

Gezondheid werkt

Johan Polder

Gezondheid en welvaart bevorderen elkaar. Arbeid speelt daarin een centrale rol via arbeidsinzet en arbeidsproductiviteit. Gezonde werknemers verzuimen minder en presteren beter. De meeste mensen met een chronische ziekte werken en hun aantal neemt toe. Het zijn vooral de ervaren gezondheid en beperkingen waardoor mensen uit het arbeidsproces raken. Mensen kunnen ook ziek worden door het werk. Het gaat dan om infectieziekten, maar ook om bedrijfsongevallen en blootstelling aan gevaarlijke stoffen in omstandigheden. Er zijn grote verschillen in gezondheid, werk en risico's tussen hoger opgeleiden en lager opgeleiden. Daarom moet er blijvend aan gezondheid gewerkt worden, met gevoel voor rechtvaardigheid, verantwoordelijkheid en nuchterheid.

1 Introductie

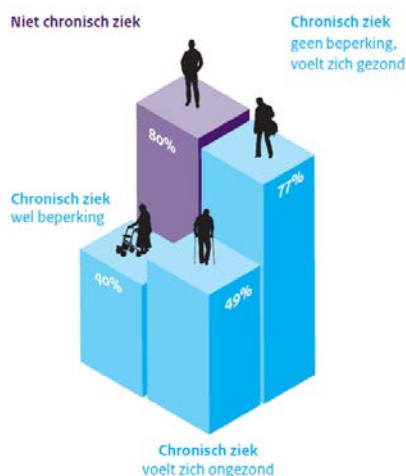
In 2015 werd de Nobelprijs voor de economie toegekend aan Angus Deaton, “for his analysis of consumption, poverty, and welfare” (Van Soest 2015). De Zweedse Rijksbank gaf daarmee een belangrijk signaal af: economie gaat niet alleen over ‘wealth’ maar ook over ‘welfare’ waarvan ‘health’ weer een belangrijk onderdeel is. “Health is wealth, and wealth is health.” Dat gezondheid niet alleen betekenis in zichzelf heeft, maar ook van belang is voor het economische en maatschappelijke leven, wordt steeds breder onderkend. De World Health Organization (WHO) wijdde er in 2008 een conferentie aan die in heel Europa veel aandacht trok. In Nederland werd het onderwerp op de kaart gezet door het RIVM in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Gezondheid is een essentiële productiefactor voor duurzame groei. Dat loopt via arbeidsinzet en arbeidsproductiviteit (SER 2015). Beide zijn van belang, zeker in een vergrijzende samenleving waarin de beroepsbevolking relatief kleiner wordt. En dat voor alle branches en opleidingsniveaus. Met het oog op de toekomst vallen twee bijzondere ontwikkelingen op (SCP 2015). Ten eerste zal de toename van het aantal hoger opgeleide werknemers achterblijven bij de vraag, waardoor arbeidsinzet aan de bovenkant van de arbeidsmarkt een groot thema wordt. Ten tweede zal de vraag naar lager opgeleide werknemers sterker dalen dan het aanbod. Dat heeft te maken met de verhouding tussen het loon wat ze geacht worden te verdienen en de productie die ze realiseren, waardoor arbeidsproductiviteit voor de onderkant van de arbeidsmarkt een groot thema wordt. Zowel bij arbeidsinzet als bij arbeidsproductiviteit speelt de gezondheid van werknemers een belangrijke rol.

2 De gezondheid van werknemers

“We worden gezonder en zieker tegelijkertijd.” Dat is de meest kernachtige karakterisering van de volksgezondheid in Nederland (Polder 2012). We worden gezonder in de zin dat de levensverwachting steeds verder toeneemt. Rond de millenniumwisseling was dat zelfs “iedere week met een weekend.” We worden zieker, omdat het aantal chronisch zieken toeneemt. In 2011 had een op de drie Nederlanders een chronische ziekte. Dat aandeel zal verder toenemen tot 40% in 2030. We worden ook zieker omdat ziekten eerder worden opgespoord, en door betere zorg komen er meer chronische patiënten. Maar we worden ook gezonder, omdat we door nieuwe medicijnen, hulpmiddelen en andere vormen van zorg steeds beter met ziekten kunnen omgaan. Veel patiënten ondervinden in het dagelijks leven weinig tot geen beperkingen.

De meeste chronisch zieken werken dan ook gewoon. In 2011 telde de beroepsbevolking 9,5 miljoen personen in de leeftijd van 19-64 jaar, van wie 80% zich goed gezond voelde, 55% een chronische ziekte had, en 10% beperkingen ervaarde. Deze percentages maken in één oogopslag duidelijk dat er overlap bestaat tussen de verschillende groepen. Het merendeel (bijna 70%) van de mensen met een chronische ziekte voelde zich goed gezond. Voor de deelname aan het arbeidsproces is dit een belangrijk gegeven. In 2011 had 77 procent van de chronisch zieken in de leeftijd van 20-65 jaar een betaalde baan (figuur 1).

Figuur 1 Percentage 20-65 jarigen met een betaalde baan van 12 uur per week of langer



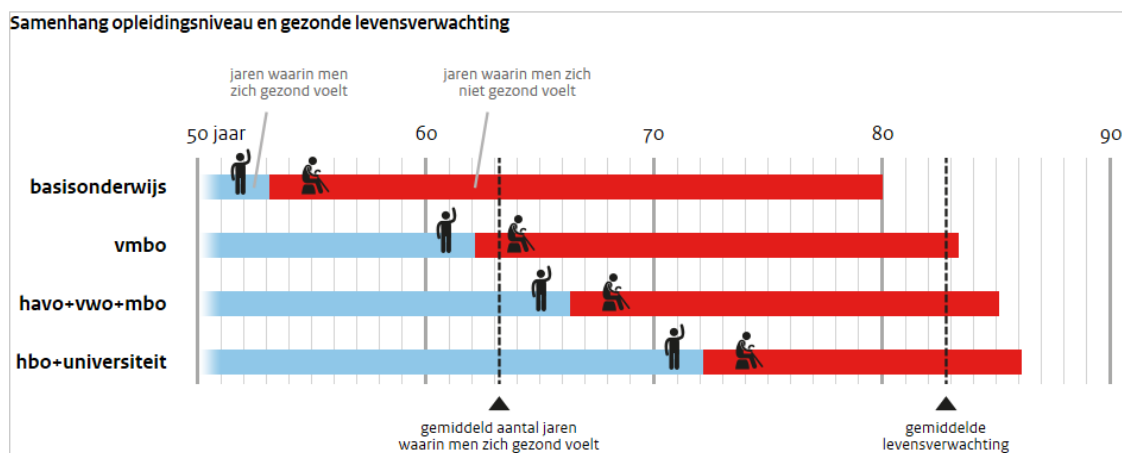
Bron: RIVM.

Bij de mensen zonder ziekte lag dat aandeel maar iets hoger. Maar de arbeidsdeelname werd wel een stuk lager naarmate mensen zich ongezond voelden of beperkingen ervaarden, los van het feit of ze een chronische ziekte hadden of niet. Dit onderstreept dat het bij gezondheid en ziekte vooral gaat om hoe mensen zich voelen en wat ze kunnen, en niet zozeer om het hebben van een officiële medische diagnose. Voor het wel of niet werken geven de ervaren gezondheid en de ervaren beperkingen de doorslag.

Vermoeidheid en gebrek aan conditie komen veel voor. Ook concentratieproblemen en tijdsdruk worden genoemd als belangrijke belemmeringen om het werk af te krijgen (Maurits 2013).

Bij geboorte is de levensverwachting voor mannen 79 jaar, wat hoog is binnen Europa, en 83 jaar voor vrouwen, wat gemiddeld is ten opzichte van andere landen. Belangrijker dan dit gemiddelde zijn de grote verschillen tussen opleidingsniveaus (figuur 2). Mensen met alleen basisonderwijs leven gemiddeld 6 jaar korter dan hoger opgeleiden. Daarbovenop komen de verschillen in ervaren gezondheid die nog groter zijn. Maar liefst 20 jaren van hun leven voelen vmbo'ers zich ongezond, en voor mensen met alleen basisonderwijs is dat zelfs meer dan 25 jaar. Van de mannen in de leeftijd van 35 tot 49 jaar met alleen basisonderwijs ervaart de helft zijn gezondheid als matig of slecht, tegenover een op de vier van de mensen met een lbo-, mavo- of vmbo-diploma, en een op de tien van de hoger opgeleiden. De gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische groepen in Nederland zijn substantieel en hardnekkig. Daarbij moet wel bedacht worden dat ervaren gezondheid bij uitstek een subjectieve maat is voor veel meer dimensies van welzijn (OECD 2015), en daarom in vragenlijsten nogal eens als een magneet werkt die allerlei andere vormen van ongenoegen en negatieve ervaringen naar zich toe trekt.

Figuur 2 Levensverwachting naar gezondheid en opleidingsniveau

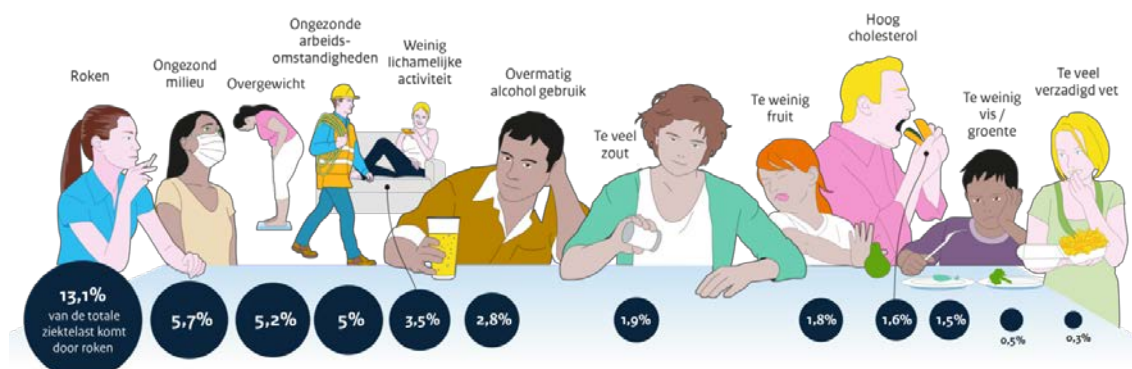


Bron: RIVM.

Wat is eigenlijk gezondheid? Ook daarover variëren de meningen. Voor laagopgeleiden is gezondheid zoiets als een batterij die langzaam leegloopt, terwijl hoogopgeleiden veel eerder de metafoer van een accu gebruiken. Een accu kun je opladen, en daarmee leeft onder hoogopgeleiden ook veel meer het besef dat je zelf aan je gezondheid kunt werken. Dat brengt ons op de determinanten van ziekte en gezondheid. Naast genetische en biologische factoren spelen leefgewoonten en omgevingsinvloeden een grote rol. Roken veroorzaakt de grootste ziektelast, gevolgd door een ongezond milieu, overgewicht en arbeidsomstandigheden (figuur 3). Vooral lager opgeleiden roken veel en van de jongeren

die beginnen te roken zitten de meesten op het vmbo. Van de 25-34 jarigen met een lagere opleiding (lbo, mavo, vmbo) rookt 39%, tegenover 15% van de hoger opgeleiden (hbo, wo). Ook overgewicht is een gezondheidsprobleem met omvangrijke sociaal-economische verschillen. Van de mensen met alleen lagere school is 64% te zwaar, bij mensen met een hbo of universitaire opleiding is dat 40%. Naast te weinig lichaamsbeweging spelen ongezonde eetgewoonten daarbij een belangrijke rol. Waar gevarieerd en matig de norm zou moeten zijn, eten nogal wat lager opgeleiden te veel en te eenzijdig. Dat heeft deels te maken met een informatieachterstand (Koç 2015). Lager opgeleiden hebben bijvoorbeeld minder kennis over de negatieve gevolgen van frisdrank en fastfood. Bovendien zijn er op het terrein van voeding nogal wat tegenstrijdige adviezen, waardoor met name mensen met wat minder opleiding de weg kwijtraken. Het terrein dat ze kunnen overzien en waarop ze invloed denken te kunnen hebben is veelal beperkter dan die van hoger opgeleiden. Bij sociale verschillen gaat het dan ook niet alleen maar om verschillen in opleidingsniveau, cognitie en verdien capaciteit, maar ook om sociaal-culturele verschillen met diepe wortels en brede vertakkingen. Bij ongezonde eetgewoonten zijn ook verschillen in smaak en beleving aan de orde en niet te vergeten de betekenis die mensen aan eten geven. En dat heeft weer alles te maken met de cultuur waarin mensen opgroeien, wonen en werken en de leefgewoonten die ze vervolgens ook weer doorgeven aan hun nageslacht. Hardnekkige (gezondheids)verschillen tussen de onderkant en de bovenkant van de (beroeps)bevolking lijken daarmee inherent aan een meritocratische samenleving.

Figuur 3 De bijdrage van determinanten aan de totale ziektebelasting in Nederland. Vanwege samenhang tussen de verschillende invloeden, zoals bewegen, voeding en overgewicht, kunnen de percentages niet bij elkaar worden opgeteld



Bron: RIVM.

Zzp'ers, zelfstandigen zonder personeel, vormen een bijzondere groep. Hun aantal neemt snel toe, zowel onder laag- als hoogopgeleiden, zowel vrijwillig als gedwongen. Over hun gezondheid is echter nog niet zo heel veel bekend. De algemene indruk is dat ze gezonder zijn. Maar uit onderzoek blijkt dat dit komt omdat vooral gezonde mensen het aandurven om als zzp'er aan de slag gaan (een selectie-effect), en niet omdat hun vrije leven als zelfstandige beroepsbeoefenaar bijdraagt aan een betere gezondheid (een causaal effect) (Rietveld 2015). Er zijn zelfs gereede aanwijzingen dat het voor iemands gezondheid

helemaal niet zo bevorderlijk is om zzp'er te zijn, maar omdat het positieve selectie-effect groter is dan het negatieve causale effect valt dat niet direct op.

Veel werknemers hebben een chronische ziekte. Om welke ziekten het gaat wordt echter niet goed bijgehouden, uitgezonderd de beroepsziekten waarvoor een meldingsplicht bestaat. Om toch een idee te geven wat er in de beroepsbevolking aan ziekten speelt, brengt tabel 1 de totale ziektelast in beeld voor alle Nederlanders in de leeftijd van 15-65 jaar, ongeacht of ze werken of niet. Meest voorkomend zijn nek- en rugklachten, gevolgd door artrose, diabetes en astma. Ook belangrijk zijn gehoorstoornissen, stemmingsstoornissen en hart- en vaatziekten. Als het gaat om ziektelast, een maat die sterfte en verloren levenskwaliteit combineert, staan angst- en stemmingsstoornissen bovenaan gevolgd door nek- en rugklachten. Coronaire hartziekten, kanker en diabetes veroorzaken ook veel ziektelast. In deze opsomming herkennen we een aantal belangrijke ziekten die voor problemen op het werk zorgen of waardoor mensen buiten het arbeidsproces raken, zoals psychische stoornissen en klachten en aandoeningen van het bewegingsstelsel. Ziekte heeft een prijs in de gevolgen voor de arbeidsproductiviteit en de arbeidsinzet. En gezondheid loont.

Tabel 1 Top-10 van ziekten en aandoeningen onder 15-65 jarigen naar prevalentie (aantal ziektegevallen) en ziektelast (disability adjusted life years)

Rangnummer	Ziekte / Aandoening	Prevalentie (aantal)	Ziekte / Aandoening	DALY's
1	Nek- en rugklachten	477.200	Angststoornissen	165.600
2	Artrose ^a	421.700	Stemmingsstoornissen	145.100
3	Diabetes mellitus	363.800	Nek- en rugklachten	112.700
4	Astma	336.500	Coronaire hartziekten	97.300
5	Gehoorstoomissen	307.200	Suicide(poging)	95.500
6	Stemmingsstoornissen	227.100	Longkanker	85.400
7	Contacteczeem	208.600	Diabetes mellitus	82.500
8	Coronaire hartziekten	195.400	COPD	63.200
9	COPD	148.600	Borstkanker	56.300
10	Migraine	132.700	Beroerte	55.000

Bron: RIVM.

3 Gezondheid loont

'Health is wealth'. Op de website van Gapminder wordt dit op een spectaculaire manier in beeld gebracht. Economische welvaart en levensverwachting worden daar op een assenstelsel tegen elkaar uitgezet. Lage welvaart en een lage levensverwachting gaan samen, evenals hoge welvaart en een hoge levensverwachting. De grafieken tonen de ontwikkelingsgang van de 'wealth and health of nations', en laten zien hoe Nederland al meer dan 200 jaar tot de wereldtop behoort. Nergens ter wereld is bijvoorbeeld de arbeidsproductiviteit per gewerkt uur zo hoog als in Nederland. Dat komt natuurlijk niet alleen door de gezondheid van onze bevolking, maar het heeft er wel alles mee te maken.

En er is ook ruimte voor verbetering, want als gevolg van sociaal-economische gezondheidsverschillen verliest Europa 1,4% van het bbp (Mackenbach 2011). In de 25 landen van de Europese Unie waarvoor dit is onderzocht gaat het om een jaarlijks bedrag van 140 miljard euro. Werkgevers hebben dus belang bij gezonde, productieve werknemers en een laag ziekteverzuim. Gezond personeel draagt bij aan een gezond bedrijf, een hogere arbeidsproductiviteit en winstgevendheid van ondernemingen. Drie onderwerpen staan in deze paragraaf centraal: 1) de maatschappelijke kosten als gevolg van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid; 2) de relatie tussen gezondheid en arbeidsproductiviteit; 3) de relatie tussen gezondheid en arbeidsinzet.

Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Door TNO worden de jaarlijkse kosten van ziekteverzuim geschat op ruim 11 miljard euro. Dat is het totaalbedrag van alle lonen die worden doorbetaald bij ziekte. Jaarlijks verzuimen vier van de tien werknemers wegens ziekte. Gemiddeld bedraagt het verzuim 3,7% van alle werkbare dagen in een jaar, variërend van 2,6% voor universitair geschoolden tot 4,7% voor mensen met alleen basisschool. Veel mensen verzuimen vanwege griep, verkoudheid of klachten in de buik en darmen (tabel 2). Vaak is men na een paar dagen beter en kunnen mensen snel weer aan het werk. Verzuim wegens klachten aan het bewegingsstelsel komen minder vaak voor, maar mensen zitten wel veel langer thuis. Versterkt geldt dat voor hart- en vaatziekten, overspannenheid en psychische problemen.

Tabel 2 Ziekteverzuim naar oorzaak voor werknemers die verzuimden.

	GEMIDDELTE VERZUIM- DUUR ¹	AANTAL VERZUIM- GEVALLEN (× 1.000) ²	PERCENTAGE VERZUIM- GEVALLEN % ²	VERZUIM- VOLUME % ²
Alle klachten samen (laatste verzuimgeval)	14,8	3.240	100	100
Rugklachten	20,4	222	7	9
Klachten nek, bovenste ledematen	28,7	184	6	11
Klachten heup, onderste ledematen	26,0	176	5	9
Klachten hart- en vaatstelsel	48,1	44	1	4
Psychische klachten, overspannen, burn-out	45,8	158	5	15
Vermoeidheid of concentratieproblemen	26,8	88	3	5
Conflict op het werk	29,1	12	0	1
Klachten luchtwegen	14,3	109	3	3
Klachten buik, maag of darmen	9,2	343	11	7
Huidklachten	14,8	19	1	1
Klachten oren of ogen	10,6	41	1	1
Griep of verkoudheid	5,4	1.299	40	14
Hoofdpijn	7,8	212	7	3
Klachten bij zwangerschap	22,1	42	1	2
Overige klachten	22,1	289	9	13

1) In de gemiddelde verzuimduur zijn degenen zonder verzuim niet meegenomen, het betreft hier de verzuimduur van degenen die verzuimen, om al dan niet-werkgerelateerde reden.

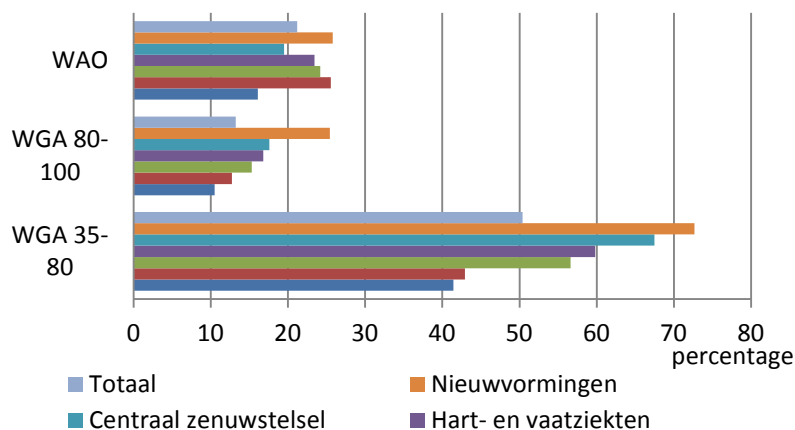
2) De berekening is gedaan exclusief de groep werknemers voor wie de klacht onbekend is.

Bron: TNO, NEA 2103.

In 2014 werd eveneens een kleine 11 miljard euro uitgegeven aan uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid. Het gaat daarbij om het totaal van diverse regelingen die elk hun historie, dynamiek in de uitvoering en aanpassingen in het beleid hebben gekend. In totaal betreft het 820.000 mensen waarvan 240.000 jonge arbeidsgehandicapten met een eigen regeling (Wajong). Over het algemeen hebben mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering een lage verdien capaciteit wat erop wijst dat een belangrijk deel van de arbeidsongeschiktheid zich concentreert aan de onderkant van de arbeidsmarkt (De Jong 2013). Ook als gekeken wordt naar de bedrijfssectoren met het grootste percentage arbeidsongeschikten valt dit op. Het gaat dan bijvoorbeeld om stukadoors, schilders, timmerlieden en schoonmakers.

Van alle arbeidsongeschikten in Nederland is de helft aan de kant komen te staan door psychische oorzaken en 20% door problemen met het bewegingsstelsel, veelal veroorzaakt door zware beroepen aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Alle overige oorzaken samen zijn goed voor 30% van de arbeidsongeschiktheid. Veel mensen zijn gedeeltelijk arbeidsongeschikt. Kankerpatiënten werken relatief meer dan mensen die op basis van psychische problemen of het bewegingsapparaat zijn afgekeurd (figuur 4). Samenvattend geldt dat werknemers met een lagere opleiding veel meer kans lopen om vanwege gezondheidsredenen het arbeidsproces vroegtijdig te verlaten (Schuring 2013).

Figuur 4 Percentage WAO'ers/WGA'ers¹ van 25 tot 65 jaar met werk eind 2011, naar diagnosegroep²



Bron: UWV 2013).

¹ WGA 35-80 = gedeeltelijk arbeidsongeschikten (35%-80%); WGA 80-100 = volledig niet-duurzaam arbeidsongeschikten (80%-100%)

² Omdat de WAO geldt voor personen die ingestroomd zijn voor 1 januari 2004 en de WIA (met WGA) voor instroom vanaf 2006 zijn mensen met een WAO-uitkering al langer arbeidsongeschikt en daarmee gemiddeld ook ouder dan degenen met een WIA/WGA-uitkering.

WAO= Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering; WGA = Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten; WIA = Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen

Gezondheid en arbeidsproductiviteit. Gezondheid loont. Fite werknemers verzuimen niet alleen minder, maar op het werk presteren zij ook meer in vergelijking met hun minder gezonde collega's. Hoeveel meer is lastig te onderzoeken en te becijferen. Veelal wordt een omgekeerde analyse gevolgd en wordt gekeken wat ongezonde mensen aan prestaties inleveren door de eerder genoemde belemmeringen. Dit laatste wordt presenteïsme genoemd, ter onderscheid van absenteïsme: de gederfde productiviteit door verzuim. Via gerichte programma's kan geprobeerd worden om de gezondheid en de productiviteit van werknemers te bevorderen (kader 1) (Robroek 2015). Werkgevers hebben grote invloed op het welzijn van werknemers, bijvoorbeeld door de inrichting van het gebouw en de werkplek, maar ook door een organisatiestructuur en faciliteiten beschikbaar te stellen die gericht zijn op gezondheid. Op die wijze kunnen ze indirect een bijdrage leveren aan de vermindering van absenteïsme door minder verzuim alsmede aan de reductie van presenteïsme door betere werkprestaties (Cancelliere 2011). Voor de bevordering van sport en bewegen zijn in dit verband gunstige resultaten gerapporteerd (Lechner 2015).

Kader 1: Gezond werk

Welke rol speelt de werkgever in de leefstijl van de werknemers? Wettelijke verplichtingen zijn er niet, maar dit betekent natuurlijk niet dat de werkgever een gezonde leefstijl niet zou willen, kunnen of moeten stimuleren of faciliteren. Het programma Gezond Werk op www.loketgezondleven.nl/gezond-werk biedt allerlei handvatten om op de werkvloer met gezondheid aan de slag te gaan. Zo wordt er informatie geleverd over het opstellen, uitvoeren en evalueren van een gezondheidsbeleid. Ook staan er voorbeelden van kwalitatief goede programma's die binnen een bedrijf ingezet kunnen worden om op het werk een gezonde leefstijl te stimuleren. Denk bijvoorbeeld aan ondersteuning bij het stoppen met roken, een individueel of groepsgericht beweegprogramma of een gezonde bedrijfskantine. Wie het gezondheidsbeleid oppakt kan per bedrijf verschillen, soms zijn het personeelsmanagers, soms zijn het Arbo-artsen of de medewerkers zelf. Er zijn ook enkele bedrijven die een zogenaamde 'health manager' in dienst hebben, iemand die zich volledig richt op het gezondheidsbeleid binnen het bedrijf. Er lijkt een beweging op gang te komen van traditioneel verzuimbeleid naar integraal gezondheidsbeleid. Met het oog op het toenemend aantal chronisch zieken is dit een belangrijke ontwikkeling.

In de toekomst zal het probleem van tekortschietende arbeidsproductiviteit aan de onderkant van de arbeidsmarkt verder toenemen. Via verzuimreductie en gezondheidsbevordering op de werkvloer kan daar iets aan gedaan worden, maar het is niet realistisch om daar hele grote effecten van te verwachten. Het ligt meer voor de hand om ervoor te zorgen dat schoolverlaters, ook aan de onderkant van de arbeidsmarkt, zo'n goede arbeidsproductiviteit hebben dat ze hun loon dubbel en dwars verdienen en dus een baan vinden. Behalve om cognitieve en praktische vaardigheden gaat het daarbij ook om gezondheidsvaardigheden. In dat verband wordt wel gesproken over de baten van investeren in de gezondheid van kinderen (Belli 2005). Onderwijzers en leraren zien graag

fitte, uitgeslapen en nuchtere leerlingen in hun klas. Dat geeft makkelijker les en het komt ook de schoolprestaties ten goede. Door in te zetten op de gezondheid van hun leerlingen (kader 2) kunnen scholen bijdragen aan de vermindering van schooluitval en de verbetering van schoolprestaties en het 'human capital' van de werknemers van de toekomst. Onder de deskundigen bestaat nog wel verschil van mening of iedere vorm van een gezonde leefstijl leidt tot betere schoolprestaties (Bradley 2013), of dat vooral aandacht voor psychosociale gezondheidsproblemen helpt (Uiters 2014). Deze inzet op een gezonde leefstijl is zeker te waarderen, maar ook hier gaat het natuurlijk niet om gezondheid als een op zichzelf staande factor. Hoe goed en belangrijk een gezonde school ook is, voor schoolprestaties zijn andere factoren belangrijker, zoals het behaalde opleidingsniveau van de ouders en de sociale omgeving (Ruijsbroek 2014). Wanneer kinderen bijvoorbeeld opgroeien in een omgeving waarin roken stoer is en naar school gaan niet, dan is veel meer nodig dan gezondheidsbeleid op school om uit die vastzuigende bodem van de samenleving los te komen en zich omhoog te werken en zo een bijdrage te leveren aan een welvarender Nederland.

Kader 2: De gezonde school

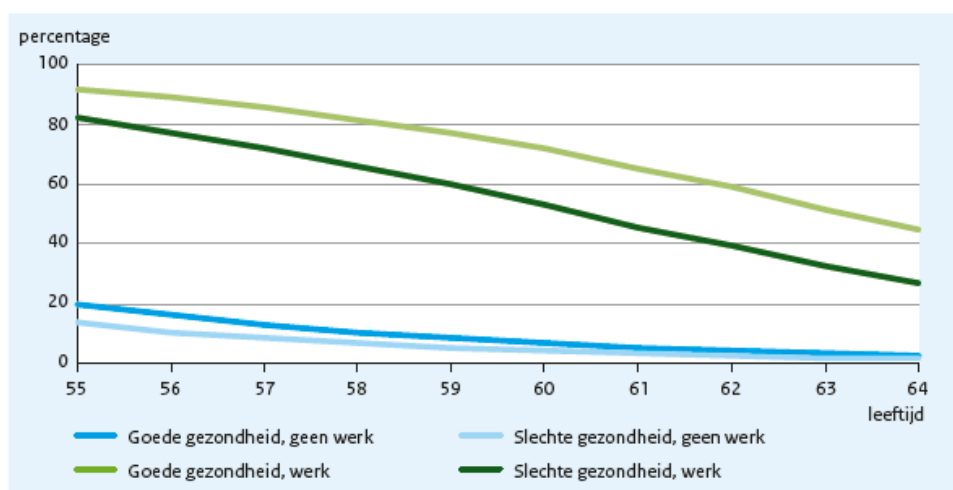
Gezondheid heeft invloed op schoolprestaties en schooluitval, dat is een belangrijke reden voor het werken aan gezondheid van leerlingen. Scholen zien in toenemende mate een rol voor de school weggelegd om de gezondheid van leerlingen te bevorderen. De Gezonde School aanpak (www.gezondeschool.nl) helpt scholen om gezondheidsbeleid te ontwikkelen en onderdeel te maken van het schoolbeleid. Centraal staat de gedachte 'Jong geleerd is oud gedaan'. Door leerlingen al op jonge leeftijd goede kansen te bieden op een gezonde leefstijl en daarmee op gezondheid, worden op korte termijn de schoolprestaties beter en het risico op schooluitval verkleind. Op latere leeftijd, dus op langere termijn, verkleint de kans op chronische ziektes en daarmee op uitval in het arbeidsproces.

De Gezonde School-aanpak bestaat uit vier pijlers, waaronder het vroegtijdig signaleren van risico's en het realiseren van een gezonde schoolomgeving. In praktische zin zijn materialen beschikbaar zoals checklists om concreet mee aan de slag te gaan, evenals activiteiten met een duidelijke toelichting en voorbeelden van andere scholen die als inspiratie dienen. De Gezonde School-aanpak wordt inmiddels vele jaren met succes toegepast. Effectstudies laten onder andere zien dat dat leerlingen die aan een beweegprogramma op school deelnamen, meer bewogen en fitter waren dan leerlingen die hier niet aan hadden deelgenomen (Dobbins 2013). En leerlingen die op school drinkwater en educatie kregen aangeboden, hadden een 30% kleinere kans op overgewicht (Jasper 2012).

Om leerlingen te bereiken met een verhoogd risico op ongezondheid wordt momenteel in Nederland prioriteit gegeven aan het ontwikkelen van de Gezonde School aanpak speciaal gericht op mbo-scholen. Het doel is het verbeteren van de gezondheid van mbo-leerlingen en eraan bijdragen dat meer jongeren hun mbo-opleiding succesvol afronden, zodat hun kansen op werk en carrière verbeteren.

Gezondheid en arbeidsinzet. Gezondheid loont ook omdat gezonde werknemers langer kunnen doorwerken. Gezondheid is een voorwaarde voor duurzame inzetbaarheid. Voor de toekomst is dit een belangrijk thema (RVZ 2015). Figuur 5 laat zien dat gezonde mannen tot op hogere leeftijd blijven werken dan mannen die op hun 55^e niet gezond zijn. Gezondheid is dus een noodzakelijke voorwaarde om aan het werk te blijven. Maar het is geen voldoende voorwaarde voor arbeidsdeelname. Werkloze mannen boven hun 55^e komen nauwelijks meer aan het werk, en hun gezondheid verandert daar nauwelijks iets aan. Er bestaat daarom niet zomaar een eenvoudige maatregel om de arbeidsdeelname te bevorderen. Nodig is een fijnzinnige balans tussen ontzie- en stimuleringsmaatregelen (Grip 2015), tussen arbeidsplicht en plezier op je werk, tussen generiek beleid en maatwerk (Vooijs 2015), gedeelde verantwoordelijkheid en een multidisciplinaire aanpak en dat alles als onderdeel van een strategisch personeelsbeleid (Busch 2014). Of eenvoudiger gezegd: nodig is dat er serieus werk van wordt gemaakt dat werknemers hun gezondheid behouden en hun werk kunnen blijven doen.

Figuur 5 Percentage Nederlandse mannen dat werkt, per categorie, gegeven werk en gezondheid drie jaar eerder, naar leeftijd



Bron: RIVM.

4 Werken is gezond, maar niet altijd

“Voor 10.00 uur gaan werken is ronduit ongezond,” aldus de Britse wetenschapper Paul Kelly in The Independent. Het NRC Handelsblad beoordeelde de uitspraak als half waar. Want dat slaapttekort ongezond is staat buiten kijf. Maar er zijn natuurlijk ