astma zijn blootstelling aan tabaksrook, luchtverontreiniging, voedingsgewoonten en gebrekkige lichaamsbeweging. Astma op jonge leeftijd predisponeert voor COPD op oudere leeftijd. Zeker als jongeren gaan roken. Van de jongeren (10-19 jaar) geeft 25% van de jongens en 22% van de meisjes aan de afgelopen vier weken te hebben gerookt (onderzoekperiode 2002-2004). De trend is daarmee vrij stabiel en vertoont zelfs een lichte daling van het aantal jonge rokers, al blijft de groep rokers op jonge leeftijd substantieel. De toename van het aantal kinderen en jongeren met overgewicht kan weer tot meer respiratoire stoornissen in de (nabije) toekomst leiden.

COPD is een belangrijke veroorzaker van verlies van DALY's en veroorzaakt hoge kosten in de cure (alle leeftijdsgroepen: 1,5% totale zorguitgaven en 9e plaats duurste diagnosegroepen). Astma bij kinderen speelt maar voor een deel een rol bij deze kosten. Hoe groot dit aandeel is, is niet bekend.

Preventie kan een belangrijke bijdrage leveren aan de aanpak van astma. Vroegdiagnostiek en voorkómen dat jongeren gaan roken vermindert de ernst van de klachten en voorkomt persisteren van de klachten op latere leeftijd. VWS geeft momenteel voorrang aan het bestrijden van roken bij de bestrijding van COPD. Daarnaast zijn er campagnes om de andere risicofactoren voor het ontstaan van astma (gebrek aan beweging, overgewicht en slechte voeding) tegen te gaan. ZonMw heeft een aantal onderzoekslijnen op dit gebied gestart. Internationaal heeft luchtverontreiniging veel aandacht. Dit probleem komt aan de orde bij het onderwerp gezondheidsdeterminanten.

Psychische- en gedragsproblemen

In de groep 0-14 jaar wordt 20% van de ziektelast veroorzaakt door psychische problemen en gedragsproblemen. Bij jongeren tussen 15 en 24 loopt dit percentage op tot 60%. De aard van de problemen verschilt per leeftijdscategorie. Bij 0-5 jarigen gaat het vaak om eet- en slaapproblemen. Hyperactiviteit en oppositioneel gedrag komen ook voor en hebben een blijvender karakter. Bij kinderen op de basisschoolleeftijd gaat het vooral om gedrags- en opvoedingsproblemen. In de leeftijds-

groep 12-18 jarigen staan fobieën, ernstige gedragsproblemen en antisociaal gedrag op de voorgrond. Bij jongvolwassenen nemen de identiteitsproblemen en depressie toe. Ook gebruik van alcohol en drugs speelt hier een rol.

Er bestaan sterke aanwijzingen dat niet-westerse allochtone kinderen meer psychische problemen hebben dan autochtone kinderen. Precieze cijfers ontbreken, maar allochtone kinderen zijn sterk oververtegenwoordigd in de jeugdzorg, en dan met name in de zwaardere vormen van hulpverlening zoals de residentiële zorg en pleegzorg. Allochtone kinderen blijken echter steeds minder gebruik te maken van lichtere vormen van hulpverlening. Dit kan duiden op een afname van de motivatie bij allochtone ouders om met hun kind naar een Nederlandse hulpverleningsinstelling te stappen.

Behandeling van psychische problemen in een vroege fase is zeer effectief en voorkomt veel problemen op latere leeftijd. De waarde van vroegdiagnostiek en snelle interventie zou dus hoog kunnen zijn. De kosten van bijvoorbeeld depressie op latere leeftijd zijn hoog. Het RIVM verwacht een stijging van de kosten voor deze aandoeningen in de komende jaren. In 1999 maakte depressie nog 1,4% uit van de totale zorguitgaven, in 2020 is dit naar verwachting 2,3% (RIVM, 2005). Waarschijnlijk zijn ook de indirecte kosten voor de samenleving hoog, bijvoorbeeld door gebruik van geweld bij externaliserend gedrag.

Psychische problematiek is één van de speerpunten in de nota Langer gezond leven. Er is op dit gebied echter nog veel te verbeteren. Zo constateert de overheid dat de ggz de jongeren slecht bereikt. Ook is nog veel winst te halen door inzet van laagdrempelige zorg zoals de jeugdgezondheidszorg en betere ondersteuning en signalering op scholen. ZonMw besteedt veel aandacht aan onderzoeksprogramma's op dit gebied. De jgz heeft een belangrijke rol bij vroegdiagnostiek. Er is volgens TNO echter nog geen sprake van screening. De jgz signaleert op dit moment 46% van de enkelvoudige problematiek en 70% van de meervoudige aandoeningen. Diagnosestelling is echter vaak nog weinig precies.

Kindermishandeling

Kindermishandeling kan zowel onder fysieke problemen als onder psychosociale problemen geschaard worden. Precieze aantallen voor Nederland zijn niet bekend, op dit moment loopt er een onderzoek waarvan de resultaten eind 2006 worden verwacht. Op basis van Amerikaanse gegevens wordt geschat dat jaarlijks zo'n 50.000 tot 80.000 kinderen worden mishandeld. Per jaar overlijden in Nederland 40-50 kinderen aan de gevolgen van mishandeling. Het aantal meldingen van kindermishandeling is de afgelopen jaren sterk toegenomen, dit betekent

echter nog niet dat (veel) meer kinderen worden mishandeld. Mogelijk speelt de steeds groter wordende bekendheid van de meldpunten kindermishandeling en de implementatie van de meldcode hierbij een rol.

Mishandeling remt potentieel de ontwikkeling van het kind en de levensverwachting van mishandelde kinderen is aanzienlijk lager. Zij lijden vaker aan depressie, psychische problemen en vertonen vaker risicogedrag (aids, seksueel overdraagbare aandoeningen). Uit Amerikaans onderzoek komt naar voren dat mishandelde kinderen vaker lijden aan depressies (4 tot 8 keer zo vaak als bij de gemiddelde bevolking) en vaker zelfmoord plegen of een poging daartoe doen.

De kosten van kindermishandeling bedragen naar schatting 1 miljard euro per jaar. De helft hiervan zijn de kosten voor aanpak van het probleem. De kosten die op latere leeftijd ontstaan zijn niet in kaart gebracht, maar zijn naar verwachting hoog.

Er is momenteel veel politieke en maatschappelijke aandacht voor kindermishandeling. Sinds 1 januari 2005 is de Wet op de jeugdzorg van kracht. In deze wet zijn onder andere de taken en bevoegdheden van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling vastgelegd. Groot probleem op dit moment is de wachtlijst voor hulpverlening van kinderen bij wie mishandeling is geconstateerd of wordt vermoed. De minister heeft de provincies gevraagd dit probleem met voorrang aan te pakken. De evaluatie van de wet staat voor 2007 gepland.

In de VS loopt een zeer succesvol nurse-family partnership programma. In dit programma worden risicogezinnen gedurende de zwangerschap en de eerste twee levensjaren van het kind zeer intensief begeleid door verpleegkundigen. Het percentage verwaarlozing en mishandeling daalde met 79% bij de behandelde groep. Momenteel wordt gewerkt aan de Nederlandse vertaling van dit project.

Alcohol en drugs

Het gebruik van nicotine en (soft)drugs onder scholieren nam tot 1996 sterk toe en is daarna wat afgevlakt. De stabiliserende trend doet zich het sterkst voor bij het cannabisgebruik en het gebruik van sommige harddrugs. Het verschil tussen jongens en meisjes in het middelengebruik is de afgelopen jaren wel steeds kleiner geworden. Het alcoholgebruik onder jongeren is de laatste jaren weer aan het toenemen, met name bij meisjes. Het 'binge drinking' vormt een groeiend probleem. Alcoholgebruik bij jongeren lijkt steeds meer te worden geaccepteerd, ook door de ouders. Bovendien begint het drinken van alcohol op steeds jongere leeftijd: 7 van de 10 kinderen drinkt het eerste glas alcohol op of vóór het twaalfde levensjaar. Twaalf tot veertienjarigen gaan in het alcoholgebruik steeds meer op vijftien tot zestienjarigen lijken. De minister

van VWS beschouwt het toenemend alcohol- gebruik van jongeren als een serieus probleem en heeft onlangs een pakket van (preventieve) maatregelen aangekondigd om het alcoholgebruik door jongeren, en met name kinderen, terug te dringen.

Conclusie

Overgewicht en psychische- en psychosociale problemen (inclusief alcoholgebruik en kindermishandeling) zijn de twee belangrijkste problemen bij de jeugd. Beide hebben grote gevolgen op de volksgezondheid en brengen forse maatschappelijke kosten met zich mee. Bovendien werken de (gevolgen van de) problemen op jeugdige leeftijd door tijdens de volwassenheid. De potentiële winst van een aanpak vanuit de publieke gezondheid is in beide gevallen groot.

3.3 Voor de arbeidsproductieve bevolking?

Demografische prognoses geven aan dat het aandeel 20-65 jarigen (heden) zal dalen van 61,3% naar 53,9% in 2037. Het aantal 'niet-productieven' gedeeld door het aantal 'productieven' zal stijgen van 63,0 naar 85,6 in 2037. Deze ontwikkelingen hebben twee belangrijke consequenties. Een kleinere groep mensen zal het geld voor een grotere groep moeten verdienen; de werkbelasting zal stijgen. Mensen zullen bovendien langer door moeten werken waardoor de gemiddelde belastbaarheid afneemt. Dat betekent dat het belang van preventie, vroegdiagnostiek en behandeling van aandoeningen op de werkplek sterk zal toenemen.

Een andere meer directe aanleiding om het beleid voor arbeidsgerelateerde aandoeningen te verbeteren is het voorkomen van arbeidsongeschiktheid. Werkgever en werknemer zijn de laatste jaren voor een groter deel zelf gaan opdraaien voor de kosten van arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim.

Op 1 januari 2006 is de WAO vervangen door de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, de WIA. In de WIA worden werknemers alleen nog tot de volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering (IVA) toegelaten indien zij voor meer dan 80% arbeidsongeschikt zijn verklaard. Werknemers die gedeeltelijk arbeidsongeschikt worden verklaard (35-80%) komen in de WGA-regeling en moeten samen met hun baas op zoek naar vervangende arbeid. De inkomens van werknemers die voor minder dan 35% arbeidsongeschikt worden verklaard moeten worden aangevuld door de werkgever. De verwachting is dat door deze wetswijziging samen met de strengere herkeuring van WAO'ers de komende jaren veel minder mensen een beroep kunnen doen op de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Hierover zijn echter nog geen gegevens bekend daarom zijn de gegevens in deze paragraaf gebaseerd op de voormalige WAO.

Tabel 3.2 Ontwikkeling van het beroep op de sociale zekerheid (aantallen x 1000)

Uitkering	2001	2002	2003	2004	Index 2001
WAO					
Nieuwe uitkeringen	104.1	92.4	66.3	59.2	0.57
Beëindigde uitkeringen	80.8	82.0	83.2	78.9	0.98
Aantal uitkeringen	792.1	802.5	785.6	765.9	0.97
ZW					
Nieuwe uitkeringen	618.4	495.5	422.2	410.9	0.66
Beëindigde uitkeringen	593.8	453.8	394.4	380.3	0.64
Aantal uitkeringen	105.9	78.5	66.0	64.2	0.61

Bron: UWV Kerncijfers januari 2005, bewerking RVZ.

Beroepsziekten zijn aandoeningen die geheel of gedeeltelijk worden veroorzaakt door het werk. Naar schatting doen zich jaarlijks 50.000 tot 100.000 nieuwe gevallen van beroepsziekten voor in ons land. Het ziekteverzuim is vooral hoog in de welzijnszorg, bij de politie, in het onderwijs en bij de gemeentelijke, provinciale en rijksoverheid (8-9%). De horeca, de landbouw en de rechtelijke macht kennen een relatief laag ziekteverzuim (4%).

Een probleem bij de inventarisatie van arbeidsgerelateerde aandoeningen is dat zeer weinig bekend is over de oorzaken van ziekteverzuim. Voor bijna 80% van het ziekteverzuim is de diagnose onbekend. Dit is met name bij kortdurend ziekteverzuim. Het resterend deel wordt vooral veroorzaakt door ziekten van de ademhalingswegen, ongevallen, ziekten van het bewegingsapparaat en psychische problematiek.

Over de aard van de aandoeningen die tot arbeidsongeschiktheid leiden is meer bekend. Aandoeningen van het bewegingsapparaat en psychische problemen zijn verantwoordelijk voor het grootste deel van de arbeidsongeschiktheid. Van alle lopende uitkeringen in 2000 is 25% gekoppeld aan een ziekte van het bewegingsapparaat (met name aandoeningen aan de wervelkolom) en 34% aan psychische problematiek (met name 'reactie op ernstige stress'). Geschat wordt dat 40% van de instroom in de WAO gerelateerd is aan de werksituatie.

In deze paragraaf worden de belangrijkste aandoeningen behandeld. Daarna wordt het beleid besproken. Omdat het huidige beleid en de problemen bij de aanpak grotendeels identiek zijn voor de verschillende aandoeningen, zullen deze aan het eind besproken worden en niet per aandoening.

Ademhalingsproblemen

Er is een aantal luchtwegaandoeningen dat de oorsprong vindt in het werk; pneumoconiosen, allergische alveolitiden, inhalatiekoortsen, chemische pneumonie, asbestose, slaapapneu en hyperventilatie. Maar er zijn ook aandoeningen die niet op het werk ontstaan, maar wel invloed

hebben op de arbeidsproductiviteit en of verergeren in de arbeidssituatie; astma en COPD. Vijftien procent van de Nederlanders heeft COPD of astma en 2% van de instroom in de WAO is door COPD (1500 mensen). Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten gaat ervan uit dat er sprake is van onderdiagnostiek bij astma en COPD.

Ongevallen

TNO meldt dat er in 2002 103.000 meldingen van ongevallen op het werk zijn gedaan. Bij 7 miljoen werkenden zou dat neerkomen op 1,5% van de beroepsbevolking. Jaarlijks worden 3500 mensen als gevolg van een ongeval opgenomen in het ziekenhuis. Bij 91 gevallen was er sprake van een dodelijke afloop. Deze aantallen zijn vrij constant.

Er bestaat een aantal risicogroepen voor ongevallen. Vooral jongere werknemers, oudere werknemers, werkenden in industrie en delfstoffenwinning, landbouw en visserij, vervoer, opslag en communicatie lopen veel risico. Zeker ook als de werknemers in een midden of groot bedrijf werken, allochtoon zijn of een lagere opleiding hebben. Werknemers lopen weer meer risico dan zelfstandigen.

Er zijn veel partijen bezig met preventie van ongevallen; werkgevers, werknemers, arbodiensten en inspectie zijn betrokken bij naleving van de voorschriften. De aanpak kenmerkt zich door samenwerking en advisering. De problemen liggen niet alleen bij de werkgevers; vaak zijn het de werknemers zelf die het niet zo nauw nemen met de regels.

Aandoeningen van het bewegingsapparaat

Uit een enquête onder de Nederlandse bevolking in 2000 over klachten aan het bewegingsapparaat bleek dat lage rugklachten bovenaan stonden, gevolgd door klachten aan nek en schouders. In de top vijf van de meest voorkomende ziekten in Nederland in 2003 nemen nek- en rugklachten de tweede plaats in als het gaat om de incidentie, en de eerste plaats als het gaat om prevalentie. De prevalentie ligt hoger omdat het gaat om aandoeningen die meestal langer aanhouden. Vierenveertig procent van de Nederlandse bevolking rapporteert verder chronische klachten aan het bewegingsapparaat. Socio-demografisch zijn geen risicokenmerken te onderscheiden met uitzondering van arbeidsongeschiktheid. Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten noemt wel een aantal bedrijfstakken met verhoogd risico; de bouwnijverheid, industrie en gezondheids- en welzijnssector. Het ziekteverzuim (en daarmee de impact op arbeidsproductiviteit) en het beroep dat op de gezondheidszorg wordt gedaan door deze klachten is hoog.

Er zijn wel effectieve interventies bekend. Uit onderzoek blijkt dat vroege interventies gericht op werkaanpassingen en tijdelijke taakverandering de arbeidsreïntegratie bespoedigen. Een project van de NAM heeft aan-

getoond dat preventie en management door ergonomie, voorlichting, kracht- en conditietesten en verzuimbegeleiding effectief zijn. Deze aanpak heeft geleid tot vermindering van de klachten bij eenderde van de respondenten met rugklachten. Het verzuim nam met tweederde af. Kosten-batenanalyse laat een winst zien van 51% netto (besparing op verzuimkosten minus kosten interventies).

Psychische aandoeningen

Uit een onderzoek van Laitinen uit 2002 blijkt dat een op de vijf werkenden een psychische stoornis volgens het DSM III-R criteria heeft. Een kwart miljoen werkende vrouwen lijdt aan een (depressieve) stemmingsstoornis en een half miljoen mannen aan alcoholproblematiek. Indien ook andere psychische klachten meegeteld worden is de prevalentie van psychische problematiek zelfs één op de drie.

Voor lage arbeidssatisfactie en een discrepantie tussen het werk en het zelfbeeld van mensen zijn risicofactoren. Psychische klachten komen meer voor in de dienstverlening (horeca en verzorging). Naast arbeidsgerelateerde factoren spelen ook persoonsgebonden aspecten een rol; zoals een laag opleidingsniveau, een beperkt sociaal netwerk met lage ondersteuning van dat netwerk en een sterke externe beheersoriëntatie verhogen de kans op psychische problemen. Mensen blijken vaak snel en veelvuldig hulp te zoeken bij psychische problemen. Toch belanden mensen relatief vaak in de WAO (34% van de totale instroom). Het lijkt er dus op dat de geboden hulp niet altijd adequaat is.

Uit het feit dat psychische stoornissen bij de belangrijkste veroorzakers van ziekteverzuim en instroom in de WAO horen, kan afgeleid worden dat deze aandoeningen een aanzienlijk effect hebben op de arbeidsproductiviteit. Uit het onderzoek van Laitinen blijkt dat veel mensen die in het arbeidsproces zitten kampen met stemmingsstoornissen. Het is dan ook de vraag of zij maximaal productief zijn.

Vroeg hulp zoeken is bewezen effectief. Het huidige beleid is veel meer gericht op hulp bieden als de problemen eenmaal ontstaan zijn. Daar liggen dus mogelijkheden voor verbetering.

Beleid en beleidsproblemen

In Nederland brengen de 7 miljoen werkenden veel van hun tijd door op de werkplek. Daarmee is de werkplek een belangrijke setting voor gezondheidsbevordering en preventie geworden. De huidige aanpak van gezondheidsproblemen op het werk kenmerkt zich echter door medicalisering van verzuim en richt zich niet op de relatie tussen arbeid en gezondheid. “We richten ons te veel op verzuimcontroles en te weinig op het voorkomen van arbeidsgerelateerde gezondheidsschade” (Spreeuwiers, directeur Nederlands Centrum voor Beroepsziekten 2004).

Een ander belangrijk probleem is dat arbeidsomstandighedenbeleid, reïntegratie en begeleiding op macroniveau worden aangestuurd door SoZaWe, terwijl gezondheidsbevordering op de werkplek VWS-beleid is. Van een geïntegreerde aanpak is geen sprake en beide ministeries lijken andere prioriteiten te hebben.

Wat is er wel? Vanaf 1998 worden per branche arboconvenanten afgesloten, waarin de deelnemende partijen afspraken maken voor vermindering van één of meerdere arbeidsrisico's. De realisatie van de afspraken wordt bewaakt in de arbomonitor. Het verzuimpercentage blijkt harder te dalen in de branches waar een convenant is afgesloten. In toenemende mate worden afspraken over preventie, verzuim en reïntegratie bovendien opgenomen in CAO's waardoor zij een bindend karakter krijgen. Het aantal convenanten op het gebied van het bewegingsapparaat en psychische problemen groeit. Dat betekent dat er meer aandacht bij werknemers en werkgevers begint te ontstaan voor deze problematiek.

Daarnaast zijn veel bedrijven actief op het gebied van reïntegratie (641), interventie (232) en arbodienstverlening (36). Ook scholingsinstituten zijn in opkomst (63) (cijfers juli 2006). Deze bedrijven specialiseren zich bovendien steeds meer.

Binnen het ministerie van VWS is in het kader van Gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW) een project gestart in samenwerking met het NIGZ werk en gezondheid en TNO arbeid. Veel ideeën uit dit project vinden hun oorsprong in de VS en hebben een aantal valkuilen; de belangrijkste zijn versnippering (niet integraal), de focus op proces in plaats van op resultaat, de passieve houding van de werknemer, en een individuele benadering zonder oog voor omgeving en organisatieaspecten.

Conclusie

Psychische problematiek, ongevallen en aandoeningen van het bewegingsapparaat veroorzaken de meeste kosten in de sociale zekerheid en verlies van arbeidsproductiviteit. Het beleid richt zich voornamelijk op curatie en reïntegratie. Er is slechts beperkt sprake van aandacht voor gezondheidsbevordering en preventie. Vooral voor psychische aandoeningen bestaat in dit opzicht een grote lacune en valt er gezien de prevalentie nog veel te winnen.

3.4 Voor de ouderen?

Qua leeftijdsopbouw zullen de vergrijzing en de demografische druk de komende dertig jaar sterk toenemen. Het aandeel 65+ in de gehele populatie stijgt van 14,4% in 2004 naar 23,7% in 2037. Het aandeel 0-20 jarigen neemt licht af van 24,3% in naar 21,9% in 2027, om daarna

weer licht te stijgen. Het aandeel 20-65 jarigen daalt van 61,3 % naar 53,9% in 2037, om daarna weer licht toe te nemen.

Overigens is deze vergrijzing in Nederland laag in vergelijking met andere Europese landen. De 'Old age dependency ratio' (de bevolking boven de 60 gedeeld door de bevolking van 20-59 jaar) was in 2000 met 0,31 in Nederland het laagst van Europa. Volgens demografische ramingen zal Nederland in 2050 nog steeds tot de laagste categorie behoren (0,61) (Health, Ageing and retirement in Europe, april 2005).

De sterke stijging van het aantal ouderen betekent dat bij het beoordelen van trends in sterfte en ziektelast niet alleen een epidemiologische, maar ook een demografische component beschouwd moet worden. In werkdocument 4 wordt dit uitgebreid uitgewerkt. Indien gekeken wordt naar de doodsoorzaken dan staan coronaire hartziekten, beroerte en longkanker nog steeds bovenaan. Op oudere leeftijd (> 45 jaar) zijn daarnaast ook dementie, longontsteking (op zeer hoge leeftijd) en COPD belangrijke doodsoorzaken. Deze drie aandoeningen tonen een stijgende trend, hoewel dit bij COPD vooral voor vrouwen geldt. Coronaire hartziekten vertonen epidemiologisch een daling.

Analyses van ontwikkeling van deze aandoeningen zijn complex. In werkdocument 4 wordt dit vanuit verschillende invalshoeken geanalyseerd.

1. *De grootste impact op de kosten van de gezondheidszorg:*
Uit deze analyses blijkt dat op basis van demografische ontwikkelingen dementie, coronaire hartziekten (CHZ), beroerte, accidentele val en COPD de grootste impact op de kosten van de gezondheidszorg hebben. Op grond van epidemiologische trends zullen daarnaast depressie en diabetes mellitus een grote invloed op de kosten van de gezondheidszorg gaan krijgen.
2. *Ziektelast:*
Indien deze trendanalyses vertaald worden naar ziektelast springen vijf aandoeningen in het oog: CHZ, beroerte, COPD, dementie en diabetes mellitus type II. Uiteraard zijn de aandoeningen die een ongunstige epidemiologische en demografische trend hebben het meest relevant. Vanuit dat perspectief dient de nadruk te liggen op dementie en DM type II en komen ook angststoornissen naar voren.

Hiermee zijn de belangrijkste aandoeningen voor ouderen in beeld gebracht. De volgende vraag is welke van deze aandoeningen vatbaar zijn voor aanpak vanuit publieke gezondheid bij ouderen. Veel van deze aandoeningen (CHZ, beroerte, COPD en DM type II) worden sterk bepaald door leefstijl in het verleden. In het werkdocument wordt aangegeven in welke mate deze risicofactoren voorkomen op oudere leeftijd.

Daaruit blijkt dat Nederland goed scoort ten opzichte van andere landen op de factoren overgewicht en bewegen. Wat betreft roken zitten we aan de verkeerde kant van het gemiddelde. De vraag hierbij is echter hoe beïnvloedbaar deze factoren op oudere leeftijd nog zijn en welke impact daarvan verwacht mag worden.

Voor depressie, angststoornissen en accidentele val zijn de mogelijkheden voor primaire preventie en vroegdiagnostiek het grootste. Dementie valt hier expliciet buiten.

Depressie

Angststoornissen, depressie (en dementie) zijn zwaar belastende aandoeningen voor ouderen. Bovendien worden psychosociale problemen bij ouderen vaak niet als zodanig herkend. Onder de kop 'Somber vooruitzicht' wordt in een artikel in Medisch Contact gewezen op de noodzaak van een preventieve aanpak van depressie bij ouderen (MC 2005, nr. 24, p. 1016-1019). Ook internationaal wordt dit inmiddels als een groot probleem gezien. De 'Global burden of disease' van depressie wordt voor het jaar 2000 berekend op 4,4% van de totale DALY's. In 1990 was dat nog 3,7% (Üstün, 2004). Ook in andere internationale studies wordt de ziektelast van depressie bij ouderen in de toekomst benadrukt (WHO, 2002; Boersch, 2005).

Het RIVM meldt dat depressie (depressieve en dysthyme stoornis) bij 85-plussers voorkomt bij 55 per 1.000 personen (bron: Leiden 85-plus onderzoek, 1986-1989). Dit is inclusief depressie bij dementie. Als dit cijfer in 2000 nog steeds zou gelden, dan zou dat betekenen dat 12.500 personen van 85 jaar en ouder een depressie hebben. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen verwacht het RIVM dat het absolute aantal nieuwe gevallen met depressie dat door de huisarts gediagnosticeerd wordt tussen 2000 en 2020 met 12,3% zal stijgen. Deze stijging zal vooral bepaald worden door de ouderen. Nederland is specifiek kwetsbaar omdat ons land een grote groep alleenstaanden kent. Alleenstaand zijn is een risicofactor voor depressie.

Maar niet alleen eenzaamheid is een oorzaak van depressie, ook verschillende soorten aandoeningen of ziekten kunnen leiden tot een depressie c.q. ermee gepaard gaan. Zo is bijvoorbeeld bekend dat depressieve klachten vaak na een TIA optreden. Maar ook een scala aan andere aandoeningen dat verlies van een functie of chronische pijn tot gevolg heeft, kan een depressie veroorzaken. Alertheid van de arts en het systeem om de betrokkene heen zijn van groot belang.

Hoewel depressie bij ouderen nog een relatief nieuw onderwerp is binnen de PG zijn er veel verschillende onderzoeken die aantonen dat er effectieve interventies mogelijk zijn (werkdocument 4).

Accidentele val

Uit de richtlijn valincidenten bij ouderen die opgesteld is door de Nederlandse Vereniging van Klinische Geriatrie blijkt dat vallen ook in Nederland een fors probleem is. In de VTV 2006 wordt de accidentele val genoemd als een sterke stijger in de lijst van doodsoorzaken. Eén op de drie thuiswonende ouderen en de helft van de verpleeghuispatiënten valt tenminste éénmaal per jaar. Het jaarlijks aantal valincidenten bij 65-plussers bedraagt hiermee meer dan een miljoen per jaar. Volgens het rapport van de WHO zijn letsels ten gevolge van een valpartij de derde belangrijkste oorzaak van verlies van gezonde levensjaren. Dit leidt tot 89.000 SEH bezoeken (55 jaar en ouder), in 10% van deze gevallen leidt dit tot serieuze letsels als fracturen, weke delentrauma en hoofdletsel. Gezien de vergrijzing is het te verwachten dat het aantal valincidenten in de toekomst zal toenemen.

Vallen heeft impact op het sociaal functioneren; 17% van de ouderen zegt na de val sociaal minder actief te zijn geworden. In Nederland breken jaarlijks 15.000 mensen een heup ten gevolge van een val. Hiervan overlijdt 25% in het eerste jaar na de val en nog eens 25% is blijvend invalide. De directe medische kosten van een valincident bedragen gemiddeld 3400 euro (ruim 300 miljoen euro bij 89.000 SEH bezoeken). Het RIVM schat de totale kosten van accidentele val bij ouderen op 650 miljoen euro. Daarmee staat de aandoening op de vierde plaats na dementie, beroerte en CHZ.

De oorzaken van vallen bij ouderen zijn divers. Risicofactoren zijn onder andere mobiliteitsstoornissen, osteoporose, eerdere val, gebruik van psychofarmaca, gebrekkige lichamelijke activiteit, gewrichtsaandoeningen, duizeligheid en depressie.

De aanpak van vallen bij ouderen dient zowel op individueel, als op populatie- en organisatieniveau plaats te vinden. De richtlijn stelt dat identificatie van ouderen met een verhoogd risico zinvol is. Preventie op patiëtniveau bestaat uit maatregelen in de woonomgeving, aanpassing van schoeisel, aanpassing van medicatie, interventies op gedrag en verbetering van het gezichtsvermogen, cardiovasculaire maatregelen en oefenprogramma's. Maatregelen op populatieniveau kunnen bestaan uit instructie en bewustwording, analyse van de omgeving en vooral oefen-therapie. Deze set van maatregelen is effectief gebleken, ook bij een ongeselecteerde groep ouderen. Op organisatieniveau in ziekenhuizen en verpleeghuizen is ook veel mogelijk. Structurele aandacht voor een veilige omgeving, goede personeelsplanning en een goed alarmeringssysteem zijn voorbeelden hiervan.

Uit het bovenstaande blijkt dat er een heel scala van preventiemogelijkheden is voor vallen bij ouderen. Aanpak van dit probleem vergt inzet

van een groot aantal betrokken instanties en disciplines in de omgeving van ouderen. Deze aandoening biedt de mogelijkheid om samenwerking tussen cure, care, GGD en gemeenten goed uit te werken voor het advies. De mogelijkheden zijn er; aandacht is er echter nog onvoldoende.

Conclusie

De beantwoording van de vraag naar de belangrijkste volksgezondheidsproblemen bij ouderen is afhankelijk van de gekozen parameter. Indien een combinatie van invalshoeken genomen wordt komen coronaire hartziekten, beroerte, dementie COPD, depressie en diabetes mellitus als belangrijke ziekten naar voren. Kijkend naar kosten moet daar accidentele val aan toegevoegd worden. Vooral depressie en accidentele val zijn vatbaar voor een aanpak vanuit de PG.

3.5 Wat zijn de grootste bedreigingen in onze omgeving?

In werkdocument 5 wordt een aantal belangrijke omgevingsaspecten behandeld. De analyse van de omgevingsfactoren verschilt op een aantal punten van de andere analyses. Ten eerste is niet de aandoening, maar de risicofactor het uitgangspunt. Voor deze indeling is gekozen, omdat de factoren meerdere aandoeningen kunnen veroorzaken en alle burgers kunnen treffen. Een nog belangrijker argument is dat bij deze bedreigingen de aanpak van het eigenlijke probleem niet of maar zeer beperkt een functie van de PG is. Veel meer gaat het om technische oplossingen binnen de landbouw, de industrie of in de civiele techniek. De projectgroep stelt voor om deze onderwerpen desalniettemin in te sluiten, omdat zij van belang zijn voor de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Juist deze problemen lenen zich om de noodzaak van een geïntegreerde aanpak (facetbeleid) aan te kunnen geven. Facetbeleid (of beter: het ontbreken daarvan) is één van de grote problemen in de PG. De projectgroep zal zich echter niet bezighouden met alle technische details van deze problemen.

Het RIVM onderscheidt als omgevingsfactoren milieufactoren en sociale factoren. De belangrijkste milieufactoren zijn luchtverontreiniging, geluid, veiligheid van zwem- en drinkwater, voedselveiligheid en huisstofmijt, schimmel en radon. Ongeveer 2-5% van de totale ziektelast in Nederland is toe te schrijven aan milieufactoren. Onder de sociale factoren vallen onder andere de sociaal economische status (SES) en sociale kwetsbaarheid in de brede zin van het woord.

Luchtverontreiniging

In het verleden gingen berichten over milieuverontreiniging vooral over verzuring door zwaveldioxide. Het zwaveldioxideprobleem ligt inmiddels achter ons. De niveaus zijn drastisch gedaald door de milieumaatregelen.

De kranten staan nu vol met het 'fijn stof' probleem. Het beleid voor bestrijding van luchtverontreiniging richt zich op de drie belangrijkste componenten: 'fijn stof', ozon en stikstofdioxide.

'Fijn stof'

Uit de bijlage blijkt dat voor vier op de vijf Nederlanders de blootstelling aan 'fijn stof' boven de Europese norm van 35 dagen en $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ligt. Fijn stof wordt veroorzaakt door verbranding van fossiele brandstoffen, mechanische processen, kristallisatie van zouten, maar ook door het opwaaien en aanwaaien van bodemstof en zeezout. Ongeveer 60-75% van het 'fijn stof' krijgt Nederland over uit de landen in onze omgeving (continentaal Europa). Niet alleen de concentratie, maar vooral ook de grootte en de chemische samenstelling van de 'fijnstofdeeltjes' bepalen de schadelijkheid.

De precieze gevolgen voor de volksgezondheid van fijn stof zijn onbekend. Het is vrijwel zeker dat er een oorzakelijk verband is tussen 'deeltjesvormige' luchtverontreiniging en ongezondheid, maar er is nog veel onzekerheid over de ernst van die effecten en over wat de schadelijke onderdelen van het mengsel zijn. Het onderwerp wordt dan ook omgeven door een grote mate van onzekerheid. Gesteld wordt dat fijn stof de klachten van mensen met hart- en longproblemen (cara) verergert, maar exacte gegevens zijn daarover niet bekend.

Fijn stof is geen nieuw probleem. Al vijftien jaar wordt er beleid gemaakt op zowel Europees als nationaal niveau. Hoewel reeds ingevoerde beleidsmaatregelen tot een forse daling van de fijnstofconcentratie hebben geleid, zijn deze onvoldoende gebleken om de Europese norm te halen. Dit heeft geleid tot ingrijpende beleidsmaatregelen met grote economische consequenties, zoals het stilleggen van grote bouwprojecten.

Ozon

Ozon ontstaat in de troposfeer. De concentratie blijkt vaak hoger te zijn op het platteland dan in de steden. Dit komt, omdat stikstofmonoxide (een stof die het verkeer produceert) ozon bindt. Voor ozon ligt het gemiddelde gezondheidsverlies iets boven de 1000 DALY's. Vroegtijdige sterfte is geschat op 2350 (1,6%), waarvan 950 aan luchtweginfecties en hart- en vaatziekten. De trend voor ozon is gunstig doordat het Europese beleid gericht is op stoffen waaruit ozon gevormd wordt. In 1992 bedroeg het aantal dagen waarop de norm overschreden werd nog 26 dagen, in 2004 waren dat er 18. Dit ligt binnen het gestelde maximum van 25 dagen. De sterke daling van de ozonconcentraties uit de jaren '90 is afgenomen, en de laatste jaren is het niveau gestabiliseerd.

Stikstofdioxide

De belangrijkste bron van stikstofdioxiden (NO₂) is de verbranding van fossiele brandstoffen. In 2002 werden 300.000 mensen blootgesteld aan norm-overschrijdingen voor NO₂. Dit gebeurt vooral in de buurt van drukke wegen. Bij de huidige niveaus is NO₂ niet schadelijk voor de gezondheid. Het is meer een maat voor andere schadelijke stoffen in de lucht.

Geluid (hinder en overlast)

De belangrijkste bron van geluidshinder zijn burens en verkeer. Geluidshinder leidt tot stress. De stress veroorzaakt door geluidshinder leidt tot verhoogde bloeddruk en hart- en vaatziekten en tot slaapverstoring. De geluidshinder veroorzaakt vooral kosten in de cure en zal mogelijk impact hebben op de arbeidsproductiviteit. Hoe hoog de kosten zijn is niet bekend.

Geluidsoverlast leidt tot gehoorschade. Dit begint met verlies van het horen van hoge tonen en kan gepaard gaan met oorsuizen. Deze aandoening kan veroorzaakt worden door lawaai in de werksituatie en door muziek. Ook een plotselinge explosie kan tot gehoorschade leiden. Het gezondheidsverlies ligt naar schatting gemiddeld op 1000 DALY's voor verkeer en op 500 voor luchtvaart. In 1995 is berekend dat 200.000 mensen kampen met gehoorschade door lawaai. 116.000 jongeren tussen de 25 en 30 jaar hebben een lawaaitrauma.

Voor geluidsoverlast is de verwachting dat lawaaidoofheid af zal nemen door de maatregelen in de arbeidssituatie en een verwachte vermindering van geluidsbelasting door muziek. De geluidshinder zal echter toenemen. Na een aanvankelijke daling vanaf 1987 is er nu weer sprake van een toename. Belangrijkste contributie aan die stijging leveren het verkeer, de industrie en recreatie. Hinder door vliegverkeer neemt alleen in bepaalde gebieden toe. Zo is het aantal klachten over geluidshinder door Schiphol na ingebruikneming van de Polderbaan met 92% gestegen ten opzichte van 2002.

VROM heeft de norm voor geluidshinder omgezet in een inspanningsverplichting. Er is wel een groot aantal maatregelen genomen om de geluidshinder door verkeer te verminderen. Hinder door vliegverkeer is een punt waarbij ook grote economische belangen een rol spelen. Door gevelisolatie probeert de overheid de overlast voor omwonenden te beperken. Gezien de trend is het probleem nog niet onder controle.

Zwem- en drinkwater

De kwaliteit van *drinkwater* kan als veilig worden beoordeeld. Hoewel het een onderwerp is van voortdurende aandacht en internationaal overleg (bijvoorbeeld de vervuiling van de Maas en Rijn) verwacht het

RIVM niet dat hier grote problemen in de toekomst zullen ontstaan. Ook het zwemwater in Nederland vraagt om continue bewaking. Bij stijging van de omgevingstemperatuur neemt de kans op infecties toe. Ook hier is vooralsnog geen sprake van een groot probleem voor de volksgezondheid.

Schimmel, huisstofmijt en radon

Ons binnenmilieu kent twee grote problemen; huisstofmijt en schimmel, en radon. Hieronder komen deze twee onderdelen achtereenvolgens aan de orde.

Huisstofmijt en schimmel

Eén op de vijf huizen in Nederland heeft een vochtprobleem. In dergelijke milieus gedijen schimmels en huisstof goed. Deze twee agentia veroorzaken een allergische reactie. Bij kinderen kan dit leiden tot astma, bij volwassenen tot verergering van bestaande luchtwegklachten. Het gemiddelde gezondheidsverlies bedraagt 500 DALY's. De trend voor huisstofmijt en schimmels is ongunstig.

Radon

Radon is een radioactief gas dat vrijkomt uit bouwmaterialen. Het veroorzaakt longkanker. Hoge concentraties komen vooral in nieuwbouwwoningen voor.

Blootstelling aan radon leidt tot 800 extra gevallen van longkanker per jaar (10% van totale incidentie). Het gezondheidsverlies in DALY's schat het RIVM gemiddeld op 1200. Het effect van radon is sterker bij rokers.

VROM is bezig met het maken van harde afspraken met de bouwsector en heeft aangekondigd meer voorlichting te gaan geven over ventilatie van woningen. Er is echter al in 1994 besloten om deze twee problemen aan te pakken. Het lijkt er dus op dat deze twee onderwerpen geen hoge prioriteit hebben bij VROM.

Microbiologische voedselverontreiniging

Het RIVM concludeert dat de gevolgen van microbiologische verontreinigen van het voedsel op korte termijn beperkt zijn en zich op lange termijn niet binnen een mensenleven openbaren of niet kwantitatief weer te geven zijn. Hoewel ons voedsel, net als drinkwater, continue bewaking behoeft is het dus niet een onderwerp dat als één van de grote bedreigingen voor de volksgezondheid moet worden gezien. Waar dit al het geval zou zijn (bijvoorbeeld vogelpest) ligt de bedreiging op het gebied van de infectieziekten.

Factoren in de sociale omgeving

Het RIVM geeft aan dat naast factoren in de fysieke omgeving, ook factoren in de sociale omgeving van belang zijn. Onder deze titel schaaft

het RIVM gezinsproblemen, sociale relaties, sociale kwetsbaarheid, vroege life events, een aantal factoren gerelateerd aan de werksituatie, sociaal economische status (SES), etniciteit, huishoudensamenstelling en urbanisatiegraad. De sociale omstandigheden in de arbeidssituatie zijn hiervoor al aan de orde geweest. De overige worden hieronder behandeld.

Een groot deel van de volksgezondheidsproblemen komen in grotere mate voor bij sociaal kwetsbare groepen. Laagopgeleiden leven korter en hebben meer gezondheidsproblemen dan hoogopgeleiden. Deze gezondheidsproblemen zijn de afgelopen jaren niet kleiner geworden. Mensen met een lage sociaal economische status leven gemiddeld bijna vier jaar korter en zij brengen tien tot vijftien jaar minder lang door in goede gezondheid dan mensen met een hoge sociaal economische status. Gezinsproblemen, sociale relaties, sociale kwetsbaarheid, vroege life events, etniciteit, huishoudensamenstelling leiden vooral tot meer depressieve klachten, alcoholmisbruik en suïcide. Verder heeft de urbanisatiegraad een positieve correlatie met COPD en etniciteit met artrose. Allochtonen hebben in het algemeen een slechtere gezondheid, al is het beeld iets genuanceerder. Zo leven Marokkaanse mannen langer dan autochtone mannen en hebben Marokkanen minder hart- en vaatziekten.

Opmerkelijk zijn de onderzoeken waarin gekeken is naar de relatie tussen sociale steun en ziekte. Weinig steun kan leiden tot het ontstaan van een depressie, burn-out en verhoging van het ziekteverzuim. Sociale steun lijkt ook effect te hebben op de fysieke gezondheid. Het ontvangen van meer emotionele steun hangt samen met een kleinere kans op het ontstaan van, en de sterfte aan hart- en vaatziekten en met een betere prognose bij kankerpatiënten. Sociale integratie, de aanwezigheid van sociale relaties, hangt ook samen met een kleinere kans op het ontstaan van en de sterfte aan hart- en vaatziekten (WHO 2003; kans sterfte na hartaanval van 0,3 naar 0,05) en met een kleinere kans op lichamelijke beperkingen. Gebrek aan sociale steun is een omvangrijk probleem in Nederland. In de groep jongvolwassenen van 18-24 jaar rapporteerde in 1999 19% van de mannen en 34% van de vrouwen dat zij zich eenzaam voelden.

Het beleid kent in principe twee pijlers. De eerste pijler is verbeteren van opleiding, onderwijs, toegang tot de arbeidsmarkt en sociale zekerheid. De tweede pijler van beleid is gericht op verbetering van de sociale infrastructuur. Juist deze tweede pijler is interessant gezien bovenstaande constatering. In zijn oratie pleit prof. H. Nijhuis ervoor om de behoefte van mensen om ingebed te zijn in een sociaal systeem beter te benutten bij de gezondheidsverbetering. Hij wijst erop dat het huidige beleid teveel gericht is op de calculerende, genotzoekende burger. De overheid zet in op straffen en waarschuwen, terwijl de praktijk juist lijkt

aan te tonen dat projecten in probleemwijken de meeste kans van slagen hebben indien vooral de sociale infrastructuur verbeterd wordt. Betere benutting van het derde behoeftecluster (volgens Nijhuis) van mensen is lastig maar er zijn wel enkele succesvolle voorbeelden. In werkdocument 5 wordt het voorbeeld van de Schilderswijk in Den Haag gegeven. Ook in het buitenland zijn voorbeelden van dit soort projecten te vinden. Canada kent een dergelijke aanpak. In Engeland zijn zeer uitgebreide programma's opgezet voor verbetering van de gezondheid bij sociaal kwetsbare groepen. Deze zijn echter nog niet geëvalueerd.

Conclusie

Een aantal gezondheidsbedreigingen in onze fysieke omgeving is goed onder controle. Ons zwem- en drinkwater en ons voedsel zijn relatief veilig. Deze behoeven echter continue bewaking. Een aantal andere factoren zijn punten van zorg. Geluidshinder en bedreigingen in ons binnenmilieu vertonen een ongunstige trend. Luchtverontreiniging is een actueel thema met controverses over de normen. De aanpak van deze bedreigingen vragen samenwerking met andere departementen, andere landen en de EU. Er zijn grote economische belangen mee gemoeid. Sociale kwetsbaarheid heeft brede impact op gezondheid en krijgt weinig aandacht in het beleid.

3.6 Conclusie

Met de informatie hieruit kan ter zijner tijd de eerste vraag van het advies beantwoord worden. VWS stelde deze vraag vooral om een toets te hebben op de aandoeningen en speerpunten in de nota Langer gezond leven. In deze notitie noemt VWS zes prioritaire ziekten; CHZ, kanker, diabetes mellitus, psychische aandoeningen, COPD en bewegingsapparaat. Naar verwachting zullen deze prioriteiten niet wezenlijk veranderen in de nieuwe Nota (najaar 2006). Daarnaast heeft het departement overgewicht, roken en diabetes mellitus gekozen als speerpunten voor beleid. VWS lijkt hiermee de belangrijkste problemen wel in beeld te hebben. Een uitzondering hierop ligt in de gezondheidsdeterminanten in de fysieke en sociale omgeving van mensen. Het is de vraag of de milieufactoren, maar vooral ook de sociale determinanten voldoende aandacht krijgen.

4 Selectie

4.1 Voorstel voor selectie

De vraag in dit hoofdstuk is welke van de hiervoor genoemde volksgezondheidsproblemen het meest geschikt zijn voor verdere uitwerking in het advies en dus voor beantwoording van vraag 2 en 3 van het advies. De eerste stap in het selectieproces is de toetsing van de hiervoor beschreven problemen aan de criteria. Een deel van de criteria is al genoemd in het plan van aanpak. Kort gezegd gaat het om:

1. Aandoening met een grote ziektelast, hoge kosten en een ongunstige trend en met impact op arbeidsproductiviteit en gezonde levensverwachting;
2. Aandoening die vatbaar is voor aanpak vanuit de publieke gezondheid;
3. Aard van de risicofactoren; over het palet van te selecteren aandoeningen moet diversiteit in risicofactoren ontstaan;
4. Aandoeningen waarbij iets te leren valt over de aanpak van het probleem of over de bestuurlijke organisatie. Ook hier is de diversiteit van het totale palet van belang.

Het laatste criterium vraagt eigenlijk al een compleet overzicht over mogelijke interventies (nationaal en internationaal) en om een goed beeld van alle bestuurlijke knelpunten. De scan geeft weliswaar een eerste indruk, maar het is niet mogelijk nu al een volledig overzicht te geven. Bij de beoordeling van het laatste criterium is daarom vooral gekeken naar de diversiteit van de betrokken partijen, de effectiviteit van het huidige beleid en is een eerste indruk ontstaan over mogelijke nieuwe ideeën. Bij de keuze van de onderwerpen is het ook van belang dat het facetbeleid en de noodzaak van internationale samenwerking aan de orde komen. De tabel hieronder geeft de belangrijkste aandoeningen onder de Nederlandse bevolking met een stijgende trend. In de tabel worden deze problemen getoetst aan de criteria.

Tabel 4.1 Relevante aandoeningen voor selectie (basis tabel 7 bijlage 1)

Ongunstige trend/ ziektelast/ kosten	Risico- factoren	Vatbaar voor PG aanpak	Impact kosten cure*	Impact op arbeids- productiviteit*	Voorbeeld waaruit veel te leren is
Angststoornissen	Sociale kwetsbaarheid	Vroeg-signalering	+/-	+	- Nog weinig beleid
Astma/COPD	- Roken - Overgewicht - Te weinig bewegen - Milieufactoren	Vooral roken	+	+	- Roken wel effectief beleid - Veel aandacht bij huisartsen
Depressie	- Sociale kwetsbaarheid - Fysieke problemen	- Vroeg-signalering - Preventie bij aandoeningen (b.v. na TIA)	+/-	+	- Nog weinig beleid - Beleid sterk afhankelijk van leeftijdsgroep en setting
DM type II	- Overgewicht - Te weinig bewegen - Genetische factoren	- Preventie en behandeling risicofactoren - Vroegdiagnostiek	+	+	- Behandeling risicofactor is complex - Veel partijen (ook buiten de zorg)
Visusstoornissen	?	Nee	-	-	
Longontsteking	Zie astma/COPD		+/-	-	Zie COPD
Privé-ongevallen	- Bij jongeren: middelengebruik - Bij ouderen: diverse aandoeningen (ritmestoornissen, osteoporose)	- Vooral bij ouderen - Leefadviezen - Vroegdiagnostiek (duizeligheid) - Aanpassen leefomgeving	++	Niet bekend	Veel te leren over samenwerking cure/care en GGD/gemeente (Ruimtelijke ordening)

* Potentiële impact door aanpak vanuit PG

Op basis van bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat psychische problemen in ieder geval deel uit moeten maken van de selectie. De projectgroep stelt voor om de aanpak van deze problemen in de arbeidssituatie uit te werken. De potentiële winst is hier groot, relatief snel te realiseren en politiek relevant. De samenwerking van VWS met SoZaWe is hier ook van belang.

Overgewicht hoort ook ingesloten te zijn. De projectgroep stelt voor om dit probleem bij jongeren aan te pakken. Hier is preventie van overgewicht mogelijk, waarmee de basis wordt gelegd bij de jongeren voor een gezonde leefstijl over hun hele leven. Het aantal betrokkenen is hoog en divers (ook buiten de zorg).

De volgende vraag is of COPD en astma ook geselecteerd moeten worden. De projectgroep stelt voor om dit niet te doen. Dit om twee

redenen. Ten eerste is er al veel aandacht en beleid op dit gebied en ten tweede is de belangrijkste risicofactor roken met succes aangepakt. Consequentie van deze keuze is dat het roken bij jongeren niet aan bod komt. De vraag is of hier al niet veel effectief beleid gemaakt is de afgelopen jaren. Als het gaat om een keuze tussen de twee grote risicofactoren roken en overgewicht, is de laatste echter relevanter omdat de trend aanzienlijk minder gunstig is.

De projectgroep stelt voor om accidentele val bij ouderen op te pakken. Naast psychische stoornissen, is dit een aandoening waar veel mogelijkheden liggen op het gebied van primaire preventie. Verder voldoet het voorbeeld ook aan de eis dat het aantal betrokkenen groot en divers is en er veel te leren is. Een bijkomend voordeel is dat er nog betrekkelijk weinig aandacht voor het probleem is, terwijl de kosten toch niet onaanzienlijk zijn.

Kijkend naar dit palet constateert de projectgroep verder dat een voorbeeld ontbreekt waarin internationale samenwerking en de rol van de Europese Unie belangrijke componenten van de aanpak zijn. Om dit te ondervangen stelt de projectgroep voor om het 'fijn stof' probleem uit te werken.

4.2 Conclusie

Hoewel er vele manieren zijn om 'groot' te definiëren als het gaat om volksgezondheidsproblemen, lijkt het erop dat VWS in de nota Langer gezond leven de belangrijkste aandoeningen/ziekten en risicofactoren wel in het vizier heeft. Wat echter in de nota ontbreekt is een analyse naar doelgroep. Het beeld verschilt namelijk nogal per groep. Doordat de RVZ de vragen van het departement zal beantwoorden aan de hand van voorbeeldproblemen per doelgroep komt dit punt duidelijk in de advisering aan de orde.

Voor beantwoording van vraag 2 en 3 van het advies stelt de projectgroep voor om per doelgroep één aandoening te selecteren. Om alle beleidsproblemen te kunnen behandelen acht de projectgroep het noodzakelijke om ook één of twee volksgezondheidsbedreigingen uit de fysieke en sociale omgeving in te sluiten in de selectie. Dat betekent het volgende:

Jeugd	Overgewicht
Arbeidsproductieve bevolking	Psychische problemen
Ouderen	Accidentele val
Omgevingsfactoren	Fijn stof

Noot

- ¹ De betreffende werkdocumenten zijn niet gepubliceerd en kunnen bij het secretariaat van de RVZ worden opgevraagd.

De invloed van gezondheid op vervroegde uittreding uit het arbeidsproces

Dr. A. Burdorf
Prof. dr. J.P. Mackenbach



Inhoudsopgave

1	Inleiding	40
1.1	Achtergrond	40
1.2	Vraagstelling van onderzoek	42
1.3	Opbouw van dit rapport	42
2	Gegevens en methoden	44
2.1	Beschikbare gegevensbestanden	44
2.2	Definitie van de kerngegevens in SHARE-studie	45
2.3	Definitie van de kerngegevens in ECHP-studie	47
2.4	Statistische analyse	48
3	Resultaten	49
3.1	SHARE-studie	49
3.2	ECHP-studie	56
3.3	Vergelijking van resultaten SHARE en ECHP	59
3.4	Theoretische bijdrage van leefstijl- en arbeidsfactoren aan vroeguittrekking	60
3.5	Consequenties voor de gemiddelde leeftijd van uittrekking	63
4	Discussie	66
5	Conclusies en aanbevelingen	71
5.1	Conclusies	71
5.2	Aanbevelingen	71
	Referenties	73

Samenvatting

In Nederland neemt de arbeidsparticipatie onder mannen en vrouwen vanaf 50-jarige leeftijd snel af. Gezondheidsproblemen zijn een belangrijke oorzaak van de lagere arbeidsparticipatie onder oudere werknemers. Dit is het meest evident in de sterke toename van het aandeel arbeidsongeschikten onder 50-plussers. Gezondheid speelt echter ook een rol in vervroegde uittreding uit het arbeidsproces door vroegpensioenering en werkloosheid.

Op basis van de arbeidsparticipatie in 2004 wordt geschat dat van alle mannen die op 50-jarige leeftijd werken 12% door arbeidsongeschiktheid, 19% door werkloosheid en 49% door vroegpensioen voor het 65ste levensjaar is gestopt met werken. Voor vrouwen zijn deze getallen respectievelijk 20%, 26% en 28%. De gemiddelde leeftijd van uittreding is 61,1 jaar onder mannen en 58,4 jaar onder vrouwen.

De analyse van twee internationale databestanden, de European Community Household Panel studie en de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, laat zien dat 3 factoren een bijdrage leveren aan de uitstroom door werkloosheid en vroegpensioen: een matige/slechte algemene gezondheid, ongezonde leefstijl (met name gebrek aan lichamelijke inspanning en ernstig overgewicht) en belastende arbeidsomstandigheden (met name fysieke belasting en hoge werkdruk). Het gecombineerde effect van deze 3 factoren verklaart 20% van de arbeidsuitval door vroegpensioen en 38% van de arbeidsuitval door werkloosheid voor het 65ste levensjaar.

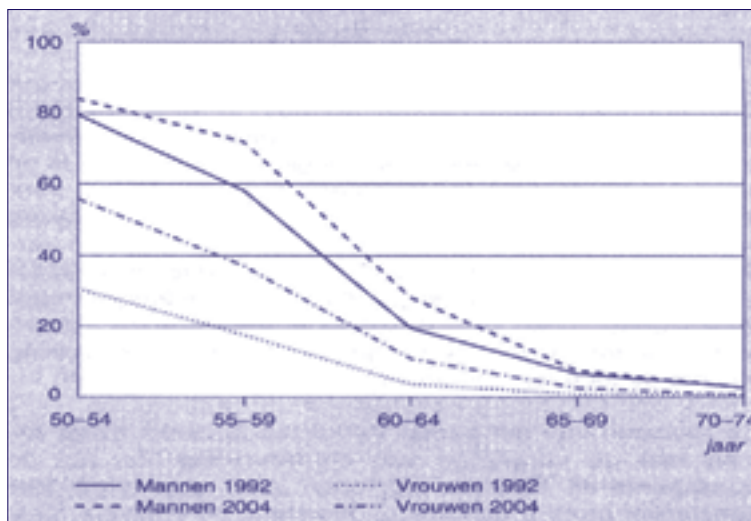
Preventieve interventies op deze 3 factoren hebben een groot potentieel om arbeidsuitval voor de 65-jarige leeftijd te verminderen. Bij volledige eliminatie van de invloed van genoemde 3 factoren zullen mannen gemiddeld 8 maanden later uit het arbeidproces treden en vrouwen zo'n 12 maanden. Daarnaast wordt eveneens de proportie mannen en vrouwen verhoogd, die in goede gezondheid op 65-jarige leeftijd kunnen besluiten nog enige jaren betaalde arbeid te verrichten. Hiermee kan de publieke gezondheid een belangrijke bijdrage leveren aan de betaalbaarheid van de sociale zekerheid door verbetering van de arbeidsparticipatie onder oudere werknemers.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Diverse Westerse landen worden geconfronteerd met een vergrijzende bevolking waardoor een steeds kleinere groep werkende mensen het draagvlak vormt voor de publieke voorzieningen. Dit gegeven ligt ten grondslag aan het streven in vele landen om de gemiddelde pensioengerechtigde leeftijd in de komende jaren te verhogen. Het is echter paradoxaal dat juist de arbeidsparticipatie onder oudere werknemers laag is. Hoewel in Nederland de arbeidsparticipatie van 55-64 jarigen sterk is gestegen in de afgelopen 10 jaar, blijft vooral onder de 60-64 jarigen de arbeidsparticipatie erg laag.[1]

Figuur 1 Arbeidsparticipatie van ouderen naar geslacht en leeftijd



Bron: Lautenbach et al 2005 [1]

De vroegtijdige uittreding uit de arbeidsmarkt onder werknemers van 50 jaar en ouder gebeurt niet alleen door vervroegde pensionering (bv VUT regelingen), maar ook door arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. Er bestaat een zekere mate van substitutie tussen deze verschillende mogelijkheden van het verlaten van de arbeidsmarkt, waarbij de sociale zekerheid (arbeidsongeschiktheid, werkloosheid) het voorportaal kan zijn van pensionering.[2] In de verklaring van de lagere arbeidsparticipatie onder ouderen in Nederland spelen opleiding, sociaal-economische positie, geslacht, huishoudsituatie, beroepsgroep en pensioenstelsel een belangrijke rol. Hoger opgeleiden hebben een geringere kans op werkloosheid en arbeidsongeschiktheid en maken minder cq later gebruik van vervroegd

pensioen. Vrouwen hebben traditioneel een lagere arbeidsparticipatie in alle leeftijdscategorieën en maken relatief vaak de overgang van werk naar een situatie zonder eigen inkomen. De aanwezigheid van een werkende partner verkleint de kans op instroom in arbeidsongeschiktheid of vervroegde pensionering. In bepaalde sectoren, zoals bouw, vervoer en openbaar bestuur, treden werknemers vaker uit via vervroegd pensioen dan werknemers in de industrie, soms door de aanwezigheid van een functioneel leeftijdsontslag. Daarnaast leidt een pensioenvoorziening waarbij het netto inkomen niet stijgt bij extra gewerkte jaren tot het opnemen van vervroegd pensioen zodra de mogelijkheid zich aandient.[1, 2]

In de verklaring van een lagere arbeidsparticipatie onder oudere werknemers spelen gezondheidsproblemen echter ook een belangrijke rol. Dit is het best zichtbaar in de sterke toename van de proportie arbeidsongeschikten onder 50-plussers. Nederland is een van de landen met de hoogste arbeidsongeschiktheid. In 2000 had bijna 9% van de bevolking in de werkzame leeftijd een arbeidsongeschiktheidsuitkering en deze uitkering verklaarde ruim 30% van de uitstroom uit de arbeidsmarkt onder werknemers van 55 jaar en ouder.[3]

Er zijn sterke indicaties uit buitenlands onderzoek dat gezondheidsproblemen ook kunnen leiden tot gebruikmaking van bestaande regelingen voor vervroegd uittreden, maar dit mechanisme is in Nederland niet goed onderzocht. Finse studies onder oudere werknemers laten zien een zelf-gerapporteerde matige algemene gezondheid (RR = 2,9) een voorspeller is voor vroegtijdige pensionering.[4] In een vervolgstudie bleek dat depressieve klachten (RR = 1,9) samenhangen met vroegtijdige pensionering gedurende een 11-jarige follow-up periode.[5] In een Deense studie onder huisvuilbeladers en wegonderhoud-werkers was zelf-gerapporteerde fysieke belasting, met name regelmatige extreme buiging en draaiing van de rug (OR = 6,8), een sterke risicofactor voor een vervroegd pensioen.[6] In het voornoemde Finse longitudinaal onderzoek bleek onder werknemers van 44 tot 51 jaar in fysiek-belastende beroepen het werkvermogen, een index gebaseerd op mentale en fysieke capaciteiten en gezondheid, een goede voorspeller voor vroegtijdige uittreding uit het arbeidsproces. Werknemers met regelmatige intensieve lichaamsbeweging in de vrije tijd behielden of verbeterden hun werkvermogen gedurende de 11-jarige follow-up periode, terwijl onder werknemers met een gebrek aan lichamelijke activiteit het werkvermogen daalde en het risico op vroegtijdige uittreding steeg.[7] Dit onderzoek laat zien dat maatregelen ter bevordering van de gezondheid van de oudere werknemer kunnen leiden tot een geringere uitval door arbeidsongeschiktheid en vroegtijdige pensionering.

Het bevorderen van de gezondheid van de oudere werknemer kan dan ook een belangrijke bijdrage leveren aan de maatschappelijke doelstelling in Westerse landen om de gemiddelde pensioenleeftijd te verhogen.[8] Een effectief systeem van publieke gezondheid kan de gezondheid van oudere werknemers bevorderen, voorkomen dat gezondheidsproblemen bij deze werknemers leiden tot vervroegde uittreding uit de arbeidsmarkt, en aldus een grote bijdrage leveren aan de betaalbaarheid van het stelsel van sociale zekerheid.

1.2 Vraagstelling van onderzoek

Om beter inzicht te krijgen in de bijdrage van gezondheid aan uittreding uit het arbeidsproces van de oudere werknemers door vroegpensioenering, worden analyses uitgevoerd op twee Europese databestanden, te weten de Europese huishouden-panel studie (ECHP) en de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). De analyse wordt gericht op de invloed van gezondheid op vroegpensioen en werkloosheid onder oudere werknemers. De relatie tussen gezondheid en arbeidsongeschiktheid op oudere leeftijd wordt in dit rapport grotendeels buiten beschouwing gelaten, omdat hierover uitgebreide literatuur beschikbaar is.

Door het internationale karakter van voornoemde databestanden is het tevens mogelijk de Nederlandse situatie af te zetten tegen die in andere Europese landen. Deze achtergrondstudie richt zich op de volgende vragen:

- Wat is de bijdrage van gezondheid in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen aan de diverse vormen van vroegtuitreding uit het arbeidsproces?
- Wat zijn relevante determinanten van een matige gezondheid onder werknemers in deze leeftijdsgroep (met name leefstijl- en arbeidsgebonden factoren)?
- Hoe groot is de bijdrage die primaire en secundaire preventieve interventies theoretisch kunnen leveren aan het verminderen van de gezondheidsbeïnvloede vroegtuitreding?
- Welke aanknopingspunten voor preventie van gezondheidsproblemen levert dat op?

1.3 Opbouw van dit rapport

De methodologische achtergrond van de secundaire data-analyse van de beschikbare gegevensbestanden is beschreven in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 worden per studie de resultaten gepresenteerd, waarbij voor elk onderdeel apart is aangegeven hoe de situatie in Nederland is in vergelijking met andere Europese landen. Tevens wordt een schatting gemaakt van de mogelijke winst van preventieve interventies op de gemiddelde

leeftijd van vroegtuitreding. Hoofdstuk 4 bevat een korte discussie met aandacht voor de invloed van belangrijke beperkingen in de beschikbare gegevens op de onderzoeksresultaten. Hoofdstuk 5 presenteert de belangrijkste conclusies en kernboodschappen.

2 Gegevens en methoden

2.1 Beschikbare gegevensbestanden

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)

De SHARE-studie (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) uit 2004 is een cross-sectionale studie in 10 Europese landen naar gezondheid, veroudering en pensionering onder 22.777 mannen en vrouwen van 50 jaar en ouder, gebaseerd op random steekproeven uit de algemene bevolking in ieder land. Er zijn gegevens beschikbaar van deze personen over hun arbeidsstatus, gezondheid, beroepsgerelateerde fysieke en psychosociale belasting, diverse leefstijlfactoren en een aantal demografische variabelen. Voor een uitgebreide beschrijving van de doelstellingen en inrichting van de SHARE-studie wordt verwezen naar achtergronddocumentatie.[9]

Voor de analyse van zelf-gerapporteerde matige gezondheid op de diverse vormen van vroegtijdige uittreding uit het arbeidsproces zijn personen in de leeftijdsgroep van 50-64 jaar geselecteerd. De beperking tot personen jonger dan 65 jaar is gemaakt op basis van de wettelijke pensioenleeftijd van 65 jaar in de meeste lidstaten van de Europese Unie. Omdat de aanwezigheid van gezondheidsproblemen een *conditio sine qua non* is voor arbeidsongeschiktheid, zijn personen met een uitkering in het kader van arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsregelingen in de kernanalyses buiten beschouwing gelaten. Voor de kernanalyses van de invloed van gezondheid op vroegtijdige uittreding zijn uiteindelijk 8.288 personen beschikbaar, waarvan 5.551 werkenden, 2.198 vroeg-gepensioneerden en 539 werklozen.

Europese huishouden-panel studie (ECHP)

De Europese huishouden-panel studie (ECHP) is een survey die is opgezet voor de lidstaten van de Europese Unie met informatie over gezondheid, arbeidsparticipatie, demografische kenmerken en enkele leefstijlfactoren. De eerste tranche van de dataverzameling startte in 1994 in 12 landen met in elk land een random steekproef uit de algemene bevolking. De respondenten zijn een aantal jaren herhaald ondervraagd, zodat een longitudinaal gegevensbestand is gevormd. Bij de start omvatte de onderzoekspopulatie ruim 70.000 huishoudens en bijna 200.000 personen van 16 jaar en ouder waarvan na 5 jaar nog bijna 60.00 huishoudens en 160.000 personen deelnamen. Voor een uitgebreide beschrijving van de doelstellingen en opzet van de ECHP-studie wordt verwezen naar achtergronddocumentatie.[10, 11]

In deze longitudinale studie is het mogelijk deelnemers te selecteren die gedurende de follow-up het arbeidsproces hebben verlaten. In deze spe-

cifieke subgroep kan de invloed van gezondheid op de transitie van werk naar werkloosheid en vroegpensioen worden bestudeerd. Voor deze achtergrondstudie zijn de volgende selectiecriteria toegepast:

- personen in de leeftijdsgroep van 50-64 jaar;
- personen met betaald werk in de twee jaren voorafgaande aan de transitie van werk naar werkloosheid of vroegpensioen.

Hierdoor is een gegevensbestand geformeerd met drie herhaalde metingen per persoon waarbij tijdens de eerste twee metingen de persoon betaalde arbeid verrichtte en tijdens de derde meting werkte, werkloos is geworden of met vroegpensioen is gegaan. Voor de analyse zijn uiteindelijk 10.101 personen geselecteerd waarbij in de laatste meting 2.255 personen uit het arbeidsproces waren getreden door vroegpensioen (n=1.737) en werkloosheid (n = 518).

In de ECHP-studie is de arbeidsmarkt-positie op zodanige wijze geformuleerd dat het niet goed mogelijk is een geschikte definitie te hanteren voor personen die wegens volledige arbeidsongeschiktheid het arbeidsproces verlaten (zie paragraaf 2.2).

Verschillen tussen beide bestanden

De SHARE-studie is specifiek gericht op personen van 50 jaar en ouder en door de gehanteerde steekproefmethode vormen de gegevens een goede afspiegeling van de arbeidsparticipatie onder de geselecteerde personen in de leeftijdsgroep van 50 t/m 64 jaar. De ECHP-studie is gebruikt om een specifieke selectie te maken van personen in de leeftijdsgroep van 50 t/m 64 jaar die minimaal twee achtereenvolgende jaren betaalde arbeid hebben verricht en in het derde jaar hebben gewerkt of vroegtijdig zijn uitgetreden. Hierdoor is het gebruikte databestand uit de ECHP-studie geen goede afspiegeling van de arbeidsparticipatie onder oudere werknemers omdat werkenden zeer sterk zijn oververtegenwoordigd. Dit betekent dus ook een sterke oververtegenwoordiging van de determinanten die werk bepalen, zoals geslacht (veel meer mannen dan vrouwen) en leeftijd (relatief veel 50-54 jarigen tov 60-64 jarigen). De prevalentie van gezondheidsklachten in deze studiegroep is dan ook niet op te vatten als een schatting van de prevalentie van gezondheidsklachten onder personen in de leeftijdsgroep van 50-64 jaar.

2.2 Definitie van de kerngegevens in SHARE-studie

Vormen van vroegtuitreding

In de secundaire analyse van het SHARE-databestand is de arbeidsparticipatie vastgesteld op basis van een vraag naar de huidige situatie, waarbij de volgende 5 exclusieve categorieën zijn onderscheiden: werk in loondienst of als zelfstandige, werkloos, gepensioneerd, huisvrouw/man, en chronisch ziek, gehandicapt of arbeidsongeschikt. Personen met een

positief antwoord op de laatste twee antwoordcategorieën zijn geëxcludeerd in de kernanalyses van gezondheid op werkstatus. Daarmee zijn de volgende twee eindpunten van vroegtittreding gedefinieerd:

- Vroegpensioen.
Een werknemer die voor zijn 65ste levensjaar met pensioen is gegaan als gevolg van lokale of bedrijfsspecifieke regelingen voor vroegtijdige pensionering (zoals VUT, functioneel leeftijdsontslag).
- Werkloos.
Een werknemer van 50 tot 64 jaar die geen inkomen uit werk had.

Gezondheidsgegevens

De ervaren algemene gezondheid is gemeten op een 5-puntschaal waarbij de antwoordcategorieën 'goed' en 'zeer goed' zijn samengevoegd tot 'goed' en de antwoordcategorieën 'matig', 'slecht' en 'zeer slecht' zijn samengevoegd tot 'matig/slecht'. [12] Een chronisch gezondheidsprobleem is gebaseerd op een positief antwoord op de vraag naar de aanwezigheid van een gezondheidsprobleem, ziekte, handicap of beperking die de respondent geruime tijd heeft beïnvloed of nog zal gaan beïnvloeden. De lijst van specifieke gezondheidsproblemen is afkomstig van de vraag: "Heeft een arts u ooit verteld dat u een van de gezondheidsproblemen had, zoals vermeld op deze kaart", gevolgd door een limitatieve lijst van antwoordcategorieën (lifetime prevalentie). Depressieve symptomen zijn gemeten met behulp van de 12 item EURO-D schaal voor depressie. Er is een som score berekend (0-12 punten) en personen met een som score van 4 en hoger zijn beschouwd als personen met depressieve symptomen. [13]

Demografische gegevens

Als belangrijkste demografische variabelen zijn vastgesteld: leeftijd, geslacht, lengte en gewicht en opleiding. Opleiding is ingedeeld in lage opleiding (lager onderwijs en lager beroepsonderwijs), middelbare opleiding (middelbaar (beroeps)onderwijs en voortgezet algemeen onderwijs) en hoge opleiding (hoger beroeps- en wetenschappelijk onderwijs) op basis van de International Standard Classification of Education Degrees 1997.

Leefstijlfactoren

Op basis van lengte en gewicht is de body mass index (bmi) berekend met de volgende afkappunten: normaal gewicht ($bmi < 25$), overgewicht ($25 \leq bmi < 30$) en obesitas ($bmi \geq 30$). Roken is gedefinieerd als huidige rokers. Personen die minimaal 5 dagen in de week gemiddeld meer dan 2 glazen alcohol gebruiken, zijn beschouwd als drinkers. Personen zonder enige lichamelijke activiteit zijn gedefinieerd als diegenen die (vrijwel) nooit inspannende lichamelijke activiteiten in werk, sport of vrije tijd verrichten.

Arbeidsgebonden risicofactoren

Onder personen met betaald werk zijn vragen gesteld naar de ervaren arbeidsomstandigheden op een 4-puntschaal, variërend van 'geheel mee eens' tot 'geheel mee oneens'. Als kernvariabelen zijn gebruikt: fysiek belastende werkzaamheden en regelmatige tijdsdruk. Door de grote overlap tussen ervaren tijdsdruk en gebrek aan regelmogelijkheden in het werk is alleen de ervaren tijdsdruk in de verdere analyse meegenomen. Het antwoord op de relevante vragen is gedichotomiseerd tot blootstelling (<geheel> mee eens) en afwezigheid van blootstelling (<geheel> mee oneens).

2.3 Definitie van de kerngegevens in ECHP-studie

Vormen van vroegtuitreding

De secundaire analyse van het longitudinale ECHP-bestand is gericht op de invloed van gezondheid in de twee jaren voorafgaande aan eventuele transitie van werk naar niet-werk. De arbeidsparticipatie is vastgesteld op basis van een vraag naar de huidige situatie met een twaalfal antwoordcategorieën op basis waarvan de volgende arbeidsmarkt-categorieën zijn te definiëren: werk in loondienst of als zelfstandige, werkloos, gepensioneerd en huisvrouw cq huisman. Personen die minder dan 15 uur/week betaald werk verrichten, zijn in de ECHP-studie niet als werkenden beschouwd en kunnen vallen onder een van de andere antwoordcategorieën. De oorspronkelijke antwoord-indeling bevat ook een rest-categorie 'economisch inactief', die deels gehandicapten en personen die arbeidsongeschikt zijn geworden omvat.

In principe kan de definitie van personen die het arbeidsproces verlaten door arbeidsongeschiktheid mede worden bepaald op basis van de informatie over de inkomenssituatie. In de eerste dataverzameling in 1994 in Nederland (n= 1866) bleek 17% van de respondenten een uitkering in het kader van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit te hebben. Daarvan classificeerde zich 37% als economisch inactief, 33% als huisvrouw/man, 11% als werkloos en 9% als werkend. Door deze overlap tussen zelf-gerapporteerde arbeidsmarkt-positie en bron van inkomen is het niet mogelijk zonder gedetailleerd aanvullend onderzoek te komen tot een geschikte operationele definitie van personen die omwille van het arbeidsongeschiktheid het arbeidsproces hebben verlaten. Door deze beperkingen zijn de volgende eindpunten van vroegtuitreding gedefinieerd:

- Vroegpensioen.
Een werknemer van 50 tot 64 jaar die na minimaal 2 jaar betaald werk voor zijn 65ste levensjaar met pensioen is gegaan als gevolg van lokale of bedrijfsspecifieke regelingen voor vroegtijdige pensionering (zoals VUT, functioneel leeftijdsontslag).

- Werkloos.
Een werknemer van 50 tot 64 jaar die na minimaal 2 jaar betaald werk werkloos is geworden.

Gezondheidsgegevens

De ervaren algemene gezondheid is gemeten op een 5-puntschaal waarbij de antwoord-categorieën 'goed' en 'zeer goed' zijn samengevoegd tot 'goed' en de antwoordcategorieën 'matig', 'slecht' en 'zeer slecht' zijn samengevoegd tot 'matig/slecht'. [12] Een chronisch gezondheidsprobleem is gebaseerd op een positief antwoord op de vraag naar de aanwezigheid van een chronisch fysiek of psychisch probleem, ziekte of handicap. [10]

Demografische gegevens

Als belangrijkste demografische variabelen zijn beschikbaar: leeftijd, geslacht en opleiding. Opleiding is ingedeeld in lage opleiding (lager onderwijs en lager beroepsonderwijs), middelbare opleiding (middelbaar (beroeps)onderwijs en voortgezet algemeen onderwijs) en hoge opleiding (hoger beroeps- en wetenschappelijk onderwijs) op basis van de International Standard Classification of Education Degrees 1997.

Leefstijlfactoren en arbeidsgebonden factoren

In de ECHP-studie is pas vanaf de vijfde meting enige informatie verzameld over leefstijlfactoren, waardoor leefstijlfactoren in deze secundaire analyse niet beschikbaar zijn. De ECHP-studie bevat een enkele vraag over de tevredenheid met de arbeidsomstandigheden in de huidige functie. Door het te algemene karakter van de vraag is deze informatie buiten de analyse gelaten.

2.4 Statistische analyse

Als maat voor de associatie van gezondheid met de diverse vormen van vroegtuitreding is de odds ratio gebruikt. De odds ratio is het quotiënt van de kans op vroegtuitreding en de kans op blijven werken. Bij een lage frequentie van vroegtuitreding benadert de odds ratio het relatieve risico. Het relatieve risico geeft aan hoe groot de kans is op vroegtuitreding onder personen met een matige gezondheid ten opzichte van personen met een goede gezondheid. De odds ratio's van relevante risicofactoren zijn berekend met behulp van logistische regressie-analyse.

Voor de belangrijkste determinanten is de bijdrage berekend aan de totale vroegtuitreding. Het populatie-attributieve fractie (PAR) geeft aan de proportie van vroegtuitreders in de totale populatie dat is te wijten aan de betreffende determinant. De PAR is een functie van zowel de grootte van het risico als van de prevalentie van de determinant.

3 Resultaten

3.1 SHARE-studie

Arbeidsparticipatie

In tabel 1 staat de procentuele verdeling over werk, werkloosheid, vroegpensioen, arbeidsongeschikt/gehandicapt en overige niet-werkenden per land in de onderzoekspopulatie, gestratificeerd naar geslacht. Dit overzicht laat zien dat in Nederland de arbeidsparticipatie onder mannen gemiddeld is en onder vrouwen laag. In beide Scandinavische landen zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen relatief gering.

Tabel 1 Verdeling in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen naar werk, werkloosheid, vroegpensioen, arbeidsongeschikt/gehandicapt en overige niet-werkenden per land, gestratificeerd naar geslacht, in de onderzoekspopulatie van de SHARE-studie

Land		Werk %	Vroegpensioen %	Werkloos %	Arbeidsongeschikt/gehandicapt %	Overige niet-werkenden %
Zweden	Mannen (n=602)	77%	14%	5%	5%	0%
	Vrouwen (n=709)	72%	118%	3%	5%	2%
Denemarken	Mannen (n=385)	68%	20%	8%	3%	0%
	Vrouwen (n=367)	59%	26%	7%	6%	2%
Nederland	Mannen (n=598)	66%	16%	4%	13%	1%
	Vrouwen (n=737)	39%	3%	2%	10%	45%
Zwitserland	Mannen (n=217)	80%	10%	3%	6%	1%
	Vrouwen (n=227)	60%	9%	3%	4%	23%
Duitsland	Mannen (n=649)	61%	22%	11%	6%	0%
	Vrouwen (n=771)	47%	19%	8%	3%	22%
Oostenrijk	Mannen (n=400)	43%	48%	5%	4%	0%
	Vrouwen (n=517)	24%	50%	4%	2%	20%
Frankrijk	Mannen (n=385)	57%	31%	6%	5%	1%
	Vrouwen (n=439)	52%	17%	7%	4%	20%
Italië	Mannen (n=509)	45%	49%	5%	1%	0%
	Vrouwen (n=706)	23%	29%	2%	1%	46%
Spanje	Mannen (n=372)	62%	23%	7%	7%	1%
	Vrouwen (n=557)	30%	4%	6%	4%	55%
Griekenland	Mannen (n=475)	70%	25%	3%	1%	0%
	Vrouwen (n=506)	29%	20%	3%	0%	48%

De totale arbeidsparticipatie van Nederlandse mannen ligt rond het Europese gemiddelde maar ligt bijvoorbeeld onder de arbeidsparticipatie van Zweedse vrouwen. De proportie mannen met vroegpensioen in Nederland is relatief laag en ligt in dezelfde grootte-orde als in Scandinavische landen. Nederlandse vrouwen hebben een lage arbeids-

participatie. Nederland is koploper in het relatieve aandeel van arbeidsongeschikten/gehandicapten in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen. Het onderscheid tussen arbeidsongeschikten en gehandicapten is in de beschikbare gegevens niet goed te maken, maar in Nederland zal de bijdrage van arbeidsongeschikten veel groter zijn dan de bijdrage van gehandicapten.

Systematische verschillen in respons naar geslacht en werk-status kunnen de vergelijking tussen landen enigszins hebben beïnvloed. In de verdere analyse van de invloed van gezondheid op vroegtuitreding is alleen de onderzoekspopulatie van personen met werk, werkloos of vroegpensioen betrokken (n=8.288).

Algemene gezondheid en vroegtuitreding

In de totale onderzoekspopulatie van 8.288 personen in de leeftijdscategorie 50-64 jaar had 67% betaald werk (n=5.551), 27% was met vroegtijdig pensioen (n=2.198) en 7% was werkloos (n=539). De algemene gezondheid is door 23% (n=1.875) als matig tot slecht beoordeeld en 38% (n=3.163) rapporteerde de aanwezigheid van een chronisch gezondheidsprobleem. Tussen beide gezondheidsmaten bestond een grote overlap waarbij 65% van de personen met een matig/slechte algemene gezondheid ook een chronisch gezondheidsprobleem aangaf.

Meer dan 80% van de arbeidsongeschikten en gehandicapten rapporteerden een matig tot slechte algemene gezondheid of een chronisch gezondheidsprobleem. Nagenoeg elke arbeidsongeschikte of gehandicapte persoon meldde een van beide gezondheidsproblemen. Deze groep is hier verder buiten beschouwing gelaten omdat gezondheid als determinant samenvalt met de uitkomstmaat arbeidsongeschikt/gehandicapt.

Een matig/slechte algemene gezondheid en een chronisch gezondheidsprobleem hangen beide significant samen met vroegpensioen en werkloosheid (zie tabel 2). Het effect van beide gezondheidsmaten is nagenoeg even groot als het effect van een laag opleidingsniveau ten opzichte van een hoog opleidingsniveau. Vrouwen hebben een hogere kans op vroegpensioen, ondanks het feit dat de arbeidsparticipatie onder vrouwen veel lager was dan onder mannen. Het sterke effect van leeftijd op vroegpensioen laat zien dat veel respondenten voor het bereiken van de 65-jarige leeftijd met pensioen zijn gegaan.

Tabel 2 De invloed van gezondheid op vroegpensioen en werkloosheid in de leeftijds-groep 50-64 jarigen in de onderzoekspopulatie van de SHARE-studie

	n	Vroegpensioen (n=7.749)		n	Werkloosheid (n=6.090)	
		OR	95% BI		OR	95% BI
Model 1 ¹ : Matig/slechte algemene gezondheid	1671	1,90*	1,63-2,21	1157	2,42*	1,99-2,94
Leeftijd 50-54 jaar	2664	1,00		2745	1,00	
55-59 jaar	2573	4,61*	3,71-5,73	2316	1,22	0,99-1,50
60-64 jaar	2512	48,4*	38,9-60,2	1029	1,90*	1,49-2,43
Geslacht (vrouw t.o.v. man)	3528	1,31*	1,14-1,49	2741	1,16	0,96-1,39
Opleiding Hoog	2308	1,00		1976	1,00	
Middelbaar	2681	1,49*	1,26-1,77	2083	1,58*	1,24-2,01
Laag	2702	1,61*	1,35-1,92	1981	2,05	1,57-2,67
Model 2 ¹ : Chronisch gezondheidsprobleem	2899	1,43*	1,25-1,64	2187	1,60*	1,33-1,93
Leeftijd 50-54 jaar	2664	1,00		2745	1,00	
55-59 jaar	2573	4,61*	3,71-5,73	2316	1,22	0,99-1,50
60-64 jaar	2512	48,1*	38,7-59,7	1029	1,95*	1,53-2,49
Geslacht (vrouw t.o.v. man)	3528	1,31*	1,13-1,49	2741	1,17	0,97-1,41
Opleiding Hoog	2308	1,00		1976	1,00	
Middelbaar	2681	1,54*	1,30-1,83	2083	1,64*	1,29-2,09
Laag	2702	1,71*	1,44-2,04	1981	2,21*	1,70-2,87

¹ gecorrigeerd voor land * Wald Chi-kwadraat, p < 0,05

Tabel 3 De invloed van gezondheid op vroegpensioen en werkloosheid in de leeftijds-groep 50-64 jarigen onder Nederlandse respondenten in de SHARE-studie

	n	Vroegpensioen (n=7.749)		n	Werkloosheid (n=6.090)	
		OR	95% BI		OR	95% BI
Model 1 ¹ : Matig/slechte algemene gezondheid	119	1,42	0,71-2,87	110	3,42*	1,67-6,97
Leeftijd 50-54 jaar	357	1,00		375	1,00	
55-59 jaar	355	1,00		347	0,72	0,35-1,52
60-64 jaar	196	42,5*	25,0-72,2	92	1,91	0,79-4,61
Geslacht (vrouw t.o.v. man)	354	0,43*	0,25-0,74	344	1,14	0,59-2,21
Opleiding Hoog	277	1,00		254	1,00	
Middelbaar	251	1,06	0,54-2,10	230	0,86	0,34-2,19
Laag	376	1,49	0,82-2,68	326	1,38	0,62-3,05
Model 2 ¹ : Chronisch gezondheidsprobleem	284	1,19	0,72-1,97	247	1,92*	1,00-3,69
Leeftijd 50-54 jaar	357	1,00		375	1,00	
55-59 jaar	355	1,00		347	0,75	0,36-1,57
60-64 jaar	196	41,7*	24,5-70,8	92	1,81	0,75-4,33
Geslacht (vrouw t.o.v. man)	354	0,42*	0,24-0,73	344	1,20	0,62-2,30
Opleiding Hoog	277	1,00		254	1,00	
Middelbaar	251	1,09	0,55-2,14	230	1,02	0,40-2,56
Laag	376	1,53	0,85-2,75	326	1,57	0,72-3,43

¹ gecorrigeerd voor land * Wald Chi-kwadraat, p < 0,05

Tabel 3 geeft dezelfde analyse voor alleen Nederlandse respondenten (n = 943). In beide modellen voor vroegpensioen is het effect van leeftijd niet goed te schatten omdat in de leeftijdscategorie 50-54 jarigen niemand in Nederland met vroegpensioen is gegaan. Daarom is in deze modellen de leeftijdsgroep 60-64 jarigen vergeleken met de leeftijdsgroep 50-59 jarigen. Door de geringe arbeidsparticipatie onder vrouwen hebben de vrouwen boven de 50 jaar die wel werken, veelal de hoger opgeleide vrouwen, een kleinere kans op vroegpensioen dan mannen. In Nederland lijkt vroegpensioen minder sterk te worden beïnvloed door een matig/slechte gezondheid (OR = 1,42) of aanwezigheid van een chronisch gezondheidsprobleem (OR = 1,19). De invloed van gezondheid op werkloosheid lijkt juist sterker te zijn met respectievelijk een OR van 3,41 en een OR van 1,92.

Specifieke gezondheidsproblemen en vroegtuitreding

In de gehele onderzoeksgroep zijn verschillende specifieke gezondheidsproblemen gerapporteerd met in aflopende prevalentie hoge bloeddruk (23%), depressieve klachten (17%), specifieke aandoeningen van het bewegingsapparaat (14%), chronische luchtwegklachten (7%), diabetes (6%), hartklachten (5%) en beroerte (1%). Tabel 4 geeft aan dat deze specifieke gezondheidsproblemen, op hoge bloeddruk na, alle samenhangen met vroegpensioen en werkloosheid.

Tabel 4 De invloed van specifieke gezondheidsproblemen op vroegpensioen en werkloosheid in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen in de onderzoekspopulatie van de SHARE-studie

	n	Vroegpensioen (n=7.749)		n	Werkloosheid (n=6.090)	
		OR	95% BI		OR	95% BI
Depressieve symptomen	1263	1,41*	1,18-1,68	975	2,00*	1,61-2,49
Hartklachten, inclusief hartinfarct	404	1,50*	1,15-1,97	263	1,66*	1,14-2,40
Hoge bloeddruk	1799	1,15	0,99-1,33	1264	1,00	0,80-1,24
Beroerte	110	3,12*	1,89-5,14	57	1,32	0,59-2,99
Diabetes	461	2,01*	1,56-2,59	298	1,82*	1,30-2,55
Chronische luchtwegklachten, inclusief astma	503	1,51*	1,18-1,95	368	1,42*	1,01-2,00
Osteoporosis, artritis, reuma	1074	1,40*	1,17-1,68	697	1,43*	1,11-1,83

¹ gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en land

* Wald Chi-kwadraat, p < 0,05

Onder de Nederlandse respondenten zijn de verbanden in het algemeen iets minder sterk, maar door de kleine aantallen is de relevantie hiervan moeilijk te beoordelen. Bovendien speelt hierbij mee dat in Nederland een veel groter deel van de werkenden met gezondheidsproblemen reeds uit het arbeidsproces is gestapt door arbeidsongeschiktheid.

Determinanten van algemene gezondheid

In tabel 5 staat de samenhang tussen leefstijlfactoren en arbeidsfactoren en beide maten voor algemene gezondheid (multivariaat model). In de totale onderzoekspopulatie hebben overgewicht (body mass index 25-30 kg/m²), obesitas (body mass index > 30 kg/m²), roken en gebrek aan enige lichamelijke inspanning in de vrije tijd invloed op de algemene gezondheid. Personen die regelmatig alcohol drinken beoordelen hun gezondheid positiever dan personen die nooit of weinig alcohol drinken. Dezelfde leefstijlfactoren hangen ook samen met de aanwezigheid van een chronisch gezondheidsprobleem, behalve rookgedrag. Onder de werkende personen hebben de leefstijlfactoren een vergelijkbare invloed als in de totale onderzoekspopulatie. Regelmatig fysiek belastende activiteiten en regelmatige tijdsdruk in het werk zijn geassocieerd met een matig/slechte algemene gezondheid. Het werken in een fysiek belastend beroep hangt niet samen met de aanwezigheid van een chronisch gezondheidsprobleem.

Tabel 5 De invloed van leefstijlfactoren en belastende factoren in de arbeid op de algemene gezondheid in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen in de onderzoekspopulatie van de SHARE-studie

		n	Matige/slechte algemene gezondheid		n	Chronische gezondheidsprobleem	
			OR	95% BI		OR	95% BI
<i>Totale onderzoekspopulatie (n=8139)</i>							
Gewicht	Normaal	3351	1,00		3351	1,00	
	Overgewicht	3602	1,36*	1,20-1,54	3602	1,37*	1,23-1,52
	Obesitas	1261	2,25*	1,92-2,63	1261	1,85*	1,61-2,13
Huidige roker		2248	1,19*	1,05-1,35	2248	1,01	0,91-1,12
Drinker > 2 glazen alcohol/dag		1280	0,82*	0,69-0,96	1280	0,90	0,78-1,03
Nooit forse lichamelijke inspanning		313	3,49*	2,73-4,48	313	2,02*	1,59-2,58
<i>Personen met betaalde arbeid (n=5551)</i>							
Gewicht	Normaal	2392	1,00		2392	1,00	
	Overgewicht	2357	1,32*	1,12-1,56	2357	1,48*	1,30-1,68
	Obesitas	757	2,23*	1,81-2,75	757	1,94*	1,63-2,31
Drinker > 2 glazen alcohol/dag		783	0,78*	0,62-0,98	783	0,94	0,79-1,12
Nooit forse lichamelijke inspanning		150	1,89*	1,29-2,78	150	1,63*	1,15-2,33
Fysiek belastend beroep		2583	1,43*	1,23-1,67	2583	1,08	0,95-1,21
Regelmatige tijdsdruk		3143	1,18*	1,01-1,37	3143	1,11*	1,00-1,25

¹ gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en land

* Wald Chi-kwadraat, p < 0,05

Tabel 6 De invloed van leefstijlfactoren en belastende factoren in de arbeid op de algemene gezondheid in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen onder de Nederlandse respondenten in de SHARE-studie

		n	Matige/slechte algemene gezondheid		n	Chronische gezondheidsprobleem	
			OR	95% BI		OR	95% BI
<i>Totale onderzoekspopulatie (n=943)</i>							
Gewicht	Normaal	417	1,00		417	1,00	
	Overgewicht	417	1,36*	1,20-1,54	417	1,26	0,92-1,71
	Obesitas	110	2,25*	1,92-2,63	110	1,61*	1,02-2,53
Huidige roker		258	1,19*	1,05-1,35	258	0,80	0,58-1,11
Drinker > 2 glazen alcohol/dag		212	0,82*	0,69-0,96	212	0,86	0,61-1,21
Nooit forse lichamelijke inspanning		14	3,49*	2,73-4,48	14	0,47	0,13-1,74
<i>Personen met betaalde arbeid (n=775)</i>							
Gewicht	Normaal	355	1,00		355	1,00	
	Overgewicht	329	0,89	0,55-1,45	329	1,36	0,96-1,93
	Obesitas	88	1,36	0,71-2,63	88	1,88*	1,13-3,14
Drinker > 2 glazen alcohol/dag		168	0,71	0,39-1,28	168	1,01	0,69-1,49
Nooit forse lichamelijke inspanning		10	1,40	0,28-7,00	10	0,49	0,10-2,38
Fysiek belastend beroep		330	1,18	0,75-1,85	330	1,16	0,83-1,62
Regelmatige tijdsdruk		312	1,45	0,92-2,29	312	0,98	0,70-1,37

¹ gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en land

* Wald Chi-kwadraat, $p < 0,05$

Onder de Nederlandse respondenten zijn de verbanden tussen leefstijl en gezondheid in het algemeen minder sterk, met name voor een matig/slechte gezondheid, maar door de kleine aantallen is de relevantie hiervan moeilijker te beoordelen. Bovendien speelt hierbij weer mee dat in Nederland een veel groter deel van de werkenden met gezondheidsproblemen reeds uit het arbeidsproces is gestapt door arbeidsongeschiktheid. De invloed van arbeidsomstandigheden op beide gezondheidsmaten is in Nederland vergelijkbaar met de totale werkende populatie in Europa.

De analyse van de invloed van leefstijl- en arbeidsgevonden factoren op specifieke gezondheidsproblemen liet zien dat tijdsdruk een statistisch significant verband had met depressieve klachten (OR = 1,96, 95% BI 1,21-3,17). Voor de andere factoren ontbrak enig verband met een van de specifieke gezondheidsproblemen, zoals vermeld in tabel 4.

Verschillen tussen landen in relatie algemene gezondheid en vroeguitreding

De prevalentie van zelf-gerapporteerde matig/slechte algemene gezondheid in Zwitserland, Griekenland en Nederland was relatief laag met 9-14%, terwijl in Spanje, Duitsland en Italië de prevalentie 2x zo hoog lag (zie tabel 7). Voor de zelf-gerapporteerde aanwezigheid van een chronisch gezondheidsprobleem zijn eveneens verschillen tussen landen geconstateerd, maar de variatie was minder groot. In alle landen behalve

Frankrijk is een matig/slechte algemene gezondheid geassocieerd met een grotere kans op vroegpensioen, met odds ratio's variërend tussen 1,22 (Denemarken) en 7,63 (Zweden). In slechts 3 van de 10 landen is deze associatie statistisch significant. De invloed van algemene gezondheid op werkloosheid is in de meeste landen sterker met odds ratio's variërend van 1,11 tot 4,45 en in 6 van 10 landen statistisch significant, waaronder Nederland. De samenhang tussen een chronisch gezondheidsprobleem en vroegpensioen is in 8 van de 10 landen positief met odds ratio's tussen 1,17 en 3,85 maar alleen in Duitsland en Zweden is er sprake van een statistisch significant verband.

In de meeste landen is de invloed van een matig/slechte algemene gezondheid op werkloosheid sterker dan op vroegpensioen, met als grote uitzondering Zweden waarin gezondheid sterk samenhangt met vroegpensioen maar niet met werkloosheid.

Tabel 7 De land-specifieke relatie tussen gezondheid en vroegpensioen en werkloosheid in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen in de onderzoekspopulatie van de SHARE-studie

Gezondheidsmaat	n	Vroegpensioen		n	Werkloosheid	
		OR	95% BI		OR	95% BI
<i>Matig/slechte algemene gezondheid¹</i>						
Zweden	24	7,63*	5,18-11,25	18	1,11	0,56-2,22
Denemarken	14	1,22	0,66-2,27	15	2,79*	1,51-5,15
Nederland	13	1,32	0,72-2,41	14	3,16*	1,56-6,38
Zwitserland	10	1,41	0,54-3,70	9	3,09	0,78-12,20
Duitsland	26	1,99*	1,38-2,87	25	3,13*	2,15-4,55
Oostenrijk	26	1,51	0,98-2,32	22	1,92	0,92-3,99
Frankrijk	22	0,97	0,58-1,63	21	1,52	0,83-2,78
Italië	32	1,27	0,87-1,86	29	4,45*	2,25-8,80
Spanje	26	2,14*	1,24-3,71	24	2,04*	1,17-3,57
Griekenland	14	1,29	0,73-2,25	13	2,45*	1,02-5,88
Totaal	22	1,90*	1,63-2,21	19	2,42*	1,99-2,94
<i>Aanwezigheid chronisch gezondheidsprobleem¹</i>						
Zweden	43	3,85*	2,65-5,60	37	1,32	0,75-2,32
Denemarken	46	1,20	0,76-1,89	45	1,27	0,74-2,11
Nederland	31	1,21	0,78-1,89	30	1,95*	1,02-3,75
Zwitserland	30	0,53	0,24-1,18	32	2,87	0,89-9,33
Duitsland	43	1,62*	1,15-2,17	42	2,13*	1,48-3,07
Oostenrijk	36	1,17	0,80-1,73	34	1,51	0,76-3,03
Frankrijk	38	1,18	0,77-1,82	36	1,34	0,78-2,32
Italië	35	0,97	0,67-1,40	34	1,86	0,96-3,60
Spanje	43	1,45	0,86-2,44	40	1,00	0,59-1,71
Griekenland	23	1,43	0,88-2,31	22	2,14	0,94-4,84
Totaal	37	1,43*	1,25-1,64	36	1,60*	1,33-1,93

¹ gecorrigeerd voor verdeling van leeftijd, geslacht, opleiding in de totale onderzoekspopulatie

* Wald Chi-kwadraat test, $p < 0,05$

3.2 ECHP-studie

Algemene gezondheid en vroegtuitreding

Doordat in het geselecteerde ECHP-bestand voor deze secundaire analyse alle personen startten met een betaalde baan, is het niet mogelijk een schatting te maken van de arbeidsparticipatie. In de onderzoekspopulatie van 10.101 personen in de leeftijdscategorie 50-64 jaar had in het derde jaar van meting 78% betaald werk (n=7.846), 17% was met vroegtijdig pensioen (n=1.737) en 5% was werkloos (n=518). In de werkende populatie is de algemene gezondheid door 36% als matig tot slecht beoordeeld en 25% rapporteerde de aanwezigheid van een chronisch gezondheidsprobleem. Tussen beide gezondheidsmaten bestond een grote overlap waarbij 50% van de personen met een matig/slechte algemene gezondheid ook een chronisch gezondheidsprobleem aangaf.

Een matig/slechte algemene gezondheid en een chronisch gezondheidsprobleem voorspelden beide vroegpensioen en werkloosheid een jaar later (tabel 8). Er bleek een sterke interactie tussen gezondheid en opleiding, waarbij de invloed van gezondheid toenam bij een hogere opleiding. Onder personen met een laag of middelbaar opleidingsniveau verschilden de odds ratio's voor vroegpensioen en werkloosheid niet statistisch significant tussen diegenen met een matig/slechte gezondheid of een chronisch gezondheidsprobleem en diegenen met een goede gezondheid. Onder personen met een hoge opleiding was het effect van een matig/slechte gezondheid of een chronisch gezondheidsprobleem wel statistisch significant. De invloed van beide gezondheidsmaten was in het algemeen groter voor werkloosheid dan voor vervroegde pensionering. In dezelfde analyse van het effect van de gezondheidsstatus twee jaar voor de transitie van werk naar vroegpensioen of werkloosheid zijn vergelijkbare resultaten gevonden. De gezondheid is reeds twee jaar voor de daadwerkelijke transitie slechter ten opzichte van de personen die in het arbeidsproces blijven.

Vrouwen hadden een hogere kans op vroegpensioen dan mannen maar het geslacht had geen invloed op de kans op werkloosheid. Een middelmatig of goed inkomen verhoogde de kans op vroegpensioen ten opzichte van de personen met de laagste inkomens. Het risico onder oudere werknemers op werkloosheid werd sterk bepaald door het inkomen, waarbij de personen in het laagste kwartiel van de inkomensverdeling per land een ruim 3x zo hoge kans op werkloosheid hadden dan personen in het bovenste kwartiel van de inkomensverdeling. Het kostwinnaarschap, huwelijkse staat en aanwezigheid van kinderen hadden geen invloed op uitreding uit het arbeidsproces door vroegpensioen of werkloos worden.

Tabel 8 De invloed van gezondheid op vroegpensioen en werkloosheid in het volgende jaar in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen in de onderzoekspopulatie van de ECHP-studie

	n	Vroegpensioen (n=9.583)		n	Werkloosheid (n=8.364)		
		OR	95% BI		OR	95% BI	
Model 1 ¹ :							
Lage opleiding + slechte gezondheid	2088	1,85*	1,47-2,32	1727	1,94*	1,28-2,96	
Lage opleiding + goede gezondheid	2834	1,37*	1,10-1,70	2453	1,75*	1,17-2,60	
Mid. Opleiding + slechte gezondheid	924	1,87*	1,45-2,42	820	2,44*	1,60-3,73	
Mid. Opleiding + goede gezondheid	1660	1,41*	1,12-1,77	1481	1,58*	1,05-2,37	
Hoge opleiding + slechte gezondheid	544	1,57*	1,16-2,13	498	3,17*	2,02-4,97	
Hoge opleiding + goede gezondheid	1533	1,00		1385	1,00		
Leeftijd	5056	1,00		4996	1,00		
50-54 jaar	3110	4,43*	3,85-5,10	2552	1,21*	1,0 -1,47	
55-59 jaar	1417	13,8*	11,7-16,3	815	0,67*	0,45-0,99	
60-64 jaar	2903	1,20*	1,05-1,37	2569	0,87	0,71-1,07	
Geslacht (vrouw t.o.v. man)	2387	1,28*	1,08-1,54	2135	0,32*	0,24-0,44	
Inkomen	Middel (25-75%)	4295	1,31*	1,1-1,51	3745	0,72*	0,59- 0,89
Laag (<= 25%)	2901	1,00		2484	1,00		
Model 2 ¹ :							
Lage opleiding + slechte gezondheid	2088	1,95*	1,53-2,48	1727	1,65*	1,10-2,49	
Lage opleiding + goede gezondheid	2834	1,40*	1,14-1,73	2453	1,44*	1,00-2,09	
Mid. Opleiding + slechte gezondheid	924	2,03*	1,55-2,66	820	2,28*	1,52-3,41	
Mid. Opleiding + goede gezondheid	1660	1,38*	1,11-1,72	1481	1,28	0,88-1,86	
Hoge opleiding + slechte gezondheid	544	1,68*	1,23-2,29	498	2,45*	1,57-3,83	
Hoge opleiding + goede gezondheid	1533	1,00		1385	1,00		
Leeftijd	5056	1,00		4996	1,00		
50-54 jaar	3110	4,45*	3,87-5,12	2552	1,23*	1,01-1,49	
55-59 jaar	1417	13,9*	11,8-16,4	815	0,66	0,44-0,98	
60-64 jaar	2903	1,20*	1,05-1,38	2569	0,88	0,72-1,08	
Geslacht (vrouw t.o.v. man)	2387	1,28*	1,07-1,52	2135	0,32*	0,23-0,43	
Inkomen	Middel (25-75%)	4295	1,30*	1,12-1,50	3745	0,72*	0,59-0,89
Laag (<= 25%)	2901	1,00		2484	1,00		

¹ gecorrigeerd voor land

* Wald Chi-kwadraat test, p < 0,05

Onder de Nederlandse respondenten in de geselecteerde onderzoekspopulatie (n = 453) is slechts een klein aantal dat met vroegpensioen ging (n=6) of werkloos werd (n=19). Deze aantallen zijn veel te laag om logistische regressie-analyse met 13 coëfficiënten, zoals vermeld in tabel 8, uit te voeren.

Verschillen tussen landen in relatie algemene gezondheid en vroeguitreding

Het ECHP-bestand bevat informatie over de invloed van gezondheid op vroeguitreding in 12 landen van de Europese Unie. Luxemburg is vanwege de kleine aantallen buiten beschouwing is gelaten (116 personen waarvan 17 met vroegpensioen en 2 werkloos).

Uit tabel 9 blijkt dat in 9 van de 11 landen een matig/slechte gezondheid een voorspeller is voor vroegpensioen met odds ratio's variërend tussen de 1,09 (Griekenland) en 3,02 (België), maar in slechts 4 landen is deze associatie statistisch significant. Een matig/slechte algemene gezondheid is in 6 van de 11 landen een risico voor werkloosheid met odds ratio's variërend van 1,30 tot 3,28 en in 4 van 10 landen is dit verband statistisch significant. De samenhang tussen een chronisch gezondheidsprobleem en vroegpensioen is in 8 van de 11 landen positief met odds ratio's tussen 1,07 en 3,42 maar alleen in Duitsland en Denemarken is er sprake van een statistisch significant verband.

Tabel 9 De land-specifieke invloed van gezondheid op vroegpensioen en werkloosheid in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen in de onderzoekspopulatie van de ECHP-studie

Gezondheidsmaat	%	Vroegpensioen		%	Werkloosheid	
		OR	95% BI		OR	95% BI
<i>Matig/slechte algemene gezondheid¹</i>						
Denemarken	19	2,07*	1,17-3,68	19	3,05*	1,49-6,27
Nederland	25	1,49	0,27-8,36	25	0,93	0,33-2,67
België	25	3,02*	1,63-5,59	22	2,29	0,53-9,99
Groot-Brittannië	21	1,52	0,99-2,33	21	3,28*	1,64-6,56
Ierland	17	1,12	0,59-2,13	16	0,61	0,14-2,74
Duitsland	50	2,85*	2,07-3,92	48	1,96*	1,39-2,78
Frankrijk	43	0,88	0,64-1,21	45	1,82*	1,01-3,26
Italië	43	0,84	0,63-1,12	43	0,83	0,39-1,75
Spanje	35	1,58*	1,05-2,39	33	0,94	0,56-1,56
Portugal	67	1,38	0,92-2,09	65	0,66	0,37-1,18
Griekenland	22	1,09	0,74-1,61	21	1,30	0,61-2,77
Totaal	37	1,39*	1,23-1,57	36	1,48*	1,22-1,79
<i>Aanwezigheid chronisch gezondheidsprobleem¹</i>						
Denemarken	30	2,11*	1,05-4,23	31	1,42	0,84-2,39
Nederland	24	1,46	0,26-8,19	24	1,38	0,51-3,74
België	12	3,42	0,64-18,3	10	2,78*	1,28-6,03
Groot-Brittannië	39	1,68	0,85-3,33	39	1,34	0,92-1,96
Ierland	18	1,07	0,30-3,85	17	1,08	0,58-2,03
Duitsland	39	1,98*	1,45-2,72	38	2,37*	1,78-3,20
Frankrijk	20	1,64	0,89-3,03	20	1,09	0,74-1,63
Italië	13	0,74	0,22-2,49	12	1,09	0,71-1,67
Spanje	23	0,88	0,49-1,58	22	1,37	0,88-2,14
Portugal	25	0,99	0,52-1,90	23	1,77*	1,21-2,61
Griekenland	13	1,71	0,76-3,91	13	0,87	0,53-1,43
Totaal	25	1,48*	1,29-1,69	26	1,53*	1,26-1,85

¹ gecorrigeerd voor verdeling van leeftijd, geslacht, opleiding in de totale onderzoekspopulatie

* Wald Chi-kwadraat test, $p < 0,05$

In Nederland lijkt vroegpensioen te worden beïnvloed door een matig/slechte gezondheid (OR = 1,49) of aanwezigheid van een chronisch gezondheidsprobleem (OR = 1,46), maar deze verbanden zijn niet statistisch significant. De invloed op werkloosheid van een matig/slechte

gezondheid (OR = 0,93) of een chronisch gezondheidsprobleem (OR = 1,38) was eveneens niet statistisch significant.

3.3 Vergelijking van resultaten SHARE en ECHP

In tabel 10 staan de kernresultaten van de cross-sectionele SHARE-studie en de longitudinale ECHP-studie, op basis van hetzelfde verklarende statistisch model uit de ECHP-studie. Beide studies laten een goede overeenkomst zien tussen relevante determinanten van vroegpensioen en werkloosheid, waarbij over het algemeen de schattingen van de effecten in de SHARE-studies groter zijn dan in de ECHP-studie.

Tabel 10 Vergelijking tussen beide databestanden van de invloed van gezondheid op vroegpensioen en werkloosheid in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen

Vroegpensioen	n	SHARE-studie (n=7.690)		n	ECHP-studie (n=9.583)	
		OR	95% BI		OR	95% BI
Lage opleiding + slechte gezondheid	749	3,22*	2,52-4,11	2088	1,85*	1,47-2,32
Lage opleiding + goede gezondheid	1952	1,57*	1,29-1,91	2834	1,37*	1,10-1,70
Mid. Opleiding + slechte gezondheid	577	2,64*	2,03-3,44	924	1,87*	1,45-2,42
Mid. Opleiding + goede gezondheid	2104	1,52*	1,25-1,84	1660	1,41*	1,12-1,77
Hoge opleiding + slechte gezondheid	331	1,85*	1,33-2,57	544	1,57*	1,16-2,13
Hoge opleiding + goede gezondheid	1977	1,00		1533	1,00	
Leeftijd 50-54 jaar	2639	1,00		5056	1,00	
55-59 jaar	2555	4,60	3,70-5,72	3110	4,43*	3,85-5,10
60-64 jaar	2496	48,3*	38,9-60,2	1417	13,8*	11,7-16,3
Geslacht (vrouw t.o.v. man)	2496	1,31*	1,14-1,49	2903	1,20*	1,05-1,37
Werkloosheid	n	SHARE-studie (n=6.039)		n	ECHP-studie (n=9.583)	
		OR	95% BI		OR	95% BI
Lage opleiding + slechte gezondheid	475	4,96*	3,51-6,99	1727	1,94*	1,28-2,96
Lage opleiding + goede gezondheid	1505	2,14*	1,57-2,93	2453	1,75*	1,17-2,60
Mid. Opleiding + slechte gezondheid	406	3,92*	2,78-5,51	820	2,44*	1,60-3,73
Mid. Opleiding + goede gezondheid	1677	1,63*	1,22-2,17	1481	1,58*	1,05-2,37
Hoge opleiding + slechte gezondheid	264	2,67*	1,74-4,09	498	3,17*	2,02-4,97
Hoge opleiding + goede gezondheid	1712	1,00		1385	1,00	
Leeftijd 50-54 jaar	2719	1,00		4996	1,00	
55-59 jaar	2299	1,22	0,99-1,50	2552	1,21*	1,00-1,47
60-64 jaar	1021	0,64*	0,40-0,89	815	0,67*	0,45-0,99
Geslacht (vrouw t.o.v. man)	2720	1,16	0,96-1,39	2569	0,87	0,71-1,07

¹ gecorrigeerd voor land

* Wald Chi-kwadraat test, $p < 0,05$

3.4 Theoretische bijdrage van leefstijl- en arbeidsfactoren aan vroeguitreding

In tabel 11 staan de populatie-attributieve risico's (PAR) van beide gezondheidsmaten in beide studies en hun onderliggende determinanten uit de SHARE-studie. In beide studie-populaties is de prevalentie van matig/slechte gezondheid en chronisch gezondheidsprobleem bepaald onder de personen met betaalde arbeid. Uit de berekeningen van de PAR-waarden volgt dat in de Europese Unie de proportie van personen met vroegpensioen als gevolg van de aanwezigheid van gezondheidsproblemen wordt geschat op 0,11 tot 0,13 en dat de proportie van personen die werkloos worden ten gevolge van gezondheidsproblemen wordt geschat op 0,12 tot 0,20.

Tabel 11 Schatting van de bijdrage van gezondheid aan het risico op vroegpensioen en werkloosheid in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen in landen van de Europese Unie.

Risicofactor	Proportie met risicofactor	Risico op vroegpensioen OR	Risico op werkloosheid OR	Attributieve risico (PAR) Vroegpensioen	Werkloosheid
<i>Invloed van gezondheid</i>					
SHARE-studie					
Matig/slechte gezondheid	0,17	1,90	2,42	0,13	0,20
Chronisch gezondheidsprobleem	0,35	1,43	1,60	0,13	0,17
ECHP-studie					
Matig/slechte gezondheid	0,36	1,39	1,48	0,12	0,15
Chronisch gezondheidsprobleem	0,25	1,48	1,53	0,11	0,12
Nederland - SHARE studie					
Matig/slechte gezondheid	0,13	1,32	3,16	0,04	0,22
Chronisch gezondheidsprobleem	0,31	1,21	1,95	0,06	0,23
Nederland - ECHP studie					
Matig/slechte gezondheid	0,25	1,49	0,93	0,11	0,00
Chronisch gezondheidsprobleem	0,24	1,46	1,38	0,10	0,08

Voor Nederland wordt de proportie van personen met vroegpensioen als gevolg van de aanwezigheid van gezondheidsproblemen geschat op 0,04 tot 0,11 en de proportie van personen die werkloos worden ten gevolge van gezondheidsproblemen op 0,00 tot 0,23 (zie tabel 11). De grote spreiding in deze schattingen wordt mede veroorzaakt door het geringe aantal uitredingen uit het arbeidsproces in de analyse in de ECHP-studie. De gemiddelde bijdrage van een mindere gezondheid aan het uitreden door vroegpensioen is gesteld op 8% en aan uitreding door het werkloos worden op 12%

De directe invloed van leefstijl- en arbeidsfactoren op vroegpensioen en werkloosheid is alleen bepaald in de SHARE-studie (zie tabel 12). Van

de personen die met vroegpensioen zijn gegaan, wordt geschat dat de individuele bijdrage van de 4 leefstijlfactoren zo'n 1%-5% is. Het cumulatieve effect van overgewicht, roken, drinken en gebrek aan enige lichamelijke inspanning op vroegpensioen bedraagt maximaal 11%. Voor personen die werkloos waren, wordt de bijdrage van individuele leefstijlfactoren geschat op 2%-16%, met name door een sterk effect van roken. Het cumulatieve effect van overgewicht, roken, drinken en gebrek aan enige lichamelijke inspanning op werkloosheid bedraagt maximaal 24%.

De correctie van de invloed van leefstijlfactoren op vroegpensioen en werkloosheid voor een matig/slechte gezondheid vermindert met name de directe invloed van obesitas (OR 1,26 en 1,28) en gebrek aan enige lichamelijke activiteit (OR 1,16 en 1,45). Het populatie-attributieve risico van obesitas voor vroegpensioen daalt dan naar 3% en voor werkloosheid naar 4%. Het populatie-attributieve risico van lichamelijke activiteit voor vroegpensioen daalt naar minder dan 0,5% en voor werkloosheid naar 1%.

Tabel 12 Schatting van de bijdrage van leefstijlfactoren en arbeids- factoren aan het risico op vroegpensioen en werkloosheid in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen in landen van de Europese Unie (SHARE studie).

Risicofactor	Proportie met risicofactor	Risico op vroegpensioen OR	Risico op werkloosheid OR	Attributieve risico (PAR) Vroegpensioen	Werkloosheid
<i>Determinanten van gezondheid¹</i>					
Overgewicht (25 <= bmi < 30)	0,43	1,13	1,05	0,05	0,02
Obesitas (bmi >= 30)	0,14	1,39	1,46	0,05	0,06
Roken	0,27	1,12	1,71	0,03	0,16
Drinken	0,14	1,17	1,13	0,02	0,02
Gebrek aan enige lichamelijke activiteit	0,03	1,38	1,64	0,01	0,02
Fysiek belastend beroep*	0,47	1,13	1,05	0,06	0,02
Hoge werkdruk in beroep*	0,57	1,12	1,71	0,06	0,29

¹ gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en land

* schatting op basis van het effect van deze determinant op vroegpensioen en werkloosheid, afgeleid van het effect op algemene gezondheid

Het effect van arbeidsomstandigheden kon in de SHARE-studie niet rechtstreeks worden bepaald omdat alleen naar de arbeidsomstandigheden is gevraagd onder personen met betaald werk. Daarom is eerst het effect van arbeidsomstandigheden geschat op een matig/slechte gezondheid. Werk in een fysiek belastend beroep had een vergelijkbaar effect op algemene gezondheid als overgewicht. Daarom is het effect van fysiek belasting op vroegtuitreding gelijk gesteld aan het effect van overgewicht op vroegtuitreding. Hoge werkdruk in het beroep had een vergelijkbaar

effect op algemene gezondheid als roken. Het effect van werkdruk op de onderscheiden vormen van vroegtuitreding is dan ook gelijk gesteld aan het effect van roken op vroegtuitreding. Op deze manier wordt geschat dat van de personen die met vroegpensioen zijn gegaan, maximaal 6% is te wijten aan een specifieke factor in de arbeid en maximaal 12% aan beide risicofactoren in de arbeid. Voor personen die werkloos waren, wordt de bijdrage van specifieke arbeidsfactoren geschat op 2%-29%, met name door het sterke effect van hoge werkdruk in de arbeid. Aangezien de PAR-waarde voor hoge werkdruk hoger is dan de totale PAR-waarde voor matig/slechte gezondheid zal de bijdrage van hoge werkdruk aan werkloosheid zijn overschat. De gemiddelde bijdrage van slechte arbeidsomstandigheden aan vroegpensioen is gesteld op 16%.

De invloed van arbeidsomstandigheden op beide gezondheidsmaten was in Nederland goed vergelijkbaar met de resultaten in de totale werkende populatie in Europa. Dit leidt tot de schatting dat van de personen die met vroegpensioen zijn gegaan, maximaal 12% is te wijten aan beide risicofactoren in de arbeid. Voor personen die werkloos waren, wordt de bijdrage van beide risicofactoren geschat op maximaal 16%. Omdat slechte arbeidsomstandigheden samenhangen met een mindere algemene gezondheid (zie tabel 5), zal de directe invloed van arbeidsomstandigheden op vroegpensioen zo'n 6% en op werkloosheid zo'n 10% bedragen.

In tabel 13 staan de samenvattende resultaten van de theoretische bijdrage van gezondheid, leefstijl- en arbeidsfactoren aan vroegtuitreding. Het effect van de individuele risicofactoren varieert van 6% tot 24%. Het gecombineerde effect van alle risicofactoren is 20% voor vroegpensioen en 38% voor werkloosheid.

Tabel 13 Samenvatting van de schatting van de bijdrage van gezondheid, leefstijlfactoren en arbeidsomstandigheden aan het risico op vroegpensioen en werkloosheid in de leeftijdsgroep 50-64 jarigen in landen van de Europese Unie.

Risicofactor	Gemiddelde bijdrage	
	Vroeg-pensioen	Werk-loosheid
Mindere gezondheid	8%	12%
Ongezonde leefstijl	11%	24%
Ongezonde leefstijl, gecorrigeerd voor mindere gezondheid	6%	16%
Slechte arbeidsomstandigheden	12%	16%
Slechte arbeidsomstandigheden, gecorrigeerd voor gezondheid	6%	10%
Combinatie van alle risicofactoren	20%	38%

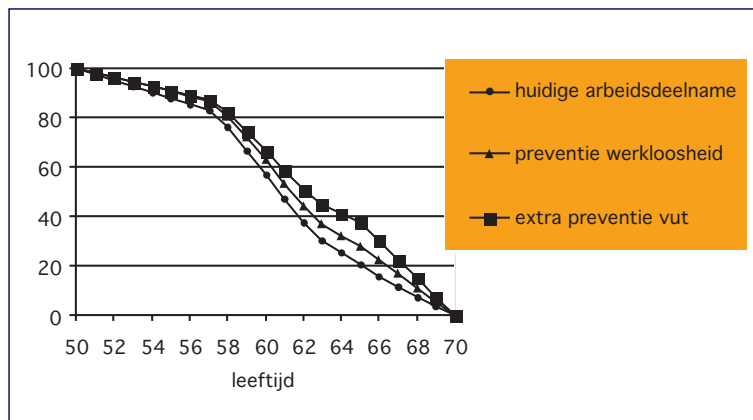
3.5 Consequenties voor de gemiddelde leeftijd van uittreding uit het arbeidsproces

In figuur 1 (zie paragraaf 1.1) is de arbeidsdeelname in Nederland in 2004 gepresenteerd. Uit deze cijfers blijkt dat niet iedereen op 65-jarige leeftijd uit het arbeidsproces treedt. Op basis van de gegevens uit figuur 1 is de huidige uitstroom van werknemers van 50-70 jaar uit de werkzame beroepsbevolking berekend. Van alle werkenden die op 50-jarige leeftijd betaald werk verrichten, werkt op 65-jarige leeftijd nog zo'n 20% en zal nagenoeg iedereen in de periode tot de 70-jarige leeftijd uit het arbeidsproces stappen.

De uitstroom van oudere werknemers uit de werkzame beroepsbevolking wordt door het CBS niet op regelmatige basis vastgesteld. Met behulp van een recente publicatie [14] is een schatting gemaakt van de bijdrage van werkloosheid, vroegpensioen en arbeidsongeschiktheid aan de uitstroom uit de werkzame beroepsbevolking, gestratificeerd naar 5-jaars leeftijdsgroep en geslacht. Met de gegevens uit tabel 13 is vervolgens te berekenen welk deel van de uitstroom theoretisch had kunnen worden vermeden door preventieve interventies op het terrein van gezondheid, leefstijl en arbeidsomstandigheden.

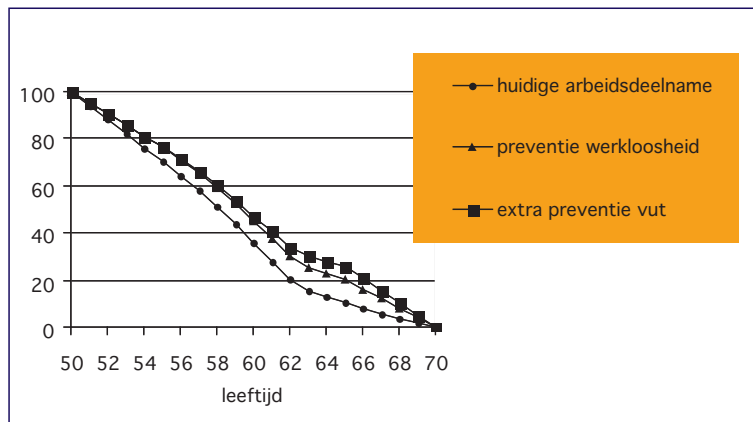
In figuur 2 staat het effect van preventie van gezondheidsbeïnvloede uitstroom naar werkloosheid en het additionele effect op vroegpensioen onder mannen. Het effect is het grootst in de leeftijdscategorie 60-65 jaar, met name door uitstelling van vroegpensioen.

Figuur 2 Effect van preventie op arbeidsdeelname onder mannen die op 5-jarige leeftijd nog werken



Figuur 3 geeft het effect van preventie van gezondheidsbeïnvloede uitstroom naar werkloosheid en het additionele effect op vroegpensioen onder vrouwen. In vergelijking met mannen is bij vrouwen het effect van werkloosheid groter dan het effect van vroegpensioen.

Figuur 3 Effect van preventie op arbeidsdeelname onder vrouwen die op 5-jarige leeftijd nog werken



De effecten van preventieve maatregelen op gezondheid, leefstijl- en arbeidsfactoren kunnen ook worden uitgedrukt in een verhoging van de gemiddelde leeftijd waarop ouderen stoppen met werken. De gemiddelde leeftijd waarop ouderen die op 50-jarige leeftijd nog werken het arbeidsproces verlaten, wordt geschat op 61,1 jaar voor mannen en 58,4 jaar voor vrouwen. Hierbij moet worden bedacht dat een klein deel van de mannen en vrouwen na hun 65ste nog betaalde arbeid verrichten, waardoor de gemiddelde leeftijd van het stoppen met betaalde arbeid in gunstige zin wordt beïnvloed.

Tabel 14 geeft een overzicht van het theoretische effect op de gemiddelde leeftijd van uittrekking van werkenden tussen 50 jaar en 65 jaar, indien preventieve interventies de bijdrage van gezondheid, leefstijlfactoren en arbeidsomstandigheden aan het risico op vroegpensioen en werkloosheid kunnen reduceren tot nul. Bij volledige eliminatie van de invloed van de genoemde 3 factoren op de arbeidsuitval, zullen mannen gemiddeld 8 maanden later uit het arbeidsproces treden en vrouwen zo'n 12 maanden.

Tabel 14 Het theoretisch effect van preventieve maatregelen op gezondheid, leefstijlfactoren en arbeidsomstandigheden op de gemiddelde leeftijd waarop ouderen het arbeidsproces verlaten in de leeftijdsgroep 50-65 jaar.

Domein van interventie maatregelen*	Mannen die werken op hun 50ste levensjaar	Vrouwen die werken op hun 50ste levensjaar
	Leeftijd	Leeftijd
Beoogde leeftijd uittreding	65,0	65,0
Daadwerkelijke uittreding in 2004	61,1	58,4
Interventie op mindere gezondheid	61,3	58,8
Interventie op leefstijl (obesitas, lichamelijke activiteit)	61,3	58,8
Interventie op arbeid (werkdruk, fysieke belasting)	61,3	58,7
Gecombineerde interventie van 3 factoren	61,8	59,4

* gecorrigeerd voor effect van andere risicofactoren

De daadwerkelijke preventiewinst zal nog hoger kunnen worden, omdat een groter deel van de mannen en vrouwen in goede gezondheid de 65-jarige leeftijd zal halen. Het is aannemelijk dat een deel van deze mannen en vrouwen nog enkele jaren betaalde arbeid zal verrichten (zie figuren 2 en 3). Als deze mogelijke winst wordt verdisconteerd, kan de gemiddelde leeftijd bij uittreding verder stijgen tot 63 jaar onder mannen en ruim 61 jaar onder vrouwen.

4 Discussie

Algemene bevindingen

Werkenden in de leeftijdsgroep van 50-64 jaar met een matig/slechte gezondheid en/of chronisch gezondheidsprobleem hebben een verhoogd risico op uittreding uit het arbeidsproces door arbeidsongeschiktheid, vroegpensioen en werkloosheid. De proportie van personen met vroegpensioen als gevolg van een mindere gezondheid wordt geschat op 8%. De proportie van personen die werkloos worden door een mindere gezondheid wordt geschat op 12%. Overgewicht, roken, gebrek aan lichamelijke inspanning (leefstijlfactoren), fysieke arbeid en regelmatige tijdsdruk in het werk (arbeidsfactoren) hebben een significante invloed op een matig/slechte gezondheid en/of chronisch gezondheidsproblemen. Daarnaast hebben deze leefstijl- en arbeidsfactoren ook een directe invloed op vroegpensioen en werkloosheid, geschat op respectievelijk 6% en 16%, en 6% en 10%. Preventieve interventies op matige gezondheid, leefstijl en arbeidsfactoren kunnen vroeguitreding deels voorkomen. Het cumulatieve effect van dergelijke interventies kan leiden tot een verhoging van de gemiddelde leeftijd waarop werknemers stoppen met werken voor hun 65ste levensjaar met 8 maanden onder mannen en 12 maanden onder vrouwen.

Beperkingen van de gegevens

Beide gegevensbestanden hebben enkele belangrijke beperkingen die van invloed zijn op de interpretatie van de resultaten. Ten eerste, in beide studies bleek het niet mogelijk arbeidsongeschiktheid te definiëren op een wijze die aansluit bij de huidige arbeidsongeschiktheidsregelingen in Nederland. Dit is deels te wijten aan het gebrek aan onderscheid tussen gehandicapten en arbeidsongeschikten en deels aan de bestaande overlap met andere definities van arbeidsmarktposities (zie paragraaf 2.3). Hierdoor is het effect van preventieve interventies op arbeidsongeschiktheid niet te kwantificeren.

Een tweede beperking is het verschil in definitie van betaalde arbeid tussen beide studies. In de ECHP-studie wordt een stringenter definitie gehanteerd omdat personen minimaal 15 uur betaalde arbeid per week moeten verrichten. Kleine parttime banen vallen daarmee onder andere categorieën, zoals werkloos of huishouden. In de SHARE-studie kan elke omvang van betaalde arbeid onder de categorie werk vallen. Desondanks komen de resultaten van de analyses in beide databestanden goed overeen.

Een derde beperking in beide studies is de geringe informatie over belastende factoren in de arbeid. In de ECHP-studie ontbreekt deze informatie geheel terwijl in de SHARE-studie een beperkt aantal vragen over arbeidsomstandigheden alleen is gevraagd aan personen die nog aan het

arbeidsproces deelnamen op het moment van het interview. Hierdoor is het slechts op indirecte wijze mogelijk de invloed van arbeidsbelasting op de onderscheiden vormen van uittreding uit het arbeidsproces te schatten.

Een vierde beperking is het verschil in onderzoeksopzet tussen beide studies. De gegevens van de SHARE-studie zijn verzameld in een cross-sectionele survey en de longitudinale gegevensverzameling start pas in het najaar van 2006. Hierdoor zijn de gepresenteerde verbanden in de SHARE-data niet te interpreteren als causale verbanden. De ECHP-studie heeft een longitudinale opzet waardoor deze problemen niet aanwezig zijn. In deze studie hebben we een specifieke selectie gemaakt van personen in de leeftijdsgroep van 50 t/m 64 jaar die minimaal twee achtereenvolgende jaren betaalde arbeid hebben verricht en in het derde jaar hebben gewerkt of vroegtijdig zijn uitgetreden. Daardoor ontstaat in het gebruikte databestand een sterke oververtegenwoordiging van werkende personen. Dit heeft bijvoorbeeld als consequentie dat onder Nederlandse respondenten het aandeel van 60-64 jarigen erg klein is door de snel dalende arbeidsparticipatie in deze leeftijdsgroep. Het discriminerende vermogen van de statistische analyse onder Nederlandse respondenten was daarom klein.

Selectiemechanismen uit het arbeidsproces

Er bestaat een zekere mate van substitutie tussen de verschillende mogelijkheden van het verlaten van de arbeidsmarkt, waarbij de sociale zekerheid (arbeidsongeschiktheid, werkloosheid) het voorportaal kan zijn van pensionering.[2] Deze substitutie is alleen goed te onderzoeken in cohortstudies waarbij grote groepen werknemers langdurig worden gevolgd. Een beperkende factor daarbij is de grote dynamiek in de veranderingen in wettelijke regelingen voor arbeidsongeschiktheid en werkloosheidsuitkeringen. De invoering van de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) op 1 januari 2006 definieert dat iemand die minder dan 35% loonverlies lijdt niet arbeidsongeschikt is en in beginsel in dienst blijft van de werkgever. Dit zal leiden tot een verschuiving van arbeidsongeschiktheid naar werkloosheid, met name onder werknemers met gezondheidsproblemen en een inkomen rond het minimumloon. Een zelfde substitutie valt te verwachten tussen vroegpensioen en werkloosheid cq arbeidsongeschiktheid. Bij verhoging van de VUT-gerechtigde leeftijd in vele CAO's zal het vroegpensioen als ontsnappingsroute voor werknemers met serieuze gezondheidsproblemen minder frequent worden toegepast. In dit rapport kunnen deze substitutiemechanismen niet goed in kaart worden gebracht door het ontbreken van geschikte gegevens.

Invloed van gezondheid en determinanten van gezondheid in selectiemechanismen

De cumulatieve bijdrage van leefstijlfactoren en arbeidsfactoren aan vroegpensioen en werkloosheid is nagenoeg even groot als de bijdrage van een matig/slechte gezondheid of een chronisch gezondheidsprobleem. Uit tabel 5 valt te berekenen dat de leefstijl- en arbeidsfactoren slechts een deel verklaren van de prevalentie van een matig/slechte gezondheid (respectievelijk 16% en 27%) of een chronisch gezondheidsprobleem (respectievelijk 13% en 10%). Er is dus sprake van directe en indirecte effecten van de leefstijl- en arbeidsfactoren op vroegpensioen en werkloosheid. Bij de indirecte effecten leiden de leefstijl- en arbeidsfactoren tot een matig/slechte gezondheid en deze mindere gezondheid resulteert in vroegpensioen en werkloosheid. De analyse van de invloed van leefstijl- en arbeidsgebonden factoren op specifieke gezondheidsproblemen liet zien dat tijdsdruk een statistisch significant verband had met depressieve klachten (OR = 1,96). Depressieve klachten zijn een goede voorspeller voor vroegtijdige uittrekking uit het arbeidsproces.[5]

Eerder is geschat dat 11%-13% van de personen met vroegpensioen het gevolg is van een mindere gezondheid (zie tabel 11). Van alle gevallen van vroegpensioen is zo'n 1,8%-2,1% het gevolg van de indirecte invloed van leefstijlfactoren op een matig/slechte gezondheid als oorzaak van vroegpensioen. Voor arbeidsgebonden risicofactoren is de indirecte invloed op vroegpensioen zo'n 3,0% - 3,5%. Op eenzelfde manier is het indirecte effect van deze factoren op werkloosheid te schatten. Van alle gevallen van werkloosheid is zo'n 1,9%-3,2% toe te schrijven aan de indirecte invloed van leefstijlfactoren en zo'n 3,2% - 5,4% aan de indirecte effecten van arbeidsfactoren. Deze berekeningen laten zien dat het bevorderen van een gezonde leefstijl en goede arbeidsomstandigheden de algemene gezondheid van de werknemers positief kan beïnvloeden en daarmee een herkenbare bijdrage kan leveren aan het voorkomen van gezondheidsgerelateerde arbeidsuitval via vroegpensioen en werkloosheid. De werkelijke indirecte effecten van leefstijl- en arbeidsfactoren op uittrekking uit het arbeidsproces zullen aanmerkelijk groter zijn, indien ook de effecten op de arbeidsongeschiktheid kunnen worden verdisconteerd.

Interventiemogelijkheden

Uit het voorgaande kan men opmaken dat interventie zich dient te richten op het stimuleren van een gezonde leefstijl en het verbeteren van arbeidsomstandigheden (primaire preventie) alsook op preventie en vermindering van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten in de arbeid als gevolg van gezondheidsproblemen (secundaire/tertiaire preventie).

De aanpak van arbeidsomstandigheden kan bestaan uit een breed scala van preventieve interventies. Traditionele instrumenten binnen de arbo-

zorg, zoals het Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek (PAGO) en de Risico-Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E) vormen in veel bedrijven de basis voor preventie-activiteiten. In dit kader past ook de verplichte introductie van de preventiemedewerker in de nieuwe arbowet. In de meeste bedrijfssectoren worden middels convenanten interventies op de werkplek geïntroduceerd en geëvalueerd. Het valt buiten het kader van dit rapport om een overzicht te geven van de vele effectieve interventies in de arbeidssituatie die de afgelopen jaren zijn ontwikkeld op het terrein van met name fysieke belasting, werkdruk, en gebrek aan regelmogelijkheden (zie onder andere www.arbo.nl, het Nederlandse deel van het Europese netwerk van het Europees Agentschap voor de Veiligheid en Gezondheid op het Werk).

De primaire preventie van leefstijlfactoren onder werkenden in de leeftijdsgroep 50-64 jaar kan onderdeel uitmaken van programma's voor gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW). Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat deze GBW-programma's positieve effecten op de gezondheid kunnen hebben, met name in geval van een individueel toegesneden aanpak van werknemers met ongezond gedrag.[15] In Nederland zijn gunstige effecten van een intensief beweegprogramma voor kantoormedewerkers aangetoond op lichamelijke activiteit, cholesterolgehalte, bloeddruk, klachten bewegingsapparaat en ziekteverzuim.[16] Een systematische review van 24 gerandomiseerde experimentele studies naar beweegprogramma's op de werkplek rapporteerde echter grote verschillen in effectiviteit.[17] Als bekende risico's voor het mislukken van GBW-programma's voor lichamelijke activiteit worden in de literatuur genoemd: een lage participatiegraad, gebrek aan toewijding om gezondheidsadviezen uit te voeren, een te geringe interventie-intensiteit, en een interventie-activiteit van te korte duur om blijvende gedragsverandering te bewerkstelligen.[18] Als voorwaarden voor een succesvol GBW-programma worden genoemd: een individuele aanpak toegesneden op het stadium van gedragsverandering, een geïntegreerde aanpak van de bekende BRAVO thema's (bewegen, roken, alcohol, voeding en overgewicht), ondersteuning van individueel gedrag door een receptieve omgeving (bv fitness faciliteiten op het werk, voedingsaanbod in kantine).[19, 20] In Nederland wordt nu het concept van Integraal Gezondheids Management (IMG) gepromoot als omvattend beleid van gezondheidsbevordering op individueel en organisatie niveau (zie onder andere NIGZ - www.gezondheidsmanagement.nl). Een essentieel onderdeel hiervan zijn maatregelen ter bevordering van een gezonde leefstijl, met name op het gebied van bewegen, voeding en roken.[21]

Interventies kunnen zich ook richten op het verminderen van de beperkingen in het uitvoeren van activiteiten in de arbeid als gevolg van gezondheidsproblemen. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen interventies gericht op werknemers met een (tijdelijk) verminderd

werkvermogen en interventies die zijn gericht op het behouden van werknemers met een handicap of chronische ziekte in het arbeidsproces.

Het voorkomen dat werknemers met een (tijdelijk) verminderd werkvermogen uitvallen, vraagt een leeftijdsbewust personeelsbeleid waarin behoud van inzetbaarheid en het bevorderen van de mobiliteit van oudere werknemers de kern vormen. De afgelopen jaren zijn diverse studies verschenen die een overzicht geven van maatregelen ter bevordering van gezondheid en inzetbaarheid van oudere werknemers.[21] Als voorbeeld wordt vaak genoemd het Finse FinnAge programma voor werkvermogen, inzetbaarheid en werk. Dit programma beoogt een integrale benadering van werk en gezondheid van de ouder wordende werknemer waarbij op basis van het monitoren van het werkvermogen van individuele werknemers gerichte interventies plaatsvinden op gezondheid, werkinhoud en inzetbaarheid van werknemers.[22] Onderzoek heeft laten zien dat gerichte maatregelen ter bevordering van de gezondheid van de oudere werknemer, geïndiceerd door meting en beoordeling van het werkvermogen, kunnen leiden tot een geringere uitval door arbeidsongeschiktheid en vroegtijdige pensionering.[7]

Interventies kunnen ook worden gericht op het behouden van werknemers met een handicap of chronische ziekte in het arbeidsproces opdat hun gezondheidsproblemen geen reden meer vormen voor uittreding uit het arbeidsproces. In de afgelopen jaren zijn diverse overzichtsrapporten verschenen van maatregelen ter bevordering van het behoud van werk door gehandicapten/arbeitsongeschikten.[3, 23] In een systematische review van de effectiviteit van programma's in Groot-Brittannië om gehandicapten/arbeitsongeschikten weer aan het werk te krijgen, wordt een breed scala van succesvolle en minder succesvolle initiatieven beschreven, maar de effectiviteit van deze specifieke programma's bleek moeilijk aan te tonen.[24] In een internationale vergelijkende studie tussen Groot-Brittannië en Zweden worden de actievere arbeidsmarktondersteuning en betere ontslagbescherming voor werknemers met chronische ziekten als verklaring gegeven voor de hogere arbeidsparticipatie van deze werknemers en geringere sociaal-economische verschillen tussen mensen met een chronische ziekte en gezonden in Zweden.[25]

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

1. In Nederland, evenals in andere Europese landen, hebben werkenden in de leeftijdsgroep van 50-64 jaar met een matig/slechte gezondheid en/of chronisch gezondheidsprobleem een verhoogd risico op uittreding uit het arbeidsproces door arbeidsongeschiktheid, vroegpensioen en werkloosheid. De gemiddelde leeftijd van uittreding in deze leeftijdsgroep is 61,1 jaar onder mannen en 58,4 jaar onder vrouwen.
2. Van alle mannen die op 50-jarige leeftijd werken, zal 12% voor het 65ste levensjaar gestopt zijn met werken door arbeidsongeschiktheid. Voor vrouwen ligt de bijdrage van arbeidsongeschiktheid in vroegtijdige arbeidsuitval op bijna 20%.
3. Van alle personen van 50 jaar en ouder die voor de 65-jarige leeftijd met vroegpensioen gaan, wordt 8% veroorzaakt door een matig/slechte gezondheid. Een matig/slechte gezondheid veroorzaakt 12% van de arbeidsuitval door werkloosheid.
4. Overgewicht, gebrek aan lichamelijke inspanning (leefstijlfactoren), fysieke arbeid en regelmatige tijdsdruk in het werk (arbeidsfactoren) hebben een aantoonbare invloed op een matig/slechte gezondheid, alsmede een directe invloed op de uittreding uit het arbeidsproces. De invloed van leefstijlfactoren op uittreding door vroegpensioen en werkloosheid wordt geschat op 6% en 16%, en de invloed van arbeidsfactoren op respectievelijk 6% en 10%.
5. Preventieve interventies op matige gezondheid, leefstijl en arbeidsfactoren hebben een groot potentieel om arbeidsuitval voor de 65-jarige leeftijd te verminderen. Het cumulatieve effect van interventies, die de invloed van deze 3 factoren op vroegtuitreding voorkomen, leidt tot een verhoging van de gemiddelde leeftijd waarop ouderen stoppen met werken van 8 maanden onder mannen en 12 maanden onder vrouwen.
6. Genoemde preventieve interventies hebben een groter effect naar mate de wettelijke pensioenleeftijd zal stijgen.
7. De publieke gezondheid kan een belangrijke bijdrage leveren aan arbeidsmarktbeleid voor oudere werkenden en aan de betaalbaarheid van het stelsel van sociale zekerheid.

5.2 Aanbevelingen

1. Preventieve interventies in het domein van de publieke gezondheid vormen een noodzakelijk onderdeel van arbeidsmarktbeleid dat mogelijkheden creëert voor oudere werkenden om te kunnen blijven

werken. Deze interventies dienen zich onder meer te richten op gezondheidsbevordering, al dan niet via de werkplek.

2. Leeftijd- en functiebewust personeelsbeleid in ondernemingen dient te worden gestimuleerd opdat tijdig de arbeidsbelasting aan de mentale en fysieke capaciteiten van oudere werknemers kan worden aangepast.
3. De specifieke invloed van leefstijlfactoren en arbeidsfactoren op vroegtijdige uitstap uit het arbeidsproces dient in onderzoek beter te worden gekwantificeerd om gerichte prioriteitstelling in interventie-activiteiten mogelijk te maken.

Referenties

1. Lautenbach H, Cuijpers M. Meer ouderen aan het werk. Sociaal-economische trends, 2de kwartaal 2005;12-7.
2. Lindeboom M, Kerkhofs M. Health and work of the elderly. Subjective health measures, reporting errors and the endogenous relationship between health and work. Bonn: Institute for the Study of Labor, Discussion Paper Series No. 457, 2002.
3. OECD. Transforming disability into ability. Policies to promote work and income security for disabled people. Paris: OECD, 2003.
4. Karpansalo M, Manninen P, Kauhanen J, et al. Perceived health as a predictor of early retirement. Scand J Work Environ Health 2004;30:287-92.
5. Karpansalo M, Kauhanen J, Lakka TA, et al. Depression and early retirement : prospective population based study in middle aged men. J Epidemiol Community Health 2005;59:70-4.
6. Lund T, Iversen L, Poulsen KB. Work environment factors, health, lifestyle and marital status as predictors of job change and early retirement in physically heavy occupations. Am J Ind Med 2001;40:161-9.
7. Tuomi K, Illmarinen J, Martikainen R, et al. Aging, work, lifestyle and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. Scand J Work Environ Health 1997;23(suppl 1):58-65.
8. Stattin M. Retirement on grounds of ill health. Occup Environ Med 2005;62:135-40.
9. Börsch-Supan A, Brugiavini A, Jürgens H et al (eds). Health, ageing and retirement in Europe. First results from the survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economic of Aging, 2005.
10. Eurostat. European Community Household Panel, Users' database manual (version November 1999). Luxembourg, Eurostat, 1999.
11. Peracchi F. The European Community Household Panel: a review. Emp Econ 2002;27:63-90.
12. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behavior 1997; 38:21-37.
13. Prince MJ, Reischies F, Beekman AT et al. Development of the EURO-D scale -a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. Br J Psychiatry 1999;174:330-8.
14. Siermann C, Dirven HJ. Uitstroom van ouderen uit de werkzame beroepsbevolking. Sociaal-economische trends, 3de kwartaal 2005;32-6.

15. Pelletier KR. A review and analysis of the clinical- and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1998-2000 update. *Am J Health Promot* 2001;16:107-16.
16. Proper K. Effectiveness of worksite physical activity counseling. PhD-thesis Vrije Universiteit Amsterdam, 2003.
17. Dishman RK, Oldenburg B, O'Neal H et al. Worksite physical activity interventions. *Am J Prev med* 1998;15:344-61.
18. Marshall AL. Challenges and opportunities for promoting physical activity in the workplace. *J Sci Med Sport* 2004;7(suppl 1):60-6.
19. Shain M, Kramer DM. Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occup Environ Med* 2004;61:643-8.
20. Matson-Koffman DM, Brownstein JN, Neiner JA et al. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *Am J Health Promot* 2005;19:167-93.
21. Nauta A, Bruin de M, Cremer R. De mythe doorbroken. Gezondheid en inzetbaarheid oudere werknemers. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2004.
22. Ilmarinen JE. Aging workers. *Occup Environ Med* 2001;58:546-51.
23. Grammenos S. Illness, disability and social inclusion. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003.
24. Bambra C, Whitehead M, Hamilton V. Does 'welfare-to-work' work? A systematic review of the effectiveness of the UK's welfare-to-work programmes for people with a disability or chronic illness. *Soc Sci Med* 2005;60:1905-18.
25. Burström B, Whitehead M, Lindholm C et al. Inequality in the social consequences of illness: how well do people with long-term illness fare in the British and Swedish labor markets? *Int J Health Services* 2000;30:435-51.

Overgewicht bij kinderen

Drs. I. Wallenburg

Inhoudsopgave

	Samenvatting	79
1	Inleiding	86
1.1	Aard en omvang probleem	86
1.2	Oorzaken en risicogroepen	88
1.3	Focus achtergrondstudie	89
1.4	Leeswijzer	89
2	Beleid	91
2.1	Landelijke beleid	91
2.2	Lokaal beleid	95
3	Initiatieven en projecten	98
3.1	Landelijke projecten voor de preventie van overgewicht bij kinderen	98
3.2	Lokale projecten voor de preventie van overgewicht bij kinderen	100
3.3	De preventie en aanpak van overgewicht in internationaal perspectief	101
4	Actorenanalyse	104
4.1	Het belang van actoren	104
4.2	De actoren	104
4.3	Actorenanalyse: het speelveld	109
5	Conclusie	112
	Bijlagen	
1	Literatuur	115
2	Interventies op landelijk en lokaal niveau	118

Samenvatting

Aard en omvang probleem

Overgewicht was tot voor kort een relatief onbekend (volks)gezondheidsprobleem. Daar is in korte tijd verandering in gekomen. Vooral de toename van overgewicht bij kinderen baart zorgen. Niet alleen omdat (ernstig) overgewicht al op jonge leeftijd tot gezondheidsproblemen kan leiden, maar ook omdat eenmaal ontstaan overgewicht moeilijk is kwijt te raken. Te dikke kinderen lopen grote kans om ook op latere leeftijd overgewicht te hebben en complicaties als hart- en vaatziekten en diabetes type 2 te ontwikkelen. Op dit moment heeft 13% van de jongens en 17% van de meisjes van nul tot negentien jaar overgewicht. Het percentage kinderen met obesitas ('ernstig overgewicht') is voor jongens gemiddeld 2,9% en voor meisjes 3,3% (TNO, 2006). De Gezondheidsraad stelde in 2003 dat als de huidige trend zich voortzet, in 2015 15-20% van de volwassen in Nederland obees zal zijn.

De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een positieve energiebalans. Hieraan liggen zowel sociale, genetische als economische factoren ten grondslag. Vooral kinderen uit de lagere sociale klassen kampen met overgewicht. Overgewicht kost de samenleving veel geld. Naast directe kosten (0,5 miljard, RVZ 2002) gerelateerd aan preventie en behandeling zijn er forse indirecte kosten door verzuim en vroegtijdig verlaten van het arbeidsproces (2 miljard, RVZ 2002).

Overgewicht is een relatief jong probleem. Op dit moment zijn in zowel binnen- als buitenland nog nauwelijks bewezen effectieve interventies voor de preventie en behandeling van overgewicht bekend. Met name gegevens over de effecten op langere termijn ontbreken.

De RVZ heeft in 2002 in haar advies Gezondheid en gedrag uitgebreid aandacht besteed aan het overgewichtprobleem. De RVZ benaderde daarbij het probleem vooral vanuit een sectoraal perspectief met kleine uitstapjes naar andere relevante actoren als de werkgevers en scholen. De aanbevelingen van de Raad zijn grotendeels opgevolgd;

- Overgewicht is als speerpunt opgenomen in de Landelijke preventie-nota 2003. Hierbij wordt expliciet aandacht besteed aan de preventie van overgewicht bij kinderen. De minister zet vooral in op een brede betrokkenheid van maatschappelijke actoren als de (jeugdgezondheids)zorg, de kinderopvang en de school;
- In 2005 sloot de minister van VWS het Convenant overgewicht met een aantal maatschappelijke actoren;
- Bestrijding van overgewicht is onderdeel geworden van het nationale sportbeleid en er wordt aansluiting gezocht bij het onderwijsbeleid

van het ministerie van OCW (Sportnota, 2005 en Buurt-onderwijs-sport, Alliantie school en sport);

- VWS ondersteunt nationale en lokale initiatieven om de burger bewust te maken van de gevaren van overgewicht door massamediale campagnes en het subsidiëren van lokale initiatieven;
- De minister ondersteunt een netwerk van gezondheidsbevorderende instanties en kennisinstituten. Overgewicht staat bij hen hoog op de agenda.

Ook lokaal is meer aandacht gekomen voor overgewicht. Gemeenten hebben op grond van de Gemeentewet en de WCPV taken op het gebied van de gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming. Hoewel het lokale gezondheidsbeleid de afgelopen tien jaar sterk is verbeterd, concludeerde de Inspectie voor de Volksgezondheid onlangs dat een effectieve lokale bestrijding van overgewicht nog nauwelijks van de grond komt.

Methoden

Naast de landelijke publiekscampagnes en het convenant is er een groot en toenemend aantal lokale projecten. De achtergrondstudie geeft een overzicht van recent ontwikkelde projecten. Daaruit blijkt dat de projecten vooral vanuit de zorg ingestoken worden, zich op brede groepen kinderen richten, kortdurend zijn en veelal niet of volgens verschillende methoden geëvalueerd worden. Enkele uitzonderingen bevestigen deze regel. Zo leert het Kinderkookcafé kinderen uit lagere sociaal economische milieus om voor weinig geld een gezonde maaltijd klaar te maken. Het programma Schoolgruiten (landelijk) en Elke dag bewegen (gemeente Rotterdam) zijn intersectoraal opgezet. Beide initiatieven worden in de achtergrondstudie toegelicht.

De RVZ en de Gezondheidsraad constateerden eerder (respectievelijk 2002 en 2003) dat een coherente leefomgeving cruciaal is voor de aanpak van overgewicht. De omgeving waarin kind en ouder zich bevinden moet uitnodigen tot meer bewegen en gezonder eten. Dit vraagt zoals dat heet om 'concerted action'; een brede betrokkenheid in de samenwerking. Voor kinderen betekent dit dat de activiteiten binnen het gezin, de houding van de ouders, de situatie op school, op straat en op de sportclub of tijdens andere vormen van recreatie gericht moeten zijn op gezonde voeding en voldoende bewegen. Ook financiële prikkels in de vorm van 'straffen' en 'belonen' kunnen bijdragen aan de gezonde boodschap. Bijvoorbeeld door gezond gedrag als sporten financieel te ondersteunen of (gratis) toegankelijke sportactiviteiten in (achterstands)wijken te organiseren.

In de achtergrondstudie staat de actorenanalyse centraal; wie speelt op dit moment een rol bij de preventie van overgewicht, wat werkt en wat

kan beter? De RVZ heeft in aanloop naar het advies een groot aantal van deze actoren geïnterviewd, net als een aantal deskundigen op het gebied van overgewicht bij kinderen. Hieronder volgt een korte weergave van de actorenanalyse die hiervan de uitkomst is.

Actorenanalyse

Uit de achtergrondstudie blijkt dat ouders overgewicht vaak niet als een groot probleem ervaren. De ouders, maar ook de kinderen zelf, hebben veelal andere prioriteiten en vaak ook andere problemen. Ze denken dat het 'allemaal wel meevalt'. Desgevraagd zeggen ouders behoefte te hebben aan meer voorlichting, maar de belangstelling daarvoor valt in de praktijk tegen. Sportdeelname is duur en sportfaciliteiten liggen vaak aan de rand van de stad. Veilig fietspaden richting school of sportclub ontbreken vaak. Buitenspelen vinden ouders al snel gevaarlijk en jongeren worden nogal eens weggejaagd van speelplaatsen door omwonenden die klagen over hangjongeren en geluidsoverlast.

Scholen willen wel een bijdrage leveren, maar vinden dat er al veel maatschappelijke verantwoordelijkheden op hun bordje liggen en dat zij kinderen in de eerste plaats op moeten leiden voor de arbeidsmarkt. In kantines en in sommige lessen kunnen zij wel aandacht aan voeding en bewegen besteden, maar alles moet binnen de gegeven kaders van tijd en geld. De bereidheid om meer te doen is er echter wel; scholen zien mogelijkheden voor het aanbieden van meer bewegingsactiviteiten in het kader van de brede school en vinden oplossingen voor het formatieprobleem door studenten van de academie voor lichamelijke opvoeding in te zetten.

Over het weghalen van snoepautomaten en snackbars in de omgeving zijn scholen sceptisch. De ervaring is dat kinderen dan de stad in trekken hetgeen tot meer problemen leidt. Voor sommige scholen geldt bovendien dat het plaatsen van snoep- en frisdranken zorgt voor welkome extra inkomsten voor de school.

De commercie speelt een belangrijke rol in het leven van kinderen. Reclame-uitingen hebben effect op de keuzes die kinderen maken. Het argument dat de commerciële en publieke belangen tegenstrijdig zouden zijn blijkt niet per sé juist. De lokale middenstand lijkt wel degelijk bereid te zijn om de kwaliteit en gezonde producten meer onder de aandacht te brengen en mee te helpen om de gezonde boodschap uit te dragen. Dit wel met de beperking dat initiatieven bij moeten dragen aan het bedrijfsresultaat en/ of positieve invloed moeten hebben op het bedrijfsimago. De middenstand ziet bovendien een markt in de voorzichtig groeiende interesse van de klant in kwalitatief betere en gezondere producten. In die zin lijkt het landelijke communicatie en bewustwordingsbeleid dus effect te sorteren.

Gemeenten zien voor zichzelf een belangrijke rol weggelegd bij de aanpak van overgewicht. Gemeenten zeggen dat zij daarbij afhankelijk zijn van de GGD. Gemeenten geven aan moeite te hebben met de voor hen ondoorzichtige werkwijze van de GGD. Ook ervaren zij dat de informatievoorziening van de GGD te weinig aansluit op hun prioriteiten en behoeften. GGD'en vinden op hun beurt dat gemeenten niet luisteren en andere prioriteiten stellen.

Gemeenten en GGD'en vinden dat de landelijke preventienota behulpzaam is bij het stellen van beleidsdoelen, maar ervaren gebrek aan kennis, ervaring, middelen (geld, mankracht) en concurrentie met andere beleidsdoelstellingen als de grootste struikelblokken om tot een lokale implementatie van beleid te komen. De verplichte uitgaven als de uitvoering van het basistakenpakket van de jgz, de infectieziektepreventie en rampenbestrijding laten weinig financiële ruimte over om te investeren in de preventie en aanpak van overgewicht. Bovendien moeten gezondheidsdoelstellingen nogal eens concurreren met economische belangen, bijvoorbeeld als er moet worden gekozen tussen het aanleggen van een centraal gelegen sportpark of bedrijventerrein.

Het opzetten van een brede aanpak binnen de gemeente vergt een enorme inspanning en nauwe samenwerking. Zelfs als het lukt om een aantal actoren om de tafel te krijgen blijkt het in de praktijk lastig om hun inzet en betrokkenheid structureel te mobiliseren. Dit vraagt om overtuigingskracht en onderhandelingsvaardigheden, maar ook om de beschikbaarheid van voldoende (financiële) middelen.

De zorgsector (kinderartsen, huisartsen, jgz artsen, apothekers en welzijnswerkers) tonen grote betrokkenheid, maar geven aan dat zij slechts een beperkte rol kunnen spelen; de oorzaken van overgewicht liggen vooral in de organisatie van de samenleving. Hier heeft de zorg weinig invloed op. De zorg kan wel een belangrijke rol spelen bij het signaleren van eenmaal ontstaan overgewicht en het begeleiden van kinderen met (ernstig) overgewicht.

In geval van obesitas zijn bovendien vaak andere problemen in het gezin aanwezig. Er is zelden ruimte voor intensieve begeleiding van zowel het kind als de ouders. Sommige deskundigen menen dat de bestaande schotten tussen het aanbod van zorg- en welzijnsinstellingen een integrale aanpak van de problemen in het gezin in de weg staat.

Het kabinet is van mening dat de overgewicht in de eerste plaats de verantwoordelijkheid is van de individuele burger. Het onderwerp heeft weinig prioriteit bij het kabinet. VWS vindt dat het zwaartepunt van het beleid lokaal moet liggen en dicht zichzelf vooral een kaderstellende rol toe. Zij geeft hiermee invulling aan de Nota Langer Gezond Leven, het

convenant overgewicht – het eerste resultaat van de publiek private benadering van het probleem – en door te investeren in kennis.

Het bedrijfsleven op landelijk niveau lijkt bereid om zich in te zetten, gedreven door de angst voor imagoschade en overheidsregulering. Bij grote ondernemingen is het gevoel van maatschappelijke verantwoordelijkheid wel aanwezig, maar dan wel gekoppeld aan imago en klantbinding.

De kenniscentra vinden overgewicht bij kinderen een belangrijk gezondheidsprobleem. Zij proberen zich te profileren met het onderwerp. Er is in hun perceptie vooral subsidie voor nieuwe initiatieven, maar niet voor het uitrollen van succesvolle projecten. Projecten worden daardoor op de wensen van de subsidieverstrekker (VWS) toegesneden, en niet op die van de praktijk. Er zijn bovendien geen middelen beschikbaar voor structurele kennisontwikkeling en implementatie. Projectfinanciering is vaak beschikbaar voor een korte periode, waardoor geen evaluatie op de langere termijn plaatsvindt en er wat dat betreft een hiaat zit in de kennisontwikkeling. De kenniscentra vinden verder dat er (te) veel organisaties zijn die zich bezighouden met overgewicht. Hoewel er pogingen zijn tot samenwerken ervaren de kenniscentra onderlinge concurrentie en versnippering.

De lokaal gesignaleerde dominantie van de gezondheidszorg is ook landelijk aan de orde. Het Kenniscentrum overgewicht en de jeugdgezondheidszorg (jgz) vinden dat de jgz een centrale positie heeft bij de aanpak van het probleem. De beroepsgroep legt de nadruk op zijn signalerende functie, tegelijkertijd constateert de jgz echter dat zij weinig invloed kan uitoefenen op de omgevingsfactoren die leiden tot overgewicht.

Verder kan worden geconstateerd dat de zorgverzekeraars het overgewichtprobleem vooral voor volwassenen oppakken en dan hoofdzakelijk in imagocampagnes. Enkele voormalige ziekenfondsen subsidiëren ontwikkelingsprojecten, maar voor structureel beleid ten aanzien van overgewicht zien zij niet zichzelf maar de gemeente/GGD en de landelijke overheid als de aangewezen partijen.

Conclusies en suggesties voor verbetering

Overgewicht is een relatief jong en snelgroeiend probleem en de aanpak is complex. Deze complexiteit speelt op zowel landelijk als lokaal niveau. De burger lijkt bovendien nog niet doordrongen van de ernst van het probleem.

De afgelopen jaren is veel kennis ontwikkeld over de oorzaken en gevolgen van overgewicht. Daarmee is het inzicht gegroeid dat het bij overge-

wicht gaat om een complex probleem waarvoor geen pasklare oplossingen bestaan. Hoewel overgewicht en obesitas kunnen leiden tot ernstige gezondheidsproblemen, liggen de oorzaken van het probleem voornamelijk buiten de zorgsector. Voor de preventie van overgewicht is de betrokkenheid van actoren buiten de gezondheidszorg dan ook noodzakelijk.

Uit de actorenanalyse blijkt dat op dit moment veel partijen in meer of mindere mate met het probleem bezig zijn, maar dat de samenhang tussen de activiteiten veelal ontbreekt. De gemeente lijkt de aangewezen partij om een integrale aanpak van overgewicht tot stand te brengen. Waar de nationale overheid een belangrijke taak heeft bij het uitdragen van de urgentie en beeldvorming, dient de uitvoering van het beleid lokaal te gebeuren. De gemeente staat immers in contact met zowel publieke als private organisaties in de directe leefomgeving van het kind en de ouders. Op dit moment ontbreekt het de gemeente echter aan de kennis, ervaring, inzicht en middelen om overgewicht onder de bevolking tegen te gaan. Bovendien hebben gemeenten vaak te maken met concurrerende beleidsdoelstellingen. Om de volksgezondheid hoger op de agenda van de gemeente te krijgen, zou het wellicht helpen om gemeenten doelstellingen mee te geven ten aanzien van de bestrijding van overgewicht. Daarnaast kan een beter inzicht in de omvang van het probleem gemeenten ertoe bewegen meer prioriteit te leggen bij de preventie van overgewicht, bijvoorbeeld door de introductie van een regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Verder kan gerichte financiële ondersteuning vanuit de rijksoverheid voor het implementeren van een gemeentebreed overgewichtbeleid wethouders van andere portefeuilles (bijvoorbeeld economische zaken, ruimtelijke ordening, onderwijs) stimuleren een integraal overgewichtbeleid tot stand te brengen.

De ondersteuning vanuit de kennisinstituten en gezondheidsbevorderende organisaties zou meer gericht moeten worden op de vraag vanuit de praktijk. De ondersteuning is nu vooral aanbodgericht in plaats van vraaggericht. Ook is het wenselijk dat meer aandacht komt voor beleid en beleidsondersteuning op de langere termijn.

De aanbevelingen die de RVZ in 2002 in het advies Gezondheid en gedrag heeft gedaan zijn grotendeels opgevolgd; de overheid heeft geïnvesteerd in het op de agenda krijgen en houden van het overgewichtprobleem, lokale overheden zijn gestimuleerd en ondersteund bij het ontwikkelen van beleidsstrategieën voor de preventie van overgewicht, door de jgz zijn richtlijnen opgesteld voor de signalering van en hulpverlening bij overgewicht, en er is geïnvesteerd in kennisontwikkeling. Hierdoor is een breed palet aan maatregelen en initiatieven ontstaan. De tijd lijkt rijp om nu een volgende stap te zetten in het overgewichtbeleid door het beleid meer focus te geven.

De snelle toename van het aantal kinderen met overgewicht vraagt om urgentie bij de aanpak van het probleem om (ernstige) gezondheidsproblemen in de (nabije) toekomst te voorkomen. Tegelijkertijd moet worden opgepast dat de urgentie niet leidt tot meer beleid op nationaal niveau dat mogelijk ten koste gaat van het maatwerk dat nodig is om een lokale integrale aanpak tot stand te brengen. In plaats daarvan is het op dit moment wellicht verstandiger gemeenten doelstellingen ten aanzien van de preventie en aanpak van overgewicht bij kinderen mee te geven en te zorgen voor gerichte ondersteuning om gestelde doelen te realiseren.

1 Inleiding

1.1 Aard en omvang probleem

Overgewicht is wereldwijd een snel groeiend probleem. In 2002 constateerde de RVZ in het advies 'Gezondheid en Gedrag' dat overgewicht en obesitas ook in Nederland een toenemend probleem vormen met mogelijk vergaande consequenties voor de volksgezondheid en de daaruit voortvloeiende kosten voor de zorg. Ook de Gezondheidsraad stelde in 2003 dat er sprake was van een verontrustende trend. Op dat moment was ruim 40% van de volwassenen in Nederland te dik en had 10% van de volwassenen ernstig overgewicht. Van de kinderen had circa 14% overgewicht (GR, 2003). De afgelopen jaren lijkt het probleem verder te zijn toegenomen. Uit een recent gepubliceerd onderzoek van het VUmc en TNO Kwaliteit van Leven blijkt dat op dit moment 13% van de jongens en 17% van de meisjes van nul tot negentien jaar overgewicht hebben. Bovendien worden kinderen, en dan met name meisjes, op steeds jongere leeftijd te dik. Ook het aantal kinderen met ernstig overgewicht, obesitas, neemt snel toe. Van de jongens heeft 2,9% obesitas, bij meisjes is dit 3,3% (TNO, 2006). De Gezondheidsraad schatte in 2003 dat als de trend zich doorzet, in 2015 15-20% van de volwassenen in Nederland obees zal zijn.

De Body Mass Index (BMI) wordt gehanteerd als maat voor overgewicht en obesitas. Om de BMI te bepalen wordt het gewicht (kg) gedeeld door de lengte (m) in het kwadraat. Voor volwassenen geldt internationaal een BMI van 25 als afkappunt voor overgewicht, en een BMI van 30 als afkappunt voor obesitas. Ook voor kinderen zijn internationale afspraken gemaakt voor de afkapwaarden voor overgewicht en obesitas (zie tabel in bijlage). Daarbij wordt rekening gehouden met de leeftijd en het geslacht. Deze grenswaarden kunnen worden gebruikt bij het signaleren van overgewicht. Omdat de BMI echter niet altijd correleert met het percentage lichaamsvet, is het voor het vaststellen van overgewicht belangrijk om de BMI aan te vullen met een klinische blik van de onderzoeker of hulpverlener omdat ook de lichaamsbouw, het puberteitsstadium, de etniciteit en de vetverdeling over het lichaam bepalen of een kind overgewicht heeft (KCO, 2004).

Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen overgewicht en obesitas. Obesitas is bij kinderen zelden een op zichzelf staand probleem en gaat vaak samen met andere psychosociale problemen. Obesitas kan op korte termijn tot gezondheidsproblemen leiden, zoals orthopedische problemen, apneus en diabetes type 2. Overgewicht geeft daarentegen vooral problemen op de middellange en lange termijn als risicofactor voor hart- en vaatziekten en diabetes type 2 (Bulk-Bunschoten et al. 2004).

Tien jaar geleden waren er in Nederland nog geen kinderen bekend met diabetes type 2. Deze vorm van diabetes werd dan ook niet voor niets 'ouderdomsdiabetes' genoemd. Sinds 2002 wordt de ziekte echter steeds vaker bij kinderen gesignaleerd.

Precieze aantallen zijn niet bekend omdat er in Nederland niet op de ziekte wordt gescreend, maar uit onderzoeksresultaten van het Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde blijkt dat in zowel 2003 als 2004 bij drieëntwintig kinderen diabetes type 2 werd geconstateerd. Onderzoek bij de obesitaskliniek van het VUmc heeft verder uitgewezen dat van de tweehonderd onderzochte kinderen met obesitas eenderde glucose-intolerantie heeft, een voorstadium van diabetes type 2. Deskundigen verwachten dat deze aantallen een onderschatting zijn van de werkelijke omvang van het probleem. Kinderartsen zouden nog onvoldoende bekend zijn met diabetes type 2 bij kinderen en een gediagnosticeerde diabetes kan daarom ten onrechte worden aanzien voor diabetes type 1 ('juvenile diabetes'). Bovendien verloopt de ziekte sluimerend en wordt de diagnose vaak pas na een aantal jaren, dat wil zeggen op (jong) volwassen leeftijd, vastgesteld.

Deskundigen verwachten dat het aantal kinderen met diabetes type 2 de komende jaren snel zal toenemen, net als dat de afgelopen jaren in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten het geval is geweest. In Groot-Brittannië werden in 2002 de eerste obese kinderen met diabetes type 2 gerapporteerd. Twee jaar later bleek dat 0,14-4% van de kinderen met obesitas type 2 diabetes had, terwijl bij 4,5-14,9% van de obese kinderen glucose-intolerantie werd geconstateerd (Lobstein, 2004). In een onderzoek in de Verenigde Staten werd bij 25% van de 55 onderzochte obese kinderen glucose intolerantie gevonden, terwijl bij 21% van de 112 onderzocht obese adolescenten diabetes type 2 werd geconstateerd (Sinha et al. 2002).

Een hoge prevalentie van diabetes type 2 op jonge leeftijd kan op latere leeftijd leiden tot ernstige complicaties als hart- en vaatziekten, nierinsufficiëntie, neuropathie en oogaandoeningen. Andere gevolgen van obesitas zijn psychische problemen als een laag zelfbeeld, depressie, eenzaamheid en risico gedrag. Deze aandoeningen hebben niet alleen hoge directe kosten tot gevolg voor preventie en behandeling, maar hebben, als het overgewichtprobleem zich voortzet tijdens de volwassenheid, ook hoge indirecte kosten ten gevolge van ziekteverzuim en het mogelijk vroegtijdig verlaten van het arbeidsproces. De RVZ berekende in het advies 'Gezondheid en Gedrag' dat de directe kosten van overgewicht en obesitas liggen op een half miljard euro per jaar, de indirecte kosten bedragen zo'n 2 miljard euro per jaar.

1.2 Oorzaken en risicogroepen

Overgewicht en obesitas komen vaker voor bij mensen met een lage sociaal economische status. Bij mannen en vrouwen met een laag opleidingsniveau was in de periode 1998-2001 het percentage personen met obesitas bijna drie keer zo hoog als bij mensen met een hoge opleiding (Nationaal Kompas Volksgezondheid). Van ouders met overgewicht zijn vaker ook de kinderen te dik. Uit een vorig jaar gepubliceerd onderzoek van TNO dat werd verricht in 10 achterstandwijken in Nederland bleek een derde van de kinderen te dik te zijn, een percentage dat ver boven het landelijk gemiddelde ligt (TNO, 2005). De kans dat kinderen met overgewicht ook op volwassen leeftijd te dik zijn, is vijf tot zeven maal zo groot is als voor kinderen zonder overgewicht (Schmitz en Jeffery, 2002). Te dikke kinderen hebben als volwassenen dan ook een sterk verhoogd risico op het krijgen van hart- en vaatziekten en diabetes type 2.

Gewichtstoename is een gevolg van een positieve energiebalans, dat wil zeggen dat energieopname (eten, drinken) en energieverbruik niet met elkaar in evenwicht zijn. Hieraan liggen zowel sociale, genetische als economische factoren ten grondslag. Overgewicht kan dan ook niet alleen worden beschouwd als een gevolg van 'verkeerde' individuele keuzes; ook de omgeving waarin het individu zich bevindt speelt een belangrijke rol. De leefomgeving van kinderen is de afgelopen decennia sterk veranderd en is doormiddeld met verleidingen tot ongezond gedrag. Eten is overal en altijd beschikbaar, vaak in de vorm van snoep en snacks. De moderne samenleving nodigt ook steeds meer uit tot inactiviteit. Kinderen zitten vaker achter de computer en TV, op de achterbank van de auto en spelen minder buiten dan vroeger.

Op dit moment zijn er in zowel binnen- als buitenland nauwelijks voorbeelden bekend van bewezen effectieve interventies tegen overgewicht. Met name resultaten van interventies op de langere termijn ontbreken. Om het overgewichtprobleem te lijf te gaan moet in de eerste plaats de gezonde keuze makkelijker, aantrekkelijker en vanzelfsprekender worden gemaakt (RVZ, 2002). Het terugdringen van overgewicht en obesitas wordt tot één van de lastigste volksgezondheidsproblemen gerekend. Deels komt dit door het inzicht dat preventie niet lukt door voorlichting alléén, maar ook doordat er grote inspanningen moeten worden verricht door actoren in de samenleving die dat in het verleden niet gewend waren. Bovendien is de betrokkenheid van de burger nodig voor effectief beleid. De burger, hier het kind en de ouder, blijft tot nu toe op de achtergrond en het is nog maar de vraag óf hij overgewicht wel als een gezondheidsprobleem ervaart. Een belangrijke vraag is dan ook hoe kinderen en ouders bij het overgewicht probleem kunnen worden betrokken.

1.3 Focus achtergrondstudie

In deze achtergrondstudie zullen we ons richten op de preventie van overgewicht bij kinderen. We richten ons daarbij op de groep van nul tot negentien jaar. Het gaat zowel om primaire preventie, het voorkómen van overgewicht, als secundaire preventie. Bij secundaire preventie staat het voorkomen van gezondheidsklachten ten gevolge van overgewicht centraal, bijvoorbeeld door het kind te laten afvallen en de omgeving van het kind zodanig aan te passen dat gezonder gedrag wordt gestimuleerd.

Het actorenperspectief staat in deze achtergrondstudie centraal. Als de gezonde keuze gemakkelijker moet worden gemaakt, kan dat niet zonder de betrokkenheid van díe actoren met wie de burger, het kind en de ouders, dagelijks in aanraking komen. Maatschappelijke actoren als ondernemers, zorgverzekeraars, werkgevers en scholen kunnen hun steentje bijdragen door de omgeving waarin het kind en de ouder zich bevinden zodanig in te richten dat gezonde voeding en beweging passen binnen het dagelijks leefpatroon. Maar hoe kan worden bereikt dat deze actoren zich ook kunnen en willen inzetten voor een gezondere samenleving? De RVZ heeft in de aanloop van het advies een groot aantal van de actoren geïnterviewd. Daarnaast is gesproken met een aantal deskundigen op het gebied van overgewicht bij kinderen. Ook zijn een tweetal debatten georganiseerd om de afzonderlijke partijen met elkaar te laten discussiëren over hun mogelijkheden én onmogelijkheden om bij te dragen aan de preventie van overgewicht bij kinderen. Tenslotte is informatie verkregen uit het debat met de zorgverzekeraars dat de RVZ in voorbereiding op het advies heeft georganiseerd.

1.4 Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk zal in hoofdstuk twee het huidige beleid ten aanzien van overgewicht bij kinderen worden beschreven. In dit hoofdstuk staan de landelijke en lokale overheid en hun onderlinge taak- en verantwoordelijkheidsverdeling ten aanzien van gezondheidsbevordering centraal. In hoofdstuk drie wordt een overzicht gegeven van de initiatieven en projecten op het gebied van overgewicht op nationaal en lokaal niveau. In hoofdstuk vier wordt beschreven welke actoren, naast de landelijke en lokale overheid, op dit moment bij de kwestie overgewicht zijn betrokken en wie mogelijk nog een rol zou kunnen spelen. Vervolgens zal een analyse worden gegeven van het speelveld; wat wordt op dit moment aan de preventie en aanpak van overgewicht bij kinderen gedaan, wie spelen een rol, wat gaat goed en wat kan beter? In hoofdstuk vijf zullen tenslotte conclusies worden getrokken over de mogelijkheden voor de preventie van overgewicht bij kinderen. Duidelijk zal worden

dat er bij overgewicht sprake is van een spanningsveld tussen urgentie en complexiteit. Aan de ene kant vraagt het probleem om een snelle aanpak en daardoor wellicht om meer centrale sturing en coördinatie, aan de andere kant gaat het bij overgewicht om een complex probleem waarbij maatwerk, en daarmee pluriformiteit, nodig is om tot een effectieve aanpak van het probleem te komen.

2 **Beleid**

2.1 **Landelijke beleid**

Overgewicht staat sinds 2003 als speerpunt op de agenda van het ministerie van VWS. De verwachting is dat overgewicht ook de komende jaren speerpunt van beleid zal blijven. Het kabinet heeft het standpunt ingenomen dat het terugdringen van overgewicht in de eerste plaats de individuele verantwoordelijkheid is van de burger. Daarnaast meent het kabinet dat een gezamenlijke aanpak nodig is gericht op zowel leefstijl als omgevingsfactoren om goede voeding en voldoende beweging te stimuleren. Hierbij ziet het kabinet een belangrijke rol weggelegd voor de lokale overheid omdat de burger het beste kan worden bereikt in de eigen setting, dat wil zeggen in de wijk, de zorg, op school en op het werk (VWS, 2003).

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

De relatie tussen de rijksoverheid en de gemeenten ten aanzien van de collectieve preventie en de openbare gezondheidszorg is vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV, 1989). De wet verplicht gemeenten actief te zijn op het gebied van de volksgezondheidszorg. Sinds de wetwijziging van 2003 zijn de taken van zowel de rijksoverheid als de gemeenten nader omschreven. Zo moet de minister van VWS de kwaliteit en de doelmatigheid van de collectieve preventie bevorderen. De minister is verder verplicht iedere vier jaar een preventienota uit te brengen waarin landelijke prioriteiten voor het volksgezondheidsbeleid worden vastgesteld. Van gemeenten wordt vervolgens verwacht dat zij deze onderwerpen en doelstellingen opnemen in hun lokale gezondheidsnota. Daarnaast is de minister verplicht een vierjaarlijks onderzoeksprogramma vast te stellen dat als ondersteuning dient voor het volksgezondheidsbeleid. Ook dient de minister een landelijke ondersteuningsstructuur in stand te houden en de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de collectieve preventie te bevorderen.

Voor de preventie van overgewicht heeft de minister van VWS de afgelopen paar jaar op verschillende manieren invulling gegeven aan deze verplichtingen. Allereerst door overgewicht als speerpunt op te nemen in de landelijke preventienota (Langer gezond leven; ook een kwestie van gezond gedrag, 2003). Hierbij wordt expliciet aandacht besteed aan de preventie van overgewicht bij kinderen. Het ministerie zet vooral in op een brede betrokkenheid van maatschappelijke actoren als de (jeugdgezondheids)zorg, de kinderopvang en de school. Deze samenwerkingsvormen zijn opgenomen in het Convenant Overgewicht dat in 2005 met een aantal maatschappelijke actoren is afgesloten. De overheid onder-

steunt verder nationale en lokale initiatieven om de burger bewust te maken van de gevaren van overgewicht. Dit gebeurt in de vorm van massamediale campagnes en door het subsidiëren van lokale initiatieven tegen overgewicht. Daarnaast wordt een breed netwerk van gezondheidsbevorderende instanties en kennisinstituten ondersteund om de kennisontwikkeling ten aanzien van het overgewichtprobleem te bevorderen. Dit heeft de afgelopen vier jaar geleid tot een groot aantal projecten gericht op de lokale preventie en aanpak van overgewicht bij kinderen. Een aantal van deze initiatieven en projecten worden besproken in hoofdstuk drie.

Kennisontwikkeling

Het Kenniscentrum Overgewicht (KCO) is in opdracht van de minister van VWS opgericht ter bevordering van de kennisverzameling en kennisverspreiding op het gebied van overgewicht. Het KCO is beschikbaar voor het beantwoorden van ad hoc vragen van het ministerie van VWS over de oorzaken, gevolgen en strategieën voor de behandeling en preventie van overgewicht en obesitas. Het KCO heeft verder een taak bij het coördineren van onderzoeksactiviteiten. Een groot deel van de onderzoeksactiviteiten van het KCO is gericht op de preventie en aanpak van overgewicht bij kinderen en jongeren.

De kennisontwikkeling ten aanzien van overgewicht wordt verder gestimuleerd via kennisinstituten als het RIVM, NIGZ en ZonMw. Voor de kennisontwikkeling rondom lokaal gezondheidsbeleid hebben het NIGZ en het RIVM in 2005 een convenant afgesloten met als doel het in kaart brengen van het regionale aanbod van interventies op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. Overgewicht is daarbij één van de onderwerpen. Onderzoeksorganisatie ZonMw heeft een preventieprogramma waaruit wetenschappelijk onderzoek naar overgewicht en beweging kan worden gefinancierd.

Facetbeleid

De factoren die bijdragen aan overgewicht komen maar voor een deel voor de verantwoordelijkheid van VWS. Het bevorderen van bewegen en sport op school is bijvoorbeeld een taak van het ministerie van OC&W, net als het besteden van aandacht aan gezonde voeding op school. De ministeries van V&W, VROM en LNV gaan over de aanleg van sportvelden, groenvoorziening, het verkeer en het vaststellen van recreatiegebieden. Op nationaal niveau staat het volksgezondheidsbelang echter niet structureel op de agenda. Op andere beleidsterreinen dan de volksgezondheid bestaat bovendien vaak niet voldoende (spontane) aandacht voor volksgezondheidsaspecten (RVZ, 1999). De aanpak van overgewicht vraagt om effectief facetbeleid. Op dit moment gaat de meeste aandacht naar het onderwijsbeleid en het sportbeleid.

De minister van OCW is één van de ondertekenaars van het convenant overgewicht. De minister heeft aangegeven het bewegen en sporten op scholen te willen stimuleren. Er bestaat op dit moment een grote variatie in het aantal uren bewegingsonderwijs dat in het (speciaal) basisonderwijs wordt gegeven; terwijl de ene school 40 minuten per week besteed aan de gymles, is dat bij een andere school 120 minuten per week (Inspectie Onderwijs 2004). Hoewel het aanstellen van een vakleerkracht niet is verplicht, zijn de mogelijkheden voor 'gewone' leerkrachten om gymles te geven de afgelopen jaren wel beperkt. Leerkrachten die na 1 augustus 2004 zijn afgestudeerd zijn verplicht een aanvullende opleiding te volgen voor het geven van gymlessen in de groepen drie tot en met acht.

De minister van OCW streeft er verder naar scholen in het voortgezet onderwijs meer vrijheden te geven bij het invullen van de lesuren lichamelijke opvoeding. Dit heeft tot maatschappelijke discussie geleid omdat gevreesd werd dat scholen zullen gaan bezuinigen op het bewegingsonderwijs, terwijl het kabinetsbeleid er juist op is gericht kinderen meer te laten bewegen. Hoewel de minister van OCW op het standpunt blijft dat met name scholen in het voortgezet meer vrijheid moeten krijgen bij het invullen in de lessen, zijn er op verzoek van de Tweede Kamer waarborgen in de wet opgenomen die scholen verplichtingen geven ten aanzien van de omvang van de gymlessen en de spreiding over de leerjaren (amendement Hamer/Mosterd 30 187, nr. 25). Tegelijkertijd probeert de minister scholen te stimuleren meer aan bewegen en sport tijdens en na schooltijd te doen. Daarvoor zijn in opdracht van het ministerie lesmethoden ontwikkeld ten behoeve van bewegen en sporten op school. Ook de alliantie 'School en Sport samen sterker' van het ministerie van OCW en NOC*NSF heeft tot doel het sporten en bewegen onder jongeren te bevorderen. Het ministerie van OCW hoopt op die manier bij te dragen aan de gezonde leefstijl van scholieren, én de aantrekkelijkheid van het onderwijs te verhogen, de sociale cohesie te bevorderen en andere onderwijsdoelen te behalen. Het NOC*NSF heeft als subdoelstellingen een toename van het aantal jongeren dat lid wordt van een sportvereniging, en het opsporen en begeleiden van sporttalenten.

Het bevorderen van bewegen en sporten tijdens en na schooltijd maakt ook onderdeel uit van de Sportnota 'Tijd voor sport: bewegen, meedoen, presteren' (VWS, 2005). De minister van VWS is van mening dat de school als basis kan dienen voor gezond gedrag in de toekomst. De school zou bovendien een goede infrastructuur bieden voor sportbeoefening. Meer in het algemeen beoogt de Sportnota het bewegen onder de gehele bevolking te stimuleren door zorg te dragen voor voldoende en bereikbare sportaccommodaties en ruimte voor bewegen, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van trapveldjes en veilige fietspaden in de wijk. De minister ziet daarbij niet alleen een belangrijke rol weggelegd voor de lokale overheid, maar bijvoorbeeld ook voor de zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars kunnen bijdragen aan het opzetten van preventieve activiteiten in sportcentra, of zorgverleners ertoe aanzetten lichaamsbeweging te stimuleren.

Economische prikkels

Naast het stimuleren en faciliteren van gezond gedrag worden financiële prikkels genoemd als mogelijk instrument van de overheid om het gedrag van kinderen en ouders te beïnvloeden. Het extra belasten van alcoholische mixdrankjes die vooral bij jongeren geliefd zijn, is hiervan een voorbeeld. Het RIVM concludeerde onlangs dat accijnsverhoging op tabak vanuit gezondheidsperspectief de meest doelmatige maatregel is (RIVM, 2005). De mogelijkheden voor zowel het duurder maken van ongezond voedsel (de zogenaamde 'fat tax') als het goedkoper maken van gezond voedsel worden echter beperkt door Europese wet- en regelgeving. Ook leiden dergelijke maatregelen stevast tot brede maatschappelijke discussie. In tegenstelling tot roken dat per definitie slecht is voor de gezondheid, is ongezond eten alleen bij overmatig gebruik schadelijk. Dit roept de vraag op of iedere gebruiker mee moet betalen voor het ongezonde gedrag van enkelingen. Bovendien gaat het bij overgewicht om het evenwicht tussen eten en bewegen. Ongezonde voeding kan worden belast, terwijl dat bij even ongezond en kostbaar gedrag als gebrek aan lichaamsbeweging niet kan (RVZ, 2002).

Prikkels kunnen ook worden toegediend in de vorm van 'belonen'. Een voorbeeld hiervan is het subsidiëren van sport. Gemeenten kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen sportkaarten te verstrekken aan gezinnen in de bijstand, of de sportvereniging uit te nodigen sportactiviteiten in de wijk op te zetten die vrij toegankelijk zijn voor kinderen.

Ondersteuning lokaal beleid

De minister van VWS tracht op verschillende manieren het lokale gezondheidsbeleid te ondersteunen. Een eerste voorbeeld hiervan is het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg (OGZ) dat de ministers van VWS en BZK samen met GGD Ned, de VNG en een aantal vertegenwoordigers uit de openbare gezondheidszorg in 2001 hebben afgesloten. Het Nationaal Contract OGZ heeft tot doel het lokale gezondheidsbeleid te ondersteunen. Tijdens het traject, dat van 2001 tot 2003 heeft gelopen, is een instrumentenkoffer ontwikkeld waarin opgedane kennis en ervaring ten aanzien van het gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn gebundeld. Daarnaast heeft de minister ondersteuning verleend bij het opzetten van het Kennisnetwerk Preventie en de QUI-database. In het Kennisnetwerk Preventie zijn een groot aantal gezondheidsbevorderende instellingen en kennisinstellingen samengebracht met als doel de krachten te bundelen om de preventieve zorg in Nederland te verbeteren.

De preventie van overgewicht is één van de aandachtsgebieden van het kennisnetwerk. In de QUI-database worden succesvolle lokale projecten en initiatieven opgenomen en op die manier toegankelijk en inzichtelijk

gemaakt voor andere gemeenten en instellingen. Het doel hiervan is kennis te verspreiden en ervaringen uit te wisselen.

Grote stedenbeleid

In het kader van het grote stedenbeleid (GSB) is afgesproken dat gezondheid wordt meegenomen in de sociale pijler van het beleidskader GSB 2005-2009. Binnen dit beleidskader zijn twee doelstellingen ten aanzien van overgewicht bij jeugdigen opgenomen: het opsporen van jeugdigen met overgewicht door de jeugdgezondheidszorg (jgz), en het instellen van gezondheidsinterventies in relatie tot overgewicht. Daarnaast zijn er werkgroepen binnen het GSB opgericht waarin thema's als de wijkgerichte aanpak van gezondheidsbevordering verder worden uitgewerkt.

2.2 Lokaal beleid

Het landelijk overgewichtbeleid is in de eerste plaats bedoeld als agenda settend en ondersteunend; het kabinet is van mening dat de aanpak van overgewicht lokaal, dat wil zeggen dichtbij de burger plaats moet vinden. Volgens het kabinet is hier bij uitstek een rol weggelegd voor de lokale overheid. Vanwege de samenhang van gezondheidsbeleid met andere beleidsterreinen heeft de gemeente een centrale rol in openbare gezondheidszorg. Lokaal kunnen direct verbanden worden gelegd tussen bijvoorbeeld leefstijl en leefomgeving, jeugdbeleid en jeugdgezondheidszorg, en tussen volkshuisvesting, milieubeleid en gezondheidsrisico's. Op lokaal niveau kunnen ook concrete afspraken worden gemaakt tussen betrokken actoren, en kunnen samenwerkingsvormen ontstaan tussen de curatieve en preventieve zorg. De gemeente zou bovendien beter in staat zijn aan te sluiten bij lokale problemen en behoeften, en zou als regisseur kunnen optreden om tot een geïntegreerde aanpak van overgewicht te komen.

Gemeentelijke taken

De gemeente heeft via de Gemeentewet de taak het welzijn en de gezondheid van de bevolking te bevorderen en te bewaken. De taken en verantwoordelijkheidsverdeling van de rijksoverheid en van gemeenten op het gebied van de gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie zijn vastgelegd in de WCPV. De WCPV verplicht alle Nederlandse gemeenten tot het uitvoeren van een aantal taken op het gebied van de epidemiologie, gemeentelijk facet beleid, gezondheidsbevordering, het uitvoeren van bevolkingsonderzoeken, medische milieukunde, openbare geestelijke gezondheidszorg, technische hygiënezorg, infectieziektebestrijding en de jgz. De Inspectie voor de Volksgezondheid houdt toezicht op de uitvoering van de openbare gezondheidszorg.

Effectiviteit gemeentelijk gezondheidsbeleid

De Inspectie voor de Volksgezondheid constateerde in 1995 dat het in Nederland ontbreekt aan een algemeen gedragen opvatting over de plaats en inhoud van de openbare gezondheidszorg en dat het lokale gezondheidsbeleid nauwelijks van de grond kwam. Hierop werd de commissie Lemstra ingesteld, die in 1996 aanbevelingen heeft gedaan voor de versterking van de openbare gezondheidszorg op gemeentelijk niveau. Het werk van de commissie leidde onder andere tot het eerder genoemde Nationaal Contract OGZ. Eén van de activiteiten die daaruit volgde was de wijziging van de WCPV. In de gewijzigde wet die in 2003 van kracht werd, staat preciezer omschreven wat de taken zijn die gemeenten moeten (laten) uitvoeren. Voor de jeugdgezondheidszorg zijn de taken uitgebreid met de regie over de zorg voor nul- tot vierjarigen, waardoor gemeenten nu verantwoordelijk zijn voor de gezondheidszorg voor nul- tot negentien jarigen. De taken die moeten worden uitgevoerd worden beschreven in het basistakenpakket jgz.

In 2005 bracht de Inspectie voor de Volksgezondheid opnieuw een rapport uit over de openbare gezondheidszorg. Een belangrijke conclusie was dat de gemeentelijke betrokkenheid bij openbare gezondheidszorg de afgelopen tien jaar weliswaar sterk is verbeterd, maar dat de openbare gezondheidszorg op dit moment nog steeds onvoldoende is toegerust om opkomende gezondheidsproblemen als overgewicht adequaat het hoofd te kunnen bieden. Uit onderzoek van de Inspectie blijkt dat in 90% van de lokale beleidsnota's overgewicht als thema wordt genoemd. De Inspectie heeft echter weinig vertrouwen in de uitvoering en effectiviteit van de aanpak omdat in meer dan de helft van de nota's geen waarborgen zijn opgenomen dat de maatregelen ook daadwerkelijk worden uitgevoerd. Aangekondigde en genomen maatregelen zijn naar het oordeel van de Inspectie vaak te versnipperd en er wordt te weinig gebruik gemaakt van bewezen effectieve interventies. De kwaliteit van de GGD'en op het gebied van gezondheidsbevordering schiet volgens de Inspectie tekort. Verder maken gemeenten weinig gebruik van tot haar beschikking staande juridische instrumenten (bijvoorbeeld het verbieden van een snackbar in de nabijheid van een school) en komt gemeentelijk facetbeleid niet goed van de grond (Inspectie voor de Volksgezondheid, 2005).

Ook uit het veldonderzoek dat de RVZ voor dit advies heeft verricht komt naar voren dat gemeenten moeite hebben met het vormgeven van een effectief overgewichtbeleid. Gemeenten en GGD'en geven weliswaar aan dat de landelijke preventienota behulpzaam is bij het stellen van beleidsdoelen, maar het blijkt vervolgens lastig om gestelde doelen in beleid om te zetten. Naast gebrek aan kennis en ervaring zijn gebrek aan middelen (geld, mankracht) en de concurrentie met andere beleidsdoelstellingen veelgenoemde struikelblokken. Gemeenten besteden bijvoor-

beeld een groot deel van het gezondheidsbudget aan de uitvoering van het basistakenpakket van de jgz, de infectieziektepreventie en rampenbestrijding. Er blijft dan weinig financiële ruimte over om te investeren in de preventie van overgewicht. Als er wel wat aan overgewicht wordt gedaan gebeurt dat vaak in de vorm van kortdurende projecten.

Het lokale overgewichtbeleid verschilt van gemeente tot gemeente. Terwijl sommige gemeenten nog niet goed lijken te weten hoe ze het overgewichtbeleid het beste kunnen vormgeven, hebben andere gemeenten al een flinke stap gezet. Een voorbeeld hiervan is de gemeente Spijkenisse.

Gemeente Spijkenisse

In Spijkenisse is in 2003 het gezondheidsbeleid als pilot aangewezen voor interactief beleid. De leefstijl van jongeren is daarbij tot één van de aandachtsgebieden benoemd. In nauwe samenwerking met de GGD en met ondersteuning van het NIGZ is de gemeente het project Maatje teveel gestart, een project gericht op de aanpak van overgewicht bij kinderen. Het project concentreert zich op scholen waar veel kinderen met overgewicht zijn. Daarnaast wordt getracht de leefomgeving van kinderen te beïnvloeden. Hiervoor worden zoveel mogelijk lokale actoren bij het project betrokken, zoals de school, het welzijnswerk, sportverenigingen, de gezondheidszorg en lokale ondernemers als de supermarkt en de snackbar. De gemeente biedt verder ondersteuning bij het organiseren van sport-en spelactiviteiten na schooltijd.

Voor de uitvoering van de actieplannen is door de gemeente een apart budget ter beschikking gesteld. Eén van de onderdelen van Maatje teveel is een gemeentescan om te onderzoeken welke bijdrage andere beleidsterreinen kunnen leveren aan de aanpak van overgewicht. Doel is om uiteindelijk te komen tot een gemeentebrede aanpak van overgewicht.

3 Initiatieven en projecten

De afgelopen jaren zijn op nationaal en lokaal niveau een groot aantal initiatieven ontwikkeld voor de preventie van overgewicht bij kinderen. In dit hoofdstuk zullen een aantal van deze initiatieven en projecten worden beschreven. Een overzicht van recente initiatieven en projecten is te vinden in de bijlage.

3.1 Landelijke projecten voor de preventie van overgewicht bij kinderen

Massamediale campagnes

In samenwerking met het Voedingscentrum heeft het ministerie van VWS landelijke campagnes gevoerd om het publiek te waarschuwen voor overgewicht. Een voorbeeld hiervan is de campagne *Maak je niet dik!* dat is gestart in 2002. Deze campagne richt zich vooral op jongvolwassenen. De campagne *Terug naar de gezonde basis* van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten is speciaal gericht op kinderen en hun ouders. Uit onderzoek blijkt dat de effecten van grote massamediale campagnes op gedrag beperkt zijn. Campagnes als *Nederland in beweging* en *Vrij veilig* blijken wel een belangrijke functie te vervullen bij het bewerkstelligen van agendasetting en kennisvermeerdering. Landelijke campagnes kunnen verder ter versterking dienen van lokale en regionale activiteiten (Jansen et al, 2002).

Convenant Overgewicht

In 2005 heeft de minister van VWS een Convenant Overgewicht afgesloten met een aantal brancheorganisaties van werkgevers, zorgverzekeraars, sportbonden en de voedingsmiddelenindustrie (zie kader). Doel van het convenant is door middel van een 'gezond verstand benadering' zoveel mogelijk acties te ondernemen op uiteenlopende terreinen om op die manier 'de gezonde boodschap' wijd te verspreiden (Convenant Overgewicht, 2005). Het actieplan 'Energie in Balans' is de praktische uitwerking van het convenant. In het actieplan worden de initiatieven beschreven die in verschillende settingen (op school, in de buurt, op het werk, in de zorg) door de ondertekenaars van het convenant kunnen worden toegepast. Doel is een sneeuwbaaleffect te creëren van de overkoppelende organisaties naar individuele werkgevers, ondernemers, scholen, zorgverzekeraars en sportverenigingen. Het convenant moet niet alleen een aanjager worden voor acties, maar ook de plaats waar kennis en ervaring over het onderwerp gebundeld worden. De komende jaren moet duidelijk worden hoe het convenant in de praktijk zal uitwerken.

Ondertekenaars Convenant Overgewicht:

1. Ministerie van VWS
2. Ministerie van OCW
3. Federatie Nederlandse Levensmiddelenindustrie
4. Centraal Bureau Levensmiddelenhandel
5. Vereniging Nederlandse Cateraars (Veneca),
6. Koninklijke Horeca Nederland
7. NOC-NSF
8. VNO-NCW
9. MKB Nederland
10. Zorgverzekeraars Nederland

Het succesvolle project Schoolgruuten is als één van de activiteiten opgenomen in het Actieplan.

Schoolgruuten

Gedurende drie jaar is aan leerlingen van deelnemende scholen gratis een stuk groente en/of fruit verstrekt. Doel van het project is de consumptie van groenten en fruit onderdeel te laten worden van het dagelijks consumptiepatroon van kinderen van 4 tot 12 jaar. Door kinderen bewust te laten proeven kunnen zij leren de smaak van groenten en fruit te waarderen. Naast het uitdelen van groenten en fruit kregen de scholen lesmaterialen en posters aangeboden.

Het project is breed ondersteund door een groot aantal publieke en private organisaties. Circa 300 scholen hebben aan het project deelgenomen. Leerkrachten gaven een hoge waardering voor het project, en ook ouders waren positief. Uit de evaluatie blijkt dat gedurende het project de consumptie van fruit door kinderen is toegenomen.

De subsidie van VWS is eind 2005 beëindigd en het project bevindt zich nu in de adoptiefase, wat betekent dat regionale organisaties (scholen, gemeenten) de organisatie en financiering van het project zullen moeten overnemen. Dit komt tot nu toe slechts moeizaam van de grond.

Het BOS-impuls

Het Buurt-Onderwijs-Sport (BOS)-impuls is een stimuleringsregeling voor gemeenten om achterstanden bij jeugdigen aan te pakken door het organiseren van sport- en bewegingsactiviteiten in de wijk. De subsidie is met name bedoeld voor achterstandsbuurten en probleemwijken. Door het organiseren van dergelijke activiteiten hoopt het ministerie dat kinderen en jongeren niet alleen meer zullen gaan bewegen, maar ook dat de veiligheid en sociale samenhang in de betreffende buurten verbetert.

Lokale ondersteuning

In hoofdstuk twee kwamen al een aantal ondersteuningstrajecten voor lokaal gezondheidsbeleid aan de orde. Hierbij ging het vooral om kennisontwikkeling en beleidsmatige ondersteuning. Meer praktische ondersteuning kunnen gemeenten krijgen van het NIGZ. Het NIGZ heeft daartoe een speciaal ondersteuningsproject opgezet waarbij een aantal regio's gedurende langere tijd (vier jaar) intensief worden begeleid. Daarnaast worden een aantal regio's kortdurend ondersteund. De aanpak van overgewicht bij kinderen speelt hierbij een belangrijk rol. De ondersteuningstrajecten maken onderdeel uit van het Convenant gezondheid in lokaal perspectief dat het NIGZ in 2005 heeft afgesloten met de VNG en GGD Nederland. Het NIGZ heeft recentelijk ook een Toolkit Overgewicht uitgebracht waarin een actueel overzicht wordt gegeven van mogelijke projecten en materialen voor de preventie van overgewicht op school.

3.2 Lokale projecten voor de preventie van overgewicht bij kinderen

Naast de projecten op nationaal niveau is er de afgelopen jaren een ruim aanbod ontstaan aan lokale projecten en initiatieven. Vooral na 2002 is er een duidelijke toename in het aantal lokale projecten gericht op de preventie van overgewicht. Deze projecten richten zich vaak op het stimuleren van gezonde voeding, het bevorderen van beweging, of een combinatie van beide. Initiatieven zijn vaak specifiek gericht op kinderen. Uit overzichtsstudies van het RIVM en het NIGZ blijkt dat het meestal gaat om kortdurende projecten die niet of nauwelijks worden geëvalueerd. Met name resultaten op langere termijn ontbreken. Ook over kosten en benodigde capaciteiten is nog weinig bekend. Als er al wordt geëvalueerd worden verschillende methodes gehanteerd waardoor projecten onderling moeilijk zijn te vergelijken (Bemelmans et al, 2004; Nijboer 2005). Opvallend is verder dat de meeste projecten vanuit de zorgsector worden ingestoken en de betrokkenheid van andere actoren beperkt is. De projecten richten zich meestal op brede groepen kinderen; weinig projecten zijn speciaal opgezet om die groep kinderen te bereiken waar het overgewichtprobleem het grootst is. Een uitzondering hierop vormt het Kinderkookcafé waar kinderen afkomstig uit lagere sociaal economische groepen wordt geleerd voor weinig geld een gezonde maaltijd leren koken.

Hoewel nauwelijks bewezen effectieve maatregelen voor handen zijn, wordt algemeen aangenomen dat het meest mag worden verwacht van een integrale en structurele aanpak waarbij zowel aandacht wordt besteed aan gezonde voeding als beweging. Bovendien moet de omgeving van de kinderen zodanig worden ingericht dat bewegen en gezond eten tot de

mogelijkheden behoren. Het recentelijk gestarte *Actieprogramma Elke Dag Bewegen* van de gemeente Rotterdam is hiervan een voorbeeld:

Elke Dag Bewegen, gemeente Rotterdam

Het Actieprogramma Elke Dag Bewegen is een initiatief van de gemeente Rotterdam en de GGD Rotterdam. Het programma is intersectoraal; naast de Volksgezondheid zijn ook de dienst Sport & Recreatie en de dienst Jeugd, Onderwijs & Samenleving actief betrokken. Naast de gemeente nemen scholen, sportopleidingen en sportverenigingen, een aantal grote bedrijven, zorginstellingen en een zorgverzekeraar aan het project deel. Doel is kinderen op school en na schooltijd meer te laten bewegen door het aanstellen van sportleraren 'nieuwe stijl' die ook na schooltijd actief zijn. Scholen hebben daarvoor de beschikking gekregen over sport- en spelmaterialen. Sportverenigingen komen naar de wijken toe, en de kinderen wordt op school geleerd wat gezonde voeding is. Het project is gestart in het basisonderwijs en wordt de komende jaren uitgebreid naar het voortgezet onderwijs.

Tot voor kort waren er nauwelijks initiatieven voor aanpak van overgewicht bij heel jonge kinderen. Uit het eerder genoemde onderzoek van TNO (2006) blijkt echter dat kinderen op steeds jongere leeftijd overgewicht ontwikkelen. Ook vanuit de kinderdagverblijven is er een toenemende vraag naar handvatten om iets aan het overgewichtprobleem te kunnen doen. Het NISB heeft speciaal voor deze leeftijdscategorie het project Beweegkriebels ontwikkeld:

Beweegkriebels

Het project Beweegkriebels richt zich op het stimuleren van bewegen bij nul tot vier jarigen. Het NISB heeft trainingen georganiseerd waarin leid(st)ers van kinderdagverblijven wordt geleerd met simpele en goedkope materialen spelactiviteiten voor kleine kinderen uit te voeren. Daarnaast wordt het management van kinderdagverblijven gestimuleerd het bewegen tot vast onderdeel van het beleid te maken. Doel van de activiteiten is niet alleen dat kinderen meer gaan bewegen, maar ook dat kinderen een positieve attitude ten opzichte van sport en spel ontwikkelen. Tijdens de cursus worden ouderavonden georganiseerd om ouders te stimuleren meer met hun kinderen te gaan bewegen.

3.3 De preventie en aanpak van overgewicht in internationaal perspectief

Overgewicht bij is wereldwijd een toenemend probleem. Uit cijfers van de WHO blijkt dat wereldwijd inmiddels ruim een miljard mensen overgewicht heeft, van wie driehonderd miljoen ernstig overgewicht. Met name de situatie in de Verenigde Staten is zorgwekkend. Sinds 1999 is het aantal meisjes met overgewicht toegenomen van 13,8% naar 16% in de periode 2003-2004, voor jongens werd in dezelfde periode een toename gemeten van 14% naar 18,2%. Op dit moment is gemiddeld

17,1% van de Amerikaanse kinderen en adolescenten te dik (Ogden et al., 2006). Maar ook in Europese landen als Italië, Frankrijk en Zweden is overgewicht een groeiend probleem. Maatregelen om de trend te keren zijn divers. Van weinig van deze maatregelen is de effectiviteit bewezen en kosteneffectiviteitstudies worden nauwelijks verricht.

In Frankrijk zijn wetten ingevoerd die de voedingsmiddelenindustrie verplichten waarschuwingsboodschappen toe te voegen aan reclame voor ongezonde producten. Daarnaast is het sinds september 2005 niet langer toegestaan frisdrank- en snoepautomaten op scholen te plaatsen. In Zweden heeft de regering afspraken met de voedingsmiddelenindustrie gemaakt over het ontwikkelen en op de markt brengen van producten met een laag vetgehalte. Verder is de reclame voor snoep en snacks gericht op kinderen tot twaalf jaar door de overheid aan banden gelegd. Schoolkinderen krijgen les in het bereiden van een gezonde maaltijd en sport voor kinderen wordt van overheidswege gesubsidieerd. In Canada ligt de nadruk vooral op het geven van voorlichting en het ondersteunen van doelgroepprojecten.

In de Verenigde Staten, waar overgewicht al langer een probleem is, zijn de afgelopen jaren een groot aantal initiatieven en projecten ontwikkeld en uitgevoerd om overgewicht tegen te gaan. Veel van deze projecten zijn opgezet door organisaties en instellingen in de gezondheidszorg en richten zich op kinderen die al (ernstig)overgewicht hebben. Een aantal van deze projecten blijken effectief, ook op de langere termijn. Bewezen effectieve projecten hebben gemeen dat zij zich zowel richten op het aanpassen van de voedingsgewoonten, als het bevorderen van lichaamsbeweging en gedragsregulering. Ook ouderlijke betrokkenheid blijkt bij te dragen aan het succes van programma's voor kinderen met obesitas (NIHCM, 2003a).

Voor de preventie van overgewicht bij kinderen zijn in de Verenigde Staten een groot aantal initiatieven ontwikkeld die kunnen worden toegepast op school. Naar één van deze projecten, *Planet Health*, is een kosteneffectiviteitstudie verricht. Uit het onderzoek bleek dat het initiatief zowel kosteneffectief als kostenbesparend is: Kosten per QALY bedragen \$4305, de kostenbesparing voor de samenleving door verminderde medische consumptie op volwassen leeftijd en afgenomen productiviteitsverlies ten gevolge van een lager ziekteverzuim op volwassen leeftijd bedragen \$7313 (Wang et al, 2003).

Planet Health

Planet Health is een zogenaamd *school-based* programma. Het is erop gericht het televisiekijken onder kinderen terug te dringen, de consumptie van vette producten te verminderen, het gebruik van fruit en groenten te stimuleren en lichaamsbeweging te bevorderen. Uit evaluatie bleek dat het aantal meisjes met obesitas was verminderd (dit gold niet voor jongens), zowel bij jongens als meisjes het televisiekijken was afgenomen en de fruit en groenteconsumptie bij meisjes was gestegen.

De *Harvard School of Public Health* heeft een aantal bewezen effectieve interventies op scholen onderzocht. Daaruit werd de conclusie getrokken dat een effectief programma ter preventie van overgewicht gekenmerkt wordt door een aantal factoren: een eenvormige boodschap gericht op zowel gezonde voeding als lichaamsbeweging; gezonde schoolmaaltijden en beperkte verkrijgbaarheid van frisdranken en snoep op school; lessen over gezonde voeding; meer aandacht en tijd voor lichaamsbeweging op school en in het weekend; het betrekken van regionale organisaties bij het programma; de aanleg van veilige looppaden naar school en de betrokkenheid van de ouders bij het programma (NIHCM, 2003b).

4 Actorenanalyse

4.1 Het belang van actoren

In hoofdstuk twee kwamen de landelijke en lokale overheid aan de orde als belangrijke actoren bij de preventie van overgewicht bij kinderen. Maar de overheid kan het overgewichtprobleem niet alleen oplossen. De overheid heeft daarvoor de hulp nodig van actoren in de samenleving die het dagelijks leven van kinderen en hun ouders (kunnen) beïnvloeden. In de eerste plaats gaat het daarbij om de burger zelf; de burger (hier: het kind en de ouders) zal zelf een gezondere leefstijl moeten aannemen. Dat betekent dat de burger niet alleen doordrongen moet raken van het probleem van overgewicht, maar ook van de meerwaarde van een gezondere leefstijl; wat levert het hem of haar op? Maar ook de ondernemers, kinderopvang en scholen, zorgverzekeraars, de zorg- en welzijnssector en de kennisinstituten zijn van belang voor de preventie van overgewicht bij kinderen. In de volgende paragraaf zullen deze (groepen van) actoren worden besproken. De informatie is veelal afkomstig van de actoren zelf. In paragraaf 4.3 zal vervolgens een beeld worden geschetst van het ‘speelveld’; welke actoren kunnen bijdragen aan de preventie van overgewicht, wat gaat goed en wat kan beter?

4.2 De actoren

Landelijke overheid

De landelijke overheid heeft de afgelopen jaren op verschillende vlakken initiatieven genomen voor de bestrijding van overgewicht. De rijksoverheid geeft hiermee invulling aan de verplichtingen zoals die zijn vastgelegd in de WCPV. De activiteiten van de landelijke overheid zijn vooral ondersteunend van aard. De overheid is van mening dat de preventie van overgewicht bij kinderen lokaal moet plaatsvinden. De ondersteuning daarvoor moet worden geleverd door kennisinstituten en gezondheidsbevorderende instanties. Ook heeft de overheid een deel van de verantwoordelijkheid neergelegd bij maatschappelijke actoren.

Gemeente en GGD

Op lokaal niveau zijn de afgelopen jaren een groot aantal initiatieven en projecten ontwikkeld gericht op de preventie van overgewicht bij kinderen. In het vorige hoofdstuk werd al geconstateerd dat het hierbij vooral gaat om kortdurende projecten die nauwelijks worden geëvalueerd. Een structureel lokaal beleid ter preventie van overgewicht komt nauwelijks van de grond, zoals ook door de Inspectie voor de Volksgezondheid werd vastgesteld.

De GGD speelt bij veel van deze projecten een rol. Een goede samenwerking tussen gemeente en GGD blijkt een belangrijke voorwaarde voor de preventie en aanpak van overgewicht. Voor de gemeente is het belangrijk om te weten hoe groot het probleem in de betreffende gemeenten is, welke mogelijkheden er zijn om overgewicht aan te pakken en hoe beleid kan worden geïmplementeerd. Voor deze kennis en vaardigheden is de gemeente afhankelijk van de GGD. Gemeenten geven aan de werkwijze van de GGD vaak ondoorzichtig te vinden. Bovendien moet één GGD meestal meerdere gemeenten bedienen. Gemeenten vinden dat daardoor de informatie en aanbevelingen te weinig aansluit op door hun gestelde prioriteiten. GGD'en geven op hun beurt aan dat gemeenten niet altijd luisteren naar gegeven informatie en adviezen en dat de boodschap daarom soms moeilijk is 'te verkopen'.

Zowel gemeenten als GGD'en zeggen behoefte te hebben aan goede voorbeelden en betere ondersteuning om overgewichtbeleid vorm te geven. Het blijft nu vaak bij 'zoeken' en 'proberen'. Dit blijkt ook uit de grote hoeveelheid initiatieven die de afgelopen paar jaar zijn genomen.

Kinderen en ouders

De kinderen en hun ouders beschouwen overgewicht wordt vaak niet als een (medisch) probleem. Ouders worden bovendien niet graag aangesproken op het 'te dik' zijn van hun kind, en zijn dus weinig ontvankelijk voor de boodschap. Ouders geven aan dat de dagelijkse drukte en routine in het gezin een gezonde leefstijl belemmeren. Een snelle hap en kinderen voor de TV is na een lange werkdag makkelijker dan (bijvoorbeeld) uitgebreid koken en een avondwandeling. Voor kinderen zijn multimedia de afgelopen jaren bovendien een belangrijk onderdeel van hun dagbesteding geworden. Mede daardoor is 'inactiviteit' is steeds meer tot norm verheven. Ouders vinden het vaak een veilig idee dat hun kind thuis achter de computer zit. Buiten spelen wordt steeds meer als 'gevaarlijk' beschouwd, niet alleen door de toegenomen verkeersdrukke, maar ook door 'enge verhalen' en aangrijpende gebeurtenissen en incidenten als berichten over verkrachtingen of moord. Ervaren onveiligheid en overlast hebben er ook mee te maken dat buurtbewoners 'hangjongeren' wegsturen en gemeenten steeds vaker samenscholingsverboden instellen. Dit alles belemmert jongeren om samen buitenactiviteiten te ondernemen.

De mate waarin ouders en kinderen worden uitgenodigd om gezond te eten en te bewegen wordt voor een belangrijk deel bepaald door de omgeving waarin zij leven: welke winkels zijn er in de buurt, zijn er speelplekken en ligt er een veilig fietspad?

Het is bekend dat kinderen uit armere gezinnen vaker te dik zijn. Het gaat hier vaak om gezinnen waar ook de ouders met overgewicht kam-

pen en waar vaak ook andere problemen spelen. Problemen als werkloosheid of armoede eisen meestal de aandacht op en het 'dik zijn' heeft dan nauwelijks prioriteit. Bestaande beleidsmaatregelen en interventies tegen overgewicht sluiten vaak niet aan op de situatie in deze gezinnen. Een voorbeeld hiervan zijn de introductielessen van sportverenigingen op school die bedoeld zijn om kinderen te motiveren lid te worden van een sportvereniging. In armere gezinnen is daar vaak geen geld voor en voor deze kinderen blijft het dan bij een (gratis) introductieles.

Initiatief Amsterdam Zuidoost

In Amsterdam Zuidoost is overgewicht onder kinderen en jongeren een groot probleem. Het stadsdeel heeft er daarom voor gekozen sport- en spelactiviteiten na schooltijd te organiseren. De activiteiten zijn laagdrempelig, want gratis en vrijblijvend, en jongeren zijn enthousiast. Dergelijke initiatieven kosten echter wel veel geld en vragen om een grote inzet van de gemeente.

Ondernemers

Ondernemers, bijvoorbeeld supermarkeet eigenaren en restaurant- en snackbarhouders, zijn over het algemeen van mening dat overgewicht in de eerste plaats een individueel probleem is, en het tegengaan van het 'dik zijn' de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Zij benadrukken de samenhang tussen bewegen en voeding en reduceren daarmee hun eigen rol in de oorzaak van het overgewichtprobleem. Tegelijkertijd geven zij aan een gevoel van maatschappelijke verantwoordelijkheid te ervaren en zien zij voor zichzelf wel een rol weggelegd in de aanpak en bestrijding van overgewicht.

Grote bedrijven en koepelorganisaties proberen imagoschade en overheidsregulering (bijvoorbeeld een verbod op snoepreclame voor kinderen) te voorkomen. Ondernemers zien bovendien een nieuwe afzetmarkt omdat de vraag naar gezonde producten vanuit de samenleving langzamerhand toeneemt. Vanuit het oogpunt van imago zeggen ondernemers bereid te zijn deel te nemen aan acties van bijvoorbeeld de gemeente om overgewicht tegen te gaan. Voorwaarde is wel dat de initiatieven aansluiten bij de bedrijfsdoelstellingen én de vraag van de klant.

Ondernemers zijn verder van mening dat het overgewichtbeleid kan profiteren van de publiek-private samenwerking; commerciële belangen kunnen bijdragen aan de kwaliteit van producten en het beleid op langere termijn.

Scholen en naschoolse opvang

Scholen zijn van mening dat de ontwikkeling van het kind richting de arbeidsmarkt haar belangrijkste taak is. Scholen worden de laatste jaren echter ook steeds vaker geconfronteerd met maatschappelijke en opvoedkundige taken vanuit de samenleving. Door de beperkte tijd en mogelijkheden moeten scholen hierbij keuzes maken. De actualiteit van een

onderwerp speelt een belangrijke rol bij het maken van die keuze. Voeding en beweging komen in het regulier onderwijs al aan bod in de lessen biologie, verzorging, en gymnastiek. Daarnaast wordt op projectmatige basis aandacht besteed aan overgewicht. Deze projecten zijn bijna altijd tijdelijk van aard.

Sommige scholen hebben een ‘gezond kantinebeleid’ ingevoerd. In hoeverre dat gebeurt is vaak afhankelijk van het schoolbeleid en de wensen van de ouders. De motivatie van scholen om het kantineaanbod aan te passen kan worden tegengewerkt doordat de verkoop van snoep en frisdranken voor scholen een extra inkomstenbron kan betekenen. Een aantal schooldirecteuren geven aan om een andere reden weinig te zien in een aangepast kantinebeleid; zij zijn van mening dat als op school geen snoep, snacks en frisdrank worden verkocht, kinderen naar de snackbar of de supermarkt gaan waardoor zij het zicht verliezen op het consumptiepatroon van de kinderen.

Voor scholen kan het extra aandacht besteden aan een gezonde leefstijl winst opleveren; ouders kunnen scholen immers selecteren op het gevoerde trakteer-, kantine- en sportbeleid. De maatschappelijke aandacht voor sport en beweging op school is hierbij een bevorderende factor.

De opkomst van de Brede School en de buitenschoolse opvang worden beschouwd als mogelijke instrumenten om bewegen bij kinderen te bevorderen. Steeds meer ouders maken gebruik van dergelijke opvangmogelijkheden voor hun kinderen. Overigens wordt hierbij wel de kanttekening geplaatst dat armere gezinnen veel minder gebruik maken van de opvang, terwijl het overgewichtprobleem bij deze kinderen het grootst is.

De zorg

Overgewichtbeleid wordt vooral vanuit de gezondheidszorg ingestoken. Aan de ene kant is dat logisch omdat overgewicht nadelige gevolgen heeft voor de gezondheid op zowel korte als de langere termijn. De jgz is, naast bijvoorbeeld de huisarts, bovendien een logische ‘vindplaats’ voor kinderen met overgewicht. De jgz heeft een ‘overbruggingsplan’ en ‘signaleringsprotocol’ opgesteld om overgewicht te signaleren en ouders te adviseren en te begeleiden bij (dreigend) overgewicht. Tegelijkertijd ervaren gezondheidsorganisaties dat zij vooral een signalerende functie hebben en weinig invloed kunnen uitoefenen op de omgevingsfactoren die een belangrijke oorzaak spelen bij het ontstaan van overgewicht. Bovendien vinden hulpverleners uit de zorg vaak weinig gehoor bij de ouders van te dikke kinderen; de boodschap dat ‘het kind te dik is’ komt vaak niet over. Daar komt bij dat overgewicht soms niet het enige probleem is in een gezin en dat andere problemen een meer

sociale oorsprong hebben. Ook leidt het te dik zijn vaak tot psychosociale problemen waarvoor het kind begeleiding nodig heeft. Verder vraagt de behandeling van (veel) te dikke kinderen om intensieve begeleiding van zowel het kind als de ouders. Deskundigen menen daarom dat een betere samenhang tussen de welzijnssector en de zorgsector tot een effectievere aanpak van het overgewichtprobleem zou kunnen leiden. De bestaande schotten tussen het aanbod van zorg- en welzijnsinstellingen belemmeren volgens hen een integrale aanpak van de problemen in het gezin.

Het welzijnswerk

De welzijnssector speelt een ondergeschikt belang bij de preventie en aanpak van overgewicht bij kinderen. Hulpverleners uit de welzijnssector zoals maatschappelijk werkers komen wel met te dikke kinderen in aanraking, maar concentreren zich dan vooral op de psychosociale problemen die spelen. Samenwerking tussen zorg en welzijn ontbreekt nog vaak. Deskundigen menen dat meer samenhang tussen zorg en welzijn waarbij het gedrag van het kind in plaats van het probleem centraal staat, mogelijk openingen biedt voor de aanpak van overgewicht.

Sportverenigingen

Sportverenigingen ervaren een teruglopend aantal kinderen dat zich aanmeldt. Via gemeenten en scholen organiseren sportverenigingen kennismakingslessen op school of in de buurt om zichzelf te presenteren en kinderen enthousiast te maken. Dit vraagt om grote inspanningen van sportclubs die toch al vaak te maken hebben met een tekort aan vrijwilligers.

In Spijkenisse stroomde 50% van de kinderen die had deelgenomen aan de introductielessen door naar een sportvereniging. Onbekend is hoeveel van deze kinderen ook op de langere termijn lid bleven. Kinderen uit armere gezinnen stromen minder vaak door naar een vast lidmaatschap.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars voeren op dit moment geen actief beleid tegen overgewicht bij kinderen. Zij geven aan dat prikkels daartoe ontbreken. Bovendien zijn in Nederland op dit moment geen (kosten)effectieve interventies voor handen. Beleid ter bevordering van gezond gedrag wordt nu vooral ingezet vanuit marketingmotieven en richt zich voornamelijk op volwassenen. Hoewel zorgverzekeraars soms wel financiële ondersteuning geven bij de ontwikkeling van nieuwe projecten tegen overgewicht, zien zij voor zichzelf geen directe rol weggelegd bij de aanpak van het probleem. Een uitzondering hierop vormen een aantal kleinere, vooral lokaal werkzame zorgverzekeraars. Over het algemeen verwijzen zorgverzekeraars echter naar de (lokale)overheid en de GGD. Zorgverzekeraars kunnen zich tegelijkertijd wel voorstellen dat zij in de toekomst een grotere rol zullen krijgen in de preventieve zorg. De rolver-

deling tussen de overheid en de zorgverzekeraars zal de komende jaren verder moeten worden uitgekristaliseerd.

Kennisinstituten

Een groot aantal kennisinstituten en instanties die zich bezighouden met gezondheid en bewegen hebben overgewicht tot hun aandachtsgebied gemaakt. Zij hebben zich daarbij de afgelopen paar jaar vooral gericht op het ontwikkelen van nieuwe initiatieven en projecten voor de preventie en bestrijding van overgewicht. Een groot deel van deze projecten is gericht op kinderen. Voor het ontwikkelen van nieuwe projecten zijn volgens de betrokken organisaties veel meer financieringsmogelijkheden in de vorm van subsidies en onderzoeksgelden beschikbaar, dan voor het uitrollen en implementeren van bestaande succesvolle projecten.

Doordat de aandacht vooral is gevestigd op het opzetten van nieuwe projecten is er volgens de organisaties te weinig aandacht voor het evalueren van projecten (met name op de langere termijn) en het maken van de vertaalslag naar de praktijk.

Gezondheidsbevorderende instellingen zeggen verder onderlinge concurrentie te ervaren bij de verdeling van subsidie- en onderzoeksgelden.

Wel worden steeds meer samenwerkingsverbanden tussen de organisaties aangegaan bij de ontwikkeling van nieuwe projecten en de opzet van onderzoek. Deze samenwerkingsvormen worden door het ministerie van VWS gestimuleerd.

4.3 Actorenanalyse: het speelveld

Alle actoren zijn het met elkaar eens dat overgewicht bij kinderen een steeds groter wordend probleem is en een bedreiging vormt voor de volksgezondheid. Het probleem wordt echter vooral vanuit de wetenschappelijke hoek en de gezondheidszorg benaderd. Toch lijkt de invloed die de gezondheidszorg kan uitoefenen op de preventie van overgewicht bij kinderen beperkt. Het zijn vooral de omstandigheden waarin kinderen leven die leiden tot overgewicht. Er is niet één grote oorzaak aan te wijzen maar het gaat om een cumulatie van factoren. Dit maakt ook dat geen van de actoren zich opwerpt als 'probleemeigenaar' waardoor het probleem als het ware 'in de lucht blijft hangen'.

De landelijke overheid probeert op verschillende terreinen een aanzet te geven voor de bestrijding van het overgewichtprobleem. De overheid ziet voor zichzelf vooral een informerende en faciliterende rol weggelegd, en legt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering vervolgens bij de gemeenten. Het kabinet is bovendien van mening dat het in de eerste plaats de eigen verantwoordelijkheid van de burger is om het lichaamsgewicht op peil te houden. Actieve bemoeienis wordt daarom niet wenselijk gevonden.

De gemeenten geven op hun beurt aan niet goed te weten wat zij met het probleem aan moeten. Kennis, vaardigheden en middelen ontbreken. Gemeenten zeggen moeite te hebben met het vervullen van de hun toebedeelde regisseursrol; de preventie en aanpak van overgewicht vraagt om een brede aanpak waarbij ook actoren moeten worden betrokken die van oorsprong niet veel van doen hebben met gezondheid, zoals scholen en ondernemers, maar ook de wethouders van ruimtelijke ordening en economische zaken. Het vraagt van de wethouder van Volksgezondheid een flinke dosis inventiviteit en overtuigingskracht om deze groepen bij het beleid te betrekken. Bij gemeenten is er bovendien sprake van beleidsconcurrentie. Gemeenten besteden een groot deel van het volksgezondheidsbudget aan de uitvoering van het wettelijk vastgestelde basistakenpakket jgz, infectieziektebestrijding en rampenbestrijding. Er blijft dan weinig financiële ruimte meer over om te investeren in de preventie van overgewicht. Bovendien moeten gezondheidsdoelstellingen in de praktijk vaak concurreren met economische belangen; sport- en speelveldjes vragen bijvoorbeeld om ruimten in wijken en buurten waar vaak ook ondernemers in zijn geïnteresseerd om winkels of bedrijven te vestigen. Niet zelden worden sportparken daarom aan de rand van de bebouwde kom gevestigd, wat voor kinderen en hun ouders een extra barrière kan betekenen om te gaan sporten. Politiek en bestuurlijk draagvlak lijken dan ook onontbeerlijk voor effectief lokaal beleid tegen overgewicht.

In de praktijk blijkt de samenwerking tussen GGD en gemeente in veel gevallen niet optimaal te verlopen. De gemeente is voor haar informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking afhankelijk van de GGD. De GGD beschikt bovendien over de kennis en vaardigheden om gezondheid te bevorderen. De vraag vanuit de gemeenten en het aanbod van de GGD blijken vaak niet goed op elkaar aan te sluiten. Gemeenten geven aan dat de GGD zich te weinig richt op de behoefte van de politiek, terwijl GGD'en van mening zijn dat gemeenten te weinig luisteren naar gegeven adviezen.

Zowel gemeenten als GGD'en zeggen behoefte te hebben aan ondersteuning bij het ontwikkelen en implementeren van overgewichtbeleid. Ondanks de verbeterde informatievoorziening en opgezette ondersteuningstrajecten missen gemeenten en GGD'en praktische handvatten voor de aanpak van overgewicht. Gemeenten geven aan niet alleen behoefte te hebben aan goede voorbeelden, maar ook aan de flexibiliteit om de aanpak van overgewicht zo goed mogelijk te laten aansluiten op lokale problemen, wensen en behoeften.

De ontwikkelde kennis en opgedane ervaring van de kennisinstututen en gezondheidsbevorderende instanties vindt nog te weinig uitrol naar de praktijk. Hieraan liggen een aantal oorzaken ten grondslag. In de eerste plaats richten de kennisinstututen en gezondheidsbevorderende instanties

zich nog te weinig op de wensen en behoeften van de praktijk. Een groot aantal kennisinstituten wordt door het ministerie van VWS financieel ondersteund bij de ontwikkeling van nieuwe initiatieven. De kennisinstituten zijn daardoor geneigd zich vooral te richten op de wensen van het ministerie en minder op de vraag vanuit de praktijk. Bovendien stimuleert de projectmatige (en daardoor tijdelijke) financiering van initiatieven de ontwikkeling van steeds weer nieuwe interventies. Voor de implementatie van succesvolle projecten zijn veel minder middelen beschikbaar. Doordat projecten alleen tijdelijk worden gesubsidieerd, stoppen ook de succesvolle projecten na afloop van de subsidie.

Het overgewichtprobleem wordt vooral door de zorgsector opgepakt. Hoewel hulpverleners uit de zorg een belangrijke signalerende en begeleidende rol hebben, is hun invloed op de oorzaken van overgewicht beperkt. Overgewicht is niet alleen een gezondheidsprobleem, maar ook een gedragsprobleem. Bovendien spelen in de gezinnen van kinderen met (ernstig) overgewicht vaak ook andere problemen die om begeleiding vragen, zoals werkloosheid en armoede. Een betere samenwerking tussen de zorg en welzijnswerk is daarom wenselijk.

Hoewel overgewicht een steeds groter worden gezondheidsprobleem is, ervaart de burger (het kind, de ouders) dit vaak niet als zodanig. Als het wel als een probleem wordt ervaren, wordt het eerder als een cosmetisch probleem gezien dan als een bedreiging voor de gezondheid. De betrokkenheid van de burger bij de preventie van overgewicht is echter cruciaal; de ouders en het kind zijn zelf degenen die het gedrag zullen moeten aanpassen. Kinderen en ouders geven echter aan dat het dagelijks leven daartoe niet uitnodigt; alles moet snel, en school- en werkverplichtingen maken dat het sporten er nog wel eens bij inschiet. Voor de aanpak van overgewicht is het daarom belangrijk dat andere actoren hun bijdrage leveren, zoals ondernemers en de school.

Uit de gesprekken en debatten die de RVZ met verschillende partijen heeft gevoerd, blijkt dat ondernemers en scholen wel bereid zijn een bijdrage te leveren aan de aanpak van overgewicht, maar vaak niet weten 'hoe'. Dit resulteert in een afwachtende houding. Ondernemers zeggen bijvoorbeeld best bereid te zijn deel te nemen aan lokale initiatieven. Supermarkten denken daarbij aan het organiseren van smaak- en kooklessen voor kinderen, restaurants aan het verkopen van gezonde maaltijden en grote(re) bedrijven zijn bereid gezondheidsbevorderende projecten beleidsmatige en financieel ondersteunen. Belangrijke voorwaarde daarbij is wel dat de eigen (bedrijfs)doelstellingen niet worden geschonden. Ondernemers geven bovendien aan dat de publieke gezondheid haar voordeel zou kunnen doen met meer commerciële betrokkenheid. Deze betrokkenheid leidt mogelijk tot een beter lange termijn beleid en meer oog voor de kwaliteit van producten.

5 Conclusies

Overgewicht was tot voor kort een relatief onbekend (volks)gezondheidsprobleem. Daar is in korte tijd verandering in gekomen. Vooral de toename van overgewicht bij kinderen baart zorgen. Niet alleen omdat (ernstig) overgewicht al op jonge leeftijd tot gezondheidsproblemen kan leiden, maar ook omdat eenmaal ontstaan overgewicht moeilijk is kwijt te raken. Te dikke kinderen lopen grote kans om ook op latere leeftijd overgewicht te hebben en complicaties als hart- en vaatziekten en diabetes type 2 te ontwikkelen. De preventie van overgewicht bij kinderen is daarom van groot belang.

De afgelopen jaren is veel kennis ontwikkeld over de oorzaken en gevolgen van overgewicht. Daarmee is het inzicht gegroeid dat het bij overgewicht gaat om een complex probleem waarvoor geen pasklare oplossingen bestaan. Hoewel overgewicht en obesitas kunnen leiden tot ernstige gezondheidsproblemen, liggen de oorzaken van het probleem voornamelijk buiten de gezondheidszorg. Voor de preventie van overgewicht is de betrokkenheid van actoren buiten de gezondheidszorg daarom noodzakelijk.

In deze achtergrondstudie is aan de hand van een actorenanalyse nagegaan welke actoren op dit moment een rol spelen, of zouden kunnen spelen, bij de preventie van overgewicht bij kinderen. Uit de analyse blijkt dat op dit moment veel partijen in meer of mindere mate met het probleem bezig zijn maar dat de samenhang tussen de activiteiten veelal ontbreekt. De gemeente lijkt de aangewezen partij om een integrale aanpak van overgewicht tot stand te brengen. Waar de nationale overheid een belangrijke taak heeft bij het uitdragen van de urgentie en beeldvorming, dient de uitvoering van het beleid lokaal te geschieden. De gemeente staat immers in contact met zowel publieke als private organisaties in de directe leefomgeving van het kind en de ouders. Op dit moment ontbreekt het de gemeente echter aan de kennis, ervaring, inzicht en middelen om overgewicht onder de bevolking tegen te gaan. Bovendien hebben gemeenten te maken met tegengestelde beleidsdoelstellingen, zoals het stimuleren van de economie en de werkgelegenheid enerzijds en het aanleggen van centraal gelegen speelplekken en parken anderzijds. Om de volksgezondheid hoger op de agenda van de gemeente te krijgen, zou het wellicht helpen om gemeenten doelstellingen mee te geven ten aanzien van de bestrijding van overgewicht. Beter inzicht in de omvang van het probleem kan gemeenten ertoe bewegen meer prioriteit te leggen bij de preventie van overgewicht. Wellicht zou de introductie van een regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), in navolging van de landelijke VTV, hierbij kunnen helpen.

Verder kan gerichte financiële ondersteuning vanuit de rijksoverheid voor het implementeren van een gemeentebreed overgewichtbeleid wethouders van andere portefeuilles (economische zaken, ruimtelijke ordening, onderwijs) stimuleren een integraal overgewichtbeleid tot stand te brengen.

De ondersteuning vanuit de kennisinstututen en gezondheidsbevorderende organisaties zou meer gericht moeten worden op de vraag vanuit de praktijk. De ondersteuning is nu vooral aanbodgericht in plaats van vraaggericht. Ook is het wenselijk dat er meer aandacht komt voor beleid en beleidsondersteuning op de langere termijn. De huidige wijze van subsidiëren zorgt ervoor dat de aandacht vooral uitgaat naar de ontwikkeling van nieuwe projecten en initiatieven in plaats van het uitrollen en bestendigen van succesvolle initiatieven. Ook zijn subsidies vaak kortdurend waardoor evaluaties op de langere termijn ontbreken. Meer aandacht voor de evaluatie van projecten en de resultaten op de lange(re) termijn komt bovendien de kennis over de effectiviteit van interventies ten goede.

Projecten voor de preventie van overgewicht zijn op dit moment vooral vanuit de gezondheidszorg ingestoken. Toch is de invloed die de zorgsector kan uitoefenen op de oorzaken van overgewicht beperkt. Het lijkt daarom wenselijk om ook actoren van buiten de zorg actief bij het overgewichtbeleid te betrekken. Vanuit het welzijnswerk kan bijvoorbeeld begeleiding worden gegeven bij de psychische en sociale problemen die samenhangen met overgewicht. Verder kunnen scholen een bijdrage leveren met een gezond kantinebeleid, aandacht voor gezonde voeding op school en voldoende bewegingsmogelijkheden. Hierbij spelen ook de naschoolse opvang voor de oudere kinderen, en de kinderdagverblijven voor de jonge kinderen een rol. Verder kunnen lokale ondernemers worden aangezet deel te nemen aan lokale activiteiten tegen overgewicht. De gemeente kan hierbij als regisseur een belangrijke rol spelen. Maar ook hiervoor geldt dat draagvlak nodig is om de betrokkenheid van de verschillende partijen tot stand te brengen. Daarvoor is niet alleen gemeentebrede ondersteuning nodig, maar zal ook moeten worden gekeken naar de belangen, mogelijkheden en onmogelijkheden van de verschillende actoren.

Naast het stimuleren en faciliteren van gezond gedrag kunnen economische prikkels mogelijk een bijdrage leveren aan het terugdringen van overgewicht, bijvoorbeeld door het belasten van ongezond voedsel en/ of het belonen van gezond gedrag. Voor voeding ligt dit echter lastiger dan voor bijvoorbeeld roken. Bij overgewicht gaat het om een disbalans tussen eten en bewegen, terwijl roken per definitie slecht is voor de gezondheid. Bovendien zijn maatregelen op het gebied van accijns gebonden door Europese regelgeving.

Gezond gedrag kan ook worden uitgelokt door het subsidiëren van sportactiviteiten, bijvoorbeeld door het verstrekken van sportkaarten of 'vouchers' aan kinderen van ouders met een laag inkomen, of door het organiseren van sportactiviteiten in achterstandswijk onder begeleiding van een sportleraar.

De aanbevelingen die de RVZ in 2002 in het advies Gezondheid en gedrag heeft gedaan zijn grotendeels opgevolgd; de overheid heeft geïnvesteerd in het op de agenda krijgen en houden van overgewicht, lokale overheden zijn gestimuleerd en ondersteund bij het ontwikkelen van beleidsstrategieën voor de preventie van overgewicht, door de jgz zijn richtlijnen opgesteld voor de signalering van en hulpverlening bij overgewicht, en er is geïnvesteerd in kennisontwikkeling. Hierdoor is een breed palet aan maatregelen en initiatieven ontstaan. De tijd lijkt rijp om nu een volgende stap te zetten in het overgewichtbeleid door het beleid meer focus te geven.

De snelle toename van het aantal kinderen met overgewicht vraagt om urgentie bij de aanpak van het probleem om (ernstige) gezondheidsproblemen in de (nabije) toekomst te voorkomen. Tegelijkertijd moet worden opgepast dat de urgentie niet leidt tot meer beleid op nationaal niveau dat mogelijk ten koste gaat van het maatwerk dat nodig is om een lokale integrale aanpak tot stand te brengen. In plaats daarvan is het op dit moment wellicht verstandiger gemeenten doelstellingen ten aanzien van de preventie en aanpak van overgewicht bij kinderen mee te geven en te zorgen voor gerichte ondersteuning om gestelde doelen te realiseren.

Bijlage 1

Literatuur

Baal, P.H.M., et al. Potential health benefits and cost effectiveness of tobacco tax increases and school intervention programs targeted at adolescents in the Netherlands.
Bilthoven: RIVM, 2005.

Battle, E.K., K.D. Brownell. Confronting a rising tide of eating disorders and obesity: treatment versus prevention and policy.
Addict Behaviour 1996, 21, p. 755-765.

Bulk-Bunschoten, A.M.W. et al. Signalering overgewicht in de jeugd-gezondheidszorg. jgz, 2004, no. 5, p. 86-88.

College voor zorgverzekeringen. Over gewicht: de behandeling van juveniele morbide obesitas en het ziekenfondspakket.
Diemen: CVZ, 2005.

Ebbeling, C.B., Pawlak, D.B. & Ludwig, D.S. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure.
The Lancet, 360, 2002, p. 473-482.

Gezondheidsraad. Overgewicht en obesitas.
Den Haag: Gezondheidsraad, 2003.

GGD Nederland. Versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid.
Utrecht: GGD, 2003.

Haslam, D.W. & James, W.P.T. Obesity. The Lancet, 366, 2005, p. 1197-1209.

Hirasing R.A., et al. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2001, no. 145, p.1303 -1308

Inspectie van het Onderwijs. Hoofdstuk 5: voeding en beweging in het onderwijs. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs, 2005.

Inspectie voor de gezondheidszorg. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?
Den Haag: IGZ, 2005.

Janssen, J. A.J. Schut, F. van der Lucht. Tijd voor gezond gedrag: bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Bilthoven: RIVM, VTV, 2002.

KennisCentrum Overgewicht. Signaleringsprotocol overgewicht. Amsterdam: KCO, 2004.

Lobstein, T. Diabetes may be undetected in many children in the UK. *BMJ Journals*, 2004, 328, p. 1261-1262.

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Alliantie "School en Sport samen sterker". Den Haag: Ministerie OC&W, 2005.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tijd voor Sport. Den Haag: Ministerie VWS, 2005.

Must, A., R.S. Strauss. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal Obesitas*, 1999, 23, p. 2-11.

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Overgewicht lokaal ingedikt en uitgediept. Woerden: NIGZ, 2004.

National Institute for Health Care Management Foundation Forum. Childhood Obesity - Advancing Effective Prevention and Treatment: An Overview for Health Professionals. NIHCM: Washington DC, 2003a.

National Institute for Health Care Management Foundation Forum. Childhood Obesity - Advancing Effective Prevention and Treatment. Action Brief. NIHCM: Washington DC, 2003b.

Ogden, C.L., et al. Prevalence of Overweight and Obesity in the United States. *American Medical Association.*, 293, 2006, no. 13, p. 1549-1555.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezond zonder zorg. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid en gedrag. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Renders, C.M., et al. Overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten en preventieve maatregelen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 2004, 42, o. 2066 - 2070.

Renders, C.M., et al. Insulineresistentie en diabetes mellitus type 2 bij kinderen met overgewicht. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 147, 2003, 42, p. 2060 - 2063.

Seidell, J.C. en Vischer, T.L.S. Voeding en gezondheid - obesitas. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 147, 2003, 7, p. 281 - 285.

Sinha, R., et al. Prevalence of Impaired Glucose Tolerance among Children and Adolescents with Marked Obesity. The New England Journal of Medicine, 346, 2005, p. 802 - 810.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Grenzen aan de maatschappelijke opdracht van de school. Den Haag: SCP, 2005.

TNO Kwaliteit van Leven. Kinderen in prioriteitswijken: lichamelijke (in)activiteit en overgewicht. Leiden: TNO, 2005.

TNO Kwaliteit van Leven. Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4-15 jaar in de periode 2002-2004. Leiden: TNO, 2006.

Wang, L.Y., et al. Economic Analysis of a School-Based Obesity Prevention Program. Obesity research, 11, 2003, no. 11, p. 1313-1324.

World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO, 2003, www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/

Bijlage 2

Interventies op landelijk en lokaal niveau

Tabel 1 Internationale criteria voor de signalering van overgewicht en obesitas bij jongens en meisjes

Leeftijd (jaren)	Jongens BMI	BMI	Meisjes BMI	BMI
	afkapwaarde overgewicht	afkapwaarde obesitas	afkapwaarde overgewicht	afkapwaarde obesitas
2	18,41	20,09	18,02	19,81
3	17,89	19,57	17,56	19,36
4	17,55	19,29	17,28	19,15
5	17,42	19,30	17,15	19,17
6	17,55	19,78	17,34	19,65
7	17,92	20,63	17,75	20,51
8	18,44	21,60	18,35	21,57
9	19,10	22,77	19,07	22,81
10	19,84	24,00	19,86	24,11
11	20,55	25,10	20,74	25,42
12	21,22	26,02	21,68	26,67
13	21,91	26,84	22,58	27,76
14	22,62	27,63	23,34	28,57
15	23,29	28,30	23,94	29,11
16	23,90	28,88	24,37	29,43
17	24,46	29,41	24,70	29,69
18	25,00	30,00	25,00	30,00
19	25,00	30,00	25,00	30,00
20	25,00	30,00	25,00	30,00
21	25,00	30,00	25,00	30,00

Bron: Hirasings R.A., et al. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2001, no. 145, p.1303 -1308

Tabel 2 Recentelijk ingestelde landelijke interventies en projecten ter voorkoming en bestrijding van overgewicht bij kinderen

Interventie/ project	Betrokken organisaties	Doelstelling	Looptijd/stand van zaken	Resultaten
Massamediale campagne: Terug naar de gezonde basis	Ned. Vereniging voor Diëtisten	Voorkomen van overgewicht bij kinderen. Agendasettend, creëren bewustwording	2002-	Overall effect van massamediale campag- nes beperkt, wel agenda settend
De gezonde school (ondersteuningsproject)	VWS, OCW	Scholen helpen structureel aandacht te besteden aan gezondheid en veiligheid, bevorderen samenwerking met lokale partners	2004-	Niet bekend
Gezonde schoolkantine (onderdeel Gezonde School)	Voedingscentrum, GGD, ZonMw, scholen	Stimuleren gezonder kantinebeleid voortgezet onderwijs (12-16 jaar)	2000-2003 (pilots), nu uitrol naar praktijk	Beoordeling: praktische toepasbaarheid goed, effectiviteit onbekend
Schoolgruiten (onderdeel Gezonde School)	Voedingscentrum, VWS, LNV, Productschap Tuinbouw, AGF promotie Ned, scholen	Bevorderen groente/fruit consumptie op school en thuis, voor kinderen 4-12 jaar, ouders en leerkrachten	2003-2005, nu adoptiefase; van centraal naar lokaal. Opgenomen in actieplan convenant Overgewicht	Succesvol landelijk project, adoptiefase in gang gezet, geen resultaten bekend
Voeding, de beste basis voor school (onderdeel Gezonde School)	Voedingscentrum	Kinderen in het basis- onderwijs informeren over gezonde voeding, maken van keuzes	Geen gegevens	Geen proces- of effectevaluatie uitgevoerd
School TV serie "Vet Lekker"	Voedingscentrum	Leerlingen uit groep 7 en 8 bewust maken van eigen voedings- en beweggedrag en mogelijkheden voor verandering daarin	maart 2006 (herhaling)	Niet bekend
15 normen voor opgroeien met een gezond gewicht	NIGZ	Biedt handvatten voor de gezonde norm in iedere levensfase	2005-	Niet bekend
BOS-impuls	NOC*NSF, NIGZ, NIZW, NISB	Wegnemen achterstanden bij jeugdigen en verminderen overlast in de buurt	2005-2007	Tussenevaluatie: onvoldoende gebruik van mogelijkheden, extra geld ter beschik- king gesteld en intensi- iveringondersteuning
Toolkit overgewicht	NIGZ	Biedt een actueel overzicht van preventieprojecten en materialen om overgewicht aan te pakken op school	2006-	Opstartfase

Interventie/ project	Betrokken organisaties	Doelstelling	Looptijd/stand van zaken	Resultaten
Alliantie School en Sport samen sterker	OCW, NOC*NSF	Bevorderen van sport en beweging bij scholieren	2005-	Opstartfase
WhoZnext	NISB, VSB fonds, stichting jeugd in beweging	Bevorderen van jeugdparticipatie in de sport op school/ in de sportvereniging	2002-	Geen gegevens
Flash!	NISB, NOC*NSE, NIGZ, VWS (financiering), landelijke en provinciale sportraden, overheid, lokale organisaties op gebied sportondersteuning en gezondheidsbevordering, welzijnswerk	Stimuleren van bewegen zodat meer mensen de nationale norm gezond bewegen halen, zowel gericht op kinderen (4-19jr) als ouderen en chronisch zieken	2003-2006	Geen gegevens
Bewegkriebels en wat beweegt er?	NISB, GGD, consultatiebureaus, thuiszorg, peuteropvang, NIZW e.a.	Opzetten en vormgeven aan een goede bewegomgeving voor kinderen 0-4 jaar en ouders, buitenschoolse opvang (4-12 jr)	2004-2006	Implementatiefase, geen gegevens bekend

Bronnen: NIGZ, RIVM, Kenniscentrum Overgewicht, Gezonde School

Tabel 3 Recentelijk ontwikkelde en uitgevoerde lokale initiatieven voor de preventie en aanpak van overgewicht bij kinderen

Interventie/ project	Betrokken organisaties	Aard project/ doelstelling	Looptijd/stand van zaken	Evaluatie/ resultaten
Actie in gewicht en gewicht in actie	Thuiszorg, sportraad Overijssel, kinderartsen, huisartsen, diëtisten, gemeenten,GGD	Inzicht krijgen in hoe ouders tegen het probleem overgewicht aankijken en de oplossingen die zij zien voor de aanpak van overgewicht. Doel: ontwikkelen van effectieve interventies afgestemd op de doelgroep	2004	Geen gegevens
Eten+gymmen is gewicht dimmen	Voedingscentrum, NISB, KCO, GGD Brabant, thuiszorg, sportacademie, SIOS, Stichting Bots	Bewustmaken en kennisbevordering van de rol van gezonde voeding en beweging op kinderdagverblijf/school, voor kinderen 4-12 jaar	Pilotfase	Evaluatie heeft nog niet plaatsgevonden
Groninger Interventie Methodiek (GIM)	GGD Groningen, gemeenten	Ontwikkeling van een landelijk effectieve methode, vraag- en wijkgericht aansluitend op bestaande structuren (sport, onderwijs, ruimtelijke ontwikkeling)	2003-2006	Procesevaluatie gepland, nog niet bekend
DO IT	Nederlandse Hartstichting, Vrije Universiteit	Gecontroleerde studie naar effectieve aanpak van overgewicht in het VO, voeding, cognitie, uithoudingsvermogen	2002-2006	Geen gegevens
Fits, food, fun	GGD, thuiszorg, sportcentrum	Kinderen leren d.m.v. trainingsprogramma motorische vaardigheden en uithoudingsvermogen te verbeteren, aandacht voor gezonde voeding	2005, korte cursus	Geen gegevens
Gezonde start	Thuiszorg, kinderopvang, peuterspeelzaal, scholen, welzijn, gemeenten	Gezondheidsbevordering bij kinderen in achterstands-situaties. Inzicht krijgen in effectieve interventie-strategieën bij de doelgroep. Subdoelen: vraaggericht werken, participatie doelgroep, intersectorale samenwerking	2004-2006	

Interventie/ project	Betrokken organisaties	Aard project/ doelstelling	Looptijd/stand van zaken	Evaluatie/ resultaten
Gezond gewicht, kinderen eerst! Kleine veranderingen, grote gevolgen	GGD Fryslan, zorgverzekeraar de Friesland, thuiszorg (financier), Het Friese Land& Sport Fryslan	Percentage kinderen met overgewicht stabiliseren, ontwikkelen doelmatige interventies en die verspreiden. Gericht op kinderen 0-12 jaar en de ouders	2003-2006	Effectmeting volgt in juni 2006
Gezonde (op)voeding en beweging	Peuterspeelzaal, gemeente Helmond (financier), kinderdag- verblijf, welzijn, consultatiebureau, GGD, school	Stimuleren van gezondere voeding en beweging. Voor kinderen 0-6 jaar en de ouders		4 aandachtswijken, 4000 kinderen en ouders bereikt. Project was incidenteel van karakter, er wordt gewerkt aan plan- matige aanpak
Groente en fruit in achterstandswijken	Voedingscentrum, GGD, welzijn, universiteit, ZonMw	Voorlichting voor en door de doelgroep (peer education), buurthuizen en op school	2002-2006	Effect- en proces- evaluatie volgen
Schoolslag	GGD ZLZ, ZonMw (financier), NIGZ, diverse gemeenten, universiteit Maastricht	Beschermen en bevorderen van gezondheid van schoolpopulatie en personeel. T.b.v kinderen 4-19 jaar en leerkrachten	2002-2006	Nog geen meet- resultaten beschikbaar. Producten o.a. Gezonde School Model
Kids for fit	GGD, gemeenten regio Gooi en Vechtstreek, sportservice NH	Bevorderen bewegen, lessen op school en presentaties sportverenigingen	2003-2006	Geen gegevens
Actieprogramma Voeding en beweging	Gemeente Rotterdam, GGD Rotterdam, basisscholen, sport- verenigingen, bedrijven	Aandacht voor gezonde voeding en beweging op school/ t.b.v. kinderen 4-12 jaar en de ouders	2005-2009	Financiering voor proces- en effect- evaluatie is aangevraagd
Wikken en bewegen	GGD, regiogemeenten Nijmegen, kinderdag- verblijf, consultatie- bureau, huisarts, school, jgz	Voorkomen/ terugdringen overgewicht bij kinderen (2-12 jaar). Doel: structurele inbedding beleid	2002-2007	Geen gegevens
Realfit	GGD, zorgverzekeraar (financier), OGZ,NISB, lokale sportverenigingen, thuiszorg, universiteiten Utrecht en Maastricht, provincie, consultatie- bureau, welzijnswerk	Preventie en aanpak van overgewicht bij kinderen en de ouders (0-19 jaar) en jong volwassenen in de Westelijke Mijnstreek. Aandacht voor psycho- sociale component	2003-	Onderzoek wordt uitgevoerd door Universiteit Maastricht. Handboek wordt ontwikkeld.
School en Sport, o.a. Jump in Amsterdam	NISB, NOC*NSE gemeenten, scholen, lokale sportverenigingen, KVLO, LC, CBOO, BOS-impuls	Structurele bewegings- stimulering bij schoolgaande jeugd door middel van lokale samenwerking in buurt, onderwijs en school	2002-	Jump In: tussentijdse meting: aantal kinderen dat voldoet aan de bewegingsnorm is significant hoger in de interventiegroep (62,5% t.o.v. 55,4%)

Interventie/ project	Betrokken organisaties	Aard project/ doelstelling	Looptijd/stand van zaken	Evaluatie/ resultaten
Slimkids!	GGD ZL, gemeenten	Doorlopend programma. Bevorderen gezonde leefstijl en eigenwaardering kinderen 8-11 jaar. Primaire, secundaire en tertiaire preventie. Samenwerking met obesitaskliniek	Structureel aanbod	Afname BMI met 2,5-5%, ook een jaar na deelname hebben de meeste kinderen nog een lagere BMI. Grotere afname BMI na behandeling in obesitas-kliniek
Kinderkookcafé	Voedingscentrum, gemeenten, NIGZ, GGD, welzijnswerk	Kinderen (9-12 jaar) eenvoudig (goedkoop) en gezond leren koken. Gericht op lagere SES	Loopt	Geen gegevens
Maatje te veel?	GGD, gemeente Spijkenisse, basisscholen, welzijn, sportverenigingen	Bewegingsstimulering en voedingsvoorlichting op basisschool, ouderavond, individuele signalering en begeleiding overgewicht. Voor de scholen les- en spelmateriaal	2006	Procesevaluatie verwacht in mei 2006

Bronnen: NIGZ (Nijboer, 2005), Kenniscentrum Overgewicht (2006), RIVM (2004)

Werken als medicijn

Publiek-private preventie van psychische klachten via de werkplek

Drs. M.P.M. Bekker

Inhoudsopgave

	Samenvatting	129
	Introductie	132
1	Probleemverkenning	134
1.1	Definities	134
1.2	Omvang, trends, en prognosen	135
1.3	Trends in beroepsbevolking en arbeidsomstandigheden	137
1.4	Kosten	139
2	Kennis	141
2.1	Oorzaken en gevolgen	141
2.2	Specifieke interventies	141
2.3	Integraal Gezondheidsmanagement (IGM)	143
2.4	Benodigd onderzoek	144
3	Beleid: veranderende condities en verwachte effecten	145
3.1	Publieke Gezondheidsbeleid	145
3.2	Koppelingen met de Zorgverzekeringswet	146
3.3	Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen	146
3.4	Deregulering Arbowet	147
3.5	Toekomst: Koppeling gezondheidsbeleid aan sociale zekerheid en arbeidsmarktbeleid?	148
4	Actoren in het aanbod	150
4.1	Samenwerkingsverbanden tussen overheid, sociale partners en professionals	150
4.2	Werknemers	153
4.3	Werkgevers	154
4.4	Verzekeraars	155
4.5	Arbo-diensten	156
4.6	Reguliere zorg	157
5	Conclusies en suggesties voor verbetering	162
5.1	Conclusies	162
5.2	Suggesties voor verbetering	165

Bijlagen		
1	Literatuur	169
2	Verslag bijeenkomst over de mogelijkheden aanpak psychosociale problemen op de werkvloer d.d. 28 maart 2006	174
3	Leidraad 'Aanpak van verzuim om psychische redenen' en Leidraad preventie	188
4	Preventie van arbeidsverzuim door psychische klachten	191

Samenvatting

Psychische klachten vormen een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Omdat psychische klachten het gevolg zijn van combinaties van individuele en omgevingskenmerken, is het ministerie van VWS afhankelijk van samenwerking met maatschappelijke actoren om die kenmerken op collectief niveau effectief te beïnvloeden. Eén van de settingen die hiervoor aanknopingspunten bieden, is de werksituatie. In deze studie wordt onderzocht onder welke bestuurlijke voorwaarden de samenwerking tussen actoren in de gezondheidssector en de arbeidssector leidt tot een effectieve preventie van psychische klachten via de werkplek.

1. Wat zijn de prevalentie, incidentie, prognoses, en kosten van psychische klachten onder werkenden?

De prevalentie en incidentie lijken ondanks investeringen in de preventieve geestelijke gezondheidszorg niet te dalen. Opvallend is het feit dat de gemiddelde verzuimduur van 46 dagen twee keer zo hoog is als iedere andere verzuimoorzaak. Ook valt op dat bij oudere werknemers de vroegtuitreding in werkloosheid voor 30% samenhangt met een hoge werkdruk. De totale jaarlijkse kosten van verzuim en medische zorg, besteed aan (werkgerelateerde) psychische arbeidsbelasting, worden geschat op 4 miljard euro. Dat is exclusief gederfde arbeidsproductiviteit. Risicosectoren zijn de industrie, zakelijke dienstverlening, horeca, onderwijs en zorg. Verschuivingen in de productiesectoren, arbeidsomstandigheden en demografie zorgen ervoor dat de belasting door arbeid, oftewel werkdruk, een aandachtspunt blijft.

2. Wat zijn bewezen effectieve, preventieve interventies op de werkplek ten aanzien van psychische klachten onder werkenden?

Eén van de belangrijkste factoren voor herstel en het voorkomen van verergering van functioneringsproblemen is de zelfredzaamheid en mate van controle van de werkende. Er zijn vele bewezen effectieve interventies beschikbaar om de vaardigheden van werkenden te versterken, die ook nog eens zeer kosteneffectief zijn. Voorbeelden zijn cognitieve gedragsinterventies, ontspanningstechnieken en bewegingsinterventies.

Er is een gebrek aan kennis over de effecten van disfunctioneren (door psychische problematiek) op de arbeidsproductiviteit; en naar de (kosten)effectiviteit van (vooral organisatiegerichte) preventieve interventies op de werkplek. Daarnaast wordt de ontwikkeling van instrumenten en richtlijnen vaak vele malen beter gefinancierd dan de implementatie ervan, terwijl implementatie om twee redenen cruciaal is voor het realiseren van gewenste effecten. Enerzijds wordt onvoldoende rekening gehouden met de cultuurverandering (het aanpassen van denkbeelden en dagelijkse routines), die voor implementatie vereist is. Anderzijds kan de

kosteneffectiviteit van interventies niet worden geëvalueerd voordat implementatie goed en structureel op gang is gekomen.

3. Hoe ziet het beleidskader er in de nabije toekomst uit?

De preventie van psychische problemen op de werkplek wordt gescheiden aangestuurd door de ministeries van VWS en SZW, waarbij het ministerie van SZW verantwoordelijk is voor de arbeidsgelateerde psychische problematiek, terwijl het ministerie van VWS zorg draagt voor niet-arbeidsgelateerde psychische problematiek. De beleidsdoelstellingen van beide ministeries liggen voor een groot deel in elkaars verlengde. De gescheiden aansturing leidt echter tot verschillen in focus, financiering, instrumenten, procedures, en draagvlak. Hierdoor is de landelijke aansturing van preventie inefficiënt. Drie recente beleidsveranderingen zijn relevant: WIA, Zvw en de herziening van de Arbowet.

Door de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) zal het aandeel in de beroepsbevolking met een verminderde belastbaarheid toenemen. Voorkomen moet worden dat de reïntegratie van arbeidsgehandicapten met psychische problemen zou resulteren in een collectieve terugval in de bijstand. Daarnaast vormen bepalingen omtrent sociale zekerheid, zoals de pensioenopbouw, een belemmering voor de arbeidsmobiliteit, waardoor werkenden langer in een onbevredigende arbeidssituatie blijven hangen.

In de Zorgverzekeringswet bieden de verwijzingsfunctie van de bedrijfsarts, de vergoeding van beperkte onderdelen van arbozorg via de Zvw, de collectieve contractering en de eerstelijnspsycholoog in het basispakket openingen voor een efficiëntere aanpak van de gezondheidsproblemen onder werknemers. De Zvw biedt echter geen directe prikkels voor preventie, laat staan preventie van psychische klachten, waardoor verzekeraars en aanbieders andere prioriteiten kiezen.

Voor de arbeidsgelateerde psychische klachten, bijvoorbeeld door beperkte regelmogelijkheden of agressie op het werk, is de Arbowet relevant. De geplande herziening van deze wet voorziet in een beleidsvoeringverplichting ten aanzien van psychische arbeidsrisico's.

4. Biedt het beleidskader voldoende ruimte om de toekomstige trends psychische problemen onder werkenden te keren?

Preventie wordt op geen enkele manier afgedwongen, en dat is ook niet wenselijk. Toch dreigt de aandacht voor preventie in deze context onvoldoende te kunnen groeien. Preventie is primair een zaak van werknemer en werkgever. Als zij er samen niet uitkomen kunnen derde partijen uit het reguliere en arbocircuit bijspringen. Een van de grootste bedreigingen van de samenwerking is de negatieve beeldvorming rondom werkenden met psychische klachten, zowel onder werkgevers als onder zorgpro-

professionals. De werkzaamheden van de Subcommissie Psychische Problematiek van Het Werkend Perspectief hebben uitgewezen dat deze zeer hardnekkig zijn en dat een cultuurverandering nodig is.

Een andere belemmering is dat zorgverzekeraars slechts een deel van de arbeidsgerelateerde zorg verzekeren die nodig is om verzuim (en dus een beroep op de sociale zekerheid, waartegen inkomensverzekeraars verzekeren) te voorkomen. Daarom kopen inkomensverzekeringen zelf steeds vaker zorg in. Uit schadelast- en premieoverwegingen zijn er op het vlak van de arbeidsgerelateerde zorg weinig prikkels tot synergie tussen zorg- en inkomensverzekeringen. Ook aanbieders van zorg ondervinden weinig prikkels tot het uitvoeren van structurele preventieve interventies. Via de Zvw en Arboret kunnen kansen worden benut voor de versterking van preventie, zoals de ontwikkeling van een preventie dbc.

Specifieke aandacht voor het midden- en kleinbedrijf is nodig. Een goed preventie- en reïntegratiebeleid is in het MKB haalbaar als het op collectief niveau wordt georganiseerd, bijvoorbeeld via de brancheorganisaties.

5. Welke beleidssuggesties kunnen we hieruit afleiden voor het ministerie van VWS?

- Bestaande initiatieven laten effectueren en evalueren.
Er zijn reeds vele beleidsmaatregelen genomen en richtlijnen en andere instrumenten ontwikkeld. Deze moeten de kans krijgen te effectueren en evaluatie op gezondheids- (en andere) doelen mogelijk te maken.
- Communicatieve sturing en beleidscoördinatie door VWS.
Tegelijkertijd zijn er nog vele randvoorwaarden, die momenteel onbenut blijven. Het ministerie van VWS kan een belangrijke communicatieve rol spelen, enerzijds ten aanzien van de beeldvorming onder professionals en zorgverzekeraars over psychische problemen en samenwerking in het veld, anderzijds in samenwerking met het ministerie van SZW. Ook de kennisinstututen op het gebied van arbeid, sociale zekerheid en gezondheid kunnen effectiever aan elkaar gekoppeld worden.

Introductie

Kent u die reclame van die werkgever die zijn medewerkers naar de tiende etage laat lopen voor de printer? In de kantine de melk vers van de geit serveert en in snoepautomaten alleen nog appels en paprika's aanbiedt? Die reclame suggereert dat hobbyende werkgevers dit soort acties maar beter over kunnen laten aan een Arbodienst. In deze achtergrondstudie wordt daarentegen betoogd dat werkgevers en werknemers het primaire aanknopingspunt vormen voor een effectieve gezondheidsbevordering en preventie op de werkplek.

Psychische klachten, zoals burn-out, overspannenheid, depressie en angst, zijn een groot en hardnekkig volksgezondheidsprobleem. De aanpak ervan behoort daarom tot de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. Omdat psychische klachten het gevolg zijn van combinaties van individuele en omgevingskenmerken, is het ministerie van VWS afhankelijk van samenwerking met maatschappelijke actoren om die kenmerken op collectief niveau effectief te beïnvloeden.

Eén van de settingen die hiervoor aanknopingspunten bieden, is de werksituatie. De voorwaarden voor een effectieve preventie door samenwerking tussen het ministerie van VWS, de gezondheidssector en maatschappelijke actoren lijken hier gunstig. Het structurele hoge ziekteverzuim heeft de politiek aangezet tot beleidsveranderingen die werkgevers medeverantwoordelijk maken voor de aanpak ervan. Hoewel zij het belang van preventie articuleren en onderkennen, investeren zij vooral in reïntegratie. Dat komt, omdat het beleidsinstrumentarium vooralsnog gericht is op de werkgever en op een stroomlijning van het logistieke proces van reïntegratie. Dit wordt grotendeels aangestuurd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Haar primaire beleidsterreinen, de arbeidsmarkt en arbeidsomstandigheden, en sociale zekerheid zijn echter onlosmakelijk verbonden met gezondheid en zorg.

In deze studie wordt onderzocht onder welke bestuurlijke voorwaarden de samenwerking tussen actoren in de gezondheidssector en de arbeidssector leidt tot een effectieve preventie van psychische klachten via de werkplek. De studie belicht hoe de psychische gezondheid van de 8 miljoen werkenden in Nederland kan worden beschermd en bevorderd via de werkplek, evenals de veranderende beleidscontext richting zelfregulering. Door de onderlinge afhankelijkheden van de betrokken actoren is een overzicht van hun posities en mogelijkheden onontbeerlijk voor het ontwikkelen van een effectief preventiebeleid ten aanzien van psychische klachten. De verzamelterm psychische klachten is in deze studie afgebakend tot de mildere vormen: overspannenheid, burn-out, angst en/of depressie.

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

1. Wat zijn de prevalentie, incidentie, prognoses, en kosten van psychische klachten onder werkenden?
2. Wat zijn bewezen effectieve, preventieve interventies op de werkplek t.a.v. psychische klachten onder werkenden?
3. Hoe ziet het beleidskader er in de nabije toekomst uit?
4. van psychische problemen onder werkenden te keren?
5. Welke beleidsaanbevelingen kunnen we hieruit afleiden?

Deze achtergrondstudie draagt bij aan het advies Publieke Gezondheid , waarin de mogelijkheden voor sectoroverstijgende samenwerking voor de preventie van actuele gezondheidsproblemen worden verkend en uitgewerkt. Het doel van de achtergrondstudie is om de mogelijkheden voor een publiek-private samenwerking in de preventie van psychische klachten via de werkplek te verkennen. Het uitgangspunt daarbij is, dat (psychosociale) gezondheidswinst via de factor arbeid gekoppeld kan worden aan stakeholderbelangen, zoals lagere kosten voor sociale zekerheid, efficiëntie in de zorgverlening en hogere arbeidsproductiviteit. Op de langere termijn zal dat voor de vragende partijen (werkenden, werkgevers, overheid, verzekeraars) alleen efficiënt gerealiseerd kunnen worden door de arbozorg, bestaande uit Arbodiensten, reïntegratiebedrijven en medische interventiebedrijven, te integreren in het reguliere zorgstelsel.

1 Probleemverkenning

In dit hoofdstuk worden de prevalentie, incidentie, prognoses, en kosten van psychische klachten in de beroepsbevolking beschreven.

1.1 Definities

Psychische gezondheid

Volgens de WHO is er bij een optimale psychische gezondheid sprake van succesvol functioneren wat resulteert in productieve activiteiten, bevredigende relaties met anderen en de mogelijkheid tot aanpassen en omgaan met tegenslagen (www.nationaalkompas.nl). Daarbij ligt de nadruk op het relationele karakter: de aard van een eventueel disfunctioneren ligt primair in de interactie tussen individu en omgeving. Bij dergelijke criteria is de grens tussen wel of niet gezond functioneren echter arbitrair.

Omdat de WHO definitie onvoldoende aangrijpingspunten biedt, is een omgekeerde definitie behulpzaam. Een suboptimale psychische gezondheid of suboptimaal functioneren is te lokaliseren aan de hand van de ernst en de omvang van gesignaleerde beperkingen in het functioneren, in dit geval op de werkplek. Beperkingen in het functioneren op de werkplek kunnen bijvoorbeeld worden afgelezen aan veranderingen in de kwantiteit en de kwaliteit van de uitgevoerde taken, het hanteren van sociale relaties c.q. het functioneren in een team, de persoonlijke zelfverzorging, of sterke gedragsveranderingen.

Werkenden

In deze studie wordt vervolgens gesproken over werkkenden, om zelfstandigen en ondernemers in te sluiten in de populatie die te maken kan krijgen met psychische problemen.

Arbozorg

Verder wordt onderscheid gemaakt tussen de uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierde reguliere (psychosociale) zorg en de door de werkgevers betaalde 'arbozorg'. Onder arbozorg wordt verstaan alle zorg die anders wordt gefinancierd dan via de Zvw. Dergelijke zorg wordt meestal aangeboden door commerciële Arbo-diensten, reïntegratiebedrijven en medische interventiebedrijven.

1.2 Omvang, trends, en prognosen

Prevalentie

Onder burn-out wordt de situatie verstaan, waarbij een toestand van emotionele uitputting gepaard gaat met een cynische houding ten aanzien van het eigen werk en/of het gevoel het werk niet meer aan te kunnen. Emotionele uitputting is het belangrijkste symptoom van burn-out. De werksituatie veroorzaakt gevoelens van leegte, vermoeidheid, uitputting en psychische uitholling. Herstelbehoefte is een vroeg symptoom van psychische vermoeidheid. Herstelbehoefte en emotionele uitputting vormen samen een tussenstap naar klachten van meer ernstige aard, die leiden tot verzuim en arbeidsongeschiktheid. In tabel 1.1 wordt een overzicht gegeven van beschikbare gegevens over de prevalentie van psychische klachten. Daarbij moet rekening worden gehouden met verschillende onderzoekspopulaties in de verschillende onderzoeken.

Tabel 1.1 Overzicht prevalentie psychische klachten

		Peiljaar	Bron	Populatie
Herstelbehoefte	26%	2003	NEA	Arbeidsproductieven in loondienst
Burn-out	11%	2004	POLS	NL bevolking
Verzuim door psychische klachten	5,5%	2003	NEA	Arbeidsproductieven in loondienst
Verzuimdagen door psychische klachten per jaar	46	2003	NEA	Arbeidsproductieven in loondienst
Werkgerelateerd verzuim door psychische klachten van \geq 13 weken	0,2%	2004	Stress Impact	13 ^e - 20 ^e weeks zieken UWV registratie
Aandeel psychische klachten in totale WAO-intrede	31%	2004	UWV	NL beroepsbevolking m.u.v. zelfstandigen
Aandeel psychische klachten in lopende WAO-uitkeringen	34%	2004	UWV	NL beroepsbevolking m.u.v. zelfstandigen
WAO-intrede door psychische klachten gerelateerd aan aantal verzekerden	0,3%	2004	UWV	NL beroepsbevolking m.u.v. zelfstandigen
Lopende WAO-uitkeringen door psychische klachten gerelateerd aan aantal verzekerden	4%	2004	UWV	NL beroepsbevolking m.u.v. zelfstandigen

(Bron: Heuvel, Bossche & Heinrich, 2006)

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

Voor de ernstigere vormen van psychische klachten, zoals angst- en depressiestoornissen, zijn er geen duidelijke aanwijzingen van een stijgende of dalende trend. Wel (h)erkennen mensen eerder dan twee decennia geleden dat zij aan een stoornis lijden, en met name vrouwen

zoeken daarvoor eerder hulp (www.nationaalkompas.nl). Onderstaande tabel geeft een overzicht van prevalenties van angst en depressie bij de totale bevolking, werkenden en niet-werkenden, gebaseerd op data uit de periode 1994-99.

Tabel 1.2 Prevalentie angst en depressie

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

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

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

Verzuim

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

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

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

Tabel 1.3 Gevolgen van psychische arbeidsbelasting (PSA)

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

Bron: Blatter et al. (2005).

1.3 Trends in beroepsbevolking en arbeidsomstandigheden

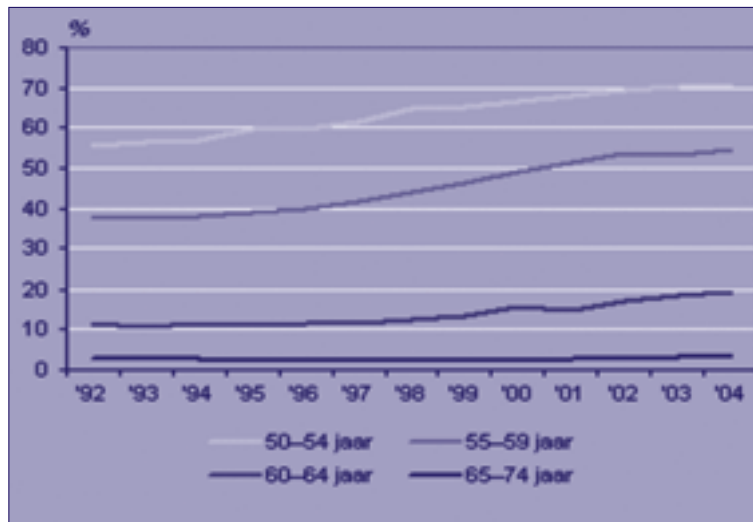
Demografische prognoses geven aan dat het aandeel 20-65 jarigen zal dalen van 61% naar 53,9% in 2037, om daarna weer licht toe te nemen. Samen met de dubbele vergrijzing leidt dit tot een toename van de demografische druk (verhouding tussen het aantal 65 plussers en 0 tot 20 jarigen ten opzichte van de 20 tot 65 jarigen) van 64% naar 86% in 2040 (www.cbs.nl). Het macroprobleem van de demografische druk kan op microniveau de belasting van werknemers in meerdere opzichten, in combinatie met hierna beschreven trends in de arbeidsmarkt, verzwaren.

Toenemende complexiteit van organisaties en informatiestromen

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

Stijgende arbeidsparticipatie van ouderen (De arbeidsparticipatie van 55-64-jarigen steeg van 26% in 1995 naar 39,7% in 2005. Tussen 1992 en 2004 is in alle leeftijdsgroepen van ouderen de arbeidsdeelname toegenomen. In 2004 werkte van de 50-54-jarigen 70%. Van de 55-59-jarigen was dat bijna 55%. Onder de 60-plussers ligt de arbeidsdeelname een stuk lager: van de 60-64-jarigen had nog zo'n 20% een baan.

Grafiek 1.1 Arbeidsdeelname 50-plussers



Bron: CBS

Het aandeel zelfstandigen in die groep is relatief groot, mede doordat vroeggepensioneerden doorwerken als kleine zelfstandige. Hoewel verzuim door psychische klachten vaker voorkomt bij jongere werkenden, is de relatieve arbeidsbelasting van oudere werknemers bij gelijke arbeidstaken in het algemeen groter dan die van jongeren. Dit resulteert in een vertraagd herstelproces na afloop van het werk. Burdorf/Mackenbach (2006) hebben berekend dat 17% van de Nederlandse bevolking in de leeftijdscategorie 50-64 jaar depressieve klachten rapporteren, die significant samenhangen met vroegtijdige uitkering door vroegtijdige pensioenen of werkloosheid. Zij schatten de bijdrage van een hoge werkdruk aan de vroegtijdige uitkering door vroegtijdige pensioenen op ongeveer 6%, en aan de vroegtijdige uitkering door werkloosheid op bijna 30%.

Stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen en veranderende combinaties van werken en zorgen

In onderzoek en praktijk zijn definities en indicatoren van werk en gezondheid lange tijd gedomineerd door een oriëntatie op de mannelijke beroepsbevolking. De stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen in het algemeen brengt met zich mee dat deze categorieën aangepast moeten

worden aan het vervagende onderscheid tussen mannen- en vrouwenbe-
roepen, en aan specifiek vrouwelijke, biologische kenmerken. Bij oudere
vrouwelijke werknemers is bijvoorbeeld aandacht nodig voor de mogelijk-
ke gevolgen van de menopauze (Millonig, 1996).

De combinatie van werken en zorgen wordt op verschillende manieren
ingevuld en verschilt per gezinsfase, wat resulteert in verschillende
gezondheidseffecten. Het gecombineerd vervullen van de rollen van
ouder, werkende en partner gaat, tegen heersende opvattingen in,
gepaard met een relatief gunstig gezondheidsprofiel (Bekker, 2002;
Dennerstein, 1995, CBS, 2006). Tegelijkertijd is in diverse studies aan-
getoond dat vrouwen die werken en zorg combineren, relatief gebrek aan
herstel ondervinden. Ingeval van gezondheidsproblemen door de combi-
natie van werk en zorg bieden standaardoplossingen onvoldoende soelaas
(Bekker, 2002).

De stijgende arbeidsparticipatie van alleenstaande ouders

In 2004 behoorde 65% van de alleenstaande ouders tot de beroepsbevol-
king. In 1996 was dat nog 54%. Het aantal alleenstaande ouders van
minderjarige kinderen is tussen 1996 en 2004 gestegen van 208 duizend
tot 270 duizend. Bijna negen van de tien zijn vrouw. Het ontbreken van
(steun van) een partner leidt tot een verminderd welbevinden en een
zwaardere belasting door gecombineerd werken en zorgen.

Flexibilisering van de arbeid en veranderingen in de sociale zekerheid

Door een toename van deeltijdwerk, uitzendwerk, tijdelijke contracten,
evenals de afschaffing van het prepensioen en de voorgenomen versoepel-
ing van het ontslagrecht, hebben werkenden minder zekerheid over
inkomen, verzekerde status, arbeidsvoorwaarden en dergelijke. Een com-
binatie van deze factoren kan leiden tot een gevoel van controleverlies,
wat kan leiden tot psychische klachten.

1.4 Kosten

Blatter et al. (TNO, 2005) schatten de totale jaarlijkse kosten van psy-
chische arbeidsbelasting op 4 miljard euro. Het gaat daarbij om *werkege-
relateerde* psychische klachten die kunnen leiden tot hart- en vaatziekten,
ongevallen en sterfte.

Tabel 1.4 Kosten door psychische arbeidsbelasting

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

Bron: Blatter et al., 2005

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

De sectoren met de hoogste jaarlijkse kosten voor verzuim door psychische klachten zijn de industrie (185 miljoen euro); financiële instellingen (145 miljoen euro); vervoer en communicatie (135 miljoen euro); en openbaar bestuur (135 miljoen euro). Oorzaken zijn o.a. een combinatie van de duur van het verzuim, de grootte van de sector en de hoogte van de loonkosten in die sector.

In de kosten veroorzaakt door de WAO-uitkeringen is het aandeel van depressie het hoogst (620 miljoen euro), gevolgd door burn-out en spanningsklachten (516 miljoen euro) en posttraumatische stresstoornis (489 miljoen euro). De hoogste kosten worden gemaakt in de sector gezondheid- en welzijnzorg (297 miljoen euro); en in de industrie (267 miljoen euro). Ook hier speelt de combinatie van de grootte van de sector en de prevalentie van WAO-uitkeringen als gevolg van psychische klachten.

2 Kennis

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

2.1 Oorzaken en gevolgen

Psychische vermoeidheid is een voorspeller van burn-out, en gaat gepaard met minderwaardigheidsgevoelens en cynisme. Risicofactoren voor psychische vermoeidheid zijn de ervaren werkdruk en het ontbreken van regel mogelijkheden. Bij mannen zijn overgewicht, te weinig bewegen, alcoholconsumptie en conflicten met de baas de belangrijkste risicofactoren voor psychische vermoeidheid. Bij vrouwen zijn dat conflicten met collega's. Ook de omgeving speelt een rol: het cynisme van iemand met een dreigende burn-out kan overslaan op de directe collega's, die daardoor minder plezier in hun werk rapporteren. Driekwart van de mensen met psychische vermoeidheid is na een jaar weer aan het werk, wat samenhangt met de mate waarin de werknemer controle heeft over de eigen situatie (NWO programma Psychische vermoeidheid in de Arbeidssituatie, 1995-2004).

Een belangrijk verschijnsel bij psychische gezondheidsklachten is het somatiseren: de neiging om lichamelijke ongemakken en klachten te ervaren en te rapporteren die niet door pathologische bevindingen verklaard kunnen worden, ze aan een lichamelijke aandoening toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken. In een deel van de gevallen worden psychische klachten bewust of onbewust gemaskeerd door het uiten van vage lichamelijke klachten.

Somatiseren en medicaliseren zijn niet hetzelfde. Bij medicalisering gaat het om factoren en processen op macro-, meso- en microniveau die somatiseren bevorderen. Preventie en reïntegratie worden hierdoor belemmerd. Demedicalisering is daarmee niet alleen een verantwoordelijkheid van de werknemer zelf, maar ook van de omgeving (Van der Beek et al., 2003).

2.2 Specifieke interventies

Er zijn inmiddels verschillende diagnostische instrumenten ontwikkeld, die ook door leken kunnen worden gehanteerd, zoals de Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA), de instrumenten van de subcommissie Psychische Problematiek van de commissie Het Werkend

Perspectief, en van het project Ziek en Mondig, die in hoofdstuk 5 worden toegelicht.

In de TNO-studie van Van den Heuvel et al. (2005) wordt onderscheid gemaakt tussen interventies op beleidsniveau, organisatieniveau en individuniveau. Voorbeelden op beleidsniveau zijn de Arbowet en de afspraken ten aanzien van werkdruk in de Arboconvenanten en CAO's. Op organisatieniveau maakt TNO onderscheid tussen interventies gericht op de organisatie van het werk (grootschalige gezondheidsprogramma's), interventies op taak- of functieniveau (verandering in taakkenmerken, arbeidsomstandigheden of sociale verhoudingen), en interventies gericht op de interactie tussen individu en organisatie (het bieden van sociale steun en het ontwikkelen van copingstrategieën). De individugerichte interventies kunnen bestaan uit ontspanningstechnieken, trainen van vaardigheden en cognitieve gedragsinterventies. De resultaten van effectiviteitonderzoek staan in tabel 2.1 samengevat.

Deze interventies worden het vaakst ingezet in de gezondheidszorg en in het onderwijs, en het minst in de bouw- en nijverheidssector. De commerciële sector en de horeca hebben relatief meer oog voor beperking van de werkdruk dan voor individugerichte interventies. Voorlichting blijft in deze sectoren sterk achter. Succesfactoren zijn: een stapsgewijze en systematische aanpak; adequate diagnose of risicoanalyse; combinatie van individu en organisatiegerichte maatregelen; participatieve aanpak; en steun van het topmanagement.

Tabel 2.1 Effectiviteit preventieve interventies functioneringsproblemen op de werkplek

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

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

Een bijzondere categorie betreft de bewegingsinterventies. Naast een vermindering van de kans op chronische ziekten, verhoging van de levensverwachting en vermindering van het totale arbeidsverzuim, kunnen bewegingsinterventies via afleiding, sociale interactie en toegenomen zelfverzekerdheid, psychische klachten helpen voorkomen. Voor bewegingsinterventies zijn succesfactoren de aanpassing van de interventie aan de lichamelijke conditie van de werknemer, en toepassing bij werknemers die weinig zien in psychotherapie of medicinale behandeling.

2.3 Integraal Gezondheidsmanagement (IGM)

Integraal Gezondheidsmanagement (IGM) is gedefinieerd als het systematisch managen van de effecten van de bedrijfsactiviteiten op de (volks)gezondheid (inclusief de gezondheid van de medewerkers), met het doel de gezondheid van mens en bedrijf te bevorderen (Gründemann

et al., 2003). Kenmerkend is de strategische insteek, waarbij het bedrijfsmanagement zelf gezondheidsinitiatieven selecteert die relevant zijn voor hun specifieke organisatie. Momenteel worden door TNO en NIGZ een tweetal pilots uitgevoerd om de integratie van IGM in de bedrijfsvoering en de effectiviteit te onderzoeken in het MKB respectievelijk grote ondernemingen. De resultaten worden in de zomer van 2006 verwacht.

IGM is een instrument voor Gezondheidsbevordering op de Werkplek (GBW). Wetenschappelijk is overtuigend aangetoond dat GBW kosten-effectief is. GBW-maatregelen leiden tot een reductie van de gezondheidsrisico's voor de participanten, terwijl de verhouding investering : uitbetaling op 1: 2,3 ligt voor medische kosten en 1: 10,1 voor ziekteverzuim (Ministerie van VWS, 2005).

Voor de effectiviteit van GBW is een combinatie van preventiemethoden, een systematische aanpak, ondersteuning van het management en betrokkenheid van werknemers van doorslaggevend belang (Chapman 2003). Enkele valkuilen voor GBW zijn het aanbieden van geïsoleerde deelprogramma's; een projectvorm zonder continuïteit; nadruk op individuele veranderingen zonder interventies op omgevings- of organisatie-niveau; te veel proces- en te weinig resultaatgericht; nadruk op kennisoverdracht in plaats van reële gedragsverandering en een passieve in plaats van betrokken rol van de werknemer.

2.4 Benodigd onderzoek

Er is een gebrek aan kennis van de effecten van organisatiegerichte interventies. Ook de effecten van psychische klachten en een verminderd functioneren op de arbeidsproductiviteit is een onontgonnen terrein. Het is grotendeels onbekend waarom de ene werknemer met bepaalde gezondheidsklachten wel blijft werken, terwijl de andere met dezelfde klachten niet blijft werken.

3 Beleid: veranderende condities en verwachte effecten

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

3.1 Publieke Gezondheidsbeleid

In het najaar van 2006 zal de nieuwe Kabinetsnota Preventiebeleid verschijnen. In consultatierondes is gebleken dat de inhoud van de nieuwe Nota niet fundamenteel zal veranderen van de inhoud van de vorige Nota 'Langer Gezond Leven' (2003). Hierin constateert het kabinet dat psychische klachten en de mogelijke gevolgen daarvan (verzuim, eenzaamheid, gedragsproblemen, overlast) voor lokale overheden en sociale partners een groot probleem zijn. De rijksoverheid kan deze problemen niet oplossen. Wel kan het Rijk hen ondersteunen bij het beter aanpakken van de problemen. Het gaat daarbij vooral om verbeteringen in de processen van preventie, vroeg herkennen en de zorg. Bij psychische klachten is er nog veel te winnen door vroegtijdige inzet van minimale interventies via GGD'en, scholen, thuiszorg, bedrijfsgezondheidszorg en de eerstelijnszorg'.

In de aanstaande Nota zal depressie als prioriteit worden toegevoegd aan de prioritaire volksgezondheidsproblemen voor beleid. De aanpak van het ministerie van VWS ten aanzien van psychische gezondheidsproblemen is in de vorige kabinetsnota vooral gericht op preventieve activiteiten binnen de zorgsector. 'Arbeidsgerelateerde psychische problematiek' wordt gerekend tot het terrein van het ministerie van SZW, dat convenanten afsluit met de sociale partners over het terugdringen van werkdruk en andere factoren die bijdragen aan psychische arbeidsbelasting. Tevens wordt verwezen naar de activiteiten van de Commissie Het Werkend Perspectief (zie hoofdstuk 4). Het kabinet onderstreept in de nota wel het belang van (algemeen) bedrijfsgezondheidsbeleid voor de arbeidsbeschikbaarheid en -productiviteit.

3.2 Koppelingen met de Zorgverzekeringswet

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

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

3.3 Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen

Werkgevers zijn sinds de jaren negentig in toenemende mate financieel aansprakelijk gesteld voor de kosten van sociale zekerheid bij verzuim en arbeidsongeschiktheid.⁴ Vanaf 1 januari 2006 is de WAO vervangen door de WIA, waarbij de werkgeversrol groter wordt bij de gedeeltelijk arbeidsongeschikten. Werknemersverplichtingen zijn geëxpliciteerd: gedeeltelijk arbeidsongeschikten moeten o.a. er alles aan doen om te voorkomen dat zij een beroep moeten doen op een uitkering.

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

Hierdoor is de verwachting reëel dat de arbeidsmarkt voor een groter deel zal bestaan uit minder belastbare werkenden. Recent heeft de rechter in een kort geding de WAO-herkeuringen door het UWV als rechtmatig beoordeeld.⁵ Toch zijn er aanwijzingen dat de reïntegratie van

goedgekeurde WAO'ers (nog) niet van de grond komt ('Weinig werk herkeurde WAO'ers', NRC, 07-09-2005; 'Reïntegratie leidt vaak tot conflicten', NRC, 27-03-2006). Deze groep zou preventief gevolgd moeten worden om herhaling van psychische klachten en verzuim te voorkomen.

3.4 Deregulering Arbowet

In de huidige Arbowet en het Burgerlijk Wetboek zijn een aantal verplichtingen geformuleerd t.a.v. de arbeidsomstandigheden. De werkgever is gehouden aan een in wetenschappelijk en professioneel opzicht verantwoord arbeidsomstandighedenbeleid en het uitvoeren van specifieke verplichtingen (Arbowet art. 3), heeft een zorgplicht voor de werkomgeving van de werknemer (BW 7:658) en dient zich op te stellen als een goed werkgever (BW 7:611). Op de werknemer rust de plicht om voorzichtigheid en zorgvuldigheid te betrachten om zorg te dragen voor de veiligheid en gezondheid van zichzelf en anderen (Arbowet art. 11). De uitwerking van deze verplichtingen is onderhevig aan beleidsveranderingen.

Per 1 juli 2005 is het Arbobeleid in eerste aanleg herzien met de Wet Maatwerk Arbo-dienstverlening. De verplichting tot het inhuren van Arbo-diensten is komen te vervallen.⁶ Daarnaast hoeft de Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) voortaan door slechts een van de arbo-professionals te worden getoetst (arbeids- en organisatiedeskundige; bedrijfsarts; arbeidshygiënist; veiligheidskundige). Preventieve taken worden voortaan binnenshuis uitgevoerd door het aanwijzen van een interne preventiemedewerker, die o.a. in plaats komt van het Arbeidsomstandighedenspreekuur. Onder preventiebeleid wordt verstaan: het beschermen tegen en de preventie van beroepsrisico's in het bedrijf. De preventiewerker dient gecertificeerd te zijn in een van de vier beroepen: veiligheidsdeskundige, arbeidshygiënist, bedrijfsarts, of arbeids- en organisatiedeskundige. Aansluiting bij een Arbo-dienst blijft verplicht voor de begeleiding van verzuim op medische gronden door een bedrijfsarts.

De Arbowet zal nog verder worden herzien. In mei 2006 heeft de staatssecretaris van SZW een wetsherziening naar de Tweede Kamer gestuurd, dat voor een groot deel is gebaseerd op voorstellen van de SER. De voorgestelde herziening van de Arbowet voorziet in het beperken van de regulering tot doelvoorschriften die door de sociale partners nader worden geïnstrumenteerd. Ten aanzien van de psychische arbeidsrisico's (PSA) is de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voornemens om een beleidsvoeringverplichting in de Arbowet op te nemen. Hieronder vallen alle factoren die stress in de arbeidssituatie teweeg kunnen brengen, zoals seksuele intimidatie, agressie en geweld, pesten en werkdruk. Iedere organisatie zal moeten onderzoeken wat en in welke

situatie de bronnen en oorzaken voor psychosociale arbeidsbelasting zijn. De uitkomsten van de risico-inventarisatie zijn daarvoor het startpunt (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 30 552, nr. 3).

Arbo-convenanten

Vanaf 1998 worden er per branche arbo-convenanten afgesloten tussen werkgevers, werknemers en de overheid. In toenemende mate worden afspraken ook opgenomen in de CAO (nu 57%). Daarmee krijgen de afspraken over preventie, verzuim en reïntegratie een bindend karakter (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 25 883, nr. 41).

Hoewel arbozaken goed op sectorniveau tussen werkgevers en werknemers geregeld kunnen worden, vervallen met deze herziening mogelijkheden om onwelwillende individuele werkgevers bij te sturen. Bovendien draagt het Arbobeleid alleen bij aan preventiedoeleinden voor arbeidsgerelateerde psychische klachten van werkenden. De arbeidsproductiviteit en de gezondheid worden echter ook beïnvloed door niet-arbeidsgebonden factoren, die niet voldoende ondervangen worden door werkenden te wijzen op hun verplichtingen.

3.5 Toekomst: Koppeling gezondheidsbeleid aan sociale zekerheid en arbeidsmarktbeleid?

Het sociale zekerheidsbeleid stoelt op de principes van inkomensgarantie en circulatie (reïntegratie van werklozen). Doel is de arbeidsparticipatie in Nederland te verhogen en een armoedeval⁷ te voorkomen. In het TNO rapport *Agenda voor de toekomst: Sociale zekerheid en arbeidsmarkt* (2005) pleiten Wevers en van Genabeek, op basis van scenariostudies over de verzorgingsstaat van het SCP en CPB, voor een activerende sturing van de arbeidsmarkt en de sociale zekerheid. Dat bestaat uit een combinatie van een selectieve sociale zekerheid en loonvorming op basis van een maatschappelijk aanvaardbaar loonniveau (minimumloon). De auteurs stellen voor een drietal regimes te onderscheiden naar type arbeid:

1. Marktarbeid, waarbij de overheid zich grotendeels kan terugtrekken uit de organisatie van de sociale zekerheid omdat de werkgevers vanuit concurrentieoverwegingen en productiviteitseisen zullen investeren in goed primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden.
2. Voorwaardenscheppende arbeid, waarbij de overheid voorwaarden schept voor een goed functionerende maatschappij (veiligheid, onderwijs, gezondheidszorg, huisvesting en sociale zekerheid). Door de kwaliteitseisen kan de productiviteit niet evenredig toenemen met die van de marktarbeid, waardoor de overheid extra middelen ter beschikking zal moeten stellen of genereren om te achterblijvende productiviteitstijging te compenseren.

3. Ondersteunende arbeid, waarbij de overheid een belangrijker taak krijgt in de bescherming van de werknemer en het garanderen van deze arbeid. De laaggeschoolde arbeid in de industrie wordt in de nabije toekomst grotendeels vervangen of verplaatst, terwijl er door de vergrijzing en de stijgende arbeidsparticipatie een stijgende behoefte is aan eenvoudige arbeid, zoals onderhoud en zorg. Door de toename van minder valide werknemers (langdurig, werklozen, zieken en gehandicapten) en de instroom van laaggeschoolde (arbeids)migranten is de kans groot dat er een neerwaartse loondruk zal optreden. De primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden voor deze vorm van arbeid komen hierdoor onder druk te staan, waarvoor de overheid een vangnet in stand zou moeten houden.

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

Daarnaast geven Wevers en van Genabeek aan dat het concept van de 'transitionele arbeidsmarkt' (Schmid, 2000) tegemoet komt aan de momenten in de levensloop die een knelpunt kunnen worden in het arbeidsproces, zoals het spitsuur van werkende ouders met jonge kinderen en zorgbehoevende ouders, of oudere werknemers. Een dergelijke arbeidsmarkt zou als een verzekeringsvraagstuk kunnen worden benaderd, waarbij de risico's van dergelijke levenstransities beheersbaar worden gemaakt. Verzekerbare risico's als werkloosheid en arbeidsongeschiktheid worden dan aangevuld met zogenoemde vertrouwensrisico's: opleiding en training, arbeidsduur en overgang naar zelfstandig ondernemen, tijd voor zorg. Schmid stelt voor de werkloosheidsverzekering om te zetten in een werkgelegenheids- ('employability') verzekering. Hierin komt de keuzeverantwoordelijkheid van de werknemer optimaal tot uitdrukking.

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

4 Actoren in het aanbod

4.1 Samenwerkingsverbanden tussen overheid, sociale partners en professionals

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

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

In opdracht van de minister van VWS en de staatssecretaris van Sociale Zaken is in 2000 de commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid ingesteld (CPA, commissie Donner), met als doel de preventie, zorg, begeleiding en reïntegratie bij ziekte of uitval uit arbeid om psychische redenen. Deze commissie is in 2003, tot januari 2005, voortgezet onder de naam Subcommissie Psychische Problematiek (SPP) van de commissie Het Werkend Perspectief, die ten doel had de integratie en reïntegratie van arbeidsgehandicapten te bevorderen. Hieraan namen vertegenwoordigers deel van de sociale partners, betrokken beroepsverenigingen, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, Arbo-diensten, UWV, zorgverzekeraars en deskundigen. Het doel was om een cultuurverandering te bewerkstelligen bij werkgevers, werknemers en professionals door de toepassing van een door de commissie CPA ontwikkelde 'Leidraad Aanpak van verzuim om psychische redenen'. De inhoud van deze Leidraad en die van de Leidraad Preventie staat beschreven in bijlage 1.

Stichting van de Arbeid

De Stichting van de Arbeid is een (privaatrechtelijk) landelijk overlegorgaan van de centrale organisaties van werkgevers en van werknemers in Nederland. Op macroniveau heeft de Stichting van de Arbeid in het Najaarsakkoord (Stichtingsaanbeveling 05/11/2004) gepleit voor een integrale benadering van preventie en inkomensbeleid. Uitgangspunt is dus een 'integrale benadering van preventiebeleid, arbeidsomstandighedenbeleid, verzuimbegeleiding, reïntegratiebeleid en inkomensbeleid' (Werktop kabinet en StvdA 1 december 2005). Het kabinet en de sociale partners wensen een bi-partite opdrachtgeverschap van werkgevers en werknemers naar de verzekeraar en de arbozorg, omdat beiden meebetalen aan de WIA premie. In het decentrale CAO overleg maken werkgevers en werknemers hierover nadere afspraken.

De Stichting van de Arbeid benoemt de volgende redenen voor een gezondheidsbeleid in ondernemingen⁸: 'Het succes van een onderneming staat of valt met het functioneren van de mensen die er werken; optimale inzet van de kennis, kunde en vaardigheden van alle medewerkers; optimaal inzetbaar houden; een groot verloop of een hoog ziekteverzuim voorkomen, personeelsswerving.

De Stichting van de Arbeid constateert dat een gezondheidsbeleid qua vorm en inhoud aangepast moet worden aan de kenmerken van grote en kleine ondernemingen: In grote ondernemingen met een medezeggenschapsorgaan bestaat behoefte aan meer (formele) regels, in kleine ondernemingen zonder medezeggenschapsorgaan zal gezond ondernemen een ander karakter hebben. Vaak zijn de verhoudingen tussen werkgever en werknemers hier ook informeler waardoor ook minder de noodzaak wordt gevoeld om formele regels op te stellen. Gezondheids*beleid* is hier dan ook eerder pragmatisch, direct en informeel van aard. Van belang is vooral of er in het bedrijf een klimaat bestaat of wordt gecreëerd waarbij er (vaak op initiatief van de werkgever) voldoende aandacht bestaat voor het wel en wee van de werknemers; niet alleen op zijn of haar werkplek maar ook in de privé-situatie.

In de brochure gaat de Stichting van de Arbeid in op de mogelijke rol van de Ondernemingsraad of Personeelsvertegenwoordiging in het ontwikkelen en vaststellen van een bedrijfsgezondheidsbeleid. De OR of PV heeft recht op informatie over de arbeidsomstandigheden, recht op overleg en instemmingsrecht, bijvoorbeeld met het contracteren van externe Arbo-diensten of hulpverleners.

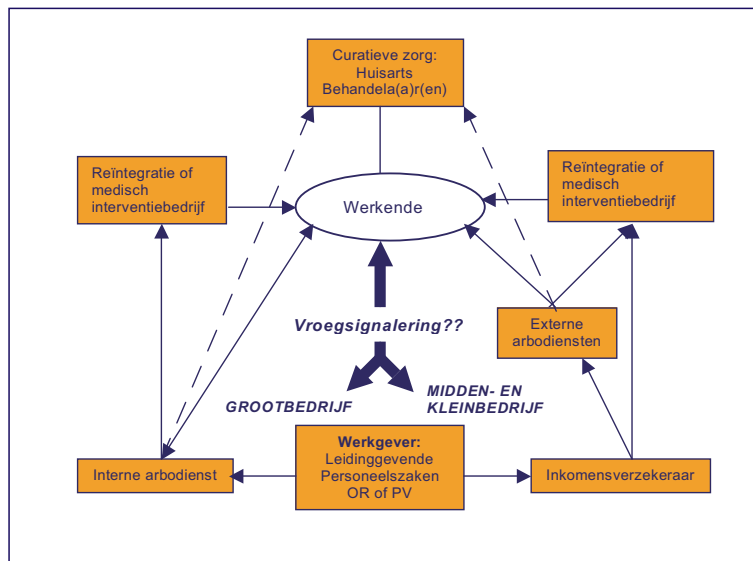
Grotere bedrijven brengen dit ook voor een deel in praktijk. Uit onderzoek voor het ministerie van SZW (Van der Kemp & Engelen, 2004) blijkt dat in ongeveer de helft van de grotere ondernemingen (> 200 werknemers) in Nederland de OR betrokken is bij het arbo-beleid. In 62% van de ondernemingen zijn er schriftelijke afspraken over de zorg voor arbeidsomstandigheden. Specifiek voor psychische problemen is relevant dat 83% een beleid heeft geformuleerd op ongewenste omgangsvormen, en ruim 50% op het beheersen van de werkdruk. Uit dit onderzoek valt echter onvoldoende af te leiden of ondernemingen ook een specifiek preventiebeleid voor psychische problemen hebben met individu- en organisatiegerichte interventies, zoals omschreven in paragraaf 4. Het ministerie blijft de ontwikkelingen volgen.

Samenwerkingsverbanden: Arbo Platform Nederland (2003-2007)

Het Arbo Platform Nederland heeft tot doel de beschikbare arbo-kennis toegankelijk en vraaggericht te maken (op www.arbo.nl) om arbeidsomstandigheden op de werkvloer te verbeteren en reïntegratie te bevorderen. Deelnemers aan het Platform zijn werkgevers- en werknemersorganisaties, Arbo-diensten, verzekeraars, brancheorganisaties en organisaties op het gebied van sociale verzekeringen.

De beschreven samenwerkingsverbanden en de producten die daaruit zijn voortgekomen wijzen erop dat organisaties op macroniveau de noodzaak inzien van een gezondheidsbeleid in ondernemingen. Desondanks blijft het belangrijk om naar de posities, verantwoordelijkheden en mogelijkheden te kijken van de individuele betrokkenen bij de preventie van psychische klachten via de werkplek. Bovengenoemde instrumenten moeten namelijk voor een groot deel nog geïmplementeerd worden op microniveau en dat hangt af van de bereidheid, de mogelijkheden, het gevoel van eigenaarschap en urgentie bij deze actoren. In onderstaande figuur wordt weergegeven welke actoren betrokken zijn bij werknemers met psychische klachten op de werkplek.

Figuur 4.1 Systeem rondom werkende met psychische klachten



Bron: aangepast van Stichting Pandora, Ziek en Mondig 2004

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

4.2 Werknemers

Ervaren problemen

Over de veranderde wet- en regelgeving in de afgelopen jaren zijn onder werknemers (vertegenwoordigingen) positievere geluiden te horen: zieke werknemers waarderen het dat er eindelijk serieuze aandacht wordt besteed aan herstel in plaats van dat zij worden geparkeerd in de sociale zekerheid. Tegelijkertijd zijn de onzekerheden toegenomen. Het Breed Platform Verzekerden en Werk constateert dat werknemers slecht toegang tot informatie hebben. Tevens krijgt het Platform regelmatig van werknemers te horen dat zij moeilijkheden ondervinden om, op een moment dat zij in slechtere conditie verkeren, goede afspraken te maken over hun verzuim, behandeling en reïntegratie. De verschillende contacten met leidinggevend, verzekeraar, bedrijfsarts, huisarts en eventuele andere betrokkenen roepen verwarring op. Werknemers geven aan vaak meer vertrouwen te hebben in de reguliere (huis)arts vanuit privacyoverwegingen. Zij weten vaak niet dat een bedrijfsarts zich ook te houden heeft aan de privacywetgeving.

Soms krijgt een medewerker geen toegang tot een bedrijfsarts omdat de werkgever het verzuim als niet-medisch beschouwt. De werknemer heeft er daarentegen belang bij dat het verzuim als medisch wordt gemerkt, omdat er dan een recht op loondoorbetaling ontstaat. Een ander ervaren knelpunt is dat zodra er een plan van aanpak is ontwikkeld voor reïntegratie, de begeleiding wegvalt en de werknemer er alleen voor staat. De kans op terugval wordt daardoor groter. Het Platform signaleert dat het begrip bij de werkgever verdwijnt als werknemers terugvallen in verzuim.

De relatie met de behandelaar is bij psychische klachten van groot belang, waardoor patiënten er soms voor kiezen om op een wachtlijst te blijven staan, ondanks een eventueel sneller aanbod van psychische zorg via het arbo-circuit. Om de kwaliteit van de zorg te beïnvloeden zien patiëntenverenigingen in de zorgverzekeraars in toenemende mate een bondgenoot, wat zich bijvoorbeeld uit in collectieve zorgcontracten tussen patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars.

Micro-oplossingen: Ziek en Mondig

In 2005 is een project Ziek & Mondig georganiseerd door de Nederlandse Federatie Kankerpatiëntenorganisaties, Stichting Pandora en Breed Platform Verzekerden en Werk. Dit project is niet specifiek gericht op werknemers met psychische klachten, maar zet wel het werknemersperspectief centraal. Het project was gericht op de toerusting van de eigen verantwoordelijkheid van de zieke werknemer binnen de arbo-curatieve samenwerking. Zie voor een overzichtje van de hieruit voortgekomen instrumenten tabel 4.1. Uit het project kwam naar voren dat de

omgeving van de werknemer door het macrobeleid meer geprikkeld zou moeten worden om mee te werken door:

1. In individuele arbeidscontracten en CAO's bepalingen op te nemen ten aanzien van keuzemogelijkheden, informatie en advies, integrale benadering van preventie, arbeidsomstandigheden, verzuim en reïntegratie, en ondersteuning van motivatie en zekerheid.
2. Het werknemersperspectief te integreren in medische richtlijnen en protocollen.
3. De door het project ontwikkelde instrumenten voor de zieke werknemer te implementeren.
4. Een optreden van de overheid als borger van een minimale kwaliteit van arbo-curatieve dienstverlening, en spelregels voor eigen initiatief binnen de werkgever-werknemer relatie.

4.3 Werkgevers

Ervaren problemen

Zoals uit het project *Ziek en Mondig naar voren kwam*, geven werkgevers en leidinggevendenden aan dat zij de omgang met medewerkers met psychische klachten als moeizaam ervaren. Omdat oplossingen vaak niet duidelijk zijn, verwijzen werkgevers en leidinggevendenden al snel naar professionals. De stap van individuele oplossingen naar een preventiebeleid voor psychische klachten op ondernemingsniveau is dan wel erg groot.

De urgentie voor ondernemingen was de afgelopen jaren het grootst voor een efficiënt verzuim- en reïntegratiebeleid. In het algemeen geven werkgevers aan dat de wachtlijsten in de reguliere zorg en het ontbreken van de factor arbeid in de medische behandeling leiden tot hoge kosten en inefficiëntie. Werkgevers geven aan dat zij betalen voor zowel de reguliere zorg als voor de arbo- en reïntegratiezorg. Grotere bedrijven kunnen het zich veroorloven om een interne Arbo-dienst op te zetten en stafmedewerkers een gezondheidsbeleid te laten ontwikkelen.

Met name voor kleinere ondernemingen heeft het grote gevolgen als er iemand uitvalt door ziekte. De financiële risico's nopen hen ertoe zich te laten verzekeren tegen de loondoorbetalingverplichtingen. Bovendien is er weinig capaciteit om gezondheidsafspraken te formaliseren. Opzetten van gezondheidsbeleid is dus lastig voor MKB-bedrijven. Maar MKB bedrijven hebben ook voordelen boven grote bedrijven. In het MKB zijn de mogelijkheden om ziekteverzuim te voorkomen weer groter, omdat de lijnen tussen werknemers en leidinggevendenden veel korter zijn. Ondernemers in het algemeen, maar in het MKB in het bijzonder, staan relatief sceptisch tegenover preventie op de werkplek omdat zij te weinig inzicht hebben in de baten die deze investering oplevert.

Bij gebrek aan capaciteit in het MKB kan aandacht voor preventie en gezondheidsbevordering op collectief niveau worden georganiseerd. Een voorbeeld daarvan is GezondheidsPoolManagement (GEPOMA) in Limburg, een organisatie die een regionaal netwerk van MKB-bedrijven begeleidt op het terrein van verzuim, reïntegratie, en gezondheidsmanagement. In 2005 werd in samenwerking met NIGZ en TNO een pilotstudie verricht naar de ervaringen met en meerwaarde van Integraal Gezondheidsmanagement in het midden- en kleinbedrijf. De pilotbedrijven hebben deelgenomen vanuit de verwachting dat IGM bijdraagt aan hun strategische doelen en ambities via de kwaliteit van de arbeid en de klanttevredenheid. Ook kostenreductie voor verzuim, werving en selectie was een motief. Uit de studie blijkt dat ondersteuning en een netwerk-aanpak essentieel zijn bij de inzet van IGM in het MKB. Onder die voorwaarde kan IGM leiden tot een strategische verankering van gezondheid en gezondheidsmanagement in de bedrijfsvoering (Waisvisz et al., 2005).

4.4 Verzekeraars

Ervaren problemen

Verzekeraars houden zich slechts beperkt bezig met de specifieke psychische problematiek onder werkenden. Daarom zijn de ervaren problemen van meer generieke aard. Van belang is een onderscheid tussen inkomensverzekeringen, die de loondoorbetalingverplichtingen van werkgevers verzekeren, en collectieve zorgverzekeringen. Beide worden soms door dezelfde verzekeraar aangeboden.

Inkomensverzekeringen

Inkomensverzekeringen hebben belang bij preventie om de schadelast (loondoorbetaling door werkgevers) door verzuim te voorkomen en te verminderen. Psychologische zorg wordt daarom steeds vaker aangeboden bij inkomensverzekeringen en in aanvullende verzekeringen bij (collectieve) zorgverzekeringen. Daarvoor werken verzekeraars vaak samen met commerciële arbo- of reïntegratiedienstverleners, die wisselend aandacht besteden aan preventie.

Bedrijven kunnen overigens de verzuim- en reïntegratiedienstverlening vaak wel afnemen ook zonder dat een inkomensverzekering is afgesloten. Om problemen rond de privacy van persoonsgegevens te voorkomen, is deze dienstverlening vaak als een aparte rechtspersoon georganiseerd. Inkomensverzekeringen worden vooral door het MKB afgenomen omdat zij de risico's van loondoorbetaling niet kunnen dragen. Het MKB is ook relatief meer gebaat bij de arbo- en reïntegratiezorg, omdat daar vaker wordt gewerkt met no cure, no (or less) pay. De kwaliteit van de arbozorgverlening kan door de inkomensverzekeraar worden beïnvloed via Service Level Agreements.

Zorgverzekeringen

De positie van de zorgverzekeraars is momenteel erg aan het verschuiven, evenals hun verondersteld belang bij preventie. Zorgverzekeraars zeggen weinig baat te hebben bij een diepte-investering in preventie, omdat de effecten te lang op zich laten wachten, en wellicht bij concurrenten terechtkomen. Zij veronderstellen dat de kosten van preventie zouden moeten worden doorberekend in de premie, en dat gezonde verzekerden daardoor zouden overstappen naar een goedkopere verzekeraar. In individuele zorgpolissen wordt niet of nauwelijks rekening gehouden met de vraag of de verzekeringnemer werkzaam is of niet. In een collectieve zorgpolis zouden er meer mogelijkheden bestaan voor preventie, omdat de binding met de verzekerden groter is, evenals met het bedrijf waar wellicht al een preventiecultuur bestaat.

Als de eerstelijnspsycholoog per 1 januari 2007 in het basispakket van de zorgverzekering komt, zal het aanbod flink toenemen en het tarief dalen. Verzekeraars verwachten dat onderdelen van vroegbehandeling van depressie en andere psychische aandoeningen bewezen kosteneffectief zijn: mensen die vroegtijdige gesprekstherapie krijgen gebruiken bijvoorbeeld veel minder medicatie dan mensen die pas hulp krijgen als psychopathologie wordt gediagnosticeerd.

Verzekeraars zouden de zorg- en inkomensverzekeringen willen integreren om inefficiëntie en schadelast te beperken. Deze integratie zou vooral voor middelgrote bedrijven van belang kunnen zijn: zij hebben zowel een inkomensverzekering als collectief zorgcontract.

4.5 Arbo-diensten

Ook de Arbo-diensten hebben meer generieke zorgen dan ten aanzien van de zorg voor specifieke psychische klachten. Met de invoering van de wet SUWI (Structuur Uitvoering Werk en Inkomen) in 2002 is een reïntegratiemarkt ontstaan, waarbij private reïntegratiebedrijven in opdracht van publieke opdrachtgevers (UWV en gemeenten) en van werkgevers allerlei reïntegratiediensten uitvoeren. Aantallen en diensten van deze aanbieders staan vermeld in de volgende tabel:

Tabel 4.1 Kenmerken buitenreguliere zorgaanbieders

Buitenreguliere zorgaanbieders	Aantal	Doelgroep	Aard activiteiten
Reïntegratiebedrijven	641	Sociaal-economische doelgroepen	Diagnosestelling, arbeidsbemiddeling, en sociale activering
Arbodiensten	36	Allerlei	Verzuimcontrole en begeleiding, verwijzing naar reguliere zorg, preventie
Interventiebedrijven	232	Medische (diagnose) geclassificeerde doelgroepen	Medische behandeling, begeleiding en psychische hulpverlening
Scholingsinstituten	63	Uitkeringsgerechtigden, met werkloosheid bedreigde werknemers	Her-, om-, bijscholingen, inburgering, jobcoaching

Bron: Blik op Werk Keuzegids (voorheen Reïntegratiemonitor, www.rwi.nl, juli 2006)

Sinds de liberalisering van de Arbo-diensten in 2005 hebben veel werkgevers de verzuimcontrole en begeleiding weer in eigen beheer genomen. Preventie wordt daarom een steeds belangrijker onderdeel van de Arbo-dienstverlening. Dat wordt versterkt door de vergrijzing en veranderende arbeidsverhoudingen, waardoor Human Resources Management steeds belangrijker zal worden.

Arbo-professionals

Op 24 januari 2006 hebben de verenigingen van de vier arboberoepen, met subsidie van het ministerie van SZW, een Convenant voor verdergaande samenwerking ondertekend naar aanleiding van de Wet Maatwerk Arbo-dienstverlening. Het gaat om de Beroepsvereniging voor Arbeids- en Organisatiedeskundigen (BA&O); de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB); de Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne (NvVA) en de Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde (NVVK). De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde zou de bedrijfsgeneeskundige zorg het liefst opgenomen zien in de Zvw, terwijl de relatie met de werkgever op het gebied van advies blijft bestaan.

4.6 Reguliere zorg

Artsen

Eén van de belemmeringen in de arbo-curatieve samenwerking is nog steeds, dat veel artsen het belang van die samenwerking voor hun dagelijkse werkzaamheden niet zo groot achten. Veel medische specialisten en huisartsen zien op hun spreekuur voornamelijk niet-werkende kinderen, ouderen, of chronisch zieken. Dat leidt bij een deel van de

artsen tot weerstand tegen zogenaamde voorrangszorg voor zieke werknemers.

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

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

De KNMG zal zich inzetten voor de integratie van de factor arbeid in de eerste en tweedelijnszorg, evenals in de openbare gezondheidszorg; in het profiel en de deskundigheid van de arts en in de anamnese, het onderzoek en de behandeling.

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

Geestelijke Gezondheidszorg

In de reguliere Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is een van de 31 standaard preventieprogramma's een groepstraining voor werknemers met psychische klachten en werkstress. De training is bewezen effectief en richt zich op het verkrijgen van inzicht in de oorzaken van hun stress, het ontwikkelen van sociaal-emotionele vaardigheden, en praktische vaardigheden als timemanagement (GGZ Nederland, 2005).

Niet-arbeidsgerelateerde preventieve interventies zijn 'Grip op je dip' (online zelfhulpinstrument voor jongeren), 'Alles onder controle' (online zelfhulpinstrument), en 'Kleur je leven' (volwassenen en ouderen). Daaromheen is een lokale ketengedachte ontwikkeld: via een massa-

mediale campagne kunnen mensen bij zichzelf problemen signaleren en een zelfhulpinstrument benutten. Als dat onvoldoende soelaas biedt, kunnen zij hulpverleners consulteren via de school, de huisarts, maatschappelijk werk etc.

Psychologen

Het Nederlands Instituut van Psychologen en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen hebben in december 2005 een gezamenlijke richtlijn voor psychologen gepresenteerd: *Werk en psychische klachten*. Deze richtlijn is in samenwerking met de commissie *Werkend Perspectief* tot stand gekomen als uitwerking van de Leidraad *Aanpak verzuim om psychische redenen*. Op 24 januari vond daarover een introductieconferentie plaats, waaraan ook werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers deelnamen. De richtlijn werd positief ontvangen, maar een van de kanttekeningen, die werden benoemd, was de geringe aandacht voor preventie. Zie voor een overzicht van enkele instrumenten voor preventie tabel 4.2.

Tabel 4.2 Voorbeelden producten preventie en aanpak psychische problematiek op de werkplek

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

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

Vanuit de perspectieven van de verschillende betrokkenen kan de bereidheid tot investeren in preventie en samenwerking worden samengevat op twee dimensies. Ten eerste geldt de vraag of betrokkene direct gebaat is bij de preventie van psychische klachten via de werkplek. Deze vraag maakt duidelijk of samenwerking ook zal leiden tot een gezamenlijk ervaren meerwaarde in het behalen van de eigen doelstellingen. De tweede dimensie gaat over de verdeling van de kosten en baten over de verschillende betrokkenen. Voor iedere afzonderlijke betrokkene moeten de gevraagde investeringen opwegen tegen de baten. In het algemeen geldt dat als de tweede dimensie problemen oplevert, die eerst opgelost of gecompenseerd moeten worden voordat er in onderling overleg een gezamenlijke meerwaarde kan worden ontwikkeld. Zie de kwesties samengevat in tabel 4.3.

Voor ieder van de vier categorieën is een andere vorm van coördinatie nodig om de preventie van psychische klachten, en de daarvoor benodigde samenwerking, van de grond te krijgen. In de meeste gevallen moet voor een effectieve aanpak van een probleem (zoals psychische gezondheidsproblemen op de werkplek) een combinatie van coördinatievormen worden toegepast (Scharpf, 1997). Probleemoplossing is daarbij de ideale vorm van coördinatie, die haalbaar is als kosten en baten voor de verschillende betrokkenen in evenwicht zijn. Bij negatieve coördinatie is er sprake van een eenzijdige oplossing van het probleem, zoals voorheen, bijvoorbeeld, het oplossen van het probleem van de wachtlijsten in de zorg voor de werkgevers door de opkomst van de direct door werkgevers betaalde reïntegratiebedrijven en medische interventiebedrijven, nadat minister Borst de bedrijvenpoli's had verboden uit angst voor een tweedeling in de zorg.

Tabel 4.3 Categorisering van posities in preventieve samenwerking naar ervaren meerwaarde en kostenbatenverdeling

Gezamenlijke meerwaarde van preventie psychische klachten via de werkplek			
		Ja	Nee
Verdeling kosten/baten	Balans	<p><i>Probleemoplossing</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbo-diensten: preventie wordt hun core business, betaald door werkgevers - Psychologen in 1^e lijn: core business, betaald uit Zvw 	<p><i>Negatieve coördinatie</i></p>
	Disbalans	<p><i>Positieve coördinatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - VWS: gezondheidswinst is meerwaarde, maar grotendeels buiten bereik: 'coördinatiekosten' - SZW: betaalbare sociale zekerheid en gezonde beroepsbevolking is meerwaarde, maar zorgstelsel belemmert samenwerking - Werkgevers: arbeidsproductiviteit is meerwaarde, maar betalen dubbel - Werknemers: levenslang gezond functioneren is meerwaarde, maar ziekte biedt inkomensgarantie - Verzuimverzekeraars: verzuim voorkomen, maar zorgverzekeraar betaalt niet mee 	<p><i>Uitruilcompensatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reguliere zorg: investering verwacht maar zonder tegenprestatie (geen baten, compensatie nodig) - Zorgverzekeraars: investering bedreigt zorgvolume op langere termijn (geen baten, compensatie nodig) - Reïntegratiebedrijven en medische interventiebedrijven: preventie bedreigt arbozorgvolume op middenlange termijn

Een bezwaar dat door werkgevers nog niet zwaar wordt benadrukt, maar wat wel speelt, is het feit dat zij nu dubbel betalen voor de reguliere zorg en voor de arbozorg. Dat maakt dat er openingen lijken te ontstaan voor meer samenwerking tussen werkgevers, werknemers en de reguliere zorg. Omdat preventie bij kan dragen aan een betaalbare sociale zekerheid, een gezonde beroepsbevolking en arbeidsproductiviteit, is er een duidelijke meerwaarde van preventie, die horizontale coördinatie door het ministeries van VWS en SZW mogelijk maakt. Cruciale partijen, zoals de reguliere zorg en de zorgverzekeraars, ondervinden momenteel echter meer kosten dan baten bij een investering in preventie, omdat zij daarvoor niet beloond worden en het hen ook geen intrinsieke meerwaarde oplevert. Daarom zouden zij gecompenseerd moeten worden voor hun investeringen. Daarop wordt in de aanbevelingen nader ingegaan.

5 Conclusies en suggesties voor verbetering

In de conclusies worden de antwoorden op de onderzoeksvragen kort samengevat. Veel van deze conclusies betreffen de context waarin de preventie van psychische klachten via de werkplek vorm kan krijgen. Vervolgens wordt aangegeven wat het ministerie van VWS kan ondernemen om de voorwaarden voor een goede preventie van psychische klachten via de werkplek te realiseren en belemmeringen weg te nemen. Tenslotte worden nog aanvullende suggesties gegeven voor overige betrokkenen in dit speelveld.

5.1 Conclusies

Arbeid en gezondheid versterken elkaar

Psychische gezondheid bevordert een goed functioneren op de werkplek, en arbeid bevordert het maatschappelijk functioneren. Daarmee worden twee doelgroepen van het publieke gezondheidsbeleid uitgelicht: werkenden en uitkeringsafhankelijken.

Meer aandacht voor preventie op de werkplek loont

Uit de probleemverkenning komt naar voren dat psychische problematiek, waaronder in deze studie overspannenheid, burn-out, angst en depressie wordt verstaan, hardnekkig is. De prevalentie en incidentie lijken ondanks investeringen in de preventieve geestelijke gezondheidszorg niet te dalen. Opvallend is het feit dat de gemiddelde verzuimduur van 46 dagen twee keer zo hoog is als iedere andere verzuimoorzaak. Ook valt op dat bij oudere werknemers de vroegtittreding in werkloosheid voor 30% samenhangt met een hoge werkdruk. De totale jaarlijkse kosten van verzuim en medische zorg, besteed aan (werkgerelateerde) psychische arbeidsbelasting, worden geschat op 4 miljard euro. Dat is exclusief gedeelde arbeidsproductiviteit. Risicosectoren zijn de industrie, zakelijke dienstverlening, horeca, onderwijs en zorg. Hier valt nog veel winst te behalen door meer aandacht voor preventie.

Preventie primair een zaak van werknemer en werkgever

Psychische problematiek wordt veroorzaakt door een combinatie van individuele en omgevingsfactoren, waardoor de verantwoordelijkheid niet volledig aan de individuele werkende kan worden toegeschreven maar ook aan betrokken instanties in de omgeving van die werkende. De werkende moet optimaal in staat worden gesteld om zijn verantwoordelijkheden na te kunnen komen. Gezamenlijke inspanningen zijn nodig om psychische problemen bij individuele werkenden te voorkomen.

Preventie door participatieve werkaanpassing en vaardigheidstraining

Daar zijn zowel werknemer als werkgever primair bij gebaat. Enerzijds worden werkenden en werkgevers ongeacht de oorzaak geconfronteerd met een verminderd functioneren, waardoor er ook behoefte is aan oplossingen voor niet-arbeidsgerelateerde problematiek. Anderzijds biedt arbeid een veelheid aan (onderdelen van) oplossingen voor zowel werkenden als reïntegrerende arbeidsgehandicapten. Een van de belangrijkste factoren voor herstel en het voorkomen van verergering van functioneringsproblemen is de zelfredzaamheid en mate van controle van de werkende. Om verzuim en disfunctioneren op de werkplek te voorkomen, is de werkende het eerste aangrijpingspunt. Het bespreken en aanpassen van de arbeidsvoorwaarden door de werkende en de leidinggevende, om disfunctioneren te voorkomen of verminderen, wordt participatieve werkaanpassing genoemd. Daarnaast zijn er vele bewezen effectieve interventies beschikbaar om de vaardigheden van werkenden te versterken, die ook nog eens zeer kosteneffectief zijn. Voorbeelden zijn cognitieve gedragsinterventies, ontspanningstechnieken en bewegingsinterventies.

Specifieke aandacht voor het MKB is nodig

Hoewel de verzuimcijfers in het MKB voor psychische klachten over het algemeen laag zijn, wil dat niet zeggen dat er geen functioneringsproblemen zijn. Dergelijke problemen hebben in het MKB een groter effect omdat de capaciteit beperkt is en de marges gevoeliger. Grote bedrijven zijn beter in staat de preventie van psychische problematiek en de uitvoering van reïntegratieverplichtingen zelf te organiseren dan het MKB. Een goed preventie- en reïntegratiebeleid is in het MKB haalbaar als het op collectief niveau wordt georganiseerd, bijvoorbeeld via de brancheorganisaties. Het voorbeeld van GEPOMA in paragraaf 3.4 laat zien dat dit mogelijk is.

Meer onderzoek naar effecten op arbeidsproductiviteit en implementatie

Er is een gebrek aan kennis over de effecten van disfunctioneren (door psychische problematiek) op de arbeidsproductiviteit; en naar de (kosten)effectiviteit van (vooral organisatiegerichte) preventieve interventies op de werkplek. Daarnaast wordt de ontwikkeling van instrumenten en richtlijnen vaak vele malen beter gefinancierd dan de implementatie ervan, terwijl implementatie om twee redenen cruciaal is voor het realiseren van gewenste effecten. Enerzijds wordt onvoldoende rekening gehouden met de cultuurverandering (het aanpassen van denkbeelden en dagelijkse routines), die voor implementatie vereist is. Anderzijds kan de kosteneffectiviteit van interventies niet worden geëvalueerd voordat implementatie goed en structureel op gang is gekomen.

Landelijke aansturing is inefficiënt

De preventie van psychische problemen op de werkplek wordt gescheiden aangestuurd door de ministeries van VWS en SZW, waarbij het ministerie van SZW verantwoordelijk is voor de arbeidsgerelateerde psychische problematiek, terwijl het ministerie van VWS zorg draagt voor niet-arbeidsgerelateerde psychische problematiek. De doelstellingen, zoals de preventie van kosten door verzuim, arbeidsproductiviteit, werknemers- en klanttevredenheid en gezondheidswinst, liggen voor een groot deel in elkaars verlengde. De gescheiden aansturing leidt echter tot verschillen in focus, financiering, sturingsinstrumenten, procedures en in draagvlak onder werkgevers en werknemers. Zo betalen werkgevers dubbel voor de zorg vanuit de Zorgverzekeringswet en de arbozorg (door Arbo-diensten, reïntegratiebedrijven en medische interventiebedrijven). In de Arbozorg is sprake van informatie-asymmetrie, waardoor werkgevers (en werknemers) weinig inzicht hebben in de prijs-kwaliteit verhouding van de geboden zorg. Bovendien hebben werknemers weinig tot geen vrijheid in de keuze van zorgaanbieders.

Contextuele en beleidsveranderingen leiden tot disbalans tussen werkdruk en werklast in specifieke sectoren en groepen werkenden

Verschuivingen in de productiesectoren, arbeidsomstandigheden en demografie zorgen ervoor dat de belasting door arbeid, oftewel werkdruk, een aandachtspunt blijft. Tegelijkertijd ondergaan de relevante beleidsterreinen van de sociale zekerheid, arbeidsmarktbeleid, arbeidsomstandigheden en het zorgstelsel op macroniveau sterke veranderingen. Door de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) zal het aandeel in de beroepsbevolking met een verminderde belastbaarheid toenemen. Voorkomen moet worden dat de reïntegratie van arbeidsgehandicapten met psychische problemen zou resulteren in een collectieve terugval in de bijstand. Daarnaast vormen bepalingen omtrent sociale zekerheid, zoals de pensioenopbouw, een belemmering voor de arbeidsmobiliteit, waardoor werkenden langer in een onbevredigende arbeidssituatie blijven hangen. Uiteindelijk kan dat leiden tot een verminderde arbeidsproductiviteit, functioneringsproblemen en verhoogde psychische gezondheidsrisico's door werkstress. Risicosectoren zijn de communicatiesector, financiële dienstverlening, het onderwijs en vervoer.

Zvw en Arbowet bieden kansen voor de versterking van preventie

In de Zorgverzekeringswet bieden de verwijzfunctie van de bedrijfsarts, de vergoeding van beperkte onderdelen van arbozorg via de Zvw, de collectieve contractering en de eerstelijnspsycholoog in het basispakket openingen voor een efficiëntere aanpak van de gezondheidsproblemen onder werknemers. De Zvw biedt echter geen directe prikkels voor preventie, laat staan preventie van psychische klachten, waardoor verzekeraars en aanbieders andere prioriteiten kiezen.

Voor de arbeidsgerelateerde psychische klachten, bijvoorbeeld door beperkte regel mogelijkheden of agressie op het werk, is de Arbowet relevant. Bij de aanstaande deregulering van de Arbowet naar werkgevers en werknemers binnen een kader van publieke doelvoorschriften heeft de minister van SZW voorgesteld de psychosociale arbeidsrisico's (PSA) als doelvoorschrift op te nemen. Ook een leeftijdsbewust arbeidsbeleid zou als een doelvoorschrift kunnen worden opgenomen. Een aantal bestaande beleidsregels die relevant zijn voor psychische klachten en randvoorwaarden bieden voor preventie in het algemeen (zie paragraaf 3.4), komen daarentegen waarschijnlijk te vervallen.

Werknemersperspectief heeft versterking nodig in CAO onderhandelingen

De enige manier waarop werkgevers en werknemers in de CAO's tot een goed arbo- en preventiebeleid kunnen komen is onder voorwaarden van voldoende informatie, representatie en toezicht op het naleven van de CAO afspraken. Versterking van de positie en het ondersteunen van de eigen verantwoordelijkheid van de werkenden zal daardoor zeker nodig zijn.

Verzekeraars en aanbieders van preventieve zorg hebben positieve prikkels nodig

Preventie wordt op geen enkele manier afgedwongen en dat is ook niet wenselijk. Toch dreigt de aandacht voor preventie in deze context onvoldoende te kunnen groeien. Zorgverzekeraars verzekeren slechts een deel van de arbeidsgerelateerde zorg die nodig is om verzuim (en dus een beroep op de sociale zekerheid, waartegen inkomensverzekeraars verzekeren) te voorkomen. Daarom kopen inkomensverzekeringen zelf steeds vaker zorg in. Uit schadelast- en premieoverwegingen zijn er op het vlak van de arbeidsgerelateerde zorg weinig prikkels tot synergie tussen zorg- en inkomensverzekeringen. Omdat er, evenals zorgverzekeraars, maar weinig partijen zijn die zelf direct baat ondervinden bij preventie (zie tabel 4.1), zoals Arbo-diensten en eerstelijnspsychologen die daar direct voor betaald worden, zijn meer positieve prikkels nodig. Deze worden hieronder uitgewerkt in suggesties voor verbetering.

5.2 Suggesties voor verbetering

Bestaande initiatieven laten effectueren en evalueren

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

Communicatieve sturing en beleidscoördinatie door VWS

Tegelijkertijd zijn er nog vele randvoorwaarden, waaraan momenteel niet voldaan wordt. Het ministerie van VWS kan een belangrijke communicatieve rol spelen, enerzijds ten aanzien van samenwerking in het veld, anderzijds in samenwerking met het ministerie van SZW.

- Een gezamenlijke, vaste coördinatiestructuur tussen de ministeries van VWS en SZW waarborgt dat wederzijdse knelpunten in het beleid ten aanzien van de sociale zekerheid, werkgelegenheid, arbeidsomstandigheden enerzijds en gezondheid en zorg anderzijds vroegtijdig kunnen worden gesignaleerd.
- Gegeven is de deregulering van de Arboret en de Wet op de Ondernemingsraden, het voornemen tot gezamenlijk opdrachtgeverschap van werkgevers en werknemers aan Arbo-diensten en zorgverzekeraars bij zorgcollectiviteiten. Het ministerie van VWS zou aan het ministerie van SZW kunnen vragen om te waarborgen dat de Ondernemingsraden en Personeelsvertegenwoordigingen werkgevers actief adviseren over en controleren op het bedrijfsgezondheidsbeleid. Het gezondheids- en preventiebeleid en de uitvoering ervan zou bijvoorbeeld tot een vast onderdeel kunnen worden gemaakt van jaarverslagen en in de beoordeling van de performance van bedrijven door aandeelhouders en toezichthouders.
- Het ministerie van VWS kan gemeenten aansporen om als pseudo-werkgever van bijstandsgerechtigden een zorgcollectiviteit aan te gaan bij een zorgverzekeraar waarin psychische zorg is opgenomen. Zo zijn reïntegrerende, voormalige WAO'ers met psychische klachten verzekerd van psychische zorg via de Zvw, waardoor werkgevers wellicht eerder geneigd zijn hen in dienst te nemen.
- De beeldvorming onder zorgprofessionals over mensen met psychische klachten evenals over het tweesporenbeleid (gelijktijdige reïntegratie en behandeling) kan door het ministerie van VWS actiever worden beïnvloed door positieve imagocampagnes en goede preventie- en reïntegratiepraktijken te publiceren.

Belemmeringen voor samenwerking wegnemen

Daarnaast kunnen nog vele belemmeringen worden weggenomen voor een verdergaande samenwerking tussen werkgevers, werknemers, verzekeraars, de reguliere zorg en de arbozorg.

- Zorgverzekeraars kunnen geprikkeld worden zich ten behoeve van een bedrijfsgezondheidsbeleid bij hun klanten (werkgevers en werknemers) nadrukkelijk in de (collectieve) markt te manifesteren met een aanbod van individuele én organisatiegerichte gezondheidsbevorderende activiteiten, adviezen en preventieve interventies voor psychische klachten. Dat kan onder andere door onderdelen van preventie op te laten nemen in het basispakket en een preventie-dbc te ontwikkelen.

- Een preventie-dbc zou bovendien de arbocuratieve samenwerking evenals preventieve interventies door reguliere zorgprofessionals belonen.
- Ook kan de terugkerende werknemerspeiling (ofwel 'gezondheidscheck-up', 'screening') door verzekeraars worden uitgevoerd, die bovendien kunnen optreden als 'gezondheidsmakelaar' (in het verlengde van 'disease management').
- Het voordeel hiervan boven het Periodiek Arbeidsgeneeskundig Onderzoek (PAGO of PGM) door de bedrijfsarts, is dat in de toekomst dergelijke onderzoeken door de verzekeraar zouden kunnen worden gekoppeld aan een op maat gesneden aanbod van 'employability' verzekeringen voor individuele en specifieke groepen werknemers.

Noten

- ¹ Gedefinieerd als ‘geen inkomen uit werk’ (Burdorf & Mackenbach, 2006)
- ² Dat bedrag is gebaseerd op gegevens van voor 1999.
- ³ Mits dezelfde definities zijn gehanteerd.
- ⁴ Wet Terugdringing Volume Arbeidsongeschiktheid (TVA, 1992), Wet terugdringing beroep op Arbeidsongeschiktheidsverzekering (TBA, 1993), Wet Terugdringing Ziekteverzuim (TZ, 1994), Wet Uitbreiding Loondoorbetalingverplichting bij Ziekte (Wulbz, 1995), Wet Verbetering Poortwachter (2002, 2004), Wet Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA, 2006). Teineinde de gedragsreacties van werkgevers op deze maatregelen te kunnen monitoren en de effecten ervan te evalueren heeft het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in 1996 besloten tot het instellen van een omvangrijk ‘ZARA/SZW-werkgeverspanel’ (Ziekteverzuim, Arbeidsomstandigheden, Reïntegratie en Arbeidsongeschiktheid) - een steekproef van enkele duizenden werkgevers die regelmatig werden geënquêteerd over de betreffende thema’s, tot 2000.
- ⁵ Volgens de rechter mogen de uitkeringsvoorwaarden tussentijds worden veranderd, en is de toepassing van het aangepast schattingsbesluit niet discriminerend naar leeftijd, ras en geslacht noch ten aanzien van psychisch zieken. Overigens wordt binnenkort door de Stichting Collectieve Rechtsvordering (CORV) een bodemprocedure aangespannen.
- ⁶ N.a.v. een arrest van het Europese Hof (22 mei 2003) dat Nederland niet heeft voldaan aan de bepaling in de Europese Richtlijn 89/391 (1989).
- ⁷ Het per saldo verminderen van het besteedbaar inkomen bij uitkeringsgerechtigden die door het verkrijgen van een baan hun recht op huursubsidie, goedkope kinderopvang en dergelijke verliezen.
- ⁸ De Stichting van de Arbeid & BOA (koepel Arbodiensten (2002): ‘En morgen gezond weer op!’. Brochure.

Bijlage 1

Literatuur

Heuvel, S. van den, S. van den Bossche en J. Heinrich, J. Preventie van arbeidsverzuim door psychische klachten. In: Publieke gezondheid: achtergrondstudies. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006.

Blatter, B., et al. Gezondheidsschade en kosten als gevolg van RSI en psychische arbeidsbelasting in Nederland. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2005.

Burdorf, A. en J.P. Mackenbach. Gezondheid en vroegpensioen: een achtergrondstudie voor de RVZ. Rotterdam: Erasmus MC., 2006.

Beek, E. van der, et al. Discussienota Demedicalisering. Hoofddorp: Stecr, 2003.

Franck, E. en N. Wiezer. Handleiding Preventie Leidraad. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2004.

Prins, R., C. van der Burg en W. Heijdel. Een gebroken been is toch makkelijker: evaluatie van de leidraad aanpak verzuim om psychische redenen. Bureau Astri in opdracht van de subcommissie Psychische Problematiek van de Commissie Werkend Perspectief, 2005.

Hoffius, R., Hento, I.N. Uitkomsten marktonderzoek omgang met psychische problemen op het werk. Bron: TNS NIPO, 2004.

Wevers, C.W.J. en J. Genabeek. van Agenda voor de toekomst: Sociale zekerheid en arbeidsmarkt. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2005.

Stichting van de Arbeid, BOA En morgen gezond weer op! Over gezondheidsbeleid in ondernemingen en de relatie tussen onderneming en arbodienst, 2002.

VNO-NCW. Renderend gezondheidsbeleid - meer gezondheid, minder verzuim onder uw werknemers. Brochure. Den Haag, 2001.

VNO-NCW. En morgen gezond weer op! Brochure. Den Haag: VNO-NCW, 2002.

VNO-NCW. Weer aan het werk. De nieuwe rol van werkgevers bij reïntegratie. Brochure. Den Haag: VNO-NCW, 2002.

Sociaal Economische Raad. Evaluatie Arbowet 1998. Advies 05/09. Den Haag: SER, 2005.

Sociaal Economische Raad. Nieuwe risico's: Advies over de aanpak en de verzekeraarbaarheid van nieuwe arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's. Advies 02/06. Den Haag: SER, 2002.

Ministerie van VWS. Kabinetsnota Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag: VWS, 2003.

Visser, F. (NIGZ) en K.E. Witte (RIVM). Effectiviteit settinggerichte preventie: werkplek. In: Brancherapport Preventie VWS. Den Haag: VWS, 2005.

Gründemann, R., et al. Integraal Gezondheids Management. Methodiek in ontwikkeling. Hoofddorp: TNO Arbeid i.s.m. NIGZ, 2003.

Nederlands Instituut van Psychologen en de landelijke Vereniging van Eerstlijnspsychologen. Werk en psychische klachten. Richtlijn voor psychologen (december 2005). Amsterdam: NIP, 2005.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG beleidsnotitie en Plan van aanpak 'Arts en Arbeid'. Utrecht: KNMG, 2005.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Dossier 29 814. Wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet 1998. <http://parlando.sdu.nl>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Dossier 25 883. Arbeidsomstandigheden. <http://parlando.sdu.nl>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Dossier 22 894. Preventiebeleid voor de Volksgezondheid. <http://parlando.sdu.nl>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Dossier 30 124. Zorgverzekeringswet. <http://parlando.sdu.nl>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Dossier 30 034. Werk en inkomen naar arbeidsvermogen. <http://parlando.sdu.nl>

Lieshout, P. van. Sociale zekerheid en zorg. Den Haag: Ministerie van SZW i.s.m. ministerie van VWS, 2003.

Kemp, S., van der en M. van Engelen. Arbobeleid of Preventiecultuur? Een onderzoek naar de aard en omvang van arbo-preventiebeleid in grote ondernemingen. Leiden: Research voor Beleid iov Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2004.

Bos, C. en M. Engelen. De Werkgeversmonitor Arbeidsomstandigheden. Eerste Meting. Eindrapport. Leiden: Research voor Beleid, 2005.

Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Signaleringsrapport 2005. Amsterdam: NCVB, 2005, www.beroepsziekten.nl.

Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Onderzoek Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (nr 41). Den Haag: RGO, 2003.

Evenblij, M. Een balans uit evenwicht. NWO verslag resultaten programma Psychische vermoeidheid in de arbeidssituatie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2004.

Siegrist, J. Emotions and health in occupational life: new scientific findings and policy implications. In: Patient Education Counselling, 25, 1995, no. 3, p. 227-236.

Dennerstein, L. Mental health, work and gender. In: International Journal of Health Services, 25, 1995, no. 3, p. 503-509.

Mangino, M. The aging employee. Impact on occupational health. In: AAOHN Journal, 48, 2000, no. 7, p. 349-357. American Association of Occupational Health Nurses.

Millonog, V.J. Menopause. Health promotion opportunities for the occupational health nurse. In: AAOHN Journal, 44, 1996, no. 12, p.:585-95. American Association of Occupational Health Nurses.

Harden, A., et al. A systematic review of health promotion interventions in the workplace. In: Occupational Medicine, 49, 1999, p. 540-548.

Weel, A. en J. Duijn. Gezond werken. Het wel en wee van arbeidsgezondheidskundig onderzoek. In: Medisch Contact, 60, 2005, no. 24, p. 1040-1042.

Shain, M. The role of the workplace in the production and containment of health costs: the case of stress-related disorders. In: International Journal of Health care quality assurance incorporating leadership in health services, 12, 1999, p. 2-3.

Hulshof, C.T., et al. Evaluation research in occupational health services: general principles and a systematic re view of empirical studies.
In: Occupational and Environmental Medicine, 56, 1999,
no. 6, p. 361-377.

Velden, J. van der, H.P.H. Abrahamse en D.H. de Bakker. Arbeid en gezondheid gezien vanuit de huisartspraktijk.
In: TSG, 73, 1995, no. 5, p. 300-307.

Gunther, N.C.H.F., et al. Werkloosheid, psychische morbiditeit en hulpzoekgedrag binnen de geestelijke gezondheidszorg.
In: TSG, 73, 1995, no. 8, p. 512-519.

Deursen, C.G.L. van, P.G.W. Smulders en P.M. Bongers. Vormt een slechte gezondheid een ziekteverzuimrisico?
In: TSG, 75, 1997, no. 4, p. 157-164.

Weeghel, J. van. Persoonsgebonden factoren als predictoren van arbeidsparticipatie bij psychiatrische patienten. Een overzicht van de literatuur.
In : TSG, 75, 1997, no. 6, p. 339-347.

Zwart, B.C.H. de. Veroudering, werk en gezondheid. Een modelmatige benadering. In: TSG, 75, 1997, no. 7, p. 417-423.

Otten, F., et al. Werkstress en ziekteverzuim bij jong en oud.
In: TSG, 76, 1998, no. 8, p. 420-428.

Deursen, C.G.L. van, I.L.D. Houtman en P.M. Bongers. Werk, privé-situatie, riskante gewoonten en ziekteverzuim: verschillen tussen mannen en vrouwen. In: TSG, 77, 1999, no. 2, p. 105-115.

Proper, K.I., et al. Het effect van bedrijfsbewegingsprogramma's op bedrijfsgebonden uitkomstmaten. Een systematische literatuurstudie.
In: TSG, 78, 2004, no. 8, p. 472-478.

Bekker, M.H.J. Leiden man/vrouw verschillen in participatie in werk en zorg tot sekseverschillen in gezondheid, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid? In: TSG, 80, 2002, no. 4.

Vroome, E.M.M. de en D.J. van Putten. Werkgebonden risicofactoren van ziekteverzuim en huisarts- en specialistenbezoek.
In: TSG, 81, 2003, no. 3, p. 127-134.

Heuvel, S.G. van den, et al. Sporten, type werk, arbeidsverzuim en welbevinden: resultaten van een 3-jarige follow up studie.
In: TSG, 81, 2003, no.5, p. 256-264.

Donders, N.C.G.M., K. Boskes en J.W.J. van der Gulden.
Vermoeidheid, emotionele uitputting en ervaren gezondheidsklachten in relatie tot werkaspecten bij werknemers met en zonder chronische ziekte.
In: TSG, 83, 2005, no. 1, p. 25-33.

Laitinen-Krispijn, S. en R.V. Bijl. Aard en omvang van psychische stoornissen, ziekteverzuim en zorggebreuk in de beroepsbevolking.
Utrecht: Trimbos Instituut, 2002.

Bastiaansen, M. en M. Wesseling. Toekomstige positionering en financiering van de bedrijfsartsen en hun kwaliteitsbeleid. Verslag van een onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NVAB.
Utrecht: KNMG Beleid & Advisering, 2006.

Waisvisz, F., et al. Integraal Gezondheidsmanagement voor het MKB. Een verslag van het implementeren en uittesten van de methodiek.
Woerden: NIGZ/Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2005.

Relevante websites

www.nationaalkompas.nl

www.zonmw.nl/gezondheidenarbeid

www.arbo.nl

www.psychischenwerk.nl Coronel Instituut

www.kroonophetwerk.nl Netwerk van werkgevers

www.leeftijdophetwerk.nl TNO

www.gbw.nl Gezondheidsbevordering op de Werkplek

www.hetwerkendperspectief.nl

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

www.cpb.nl Arbeidsmarkt

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

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

www.beroepsziekten.nl

www.arboconvenanten.szw.nl

Bijlage 2

Verslag bijeenkomst over de mogelijkheden aanpak psychosociale problemen op de werkvloer d.d. 28 maart 2006

Aanwezig:

Mevrouw prof. dr. ir. P.M. Bongers	TNO
De heer dr. A. Burdorf	Erasmus MC
De heer L. Crijns, MSc	GEPOMA
De heer F. van Duijn	NVVG
De heer Van Eijndhoven	ING
Mevrouw drs. A. Huson	Stichting Pandora
De heer J. van der Klink	NSPOH
Mevrouw J. Komduur	Breed Platform Verzekerden en Werk
De heer drs. J. Manders	NVAB
De heer K. Nicolas	CZ
De heer R. Nijland	Delta Lloyd
De heer mr. P.E. Rodenburg	NVAB
De heer A. Stolk	Interpolis
Mevrouw C.V. van Vuuren	TNO en NIP
De heer drs. G.J. Wissink	Delta Lloyd

RVZ

Mevrouw M.J.M. Le Grand-van den Bogaard, voorzitter
Mevrouw drs. M.G. Wats
Mevrouw drs. M.P.M. Bekker

1 Opening

Mevrouw Le Grand heet de aanwezigen welkom en nodigt hen uit voor een korte kennismakingsronde. Daarna zullen mevrouw Wats en mevrouw Bekker een korte introductie van het advies en van de bijeenkomst geven.

2 Voorstelrondje

Van Duijn NVVG

De heer Van Duijn, voorzitter van de Landelijke Vereniging van Verzekeringsartsen, geeft aan dat zijn vereniging geïnteresseerd is in deze problematiek. Enerzijds omdat psychosociale problemen een belangrijke oorzaak zijn van verzuim. Anderzijds omdat de aanzetten van de

Gezondheidsraad ertoe geleid hebben dat de vereniging betrokken is geraakt bij de ontwikkeling van richtlijnen waarbij naast betere begeleiding en beoordeling ook meer samenhang moet worden gecreëerd.

Nijland Delta Lloyd

De heer Nijland is werkzaam op de afdeling inkoop en contractering van zorg. Dat betreft zowel reguliere zorg als arbeidsgerelateerde zorg. In die hoedanigheid heeft hij zowel contacten met werkgevers als met zorgverleners. Delta Lloyd probeert deze twee activiteiten op elkaar af te stemmen.

Wissink Delta Lloyd

De heer Wissink is beleidsadviseur van de directie van Delta Lloyd. Hij houdt zich op metaniveau bezig met deze problematiek. Op dat niveau gaat het vooral over de meerwaarde van de combinatie van zorg- en inkomensverzekeringen.

Mw. Huson Stichting Pandora

Stichting Pandora zet zich in voor mensen met psychiatrische en/of psychische klachten. Zij is projectleider van het nu lopende project 'de Hoofdzaak: aandacht voor werk en psyche'. In dat kader wordt ook veel gedaan om de beeldvorming bij partijen over werknemers met psychische klachten te verbeteren.

Manders NVAB

De dagelijkse werkzaamheden van de heer Manders spelen zich af op het kwaliteitsbureau van de NVAB. Daarnaast vertegenwoordigt hij de werkgroep Arts en Arbeid van de KNMG.

Rodenburg voorzitter NVAB

De heer Rodenburg is voorzitter van de NVAB. Deze organisatie heeft als beleidsdoel om de arbeidsgeneeskunde te ontwikkelen in de richting van de zorg.

Van der Klink NSPOH

De heer Van der Klink is programma directeur van de NSPOH en is betrokken geweest bij de ontwikkeling van een aantal richtlijnen o.a. voor NVAB, huisartsen, de leidraad van de commissie Donner en de WIA werkgroep van de Gezondheidsraad.

Van Eijndhoven ING

De heer Van Eijndhoven is hoofd Interne Arbodienst van de ING. ING heeft veel met psychische problemen en arbeidsongeschiktheid te maken.

Mw Komduur Platform Verzekerden en werk

Mevrouw Komduur is beleidsmedewerkster Arbeid en Sociale zekerheid. Het platform richt zich in die functie op mensen met gezondheidsproblemen op het werk. Daarbij werken ze samen met onder andere de stichting Pandora en NMK. In die samenwerking is 'Ziek en Mondig' ontwikkeld.

Nicolas CZ

De heer Nicolas werkt bij de CZ groep. Hij heeft te maken met een aantal zorgvernieuwingprojecten. Sinds kort ook het project Gezondheid en Bedrijf. Het gaat daarbij onder andere over de mogelijkheden om reguliere zorg en arbeidscuratieve zorg samen te brengen. Niet alleen als verzekeringsproduct maar ook als daadwerkelijk zorgaanbod.

Mw. Van Vuuren TNO Kwaliteit van Leven en NIP

Naast haar werkzaamheden bij TNO is mevrouw Van Vuuren ook lid van het sectorbestuur Arbeid & Organisatie van het NIP. Een van de vragen waar zij mee bezig is, is hoe psychologen beter ingezet kunnen worden bij problemen in de arbeidssituatie. Het NIP is ook één van de initiatiefnemers van de richtlijn Psychische klachten en Werk. Daarin wordt aangegeven hoe psychologen meer rekening kunnen houden met de factor arbeid.

Mw. Bongers TNO

Mevrouw Bongers is naast medewerkster van TNO Kwaliteit van Leven ook bijzonder hoogleraar Preventie klachten bewegingsapparaat en is betrokken geweest bij het rapport over effectieve interventies dat met de stukken voor deze vergadering is meegestuurd.

Burdorf Erasmus MC

De heer Burdorf is universitair hoofddocent aan de Erasmus Universiteit en houdt zich bezig met arbeidsomstandigheden en gezondheid. De laatste vijf jaar vooral ook gericht op arbeidsproductiviteit en gezondheid waarbij de aandacht nu ook uit gaat naar bijstandsgerechtigden.

Crijns GEPOMA

GEPOMA is een eigen initiatief van drie partners. Deze organisatie biedt ondersteuning aan MKB-bedrijven bij bestrijding van het ziekteverzuim en inmiddels ook op het terrein van gezondheid. Vorig jaar heeft GEPOMA (van TNO en NIGZ) als enige MKB-netwerk meegedaan aan de pilot IGM .

Stolk Interpolis

De heer Stolk is directeur van een marktorganisatie die verzekeringsproducten biedt voor verzekering van arbeidsongeschiktheid en ziekte zowel voor ondernemers als voor werknemers. Dit gebeurt in de vorm van

ketenintegratie. Alle betrokkenen in de keten richten zich zo vroeg mogelijk op interveniëren met maatwerk. De organisatie heeft dus niet alleen financiële diensten beschikbaar maar biedt ook diensten om mensen snel weer op de been te krijgen.

3 Toelichting advies en doel bijeenkomst

Zie bijgesloten sheets.

4 Discussie

Mevrouw Le Grand

Mevrouw Le Grand vat samen dat het advies van de RVZ moet landen in een veld waar al veel activiteit is. Dat betekent dat het noodzakelijk is om goed na te denken waar de meerwaarde van dit advies zou kunnen liggen. Stel dat we er echt in zouden slagen om de psychosociale problematiek op de werkvloer aan te pakken, wat valt er dan te winnen en wat is er nodig om deze winst te realiseren? Mevrouw Le Grand nodigt aanwezigen uit om vanuit het perspectief van hun organisatie te reageren op deze vragen en daarbij de informatie uit de bijgevoegde stukken te betrekken.

Van Duijn

De verzekeringsgeneeskunde zit in een aparte positie. Verzekeringsartsen zien vooral de gevolgen van wat daarvoor heeft plaatsgevonden. Zij beoordelen het recht op uitkering. Op dat moment moeten artsen de cliënt bewust maken van het voorgaande traject en de consequenties voor de toekomst. Het blijkt dat de curatieve sector in het voortraject weinig doet aan bewustwording. De verzekeringsgeneeskunde doet een terugblik. Deze taak is nauw gerelateerd aan de wet poortwachter. Het is echter jammer dat dit altijd aan het eind van de rit gebeurt waardoor geen bijsturing meer mogelijk is. Het is bekend dat gewenning al na een week of zes optreedt; mensen creëren een nieuw (sociaal) evenwicht en systeem rond een beperking waardoor er na twee jaar weinig meer aan te doen is. Verzekeringsartsen zouden dus graag eerder betrokken worden zodat zij met alle partijen goed kunnen bewaken hoe het proces verloopt. Welke consequenties gaan we tegemoet als we deze beslissingen en keuzes maken. Dat zijn de vragen voor alle betrokkenen en dat vraagt bewustwording bij alle betrokken partijen.

Nijland en Wissink Delta Lloyd

De zorgverzekeraar zit in een spanningsveld. Aan de ene kant wil hij zo goed mogelijke zorg beschikbaar stellen en contracteren, aan de andere kant moet hij het betalen en wil hij ook een beetje grip hebben op wat

hij gaat betalen. Er is een ontwikkeling bij werkgevers om het arbo-risico af te wentelen op zorgproducten (ziektekosten). Daarom wil de zorgverzekeraar enigszins betrokken worden bij de wijze waarop producten worden ingezet. Hij wil grip hebben op de contracten die worden gemaakt tussen de zorgverzekeraar en werkgevers over protocollen en behandelwijzen en hij wil met diagnoses en preferred providers werken. Met andere woorden de zorgverzekeraar wil meer sturingsmogelijkheden.

De heer Wissink sluit hierbij aan. Er zijn nu veel actoren. Hoe zet je een systeem op waarin iedereen de juiste prikkels heeft. Voor zorgverzekeraars geldt dat zij hun schadelast zoveel mogelijk willen beperken. Hoe kun je het belang van de zorgverzekeraar en de inkomensverzekeraar binnen je organisatie verbinden. Dat kan door integreren van deze diensten. Maar een andere optie is wellicht om een deel van de opbrengsten van de andere verzekeringen toe te halen naar de zorgverzekering. De heer Wissink wijst op de enorme complexiteit van het veld, versnippering en hoe weinig men van elkaar weet.

De heer Van Duijn geeft aan dat dit juist ook het probleem van de cliënt is. Dat is ook zijn ervaring. De begeleiding laat vaak te wensen over. Niet alleen wachtlijsten maar ook wisselingen van behandelaar en de kwaliteit van de zorg; soms is de SPV in een GGZ instelling de behandelaar. Het kan niet zo zijn dat de SPV-er de hoofdbehandelaar is die de psychiater in consult roept. Dit ter illustratie.

Mevrouw Huson

Mevrouw Huson onderscheidt twee groepen mensen als het gaat om werk en psyche. Enerzijds mensen die aan het werk zijn en anderzijds mensen die door de herkeuringen weer aan het werk moeten, vaak met veel beperkingen. De aanpak van de problematiek van beide groepen moet bekeken worden. Aanpak van verzuim is het makkelijkste, omdat partijen (vooral de werkgevers) daar een duidelijke relatie mee hebben. Reïntegratie vanuit de WAO is veel lastiger. Pandora is nauw betrokken geweest bij alle recente ontwikkelingen (commissie Donner). Er is nu een omslag gekomen van thuis uitrusten naar zo snel mogelijk terug aan het werk en activering, bekrachtigd door de Wet verbetering poortwachter. Tevens is er een verandering opgetreden doordat de Wet poortwachter nu meer mogelijkheden biedt. Er worden veel protocollen en lijstjes gemaakt met tijdcontingenten. Pandora is bang dat uit het oog wordt verloren dat die modellen niet voor alle mensen gelden. Het gaat over zo'n grote groep. Daarnaast vindt Pandora de toenemende invloed van inkomensverzekeraars op het proces verontrustend en zijn bang dat dit leidt tot beperking van de vrije keuze van behandeling (pillen of praten bijvoorbeeld). Hier zijn de eerste meldingen van binnengekomen. Er moeten waarborgen zijn voor de rechten van de patiënt/werknemer. De heer Stolk ziet dit probleem niet zo omdat de inkomensverzekeraar mid-

delen ter beschikking stelt maar zich nooit met de inhoud van de behandeling bemoeit. Als laatste wijst mevrouw Huson op het gevaar dat de kloof op het gebied van gezondheid tussen werkenden en niet-werkenden toe zal nemen.

De heer Nicolas van CZ schetst de andere kant van deze zaak. Hij is van mening dat er bij de aanpak van dit grote maatschappelijke probleem wel erg veel verantwoordelijkheid bij de zorgverzekeraar wordt neergelegd, terwijl deze daar de competenties niet of nog niet voor heeft. Het probleem ligt zelden alleen op de werkplek, maar de kosten vallen bij de inkomensverzekeraar. De heer Crijns geeft aan dat de verzekeraars veelal problemen verzekeren en geen oplossingen. Hij geeft een praktijkvoorbeeld van iemand die lange tijd in één baan zat en aan een verandering toe was. Daarvoor waren de mogelijkheden echter beperkt en zij ging de ziektewet in. Voor haar bracht van baan wisselen grote risico's met zich mee. Het heeft veel inspanning gekost om een verandering toch te realiseren. Dit overigens met succes, maar het voorbeeld illustreert dat er weinig gezocht wordt naar faciliteren van innovatieve oplossingen. Zo kan je denken aan het scheppen van de mogelijkheid om anciënniteit van het ene naar het andere bedrijf mee te nemen.

Mevrouw Huson signaleert dat psychische klachten voor werknemers en werkgevers lastige problemen zijn om te bespreken. De vaardigheden op dit gebied bepalen heel sterk het succes. Het is het beste om de problemen binnen die relatie aan te pakken.

De heer Manders

Is lange tijd werkzaam geweest bij een Riagg. Sinds de jaren tachtig is er veel meer belangstelling ontstaan voor preventie. Dat is gunstig. Het is inderdaad een complex veld en de selectie moet gemaakt worden. Een ander punt is dat er veel geld voor kennisontwikkeling beschikbaar is en nauwelijks voor implementatie. De verhouding zou 1 op 10 zijn en niet 10 op 1, zoals nu het geval is. Veranderen van gedrag van professionals is heel lastig en kost geld. Om richtlijnen te kunnen invoeren heb je ook randvoorwaarden nodig. Niet alleen ketenzorg maar ook ketenverantwoordelijkheid is noodzakelijk. Tijd is van belang. Die moet ter beschikking gesteld worden door de verantwoordelijken en tijd kost geld. Een derde punt is dat de opbrengsten en de kosten niet bij dezelfde partij vallen.

De heer Rodenburg

Het is goed dat er vandaag vanuit het concept publieke gezondheid wordt gedacht dat biedt de kans om af te komen van alle verschillende belangen en de verschillen tussen kosten en baten die spelen. Gemiddeld 50-60% van de consulten van de bedrijfsarts betreffen psychosociale problemen. Bij huisartsen spelen gelijke percentages. De zorg moet voor-

waardenscheppend zijn om gezond aan het werk te blijven. Daarnaast is werk nog gezond ook en het werkt dus naar beide kanten. De werkgever en de werknemersrelatie biedt de meeste mogelijkheden voor aanpak van de problemen. Het gaat om empowerment (zelfreddend vermogen) van deze partijen. De bedrijfsarts en andere hulpverleners kunnen hierin als coach optreden. Mensen die niet aan het werk zijn moeten ook veel aandacht hebben. Ook daar kan de publieke gezondheid veel betekenen.

De heer Van der Klink

De publieke gezondheid moet iets extra s doen ten opzichte van alle andere partijen (vooral de gezondheidszorg). Het gaat om gezondheidsdenken en veel minder om klachten. Er is bij psychische klachten eigenlijk maar een beperkte synchronie tussen de klachten en het functioneren. Alleen bij de zeer ernstige psychiatrische problematiek is dit het geval. Bij 97% is die synchronie er niet en gaan de discussies over klachten en niet over functioneren. Het gaat daarbij om twee ideeën.

1. Wij denken in een klachtenconcept en we moeten naar een functioneringsconcept. Mensen die aan het werk zijn hebben vaak ook klachten, maar hervinden hun controle weer. Er zijn heel eenvoudige methodieken op het gebied van 'problemsolving' die zeer effectief zijn bij het terugkrijgen van de controle. Arbeidsdeskundigen kunnen hierbij ook behulpzaam zijn. Zij staan dicht bij de werkvloer. Een tweede bezwaar van het denken in klachten is dat een klacht bij een individu hoort. Dan heeft het individu een probleem. Het denken in termen van functioneren en controle is een interactief concept. Dat heeft met het hele systeem te maken en daarmee is iedereen verantwoordelijk.
2. Een tweede idee is de verschuiving van een 'train and place' naar een place and train benadering. Begeleiding van het aanpakken van problemen die mensen in het dagelijks leven tegenkomen is heel essentieel. Je leert mensen dan omgaan met de problemen die zij tegenkomen.

De twee ideeën horen bij elkaar. Doordat wij deze concepten niet benoemen wordt er ook geen instrumentarium voor ontwikkeld. Het blijft nu in veel gevallen bij kretologie en ontwikkeling van richtlijnen.

De heer Van Eijndhoven ING

De theorie klinkt veelbelovend, maar op de werkvloer heerst een hoge prestatiedrang. Het is de vraag of dat dé omgeving is om met een probleem om te leren gaan en te veranderen. Preventie van verzuim is goed geslaagd bij de ING: het verzuim is sterk verminderd. We hebben de aandacht nu verlegd naar mensen die mogelijk gaan verzuimen. Vanuit de gedachte dat werken in een organisatie topsport is wordt gewerkt met lifestyle adviezen. We kijken ook wat dat oplevert in termen van reductie verzuim, productiviteit en medewerkerstevredenheid (de organisatie moet toch winst maken en elke investering moet gerechtvaardigd wor-

den). Lifestyle adviezen zijn een goede manier om bewustwording te creëren. Ook adviezen over de manier waarop je omgaat met werkdruk zijn zinvol. Het is wel de kunst om het allemaal beheersbaar te houden en te voorkomen dat er niet een veel te grote hoeveelheid diensten in een organisatie worden gezet.

ING doet nu met AMC de Meeren een project dat erop gericht is om mensen met depressies en angststoornissen zo snel mogelijk weer in te zetten. Dat past goed bij het 'place and train' concept. De ervaring is dat het, ondanks het feit dat er een goed concept achter zit, moeilijk is om het in de organisatie in te passen. Het is weerbarstig. Kosteneffectiviteit is eigenlijk het enige argument om deze weerstanden te overwinnen.

De heer Nijland wijst op het verschil tussen grote en kleine bedrijven. Grote bedrijven hebben de middelen voor dit soort interventies. In het MKB is het alleen logistiek al heel ingewikkeld om de juiste zorg op het juiste moment te regelen. Laat staan om daarna nog een heel traject op te zetten. De heer Crijns voegt toe dat 90% van de bedrijven in Nederland MKB-organisaties zijn. Dat gegeven geeft aan dat, als we iets gaan organiseren voor de arbeidssituatie, het loont om te kijken naar wat het MKB al doet (er zijn al ideeën en ervaringen) en waar het MKB behoefte aan heeft. Dit gezien het grote aantal MKB organisaties.

De heer Van Duijn haakt in op de opmerking van de heer Van Eijndhoven dat werken in een grote organisatie topsport is. Hij is benieuwd hoe de ING omgaat met de medewerkers die geen topsport kunnen bedrijven. De heer Van Eijndhoven beschrijft de piramide vorm van de ING-organisatie. Er is dus over de jaren heen een selectieproces. Het functioneringsprobleem leidt er vaak toe dat mensen de organisatie verlaten. Aan klachten is wel iets te doen. Zodra het een functioneringsprobleem is verlaten mensen vaak de organisatie. Daarom is het ook goed dat de werkgever bij reïntegratie ook buiten de organisatie kan zoeken.

Mevrouw Komduur

Juist op microniveau is de relatie werkgever-werknemer van belang. Deze relatie dreigt onder druk te staan op het moment dat er sprake is van niet goed functioneren. De normale relatie getypeerd door loon voor geld komt dan onder druk te staan. Het is zeker ook de verantwoordelijkheid van de werknemer om snel te signaleren en advies kunnen vragen. Hij signaleert het eerst en moet laagdrempelig advies en hulp kunnen krijgen, bijvoorbeeld mediation. Daardoor kan vroegsignalering echt vorm krijgen. Wij vinden dat een werknemer ook zijn eigen bedrijfsarts moeten kunnen kiezen.

De heer Rodenburg noemt in dit kader de conferentie die zijn organisatie binnenkort organiseert. Eén van de thema's die daar aan bod komen is dat het goed zou zijn als de positie van de bedrijfsarts in de zorg versterkt zou worden. Dat betekent dat de bedrijfsarts ook uit de zorgverzekering kan putten voor zijn werk. Daarmee neemt zijn onafhankelijkheid toe en zou ook de keuzevrijheid van de werknemer groter worden. De werkgevers zijn hier niet tegen; er zijn twee geldstromen één uit de zorgverzekering en één vanuit de werkgever (advieskosten, kosten keuringen). Die tweede stroom is des werkgevers. Als een werkgever zijn eigen bedrijfsarts kiest dan mag de werknemer dat ook.

Mevrouw Le Grand informeert hoe realistisch het is dat er op de werkvloer echt iets gebeurt en dat problemen aangepakt worden. Mevrouw Komduur signaleert dat het tij veel gunstiger is geworden. Ook bij de werknemer is het besef ontstaan dat het in zijn belang is om zijn werk te behouden. De vragen bij de helpdesk van het platform zijn ook anders geworden. Men informeert veel meer naar de consequenties van beslissingen en keuzes. Vroeger was het meer: waar heb ik recht op!

De heer Nicolas denkt dat de psychische klachten uit de taboesfeer komen. Klachten werden in het verleden vaak gesomatiseerd. Als de echte oorzaak dan boven tafel kwam was het vaak al te laat. Nu heeft de werknemer er belang bij om zo snel mogelijk to the point te komen. Dat kon wel eens een positief effect hebben en psychische klachten uit de taboesfeer halen.

De heer Van der Klink is het er in principe mee eens om mensen meer verantwoordelijkheid te geven, maar plaatst daar wel een waarschuwing bij. De symptomen die mensen bij zichzelf signaleren zijn vaak late symptomen, de omgeving ziet het vaak veel eerder. Dus de zorgfunctie van de omgeving moet ook benadrukt worden. Het is wel zaak dat de omgeving het probleem op een goede manier aankaart. De vraag is dus niet gaat het niet goed? maar & ik zie dat je minder geconcentreerd bent kunnen we daarover praten want dat is belangrijk voor je werk. Als je het gaat hebben over klachten verlies je mensen.

De heer Nicolas vindt vooral de scheiding tussen de arbozorg aan de ene kant en de reguliere gezondheidszorg aan de andere kant opmerkelijk. Men kan zich daar achter verschuilen. De schotten wil men ook behouden, men benadrukt steeds hoe moeilijk het is om die te slechten. Daardoor werkt de reguliere zorg ook nooit echt mee aan reïntegratie. Kan niet met die bril kijken, de patiënt is de dupe want die heeft er belang bij om aan het werk te gaan. Als beide domeinen uit beide potten kunnen putten komt samenwerking wel op gang.

De heer Nijland geeft een praktisch voorbeeld. De eerstelijns psychologische zorg in een aanvullend pakket. De premie voor deze diensten is berekend op 3,25 euro per verzekerde. Als een werkgever daar het hele Arborisico op gaat verhalen dan wordt dat een enorme verliespost voor de verzekeraar. Dat doet de werkgever als hij daar een collectieve verzekering voor heeft afgesloten. Dat is een extra argument om één geldpot te creëren.

Mw. Van Vuuren TNO/NIP

Mevrouw Van Vuuren reageert op de vraag van de voorzitter of het loont om te investeren in preventie van psychische klachten. Er is zowel maatschappelijk (verzuim en productiviteit en ziektekosten) als voor het individu (gezondheid) veel winst te behalen. Psychologen willen hun diensten steeds meer aan inkomensverzekeraars verkopen. De meeste psychologen richten zich nu echter op herstel van klachten en moeten veel meer gericht worden op herstel van het functioneren. NIP en LVE hebben nu een richtlijn ontwikkeld voor psychologen die beoogt dat psychologen dat gaan doen. Een probleem daarbij is dat de richtlijnen gebaseerd zijn op wat we nu weten. Er is echter weinig evidence based materiaal. Zo is de enige werkaanpassing die we nu kennen minder uren en is er bijvoorbeeld weinig bekend over verschuiving van taken.

De heer Van Eijndhoven vraagt of het ook niet vooral de verantwoordelijkheid is van de werkgever en de werknemer zelf. Een deskundige kan daar maar beperkt aan bijdragen. Die kan ondersteunen. Mevrouw Van Vuuren zegt dat het niet of of is maar en en. Verder is er inderdaad weinig onderzoeksgeld beschikbaar voor dit gebied. De heer Van der Klink is optimistischer en stelt dat het weinige onderzoek dat gedaan is wel wijst op effectiviteit. Dat moet wel met echt bewijs ondersteund worden (evalueren).

De heer Van Eijndhoven geeft aan dat het momenteel voor de werkgever nog niet altijd loont om iets aan preventie te doen. Het probleem is steeds een probleem van de individuele leidinggevende. Er is op organisatie-niveau geen gevoeld probleem.

Mw. Bongers

Mevrouw Bongers signaleert het enorme verschil tussen psychische aandoeningen en bijvoorbeeld rugklachten in onderzoek. Deze eerste categorie neemt heel veel uitval voor zijn rekening en er is weinig materiaal beschikbaar. Begin met de veelbelovende interventies en evalueer die goed. Er zijn overigens nu ook meer ICT en E-Health instrumenten beschikbaar, maar ook die zijn niet goed geëvalueerd. Daardoor zou het veld ook transparanter worden.

De heer Burdorf

De heer Burdorf maakt de analogie tussen publieke gezondheid en arbeid. In de publieke gezondheid probeerde men eerst sterfte te voorkomen, daarna ziekte en men kijkt nu naar gezonde levensverwachting. Die kant moet de arbozorg ook op. We hebben ons eerst op beroepsziekten en arbeidsongeschiktheid gericht. Toen zijn we naar verzuim gaan kijken en nu moeten we naar gezonde werkjaren overgaan. Dat sluit ook aan bij het begrip topsport. Bij ons onderzoek naar steigerbouwers kwam voor het eerst duidelijk naar voren dat het gaat om aanpassing van de werksituatie. Deze medewerkers kan je niet tot hun zestigste op de ladder laten staan. Cruiff voetbalt toch ook niet meer in het Nederlands elftal. Daar is voor het eerst gekeken naar functioneren en andere arbeid. Het functioneren is de crux. Dan moet je ook onderkennen dat de belasting van mensen afneemt en het werk daaraan aanpassen.

De heer Burdorf pleit sterk voor aanpak van de bureaucratie en de wirwar van instanties; hoe minder ketens hoe beter. Dat blijkt ook uit het onderzoek onder uitkeringsgerechtigden. Zelfs als mensen zelf graag aan het werk willen lukt het hen niet om in zes maanden de hele rits instanties die zij af moeten lopen te bezoeken. Dat is echt onthutsend. De verantwoordelijkheid moet bij de werkgever en de werknemer liggen. Als we niets doen dan ontstaat er tweedeling in de samenleving. De WAO moet omgevormd worden tot een reïntegratie-instrument, de reikende hand is er totaal uit verdwenen.

De heer Crijns

De heer Crijns beschrijft dat hij tijdens de hype van ziekteverzuim bij de opzet van GEPOMA (gezondheids- en poolmanagement) besloten had om niet met mensen die ziek zijn over ziekte te gaan praten. Er is bij GEPOMA gekozen om te focussen op (het herstel van) gezondheid. Als je ziek bent en alle contacten richten zich alleen op ziekte dan is dat ziekmakend. Ook kom je op het terrein van individuele verantwoordelijkheid van de werknemer. In principe hoor je als werknemer gezond en fit op je werk te komen. De leidinggevende moet leidinggeven en geen dokter of psycholoog worden. Er moet een externe deskundige zijn die de leidinggevende kan ondersteunen bij deze problemen.

De heer Crijns stelt zich op het standpunt dat als een werknemer psychische klachten heeft dat nog niet wil zeggen dat hij ziek is en dat als hij een beetje ziek is dat nog lang niet altijd betekent dat hij niet kan werken. Maak verschil tussen klacht, ziekte en arbeidsongeschiktheid. Werken is vaak een goede therapie.

De heer Stolk

De omvang van het probleem is zeer wisselend. Het ziekteverzuim is heel wisselend per bedrijf. De sfeer en niet de werkdruk is bepalend. Er is heel veel geld te verdienen maar dan moeten ondernemingen op een andere manier geleid worden en dat is niet eenvoudig. Dat geldt natuurlijk vooral in geval van grote onzekerheid, maar ook bij minder duidelijke aanleidingen. Leidinggevende lukt het niet altijd om een motiverende sfeer te creëren, dat vraagt specifieke vaardigheden.

Als het verzuim laag is dan gaat het vaak om individuele gevallen en betreft het ook vaker problemen thuis of tussen twee mensen. Interpolis doet daar veel aan. Zo biedt de organisatie mediation en traumaopvang. Een probleem is dat de zorgverzekeraar bij zwaardere problemen vaak niet thuis geeft. Dan moet de inkomensverzekeraar het betalen. Dat is toch vreemd. Arbozorg zou er gewoon onder moeten vallen. De werknemer is immers ook gewoon verzekerde van de ziektekosten verzekeraar. De heer Wissink vraagt hoe hij dat aan verzekerden moet verkopen. De heer Stolk stelt de aanname dat dit arbeidsgerelateerde problematiek is ter discussie en vindt het een zorgverzekeringsprobleem.

De heer Nicolas stelt daar het gedrag van de verzekerden tegenover. Men is erg prijsbewust en de toevoeging van dit soort zorg aan het pakket zal een uitstroom van gezonde verzekerden betekenen. Ook de prikkels die de werknemer in de WIA krijgt (meebetalen aan het verzuim) zal, naar zijn mening, niet leiden tot een vraag om een verzekeringsproduct. De heer Wissink onderschrijft dit. De heer Stolk twijfelt toch of er een wezenlijk verschil is tussen de huisvrouw met een depressie en een werknemer met dezelfde aandoening.

De voorzitter vat samen: Er is dus een gebied waarin beide verzekeringen overlappen en het onduidelijk is in welk compartiment wat zou moeten. Hoe kan je de meeste winst over het hele systeem realiseren. Hoe krijgt iemand snel de regie terug? Wat heeft u nodig om uw werk goed te kunnen doen?

De heer Rodenburg stelt dat het instrumentarium betere voorwaarden schept, maar dat de schotten tussen de financieringstromen nog niet voldoende geslecht zijn en een belemmering met zich meebrengen. De heer Stolk voegt hier aan toe dat slechts 30% van de verzekerden een relatie heeft met een zorg én inkomensverzekeraar. Voor de andere 70% is een integratie van zorg en inkomensverzekeringen dus geen oplossing voor de problemen. Het is dus nog niet ideaal. De heer Wissink stelt dat het ook al makkelijker en beter kan door de betrokkenheid van de werknemer bij de zorgcollectiviteit te vergroten. De heer Stolk pleit voor een bredere benadering. Het gaat niet alleen om deze twee stromen. Je moet het omdraaien en je de vraag stellen hoe je een algemene regeling voor

goede zorg creëert. Dan zou ook een gemeente zijn verantwoordelijkheid kunnen nemen voor de bijstandsgerechtigden (als een pseudowerkgever). De heer Nijland wijst daarnaast op de verwachtingen die mensen hebben van werk en de flexibilisering van de arbeidsmarkt. De heer Crijns onderschrijft deze stelling. De nieuwe werkgever zou de anciënniteit van een werknemer kosteloos over moeten kunnen nemen. De heer Burdorf signaleert dat de termen psychische problemen en psychosociale problemen door elkaar gebruikt worden. Dat vraagt om begripsverheldering. Tevens is het van belang om nog even goed naar de mogelijkheden van ondernemingsraden te kijken.

5 Conclusies

De voorzitter opende met de vraag of de winst van investeren in gezondheid op de werkplek opweegt tegen de inspanningen. De aanwezigen stemmen in met de conclusie van de voorzitter dat investeren in gezondheid als randvoorwaarde voor arbeidsproductiviteit en goed functioneren op de werkplek rendabel is en tevens zal leiden tot arbeidstevredenheid. De Wet verbetering poortwachter heeft een attitudeverandering in gang gezet. Met een bedrijfsgezondheidsbeleid verschuift de focus van klachten, verzuim, en medisch herstel, naar functioneringsherstel via een combinatie van werkhandhaving of werkhervatting en zelfredzaamheid vergroten.

- Enkele aanwezigen signaleren dat een dergelijk gezondheidsbeleid wordt belemmerd door schotten in de financiering via de zorg- en inkomensverzekeringen binnen de overheid. Het belang van de inkomensverzekeraar bij preventie wordt niet gedekt voor de zorgverzekeraar, dat wordt momenteel gecompenseerd door zorg in huis te halen.
- Voor werkgevers is de noodzaak voor een bedrijfsgezondheidsbeleid niet vanzelfsprekend. De komende tijd moet daarom worden geïnvesteerd in onderzoek naar de effecten van maatregelen ter bevordering van het functioneren op de arbeidsproductiviteit.
- Er wordt meer aandacht gevraagd voor specifieke arrangementen voor het MKB omdat 90% van het Nederlandse bedrijfsleven bestaat uit midden- en kleinbedrijven die dit, in tegenstelling tot grote bedrijven, niet uit zichzelf financieren en organiseren. Een voorbeeld van een arrangement is het opereren in netwerken van MKB, waarin werknemers herplaatst kunnen worden, en waar werkgevers arbeidsgehandicapten ook extern kunnen laten reïntegreren.
- Systemetechnisch zou het belang en de betrokkenheid van werknemers en werkgevers bij een zorgcollectiviteit vergroot moeten worden.

- De aandacht voor de groep arbeidsgehandicapten blijft onverminderd belangrijk.
- Er moet gewaakt worden voor een tweedeling in de gezondheidszorg tussen werkenden en niet-werkenden.
- Gemeenten zouden daarbij kunnen optreden als pseudo-werkgever van bijstandsgerechtigden.
- Een leeftijdsgebonden participatieve werkaanpassing wordt steeds belangrijker voor werkgevers om de arbeidsproductiviteit op peil te houden.
- Ook wordt geconstateerd dat het gebrek aan arbeidsmobiliteit een ziekmakend effect kan hebben. Dat zou betekenen dat er o.a. meer aandacht zou moeten komen voor andere pensioenregels en behoud van anciënniteit bij het overstappen naar een andere werkgever.
- Tenslotte zouden de ondernemingsraden en personeelsvertegenwoordigingen moeten worden versterkt om werknemers meer inbreng te verschaffen in de totstandkoming van een bedrijfsgezondheids- dan wel verzuimbeleid.

Bijlage 3

Leidraad 'Aanpak van verzuim om psychische redenen' (2001) en Leidraad preventie (2004)

De Leidraad 'Aanpak van verzuim om psychische redenen' is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- Werkhervatting is doorgaans meer voorwaarde voor herstel, dan herstel voorwaarde voor werkherhervatting.
- Werkgever en werknemer dragen de aanpak, deskundigen adviseren.
- Tweesporenbeleid: gelijktijdige behandeling/begeleiding en werkherhervatting.
- Niet eigen recht en verantwoordelijkheid, maar zorg en wederzijdse aanspraken op medewerking vormen de motor van een effectieve aanpak.
- Preventie paart een individuele aanpak aan een organisatorische aanpak. Het opzetten van een gestructureerd preventiebeleid en het treffen van organisatorische maatregelen vergt zowel het initiatief van de leiding en directie als de actieve betrokkenheid van werknemers voor de verdere ontwikkeling en uitvoering van concrete maatregelen.
- Signaleringsystematiek koppelen aan preventiebeleid en reïntegratie koppelen aan terugvalpreventie.

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

Uit de evaluatie van de werkzaamheden (Prins et al., 2005) blijkt dat de implementatie van de Leidraad een krachtige impuls kreeg van de invoering van de Wet verbetering poortwachter. Het UWV beoordeelt de reïntegratieverplichtingen van werkgever en werknemer als voldaan, als de principes van de Leidraad zijn nageleefd. In de relatief korte periode van twee jaar is de Leidraad in veel verschillende sectoren en organisaties onder de aandacht gebracht. Toch blijkt er meer tijd nodig te zijn om de Leidraad te verspreiden en op grote schaal in gebruik te nemen. Vooral

onder werkgevers en werknemers is de cultuurverandering wel in gang gezet, maar nog niet bewerkstelligd. Het principe van gedeelde verantwoordelijkheid wordt door de meerderheid van de werknemers en werkgevers ondersteund, hoewel in het MKB vaak wordt opgemerkt dat psychische problematiek daar veel minder zou voorkomen.

Ook geeft men soms de voorkeur aan generieke benadering van alle ziekteverzuim. In de Arbo-convenanten wordt de Leidraad nog onvoldoende benut evenals onder leidinggevend en werknemers met functioneringsproblemen. Overigens zijn er in de Arbo-convenanten vaak wel afspraken over de preventie van een (te) hoge werkdruk, agressie e.d. Dit is echter meestal niet gespecificeerd naar de aanpak of preventie van functioneringsproblemen. Functioneringsproblemen bespreekbaar maken tussen leidinggevend en werknemers blijft een struikelblok. Overigens werden er hierin geen grote verschillen geconstateerd tussen grote en kleine bedrijven.

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

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

In de evaluatie worden een aantal knelpunten benoemd:

- Artsen en leidinggevend staan niet altijd achter het tweesporenbeleid, omdat zij rust een belangrijke voorwaarde vinden voor het herstel van de zieke werknemer.
- Leidinggevend vinden het herkennen van functioneringsproblemen, en het bespreekbaar maken daarvan, bijzonder lastig. Vaak wordt het gesprek wel aangegaan, maar blijft een oplossing achterwege.
- De Leidraad zou minder geschikt zijn voor het MKB en voor de uitzendbranche.
- Tegenstrijdige adviezen van bedrijfs- en reguliere artsen.
- Te weinig financiële middelen om doelgroepen te informeren over de aanpak van functioneringsproblemen op de werkplek.

- Negatieve beeldvorming ten aanzien van ziekteverzuim en arbeidsproductiviteit van werkenden met functioneringsproblemen.
- De Leidraad biedt geen handvatten voor de situatie waarin de relatie tussen leidinggevende en de werknemer is verstoord.
- De Leidraad is verminderd van toepassing op bijzondere groepen, zoals zelfstandigen en bijstandgerechtigden, die geen werk hebben om naar terug te keren (geen tweesporenbeleid mogelijk).

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

Leidraad Preventie (juni 2004)

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

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

Het bedenken van oplossingen kan op verschillende niveaus:

- Productieproces, werkorganisatie en taakstructuur;
- Communicatiepatroon;
- Leidinggevendenden;
- Medewerker.

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

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

Bijlage 4

Preventie van arbeidsverzuim door psychische klachten

S. van den Heuvel

S. van den Bossche

J. Heinrich

TNO Kwaliteit van Leven

Inhoudsopgave

1	Inleiding	194
1.1	Achtergrond	194
1.2	Gebruikte gegevensbestanden	194
2	Prevalentie van psychische klachten onder werknemers	196
2.1	Wat verstaan we onder (verzuim door) psychische klachten?	196
2.2	Burnoutklachten en herstelbehoefte	197
2.2.1	Actuele prevalentie en incidentie	197
2.2.2	Trends	198
2.3	Verzuim door psychische klachten	198
2.3.1	Actueel verzuim door psychische klachten	198
2.3.2	Trends	199
2.4	Arbeidsongeschiktheid door psychische klachten	199
2.4.1	Recente arbeidsongeschiktheid door psychische klachten	199
2.4.2	Trends	200
3	Effectiviteit van preventieve interventies	201
3.1	Organisatiegerichte interventies	202
3.1.1	Interventies gericht op de organisatie van het werk	202
3.1.2	Interventies op taak- of functieniveau	202
3.1.3	Interventies gericht op interactie van individu en organisatie	205
3.2	Individuele interventies	205
3.2.1	Ontspanningstechnieken	205
3.2.2	Trainen van vaardigheden	205
3.2.3	Cognitieve gedragsinterventies	206
3.3	Maatregelen per sector en beroepsgroep	206
3.4	Bewegingsinterventies	207
3.4.1	Bewegingsinterventies gericht op het voorkómen van psychische klachten	207
3.4.2	Bewegingsinterventies gericht op de reductie van psychische klachten	208
3.5	Voorwaarden voor een succesvolle interventie	208
4	Samenvatting en conclusies	210
4.1	Prevalentie en incidentie	210
4.2	Effectiviteit van interventies	211

5	Literatuur	214
A	Beschrijving van gebruikte gegevensbestanden	219
	Periodieke onderzoeken	219
	Overige onderzoeken	220
	Registraties	220
B	Effecten van interventies	221
C	Organisatorische maatregelen naar sector en beroep	231

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voert een achtergrondstudie uit naar de preventie van arbeidsverzuim door psychische klachten. Deze achtergrondstudie wordt uitgevoerd in het kader van de adviesaanvraag Publieke Gezondheid van de Minister van VWS. In verband met deze achtergrondstudie wil de Raad graag gegevens over de actuele preventie en incidentie van psychische klachten onder werknemers en de effectiviteit van preventieve interventies. TNO is gevraagd deze gegevens te leveren. Afsproken is dat TNO een overzicht levert van de actuele prevalentie en incidentie van psychische klachten en verzuim door psychische klachten, inclusief gegevens over trends en prognose. Daarnaast is afgesproken dat TNO een toegankelijke en bondige weergave levert van de nationale en internationale literatuur over effectiviteit van preventieve interventies ten aanzien van psychische klachten op het werk. Onderdeel daarvan vormt de effectiviteit van bewegingsinterventies, voor zover deze interventies een relatie leggen met (het voorkomen van) psychische klachten. Voor zover dit uit de literatuurstudies naar voren komt zal worden gerapporteerd over de voorwaarden van een effectief preventiebeleid.

1.2 Gebruikte gegevensbestanden

Om een overzicht te geven van de prevalentie en incidentie van psychische klachten en verzuim door psychische klachten is gebruik gemaakt van diverse beschikbare bronnen. Voor de actuele prevalentie en incidentie zijn het Permanent onderzoek Leef-Situatie (POLs van CBS) en de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA; Van den Bossche & Smulders, 2004) gebruikt. Hiernaast is ook gebruikt gemaakt van gegevens die zijn verzameld in het kader van het Stress Impact project (SI). Om een beeld te krijgen van de trends in psychische klachten zijn gegevensbestanden gebruikt die gegevens over langere periode kunnen leveren. Dat zijn de POLs, de Study on Musculoskeletal Disorders, Absenteeism, Stress and Health (SMASH; Bongers e.a., 2000) en registraties van het UWV (Uitvoering Werknemersverzekeringen).

In tabel 1.1 geven we een beschrijving van de vier, al dan niet doorlopende, onderzoeken die voor deze rapportage zijn gebruikt. In bijlage A worden de gebruikte gegevensbestanden en registraties nader beschreven.

Tabel 1.1 Gebruikte databestanden

	Permanent Onderzoek Leefsituatie	Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden	Stress Impact	Study on Musculoskeletal Disorders, Absenteeism, Stress and Health
Acroniem	POLS	NEA	SI	SMASH
Steekproef-omvang (netto)	10.000 (Module Gezondheid & Arbeidsomstandigheden: ca. 4.000 werkenden)	10.000 (2003) 25.000 (vanaf 2005)	400	1.700
Respons	60%	40%-45%	70%	
Start	1977	2003	2004	1994
Frequentie	Elk derde jaar in de periode 1977-1989; Jaarlijks sinds 1989 (trendbreuk in 1994); Dataverzameling is continu sinds 1997	Tweejaarlijks (najaar) Mogelijk jaarlijks vanaf 2005	Cohortstudie: basismeting half jaar na ziekmelding, follow-up 1 jaar na ziekmelding	Cohortstudie: basismeting plus 3 jaarlijks follow-up metingen
Methode	CAPI (face to face interviews)	PAPI (schriftelijk) CAWI (internet)	PAPI (schriftelijk)	PAPI (schriftelijk)
Steekproef	Representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking	Representatieve steekproef van de Nederlandse beroepsbevolking (15-64), exclusief zelfstandigen	12-20 zieken (representatieve steekproef via UWV)	Werknemers uit 34 bedrijven
Coördinatie	CBS	TNO	TNO	TNO

2 Prevalentie van psychische klachten onder werknemers

2.1 Wat verstaan we onder (verzuim door) psychische klachten?

In het meeste onderzoek naar het voorkomen van psychische klachten onder werknemers wordt de term ‘burnout’ gebruikt. Van burnout is sprake wanneer een toestand van emotionele uitputting gepaard gaat met een cynische houding ten aanzien van het eigen werk en/of het gevoel het werk niet meer aan te kunnen. Emotionele uitputting kan beschouwd worden als de belangrijkste en tevens meest aansprekende component van burnout. Deze dimensie wordt gekenmerkt door gevoelens van leegte, vermoeidheid, uitputting en mentale uitholling als gevolg van het werk (Schaufeli & Houtman, 2000). De mate van burnout kan worden vastgesteld met een zelfbeoordelingsvragenlijst, de Maslach Burnout Inventory. Deze lijst is voor Nederlands gebruik vertaald en bewerkt onder de naam Utrechtse Burnout Schaal (UBOS) (Schaufeli en Van Dierendonck, 2000). De module emotionele uitputting bestaat uit 5 items. Per uitspraak is aan de zeven antwoordcategorieën een scoreverloop van 0 (nooit) tot 6 (elke dag) toegekend. Door per persoon de vijf scores op te tellen en te delen door 5 ontstaat een gemiddelde dat kan lopen van 0 (een 0 op elke vraag) tot 6 (een 6 op elke vraag). In POLS is het omslagpunt op 2,21 is gezet. Dit houdt in dat mensen die deze waarde of hoger scoren de indicatie burnout krijgen.

Een andere, in Nederland veel gebruikte maat voor werkgerelateerde psychische klachten is ‘herstelbehoefte’. Herstelbehoefte is een vroeg symptoom van psychische vermoeidheid, mede als gevolg van het werk (Veldhoven & Broersen, 1999, 2003). Herstelbehoefte wordt gemeten met een schaal die onderdeel is van de VBBA (Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid) en uit 11 dichotome items bestaat.

Herstelbehoefte is onder meer gebruikt in de Monitor Arboconvenanten waar is onderzocht wat de grenswaarde is waarboven de kans op psychische gezondheidsklachten relatief hoog wordt (Broersen e.a., 2004). Deze grenswaarde is bepaald op 6 of meer klachten.

Herstelbehoefte en emotionele uitputting kunnen worden beschouwd als een tussenstap naar klachten van meer ernstige aard die gepaard gaan met verzuim en arbeidsongeschiktheid. Om het verzuim door psychische klachten te onderscheiden worden in de gebruikte databestanden en statistieken diagnosecategorieën gebruikt. Diverse diagnoses die verband houden met psychische klachten kunnen daarin onderscheiden worden. Er zijn echter weinig gegevens over de prevalentie en incidentie van dergelijke psychische problemen zoals depressie en angststoornissen specifiek voor de werkende populatie bekend, met uitzondering van de gegevens uit het Nemesis onderzoek over de periode 1994-1999. Uit een

recente publicatie over dit onderzoek (Dorselaar e.a. 2006) blijkt dat psychische aandoeningen in geringere mate voorkomen onder werkenden, in vergelijking met de niet werkenden. Onder werkenden had slechts 14,3% ooit in hun leven een depressie gehad, en 4,7% in het afgelopen jaar. In de totale bevolking was dit 15,2%, respectievelijk 5,7%, onder werklozen en arbeidsongeschikten was dit 25%, respectievelijk 13,5%, en onder huisvrouwen en mannen was dit zelfs 17%, respectievelijk 6,5%. Opvallend hierbij is dat hoewel vrouwen gemiddeld wat meer psychische klachten vertonen in elke subgroep, depressieve klachten onder huismannen vele malen hoger waren dan onder huisvrouwen. Maar liefst 30,4% van de huismannen had ooit in hun leven een depressie gehad, tegen 16,4% van de huisvrouwen. In het afgelopen jaar had 17,4% van de huismannen een depressie gehad, tegen 6,0% van de huisvrouwen.

Voor angststoornissen geldt dat 17,1% van de werkende populatie ooit in hun leven enigerlei angststoornis heeft gehad, en 10,4% in het afgelopen jaar. Nationale cijfers over de algemene bevolking hiervoor zijn 19,3%, respectievelijk 12,4%. Vrouwen hebben ongeveer 2 keer zo vaak enigerlei angststoornis gehad dan mannen. Circa 26% van de werklozen en arbeidsongeschikten hebben ooit in hun leven enigerlei angststoornis gehad, en 10,4% in het afgelopen jaar. Ook ten aanzien van angststoornissen komen die het meest frequent voor bij huisvrouwen en -mannen, maar de verschillen zijn minder groot vergeleken met depressieve klachten. Zo'n 26,7% van de huisvrouwen en -mannen heeft ooit in hun leven een angststoornis gehad, en 19% in het afgelopen jaar. De huisvrouwen hebben nu echter – conform het algemene beeld van sekseverschillen bij psychische aandoeningen – wat meer angstklachten dan de huismannen.

2.2 Burnoutklachten en herstelbehoefte

2.2.1 Actuele prevalentie en incidentie

Zoals in paragraaf 2.1 al naar voren is gekomen worden twee maten gebruikt om een indicatie te krijgen hoeveel werknemers er in Nederland psychische klachten hebben: herstelbehoefte en burnout. In de NEA zijn gegevens verzameld over herstelbehoefte. Hieruit blijkt dat in 2003 ruim 26% van de Nederlandse werknemers een hoge herstelbehoefte heeft.

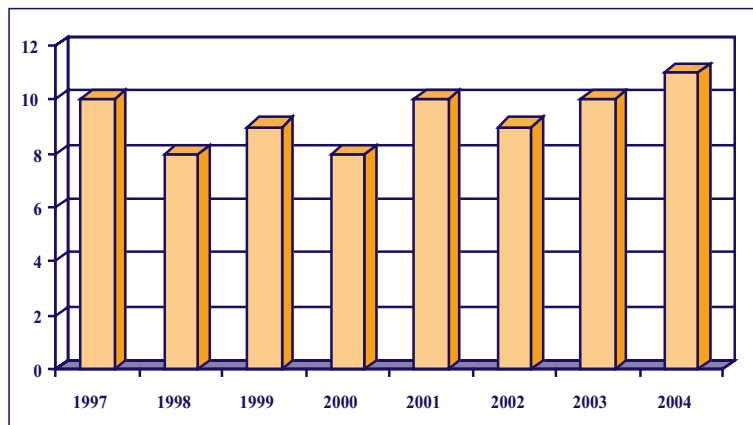
Recente gegevens over burnout kunnen afgeleid worden uit de POLS. Uit de POLS blijkt het percentage personen met burnoutklachten in 2004 11% te zijn. Daarbij moet vermeld worden dat de formulering van de afzonderlijke items in de POLS, afwijkt van de oorspronkelijke items in de UBOS.

Over alle jaren bekeken komen burnoutklachten het meest voor in de sector onderwijs, hoewel het percentage burnoutklachten in die sector in 2004 juist onder het gemiddelde lag. In de industriector en in de horeca is het percentage burnoutklachten over het algemeen ook vrij hoog.

2.2.2 Trends

Uit de beschikbare bestanden zijn geen gegevens bekend over de trend in herstelbehoefte. Over burnoutverschijnselen zijn er vanaf 1997 jaarlijkse gegevens uit de POLS. In figuur 2.1 worden deze cijfers weergegeven. Uit deze gegevens blijkt dat het percentage personen met burnoutklachten fluctueert tussen de 8% en 10%, zonder dat er sprake is van een duidelijke toe- of afnemende trend. Wel was het percentage in 2004 hoger dan in voorgaande jaren.

Figuur 2.1 Percentage burnout-klachten in de beroepsbevolking



2.3 Verzuim door psychische klachten

2.3.1 Actueel verzuim door psychische klachten

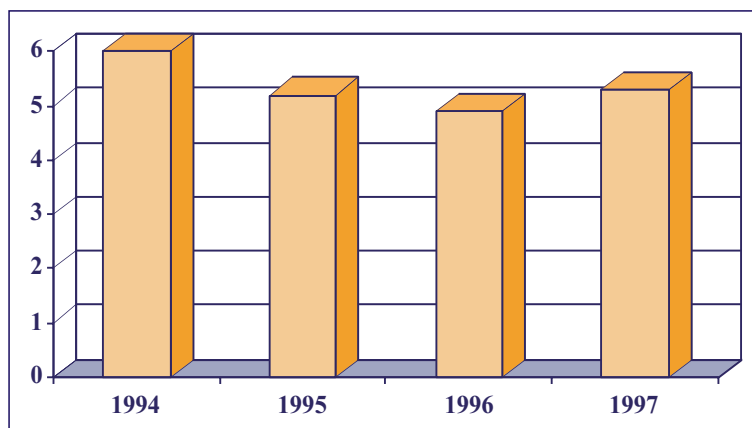
Op basis van de zelfgerapporteerde verzuimcijfers in de NEA van 2003 is berekend dat 5,5% van de werknemers verzuimt door psychische klachten. Deze cijfers zijn afgeleid van het laatste verzuimgeval. In de NEA zijn ook cijfers bekend over de verzuimduur, eveneens afgeleid van het laatste verzuimgeval. Verzuim als gevolg van psychische klachten blijkt gemiddeld 46 dagen te duren. Dit is veel langer dan de meeste andere verzuimredenen, zoals rugklachten (22 dagen), maag- of darmklachten (7 dagen) of griep/verkoudheid (4 dagen). Alleen verzuim door hart- en vaatziekten duurt gemiddeld langer (49 dagen). Risicosectoren zijn financiële instellingen waar viermaal zoveel verzuim voorkomt als in de sectoren met het laagste verzuim (horeca en landbouw), en overige dienstverlening, vervoer- en communicatie en onderwijs, waar ongeveer tweemaal zoveel verzuim door psychische klachten voorkomt als in de laag-risico'sectoren.

Voor de cijfers over langdurig verzuim hebben we tevens beschikking over een onderzoek bij 13-weeks verzuimenden (Stress Impact), uit 2004. Op basis van dat onderzoek blijkt dat 0,17% van de werknemers jaarlijks meer dan 13 weken verzuimt door werkgerelateerde psychische klachten (zie ook Blatter et al., 2005). Na een half jaar verzuimt 0,05% (ruim een kwart van deze groep) nog volledig; dit percentage daalt na een jaar iets, tot 0,03%. Het betreft hier wel een selectie, omdat alleen de personen die aangeven dat hun klachten werkgerelateerd zijn, meegenomen zijn in de berekeningen. Deze cijfers wijken af van de schattingen van NEA. Er moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat bij de berekening op basis van Stress Impact de schatting van de basispopulatie te hoog is uitgevallen, waardoor de prevalentie lager uitvalt.

2.3.2 Trends

Meerjaarlijkse gegevens over verzuim door psychische klachten zijn alleen beschikbaar in SMASH. In figuur 2.2 wordt het percentage werknemers weergegeven dat verzuimt vanwege psychische klachten in de periode van 1994 tot 1997. Er is in deze jaren geen duidelijke trend waarneembaar. De percentages schommelen tussen de 5 en 6% en komen overeen met de verzuimcijfers uit de NEA van 2003.

Figuur 2.2 Percentage werknemers dat verzuimt door psychische klachten



2.4 Arbeidsongeschiktheid door psychische klachten

2.4.1 Recente arbeidsongeschiktheid door psychische klachten

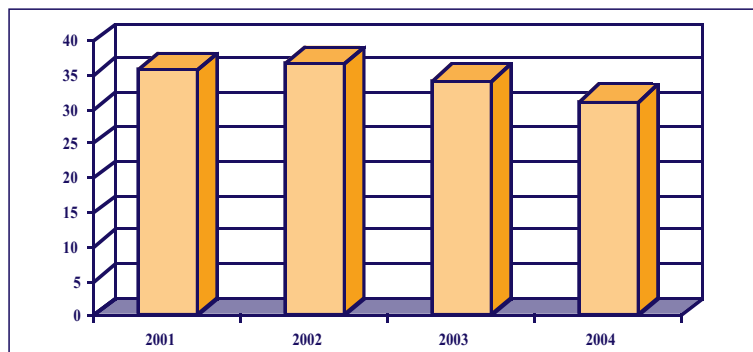
De meest recente cijfers over (intrede in de) WAO als gevolg van psychische klachten hebben betrekking op 2004. Uit deze cijfers blijkt dat van het totaal aantal lopende uitkeringen in dat jaar 34% door psychische klachten werd veroorzaakt. Van de nieuwe uitkeringen was het aandeel met psychische klachten 31%. Wanneer deze cijfers gerelateerd worden

aan het totaal aantal verzekerden blijkt dat 27 op de 10.000 werknemers door psychische klachten in de WAO terecht is gekomen. Bijna 4% van de werknemers had een lopende WAO-uitkering als gevolg van psychische klachten. De meeste WAO-uitkeringen door psychische klachten komen voor in de financiële instellingen. Hier zijn vier keer zoveel WAO-uitkeringen als in de laag-risico'sector energie- en waterleidingbedrijven.

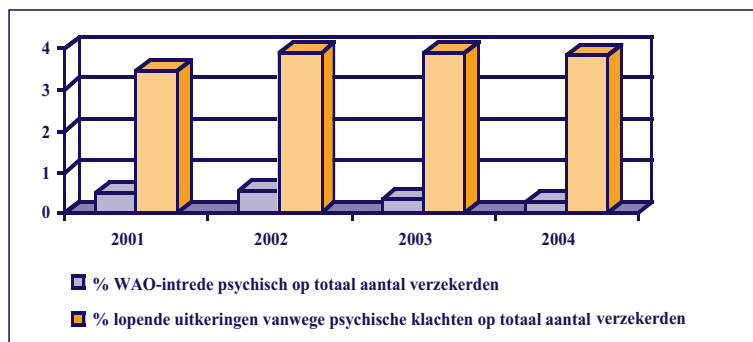
2.4.2 Trends

Van de WAO-intrede gevallen waarvan de diagnose benoemd is, is al een aantal jaren die van de psychische aandoeningen de grootste. Tot en met 2002 groeide het aandeel van psychische aandoeningen op het totaal van de WAO-intrede tot meer dan 35%. Daarna is het aandeel psychische aandoeningen in de WAO-intrede iets afgenomen (zie figuur 2.3). Het percentage nieuwe uitkeringen gerelateerd aan de beroepsbevolking is in 2003 en 2004 eveneens afgenomen, terwijl het percentage lopende uitkeringen nauwelijks is gewijzigd (zie figuur 2.4).

Figuur 2.3 Nieuwe uitkeringen ten gevolge van psychische klachten van 2001 t/m 2004, gerelateerd aan de totale WAO-intrede



Figuur 2.4 Nieuwe en lopende uitkeringen ten gevolge van psychische klachten van 2001 t/m 2004, gerelateerd aan het aantal verzekerden



3 Effectiviteit van preventieve interventies

Er zijn recente ontwikkelingen in het bedrijfsleven die het risico op werkgebonden aandoeningen lijken te vergroten (Landsbergis, 2003). Het gaat daarbij om reorganisaties, inkrimpingen, uitbestedingen, en tijdelijke of flexibele arbeidscontracten. Een van die mogelijk risico's is werkstress. Al langer wordt onderkend dat werkstress een probleem is op de werkplek en leidt tot nadelige gezondheidseffecten zoals psychische klachten en aandoeningen (Stansfeld et al, 1999, De Lange et al., 2003; Van Vegchel, 2005), klachten aan het bewegingsapparaat (e.g. Ariëns, 2001; Ariëns et al, 2001; Hoogendoorn, 2001) en hart- en vaatziekten (Belkic et al, 2004). Dit roept de vraag op hoe stress in de werksituatie voorkomen kan worden en welke preventieve maatregelen daarvoor geschikt zijn.

Er zijn op verschillende niveaus interventies mogelijk om de nadelige effecten van werkstress te voorkomen. Meestal wordt onderscheid gemaakt in interventies op het individuniveau en op het organisatie-niveau. Daarnaast is ook interventie op beleidsniveau of niveau van wetgeving mogelijk. Voorbeelden van interventies op beleidsniveau zijn stimuleringsregelingen op het gebied van arbeidsomstandigheden. Zo zijn er inmiddels in een aantal sectoren afspraken gemaakt tussen werkgevers, werknemers en de overheid in de zogenaamde arboconvenanten. Een voorbeeld op het niveau van wetgeving is bijvoorbeeld wetgeving omtrent het maximaal aantal uren dat een werkweek mag omvatten. Deze vormen van interventie zullen hier verder buiten beschouwing blijven.

Naast onderscheid op niveau van individu, organisatie, beleid of wetgeving kan er onderscheid gemaakt worden in primaire, secundaire en tertiaire preventie. Onder primaire preventie kan het voorkomen van klachten worden verstaan, onder secundaire preventie de reductie van klachten en het voorkomen van uitval door klachten, en onder tertiaire preventie het voorkomen van blijvende arbeidsongeschiktheid vanwege klachten. Tertiaire preventie komt in dit verband minder voor. Veelal worden organisatiegerichte veranderingen als primaire preventie beschouwd en individugerichte interventies als secundaire preventie. Dat is echter niet helemaal terecht. Wanneer er nog geen sprake is van klachten en er worden individugerichte interventies bij gezonde werknemers uitgevoerd, dan is er eveneens sprake van primaire interventie. Ook kunnen oorzaken zowel in het individu als in de organisatie liggen (Semmer, 2004).

Organisatorische interventies zijn gericht op de verbetering van de werksituatie. Dat kan bijvoorbeeld betrekking hebben op het productieproces, de werkorganisatie, de taakstructuur of het communicatieproces. Indivudgerichte interventies zijn gericht op een verandering in het indi-

vidu. Dat kan betrekking hebben op het omgaan van het individu met de het werk, zoals bijvoorbeeld stressmanagementcursussen of een cursus omgaan met agressie . Interventies kunnen zich ook algemener richten en als doel hebben om een gezondere leefstijl te bevorderen.

In dit hoofdstuk zullen zowel organisatiegerichte als individugerichte interventies worden besproken die gericht zijn op het voorkomen van psychische klachten (primaire preventie). Tevens zal worden ingegaan op interventies die gericht zijn op werknemers die nog niet zo lang verzuimen wegens psychische problemen (secundaire preventie). Een aparte vorm van individugerichte interventie is de bewegingsgerichte interventie. Dit type interventie zal in een aparte paragraaf behandeld worden.

3.1 Organisatiegerichte interventies

In paragraaf 3.1.1 tot en met paragraaf 3.1.3 zullen diverse typen organisatiegerichte interventies kort besproken worden. In tabel 1 t/m 3 van bijlage B zijn de effecten van de organisatiegerichte interventies kort samengevat.

3.1.1 Interventies gericht op de organisatie van het werk

De interventies die hier bedoeld worden zijn gericht op organisatiekenmerken als beleid, procedures en cultuur. Ze komen weliswaar regelmatig voor, maar worden zelden op wetenschappelijke wijze geëvalueerd (Murphy en Sauter, 2004). Er is daarom wetenschappelijk gezien weinig bekend over de effectiviteit van dergelijke interventies. In Nederland zou je in deze categorie aan de aanpakken van werkstress in het kader van de Arboconvenanten kunnen denken. Zoals de aanpak verzuim door psychische klachten in de thuiszorg branche. Bij dergelijke aanpakken worden verschillende instrumenten en trainingen ingezet, zoals de leidraad preventie van psychische klachten. Bij tertiaire preventie valt te denken aan implementatie van een verzuim- & reïntegratiebeleid, zoals bijvoorbeeld is vastgelegd in de leidraad Donner -aanpak verzuim om psychische redenen -. Hoewel dergelijke aanpakken soms wel zijn geëvalueerd - zie bijvoorbeeld van den Heuvel e.a. 2004 voor de evaluatie van de aanpak psychische klachten in de thuiszorg – kunnen er geen uitspraken worden gedaan over de effectiviteit omdat er geen sprake is van gecontroleerd studies.

3.1.2 Interventies op taak- of functieniveau

In dit type interventies gaat het om veranderingen in de taakkenmerken, de arbeidsomstandigheden of de sociale verhoudingen (Semmer, 2005). Onder veranderingen in de taakkenmerken kan dan worden verstaan: taakverzwaring, -verbreding of taakroulatie, verandering in verantwoordelijkheid, gewicht, zelfstandigheid of feedback, veranderingen volgens

sociotechnisch model, zoals zelfsturende teams. Onder veranderingen in arbeidsomstandigheden worden ergonomische veranderingen, veranderingen met betrekking tot werktijd en met betrekking tot werklust verstaan. Onder veranderingen in de sociale verhoudingen worden rolverheldering en het verbeteren van sociale relaties verstaan.

In de wetenschappelijke literatuur is weinig bekend over de effectiviteit van deze interventies. Volgens een recent overzichtsartikel zijn de resultaten vaak weinig aanmoedigend (Murphy en Sauter, 2004). Van der Klink en collega's rapporteren een klein, niet significant effect van de bestudeerde interventies (Van der Klink et al., 2001). Toch zijn er ook succesverhalen bekend, hoewel de betreffende interventiestudies vaak niet volgens nauwgezet wetenschappelijk protocol zijn opgezet. Kompier en collega's evalueerden 10 Nederlandse studies met betrekking tot organisatiegerichte interventies. In de meeste studies werd een verlaging van het ziekteverzuim aangetoond, waarbij de baten van de interventie de kosten compenseerden (Kompier e.a., 1998). Een recent onderzoek dat wel van goede methodologische kwaliteit is, is het onderzoek Preventie Psychische Arbeidsongeschiktheid bij Zelfstandige ondernemers (PPAZ). In dit onderzoek wordt de effectiviteit vergeleken van twee interventies voor zelfstandig ondernemers die zijn uitgevallen wegens stress gerelateerde aandoeningen. Een interventie betrof psychologische begeleiding op basis van cognitieve gedragstherapie, en de andere interventie betrof een innovatieve gecombineerde begeleiding waarbij de interventie zowel gericht was op de werksituatie als op het individu. Uit het onderzoek bleek dat de gecombineerde interventie effectiever is in het reduceren van arbeidsongeschiktheid dan cognitieve gedragstherapie (Blonk en Lagerveld, 2003).

CASE: Zicht op werk van belang bij snelle werkherleving na psychisch verzuim

Wie?

In dit project is de effectiviteit onderzocht van twee interventies voor zelfstandig ondernemers die waren uitgevallen wegens stress gerelateerde aandoeningen (aanpassingstoornis) en hiervoor een beroep deden op hun arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Interpolis. De 122 deelnemers bestond voor 80% uit mannen en hadden een gemiddelde leeftijd van 42 jaar. De meeste deelnemers (39%) waren werkzaam in de agrarische sector (inclusief visserij en winning van delfstoffen), bouwnijverheid (12%), zakelijke dienstverlening (11%), handel (8%), en gezondheidszorg (8%).

Wat?

De ene begeleidingsvorm betrof psychologische begeleiding op basis van cognitieve gedragstherapie (CGT). De andere begeleidingsvorm betrof een gecombineerde begeleiding (GA) waarbij de interventie zowel gericht was op de werksituatie als op het individu.

De GA bestond uit vijf á zes tweewekelijkse gesprekken tussen een arbeidsdeskundige en de uitgevallen zelfstandig ondernemer. Deze gesprekken vonden plaats volgens een protocol en waren gericht op het versterken van de stressmanagement vaardigheden (individueelgericht) en op aanpassingen in de werksituatie (werkgericht). Daarnaast wordt relatief vroeg in de begeleiding de mogelijkheid van werkhervatting besproken, gebaseerd op de gedachte dat werkhervatting het algehele herstel bespoedigt. Aan het eind van elk gesprek werd een huiswerkopdracht gegeven (bijv. inventariseren van stressvolle situaties in het werk, lezen over cognitieve herstructurering, of afspreken van stappen in het kader van werkaanpassingen). De cognitieve gedragstherapie bestond uit 14 wekelijkse zittingen van 45 minuten. De begeleiding werd uitgevoerd conform een protocol dat uit verschillende modules bestaat. De eerste zes gesprekken richtten zich vooral op het inventariseren van stressoren en het beginnen met cognitieve herstructurering. Afhankelijk van de uitkomsten van deze activiteiten werd een volgende module gestart van 4-6 gesprekken. Deze modules konden bestaan uit verdieping op de cognitieve herstructurering, time management technieken, of planning van de werkhervatting. De mensen in de controle groep kregen twee consulten bij een adviserend arts, één aan het begin en één na vier maanden, voornamelijk ter controle op de rechtmatigheid van de claim.

Hoe?

De effectiviteit van de interventies is onderzocht in een random gecontroleerd onderzoek. De uitkomstmaten waren de duur tot partiele en volledige werkhervatting (zoals dit bij Interpolis werd geregistreerd) en psychische klachten gemeten met zelfrapportage vragenlijsten. De 122 deelnemers ontvingen drie keer een vragenlijst (voorafgaand aan de begeleiding en 4 en 10 maanden na aanvang van de begeleiding).

Effecten?

Uit het onderzoek komt naar voren dat de deelnemers aan de gecombineerde interventie sneller partieel en volledig het werk hervatten dan de deelnemers die cognitieve gedragstherapie kregen of 'geen begeleiding'. In de gecombineerde interventie vond partiele werkhervatting 17 en 30 dagen eerder plaats vergeleken met de CGT-groep en de controle groep. Volledige werkhervatting vond bij de gecombineerde aanpak zelfs 200 dagen eerder plaats vergeleken met beide andere groepen. De psychische klachten namen bij alle begeleidingsvormen evenveel af.

Blonk, R.W.B., Brenninkmeijer, V. Lagerveld, S.E., Houtman, L.D. (2005). Treatment of Work-Related Psychological Complaints: a Randomized Field Experiment among Self-employed. *Work & Stress*. (in press).

3.1.3 Interventies gericht op interactie van individu en organisatie

Onder dit type interventie kunnen verschillende maatregelen vallen, maar het bekend zijn interventies gericht op het versterken van sociale steun. Daarbij wordt geprobeerd de relatie tussen werknemer en organisatie te verbeteren door middel van co-worker support groups. Deze groepen zijn netwerken van werknemers die vergelijkbare posities innemen in de organisatie en dezelfde behoeftes en doelen hebben. Ze komen bij elkaar om gemeenschappelijke problemen op te lossen en elkaar steun te bieden door succesvolle coping-strategieën te delen en empathisch te luisteren. Uit literatuuronderzoek blijkt dat er positieve resultaten geboekt zijn met dit type interventie, hoewel de resultaten soms tegenstrijdig zijn (Van der Hek en Plomp, 1997).

3.2 Individugerichte interventies

In paragraaf 3.2.1 tot en met paragraaf 3.2.3 zullen diverse typen individugerichte interventies kort besproken worden. In tabel 4 van bijlage B zijn de effecten van de individugerichte interventies kort samengevat.

3.2.1 Ontspanningstechnieken

Er zijn allerlei technieken ontwikkeld om ontspanning te bereiken. De meest bekende zijn meditatie en yoga. Diverse reviews met betrekking tot werkstress reducerende interventies vinden positieve resultaten van ontspanningstechnieken. Murphy concludeert (Murphy, 1996) dat meditatie positieve effecten heeft op de psychologische gezondheid, maar ook op andere gezondheidsmaten die hij aanduidt als fysiologisch/biochemisch en somatisch. Deze conclusie moet wel met voorbehoud getrokken worden vanwege het beperkte aantal studies. Edwards en Burnard (2003) rapporteren eveneens positieve effecten van meditatie en ontspanning op het copinggedrag met betrekking tot anxiety en stress in een populatie van verzorgend personeel. In een meta-analyse van Van der Klink (Van der Klink e.a., 2001) wordt een klein positief effect gevonden van zowel psychologische als fysieke ontspanningstechnieken.

3.2.2 Trainen van vaardigheden

Het aanleren van nieuwe vaardigheden kan erop gericht zijn om het werkaanbod te verminderen (leren 'nee' te zeggen), om beter te onderhandelen, om het werk beter te structureren en/of te plannen, om sociale vaardigheden te verbeteren of om de aanwezige regelruimte beter te benutten (Klein Hesselink e.a., 2005). Dit type maatregelen kan worden ingezet als primaire interventie, maar wordt ook vaak gebruikt bij secundaire en tertiaire preventie. Meestal is het trainen van vaardigheden onderdeel van een meer omvattende training in stress management, met name van de cognitieve gedragsinterventies. Deze trainingen worden vaak uitgevoerd en blijken vaak effectief te zijn voor vermindering van

werkstres en psychosomatische klachten. Er zijn vooral goede korte termijn effecten. Lange termijn effecten zijn minder vaak gevonden, maar zijn ook minder vaak onderzocht.

3.2.3 Cognitieve gedragsinterventies

Deze maatregelen richten zich vooral op de belastbaarheid van een individu. Cognitieve gedragsinterventies trachten de perceptie van en vervolgens het omgaan met situaties om te buigen in een rationele en effectieve richting (Klein Hesselink e.a., 2005). Twee voorbeelden van een cognitief gedragsmatige benadering zijn Rationele Emotieve Therapie (RET) en Stress Inoculatie Training (SIT). De interventies zijn gericht op werknemers die al stressklachten hebben.

Cognitieve gedragsinterventies blijken effectiever te zijn dan andere interventietypes (Van der Klink e.a., 2001). Deze interventie bleek vooral te helpen in aspecten met betrekking tot de kwaliteit van het werk, zoals taakeisen, control en sociale steun, en psychologische kracht, zoals zelfvertrouwen en coping-vaardigheden. Ook anxiety-klachten werden significant verminderd. Wel is gesuggereerd dat werknemers met veel regelmogelijkheden meer zullen profiteren van individuele coping-vaardigheden dan werknemers met minder vrijheid in hun werksituatie.

3.3 Maatregelen per sector en beroepsgroep

In tabel C.1 en C.2 (bijlage C) zijn gegevens gepresenteerd over (primaire en secundaire) preventieve maatregelen die genomen zijn in verschillende sectoren, uitgesplitst naar sector en beroepsgroep (Nelemans et al., nog niet gepubliceerd). Deze gegevens zijn gebaseerd op de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden. In deze enquête zijn de volgende vijf vragen gesteld over maatregelen met betrekking tot psychosociale arbeidsbelasting: 1) Heeft u voorlichting gehad over het omgaan met werkdruk en stress? 2) Is uw werklust beperkt (bijvoorbeeld door minder of ander werk)? 3) Heeft u toestemming gekregen om uw werk beter af te stemmen op uw privé-situatie? (bijvoorbeeld door flexibeler werktijden) en 4) Heeft u hulp gekregen in het omgaan met conflicten, intimidatie of agressie? 5) Is er aandacht besteed aan klachten die ontstonden door werkdruk?

Uit tabel C.1 blijkt dat de branches Gezondheidszorg en Onderwijs de meeste maatregelen hebben getroffen. In beide branches worden elk van de vijf onderzochte maatregelen vaker ingezet dan gemiddeld. In de branches Industrie en Bouwnijverheid daarentegen worden de betreffende maatregelen het minst vaak ingezet. De horeca is de enige sector die een variërend beeld per maatregel heeft. Beperking van werklust (18%) en afstemming werk-privé balans (29%) zijn bovengemiddeld ingevoerd, de andere maatregelen daarentegen onder gemiddeld met opvallend wei-

nig voorlichting (6%). Kijkend naar de beroepsgroepen (tabel C.2) dan volgt eenzelfde beeld: respondenten werkzaam in de gezondheidszorg of als leerkracht/docent geven boven gemiddeld vaak aan dat alle afzonderlijke werkdrukmaatregelen zijn getroffen (variërend van 15% tot 35%). Ditzelfde geldt, zij het wat minder sterk, voor de dienstverlenende beroepen. Respondenten die een ambachtelijk/industriële beroep of een transportberoep uitoefenen geven op elke maatregel beduidend minder vaak dan gemiddeld aan dat de maatregel is toegepast. Werknemers in commerciële beroepen en (vak-)specialisten geven afwisselend vaker en minder vaak aan dat bepaalde werkdrukmaatregelen zijn genomen. Zo wordt voorlichting beduidend minder toegepast (10%) en afstemming werk-privé balans juist meer (24%).

3.4 Bewegingsinterventies

Het is algemeen bekend dat een lichamelijke actieve leefstijl een gunstig effect heeft op het ontstaan en beloop van tal van chronische ziekten, de levensverwachting en het totaal arbeidsverzuim (van den Heuvel e.a., 2005). Daarnaast zorgt bewegen vaak ook voor afleiding, sociale interactie en toegenomen zelfverzekerdheid. Deze factoren zouden gunstig kunnen zijn voor de preventie van psychische klachten (Salmon, 2001; Peluso en Guerra de Andrade, 2005). Vanwege deze mogelijke werking van lichamelijke activiteit is in de wetenschappelijke literatuur ten aanzien van de evaluatie van bewegingsinterventies regelmatig aandacht besteed aan het effect op psychische klachten. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt in primaire en secundaire preventie van klachten.

3.4.1 Bewegingsinterventies gericht op het voorkomen van psychische klachten

In een literatuuroverzicht uit 1999 is geconcludeerd dat er bewijs is dat bewegingsstimulering bij gezonde personen stressgevoelens kan reduceren en kan zorgen voor stemmingsverbetering (Fox, 1999). Recentelijk zijn er meer studies uitgevoerd naar het preventieve effect van bewegingsstimulering op depressieve klachten en angstgevoelens (Brosse e.a., 2002; Paluska en Schwenk, 2000), gemoedstoestand (Peluso en Guerra de Andrade, 2005) en werkgerelateerde stress (Proper e.a., 2002) bij een gezonde onderzoekspopulatie. Er zijn echter geen consistente aanwijzingen gevonden dat bewegingsstimulering een preventief effect zou hebben op deze klachten. Mogelijk is dit te verklaren doordat de studiepopulatie uit gezonde, niet depressie of stress gevoelige personen bestond waarbij weinig effect verwacht kon worden. Wel blijkt uit een recente studie bij gezonde werknemers met een zittend beroep dat een training bestaande uit cardiovasculaire training en krachttraining plus een gedragsmatige component effectief was in de reductie van stressklachten en een verbetering in de kwaliteit van leven (Atlantis e.a.,

2004). Zoals de auteurs zelf al aangeven is het in de toekomst wenselijk om ook uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van afzonderlijke trainingsonderdelen. Tenslotte blijkt uit een studie dat bewegingsstimulering, in intensieve vorm, de kans op recidieven van depressieve klachten verkleint (Martinsen, 1989).

3.4.2 Beweginginterventies gericht op de reductie van psychische klachten

Uit diverse reviews blijkt dat er inmiddels voldoende aanwijzingen zijn dat bewegingsstimulering een gunstig effect heeft op vermindering van depressieve klachten in vergelijking met geen behandeling (Brosse e.a., 2002; Paluska en Schwenk, 2000; Salmon, 2001; Craft en Landers, 1998; Lawlor en Hopker, 2001). Vanwege een gebrek aan onderzoeken van voldoende hoge methodologische kwaliteit kan hierover echter nog geen harde uitspraak worden gedaan (Lawlor en Hopker, 2001). Voor personen met angststoornissen of stress is een mogelijk gunstig effect minder duidelijk aan te geven, voornamelijk omdat deze uitkomstmaten tot nu toe minder aandacht hebben gekregen (Salmon, 2001). Uit één onderzoek blijkt dat personen met ernstig depressieve klachten gunstiger op een training reageren dan personen met milde depressieve klachten (Penninx e.a., 2002). Daarnaast is in één review geconcludeerd dat bij personen met milde depressieve klachten bewegen kan voorkómen dat de klachten verergeren (Paluska en Schwenk, 2000).

Bewegingsstimulering lijkt echter niet effectiever te zijn dan andere behandelingsvormen zoals psychotherapie.

In vrijwel alle reviews gaat het om een cardiovasculaire training (bijvoorbeeld wandelen of hardlopen), zonder dat een duidelijk onderscheid wordt gemaakt in matig of intensief bewegen. Eenmaal is specifiek gekeken naar het effect van bewegingsstimulering in matig intensieve vorm en is gevonden dat wandelen een statistisch significant gunstigere reductie op depressieve klachten gaf dan geen interventie, maar dat de effecten van wandelen en sociale interactie hetzelfde zijn (McNeil e.a., 1991). In enkele onderzoeken zijn cardiovasculaire training en krachttraining met elkaar vergeleken. De resultaten daarvan zijn niet eenduidig, maar recent onderzoek lijkt er toch op te wijzen dat de effecten van krachttraining beduidend minder duidelijk zijn dan de effecten van cardiovasculaire training (Salmon, 2001; Penninx e.a., 2002).

3.5 Voorwaarden voor een succesvolle interventie

Om een interventie succesvol te doen verlopen kunnen een aantal randvoorwaarden geformuleerd worden. In 10 succesvolle projecten bij de aanpak van werkdruk bleken de volgende voorwaarden belangrijk (Kompier e.a., 1998; Klein Hesselink e.a., 2001):

- *stapsgewijze en systematische aanpak*: de volgorde van de onderdelen van een probleemoplossing, de taken, verantwoordelijkheden, planning en budget worden vooraf uitgewerkt, zodat het doorzetten van het aanvankelijke plan niet een belasting voor de organisatie gaat worden;
adequate diagnose of risico-analyse; het is nodig om problemen duidelijk te identificeren en een uitgangspositie te bepalen voordat een plan van aanpak kan worden opgesteld;
combinatie van maatregelen die op het werk en de medewerker gericht zijn. Aandacht voor zowel de organisatie van het werk als voor de medewerkers is van belang;
participatieve aanpak. Als er geen rekening wordt gehouden met de mening en expertise van de betrokken werknemers, zijn veranderingen vaak gedoemd te mislukken, omdat het draagvlak ontbreekt;
steun van het topmanagement. Deze steun kan niet gemist worden. Dit pleit niet voor een top-down benadering; het topmanagement stelt doelen en kaders vast, maar geeft ruimte aan medewerkers mee te denken en praktische uitwerkingen te vinden.

Al deze punten worden niet alleen in de geciteerde artikelen genoemd, maar komen in de wetenschappelijke literatuur regelmatig terug. Behalve deze punten worden soms ook nog andere factoren genoemd. In een lezing van Norbert Semmer op het ICOH-WOPS congres in augustus 2005 noemt hij onder meer de noodzaak om een multidisciplinair team in te zetten bij organisatiegerichte interventies. Behalve experts op het gebied van werkdruk zijn ook experts op het gebied van werkprocessen nodig (Semmer, 2005).

Ook wordt wel de noodzaak genoemd om werknemers te helpen om met een veranderde organisatie of veranderd werk om te gaan. Werknemers moeten vaak wennen aan een nieuwe situatie en aanvankelijk zal de nieuwe situatie eerder stress opleveren dan dat het de werkdruk vermindert (Murphy en Sauter, 2004). Dit punt komt eigenlijk overeen met het hierboven genoemde derde punt (combinatie van maatregelen), maar is net iets duidelijker omschreven.

Voor bewegingsinterventies gelden weer andere voorwaarden voor succes. Uit onderzoek blijkt dat de intensiteit van de training overeen moet komen met het individuele niveau van de deelnemer, wil het gunstige effecten te weeg brengen (Salmon, 2001). Gebleken is dat een te hoog niveau de klachten veelal zal verergeren (Peluso en Guerra de Andrade, 2005). Verder wordt aangegeven dat bewegingsinterventies mogelijk vooral effectief zijn bij personen die niet op de traditionele manier behandeld willen worden (Salmon, 2001). Met traditionele behandeling wordt in dit geval psychotherapie of medicinale behandeling bedoeld.

4 Samenvatting en conclusies

4.1 Prevalentie en incidentie

Het doel van dit rapport was een overzicht te geven van de actuele prevalentie en incidentie van psychische klachten en verzuim door psychische klachten, en van de huidige kennis met betrekking tot de effectiviteit van preventieve interventies ten aanzien van psychische klachten op het werk. In tabel 4.1 is een overzicht gepresenteerd van het voorkomen van psychische klachten. Hieruit blijkt dat 11% van de werknemers burnoutklachten heeft. Ruim 26% van de werknemers heeft een hoge herstelbehoefte, wat duidt op psychische vermoeidheid. Een klein deel van de werknemers met klachten verzuimt ook, namelijk 5,5%. Verzuim als gevolg van psychische klachten duurt relatief lang, namelijk gemiddeld 46 dagen. Jaarlijks komt 0,3% van de werknemers in de WAO terecht vanwege deze klachten. Wanneer de lopende WAO-uitkeringen gerelateerd worden aan de beroepsbevolking blijkt 4% (in 2004) een lopende WAO-uitkering te hebben vanwege psychische klachten. In de laatste jaren zijn er geen duidelijke trends waar te nemen in het voorkomen van psychische klachten of in het verzuim vanwege psychische klachten. Wel zien we dat het aandeel psychische aandoeningen in de totale WAO-intrede iets is afgenomen, evenals het percentage nieuwe uitkeringen.

Tabel 4.1 Overzicht prevalentie van psychische klachten

		peiljaar	bron
herstelbehoefte	26%	2003	NEA
burnout	11%	2004	POLS
verzuim door psychische klachten	5,5%	2003	NEA
verzuimdagen door psychische klachten per jaar	46	2003	NEA
werkgerelateerd verzuim door psychische klachten van \geq 13 weken	0,2%	2004	Stress Impact
aandeel psychische klachten in totale WAO-intrede	31%	2004	UWV
aandeel psychische klachten in lopende WAO-uitkeringen	34%	2004	UWV
WAO-intrede door psychische klachten gerelateerd aan aantal verzekerden	0,3	2004	UWV
lopende WAO-uitkeringen door psychische klachten gerelateerd aan aantal verzekerden	4%	2004	UWV

Deze daling in de WAO-intrede door psychische aandoeningen, die samengaat met een algehele daling van de WAO-intrede zou een afspiegeling kunnen zijn van een strengere keuringspraktijk. In 2002 is in het SER-advies gepleit voor scherpere hantering van het duurzaamheidscrite-

rium. Sinds 2002 is de WAO-intrede gedaald van ruim 90.000 in 2002 tot nog geen 60.000 in 2004. Wanneer deze ontwikkeling zich doorzet zal de WAO-intrede door psychische aandoeningen mogelijk nog verder dalen.

4.2 Effectiviteit van interventies

Algemeen

Interventies om psychische klachten te voorkomen zijn in te delen in individugerichte interventies en organisatiegerichte interventies.

Individugerichte interventies komen vaker voor dan organisatiegerichte interventies. Murphy en Sauter noemen een aantal redenen (Murphy en Sauter, 2004):

- in sommige kringen heerst de opvatting dat stress een persoonlijk probleem is, en niet werkgerelateerd;
- er is een gebrek aan consistente positieve resultaten van organisatiegerichte interventies;
- een stress management cursus kost minder en lijkt een minder risikante keuze, omdat het geen dure ingrijpende veranderingen in het productieproces met zich meebrengt.

Bewegingsgerichte interventies hebben mogelijk ook een preventieve werking ten aanzien van psychische klachten. Omdat het hoofddoel van dit type interventie vaak niet het voorkomen van psychische klachten is, is de effectiviteit ten aanzien van de preventie psychische klachten nog niet vaak onderzocht.

Individugerichte interventies

Individugerichte interventies zijn grofweg in te delen in ontspanningstechnieken, het trainen van vaardigheden en cognitieve gedragsinterventies. Van al deze interventies zijn positieve resultaten gevonden, al zijn het soms slechts korte termijn effecten. Cognitieve gedragsinterventies genieten de voorkeur (Van der Klink e.a., 2001).

Bewegingsinterventies zijn in de wetenschappelijke literatuur in te delen in primaire preventie (het voorkomen van klachten) en secundaire preventie (reductie van klachten). Beide interventies lijken effectief te zijn, maar kan nog niet van bewijs gesproken worden, omdat de resultaten enigszins inconsistent zijn (bij primaire preventie) of omdat studies van voldoende hoge methodologische kwaliteit ontbreken (bij secundaire preventie).

Organisatiegerichte interventies

Organisatiegerichte interventies vallen grofweg in te delen in interventies gericht op de organisatiekenmerken en interventies op taakniveau. Zoals eerder genoemd is de effectiviteit van deze interventies niet vaak op een

wetenschappelijke wijze onderzocht. In sommige overzichtsartikelen is de teneur negatief, omdat er weinig studies van methodologisch goede kwaliteit zijn die positieve effecten vinden (Murphy en Sauter, 2004). Toch zijn er zeker ook positieve resultaten gerapporteerd, ook van studies van methodologisch goede kwaliteit (Kompier e.a., 1998, Blonk en Lagerveld, 2003).

Discussie

Uit de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van interventies komt niet direct naar voren dat interventies op de organisatie gericht zouden moeten zijn. Het aanbieden van organisatiegerichte interventies naast individugerichte interventies is – hoewel niet altijd eenvoudig – wel van groot belang. Vanuit het principe van goed werkgeverschap én van preventie van klachten is het immers van belang om het werk zo in te richten dat zoveel mogelijk werknemers zonder problemen aan het werk kunnen zijn en blijven. Tevens is van organisatorische interventies een structureel langdurig effect verwachten.

Er zijn echter verschillende redenen te noemen waarom de effectiviteit van organisatiegerichte interventies moeilijk is aan te tonen. Ten eerste zijn er methodologische problemen om de effectiviteit van een organisatiegerichte interventie te onderzoeken. Het is ingewikkeld om een design zo te maken dat er gerandomiseerd kan worden, dat er een vergelijkbare controlegroep aanwezig is (het liefst binnen hetzelfde bedrijf dus), dat de interventie alleen effect heeft op de experimentele groep, en dat er geen co-interventies plaats vinden. Het is dus niet realistisch om hetzelfde type wetenschappelijk bewijs te vereisen als bij een individugerichte interventie, waar een solide methodologisch design wel tot de mogelijkheden behoort (Griffiths, 1999).

Ten tweede zullen organisatiegerichte interventies niet altijd gelijksoortige effecten teweeg brengen. Hoe hoger het niveau van abstractie hoe indirecter het effect. Vaak wordt alleen gekeken naar de uitkomsten voor het individu, terwijl die afhankelijk zijn van de effecten op de werkplek (Van der Klink e.a., 2001). Werknemers in stress management programma's kunnen zich rechtstreeks richten op de zaken waar ze last van hebben, terwijl, helemaal aan het andere eind, een verandering in beleid niet veel meer kan dan condities scheppen of incentives geven (Semmer, 2004). Ook kunnen organisatiegerichte interventies bijeffecten hebben en voor sommige groepen wel en voor andere groepen niet gunstig zijn. Mogelijkerwijs laten deze interventies geen positief effect op de reductie van werkstress zien, omdat een fundamenteel aspect van verandering stress is. De meeste veranderingen zullen op korte termijn stress met zich mee brengen (Murphy en Sauter, 2004).

Ten derde is het slagen van een organisatiegerichte interventie in hoge mate afhankelijk van de implementatie. Bij onderzoek naar het slagen van een interventie vindt er meestal een voor- en een nameting plaats (van bijvoorbeeld stressklachten) bij de werknemers die bij de interventie betrokken zijn, maar wordt er vaak niet gekeken of en hoe de interventie heeft plaatsgevonden. In een recent onderzoek zijn twee interventies geëvalueerd, die volgens de vergelijking van voor- en nameting geen positieve effecten hadden opgeleverd. In beide gevallen bleken de maatregelen niet of slechts gedeeltelijk te zijn geïmplementeerd. Wanneer hiermee rekening werd gehouden in de evaluatie, door te kijken naar de afdelingen waar de maatregelen wel waren doorgevoerd, bleek er wel sprake te zijn van een significant positief effect bij diegenen die daadwerkelijk gebruik hadden kunnen maken van de interventie (Randall e.a., 2005).

Uit dit laatste blijkt dat bij organisatiegerichte veranderingen procesaspecten heel belangrijk zijn. In paragraaf 3.4 van dit rapport is reeds geconstateerd dat het heel belangrijk is hoe een organisatiegerichte interventie wordt aangepakt (Kompier e.a., 1998). Er wordt zelfs wel eens gedacht dat het proces belangrijker is dan de verandering zelf. Als voorwaarden voor een succesvolle organisatiegerichte verandering worden genoemd: een stapsgewijze systematische aanpak, een adequate diagnose of risicoanalyse, een combinatie van maatregelen die op het werk en de medewerker gericht zijn, een participatieve aanpak en steun van het topmanagement.

5 Literatuur

Atlantis, E., et al. An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 2004 , no. 39, p. 424-34.

Ariëns, G. Work-related risk factors for neck pain. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2001.

Ariëns, G.A.M., et al. High quantitative job demands and low co-worker support are risk factors for neck pain: results of a prospective cohort study. *Spine*, 26, 2001, no. 17, p. 1896-1903.

Beekman, A. T. F., S.W. Geerlings and W. van Tilburg. Depression in later life: Emergence and prognosis. In: D.J.H.Deeg, A.T.F.Beekman and D.M.W.Kriegsman (red.). *Autonomy and well-being in the aging population II: report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam, 1992-1996*, Amsterdam: VU University Press, 1998.

Belkic, K.L., et al. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health*, 2004, no. 30, p. 85-128.

Blatter, B.M., et al. Gezondheidsschade en kosten als gevolg van RSI en psychosociale arbeidsbelasting in Nederland. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2005.

Blonk, R.W.B. en S.E. Lagerveld. Preventie Psychische Arbeidsongeschiktheid bij Zelfstandig ondernemers (PPAZ): resultaten van een gecontroleerd effectonderzoek. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2003.

Blonk, R.W.B., et al. Treatment of Work-Related Psychological Complaints: a Randomized Field Experiment among Self-employed. *Work & Stress*. (in press), 2005.

Bongers, P.M., et al. Longitudinaal onderzoek naar rug-, nek- en schouderklachten. Deelrapport 1: Opzet en uitvoering van het onderzoek. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2000. Publ.nr. 1070111/r990312.

Bossche, S.N.J. van den en P.G.W. Smulders. De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2003: Methodologie en globale resultaten. Hoofddorp, TNO Arbeid, 2004.

Broersen, J.P.J., et al. Monitor Arboconvenanten: kengetallen en grenswaarden. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd*, 2004, no. 12, p. 100-104.

- Brosse, A.L., et al. Exercise and the treatment of clinical depression in adults: recent findings and future directions. *Sports Med*, 2002, no. 32, p. 741-60.
- Bijl, R.V., et al. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Soc.Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1998, no. 33, p. 581-586.
- Bijl, R.V., A. Ravelli en G. van Zessen. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc. Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 1998, no. 33, p. 587-595.
- Craft, L.L. en D.M. Landers. The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: a meta-analysis. *J Sport Exercise Psy*, 1998, no. 20, p. 339-357.
- Dorselaer, S. van, et al. *Trimbos Kerncijfers Psychische Stoornissen - Resultaten van Nemesis*. Utrecht: Trimbos Instituut, 2006
- Edwards, D. en P. Burnard. A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *J Adv Nurs*, 42, 2003, no.4, p. 169-200.
- Fox, K.R. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition* 1999, no. 2, p. 411-418.
- Griffiths, A. Organizational interventions, facing the limits of the natural science paradigm. *Scan J Work Environ Health*, 1999, no. 25, p. 589-596.
- Heuvel, S.G. van den, et al. Effect of sporting activity on absenteeism in a working population. *Br J Sports Med*, 2005, no. 39, p. 15-19.
- Hek, H. van der en H.N. Plomp. Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occup Med*, 1997, 47, p. 133-141.
- Hoogendoorn, W.E. Work-related risk factors for low back pain. *Dissertatie*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2001.
- Klein Hesselink, D.J., et al. *Maatregelen werkdruk en werkstress; Catalogus ontwikkeld in het kader van arboconvenanten: stand der wetenschap 2001*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (arboconvenantreeks), 2001.

Klein Hesselink, D.J., J.J.L. van der Klinken S. Vaas. Preventie van psychische problematiek in werksituaties. In: Klink J.J.L. van der, Terluin B (redactie). Psychische problemen en werk; Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Klink, J.J. van der, et al. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health*, 2001, no. 91, p. 270-276.

Kompier, M.A.J., et al. Cases in stress prevention: the succes of a participative and stepwise approach. *Stress Medicine*, 1998, no. 14, p. 155-168.

Lange, A.H. de, et al. PM. The very best of the millennium: longitudinal research and the demand-control-(support) model. *J Occup Health Psychol*, 2003, no. 8, p. 282-305.

Lawlor, D.A. en S.W. Hopker. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression. *BMJ*, 2001, no. 322, p. 1-8.

Martinsen, E.W., L. Sandvik en O.B. Kolbjørnsrud. Aerobic exercise in the treatment of nonpsychotic mental disorders. *Nord J Psychiatry*, 1989, no. 43, p. 411-415.

McNeil, J.K., E.M. LeBlanc and M. Joyner. The effect of exercise on depressive symptoms in the moderately depressed elderly. *Psychol Aging*, 1991, no. 6, p. 487-488.

Murphy, L.R. Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *Am J Health Promot*, 1996, no. 11, p. 112-135.

Murphy, L.R. en S.L. Sauter. Work organization interventions: state of knowledge and future directions. *Soz Präventivmed*, 2004, no.49, p. 79-86.

Nelemans, R.J.C., et al. Werkdrukmaatregelen in Nederland (ingediend bij TBV) Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

Paluska, S.A. en T.L. Schwenk. Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med*, 2000, no. 29, p. 167-180.

Peluso, M.A.M. en L.H.S. Guerra de Andrade. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, 2005, no. 60, p. 61-70.

Penninx, B.W.J.H., et al. Exercise and depressive symptoms: a comparison of aerobic and resistance exercise effects on emotional and physical function in older persons with high and low depressive symptomatology. *Journal of Gerontology: psychological sciences*, 2002, no. 57B, p. 124-132.

Proper, K.I., et al. Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scan J Work Environ Health*, 2002, no. 28, p. 75-84.

Randall, R., A. Griffiths and T. Cox T. Evaluating organizational stress-management interventions using adapted study designs. *Eur J Work Organ Psy*, 2005, no. 14, p. 23-41.

Salmon, P. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 2001, no. 21, p. 33-61.

Schaufeli, W.B. en D. van Dierendonck. *UBOS: Utrechtse Burnout Schaal-Handleiding*. Lisse: Swets en Zeitlinger, 2000.

Schaufeli, W.B. en I.L.D. Houtman. Psychische vermoeidheid en werk. In: Houtman ILD, Schaufeli WB, Taris T (red.). *Psychische Vermoeidheid en Werk: Cijfers, Trends en Analyses*. Alphen a/d Rijn: Samsom, 2000.

Semmer, N.K. Health related interventions in organizations: stages, levels, criteria, and methodology. *Soz Praventivmed*, 2004, no. 49, p. 89-91.

Semmer, N.K. Job stress interventions and organization of work. Keynote lecture op het ICOH-WOP congres, 2005. <http://eisei.med.okayama-u.ac.jp/wops2005/e/eindex.htm>.

Simon, G.E., et al. Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychol.Med.*, 2002, no. 32, p. 585-594.

Stansfeld, S., et al. Work Characteristics Predict Psychiatric Disorders: Prospective Results from the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 1999, no. 56, p. 302-307.

Tsai, S. and M. Swanson-Crockett. Effects of relaxation training, combining imagery and mediation on the stress level of Chinese nurses working in modern hospitals in Taiwan. *Issues Ment Health Nurs*, 1993, no. 14, p. 51-66.

Vegchel, N. van, et al. Reviewing the effort-reward im-balance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. Soc Sci Med, 2005, no. 60, p. 1117-1131.

Veldhoven M van, Broersen JPJ. Psychische vermoeidheid in de arbeids-situatie. Een verkenning op basis van gegevens verzameld door Arbodiensten. Gedrag en Organisatie 1999;12:347-363.

Veldhoven, M. van en J.P.J. Broersen. Measurement quality and validity of the need for recovery scale. Occup Environ Med, 2003, no. 60(suppl. 1), p. i3-i9.

WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull. World Health Organ, 2000, no. 78, p. 413-426.

A Beschrijving van gebruikte gegevensbestanden

Periodieke onderzoeken

Permanent onderzoek Leef Situatie (POLS)

Het Permanent Onderzoek Leef Situatie is een groot doorlopend onderzoek naar de leefsituatie van Nederlanders, dat wordt uitgevoerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek. Hoewel het onderzoek in haar huidige vorm pas bestaat sinds 1997, dateren diverse onderdelen uit de jaren zeventig. In het POLS komen onder meer onderwerpen als veiligheid, arbeidsomstandigheden, tijdsbesteding en rechtsbescherming aan bod. Het POLS bevat een basismodule en diverse aanvullende modules. De bruto steekproef ten behoeve van de basismodule fluctueert per jaargang, de laatste jaren ligt deze echter rond de 40.000 (respons: 24.000). De steekproefomvang van de module Gezondheid en Arbeid, die relevant is voor het huidige onderzoek, omvat gemiddeld ongeveer 16.000 à 18.000 personen. De respons ligt hierbij rond de 10.000, waarvan 4.000 werkenden. Het POLS onderzoek wordt grotendeels middels face-to-face interviews afgenomen. Informatie rond gezondheid wordt echter schriftelijk vergaard.

Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA)

De NEA is een tweejaarlijkse (vanaf 2005 mogelijk jaarlijkse) arbeidsomstandighedenmonitor via schriftelijke vragenlijst of internet bij een representatieve steekproef van 25.000 personen tussen 15 en 64 jaar die betaald werk verrichten in loondienst (geen zelfstandigen). De steekproef is getrokken uit de Algemene Respondenten Databank (ARPD) van bureau Intomart GfK. De NEA beslaat een groot aantal thema's op het terrein van arbeidsomstandigheden en, in samenhang daarmee, gezondheid. De monitor wordt uitgevoerd door TNO in opdracht van het ministerie van SZW. De gegevens die in het onderhavige rapportage zijn verwerkt, zijn verzameld in 2003. Dit was het eerste jaar dat de NEA werd afgenomen. De respons bedroeg ongeveer 10.000 werknemers in dat jaar. In 2005 is de NEA voor de tweede maal uitgevoerd, ditmaal in samenwerking met het CBS. De steekproefomvang is in 2005 opgehoogd naar 80.000 werknemers. De data zullen echter pas in 2006 beschikbaar komen.

Overige onderzoeken

Stress Impact

Het Stress Impact onderzoek is een longitudinaal Europees onderzoek naar de prognose van werkhervatting bij 400 werknemers die 13-20 weken verzuimen, met speciale aandacht voor stress gerelateerde klachten. De werknemers zijn benaderd via de registratie van 13e-weeks zieken van het UWV. De basismeting is 6 maanden na de eerste ziektedag uitgevoerd met behulp van een schriftelijke vragenlijst; 6 maanden hierna werd een follow-up vragenlijst verstuurd. Gegevens zijn onder andere verzameld over risicofactoren, klachten en redenen voor verzuim. Het onderzoek is uitgevoerd door TNO in de periode 2003-2005.

Study on Musculoskeletal Disorders, Absenteeism, Stress and Health (SMASH)

Het SMASH onderzoek is een longitudinaal onderzoek naar bewegingsapparaatklachten en stress bij 1700 werknemers uit 34 bedrijven en organisaties. Er is een basismeting uitgevoerd en drie jaarlijkse follow-up metingen. Klachten en beperkingen zijn zelfgerapporteerd (nagevraagd via schriftelijke vragenlijsten); verzuimgegevens zijn verzameld via de bedrijfsartsen van de verschillende bedrijven. Het onderzoek is uitgevoerd door TNO. De gegevens zijn verzameld tussen 1994 en 1997.

Registraties

UWV-Uitvoering Werknemersverzekeringen

Het UWV, Uitvoering Werknemersverzekeringen, is de instantie die de gegevens over de WAO-uitkeringen beheert. Elke nieuwe uitkering is in het bestand voorzien van een door een verzekeringsarts bepaalde diagnosecode. Deze gegevens omvatten vrijwel de gehele Nederlandse beroepsbevolking, met uitzondering van zelfstandigen. De gegevens die voor dit rapport gebruikt zijn, zijn openbaar en worden jaarlijks op hun website gepubliceerd.

B Effecten van interventies

Tabel B 1 Interventies gericht op job redesign, nieuwe taken, etc.

Uitkomstmaat	Gunstig	Ongunstig	Neutraal
Welzijn	Mentale gezondheid ^{2,5} Autonomie ^{3,7} Ontwikkelingsmogelijkheden ³ Tevreden over salaris en om werknemer te zijn bij dit bedrijf ³ Taakwaardering ⁴ Betrokkenheid bij de organisatie ⁴ Werktevreidenheid ⁴ Verloopgeneigdheid ⁴ Ervaren psychologische taakeisen ⁷	Mentale afwisseling ¹ Relatie met collegas ³	Stress ⁵ Sociale steun chef of collega's ⁷ Algemene stress reactie ⁷ Levensstijl ⁷
Ziekteverzuim	Verlaging ziekteverzuim ^{2,4,6,7}		Geen effect op verzuim ⁵
Burnout/angst/depressie	–	–	–

- ¹ Åborg, C., Fernstrom, E., & Ericson, M.O. 1998 (natural experiment);
- ² Bond, F.W., & Bunce, D. 2001 (quasi experiment + control group);
- ³ Christmansson, M., Friden, J., & Sollerman, C. 1999 (natural experiment);
- ⁴ Griffin, R.W. 1991 (⁴natural experiment + control group);
- ⁵ Reynolds, S. 1997 (quasi experiment + control group);
- ⁶ Terra, N. 1995 (natural experiment);
- ⁷ Maes, S., Verhoeven, C., Kittel, F., & Scholten, H. 1998 (RCT).

Åborg, C., E. Fernstrom & M.O. Ericson, M.O. Work content and satisfaction before and after a reorganisation of data entry work. *Applied Ergonomics*, 1998, no. 6, p. 473-80.

Bond, F.W. & D. Bunce. Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2000, no. 5, p. 156-163.

Christmansson, M., Friden, J., & Sollerman, C. (1999). Task design, psycho-social work climate and upper extremity pain disorders--effects of an organisational redesign on manual repetitive assembly jobs. *Applied Ergonomics*, 30, 463-72.

Griffin, R.W. Effects of work redesign on employee perceptions, attitudes, and behaviors: A long-term investigation. *Academy of Management Journal*, 1991, no. 34, p. 425-435

Maes, S., et al. Effects of a Dutch work-site wellness-health program: the Brabantia Project. *American Journal of Public Health*, 1998, no. 88, p. 1037-1041.

Reynolds, S. Psychological well-being at work: is prevention better than cure? *Journal of Psychosomatic Research*, 1997, no. 43, p. 93-102.

Terra, N. The prevention of job stress by redesigning jobs and implementing self-regulating teams. In L.R. Murphy, J.L. Hurrell, S. Sauter, & G. Keita (Eds). *Job stress interventions* (pp. 265-281). Washington: American Psychological Association, 1995.

Tabel B 2 Interventies gericht op het veranderen van de organisatiestructuur of het organisatieproces

Uitkomstmaat	Gunstig	Ongunstig	Neutraal
Welzijn	Algehele mentale vermoeidheid ¹ Tevredenheid ⁴ (beperkt) ⁹ Vaardigheidsmogelijkheden ⁶ (beperkt), ¹⁰ Ontplooiingsmogelijkheden ⁶ (beperkt), ⁷ Managementstijl ⁶ (beperkt), ⁷ Stress ⁷ (beperkt) Taakkenmerken ⁷ Autonomie ¹⁰	Taakkenmerken ⁵ Vaardigheid/ontwikkeling ⁸ Tevredenheid ⁹	Taakkenmerken ⁵ Stress ⁹ Betrokkenheid bij de organisatie ⁹
Ziekteverzuim	Verlaging ziekteverzuim ^{3,4,10}		
Burnout/angst/ depressie	Depressie ^{2,3} Angst ⁶	Psychosomatische klachten ⁸ Uitputting ⁸	

¹ Elo, A.L., Leppanen, A, & Sillanpaa, P. 1998 (natural experiment);

² Heaney, C.A., Israel, B.A., Shurman, S.J., Baker, E.A., House, J.S., & Hugentobler, M. 1993 (natural experiment);

³ Kawakami, N., Araki, S., Kawashima, M., Masumoto, T., & Hayashi, T. 1997 (controlled trial);

⁴ Kompier, M.A., Aust, B., Berg, A.M. van den, & Siegrist, J. 2000a (review);

⁵ Landsbergis, P.A., & Vivona-Vaughan, E. 1995 (quasi experiment + control group);

⁶ Mikkelsen, A., & Saksvik, P. 1999 (controlled trial);

- ⁷ Mikkelsen, A., Saksvik, P.ÿ., & Landsbergis, P. 2000 (quasi experiment + control group);
⁸ Petterson, I.L., & Arnetz, B.B. 1998 (natural experiment);
⁹ Tiernan, S.D., Flood, P.C., Murphy, E.P., & Carroll, S.J. 2002 (natural experiment);
¹⁰ Wahlstedt, K.G.I., & Edling, C. 1997 (natural experiment).

Elo, A.L., A. Leppanen & P. Sillanpaa, P. Applicability of survey feedback for an occupational health method in stress management. *Occupational Medicine*, 1998, no. 48, p. 181-188.

Heaney, C.A., et al. Industrial relations, worksite stress reduction, and employee well-being: a participatory action research investigation. *Journal of Organizational Behaviour*, 1993, no. 14, p. 495-510.

Kawakami, N., et al. Effects of work-related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 1997, no. 23, p. 54-59.

Kompier, M.A., et al. Stress prevention in bus drivers: evaluation of 13 natural experiments. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2000a, no. 5, p. 11-31.

Landsbergis, P.A. & E. Vivona-Vaughan. Evaluation of an occupational stress intervention in a public agency. *Journal of Organizational Behavior*, 1995, no. 16, p. 29-48.

Mikkelsen, A. & P. ÿ. Saksvik. Impact of a participatory organizational intervention on job characteristics and job stress. *International Journal of Health Services: planning, administration, evaluation*, 1999, no. 29, p. 871-893.

Mikkelsen, A., P.ÿ.Saksvik & P. Landsbergis. The impact of a participatory organizational intervention on job stress in community health care institutions. *Work and Stress*, 2000, no. 14, p. 156-170.

Petterson, I.L. & B.B. Arnetz. Psychosocial stressors and well-being in health care workers. The impact of an intervention program. *Social Science and Medicine*, 1998, no. 47, p. 1763-1772.

Tiernan, S.D., et al. Employee reactions to flattening organizational structures. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2002, no. 11, p. 47-67.

Wahlstedt, K.G.I. & C. Edling. Organizational changes at a postal sorting terminal: Their effects upon work satisfaction, psychosomatic complaints and sick leave. *Work and Stress*, 1997, no. 11, p. 279-291.

Tabel B 3 Andere organisatorische interventies

Uitkomstmaat	Gunstig	Ongunstig	Neutraal
Welzijn	Werktevredeheid ^{1,4}	tevredeheid met leidinggevende ³ (beperkt)	Taakeisen, autonomie, steun, sfeer op het werk ⁶
	Onzekerheid ³	Meer verlooptegengheid ⁶	Sociale steun leiding en collega's ⁵
	Betrokkenheid ⁴	Werktevredeheid ⁶	Stress-reacties ⁵
	Ervaren psychologische taakeisen ⁵		Levensstijl ⁵
	Autonomie ⁵		
Ziekteverzuim	Verlaging ziekteverzuim ⁵		Ziekteverzuim ^{1,2,3,4}
Burnout/angst/depressie	Angstvermindering op korte termijn ¹	Emotionele uitputting ⁶	

¹ Parkes, K.R. 1995 (cross-over design);

² Saksvik, P.Ø., & Nytrø, K. 2001 (natural experiment + control group);

³ Schaubroeck, J., Ganster, D.C., Sime, W.E., & Ditman, D. 1993 (RCT);

⁴ Schweiger, D.M., & Denisi, A.S. 1991 (controlled trial);

⁵ Maes, S., Verhoeven, C., Kittel, F., & Scholten, H. 1998 (RCT);

⁶ Houtman et al. 2003 (natural experiment in 67 organisations).

Houtman, I., et al. Effect of organisational measures on mental health problems and problems of the musculoskeletal system [In Dutch]. Hoofddorp: TNO Work & Employment, 2003.

Maes, S., et al. Effects of a Dutch work-site wellness-health program: the Brabantia Project. American Journal of Public Health, 1998, no. 88, p. 1037-1041.

Parkes, K.R. The effects of objective workload on cognitive performance in a field setting: A two-period cross-over trial. Applied Cognitive Psychology, 1995, no. 9, p. S153-S157.

Saksvik, P.Ø. & K. Nytrø. Improving subjective health and reducing absenteeism in a natural work life-intervention. Scandinavian Journal of Psychology, 2001, no. 42, p. 17-24.

Schaubroeck, J., et al. A field experiment testing supervisory role clarification. Personnel Psychology, 1993, no. 46, p. 1-25.

Schweiger, D.M. & A.S. Denisi. Communication with employees following a merger: A longitudinal field experiment. Academy of Management Journal, 1991, no. 34, p. 110-135.

Tabel B 4 Individuegerichte interventies

Uitkomstmaat	Gunstig	Ongunstig	Neutraal
Welzijn	Werktevredenheid ^{14,14}	Werktevredenheid ^{5,6}	Werktevredenheid ^{15,19}
	Stress/spanning ^{2,4,12,14,18,19,28}	Verloopgeneigdheid ⁵	Psychologische gezondheid ^{6,30}
	Mentale gezondheid ^{13,27}	Privésfeer ¹³	Stress ^{6,7,19,22, 23,30,25}
	Onzekerheid ³	Taakeisen ¹³	Werkbelasting ¹⁹
	Minder prolactine ^{2,26}	Coping ²⁸	Taakeisen ²¹
	Stress management ⁸		Beheersing ²²
	Coping vaardigheden ^{8,19,23,27}		Welzijn ²⁷
	Sensitiviteit ⁹		Psychosomatische klachten ³¹
	Ergernis/boosheid ¹⁰		
	Werk/privé balans ¹²		
	Attitude t.o.v. werk ^{13,17}		
	Stressreactie ²⁸		
	Cognitieve vermoeidheid ²⁰		
	Assertiviteit ^{19,20}		
	Irrationaliteit ²⁰		
Sociale steun ^{18,21}			
Beheersing ¹⁸			
Ziekteverzuim	Verlaging ziekteverzuim ²⁹	Ziekteverzuim ⁵	
		Verzuimfrequentie ¹⁷	
		Zelf-gerapporteerd verzuim ^{23,25}	
Burnout/angst/depressie	Angst ^{1, 15, 16, 19, 21, 27, 28}	Persoonlijke vervulling (onderdeel burnout) ¹⁷	Depersonalisatie ¹⁷
	Depressie ¹⁶		Depressie ^{21,22}
	Emotionele uitputting ^{17,24}		Angst ²²
	Depersonalisatie ²⁴		
	Persoonlijke vervulling (onderdeel burnout) ²⁴		

- 1 Andre, C., Lelord, F., Legeron, P., Reignier, & A., Delattre, A. 1997
(controlled trial);
- 2 Arnetz, B.B. 1996 (controlled trial);
- 3 Bond, F.W., & Bunce, D. 2000 (RCT);
- 4 Bunce, D., & West, M.A. 1996 (quasi experiment + control);
- 5 Dolan, S.L. 1994 (RCT);
- 6 Gronningsaeter, H., Hytten, K., Skauli G., Christensen, C.C., &
Ursin H. 1992 (RCT);
- 7 Hek, H. van der, & Plomp, H.N. 1997 (review);
- 8 Heron, R.J., McKeown, S., Tomenson, J.A., & Teasdale, E.L. 1999
(natural experiment + control group);
- 9 Kagan, N.I., Kagan, H., & Watson, M.G. 1995 (quasi experiment);
- 10 Keyes, J.B., & Dean, S.F. 1998 (controlled trial);
- 11 Klink, J.J. van der, Blonk, R.W., Schene, A.H., & Dijk, F.J. van.
2001 (review);
- 12 Lindquist, T.L., & Cooper, C.L. 1999 (RCT);
- 13 Lökk, C.T.J., & Arnetz, B.B. 2000/2002 (controlled trial);
- 14 Murphy, L.R. 1996 (review);
- 15 Thomason, J.A. & Pond, S.B. 1995 (RCT);
- 16 Whatmore, L., Cartwright, S., & Cooper, C. 1999 (RCT);
- 17 Dierendonck, D. van, Schaufeli, W.M., & Buunk, B.P. 1998
(quasi experiment + control group);
- 18 Freedy, J.R., & Hobfoll, S.E. 1994 (quasi experiment);
- 19 Jong, G.M. de, & Emmelkamp, P.M.G. 2000 (RCT);
- 20 Kushnir, T., & Malkinon, R. 1993 (controlled trial);
- 21 Rose, J. Jones, F., & Fletcher, B.C. 1998 (quasi experiment +
control group);
- 22 Klink, J.J.L. van der, Blonk, R.W.B., Schene, A.H., & Dijk, F.J.H.
van. 2003 (RCT);
- 23 Eriksen, H.R., Ihlebæk, C., Mikkelsen, A., Gronningsaeter, H.,
Sandal GM, & Ursin H. 2002 (RCT);
- 24 Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J., & Ewers, B. 2002 (RCT);
- 25 Kawakami, N., Haratani, T., Iwata, N., Imanaka, Y., & Murata,
K., Araki S. 1999 (RCT),
- 26 Lökk, C.T.J., Arnetz, B.B. 1997 (RCT);
- 27 Pelletier, K.R., Rodenburg, A., Vinther, A., Chikamoto, Y., King,
A., & Farquhar, J. 1999 (RCT);
- 28 Rahe, R.H., Taylor, C.B., Tolles, R.L., Newhall, L.M., Veach, T.L.,
& Bryson, S. 2002 (RCT);
- 29 Toivanen, H., Helin P., & Hänninen, O. 1993 (RCT);
- 30 Iwi, D., Watson, J., Barber, P., Kimber, & N., Sharman, G. 1998
(controlled trial);
- 31 Skargren, E., & Oberg, B. 1999 (cross-over).

Andre, C., et al. Controlled study of outcome after 6 months to early intervention of bus driver victims of aggression (in French) *Encephale*, 1997, no. 1, p. 65-71.

Arnetz, B.B. Techno-stress: a prospective psycho physiological study of the impact of a controlled stress-reduction program in advanced tele-communication systems design work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1996, no. 1, p. 53-65.

Bond, F.W. & D. Bunce. Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2000, no. 5, p. 156-163.

Bunce, D. & M.A. West. Stress management and innovation at work. *Human relations*, 1996, no. 49, p. 209-232.

Dierendonck, D. van, W.M. Schaufeli & B.P. Buunk. The evaluation of an individual burnout intervention program: the role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology*, 1998, no. 83, p. 392-407.
Dolan, S.L. Stress management intervention and assessment: An overview and an account of two experiences. In A.K. Korman, *Human dilemmas in work organizations: Strategies for resolution*. The professional practice series (pp. 37-57). New York: Guilford Press, 1994.

Eriksen, H.R., et al. Improving subjective health at the worksite: a randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occupational Medicine*, 2002, no. 52, p. 383-391.

Ewers, P., et al. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *Journal of Advanced Nursing*, 2002, no. 37, p. 470-476.

Freedy, J.R. & S.E. Hobfoll. Stress inoculation for reduction of burnout: a conservation of resources approach. *Anxiety, Stress, and Coping*, 1994, no. 6, p. 311-325.

Gronningsaeter, H., et al. Improved health and coping by physical exercise or cognitive behavioral stress management training in a work environment. *Psychology and Health*, 1992, no. 7, p. 147-163.

Hek, H. van der & H.N. Plomp. Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occupational Medicine*, 1997, no. 47, p. 133-141.

Heron, R.J., et al. Study to evaluate the effectiveness of stress management workshops on response to general and occupational measures of stress. *Occupational Medicine*, 1999, no. 49, p. 451-457.

Heuvel F.M.M., et al. Evaluatie van de Leidraad Aanpak verzuim om psychische redenen in de Thuiszorg en GGZ. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2004.

Iwi, D., et al. The self-reported well-being of employees facing organizational change: effects of an intervention. *Occupational Medicine*, 1998, no. 48, p. 361-368.

Jong, G.M. de & P.M.G. Emmelkamp. Implementing a stress management training: comparative trainer effectiveness. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2000, no. 5, p. 309-320.

Kagan, N.I., H. Kagan & M.G. Watson. Stress reduction in the workplace: The effectiveness of psycho educational programs. *Journal of Counseling-Psychology*, 1995, no. 42, p.71-78.

Kawakami, N., et al. Effects of mailed advice on stress reduction among employees in Japan: a randomized controlled trial. *Industrial Health*, 1999, no. 37, p. 237-242.

Keyes, J.B. & S.F. Dean. Stress inoculation training for direct contact staff working with mentally retarded persons. *Behavioral Residential Treatment*, 1988, no. 3, p. 315-323.

Klink, J.J. van der, et al. The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 2001, no. 91, p. 270-276.

Klink, J.J. van der, et al. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine*, 2003, no. 60, p. 429-437.

Kushnir, T. & R. Malkinson. A rational-emotive group intervention for preventing and coping with stress among safety officers. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 1993, no. 11, p. 195-206.

Lindquist, T.L. & C.L. Cooper. Using lifestyle and coping to reduce job stress and improve health in "at risk" office workers. *Stress Medicine*, 1999, no. 15, p. 143-152.

- Lökk, C.T.J. & B.B. Arnetz. Impact of management change and an intervention program on health care personnel. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2000, no. 69, p. 79-85.
- Lökk, C.T.J. & B.B. Arnetz. Work site change and psychosocial well-being among health care personnel in geriatric wards-effects of an intervention program. *Journal of Nursing Care Quality*, 2002, no. 16, p. 30-38.
- Lökk C.T.J. & B.B. Arnetz. Psychophysiological concomitants of organizational change in health care personnel: effects of a controlled intervention study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1997, no. 66, p. 74-77.
- Murphy, L.R. Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *American Journal of Health Promotion*, 1995, no. 11, p. 112-35.
- Pelletier, K.R., et al. Managing job strain: a randomized, controlled trial of an intervention conducted by mail and telephone. *Occupational and Environmental Medicine*, 1999, no. 41, p. 216-223.
- Rahe, R.H., et al. A novel stress and coping workplace program reduces illness and healthcare utilization. *Psychosomatic Medicine*, 2000, no. 64, p. 278-286.
- Rose, J., F. Jones & B.C. Fletcher. The impact of a stress management programme on staff well-being and performance at work. *Work and Stress*, 1998, no. 12, p. 112-124.
- Skargren, E. & B. Oberg. Effects of an exercise programme on organizational/psychosocial and physical work conditions, and psychosomatic symptoms. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 1999, no. 31, p. 109-115.
- Thomason, J.A & S.B. Pond. Effects of instruction on stress management skills and self-management skills among blue-collar employees. In L.R. Murphy, J.L. Hurrell, S. Sauter, & G. Keita (Eds). *Job stress interventions* (pp. 7-20). Washington: American Psychological Association, 1995.
- Toivanen, H., P. Helin & O. Hanninen. Impact of regular relaxation training and psychosocial working factors on neck-shoulder tension and absenteeism in hospital cleaners. *Journal of Occupational Medicine*, 1993, no. 35, p. 1123-1130.

Whatmore, L., S. Cartwright & C. Cooper. Evaluation of a stress management program in the public sector. In M.A.J. Kompier, & C.L. Cooper, Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace (pp149-174). London: Routledge., 1999

C Organisatorische maatregelen naar sector en beroep

Tabel C 1 Genomen maatregelen m.b.t. psychosociale arbeidsbelasting, per sector: percentage respondenten per categorie

Branche	Voorlichting		Beperking werklast		Afstemming werkprive		Hulp bij omgaan met conflicten		Aandacht voor klachten	
	Ja	Nee, niet nodig	Ja	Nee, niet nodig	Ja	Nee, niet nodig	Ja	Nee, niet nodig	Ja	Nee, niet nodig
Industrie (n=1516)	12↘	67↗	11↘	75↗	16↘	73↗	9↘	81↗	14↘	69↗
Bouwnijverheid (n=568)	13↘	68↗	8↘	76↗	14↘	76↗	5↘	86↗	11↘	75↗
Handel (n=1554)	7↘	71↗	13	72	23↗	64↘	14↘	71↘	15↘	68↗
Vervoer en Communicatie (n=586)	16	61	14	70	17↘	68	15	74	17↘	63
Financiële instellingen (n=643)	23↗	55↘	12	73	22	68	12	81↗	18	67
Zakelijke dienstverlening (n=1085)	13↘	62	11↘	74↗	25↗	64↘	8↘	84↗	18	68↗
Onderwijs (n=508)	20↗	51↘	18↗	62↘	24↗	69	7	22↗	26↗	58↘
Gezondheids- en Welzijnzorg (n=1472)	25↗	49↘	15↗	66↘	26↗	64↘	10	30↗	32↗	49↘
Openbaar bestuur/Overheid (n=895)	23↗	57↘	13	74↗	21	71↗	8↘	20↗	22↗	63
Overige dienstverlening (n=357)	13↘	67↗	13	72	22	66	12	75	18	67↗
Landbouw, bosbouw en visserij (n=308)	11↘	73↗	16↗	75↗	23	67	10	92↗	13↘	74↗
Energie- en waterleidingbedrijven (n=59)	19	59↗	10	77	13↘	80↗	7↘	19	20	68
Horeca (n=412)	6↘	77↗	18↗	68↘	29↗	63↘	8↘	20↗	17↘	68↗
Totaal (n=9963)	16	62	13	72	22	67	11	74	19	64

↑ adjusted standardized residual ten opzichte van totaal gemiddelde (adj R) 1<=-3, ↗ adj R >3; ↘ adj R -1>=-3, ↘ adj R <-3

Tabel C 2 Genomen maatregelen m.b.t. psychosociale arbeidsbelasting, per beroepsgroep: percentage respondenten per categorie

Branche	Voorlichting		Beperking werklust		Afstemming werkprivé		Hulp bij omgaan met conflicten		Aandacht voor klachten	
	Ja	Nee, niet nodig	Ja	Nee, niet nodig	Ja	Nee, niet nodig	Ja	Nee, niet nodig	Ja	Nee, niet nodig
Ambachtelijk/industrieel (n=1365)	10 $\downarrow\downarrow$	69 $\uparrow\uparrow$	10 $\downarrow\downarrow$	76 $\uparrow\uparrow$	13 $\downarrow\downarrow$	76 $\uparrow\uparrow$	6 $\downarrow\downarrow$	82 $\uparrow\uparrow$	13 $\downarrow\downarrow$	70 $\uparrow\uparrow$
Transport (n=431)	13 \downarrow	62	11 \downarrow	72	12 $\downarrow\downarrow$	72 \uparrow	11 \downarrow	75	15 \downarrow	63
Administratief (n=1372)	15	64 \uparrow	14	73 \uparrow	24 \uparrow	67	8	82 $\uparrow\uparrow$	19	66 \uparrow
Commercieel (n=1542)	10 $\downarrow\downarrow$	68 $\uparrow\uparrow$	15 \uparrow	70 \downarrow	24 \uparrow	64 $\downarrow\downarrow$	17 \uparrow	70 $\downarrow\downarrow$	16 $\downarrow\downarrow$	68 $\uparrow\uparrow$
Dienstverlenend (n=1114)	17 \uparrow	66 \uparrow	15 \uparrow	73	23 \uparrow	67	23 $\uparrow\uparrow$	66 $\downarrow\downarrow$	20 \uparrow	65
Gezondheidszorg/hulpverlening (n=927)	27 $\uparrow\uparrow$	46 $\downarrow\downarrow$	15 \uparrow	65 $\downarrow\downarrow$	23 \uparrow	66 \downarrow	35 $\uparrow\uparrow$	51 $\downarrow\downarrow$	34 $\uparrow\uparrow$	46 $\downarrow\downarrow$
Leerkracht/docent (n=347)	21 $\uparrow\uparrow$	43 $\downarrow\downarrow$	21 $\uparrow\uparrow$	57 $\downarrow\downarrow$	25 \uparrow	67	29 $\uparrow\uparrow$	58 $\downarrow\downarrow$	30 $\uparrow\uparrow$	50 $\downarrow\downarrow$
(vak-)specialist (n=1017)	14 \downarrow	60 \downarrow	9 $\downarrow\downarrow$	75 \uparrow	24 \uparrow	65 \downarrow	7 $\downarrow\downarrow$	86 $\uparrow\uparrow$	17 \downarrow	69 $\uparrow\uparrow$
Agrarisch (n=231)	9 \downarrow	79 $\uparrow\uparrow$	20 $\uparrow\uparrow$	70	23	70	6 $\downarrow\downarrow$	89 $\uparrow\uparrow$	13 \downarrow	74 $\uparrow\uparrow$
Leidinggevend (n=694)	22 $\uparrow\uparrow$	53 $\downarrow\downarrow$	8 $\downarrow\downarrow$	74 \uparrow	22	68	18 \uparrow	72	19	64
Overige beroepen (n=858)	16	62	13	73	25	65 \downarrow	14	77 \uparrow	20	66
Totaal (n=9898)	16	62	13	72	22	67	15	74	19	64

↑ adjusted standardized residual ten opzichte van totaal gemiddelde (adj R) 1<=3, ↑↑ adj R>3; ↓ adj R<-3, ↓↓ adj R<-3

Preventie van vallen bij ouderen

J.B. Drewes, arts

Inhoudsopgave

	Inleiding	235
1	Definitie en domeinafbakening	235
2	Epidemiologie	239
3	Determinanten en risicofactoren	241
4	Interventies en voorbeeldpraktijken vanuit de publieke gezondheid en de individuele gezondheidszorg	243
5	Actoren, belangen en belemmeringen	246
6	Samenvatting en conclusies	250
	Bijlagen	
1	Literatuur	253
2	Selectie van informatie over het valpreventiebeleid in andere landen en internationaal	255

Inleiding

In het kader van de advisering van de RVZ over Publieke Gezondheid (PG) zijn een aantal exemplarische terreinen gekozen, waarop de toekomstige PG zich vruchtbaar zou kunnen richten. Voor de categorie ouderen is daarbij gekozen voor het onderwerp ‘Preventie van vallen bij ouderen’. In deze analyse wordt dit onderwerp nader uitgewerkt.

Er bestaat op dit gebied sinds 2003 een uitgebreide en goed onderbouwde richtlijn van het CBO in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. In de verschillende sectoren van de gezondheidszorg is er ook veel belangstelling voor dit onderwerp, omdat men er in de dagelijkse praktijk mee te maken heeft. Dat geldt niet alleen in Nederland, maar ook in andere landen. Gegevens uit andere landen zullen daarom ook voorzover relevant worden meegenomen in de analyse.

In deze achtergrondstudie komen de volgende onderwerpen aan bod:

Definitie en domeinafbakening

1. Epidemiologie.
2. Determinanten en risicofactoren.
3. Interventies en voorbeeldpraktijken vanuit de publieke gezondheid en de individuele gezondheidszorg.
4. Actoren, belangen en belemmeringen.
5. Samenvatting en conclusies.

1 Definitie en domeinafbakening

Voor de termen ‘Public Health’ en ‘Publieke Gezondheid’ bestaan zeer uiteenlopende definities. Aan de ene kant van het spectrum staat een zeer brede definitie, waarbij alle maatschappelijke activiteiten rond gezondheid binnen het domein vallen, dus inclusief de hele gezondheidszorg. Aan de andere kant staat een smalle definitie, waarbij de PH beperkt wordt tot de activiteiten op dit terrein door de overheid. De internationaal algemeen aanvaarde definitie luidt:

“Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society” (Acheson Committee Report, 1988).

In deze studie wordt voor de definiëring van PG hierbij aangesloten en gekozen voor een middenpositie. Dat betekent twee dingen. Allereerst dat niet alle gezondheidszorg publieke gezondheid is. Alleen het deel van de gezondheidszorg dat zich richt op interventies van voor groepen vast-

gestelde gezondheidsrisico's (collectieve gezondheidsrisico's) wordt tot de PG gerekend. Daarbij ligt het initiatief voor de interventie of handeling bij de gezondheidszorginstelling of beroepsbeoefenaar. Dit initiatief wordt ondernomen op grond van wetenschappelijke en beroepsmatige inzichten en de risicogroep en de interventie zijn protocollair vastgelegd in richtlijnen of programma's. Soms ook zijn belangenverenigingen van risicodragers initiatiefnemer.

Ligt het initiatief uitsluitend bij één individu, dan is er sprake van individuele preventie op basis van de inschatting van een individueel risico. Dit dient tot de individuele gezondheidszorg gerekend te worden en maakt geen deel uit van de PG. De uitkomsten van de optelsom van deze individuele initiatieven dragen wel bij aan het uiteindelijke resultaat voor de volksgezondheid.

Ten tweede berust de (verantwoordelijkheid voor) inspanning op dit terrein niet uitsluitend bij de overheid, maar bij alle potentieel betrokkenen in de maatschappij. Naast de overheden op verschillende bestuurlijke niveaus hebben ook andere maatschappelijke participanten hun verantwoordelijkheden en taken op het gebied van de PG. Dat zijn bijvoorbeeld in een niet limitatieve opsomming: gezondheidszorginstellingen, beroepsbeoefenaren, werkgevers en werknemers(organisaties), zorgverzekeraars, het bedrijfsleven, wetenschappelijke en belangenverenigingen en andere maatschappelijke sectoren, zoals onderwijs, arbeid, milieu, etc..

Deze achtergrondstudie richt zich op het domein van de preventie van vallen bij ouderen. Dat is op zich niet het belangrijkste vraagstuk op het vlak van de gezondheid van ouderen, maar voor de PG in bovengenoemde zin wel een zeer relevante. Er valt op dit terrein nog veel te bereiken en de interesse voor het onderwerp bij vele potentieel betrokkenen is sinds jaar en dag groot. Het heeft ook grote invloed op de kwaliteit van leven, de sociale cohesie en de maatschappelijke participatie van ouderen. Ook voor de kosten van de gezondheidszorg zijn de implicaties omvangrijk.

Om de gevolgen van ziekten voor de kwaliteit van leven meetbaar te maken is het concept van het verlies aan gewogen levensjaren ontwikkeld. Om daarbij ook de kwaliteit van leven en het leven zonder beperkingen te kunnen meten zijn de QALY's en DALY's geconstrueerd. Met het aantal DALY's (Disability Adjusted Life Years) kan worden aangegeven hoeveel voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren een populatie verliest door bepaalde ziekten en welk aandeel deze ziekten hebben in de totale ziektelast.

Tabel 1.1 Sterfte, Verloren levensjaren, Prevalentie (of incidentie), Ziekte­last in DALY's en percentage van de totale ziekte­last, van een aantal belangrijke ziekten in Nederland (2000)

Ziekte	Sterfte	Verloren levensjaren	Prevalentie (of incidentie)	Ziekte­last in DALY's	% van totale ziekte­last
Coronaire Hartziekten	17.443	186.746	556.600	347.100	12,0%
Beroerte	12.275	107.757	139.700	192.900	6,6%
COPD	6.634	58.175	289.500	184.500	6,4%
Longkanker	8.559	119.607	19.900	128.400	4,4%
Artrose	77	481	654.400	122.700	4,2%
Diabetes Mellitus	3.345	34.551	414.100	116.400	4,0%
Dementie	5.343	30.081	203.100	87.800	3,0%
Verkeersongevallen	1.085	44.736	93.900	85.100	2,9%
Borstkanker	3.452	61.572	95.500	81.500	2,8%
Reumatoïde Artritis	165	1.608	132.800	71.300	2,5%
Hartfalen	6.458	43.892	136.400	64.900	2,2%
Darmkanker	4.300	52.399	56.500	64.100	2,2%
Privé-ongevallen, met name valincidenten	2.179	40.454	69.300	52.400	1,8%

Bron: Nationaal Kompas RIVM 2005

In de VTV 2006 wordt aangegeven, dat diabetes inmiddels, zoals voorspeld, een beduidend grotere ziekte­last met zich meebrengt. Privé-ongevallen nemen af, maar de sterfte door valincidenten is juist toegenomen (RIVM 2006). Binnen de totale ziekte­last nemen de valincidenten dus een substantiële plaats in. De WHO schat het aandeel van de valincidenten in de ziekte­last nog veel hoger in, dan uit de Nederlandse cijfers naar voren komt.

Belangrijker is dat bij de valincidenten bij ouderen nog aanzienlijke gezondheidswinst lijkt te behalen, zeker ten opzichte van de verwachte sterk stijgende trend. Daarbij kan zeker ook gekeken worden naar de zorgkosten die valincidenten met zich mee brengen. Dan komen de valincidenten hoger op de ranglijst uit, nog boven bijvoorbeeld diabetes mellitus.

**Tabel 1.2 Kosten gezondheidszorg naar een aantal geselecteerde aandoeningen, Nederland 1999.
(Bron Kosten van ziekten RIVM 2005)**

Ziekte/Aandoening	Kosten in miljoenen Euro's	Rang
Verstandelijke handicap	2.780	1
Dementie	1.760	2
Beroerte	1.029	4
Coronaire hartziekten	928	5
Med. handelen, geweld, suicide	737	6
Accidentele val (heupfractuur)	655	7
Astma/COPD	593	8
Depressie	493	10
Diabetes Mellitus	430	12
Overige ongevallen	416	13

De gevolgen van valincidenten voor de gezondheidszorg zijn dus omvangrijk:

“De kosten voor de gezondheidszorg als gevolg van ongevallen van 65-plussers bedragen om en nabij 445 miljoen euro per jaar. Dit is ongeveer 4% van de totale kosten die de gezondheidszorg aan ouderen besteedt. Omgerekend komt dit neer op 225 euro per jaar per inwoner van 65 jaar en ouder.” (ZonMw 2005)

Heupfracturen horen tot de tien duurste ziekten voor mannen en vrouwen in het jaar 2003, en nemen bij mannen de vijfde en bij vrouwen de vierde plaats in met resp. 22.000 en 25.000 Euro per ziektegeval. (RIVM 2006)

2 Epidemiologie

Uit genoemde CBO-richtlijn 'preventie van vallen bij ouderen' blijkt dat valincidenten in Nederland relatief veel voorkomen. Eén op de drie thuiswonende ouderen en de helft van de verpleeghuispatiënten valt tenminste éénmaal per jaar. Het jaarlijkse aantal valincidenten bij 65 plus-sers bedraagt hiermee meer van een miljoen per jaar. Volgens het rapport van de WHO zijn letsels ten gevolge van een valpartij de derde belangrijkste oorzaak van verlies van gezonde levensjaren. Het leidt in Nederland tot 89.000 bezoeken aan de spoedeisende hulp door personen van 55 jaar en ouder, waarvan 4500 afkomstig zijn uit verzorgings- en verpleeghuizen.

Het LASA-onderzoek te Amsterdam heeft laten zien dat onder een representatieve steekproef van ouderen eenderde jaarlijks kwam te vallen en 11% meerdere keren per jaar. Deze cumulatieve incidenties nemen nog toe met de leeftijd. Gezien de vergrijzing is het te verwachten dat het aantal valincidenten zal groeien in de toekomst.

Alhoewel vallen bij ouderen niet altijd leidt tot klachten, zijn de gevolgen relatief ernstig. Deze beperken zich niet alleen tot directe gevolgen als verwondingen en breuken, maar hebben vaak ook verdergaande consequenties. Bij 6% van de vallen treed ernstig letsel, zoals fracturen op. Volgens de meest recente gegevens vallen er in Nederland 1700 doden als direct gevolg van accidentele val (Berg 2004). Het aantal ouderen dat in het eerste jaar na de val en de heupfractuur komt te overlijden ligt nog veel hoger en wordt geschat op ongeveer 25%. Voor Nederland betekent dat bijna 4000 doden.

Tabel 2.1 Gevolgen van vallen bij ouderen Nederland

Gevolg	Percentage
Lichamelijke gevolgen	70%
Ernstig letsel, vooral fractuur	6%
Medisch behandeld	17%
Gebruik gezondheidszorg	23%
Achteruitgang lichamelijk functioneren	30%
Lichamelijk minder actief	15%
Sociaal minder actief	17%

Vallen heeft dus ook impact op het sociaal functioneren; 17% van de ouderen zegt na de val sociaal minder actief te zijn geworden. In Nederland breken jaarlijks 15.000 mensen een heup ten gevolge van een

val. Hiervan overlijdt 25% in het eerste jaar na de val en nog eens 25% is blijvend invalide. De directe medische kosten van een valincident bedragen gemiddeld 3400 euro (ruim 300 miljoen euro bij 89.000 SEH bezoeken).

In andere landen worden vergelijkbare cijfers gevonden
Voor Duitsland werd in onderzoek de volgende cijfers gevonden:

‘Etwa ein Drittel der über 65-Jährigen stürzt einmal pro Jahr. Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sogar noch deutlich öfter. Jeder 10. Sturz verursacht schwerwiegende Verletzungen, von denen die Schenkelhalsfraktur die bedeutsamste ist. Sturzangst und Einschränkung körperlicher Aktivitäten mit allen Konsequenzen sind häufig Folge von Stürzen’. (Nicolaus 2005)

Bij een retrospectieve bevraging in Vlaanderen viel 39,7% minstens een maal, waarvan 34,6% herhaaldelijk. Valincidenten kwamen overwegend voor bij het opstaan uit bed, stoel of bad (18%), fietsen (14%), wandelen op ongelijk oppervlak (14%) en huishoudelijke taken (14%). Respectievelijk 67,3% van de ouderen liep bij de val een letsel op, dat in 17,4% ernstig was (fractuur). (...) Maar liefst 48,1% consulteerde de huisarts na een valincident en 34,6% werd opgenomen in het ziekenhuis. (Milisen 2004)

Veel landen voeren op grond van deze gegevens dan ook een expliciet beleid op het gebied van vallen bij ouderen. In de afgelopen jaren zijn er landelijke programma's ontwikkeld in Engeland, Schotland, Canada, Australië, Nieuw Zeeland, Hong Kong en Zweden. Opvallend is daarbij dat het steeds gaat om landen met een National Health Service in een of andere vorm. In een dergelijke situatie voelt de centrale overheid zich klaarblijkelijk eerder en sterker verantwoordelijk voor valpreventie bij ouderen, dan in landen met een sociaal verzekeringssysteem tegen ziektekosten. In dergelijke landen wordt het initiatief tot een dergelijk beleid veelal overgelaten aan non-gouvernementele organisaties. Voor achtergrondinformatie over programma's en richtlijnen in andere landen zie bijlage 2.

3 Determinanten en risicofactoren

De oorzaken van vallen bij ouderen zijn divers. Er zijn een zeer groot aantal nogal uiteenlopende determinanten en risicofactoren voor het vallen bij ouderen aan te wijzen. Risicofactoren zijn bijvoorbeeld mobiliteitsstoornissen, osteoporose, eerdere val, gebruik van psychofarmaca, gebrekkige lichamelijke activiteit, gewrichtsaandoeningen, duizeligheid en depressie. Van een deel van deze factoren is goed onderbouwd dat zij een zelfstandig risico voor vallen vormen:

Tabel 3.1 Risicofactoren voor vallen bij zelfstandig wonende ouderen, gevonden in meerdere onderzoeken

Risicofactor	Aantal maal gevonden als onafhankelijke factor	Bewijsniveau
Mobiliteitsstoornissen	13 op 16	1
Eerder gevallen	7 op 13	2
Gebruik psychofarmaca	6 op 12	2
Moeite met ADL	4 op 12	3
Lichamelijke activiteit	2 op 8	3
Gewrichtsaandoeningen	4 op 10	3
Visusstoornissen	4 op 14	3
Urine-incontinentie	2 op 6	3
Parkinson	2 op 4	3
Duizeligheid	2 op 5	3
Polyfarmacie	2 op 10	4
Leeftijd	3 op 14	4
Vrouw	2 op 11	4
Depressie	2 op 11	4
Cognitieve stoornis	2 op 11	4

Bron: Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen CBO, gebaseerd op Cochrane 2003

Daarnaast zijn er nog een groot aantal onafhankelijke risicofactoren die slechts in een enkel onderzoek zijn gevonden: Voetproblemen, korte lengte, epilepsie, CVA-verleden, angst, omgeving, alleen wonend, perifere neuropathie, loophulpmiddel, hartmedicatie, longziekte, alcoholgebruik, verwarring, blanke afkomst, recent flauwvallen, hoog thyroïdegehalte en een attitude tot risicogedrag.

Tenslotte zijn er nog een groot aantal determinanten te noemen, die tot op heden in onderzoek wel geopperd, maar (nog) niet als onafhankelijke risicofactor zijn geïdentificeerd: Diabetes Mellitus, lage Quetelet-index, slechte zelfervaren gezondheid, slecht gehoor, hart- en vaatziekten, medicatie hormonen/stofwisseling, meerdere chronische ziekten, gebruik ontstekingsremmers, weinig sociale steun, neurologische medicatie, hoge bloeddruk, opleidingsniveau, orthostatische hypotensie, medicatie maag-darmstelsel, longmedicatie, behoefte aan professionele hulp, pijn, osteoporose, fractuur in het verleden, ziekenhuisopname afgelopen jaar, hoge urbanisatiegraad, roken, eenzaamheid en een slechte polsstijging bij het opstaan.

Hoewel deze factoren zich tot nu toe niet bewezen hebben als relevant bestaat toch veelal het vermoeden dat zij ook op een of andere wijze van invloed kunnen zijn op het ontstaan van valincidenten. Opvallend is verder, dat zeer veel van de onderzochte factoren uit het medische domein komen. Vraag is of er geen vertekening is ontstaan door het feit dat veel van de onderzoekers een medische achtergrond kennen, en daardoor geneigd zijn de te onderzoeken risicofactoren te formuleren in medische termen.

4 Interventies en voorbeeldpraktijken vanuit de publieke gezondheid en de individuele gezondheidszorg

De aanpak van vallen bij ouderen dient zowel op individueel als op populatie en organisatieniveau plaats te vinden. De richtlijn van het CBO stelt dat de identificatie van ouderen met een verhoogd risico zinvol is. Preventie op patiëntniveau bestaat uit maatregelen in de woonomgeving, aanpassing van schoeisel, aanpassing medicatie, interventies op gedrag en verbetering gezichtsvermogen. Daarnaast worden cardiovasculaire maatregelen en oefenprogramma's zinvol geacht.

Maatregelen op populatieniveau kunnen bestaan uit instructie en bewustwording, analyse van de omgeving en vooral oefentherapie. Deze set van maatregelen is effectief gebleken ook bij een ongeselecteerde groep ouderen. Op organisatieniveau in ziekenhuizen en verpleeghuizen is ook veel mogelijk. Structurele aandacht voor een veilige omgeving, goede personeelsplanning en een goed alarmeringssysteem zijn voorbeelden hiervan.

Uit bovenstaande blijkt dat een heel scala van preventiemogelijkheden is voor vallen bij ouderen. Aanpak van dit probleem vergt inzet van een groot aantal betrokken instanties en disciplines in de omgeving van ouderen. De mogelijkheden zijn er, maar gezien de epidemiologische cijfers is er nog veel meer mogelijk. Hier ligt een belangrijke uitdaging, zowel voor de individuele gezondheidszorg als voor de publieke gezondheid.

Het grote aantal determinanten maakt theoretisch ook een zeer groot aantal interventies mogelijk. Voor een belangrijk deel liggen deze op het vlak van de individuele gezondheidszorg. Voor PG lijken vooralsnog een beperkt aantal mogelijkheden van belang.

Tabel 4.1 Lopende onderzoeken en interventies ter preventie van valincidenten bij ouderen

Naam/Plaats Organisatie	Aard onderzoek/ interventie	Stand van zaken/ Fase	Looptijd/ Afsluiting	Resultaten
KITZ	Onderzoek valdetector	Afgesloten	Eind 2001	?
Blijf Staan Cons.&Veiligheid	Multifactoriële interventie in verzorgingshuizen	Geïmplementeerd	Lopend	Valincidenten -20%
VU Amsterdam	Onderzoek effect oefenprogramma's	Voortgezet in exper. situatie		Valincidentie daalt
Polderburen, Almere	Non-fixatiebeleid	??		Valincidenten gestegen!
Halt! U valt! Cons.&Veiligheid	Preventiehandboek voor intermediairen	Al geïmplementeerd in 15 gemeenten	Wordt momenteel sterk uitgebreid	Positief
To fall or not to fall SMKresearch BV	Eenvoudig oefenprogramma	Implementatie na verbetering	Lopend	Positief, conform CBO-richtlijn
Project Sta Vast ZorgSaam	Regionale keten- organisatie	Beperkt tot Zeeuws-Vlaanderen	Lopend	(Nog) geen effectmeting
Voorkomen valongelukken van ouderen GGD-Rotterdam	Community-benadering gericht op sectoren wonen, zorg en welzijn	Geïmplementeerd	Structureel beleid van woon-, zorg- en welzijns- organisaties	Geen effect- meting
Valrisico's bij ouderen Thuiszorg Groningen Geové Menzis	Preventieinstrument voor individuele advisering + hulpmiddelen	Wordt geïmplementeerd in Groningen	Moet leiden tot structurele aanpak	Valincidenten gedaald (zelfde als 1?)
In Balans PRIMO Noord-Holland	Voorlichtings- en trainingsbijeenkomsten	Nog niet geïmplementeerd	Wel veel initiatieven	Potentieel positief
Prevention of falling incidents with elderly people	Onderzoek naar effect Tai Chi bij risico-ouderen	Huisartsgeneeskunde EUR	Loopt tot 1-01-2006	Nog geen resultaten
Grip eigen veiligheid TNO Kwaliteit van leven	Evaluatieonderzoek van multimethodische en multidisciplinaire aanpak	Geïmplementeerd in Sneek		Positief voor reductie valonge- vallen buitenshuis
Woon wijs, voorkom vallen	Preventieproject	Geïmplementeerd in 7 gemeenten in N-Brabant		??
Gezond & Vitaal TNO Kwaliteit van leven	Breed- voorlichtings-/ bewegingsprogramma voor kwetsbare ouderen	Moeizame implementatie		Geen daling valincidenten
Valpreventiepoli AMC, Thuiszorg Amsterdam	Risico-assessment met advies voor risicomangement in de thuiszorg			Lijkt een vrucht- bare aanpak
Valklinieken	Individuele klinische risico-bepaling	15 ziekenhuizen		
'Vallen verleden tijd'	St. Maartenskliniek			

Bronnen: ZonMw (2005), Zorgvoorbeter (2005), Kennisnetwerk Valpreventie (web), Brancherapport Preventie (www.minvws.nl).

Zowel in de algemene kennis over succesvolle PG-interventie, als in de specifieke literatuur over interventies ten aanzien van vallen bij ouderen wordt een multifactoriele aanpak als het meest succesvol gezien. Dit is ook de uitkomst van de meest recente meta-analyses van de Cochrane Collaboration (Gillespie 2005, McClure 2005). Dit pleit tevens voor een meer gemeenschappelijke aanpak, zowel vanuit de individuele gezondheidszorg als vanuit de publieke gezondheid, en zeker voor een intersectorale aanpak in de valpreventie voor ouderen over een breed front.

HALT! U VALT

In maart 2006 is de Stichting Consument en Veiligheid gestart met een landelijke campagne ter preventie van vallen bij ouderen, onder de naam 'Halt! U valt. Het gaat hierbij om een zogenaamde multifactoriele aanpak, waarbij in combinatie wordt gewerkt aan interventies op de volgende terreinen:

1. verbetering in de woninginrichting
2. gebruik van handige producten en hulpmiddelen
3. het beperken van risicovolle handelingen
4. meer bewegen
5. verantwoord medicijngebruik
6. het veiliger maken van de openbare ruimte

Het campagneprogramma kent een modulegewijze opbouw en richt zich op een groot aantal actoren binnen en buiten de gezondheidszorg. Het programma gaat uit van lokale uitvoering met landelijke ondersteuning door de Stichting Consument en Veiligheid. Deze ondersteuning bestaat uit:

1. Handboeken
2. Training
3. Opbouw netwerk
4. Digitale ondersteuning
5. Nieuwsbrief
6. Telefonische helpdesk
7. Consultancy

5 Actoren, belangen en belemmeringen

Bij de valpreventie zijn potentieel een groot aantal instanties en personen betrokken. Gelukkig zijn deze ook in de praktijk in meerdere of mindere mate met valpreventie bezig. Merkwaardig is dat met name de potentiële slachtoffers het minste gepoorterd zijn voor preventie op dit vlak. Ouderen schatten hun eigen valrisico meestal te laag in. Daartegenover staat dat bij sommige ouderen zich ook juist een valangst kan ontwikkelen, die op zich erg immobiliserend en isolerend werkt. Daarmee moet ook in de PG ten aanzien van valincidenten goed rekening worden gehouden.

Tabel 5.1 Potentieel betrokkenen bij valpreventie in de individuele en publieke gezondheidszorg

Instantie	Beroepsbeoefenaren	Aard interventie
Ziekenhuizen	Revalidatieartsen, gerieters, fysiotherapeuten, verpleegkundige	Primaire, secundaire en tertiaire preventie
Verpleeg- en verzorgingshuizen	Verpleeghuisartsen, verpleegkundigen, verzorgenden	Primaire, secundaire en tertiaire preventie, oefenprogramma's
Thuiszorg	Wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzoekers, GVO-ers	Primaire, secundaire en tertiaire preventie, cursussen en oefenprogramma's
Eerstelijnszorg	Huisartsen, praktijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck	Primaire, secundaire en tertiaire preventie, cursussen en oefenprogramma's
Revalidatiecentra	Revalidatieartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten	Tertiaire preventie, cursussen en oefenprogramma's
GGD'en	GVO-ers	Voorlichting, intersectoraal beleid, samenhang met WVG en WMO
Onderzoeks- en implementatieinstellingen	ZonMw, Universiteiten, TNO Kwaliteit van leven, Consument & Veiligheid, Kennisnetwerk Valpreventie Senioren	Onderzoek en implementatie
Woningcorporaties		Woning- en woonomgevingsaanpassing
Bedrijven		Veiligheidsproducten, alarmerings-apparatuur
Farmaceutische industrie		Hormoonpreparaten, Calcium, Vitamine D
Gemeenten		Intersectoraal beleid, WVG-uitvoering
Zorgverzekeraars		Aanvullende verzekering, zorginkoop, faciliteiten voor verzekerden
Ouderenbonden en -organisaties		Belangenbehartiging, mobilisatie van leden
Welzijnsorganisaties (voor ouderen)		Participatie in community interventions
Landelijke overheid		Systeemverantwoordelijkheid Doel- en agendasetting, Social marketing
Internationale organisaties	EU, OECD, WHO, Cochrane	Agendasetting, Internationale uitwisseling, Effectiviteitsbepaling

Bron: RVZ, 2006.

Gezondheidszorg

Dat de belangstelling voor valincidenten vanuit de gezondheidszorg relatief zo groot is heeft verschillende achtergronden. Allereerst is het aantal determinanten van valincidenten erg groot en zij liggen verspreid over verschillende specialistische gebieden van de geneeskunde en de zorg. De endogene risicofactoren kunnen liggen op het terrein van de neurologie, psychiatrie, interne, cardiologie, orthopedie, oogheelkunde, KNO, longziekten, etc.

Daarnaast is een veelvoorkomende situatie waarin valincidenten plaatsvinden de zorg zelf. Dit confronteert zorgverleners in hun dagelijkse praktijk met de risico's en de gevolgen. Daarbij wordt ook ervaren, dat deze gevolgen vaak ernstig en op termijn levensbedreigend zijn.

Tenslotte speelt daarbij ook de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de hulpverleners en de zorginstellingen een rol. Alhoewel daar geen kwantitatieve gegevens over voorhanden zijn is het aannemelijk dat de dreiging van klachten of zelfs aansprakelijkheidsprocedures de aandacht voor de preventie van valincidenten vergroot en levend houdt.

In de thuiszorg en de eerstelijnszorg is de belangstelling voor het probleem groot. Valpreventie behoort min of meer vanzelf tot de dagelijkse praktijk van verplegenden en verzorgenden in de thuissituatie. Vaak moet een risico-inschatting worden gemaakt en aanpassingen in de woning worden aangebracht om het valrisico te verkleinen. Huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkassistenten worden bij hun oudere patiënten regelmatig geconfronteerd met zowel de risico's als de gevolgen van valincidenten.

In zorginstellingen is de confrontatie met valpreventie ook omvangrijk. Veel ouderen in ziekenhuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen leiden aan lichamelijke en geestelijke aandoeningen, die het risico op vallen sterk vergroten. Specifieke plaats neemt daarbij het vallen uit bed of stoel in. Er is al lange tijd veel discussie over maatregelen als zij schotten en fixatie, omdat deze weliswaar het valrisico verkleinen, maar vaak als te vrijheidsbeperkend worden ervaren door de patiënt zelf, zijn familie en de hulpverleners. Hier ligt een moeilijk dilemma.

Hoewel de geïnvolveerdheid in de individuele gezondheidszorg dus groot is, is er tot op heden in Nederland toch geen structureel beleid op dit vlak. Dat heeft enerzijds te maken met de autonomie van beroepsbeoefenaren en instellingen in de individuele gezondheidszorg en anderzijds met de bekende factoren als hoge werkdruk, gebrek aan (gekwificeerd) personeel en het ontbreken van aparte financiering voor deze activiteiten. Aan de mentaliteit lijkt het vooralsnog niet te liggen.

Maatschappelijke organisaties

Voor het probleem van vallen bij ouderen bestaat ook grote belangstelling bij verschillende maatschappelijke organisaties. In veel opzichten speelt de Stichting Consument & Veiligheid een centrale rol in de aanpak van ongevalspreventie in de privésfeer. Mede vanuit deze rol heeft de Stichting Consument & Veiligheid in samenwerking met het EMGO-instituut van de VU te Amsterdam begin 2004 het initiatief genomen tot het opzetten van het Kennisnetwerk Valpreventie, gefinancierd door ZonMw, waarin alle beschikbare kennis over preventie van vallen bij ouderen wordt samengebracht. Recent is een eerste evaluatie van dit netwerk naar buiten gebracht. (Vermeulen 2005)

Ook de ouderenbonden zijn actief op dit terrein. Ouderenorganisaties zijn of worden vaak bij preventieprogramma's betrokken. Dit gebeurt vooral ook omdat de effectiviteit van de interventies duidelijk lijkt te winnen bij een betrokkenheid van de doelgroep. Dat is bij de valpreventie extra van belang, omdat individuele oudere burgers meestal hun eigen valrisico veel te optimistisch inschatten.

Daarnaast zijn vaak algemene welzijnsinstellingen voor ouderen bij preventieprojecten op dit terrein betrokken, binnen meer algemene programma's of projecten, die zich ook richten op bijvoorbeeld het doorbreken van sociaal isolement.

De Gehandicaptenraad heeft de zogenaamde hobbeltelefoon geïntroduceerd. Daarbij kunnen mensen bellen om oneffenheden en obstakels in de openbare ruimte te signaleren. Dan wordt de betreffende gemeente benaderd om hier verbetering in aan te brengen.

Partijen die belang hebben bij preventie bij de werkende bevolking, zoals werkgevers en werknemers, zijn uiteraard der zaak minder actief op het vlak van valpreventie. Sommige bedrijven zijn uiteraard wel geïnteresseerd gezien de te verwachten (groei)markt van producten en diensten ten behoeve van mobiliteitsondersteuning en valpreventie, zoals rollators, scootmobielen, alarmering(sapparatuur), bewakingsapparatuur en valprotectiemiddelen.

Dat geldt ook voor de farmaceutische industrie, die al in een vroeg stadium grote mogelijkheden heeft gezien in vervangende medicatie. Daarbij gaat het met name om middelen die osteoporose zouden kunnen voorkomen of verminderen, waardoor vallen minder vaak tot fracturen leidt. Van vervangende hormoontherapie is tot op heden aannemelijk dat dit een gunstig effect heeft op de fractuurincidentie. Maar voor vervangende therapie met calcium en vitamine D zijn tot nu toe geen gunstige effecten op fracturen bewezen geacht (Porthouse 2005).

Van de andere kant moet onderkend worden, dat medicijngebruik bij ouderen juist ook een van de belangrijke oorzaken van valincidenten is. Screening van het medicijngebruik, met name van psychofarmaca, is een belangrijke preventieve maatregel in de setting van de gezondheidszorg.

Zorgverzekeraars

Hier en daar zijn ook sommige zorgverzekeraars actief op dit terrein, zoals in Groningen, maar de betrokkenheid is beperkt. Of zorgverzekeraars in de toekomst onder het nieuwe ziektekostenverzekeringstelsel actiever zullen worden in de PG in het algemeen en ten aanzien van de valpreventie in het bijzonder is nog de vraag. Gezien de directe impact van valincidenten op de kosten zouden activiteiten op dit vlak in het kader van de schadelastreductie voor de hand liggen, vooral ook omdat de financiële revenuen ook onmiddellijk aan de betreffende zorgverzekeraar toevallen.

Lokale overheid

De gemeenten en GGD'en hebben wel vaak een grote betrokkenheid. De GGD'en vervullen daarbij vaak een initiërende, regisserende en coördinerende rol. De betrokkenheid van gemeenten is daarom ook van belang, omdat daar vaak de noodzakelijke intersectorale aanpak gerealiseerd kan worden. Bij invoering van de WMO zal deze rol van de gemeente in dit opzicht mogelijk nog worden versterkt. In het huidige regiem biedt ook de uitvoering van de WVG mogelijkheden voor de gemeente om door aanpassing van de woning een rol te spelen in de valpreventie. Voor wat betreft de inrichting van de woonomgeving en de openbare ruimte is naast voor de gemeenten ook een rol weggelegd voor de woningcorporaties.

Landelijke overheid en internationale organisaties

Ten aanzien van valincidenten en heupfracturen bij ouderen bestaat weinig tot geen nationaal beleid. In sommige met name Angelsaksische landen ligt dat anders. Zo kennen Groot-Brittannië, Canada, delen van Australië en Hong Kong wel een landelijk beleid. Ook de WHO heeft zich in het recente verleden actief met valpreventie beziggehouden. In Nederland is de feitelijke landelijke coördinatie en regie opgedragen aan de Stichting Consument en Veiligheid te Amsterdam.

6 Samenvatting en conclusies

Valincidenten bij ouderen komen zeer veel voor en er is sprake van een sterk stijgende trend. Daardoor zal met name ook het aantal heupfracturen sterk toenemen met grote gevolgen met name voor de slachtoffers zelf, maar ook voor de gezondheidszorg en de zorgkosten. Valincidenten en heupfracturen vertegenwoordigen bij ouderen weliswaar niet de hoogste ziektelast, maar vormen wel een terrein, waarop op korte termijn forse gezondheidswinst mogelijk is.

Preventieve interventie wordt uit meta-analyses effectief geacht, met name “multifactorial falls risk assessment and management programmes, followed by exercise programmes” (Cochrane 2003, McClure 2005).

Bij de valpreventie zijn zeer veel personen en instanties betrokken zowel binnen de individuele gezondheidszorg, de publieke gezondheidszorg als daarbuiten. Enerzijds is dit hoopgevend, omdat dit een grote gemeenschappelijke inspanning oplevert, anderzijds is dit problematisch omdat het lastig is alle initiatieven op dit terrein te coördineren en te regisseren.

Dat de belangstelling vanuit de gezondheidszorg relatief zo groot is heeft verschillende achtergronden, zoals in paragraaf 5 beschreven. Hoewel de geïnvolveerdheid in de individuele gezondheidszorg groot is, is er tot op heden in Nederland toch geen structureel beleid op dit vlak. Dat heeft enerzijds te maken met de autonomie van beroepsbeoefenaren en instellingen in de individuele gezondheidszorg en anderzijds met de bekende factoren als hoge werkdruk, gebrek aan (gekwalificeerd) personeel en het ontbreken van aparte financiering voor deze activiteiten. Aan de mentaliteit lijkt het vooralsnog niet te liggen.

Deze brede aandacht voor preventie van valincidenten in de zorg is geen geïsoleerd verschijnsel. Ook op andere terreinen valt in de zorg een grote aandacht voor preventieve aspecten te signaleren. Zo is er sinds jaar en dag in ziekenhuizen veel aandacht voor het voorkomen van ziekenhuisinfecties, vooral door MRSA. Ook in de diabeteszorg is de interesse in het voorkomen van complicaties groot en nog groeiende. Van deze aandacht zou nuttig gebruik gemaakt kunnen worden om de preventieve inspanningen in de individuele gezondheidszorg verder uit te breiden.

Partijen die belang hebben bij preventie bij de werkende bevolking, zoals werkgevers en werknemers, zijn uiteraard der zaak minder actief op het vlak van valpreventie. Sommige bedrijven zijn uiteraard wel geïnteresseerd gezien de te verwachten (groei)markt van producten en diensten ten behoeve van mobiliteitsondersteuning en valpreventie, zoals rollators, scootmobielen, alarmering(sapparatuur) en valprotectie- en detectiemiddelen.

Hier en daar zijn ook sommige zorgverzekeraars actief op dit terrein, zoals in Groningen, maar de betrokkenheid is beperkt. De gemeenten en GGD'en hebben wel vaak een grote betrokkenheid. De GGD'en vervullen daarbij vaak een initiërende, regisserende en coördinerende rol. De betrokkenheid van gemeenten is daarom ook van belang, omdat daar vaak de noodzakelijke intersectorale aanpak gerealiseerd kan worden. Bij invoering van de WMO zal deze rol van de gemeente in dit opzicht mogelijk nog worden versterkt. Voor wat betreft de inrichting van de woonomgeving en de openbare ruimte is naast voor de gemeenten ook een rol weggelegd voor de woningcorporaties.

Ouderenorganisaties zijn of worden ook vaak bij preventieprogramma's betrokken. Dit gebeurt vooral ook omdat de effectiviteit van de interventies duidelijk lijkt te winnen bij een betrokkenheid van de doelgroep. Dat is bij de valpreventie extra van belang, omdat individuele oudere burgers meestal hun eigen valrisico veel te optimistisch inschatten.

Het aantal bruikbare interventies voor valpreventie bij ouderen is legio, en van een aantal is door evaluatie en onderzoek inmiddels aangetoond, dat zij ook in de praktijk werkzaam zijn. Toch hebben veel van deze bewezen interventies nog geen landelijke invoering gekregen. Een concept waar al zeer lange tijd mee gewerkt wordt onder de naam 'Meer Bewegen voor Ouderen' (MBVO), ten dele ontwikkeld binnen de thuiszorg, blijkt overigens weinig effectief ten aanzien van valincidenten. Wel kan daar een preventieve werking van uitgaan op andere gebieden.

Zowel in de algemene kennis over succesvolle PG-interventie, als in de specifieke literatuur over interventies ten aanzien van vallen bij ouderen wordt een multifactoriele aanpak als het meest succesvol gezien. Dit pleit tevens voor een meer gemeenschappelijke aanpak, zowel vanuit de individuele gezondheidszorg als vanuit de publieke gezondheid. Vaak is ook een sleutel tot succes om zich niet alleen te richten op het voorkómen van één specifiek(e) aandoening of risico, maar een multipurpose benadering te kiezen.

Coördinatie en regie

Het grootste probleem lijkt dus te zijn, dat de vele initiatieven ongecoördineerd en ongeregisceerd verlopen, en dat er mede daardoor vaak geen brede implementatie en structurele inbedding plaatsvindt. Coördinatie vindt inmiddels wel plaats rond de kennisvergaring op dit terrein via ZonMw, het Kennisnetwerk Valpreventie en de activiteiten van de Stichting Consument en Veiligheid. Maar coördinatie van de preventiepraktijk ontbreekt nog duidelijk. De landelijke overheid zou hierin het voortouw kunnen nemen. Bijvoorbeeld door het gegroeide kennisnetwerk meer structureel te ondersteunen en door voor de praktische uitvoering een coördinatiepunt te creëren c.q. aan te wijzen.

Best practices selecteren en landelijk uitrollen

Vanuit het Kennisnetwerk en een dergelijk coördinatiepunt zouden de uit evaluatie bovendrijvende ‘best practices’ voor verschillende settingen (kliniek, verpleeg- en verzorgingshuis, eerstelijns- en thuiszorg) geselecteerd moeten worden, zoals nu bijvoorbeeld gebeurt met het succesvolle ‘Halt u valt’-programma. Daarbij zou ook overwogen moeten worden regionale coördinatiecommissies aan het landelijk coördinatiepunt te verbinden (South Australia). Mogelijk ligt hier ook een belangrijke ingang voor actieve bemoeienis van de zorgverzekeraars.

Risicocommunicatie naar de doelgroep

Een van de belangrijkste struikelblokken bij de valpreventie is de te lage risico-inschatting door de doelgroep zelf. Hieraan zal dus in het beleid veel aandacht besteed moeten worden. Intermediaire organisaties, zoals ouderenbonden en SCV kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. In Angelsaksische landen spreekt men in dit verband heel toepasselijk van “Don’t mention the f-word”. In Engeland is een handleiding ontwikkeld hoe deze risicocommunicatie ten aanzien van valincidenten het beste kan worden aangepakt (Yardley and Todd 2005). Jaarlijks wordt ook een National Falls Awareness Day gehouden (www.helptheaged.org.uk).

Verder stimuleren bedrijfsleven

Zoals gezegd liggen er voor het bedrijfsleven ook belangrijke mogelijkheden in de valpreventie. Vanuit het landelijk en gemeentelijk beleid zou bezien moeten worden in hoeverre het bedrijfsleven verder gestimuleerd moet en kan worden om aangepaste apparatuur, mobiliteitshulpmiddelen en alarmerings- en bewakingsapparatuur te ontwikkelen en voor ouderen bereikbaar te maken. Hierbij is ook de relatie met de WVG en de toekomstige Wmo in het geding.

Intersectoraal beleid

Zoals aangegeven is ook de inrichting van de openbare ruimte een belangrijk element bij de valpreventie. Grotere gemeentes zouden kunnen overwegen een eigen ‘hobbeltelefoon’ in te stellen om zo knelpunten vanuit de bevolking te kunnen laten doorgeven en daarop incidentele, maar ook meer structurele actie te ondernemen. Verder zou overwogen kunnen worden, mede ook in het kader van de komende Wmo de financiële toegankelijkheid tot preventiemiddelen te realiseren, voor zo ver dat nu nog niet het geval is.

Bijlage 1

Literatuur

Berg Jeths A van den, e.a., Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. SCP, Den Haag, 2004.

Cochrane Library, Prevention of Hip Fractures, 2003 en 2004.

Dejaeger E, Vallen bij ouderen. Behoeftte aan een algemeen beleid. Tijdsch Gerontol Geriatr 36 (2005) p. 138-9

Emmelot-Vonk MH, Voorkomen dat ouderen vallen, een sleutelrol voor valklinieken. Tijdsch Gerontol Geriatr 36 (2005) p.165-171

Gillespie LD, ea. Interventions for preventing falls in elderly people (Cochrane review). The Cochrane Library, issue 2, Chichester, 2005.

Graafmans W, Risk Factors for Fractures in the Elderly. Proefschrift, Amsterdam, 1997.

Kennisnetwerk Valpreventie Senioren. Nieuwsbrieven.
www.kennisnetwerkvalpreventie.nl

Laet Chr de, Osteoporosis and fracture prevention: Costs and effects on the Rotterdam Study. Proefschrift, Rotterdam 1999.

McClure R, ea. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries (Cochrane review). The Cochrane Library, issue 2, Chichester, 2005.

Milisen K, e.a. Valincidenten bij thuiswonende ouderen: een pilotstudie naar prevalentie, omstandigheden en gevolgen in Vlaanderen. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 35 (2004) p.15-20

Ministerie VWS. Brancherapport Preventie.
www.minvws.nl

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen. Alphen aan de Rijn 2004.

Nicolaus T. Gang, Gleichgewicht und Stürze. Deutsches Medizinisches Wochenschrift 130 (2005) p.957-64

Pluijm S, Predictors and consequences of falls and fractures in the elderly. Proefschrift, Amsterdam 2001.

Porthouse J, ea. Randomized controlled trial of calcium and supplementation with cholecalciferol (vitamin D3) for prevention of fractures in primary care. *BMJ*, 330 (2005) p.1003 ev.

Rayne WA, ea. Prevention of Fall-related Injuries in Long-term Care. *Arch. Intern. Med.* 165 (2005) p.2293-98.

RIVM. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheids Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven 2006.

Skelton D, Evidence-based Falls Prevention into Practice. Copenhagen, 2005

Stel VS, Implementatie van risicoprofielen voor vallen bij zelfstandig wonende ouderen. In: Ouder worden, een kwetsbaar succes. Inaugurale rede DJH Deeg. LASA, Amsterdam 2004.

Vermeulen M. en R. Schildmeijer. Meerwaarde van het Kennisnetwerk Valpreventie. TNS NIPO Consult, Amsterdam juli 2005.

Yardley L. and Chr. Todd. Encouraging Positive Attitudes to Falls Prevention in later life. Help the aged, London, 2005.

ZonMw. Preventie loont, deel 2 Ouderen. Den Haag 2005.

Bijlage 2

Selectie van informatie over het valpreventiebeleid in andere landen en internationaal

Australië

National Falls Prevention for older people Plan: 2004 onwards.
Commonwealth of Australia, Canberra 2004

South East “Falls in the Elderly” Project. Millicent S.A. 2000

België

Laeken, Mv. “Oeps? Boebs! Blijf op eigen benen staan”.
Projecthandleiding, 2005. www.vig.be

Canada

A Best Practices Guide for the Prevention of Falls among Seniors Living in the Community. Minister of Public Works and Government Services, Ottawa, 2001.

Hong Kong

Guideline for Prevention and Management of Elderly Falls.
Hong Kong, 2005.

Nieuw Zeeland

Prevention of Hip Fracture amongst People aged 65 years and over.
New Zealand Guidelines Group, Wellington, 2003.

Schotland

Accident Prevention and safety promotion: strategic statement. Health Education Board for Scotland., Edinbrough, 1997.

Verenigde Staten

Falls among Older Adults: Strategies for Prevention. Washington State Department of Health, 2002.

Preventing household/recreational injuries. U.S. Preventive Services Task Force, 2005

Verenigd Koninkrijk

Royal College of Nursing. Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people. NICE, London, 2004.

All Party Parliamentary Osteoporosis Group. Falling short: Delivering Integrated Falls and Osteoporosis Services in England. APPOG, London, 2004.

WHO

What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be implemented?

WHO, Health Evidence Network (HEN) 2004.

Zweden

Sweden: Safety of the elderly. OECD Studies in Risk Management. OECD, Parijs, 2006.

'Fijn stof' in de buitenlucht

M.G. Wats, arts
Drs. A.E.M. de Hollander

Inhoudsopgave

	Samenvatting	261
1	Inleiding	264
1.1	Stof en onze gezondheid	267
1.2	Een nieuwe benadering voor risico's	270
2	Visie actoren	273
2.1	Landelijke beleid	273
2.2	Aard en omvang gezondheidsschade	275
2.3	Beleid en besluitvorming in Nederland	276
2.4	Besluitvorming in de EU	279
2.5	Conclusies	281
3	Beschouwing in het kader van het RVZ advies	283
3.1	Omgaan met complexiteit	283
3.2	Nederland en Europa	285
	Conclusie	288
	Bijlagen	
1	Beschrijving van het besluitvormingsproces dat de Gemeente Nijmegen opgezet heeft ter verbetering van de luchtkwaliteit	290
2	Geconsulteerden	293
3	Schema	294
4	Literatuur	295

Samenvatting

Anders dan de actuele discussies en de aandacht in de media doen vermoeden, is het fijnstofprobleem geen nieuw probleem. Al zo'n 15 jaar wordt er beleid gemaakt op Europees niveau en in Nederland nog langer. De lucht is in Nederland de afgelopen decennia aanzienlijk schoner geworden. Fijn stof in de buitenlucht wordt vooral veroorzaakt door verbranding van fossiele brandstoffen, maar ook door opwaaien en aanwaaien van bodemstof en zeezout. Er is veel gepubliceerd over de gezondheidseffecten van 'fijn stof'. Er is een oorzakelijk verband tussen blootstelling aan door fijn stof gekarakteriseerde 'deeltjesvormige' luchtverontreiniging en ongezondheid. Er is nog wel onzekerheid over de precieze aard en ernst van die effecten, de manier waarop ze tot stand komen en vooral over wat de schadelijke onderdelen van het mengsel zijn. Dat laatste betekent ook dat de gezondheidsopbrengsten van bestrijdingsmaatregelen nog lastig in te schatten zijn.

De manier waarop in Nederland beleid tot stand is gekomen, heeft tot nogal wat maatschappelijke controverse geleid, een situatie die gekenmerkt wordt door sterke juridisering. Hoe is de huidige situatie ontstaan? Europa stelt normen voor de luchtkwaliteit voor de lidstaten. In 1996 is de Kaderrichtlijn luchtkwaliteit in de EU van kracht geworden. In 2001 heeft Nederland uitvoering gegeven aan de Europese richtlijn in het Besluit Luchtkwaliteit. Nederland volgt de richtlijn nauwgezet. In het Besluit Luchtkwaliteit is een juridische koppeling aangebracht tussen de goedkeuring van bouwprojecten en het halen van normen voor luchtkwaliteit. Dat is een belangrijke oorzaak van de huidige commotie. De norm is nu een verplichting geworden en Nederland haalt de normen op een aantal plaatsen niet. Door de koppeling leidt overschrijding van de norm tot stagnatie van bouwprojecten; momenteel liggen ongeveer 40 projecten stil. Dit heeft grote economische gevolgen. In de recent aangenomen Wet luchtkwaliteit (maart 2006) creëert het kabinet meer ruimte voor bouwprojecten. Staatssecretaris Van Geel heeft daartoe het Nationaal Samenwerkingsprogramma Luchtkwaliteit gelanceerd. In dit programma worden inspanningen verwoord om de grenswaarden op zo kort mogelijke termijn te halen (900 miljoen voor o.a. roetfilters). Deze maatregelen zijn als het ware bedoeld als 'compensatie' voor de bouwprojecten.

Mede hierdoor is het fijnstofprobleem niet alleen een technisch milieu-gezondheidsprobleem, maar ook een maatschappelijk en politiek probleem, gekenmerkt door een grote diversiteit aan tegenstrijdige en soms grote economische belangen, tezamen met wetenschappelijke onzekerheden. In de nota Nuchter omgaan met risico's beschrijft het Milieu en Natuurplanbureau (MNP 2003) een model voor de aanpak van dergelij-

ke complexe risicoproblemen. Daarbij verschuift het doel van louter gezondheidsbescherming (van het gevoeligste individu) naar doelmatige en billijke gezondheidsbescherming. En verder naar primair vertrouwen, consensus en 'empowerment' in de samenleving. Deze open benadering gericht op het ontwikkelen van draagvlak en consensus is bij de aanpak van het fijnstofprobleem niet gevolgd, hoewel het dossier allerlei kenmerken van een complex probleem heeft.

Deze achtergrondstudie illustreert dat dit tot veel ineffectieve discussies heeft geleid en soms tot oplossingen met veel kosten en onduidelijke gezondheidswinst. Om een indruk te krijgen van de visie van betrokkenen op de huidige situatie is een actorenanalyse gedaan. Daarvoor zijn betrokkenen uit landelijke overheid, gemeenten, GGD, kennisinstituten, adviesbureaus en wetenschap geïnterviewd en is een beknopte literatuurstudie gedaan.

Uit deze analyse blijkt dat betrokkenen het op een aantal punten eens zijn. Volgens de geïnterviewden gaat veel creativiteit en tijd verloren aan discussies over normen, metingen en effecten, terwijl het uiteindelijke doel, bescherming van de gezondheid naar de achtergrond is verdwenen. Op onderdelen verschillen de betrokkenen van mening. Deels doordat zij andere belangen hebben, deels doordat zij het materiaal (wetgeving, uitkomsten van onderzoek) anders interpreteren en ook doordat zij de onzekerheden anders waarderen. Ondanks deze verschillen en de lange historie van het dossier lijkt het, op basis van deze eerste analyse nog steeds zinvol om een platform te creëren voor een open communicatie tussen de betrokkenen. Eén van de planbureaus of het ministerie van VROM zouden hiervoor het initiatief kunnen nemen.

Deze achtergrondstudie biedt ook twee specifieke conclusies voor het RVZ-advies en meer in het bijzonder voor het ministerie van VWS. Ten eerste geeft de analyse aan dat het van belang is de complexiteit van en onzekerheid rond preventievraagstukken goed in te schatten en de te volgen benadering daar op af te stemmen. Het succesvol aanpakken van dergelijke vraagstukken valt of staat bij de betrokkenheid van alle belanghebbenden. Uiteraard zijn er volksgezondheidsproblemen waar VWS primair zelf voor verantwoordelijk is. Dan zou het departement kunnen overwegen in bepaalde gevallen de in Nuchter omgaan met risico's (MNP, 2003) voorgestelde benadering zelf toe te passen. Het gaat daarbij om het verkrijgen van consensus over de aard en omvang van het probleem en over de te volgen aanpak.

Een aantal vraagstukken van volksgezondheid ligt echter op het gebied van andere departementen. VWS dient dan goed te bewaken of het gezondheidsbelang op een goede manier gediend wordt. Soms is extra aandacht nodig als andere ministeries te weinig, juist te veel of 'verkeer-

de' dingen dreigen te gaan doen. Dan moet VWS zich in de discussie mengen, bijvoorbeeld door het aanleveren van technische kennis. Afspraken over taakverdeling met andere departementen betekent dus in ieder geval niet dat VWS-inspanningen en investeringen in de besluitvorming tot zijn eigen domein kan beperken. VWS moet er voor pleiten dat gezondheid onderdeel is van kabinetsbrede investeringsbeslissingen. Gezondheid(-swinst) staat nu te vaak buiten haakjes bij dergelijke beslissingen.

Ten tweede illustreert de analyse het belang van tijdige, kwalitatief hoogwaardige en langdurige aanwezigheid van beleidsmakers in Brussel. Nederland beperkt zich nu vaak teveel tot de ministerraad. Vooral omdat de beïnvloedingsmogelijkheden in de voorbereidingsfase groter zijn dan in de besluitvormingsfase. De EU is geneigd normen op doelen te formuleren en weinig aandacht te besteden aan de praktische consequenties van de normen in termen van haalbaarheid, van gedrag en (neven)effecten. Dat vraagt bewaking en beïnvloeding van de besluitvorming. Als het over puur VWS gerelateerde onderwerpen gaat spreekt het voor zich dat VWS daar zelf in investeert. Maar ook voor volksgezondheidsproblemen die primair door de andere departementen behartigd worden, is de specifieke kennis van VWS op het gebied van volksgezondheid een onontbeerlijke aanvulling op de kennis van de andere departementen. Daarnaast is inzet van experts een belangrijk belang. Nederland lijkt in dat opzicht zijn zaakjes voor fijn stof op orde te hebben gehad.

1 Inleiding

De laatste tijd is een flink aantal artikelen in kranten en tijdschriften verschenen over fijn stof. Kleine zwevende deeltjes die vooral door verkeer en industrie in de lucht uitgestoten worden en die schadelijk zijn voor onze gezondheid. Het gaat niet om een nieuwe vorm van luchtverontreiniging; het bestaat al sinds de mens vele millennia geleden het vuur leerde beteugelen. Fijn stof heeft, evenals andere vormen van luchtverontreiniging, ook al langere tijd de aandacht. Niet zonder succes; de lucht is waarschijnlijk nooit schoner geweest dan nu. De ontwikkeling van schonere motoren en het sluiten van kolencentrales hebben hun vruchten afgeworpen. De samenstelling van het mengsel is uiteraard wel veranderd.

De oorzaak van de recente discussies in de media is de Europese norm voor luchtkwaliteit die op 1 januari 2005 niet langer een streefwaarde, maar een verplichting is geworden. In Nederland is het halen van deze normen bovendien gekoppeld aan de toestemming voor grote bouw- en infrastructurele projecten. Nederland haalt de huidige EU normen niet en de Raad van State heeft daarom een aantal bouwprojecten stilgelegd. Dit heeft flink bijgedragen aan het maatschappelijke debat. Wetenschappers, gemeenten, werkgevers, milieuorganisaties en politiek zijn de belangrijkste deelnemers aan het debat. De discussies laten zien dat het fijnstofprobleem complex is en bovendien omgeven met nogal wat inhoudelijke onzekerheden.

Wat is het probleem?

Het antwoord op deze vraag kan op meerdere niveaus gegeven worden. In de basis is het fijnstofprobleem een milieuprobleem met gevolgen voor de gezondheid. Fijn stof is een verzamelbegrip voor deeltjes uitgestoten door verkeer, industrie, maar ook deels van natuurlijke herkomst. Vooral de (ultra) kleine deeltjes (<100nm en 100nm- 2,5 μ m) die overwegend door verkeer en industrie geproduceerd worden, zijn schadelijk voor de gezondheid. Hoe deze schade ontstaat, is nog niet precies bekend. En ook over de exacte omvang van het gezondheidsprobleem is nog onzekerheid. De gezondheidsschade kan uiteenlopen van vroegtijdige sterfte onder mensen met een zwakke gezondheid (enkele dagen of maanden) tot meer structurele effecten op de levensverwachting, vergelijkbaar met de effecten van cholesterol of roken. Er worden getallen genoemd van enkele procenten tot 15% van de totale ziektelast in Nederland en vele duizenden doden per jaar.

Het fijnstofprobleem is niet alleen een technisch, maar vooral ook een maatschappelijk probleem. Er zijn grote veranderingen nodig om de luchtverontreiniging bij de bron aan te pakken, met grote economische

gevolgen. Daarnaast zijn er wetenschappelijke onzekerheden, bijvoorbeeld als het gaat om (de onderzoeken naar) de omvang van de gezondheidseffecten, de meetmethoden, de samenstelling en de herkomst van het stof. Deze wetenschappelijke onzekerheden maken dat onderzoekers en deskundigen ook als 'partij' (moeten) worden gezien in de landelijke en Europese discussies. Voor zover al mogelijk, kan men zich niet beroepen op 'ware' onaantastbare kennis.

Het fijnstofprobleem is daarnaast een beleidsprobleem. In Brussel is enige jaren geleden besloten, mede onder invloed van sterke wetenschappelijke lobby, om tot een dwingende norm te komen voor de EU. Nederland heeft een strenge interpretatie aan de norm gegeven. Zo is onder andere een juridische koppeling aangebracht tussen toestemming voor ruimtelijke ordening en stedenbouwprocessen en het halen van de norm. De huidige en te verwachten overschrijdingen van de norm veroorzaken dus stagnatie van bouwprojecten. Daarmee is een milieu c.q. gezondheidsprobleem 'verandert' in een economisch c.q. ruimtelijke ordeningsprobleem waar gemeenten, ondernemend Nederland en een aantal ministeries bij betrokken zijn geraakt.

Om lokaal aan de norm te voldoen en zo bouwprojecten doorgang te laten vinden, wordt nu veel geld uitgegeven. Bijvoorbeeld voor schermen langs snelwegen. Geld, waarvan niet duidelijk is welke gezondheidswinst ermee gehaald wordt. Andere oplossingen, zoals ringwegen, kosten niet alleen geld, maar ook schaarse ruimte en landelijkheid. Samengevat zit Nederland met de Europese norm die het gezondheidsbelang verabsoluteert en die kosten veroorzaakt waarvan niet met zekerheid vast te stellen is welke bijdrage zij leveren aan het oorspronkelijke doel, namelijk gezondheidswinst.

Uiteindelijk is het fijnstofprobleem zo een uitermate politiek probleem geworden met veel tegengestelde belangen en visies. De notitie Nuchter omgaan met risico's (Milieu en Natuurplanbureau, 2003) stelt dat bij dergelijke problemen niet met absolute normstelling gewerkt moet worden en doet een voorstel voor een andere benadering. Dat is de basis voor deze notitie.

Het beleid voor fijn stof

Op Europees niveau worden de belangrijkste afspraken over luchtkwaliteit gemaakt door de Economische commissie voor Europa van de Verenigde Naties (Unece) en in de Europese unie. Europa stelt normen voor de luchtkwaliteit voor de lidstaten. In 1996 is de Kaderrichtlijn luchtkwaliteit in de EU van kracht geworden. Onder deze Kaderrichtlijn valt een aantal dochterrichtlijnen die uitwerkingen zijn voor specifieke stoffen. Tot de eerste van deze serie behoort de fijnstofrichtlijn. Deze dochterrichtlijnen geven aanwijzingen voor implementatie en naleving

van de normen. Zo is het aantal meetstations en de meetapparatuur aangegeven. De richtlijn biedt ook mogelijkheden om, onder voorwaarden natuurlijke productie van fijn stof af te trekken. In het zogenoemde CAFE programma van de Europese commissie verwoordt de commissie zijn beleid om de luchtkwaliteit te verbeteren en geeft daarmee invulling aan de richtlijn. Bij dit proces zijn vertegenwoordigers van de lidstaten, industrie, milieuorganisaties en wetenschappers (ook de WHO) betrokken.

In 2001 heeft Nederland uitvoering gegeven aan de Europese richtlijn in het Besluit Luchtkwaliteit. Nederland volgt de richtlijn nauwgezet. Een belangrijke oorzaak voor de huidige situatie is dat sinds de inwerkingtreding van het Besluit Luchtkwaliteit een juridisch regime in werking is getreden waardoor bouw- en uitbreidingprojecten kunnen worden geblokkeerd of moeten worden bijgesteld (er mogen geen nieuwe situaties gecreëerd worden die niet voldoen aan de luchtkwaliteitsnormen). Met andere woorden, er bestaat volgens de Nederlandse milieuregeling een koppeling tussen de goedkeuring van bouwprojecten en het halen van normen voor luchtkwaliteit. Nu de norm een verplichting is geworden (1-1-2005) toetst de Raad van State ontwikkelingsprojecten aan de norm. Dit leidt tot stagnatie van grote en kleinere bouwprojecten momenteel liggen ongeveer 40 projecten stil, meestal omdat gevreesd wordt voor de toekomstige luchtkwaliteit. Volgens de VNG leidt dit in ongeveer de helft van de gemeenten tot problemen op het gebied van ruimtelijke ordening.

Recent kwam staatssecretaris Van Geel met een nieuw voorstel voor de Wet luchtkwaliteit (maart 2006) waarmee het kabinet meer ruimte wil creëren voor bouwprojecten. Hij heeft daartoe het Nationaal Samenwerkingsprogramma Luchtkwaliteit gelanceerd. In dit programma worden inspanningen verwoord om de grenswaarden op zo'n kort mogelijke termijn te halen (900 miljoen o.a. voor roetfilters). Deze maatregelen zijn als het ware bedoeld als 'compensatie' voor het mogelijk overschrijden van normen bij de bouwprojecten. Tevens is er een grenswaarde voor de omvang van de te toetsen projecten ingesteld (groter dan 2000 woningen). Momenteel is de Europese Commissie bezig met herziening van de normen. De normen worden meer gericht op de kleine deeltjes (PM 2,5). Inmiddels beraadt de Europese Commissie zich op afzwakking van de normen, bijvoorbeeld door toe te staan de 'natuurlijke' fracties van het mengsel af te trekken. Tegelijkertijd zou Europa breed ingezet moeten worden op pakketten van bronmaatregelen. Die afzwakking kan wel even op zich laten wachten. Landen met veel oppervlakte en weinig inwoners, zoals de Finnen of Zweden, hebben uiteraard geen last van de normen.

Werkwijze en leeswijzer

‘Nuchter omgaan met risico’s’ is in 2003 gepubliceerd door het Milieu en Natuurplanbureau (MNP). Dit rapport beschrijft een aantal nieuwe benaderingen voor het omgaan met risico’s in de samenleving. De te volgen strategie bij een (milieu)bedreiging kan afhangen van de complexiteit van het risicoprobleem, de diversiteit van de betrokken belangen en de mate van zekerheid over de risico’s. Het fijnstofprobleem lijkt zich goed te lenen voor één van de beschreven strategieën.

Deze achtergrondstudie beschrijft allereerst het beleid en geeft technische informatie o.a. over de risico’s en de onzekerheden. Daarna volgt een beschrijving van de strategieën zoals het MNP die destijds voorstelde.

Hoofdstuk 2 beschrijft vervolgens hoe de betrokkenen tegen het fijnstofprobleem aankijken. Daarvoor is een aantal interviews met een aantal betrokken partijen (departementen, gemeenten, GGD’en, wetenschappers op het gebied van transport, (gezondheids)risicoanalyse en economie, advies en planbureaus) gehouden. Op die manier ontstaat een analyse van de huidige situatie. En wordt het mogelijk een eerste antwoord te krijgen op de vraag of een gestructureerde discussie tussen stakeholders zinvol zou kunnen zijn en welke verschillen van inzicht daarbij naar voren komen.

Hoofdstuk 3 plaatst die analyse in het bredere kader van het RVZ advies Publieke gezondheid. In dat advies wordt deze achtergrondstudie gebruikt ter illustratie van de wijze waarop omgegaan kan worden met complexe besluitvormingsprocessen met onzekerheid. Naast onzekerheid spelen er bij dit soort processen ook vaak veel verschillende en tegenstrijdige belangen. Voor de publieke gezondheid betekent dit dat het gezondheidsbelang in een dergelijk proces niet het enige en allerbelangrijkste belang is, maar afgezet moet worden tegen andere belangen. De fijnstofcasus illustreert het belang van een benadering zoals het MNP die voorstelt. Daarnaast komt in deze casus ook de invloed van de EU op het Nederlandse (gezondheids)beleid aan de orde. Ook deze analyse zal in het advies van de RVZ een plaats krijgen.

1.1 Stof en onze gezondheid

‘Fijn stof’ bedreigt de gezondheid

In de afgelopen 15 jaar heeft een indrukwekkende reeks van epidemiologische studies laten zien dat blootstelling aan fijne stofdeeltjes gekarakteriseerde luchtverontreiniging onze gezondheid schaadt. Er zijn vooral veel onderzoeken beschikbaar die met geavanceerde statistiek de van dag tot dag niveaus van luchtverontreiniging in verband brengen met routinematig geregistreerde cijfers over ziekenhuisopname en sterfte. Deze

onderzoeken hebben een relatief sterk oplossend vermogen (veel waarnemingen) en laten zien dat mensen wat vaker sterven op of rond dagen dat de luchtverontreiniging als gevolg van meteorologische omstandigheden ongunstig is. Hetzelfde geldt voor ziekenhuisopnames bij plotselinge verergering van aandoeningen als hartvaatziekte, longontsteking of COPD. Waarschijnlijk gaat het hier vaak om oudere personen met een zwakkere gezondheid, soms al in het stervensproces. Een kleiner aantal studies volgt personen gedurende langere tijd. Hierbij is de overleving van deelnemers aan grote, voor een ander doel opgezette cohortonderzoeken (meestal op groepsniveau) in verband gebracht met de luchtkwaliteit in hun woonplaats. Deze onderzoeken wijzen op een veel krachtiger en bovendien structureel effect van luchtverontreiniging op de gezondheid. Hier zou het om een fors verlies aan (gezonde) levensjaren kunnen gaan. Het oplossende vermogen van deze studies is echter kleiner en de resultaten ervan kunnen op verschillende manieren vertekend zijn, bijvoorbeeld als luchtverontreiniging samenhangt met andere belangrijke omstandigheden, zoals lage opleiding, of minder gunstige woon- en werkomstandigheden. Bovendien wijzen niet alle resultaten van deze onderzoeken dezelfde kant op.

Er zijn echter niet veel twijfels over een oorzakelijk verband tussen ‘deeltjesvormige’ luchtverontreiniging en ongezondheid. Zo voldoen resultaten van onderzoeken van ‘natural experiments’ in Utah Valley (langdurige staking bij een lokaal hoogovenbedrijf), Dublin (het uitbannen van kolen voor het stoken thuis) en Oost-Duitsland (energietransitie na de éénwording) behoorlijk goed aan de strengste oorzakelijkheidscriteria voor epidemiologisch onderzoek. Wel is er nog steeds veel onzekerheid over de precieze aard en ernst van de effecten, de manier waarop het door deeltjes gekarakteriseerde mengsel onze gezondheid aantast en juist die bestanddelen van dat ingewikkelde mengsel die de ‘kwaaië pier’ zouden kunnen zijn. Gezien de relatief lage blootstelling moet het wel om bijzonder toxische bestanddelen gaan. Aan de andere kant worden vooral door het verkeer enorme hoeveelheden ultrafijne deeltjes uitgestoten, die weliswaar nauwelijks in gewicht bijdragen (en fijn stof wordt op gewichtsbasis gemeten), maar wel in grote aantallen in de longblaasjes kunnen worden teruggevonden.

Er worden wel regelmatig nieuwe veronderstellingen over de onderliggende fysiologie gepubliceerd, maar geen daarvan is nog empirisch getoetst. Waarschijnlijk gaat het om een redelijk algemeen mechanisme, zoals (lokale) vermindering van de afweer, versnelling van de ‘natuurlijke’ afname van longfunctie, oxidatieve stress en als gevolg daarvan ontstekingsreacties in de luchtwegen en daarbuiten, bijvoorbeeld in de bloedvaten waar het de het ontstaan van atherosclerose kan bevorderen. Ook zijn er aanwijzingen dat blootstelling in samenhang met de hiervoor genoemde fysiologische processen het hartritme en de bloedstolling

ongunstig beïnvloed. De Amerikaanse epidemiologen Pope en Dockery hebben kortgeleden een uitvoerige literatuurevaluatie van het fijnstof-dossier gepubliceerd (Pope en Dockery, 2006).

Recente schattingen van het gezondheidsverlies variëren van enkele duizenden ‘vervroegde’ sterfgevallen per jaar (op basis van de dag-tot-dag-studies) tot ongeveer 18.000 gevallen van voortijdige sterfte, als we min of meer ‘blind’ de blootstellingrespons relaties uit twee Amerikaanse cohortstudies van toepassing verklaren op Nederland. De hoogste schattingen van ziektelast door luchtverontreiniging reiken tot aan maximaal 15% van de totale ziektelast in Nederland (Knol en Staatsen, 2005).

Wat bedoelt ‘fijn stof’ te wezen

Met ‘fijn stof’ meten we een mengsel van luchtverontreiniging dat bestaat uit zwevende kleine en grote deeltjes, vloeibaar en vast, zoutkristallen (‘witstof’ dat secundair ontstaan uit verbrandingsproducten zoals zwavel- en stikstofoxiden) of minuscule teerachtige condensatiedeeltjes van verbrandingsproducten, dat vergezeld gaat van een groot aantal gasvormige componenten. De luchtverontreiniging ontstaat als gevolg van het verbranden van fossiele brandstoffen, mechanische processen (slijtage van banden, remvoeringen en wegdek of erosie van geologisch materiaal of stenen), kristallisatie van zouten van sulfaten, nitraten of ammonium en het voortdurend opwaaien en aanwaaien van (bodem)stof of zeezout. Uiteraard kan dit mengsel van plaats tot plaats en van tijd tot tijd in samenstelling sterk verschillen.

Over heel Nederland is minder dan de helft van het stof afkomstig van menselijke activiteit, zoals verkeer, landbouw of industrie, ongeveer tweederde daarvan is weer afkomstig uit het buitenland. Een flink deel is dus van niet-menselijke oorsprong, vooral bodemstof en zeezout. Lokaal, vooral in verkeersdruk stedelijk gebied kan de antropogene (door de mens veroorzaakte) bijdrage echter aanzienlijk hoger zijn. Welke van de genoemde onderdelen van het stofmengsel nou precies de gezondheid bedreigen is onduidelijk. Wel wijzen de meeste deskundigen naar de fijnere fractie van koolstofachtige primaire uitstoot (‘zwartstof’).

Een ander probleem zijn de metingen. ‘Fijn stof’, gemeten als gewicht van een bepaalde fractie is een betrekkelijk onbeholpen maat voor de (mogelijk) relevante luchtverontreiniging. De maat is niet representatief voor de gezondheidkundig relevante bestanddelen, maar meet ook bestanddelen die van nature in de lucht voorkomen, zoals zeezout en bodemstof. Er is geen waterdichte garantie dat het terugdringen van de met deze maat gemeten luchtverontreiniging ook daadwerkelijk tot minder gezondheidsschade zal leiden (zelfs los van bovengenoemde causaliteitskwestie). Overigens representeert PM_{2,5} de gevaarlijke componenten waarschijnlijk al aanzienlijke beter dan PM₁₀.

Alsmaar schoner, en toch.....

Zoals gezegd is de lucht in 'geürbaniseerd' Nederland waarschijnlijk nooit schoner geweest dan nu, zeker sinds de industriële revolutie halverwege de 19e eeuw. De luchtkwaliteit is de afgelopen 10 à 15 jaar nog aanzienlijk verbeterd, vooral door schonere technologie (ondanks de volumegroei in het verkeer). De fijnstofconcentraties zijn met een kwart gedaald. De uitstoot van fijne roetdeeltjes van dieselmotoren is gehalveerd. Nationaal is slechts 15% van het 'fijne stof' nog afkomstig van Nederlandse bronnen en is dus met Nederlands beleid beïnvloedbaar. Lokaal kan die beïnvloedbare fractie overigens aanzienlijk hoger liggen. Desalniettemin kan Nederland niet overal voldoen aan de normen voor 'fijn stof' die in Brussel zijn afgesproken, te weten $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ als jaargemiddeld en een daggemiddelde van $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ dat maar 35 maal per jaar mag worden overschreden. Nederland heeft de mogelijkheden die de Kaderrichtlijn biedt voor differentiatie naar de lokale situatie niet benut. Ook de manier waarop we in Nederland de concentraties 'fijn stof' meten en modelleren mag voor Europese begrippen bijzonder streng heten¹. Volgens sommige betrokkenen vond minister Pronk die zeer strenge normen wel een prettige stok achter de deur, maar intussen lijken de consequenties vrij ernstig.

1.2 Een nieuwe benadering voor risico's

Nieuwe uitgangspunten

In de notitie 'Nuchter omgaan met risico's' legt het Milieu- en Natuurplanbureau enkele uitgangspunten neer voor een nieuwe benadering voor het omgaan met risico's (De Hollander en Hanemaaijer, 2003). In de eerste plaats stellen de auteurs dat kwantitatieve maten voor potentieel gezondheidsverlies (bijvoorbeeld kans maal effect) maar een zeer beperkte representatie van een risicoprobleem vormen, laat staan dat ze als universele risicopasmunt zouden kunnen functioneren aan de hand waarvan de aanvaardbaarheid van risico's als vuistregel kan worden vastgesteld. Bij de beoordeling van een gezondheidsrisico speelt een samenspel van omstandigheden rond de risicodragende activiteiten evenzeer een rol, zoals mate van vrijwilligheid van blootstelling, de vertrouwde ermee, het maatschappelijke voordeel, de verdeling van lusten en lasten, de veronderstelde beheersbaarheid ervan of het vertrouwen in de instituties (bijvoorbeeld de overheid) die erover moeten waken. Het toetsen van getalsnormen voor gezondheidsrisico's zal dus lang niet altijd tot een breed gedragen beoordeling leiden.

In de tweede plaats stellen de auteurs vast dat het traditionele uitgangspunt van gelijke bescherming op een relatief hoog niveau voor alle burgers overal in Nederland weliswaar zeer legitiem is, maar in voorkomende gevallen ook tot zeer inefficiënte inzet van middelen kan leiden (bij

wijze van spreken een paar maal het bnp om de laatste Nederlander onder het regime te brengen). Zij pleiten naast de klassieke risicobepaling en normstelling voor gemakkelijke risicoproblemen ('quick wins'), benaderingen te ontwikkelen voor meer gecompliceerde, controversiële of veelomvattende milieukwesties: de problemen die op de een of andere manier 'pijn' doen. Daarbij kan de doelmatigheid van maatregelen in het geding zijn (extreem duur, onzekere opbrengsten), controverse over de aard van het probleem, de bepaling van de ernst en de oplossingen of een dermate grote complexiteit of ongewisheid dat de wetenschap ernstig tekort schiet. Hierbij verschuift het doel van louter gezondheidsbescherming (van het gevoeligste individu) naar doelmatige en billijke gezondheidsbescherming, verder naar primair vertrouwen, consensus en 'empowerment' in de samenleving. Niet alleen het instrumentarium verbreedt zich van simpele kwantitatieve risicoanalyse, via kosten-batenanalyse en verdelingsanalyse tot aan geïntegreerde systeemanalyse met betrokkenheid van belanghebbende groepen om tot een breed gedragen definitie van problemen en oplossingen te komen (zie tabel 1). Immers, de wetenschap heeft in deze gevallen niet langer het monopolie op 'ware kennis'.

Tabel 1 Strategieën voor risicobeheersing voor verschillende typen van risicoproblemen als het gaat om uitdaging, instrumenten, oplossingen, doelstellingen en beslisregels (de Hollander en Hanemaaijer, 2004)

Problem	Instrument	Strategy (how?)	Solution (what?)	Goal	Rule
Simple, minor complexity	quantitative risk analysis	routine, cognitive discourse, involving agency, external experts	agreement on causality and effective measures	health protection	rights-based
	risk comparison	discussion on the usual interpretation of available data and uncertainty	application of general risk criterion (e.g. 10-6)	protection of most susceptible individual	
Appropriateness	analysis of cost-effectiveness and cost-benefit	cognitive and reflective discourse, involving agency, external experts, stakeholder experts	well-balanced measures given socio-economic and psychological context	efficient as well as fair health protection	rights and utility-based
	analysis of distribution effects	evaluating trade-off between maximizing health gains, equity and (opportunity) costs			
	historical analogies	deliberating compensation			
Incommensurability	multi-attributive utility analysis	cognitive and reflective discourse, involving agency, external experts, stakeholder experts	shared concept of problem and solutions	trust consensus	utility and technology
Controversy	sensitivity, uncertainty and scenario-analysis	social support for problem definition and delineation, relevant risk attributes and risk criteria and decision rules	dispel of mistrust, misunderstanding about mutual positions	empowerment	
	negotiated rule making		freedom of choice		
	historical analogies				
Ambiguity, ignorance	integrated assessments/system analysis	participative discourse, involving agency, external experts, stakeholder experts, democratic parties	'democratic' resolving of conflicts of values, preferences, concern, visions	maintaining resilience, flexibility, freedom of choice	technology and precaution
	analogy, what-if', fuzzy logic analyse			'no-regret'	
	public involvement: citizen panels, scenario workshops, focus groups etc.	seeking consensus in society		broad social acceptance	
	value-analysis	avoid postponement of management		sequential decision making	
		technology control: diversity, containment, flexibility, substitution development, transition management			
		close interaction between scientific development and policy formulating (sequential, flexible)			

2 Visie actoren

Plaatsen we het fijnstofprobleem in het schema uit de vorige paragraaf dan valt dit waarschijnlijk in de derde categorie. Er is nog ontoereikende kennis over de risico's en er zijn aanzienlijke belangentegenstellingen. Dat vraagt, volgens het model, om brede analyse van standpunten, waarbij de mening en medewerking van alle 'stakeholders' en experts gevraagd wordt; men moet een gedeeld idee ontwikkelen van de aard van het probleem en op basis van vertrouwen tot overeenstemming komen over een goede set van maatregelen. Deze benadering is bij de beleidsvorming voor het fijnstofprobleem niet gevolgd. Dat heeft geleid tot forse discussies in de media en lastige besluitvorming.

Zou het zinvol zijn om een dergelijk proces alsnog te starten? Om daar een eerste indruk over te krijgen, heeft de RVZ een aantal stakeholders geïnterviewd. Hen is gevraagd naar hun visie op het fijn-stofprobleem, op de huidige aanpak en op de oplossingen. Er is gesproken met landelijke en lokale overheden, wetenschappers, een planbureau, een adviesbureau en experts van de GGD (lijst met geïnterviewden in bijlage 2).

Dit hoofdstuk beschrijft waar zij het over eens zijn en waar tegengestelde meningen of belangen liggen. Op die manier ontstaat een eerste impressie van het speelveld. In deze notitie is zoveel mogelijk het gezondheids perspectief gekozen. Niet alleen omdat de notitie in het kader van een advies aan de minister van VWS geschreven is, maar vooral omdat gezondheidswinst één van de belangrijke doelen is.

2.1 Aard en omvang gezondheidsschade

Als het gaat om de aard en omvang van de gezondheidsschade zijn geïnterviewden het op een aantal punten met elkaar eens. Zo is iedereen er wel van overtuigd dat er een causaal verband is tussen de blootstellingen aan fijn stof en ongezondheid. Ook onderschrijft men dat er nog onzekerheid is over de precieze aard en ernst van die effecten, de manier waarop ze tot stand komen en vooral over wat de schadelijke onderdelen van het mengsel zijn. Verder is men er algemeen van overtuigd dat de samenstelling van het mengsel bepalend is voor de gezondheidseffecten en dat de kleine deeltjes waarschijnlijk het meest schadelijk zijn. Fijn stof is dus niet één begrip en de samenstelling kan lokaal wisselen. Dit betekent ook dat de gezondheidsopbrengsten van bestrijdingsmaatregelen nog lastig in te schatten zijn.

Er is daarbij echter vooral verschil van mening over de wijze waarop de resultaten van onderzoeken geïnterpreteerd moeten worden. Sommigen

beschrijven dat de inzichten in vijf jaar tijd enorm veranderd zijn, anderen stellen de waarde van de onderzoeken ter discussie.

Men is het eens met de stelling dat de lucht nog nooit zo schoon is geweest als nu en dat er sprake is van een tijdelijk probleem omdat de auto's steeds schoner zullen worden. Zover zijn we echter nog niet en we moeten ons inspannen om de luchtkwaliteit te verbeteren. Alle geïnterviewden noemen verkeer als de belangrijkste oorzaak en zijn dan ook voorstander van maatregelen die de uitstoot van verkeer terugdringen. Ook VNO-NCW onderschrijft het belang van terugdringing van de uitstoot van het verkeer (website VNO-NCW; Wientjes, 22 november 2005).

Het feit dat actoren geen afspraken maken over hoe om te gaan met de onzekerheden die het probleem kernmerken en de verschillen van inzicht leidt tot een aantal problemen. De actoren schetsen die als volgt:

Onderzoekers op het gebied van de gezondheidseffecten van luchtkwaliteit voelen zich onder druk gezet door het beleid dat zekerheid eist (Volkskrant, 4 maart 2006). De wetenschap kan dit, naar eigen zeggen, nog niet leveren. Zij vinden dat derden ten onrechte of onvoldoende geïnformeerd de waarde van hun onderzoeken ter discussie stellen en hen daarmee in een kwaad daglicht plaatsen (Hanekamp, Financiële Dagblad, 28 november 2005) en waarschuwen er voor de problemen niet te onderschatten.

Het Planbureau heeft besloten om een getal van 18.000 doden te publiceren. Hoewel daar, naar hun eigen zeggen, grote onzekerheid over was en nog steeds is. Als reden geven zij aan dat zij, uit hoofde van het 'voorzorg principe' tijdig moeten waarschuwen. Zij hadden gehoopt dat de onzekerheden over hun ramingen van 18.000 doden beter over het voetlicht te kunnen krijgen. Maar geven toe dat dit wellicht geen reële verwachting is geweest. Zij beschrijven hun moeilijke positie in geval van onzekerheid; te vroeg waarschuwen is gevaarlijk, maar wachten tot er meer zekerheid is met het gevaar te laat te waarschuwen, is ook ongewenst.

De beleidsmakers van hun kant vragen om een kader en verwijten de wetenschap van het steeds opnieuw publiceren van nieuwe (en vaak uiteenlopende) inzichten. Zij klagen over de onvoorspelbaarheid van het dossier. De wisselende berichtgeving verschaft de tegenstanders van hun beleid steeds weer ammunisie en geeft hen het gevoel achter de zaken aan te lopen. Dat maakt hen politiek heel kwetsbaar.

Zij vinden verder dat de experts (te) grote invloed hebben. Zo verwijst de heer Stadig naar het boekje van Boutelier als hij spreekt over 'de

macht van de experts'. Zoals ook in 'Nuchter omgaan met risico's' is aangegeven, zou de rol van de experts moeten veranderen naar mate ze niet beschikken over 'ware' kennis (faciliteren van zinnige discussie tussen belanghebbenden).

Samenvattend lijkt het mogelijk om overeenstemming over een aantal essentiële zaken te bereiken. Daarnaast is duidelijk dat alle partijen last hebben van het ontbreken van goede afspraken.

2.2 De norm en de metingen

Ook over de normen en de metingen is er op een aantal punten overeenstemming; geen van de geïnterviewden kan uit de voeten met de norm. Iedereen is het er over eens dat de huidige norm en de keuze voor de grenswaarden niet leidt tot het beste beleid (maximale gezondheidswinst met minimale schade voor de overige belangen in Nederland). Er wordt veel tijd besteed aan discussies over de hotspots (waar vaak geen mensen wonen), over de samenstelling van de fracties en over meetmethoden.

Om te beginnen onderschrijft iedereen dat de manier waarop we 'fijn stof' meten hoogst onbeholpen is. Het ligt niet voor de hand om een norm in termen van 'gewicht' te kiezen als de meest schadelijk deeltjes talrijk, maar heel licht zijn. Zulke deeltjes zweven als vanzelf en gedragen zich eigenlijk als gassen. Extreem gezegd, als er heel veel lichte en dus schadelijke deeltjes in een lokaal mengsel zitten, is de kans groot dat de meting onder de grenswaarde blijft. Bevat een mengsel veel zware deeltjes zal de meting hoger uitvallen maar is het mengsel minder schadelijk. Echter, zolang we niet precies weten welke onderdelen van het mengsel op welke manier schadelijk zijn, is het wegen van groottefracties van stof het beste wat we hebben.

Ten tweede vindt men dat de EU (bedoeld of onbedoeld) een relatief strenge grenswaarde voor de dagnorm gekozen heeft en een vrij soepele grenswaarde voor de norm voor het jaargemiddelde. Vanuit de gedachte dat Europa onder een soort grote stolp zit en fijn stof lang blijft rondcirkelen is die keuze niet logisch. Immers, het beleid richt zich door deze norm op de aanpak van de hot spots en niet op een structurele vermindering van de uitstoot van het verkeer. Ook deze bezwaren delen geïnterviewden.

Veel geïnterviewden beschrijven het vreemde mechanisme dat, nu de norm een grenswaarde is geworden, het beeld ontstaat dat men onder de norm 'veilig' is en boven de 'norm' niet veilig is. Daar komt nog eens bij dat de meetmethodes divers en ingewikkeld zijn en grote invloed op de resultaten hebben (Volkskrant, 4 maart 2006). De onduidelijkheid over

de meetresultaten zijn volgens wethouder Stadig te vergelijken met de situatie waarin een automobilist die een bekeuring krijgt voor te hard rijden (>50), maar de politieagent kan alleen aannemelijk maken dat de man ergens tussen de 20 en de 80 kilometer heeft gereden, nauwkeuriger kan hij niet meten. Goede metingen zijn echter duur en arbeidsintensief. Tot zover is er consensus.

Indien actoren samen zouden komen zou er echter ook forse onenigheid zijn. Deels zijn deze te verklaren door de (economische) belangen die actoren hebben. De meningsverschillen gaan over correctiefactoren, de bijdrage van de natuurlijke fracties (website VNO-NCW; Wientjes, 22 november 2005), maar ook over wat de EU nou precies oplegt aan zijn lidstaten. De EU laat een aantal onduidelijkheden bestaan over de implementatie en de handhaving van de norm. Zo is er onduidelijkheid over de mogelijkheden om de natuurlijke productie af te trekken bij het bepalen van de concentraties en geeft de EU geen antwoord op de vraag of de norm ook geldt voor gebieden waar geen mensen wonen. Partijen gebruiken deze onduidelijkheden om het beleid aan te vechten. Sommigen (VROM en sommige wetenschappers) zijn van mening dat de norm gewoon op alle plaatsen gehaald moet worden. Hun argumentatie is dat, binnen de grenzen van de maatschappelijke haalbaarheid, maximale inspanning vereist is om de productie van fijn stof te verminderen. Voor VROM is dit een logisch standpunt omdat zij, zoals zij zelf zegt, moeilijk kan uitleggen dat de norm ook geldt op plaatsen waar geen mensen wonen. Dit standpunt is ook verdedigbaar omdat men veronderstelt dat er geen niveau van blootstelling is zonder enig risico; no-effect-level. Anderen (vooral de gemeenten) zouden liever op een aantal plaatsen de norm overschrijden en op die manier een grote winst behalen in gebieden waar veel mensen wonen. De belangen lopen hier dus uiteen principes botsen hier met pragmatisme.

Toch zijn ook hier de controverses veel minder scherp dan ze zich in eerste instantie laten aanzien. Immers, men is het er in de kern over eens dat het doel is om de gezondheidswinst te vergroten en dat bronmaatregelen, bijvoorbeeld schonere motoren, daartoe de eerste keus zijn.

2.3 Beleid en besluitvorming in Nederland

Hoe kijken de actoren tegen het huidige beleid en de besluitvorming daarover aan? Ook hier zou op een aantal punten consensus te verkrijgen zijn. Zo zijn vele geïnterviewden van mening dat het huidige beleid niet rationeel is. Het is niet zeker dat het leidt tot de meeste gezondheidswinst per ingezette euro of tot het helpen van de meest getroffen. Wethouder Stadig uit Amsterdam beschrijft dit dilemma heel plastisch door te stellen dat hij met de vele miljoenen die hij nu moet inzetten

voor overkappingen van snelwegen, op plaatsen waar niemand woont, een fors aantal kinderen uit achterstandsgroepen een betere toekomst en gezondheid zou kunnen geven. Hieronder komen drie aspecten aan de orde. De koppeling met de bouwprojecten, de rol van VWS en de betrokkenheid van de burger.

Koppeling aan bouwprojecten

Geïnterviewden zijn het er over eens dat de koppeling van de norm aan goedkeuring van bouwprojecten een deel van het krachtenveld (bedrijven, belangenorganisaties en overheden) het zwijgen op legt. Eén van de belangen - het halen van de normen voor luchtkwaliteit domineert alle andere belangen. De effecten voor de gezondheid zijn onduidelijk en de economische gevolgen (vooral voor de bouw) zijn fors. Over de uiteindelijke uitkomsten van verdere de besluitvorming (900 miljoen) verschillen de geïnterviewden echter van mening.

Vooral gemeenten klagen hierover, het beleid stagneert de economie en leidt nauwelijks tot gezondheidswinst. Hun argument is dat de stad gebaat is bij concentratie van verontreinigende activiteiten (verkeersaders en bedrijven langs randwegen) op plaatsen waar minder mensen wonen of langdurig verblijven. Dit beleid wordt doorkruist door de norm. Gemeenten zeggen tegenstrijdige opdrachten van het Rijk te krijgen; de luchtkwaliteit te verbeteren en tegelijkertijd wonen, werken, winkelen en recreëren faciliteren (Staatscourant, 4 november 2005).

Het Rijk is minder ontevreden. Immers, juist door de koppeling aan de bouwprojecten ontstaat er volgens de departementen urgentie. Zolang de norm een streefwaarde was en de Raad van State de bouwprojecten niet toetste, werden er geen pijnlijke keuzes gemaakt. Nu gebeurt dat wel. De belemmering van de economische groei maakt nu geld vrij voor compenserende maatregelen. Het kabinet investeert 900 miljoen in het Nationaal samenwerkingsprogramma Luchtkwaliteit). VROM en V&W zijn van mening dat die druk noodzakelijk is. De GGD merkt daarbij op dat uitsluitend compensatie niet voldoende is en vindt dat de gezondheidswinst onvoldoende centraal staat bij de besluitvorming

De rol van VWS

De meest aangewezen partij om het gezondheidsbelang steeds weer naar voren te brengen is volgens veel geïnterviewden VWS. Er zijn acht departementen bij de besluitvorming in het kabinet en VWS ontbreekt zo stelt V&W. Ook VROM, dat, volgens de afspraak met VWS, het gezondheidsbelang bij milieuvraagstukken behartigt, zegt gebaat te zijn bij meer steun van VWS voor het gezondheidsbelang. Men verbaast zich erover dat VWS zich niet meer mengt in de discussie. Zelfs als het maar om enkele procenten van de ziektelast zou gaan is het verschil met de beleidsaandacht voor vergelijkbare aandoeningen in de curatieve zorg

opmerkelijk. Zo neemt diabetes 4% van de ziektelast voor zijn rekening en hartfalen 2%. Deze aandoeningen staan bij VWS wel in het centrum van de belangstelling.

Over de redenen dat dit niet gebeurt verschillen de meningen. Sommigen zeggen dat VWS zich liever niet mengt in deze complexe en netelige situatie. Anderen suggereren een gebrek aan kennis. Zij signaleren dat VWS in het algemeen geneigd is vooral oplossingen op hoofdlijnen en structuuroplösungen aan te dragen. Dit strookt niet met de pragmatische benadering van VROM.

Het focus van VWS op curatieve zorg vindt men (ook VROM) echter wel begrijpelijk. De winst van een nieuwe medicijn tegen kanker of een nieuwe beeldvormende techniek is onmiddellijk en direct aantoonbaar. Dit in tegenstelling tot lange termijn effecten van de aanpak van de luchtkwaliteit waarbij er ook nog grote onduidelijkheid is over de relatie tussen de interventie en het effect. De curatieve zorg is dus urgenter en levert (schijnbaar) directere en beter aanwijsbare resultaten op². Verder heeft het departement in de afgelopen tijd alle krachten nodig gehad voor de enorme stelselwijziging.

In ieder geval is het voor VWS mogelijk om zich te onttrekken aan de discussie door het ontbreken van een platform. Was dit er wel dan zou direct duidelijk zijn dat VWS niet aan tafel zit.

De betrokkenheid van de burger

De laatste en misschien wel de meest opmerkelijke constatering die uit de analyse volgt is de afwezigheid van de burger in de maatschappelijke discussie. Een deel van de geïnterviewden noemt de burger überhaupt niet. Slechts een beperkt aantal geïnterviewden valt de afwezigheid van de burger in het maatschappelijk debat op. De GGD Amsterdam signaleert dat er relatief weinig onrust is onder de burgers over de gezondheidseffecten. Volgens de gemeente Amsterdam gebruiken burgers de procedure bij de Raad van State wel om projecten tegen te houden, maar er is geen sprake van grote algemene verontwaardiging over de luchtkwaliteit. Blijkbaar zijn de voordelen van autorijden te groot en ondervindt men te weinig pijn van de bouwstop. Deze vooronderstelling strookt met de criteria voor risicobeleving zoals beschreven in 'Nuchter omgaan met Risico's'.

Box 1 Kwalitatieve aspecten van risicobeoordeling voor enkele activiteiten

In onderstaande tabel zijn een aantal activiteiten kwalitatief beoordeeld op een kwantitatief risicokenmerk (kans op sterfte per jaar voor heel Nederland) en een selectie van veel gebruikte kwalitatieve kenmerken ontleend aan onderzoek op het gebied van risicoperceptie, met name psychometrisch onderzoek.

Risicokenmerk	Veilig, acceptabel	Onveilig, onacceptabel	Activiteiten					
			Roken	Rijden	Chloortransport	Overstromingen	Hoogspanningslijnen	GSM-masten
<i>Berekend</i>								
Kans op sterfte per jaar			1.700	1.20.000	<1.1 mds	1.10 mds	1.11 mds	0
<i>Belevingsaspecten</i>								
Catastrofale potentie	Gering, diffuus	Groot, gelokaliseerd	+	+	-	-	+	+
Vrijwilligheid	Vrijwillig	Onvrijwillig	+	-	-	-	-	-
Beheersbaarheid	Beheersbaar	Onbeheersbaar	+	+	-	-	-	-
Kennis bij blootgestelden	Aanzigtig	Afwezig	+	-	+	+	-	-
Oorsprong	Natuur	Mens	+	+	-	+	-	-
Collectief nut	Groot	Gering	-	-	+	net	+	+
Aantal blootgestelden	Gering	Groot	-	-	+	-	+	+
Bilijkheid (lasten en lusten)	Gelijke verdeling	Ongelijke verdeling	-	-	-	+	-	-

Dit voorbeeld laat zien dat op basis van de kans op sterfte roken en in mindere mate rijden het hoogst scoren. Op basis van andere criteria, veelal door burgers gehanteerd, kom je tot een tegengestelde bevinding: GSM-masten, hoogspanningslijnen en chloortransporten veroorzaken meer gevoelens van onveiligheid, dan het roken van een sigaret of het vrijkomende radon in een woning. Dit soort kennis kan van dienst zijn bij het inschatten van de commotie die kan ontstaan bij het beoordelen van risikante activiteiten. Wanneer een activiteit bijvoorbeeld vrijwillig kan worden ondergaan, beheersbaar lijkt, een natuurlijke oorzaak heeft, meer voordeel dan nadeel biedt, waarbij het aantal blootgestelden klein is en de lasten en lusten zijn eerlijk verdeeld, zal dit naar verwachting tot minder commotie leiden.

Bron: 'Nuchter omgaan met risico's', Natuur en Milieuplanbureau 2003

In bovenstaand schema valt fijn stof in de categorie met diffuse effecten (de doden zijn niet aanwijsbaar). Burgers zitten vrijwillig in hun auto, het collectief nut van vervoer is groot en mensen wonen graag in de stad. Verder is iedereen blootgesteld; het is in eerste instantie geen verdelingsvraagstuk. Weinig redenen voor onrust dus en veel redenen voor de burger om *niet* te ageren. Eventuele redenen om wel ongerust te zijn, zoals het feit dat fijn stof niet zichtbaar is en men er onvrijwillig aan blootgesteld wordt, wegen kennelijk alleen zeer lokaal zwaar. Voorbeelden hiervan zijn de onrust van bewoners van een aantal drukke doorgangsroutes in Utrecht en Den Haag.

De geïnterviewden zijn het wel eens dat de koppeling aan de bouwprojecten een onwenselijke situatie heeft gecreëerd. Echter, men verschilt wel wezenlijk van mening over de waarde van het nieuwe pakket aan maatregelen dat nu genomen is. Men is ook wel vrij unaniem van mening dat VWS deel zou moeten nemen in het politieke debat. De afwezigheid van de burger lijkt voor velen geen opmerkelijk issue.

2.4 Besluitvorming in de EU

De laatste vraag is hoe men aankijkt tegen de wijze waarop Nederland is omgegaan met de besluitvorming in de EU. Geïnterviewden zijn vrij unaniem in hun standpunt ten aanzien van het normbeleid van Brussel.

Men is van mening dat deze niet leidt tot het juiste beleid, maar de aandacht vestigt op de hotspots en niet op het verlagen van de jaargemiddelden. Een bijkomend probleem, namelijk het feit dat de EU geen directe koppeling legt tussen normen voor luchtkwaliteit en bronbeleid, ervaart vooral de rijksoverheid als een handicap.

Specifieke klachten worden geuit door een onderzoeker die wijst op de vreemde besluitvormingsstructuur; het DG environment kan niet direct opdrachten geven aan het research directorate. Daardoor vertaalt het beleid van DG environment zich niet rechtstreeks in onderzoek. Daardoor is er geen directe relatie tussen beleid en onderzoek. Gezondheidswetenschappers signaleren ook dat er in Europa een actieve lobby in het CAFE proces tegen een scherpere norm voor PM 2,5. Het CAFE proces is ingericht als een breed stakeholders overleg. Het is eigenlijk een goed voorbeeld van hoe besluitvorming over beleid voor dit type problemen tot stand zou moeten komen. Echter, doordat het advies van deze groep overruled is, is de winst vaneen objectieve en gewogen besluitvorming verloren gegaan. Anderen geven juist aan dat de lobby van de wetenschap in Brussel heel sterk is en de normstelling in de hand heeft gewerkt. In dit kader wordt vooral de WHO-Europa genoemd.

Een andere overweging is dat Nederland in het verleden een aantal misrekeningen heeft gemaakt in dit dossier. VROM zelf stelt vast dat Nederland niet voldoende gedaan heeft toen de norm nog een streefwaarde was “Zodra het pijn begon te doen was er geen draagvlak meer”. Ook de gemeente Nijmegen, die noodgedwongen wel vroegtijdig actie heeft ondernomen, vindt dat Nederland te laconiek is om gegaan met het Europese beleid.

Een logische vraag daarbij is of Nederland beter op de besluitvorming in Brussel had moeten letten? Over het algemeen is men het er over eens dat Nederland in brede zin (dus overheid en bedrijfsleven) zijn zaak beter had moeten bepleiten. VROM heeft naar eigen zeggen wel gepleit voor een soepeler dagnorm, maar is daar slechts beperkt succesvol in geweest. V&W zegt dat de EU sowieso geneigd is om normen volledig op basis van doelstellingen te formuleren en niet nagaat of de norm in de praktijk het gewenste resultaat oplevert. Dat weet Nederland inmiddels, en daar had destijds misschien meer aandacht voor moeten zijn.

Ook gemeenten en GGD'en zeggen verrast te zijn door de norm. VROM zegt dat zij de gevolgen van de EU-norm destijds anders ingeschat hebben en pleit voor meer aandacht voor 'impact assessment'. Nederland neemt een vrij unieke positie in binnen de EU; in een straal van 500 km rond Utrecht wonen 100 miljoen mensen. Daarmee zit Nederland in het drukst bevolkte deel van Europa.

2.5 Conclusies

Hiervoor werd gesteld dat geïnterviewden ontevreden waren over de besluitvorming. Veel geïnterviewden voelen zich niet gehoord door de beleidsmakers en zouden graag zien dat hun kennis beter benut wordt. De beleidsmakers van hun kant hebben het gevoel dat de andere geïnterviewden hun ongemakkelijke positie onderschatten. Ook zijn alle geïnterviewden van mening dat Nederland veel tijd, geld en creativiteit verspilt. Die zouden beter benut kunnen worden.

Men is unaniem van mening dat vooral gebrek aan openheid en overleg heeft geleid tot de huidige situatie. Alle disciplines geven aan zich onvoldoende gehoord te voelen en voelen zich belemmerd in het op een goede manier uitvoering geven aan het verbeteren van de luchtkwaliteit. Geïnterviewden typeren, ieder in hun eigen woorden, de situatie als volgt:

Het fijnstofdossier wordt gekenmerkt door grote onvoorspelbaarheid en sterke juridisering waarbij er veel creativiteit en tijd verloren gaat in discussies over normen, metingen en effecten. Het uiteindelijke doel (gezondheidswinst) is daardoor naar de achtergrond verdwenen. Dit komt doordat er geen open discussie over de aard van het probleem plaatsvindt en er geen integrale beleidsvorming is. Juist bij een dossier als dit waarbij veel geïnterviewden betrokken zijn is dat van groot belang. De heer Koopmans van SEO Economisch Onderzoek zegt het heel treffend: “De EU-norm legt een groot deel van het krachtveld het zwijgen op. Des te meer reden om iedereen om de tafel te roepen”.

Wat verder opvalt is dat veel geïnterviewden zich er over verbazen dat de discussie vooral gaan over de norm (het middel) en dat niet over het doel (gezondheidswinst) van tafel lijkt te verdwijnen. VWS zou voor een aantal geïnterviewden de aangewezen partij zijn om het gezondheidsbelang steeds opnieuw naar voren te brengen.

Alle geïnterviewden pleiten voor een betere overlegstructuur, meer openheid. De deskundigen op het gebied van gezondheidseffecten van luchtverontreiniging pleiten voor betere afspraken en processen voor de transfer tussen wetenschap en beleid. Andere wetenschappers (transport en sociaal economisch onderzoek), maar ook de gemeenten en de GGD'en pleiten voor een proces waarin alle geïnterviewden gehoord worden.

In een dergelijk proces kan een set van maatregelen geïdentificeerd worden die de pijn eerlijker verdeelt en zoveel mogelijk gezondheidswinst realiseert. Iedereen noemt bronbeleid (bijvoorbeeld stimuleren van schonere auto's) als eerste en meest logische beleids optie. VNO-NCW is bereid hieraan mee te werken. Daarvoor is volgens VNO echter nog 500 miljoen extra nodig (website VNO-NCW; Wientjes, 22 november 2005).

Het lijkt mogelijk om tot overleg te komen zeker nu alle geïnterviewden de pijn voelen van het falen van het beleid in het verleden. Simpel zal het echter niet zijn. Het nu ontstane wederzijds wantrouwen en de onveranderbaarheid van de EU-norm zijn daarbij de waarschijnlijk belangrijke obstakels. VROM uit enige twijfels hierbij en stelt dat de normen er nu eenmaal liggen er nu eenmaal en met de nieuwe wetgeving is volgens hen een werkbare situatie gecreëerd. De vraag is echter hoe lang deze werkbare situatie zal blijven bestaan en wat er gebeurt als de wet- en regelgeving in de EU verder aangescherpt wordt.

Volgens geïnterviewden zijn er overigens wel degelijk goede voorbeelden te vinden. De besluitvorming rond de LPG-stations en de legionella-uitbraak hebben goede elementen in zich. Ook uit de wijze waarop de gemeente Nijmegen zaken heeft aangepakt zijn lessen te trekken (hoofdstuk 3 en bijlage 1).

De planbureaus of één van de departementen zouden logische organisatoren van een dergelijk platform kunnen zijn. VWS én een vertegenwoordiging van burgers zou dan ook aan tafel moeten zitten.

Verder geven de departementen zelf al aan dat Nederland meer aandacht zal moeten besteden aan de gang van zaken in Brussel zeker nu er een richtlijnherziening loopt. Dit komt in het volgende hoofdstuk uitgebreidere aan bod.

3 Beschouwing in het kader van het RVZ advies

Het fijnstofdossier roept twee algemene vragen op die voor het RVZ advies Publieke gezondheid relevant zijn:

- Ten eerste de vraag hoe VWS met complexe problemen om kan gaan? Hoe zou een dergelijk proces er voor volksgezondheidsproblemen uit kunnen zien?
- Ten tweede de vraag welke inzichten de fijnstofcasus oplevert voor VWS over het Europese besluitvormingscircuit?

Dit vooral ook in relatie met de afspraken die VWS gemaakt heeft met andere departementen over verdeling van verantwoordelijkheden voor volksgezondheid.

3.1 Omgaan met complexiteit

Kiezen van een benadering

Hoe om te gaan met complexiteit? Dat is de eerste belangrijke vraag. Om bij het begin te beginnen, in geval van een dreigend risico heeft een beleidsmaker de keuze om of niets te doen of om te anticiperen en beleid in gang te zetten. Als besloten wordt om beleid te maken is het handelingsperspectief van belang. Het is mogelijk om te kiezen voor een traditionele benadering met de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken partijen als vertrekpunt. Deze strategie werkt indien er weinig onzekerheden zijn over het risico. Gaat het om een risico met aanzienlijke onzekerheid dan lijkt het veel zinniger om het probleem als vertrekpunt te nemen en van daaruit te analyseren wie wat kan bijdragen. Op die manier ontstaat een integrale benadering.

Dit is ook de werkwijze die ‘Nuchter omgaan met Risico’s’ voorstaat. Bij die werkwijze wordt een procedure gevolgd waarvan het hoofddoel is *consensus* onder de belanghebbenden te bereiken over de aard en omvang van het probleem en de mogelijke oplossingen, nadrukkelijk in relatie tot *andere belangen* dan het gezondheidsbelang. Het kan ook zijn dat het gaat om het verduidelijken van de belangenverschillen en conflicten. Een dergelijke procedure moet leiden tot brede *maatschappelijke steun* voor, *vertrouwen* in en *keuzevrijheid* (‘empowerment’) bij de uiteindelijke pakketten van ruimtelijke, economische en bestuurlijke maatregelen. Een dubieuze norm die van verre in de plaatselijke arena geworpen wordt, leidt terecht tot vraagtekens bij brede lagen van bestuurders en bevolking. Inhoudelijke instrumenten zijn kosten-batenanalyse (inclusief analyse van verdelingsaspecten), multiattributieve criteria-analyse, onzekerheids- en scenarioanalyse, maar vooral gestructureerde, democratische onderhandeling over probleemdefinitie, oplossingen en het monitoren van de effecten daarvan (‘negotiated rule making’).

Zoals in het vorige hoofdstuk aangegeven werd is een dergelijke benadering gevolgd in de Gemeente Nijmegen. Ter illustratie een korte beschrijving op basis van het interview met Fons Claessen van de Gemeente Nijmegen en het voorontwerp uitvoeringsprogramma Verbetering Luchtkwaliteit Nijmegen 2005-2010.

Nijmegen heeft het dubieuze geluk gehad om medio jaren negentig geconfronteerd te worden met een verhoogd aantal gevallen van kanker in Nijmegen-West-Weurt. Een wetenschappelijke relatie is nooit aangetoond, maar de onrust onder de bewoners is aanleiding geweest voor de gemeenten Nijmegen, Beuningen en de Provincie om in samenwerking met bewoners, bedrijven en de milieubeweging te werken aan oplossingen voor het beheersen van de uitstoot en het verbeteren van de luchtkwaliteit. Dat proces is succesvol verlopen. De ervaring die de gemeenten destijds hebben opgedaan is weer ingezet toen in 2001 het Besluit Luchtkwaliteit werd genomen. De heer Claessen beschrijft in bijlage 1 hoe het proces verlopen is. Deze casus illustreert hoe complex deze processen zijn, maar maakt ook direct duidelijk dat het de enige manier is om voortgang te boeken. Het succes valt of staat bij het feit dat de overheid het probleem op tafel legt en alle belanghebbenden bij elkaar haalt. De gemeente Nijmegen heeft in die zin een voordeel dat de burgers ongerust waren. Dat is politiek een belangrijke basis voor draagvlak en prikkelt tot actie (uitgebreide beschrijving in bijlage 1).

Rolverdeling tussen departementen

Welke rol kan VWS vervullen bij dergelijke complexe processen? Uiteraard zijn er volksgezondheidsproblemen waar VWS primair zelf voor verantwoordelijk is. Dan kan het departement het model van het MNP zelf benutten en een platform met stakeholders organiseren. Een aantal maatregelen op het gebied van publieke gezondheid liggen echter op het gebied van andere departementen. Zo neemt VROM milieu voor zijn rekening en gaat Verkeer en Waterstaat over de verkeersveiligheid. Dan heeft VWS een andere positie.

Meestal kwijten deze departementen zich goed van hun taak en is het voldoende dat VWS in de gaten houdt of het gezondheidsbelang op een goede manier gediend wordt. Als er duidelijke afspraken liggen is 'niets doen' meestal dus prima. Soms is er echter extra aandacht nodig en soms doen andere ministeries teveel. Dit laatste is eerder aan de orde geweest bij de problemen rond legionella.

Na de problemen op de Floriade in Bovenkarspel was het aanvankelijke plan om alle drinkwateraansluitingen in Nederland vrij te maken van legionella. Op het eerste gezicht een loffelijk streven, maar het was de vraag of het verstandig zou zijn om de enorme som geld (geraamd op 40 miljard euro) die daarmee gemoeid zou zijn op deze manier in te zetten. De gezondheidswinst zou namelijk beperkt zijn in verhouding tot de enorme kosten (het ging om het voorkómen van enkele tientallen doden per jaar en de risicogroepen goed te identificeren). Vooral onder druk van

GGD'en, met medewerking van het RIVM hebben VWS en VROM gezamenlijk besloten om alleen de waterleidingen van instellingen waar kwetsbare personen langere tijd verbleven, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen te controleren. Voor een fractie van het aanvankelijke bedrag is daarmee hetzelfde resultaat (gezondheidswinst) bereikt.

Ook in het geval van een complex probleem als fijn stof zou VWS VROM hebben kunnen ondersteunen door tijdig te wijzen op het relatieve belang van gezondheid, de samenhang met allerlei andere maatschappelijke processen en beleidssectoren. Dit zou mogelijk tot rationelere investeringsafwegingen hebben kunnen leiden. Zo zou VWS bijvoorbeeld hebben kunnen pleiten voor een intersectorale aanpak of op zijn minst voor opname van een blootstellingscriterium in de wet. Men zou immers kunnen stellen dat Nederland nu 'teveel' doet. Op zijn minst is nu niet duidelijk wat de winst is van het pakket maatregelen. Als laatste kan VWS uiteraard ook een actievere rol spelen bij het opzetten van c.q. pleiten voor goed onderzoek.

3.2 Nederland en Europa

De fijnstofcasus laat ook zien dat de Europese wet en regelgeving belangrijke gevolgen kan hebben voor Nederland. Die invloed wordt bepaald door de wijze waarop Nederland handelt bij de totstandkoming van nieuwe wetgeving en door de manier waarop Nederland vervolgens EU-wetgeving vertaalt naar eigen wetgeving.

Inzichten uit de fijnstofcasus

De geïnterviewden hebben op beide punten een aantal opmerkingen gemaakt:

- Zo is geconstateerd dat de EU geneigd is om normen op doelen te formuleren en weinig oog te hebben voor implementatie. Nederland zou de gevolgen van de normen niet goed ingeschat hebben en op beleidsniveau te weinig gepleit hebben voor de specifieke positie waarin Nederland zich bevindt.
- Verder signaleren sommigen de grote rol van experts bij de besluitvorming in de EU gedomineerd (en technocraten).
- De meningen van geïnterviewden lopen uiteen over wat de EU-richtlijn nou precies oplegt aan de lidstaten. Een aantal geïnterviewden vindt dat Nederland een zeer strenge invulling heeft gegeven aan de richtlijn en het 'beste jongetje van de klas' wil zijn. Bij bestudering blijken de kaderrichtlijn en de dochterrichtlijn veel ruimte te bieden voor eigen interpretatie door de lidstaten (onder andere hanteren van het blootstellingscriterium). Die ruimte heeft Nederland kennelijk niet benut bij het formuleren van eigen wet- en regelgeving; integendeel.

- Het feit dat Nederland de ruimte die de kaderwet biedt (blootstellingscriterium) niet heeft benut en de koppeling aan de goedkeuring van bouwprojecten in de eigen wetgeving hebben volgens sommigen verstrekkende gevolgen gehad. Anderen vinden dat de norm gewoon gehaald moet worden.

Wat betekent dit voor de beantwoording van de tweede vraag? Een exacte reconstructie van de wijze waarop Nederland destijds heeft geprobeerd om het besluitvormingsproces te beïnvloeden en een gedetailleerde beschrijving van de wijze waarop vervolgens de Nederlandse wetgeving tot stand gekomen is valt buiten de scope van deze studie. Toch zijn, op basis van de interviews, wel enkele inzichten te verwerven. Een aantal van de opmerkingen van de geïnterviewden sluit namelijk aan bij de conclusies van een recent verschenen proefschrift (*Going Europe or going Dutch*, Van Keulen, 2006).

De theorie

Van Keulen beschrijft in haar proefschrift aspecten die de invloed van een lidstaat op de besluitvorming in Europa bepalen. Deze zijn deels inherent aan de lidstaat (structureel) en deels bepaald door de aard van het voorliggende probleem (situationeel). Een schematische weergave is te vinden in bijlage 3.

De belangrijkste *structurele* variabelen zijn: de grootte en de stemmacht van de lidstaat, de EU-gezindheid van de nationale politiek en de kennis en kunde. Van Keulen beoordeelt de Nederlandse situatie als volgt. Nederland is een deelnemer van het eerste uur en is altijd een belangrijke trekker geweest. In de jaren negentig is de houding van Nederland echter verschoven naar meer pragmatisme met focus op de kosten van de integratie. Daarnaast is de stemmacht van Nederland met de komst van de nieuwe lidstaten afgenomen. Over de Nederlandse kennis en kunde is Van Keulen in essentie positief; door de sterke departementen is Nederland qua kennis en kunde goed geëquipeerd voor beïnvloeding van het besluitvormingsproces.

Belangrijke *situationeel variabelen* zijn de ‘goodness of fit’ van het standpunt van de EU met het nationale belang, de politiek bestuurlijke relevantie van het onderwerp en de mate waarin brede beïnvloedingspogingen worden gedaan. Daarbij constateert Van Keulen dat de experts en specialisten een dominante rol spelen bij de beleidsvorming binnen de EU.

Van Keulen signaleert dat Nederland geneigd is zijn lobbyactiviteiten te beperken tot raadsniveau en weinig aandacht aan de Europese Commissie en het Parlement te besteden. Verder is ons besluitvormingsproces, waarbij de politieke betrokkenheid pas aan het eind van het pro-

ces komt, minder toegesneden op de besluitvorming binnen de EU. Dit betekent dat besluitvorming binnen de EU dan vaak al ver gevorderd is en de beïnvloedingsmogelijkheden gering zijn: het is dan vaak 'slikken of stikken'.

Voor wat betreft 'Goodness of fit' zijn er volgens de analyse van Van Keulen drie mogelijkheden. Of de EU-plannen voor nieuwe wetgeving ontwikkelen zich in lijn met het nationale beleid óf de EU-wetgeving ontwikkelt zich niet in lijn met het nationale beleid. In dit tweede geval kan het zijn dat de minister en de Kamer het eens zijn. Dan komt een actieve lobby richting Brussel waarschijnlijk wel van de grond. Is er een verschil van mening tussen de Kamer en de minister dan kan de minister EU gebruiken om pressie uit te oefenen op de nationale politieke besluitvorming. De minister gebruikt, in zo'n geval de EU-beleidslijn om zijn eigen beleidslijn door te kunnen zetten.

Een aantal opmerkingen van de geïnterviewden illustreren de werking van het model van Van Keulen en leveren een paar inzichten op. Zij hebben vooral betrekking op goodness of fit, hulpbronnen en vermogen om te beïnvloeden. De te beperkte inspanningen op beleidsniveau, de adequate inzet van experts en de vertaling van de EU-wet-en regelgeving naar binnenlands beleid zijn de belangrijkste issues.

Conclusies

Een aantal van de voornoemde zaken zijn niet direct te beïnvloeden of vallen buiten de scope van deze studie, toch is het model van Van Keulen ook relevant voor VWS.

1. Om te beginnen pleit de bovenstaande analyse ervoor om te investeren in tijdige, kwalitatief hoogwaardige en langdurige aanwezigheid in Brussel. Vooral omdat de beïnvloedingsmogelijkheden in de voorbereidingsfase groter zijn dan in de besluitvormingsfase. Bovendien biedt dit ook extra mogelijkheden om de nationale politiek eerder te betrekken in het betreffende traject.
2. De dominante rol van experts bij de besluitvorming geeft aan dat kennis en expertise daarbij van eminent belang zijn. Als het over puur VWS-gerelateerde onderwerpen gaat spreekt het voor zich dat VWS zelf investeert. Maar ook als het om volksgezondheidsproblemen gaat die primair door de andere departementen behartigd worden, is de specifieke kennis van VWS op het gebied van volksgezondheid een onontbeerlijke aanvulling op de technische kennis van de andere departementen. Afspraken over taakverdeling met andere departementen betekent dus niet dat VWS-inspanningen en investeringen de besluitvorming in Brussel beperkt kan houden. Dat illustreert het fijnstofvoorbeeld.
3. Als laatste is het voor VWS relevant de vertaling van wet- en regelgeving van de EU in de binnenlandse besluitvorming goed te bewaken en in het bijzonder de effecten daarvan op de volksgezondheid.

Noten

- ¹ Zo gebruiken de Fransen meetapparaten waarvan bekend is dat ze lage uitslagen geven met een gunstige correctiefactor. In tenminste één Duitse stad houdt men de straten nat nabij de meetstations, zodat men de fractie opwaaiend stof al kwijt is. Kortgeleden rapporteerde het MNP dat de ‘fijn stof’ concentraties 10 tot 15% lager liggen dan werd aangenomen; dankzij betere – of in ieder geval andere – meetapparatuur is het stofprobleem ineens aanzienlijk kleiner (MNP, 2006).
- ² Dit is uiteraard een algemeen probleem voor de Publieke gezondheid.

Bijlage 1

Beschrijving van het besluitvormingsproces dat de Gemeente Nijmegen opgezet heeft ter verbetering van de luchtkwaliteit

Deze beschrijving is een weerslag van het interview met de heer F. Claassen van de gemeente Nijmegen.

In 2001 kwam het besluit luchtkwaliteit. Dit besluit bepaalde dat de gemeenten de NO² problemen moesten oplossen en dat de aanpak van het fijnstofprobleem een verantwoordelijkheid van het Rijk was. Nijmegen heeft toen al aandacht gevraagd voor dit probleem. Het waren immers Europese grenswaarden waar de gemeenten op af werden gerekend. Nijmegen heeft toen zelf het fijnstofprobleem ter hand genomen. Niet alleen in west maar in de gehele stad. Het college moest daarvoor meer doen dan alleen een standstil voor bouwprojecten afkondigen. Waar andere gemeenten hun creativiteit inzetten om ruimte binnen de wet te vinden, heeft Nijmegen vanaf het begin geprobeerd gewoon de norm te halen. De gemeente heeft breed in Nijmegen een aantal vertegenwoordigers (sleutelfiguren) van belangengroepen en een aantal deskundigen om de tafel geroepen en eerst het probleem gedefinieerd. Dat bleek lastig. Er is afgesproken dat de groep in zijn geheel zou definiëren waar de grote problemen zitten. Dat heeft ertoe geleid dat vijf gebieden in de stad genomen zijn met specifieke situaties en doelgroepen (centrum met veel vrachtverkeer, de hoofdwegen met veel verkeer, waalsprong een vinexlocatie met collectieve mogelijkheden en de woonwijken, Nijmegen-West met haar eigen problematiek, namelijk de industrie). Per gebied zijn daarna alle belanghebbenden geïnterviewd. Daar kwamen scherpe tegenstellingen uit. Er komen op dergelijke momenten ook altijd andere kwesties ter discussie die op zich niet veel met het fijnstof te maken hebben (tweede Waalbrug). Dat vertroebelt. Op basis van de interviews is een voorstel geformuleerd. Dat is aan de volledige groep voorgelegd. Dat voorstel besloeg een lange lijst met maatregelen die door de groep geprioriteerd zijn. Voor die lijst was toen draagvlak.

Het krijgen van consensus over de aard van de problematiek was heel lastig. De gesprekken hierover waren aanvankelijk puur kwalitatief. Er hadden toen nog geen uitgebreide metingen plaatsgevonden. Pas toen men het eens werd over maatregelen is de gemeente gaan meten en is berekend welke effecten de maatregelen op de waarden zouden kunnen hebben. Hiertoe heeft de gemeente aanvankelijk een zeer uitgebreide set metingen gedaan. Die zijn samengebracht in een plan. Overigens bleek dat, als Nijmegen de gehele set van maatregelen in zou voeren, de fijn-

stofproblematiek voor de helft op te lossen zou zijn. Als Nijmegen het probleem voor 100% wil oplossen dan zou dat in theorie betekenen dat er geen vervuulende vrachtwagens de stad meer in mogen. Daarnaast zou er een algemeen verbod op kachels en haarden moeten komen. Dat is echter politiek niet haalbaar.

Maar zelfs als er overeenstemming over de problematiek is en draagvlak voor de oplossingen, dan nog is de uitvoer niet makkelijk. Juist door partijen bij elkaar te brengen werd duidelijk dat iedereen iets moest doen en dat niemand als enige de last droeg. Het lukt alleen als duidelijk wordt dat je breed beleid maakt dat iedereen treft/van iedereen een bijdrage vraagt. Het belang van overleg is erg groot, juist omdat partijen zo verdeeld zijn en de juridische procedures zo contraproductief zijn.

Het argument van gezondheid wordt weinig gebruikt. Nijmegen probeert gezondheid steeds voorop te stellen. De reden dat we ons inspannen om de norm te halen moet niet zijn omdat we dan weer kunnen bouwen, maar omdat daardoor de gezondheid van mensen verbetert (of in ieder geval niet verslechtert ten gevolge van luchtverontreiniging!) Defacto krijgen steeds meer mensen last van gezondheidsklachten door de luchtverontreiniging (ook als de lucht schoner wordt). Dat heeft te maken met vergrijzing. Een extra argument om er iets aan te doen. Dat is echter wel lastig, maar gezondheid is wel een argument dat politiek goed werkt. Bewoners vinden het natuurlijk belangrijk. Voor bedrijven geldt dat wat minder; men wil niet veel meer doen dan hetgeen de EU voorschrijft.

Toch zijn in de periode 2004-2007 de volgende resultaten bereikt:

- De aanleg van een dynamisch verkeersmanagementsysteem op de singels heeft geleid tot een afname van fijnstofemissies met 10% en NO₂ emissies met 4% tijdens de spitsuren. Op het traject waar verkeersmanagement is toegepast komen nu geen overschrijdingen meer voor (met uitzondering van de daggemiddelde norm voor PM10)
- Zo is naast doorstroming, ook ingezet op fietsroutes en gratis fietsenstalling. De automobilist moet voor korte stadsritjes uit de auto.
- De derde pijler is rijden op aardgas. De auto's van de gemeente zelf en de vuilnisophaaldienst zal overgaan op gas. Ook een aantal andere bedrijven zullen meedoen.
- Verder is Nijmegen erin geslaagd dat in de concessie voor de aanbesteding van het openbaar vervoer (door de regio) de EEV-norm is opgenomen (alleen aardgas voldoet daar aan). In 2010 speelt dat echt, maar het busbedrijf gaat nu al bussen op gas inzetten. Voor dit project werkt Nijmegen samen met andere gemeenten.
- Als laatste is Nijmegen bezig met de invoering van milieunormen voor het centrum. Dat betekent dat bepaalde voertuigen (vrachtwagens) het centrum niet meer in mogen en dat auto's die voor een bepaald jaar gebouwd zijn eveneens de stad niet meer in mogen.

Daarbij heeft Nijmegen geprobeerd het aantal vrachtbewegingen te verminderen. Door te kijken naar bundeling en bijvoorbeeld speciale fietskoeriers die tot 300 kg kunnen meenemen. Het blijkt dat op die manier het aantal vervoersbewegingen met 20% teruggebracht kan worden.

In het programma 2005-2010 is een basispakket van 28 maatregelen opgenomen inclusief kostenramingen. Daarnaast bevat het programma nog 20 zwaardere maatregelen die nog ter discussie staan.

Bijlage 2

Geconsulteerden

Voor deze achtergrondstudie is overleg gevoerd met:

- | | |
|---|---------------------------------|
| - DHV Environment and Infrastructure BV | De heer J.B. Jutte |
| - Gemeente Amsterdam | De heer S. Jacobs |
| - Gemeente Amsterdam | De heer D. Stadig |
| - Gemeente Nijmegen | De heer F. Claessen |
| - GGD Amsterdam | De heer F. Woudenberg |
| - Ministerie van Verkeer en Waterstaat | De heer Van Gorp |
| - Ministerie van VROM | De heer H. van der Vlist |
| - Natuur- en milieuplanbureau | De heer dr. L. van Bree |
| - SEO Economisch Onderzoek | De heer prof. dr. C.C. Koopmans |
| - Natuur- en milieuplanbureau | De heer ir. H.S.M.A. Diederens |
| - Technische Universiteit Delft | De heer prof. dr. G.P. van Wee |
| - Universiteit Utrecht | De heer prof. dr. B. Brunekreef |

Bijlage 3

Capaciteit om te beïnvloeden	Wil	Potentieel
Stabiele variabelen	<p><i>Ambities</i></p> <p>Kernwaarden en beleidsconstanten; politieke en economische 'massa', waaronder relatieve economische ontwikkeling en politieke constellatie; publieke steun voor actief EU-lidmaatschap; lengte lidmaatschap; imago; 'passendheid' van ambities en doelstellingen</p>	<p><i>Vermogen</i></p> <p>Beleidsstijl; mate van fragmentatie; coördinatiecapaciteit; (Europees bewustzijn binnen de) bestuurlijke en politieke organisatie; strategisch vermogen; vermogen coalities te bouwen; organisatorische en personele verbanden tussen het nationale en het EU niveau</p>
Situationele variabelen	<p><i>Voorkeuren</i></p> <p>Belang dat aan het onderwerp wordt gehecht; belangenconstellatie; institutionele omstandigheden, waaronder EU-voorzitterschap; 'fit' en extremiteit van het standpunt/positie</p>	<p><i>Hulpbronnen</i></p> <p>Belangenconstellatie; kennis, vaardigheden; competenties; anticipatievermogen; mogelijkheden om nationale contacten te gebruiken; flexibiliteit van de onderhandelingspositie; onderhandelingsstrategie en -tactieken</p>

Bron: Going Europe or going Dutch, Van Keulen, 2006

Bijlage 4

Literatuur

Aarden, M. en M. Persson. De schone schijn van schone lucht. De Volkskrant, 4 maart 2006.

Bonneux, L. Het raadsel van de verdwenen lijken. Medisch contact, 61, 2006, no. 4, p. 156.

Brunekreef, B. De gevaren voor de gezondheid van klein stof in de lucht. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 150, 2006, no. 13, p. 710 – 711.

Dossier Luchtkwaliteit Europa/internationaal. www.vrom.nl.

Dossier Luchtkwaliteit Regels en normen. www.vrom.nl.

Dossier Luchtkwaliteit Tijdlijn. www.vrom.nl

Dossier Luchtkwaliteit Wetten en regels. www.vrom.nl.

Dossier Noodwet luchtkwaliteit nu, 2005. www.vno-ncw.nl

Fijn stof: ultralichte deeltjes, loodzwaar dossier. Staatscourant, no. 230, 25 november 2005, p. 6-7.

Gemeente Nijmegen. Uitvoeringsprogramma Verbetering luchtkwaliteit Nijmegen 2005-2010.
Nijmegen: Gemeente Nijmegen, 2005.

Gevaren fijnstof zijn onbewezen. Het Financieele Dagblad, 28 november 2005.

Hanekamp, J.C. en R. Pietersma. Te grote zorgen over kleine deeltjes. NRC Handelsblad, 2 november 2005.

Hanekamp, J. Gevaren fijnstof zijn onbewezen. Het Financieele Dagblad, 28 november 2005, p. 7.

Jong, O. de. Luchtkwaliteit stelt grenzen aan de groei. Staatscourant, no. 215, 4 november 2005, p. 6.

Kaderrichtlijn luchtkwaliteit, 1996. www.eu-milieubeleid.nl

Keulen, M. van. Going Europe or going Dutch: how the Dutch government shapes European Union Policy. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006.

Maas, R. Fine particles: from scientific uncertainty to policy strategy. Bilthoven: RIVM, ??

Michaels, D. en C. Monforton. Manufacturing Uncertainty: contested science and the protection of the public's health and environment. Public Health Matters, vol. 95, 2006, no. S1, p. S39 – S48.

Milieu en Natuur Planbureau en Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nuchter omgaan met risico's. Bilthoven: MNP en RIVM, 2003.

Milieu en Natuur Planbureau en Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Fijn stof nader bekeken: de stand van zaken in de het dossier fijn stof. Bilthoven: MNP en RIVM, 2005.

Pope III CA, Dockery DW. Critical review. Health effects of fine particulate air pollution: lines that connect. J Air & Waste Manage Assoc 2006; 56: 709-42.,

Schayck, C.P. van, et al. Relatie tussen de samenstelling van fijn stof in de lucht en de longfunctie van schoolkinderen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 150, 2006, no. 13, p. 735 – 739.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Besluit houdende uitvoering van richtlijn 1999/30/EG van de Raad van de Europese Unie van 22 april 1999, betreffende grenswaarden voor zwaveldioxide, stikstofdioxide en stikstofoxiden, zwevende deeltjes en lood in de lucht (PbEG L 163) alsmede richtlijn 96/62/EG van de Raad van de Europese Unie van 27 september 1996 inzake de beoordeling en het beheer van de luchtkwaliteit (PbEG L 296) (Besluit luchtkwaliteit). Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27 793-3.

U.S. Environmental Protection Agency Air & Radiation. National Ambient Air Quality Standards (NAAQS), <http://www.epa.gov/air/criteria.html>.

Lijst van afkortingen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
aids	acquired immuno deficiency syndrome
AMC	Academisch Medisch Centrum
ARPD	Algemene ResPondenten Databank
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BA&O	Beroepsvereniging van Arbeids- en Organisatiesdeskundigen
BMI	body mass index
BMJ	British Medical Journal
bnp	bruto nationaal product
BOA	Branche Organisatie Arbodiensten
BRAVO	bewegen, roken, alcohol, voeding en overgewicht
brw	bruto toegevoegde waarde
BW	Burgerlijk Wetboek
CAFE	Clean Air For Europe
cao	collectieve arbeidsovereenkomst
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CEG	Centrum voor Ethiek en Gezondheid
CGT	College Tarieven Gezondheidszorg
CHZ	coronaire hartziekten
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary
CORV	Collectieve RechtsVordering
cpa	centrale post ambulancevervoer
CVZ	College voor zorgverzekeringen
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
DALY	disability adjusted life years
dbc	diagnose-behandelcombinatie
dg	directeur-generaal
DM	Diabetes mellitus
DSM III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition
ECHP	European Community Household Panel
EEV	European Embedded Value
EMGO	(Instituut voor) Extramuraal Geneeskundig Onderzoek
EU	Europese Unie
GBW	(Stichting) Gezondheidsbevordering op de Werkplek
GEPOMA	gezondheids- en poolmanagement
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
ggz	geestelijke gezondheidszorg
GR	Gezondheidsraad

gsb	grote stedenbeleid
gvo	gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
ICOH-WOPS	International Commission on Occupational Health
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IGM	Integraal Gezondheidsmanagement
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IMG	Informatie Management Groep
IVA	Instituut voor beleidsonderzoek en –advies
jgz	jeugdgezondheidszorg
KBO	Katholieke Bond voor Ouderen
KCO	Kenniscentrum Overgewicht
KEA	kosteneffectiviteitanalyse
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LASA	Longitudinal Aging Study Amsterdam
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LNV	ministerie van Landbouw Natuur en Voedselkwaliteit
LPG	liquified petroleum gas
MBVO	Meer Bewegen Voor Ouderen
ME	myalgische encephalomyelitis
MKB	midden- en kleinbedrijf
MNP	Milieu en Natuurplanbureau
MRSA	methicilline resistente staphylococcus aureus
NAM	Nederlandse Aardolie Maatschappij
NCVB	Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
NEA	Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIP/LVE	Nederlands Instituut van Psychologen/Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
NO2	stikstofdioxide
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Committee*Nederlandse Sportfederatie
NRC	Nieuwe Rotterdamsche Courant
NSPOH	Netherlands School of Public & Occupational Health
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde
NVVA	Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
NVVK	Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek

OCW	ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
Ogz	openbare gezondheidszorg
OR	ondernemingsraad
PAGO	periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek
PAR	Preventie en arbeids reïntegratie
PG	Publieke gezondheid
PGM	periodiek geneeskundig medisch onderzoek
POLS	Permanent onderzoek Leef Situatie
PPAZ	Preventie Psychische Arbeidsongeschiktheid bij Zelfstandige ondernemers
PSA	psychosociale arbeidsrisico's
PTSS	Post Traumatische Stress Stoornis
PVA	Psychische vermoeidheid in de Arbeidssituatie
qualy	quality adjusted life years
QUI-database	database voor alle landelijke en regionale gezondheidsbevordering- en preventieprojecten
RET	Rationele Emotieve Therapie
RI&E	Risico Inventarisatie en Evaluatie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RSI	repetitive strain injury
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SCV	Stichting Consument en Veiligheid
SEH	Structured Exception Handling
SER	Sociaal Economische Raad
ses	sociaal-economische status
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SI	Stress Impact
SIT	Stress Inoculatie Training
SMASH	Study on Musculoskeletal Disorders, Absenteeism, Stress and Health
SPP	Subcommissie Psychische Problematiek
SUWI	Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen
SZW	ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TBA	(Wet) Terugdringing van het beroep op de arbeids ongeschiktheidsregelingen
TIA	Transient Ischaemic Attack
TNO	(organisatie voor) Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TPG	TNT Post Groep
TZ	Terugdringing ziekteverzuim
UBOS	Utrechtse Burnout Schaal

Unece	United Nations Economic Commission for Europe
UWV	Uitvoering werknemersverzekeringen
VBBA	Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid
V en W	ministerie van Verkeer en Waterstaat
VNO-NCW	Verbond van Nederlandse Ondernemingen- Nederlands Christelijk Werkgeversverbond
VROM	ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordering en Milieubeheer
VS	Verenigde Staten
VTV	volksgezondheidstoekomstverkenningen
VU	Vrije Universiteit
VUmc	Vrije Universiteit medisch centrum
VUT	vervroegde uittreding
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
Wet MOOZ	Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere Ziekenfondsverzekerden
WGA	Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten
WHO	World Health Organisation
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
WMO	Wet maatschappelijk ondersteuning
Wtz	Wet toegang ziektekostenverzekeringen
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
Zfw	Ziekenfondswet
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringenwet

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net).
Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11). De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

Adviezen en achtergrondstudies

06/11	Publieke gezondheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Publieke gezondheid)	€ 15,00
06/10	Publieke gezondheid	€ 15,00
06/09	Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)	€ 15,00
06/08	Arbeidsmarkt en zorgvraag	€ 15,00
06/07	Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)	€ 15,00
06/06	Zinnige en duurzame zorg	€ 15,00
06/04	Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)	€ 15,00
06/03	Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrond- studie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)	€ 15,00
06/02	Management van vastgoed in de zorgsector	€ 15,00
06/01	Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg	gratis
05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief	€ 15,00
05/14	De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/13	Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/12	Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)	€ 15,00
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid	€ 15,00
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)	€ 15,00
05/04	Van weten naar doen	€ 15,00
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier	gratis
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€ 15,00

05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning	gratis
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)	gratis
04/08	Gepaste zorg	€ 15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€ 15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)	gratis
04/01	De Staat van het Stelsel	€ 15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/14	Acute zorg	€ 15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/12	Gemeente en zorg	€ 15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00

02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€ 15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€ 13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€ 13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	€ 11,34
01/04E	Healthy without care	€ 9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€ 19,29
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€ 13,61
00/03	De rollen verdeeld	€ 13,61

Bijzondere publicaties

05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)	gratis
05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))	gratis
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg	€ 15,00

05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)		gratis
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)		gratis
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004		gratis
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe		gratis
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01M/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81

Signalementen met achtergrondstudies

Sig 05/04	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maat- schappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02).	€	15,00
Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)	€	15,00
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement	€	15,00
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid	€	15,00
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2005	gratis
De vertwijfeling van de mantelmeeuw 2004	gratis
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)	gratis

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

VG 05/04	Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/03	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/02	Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/01	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking	gratis

Werkprogramma's en jaarverslagen

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 - 2002	gratis
04/12	Jaarverslag 2002 - 2003 RVZ	gratis
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ	gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis

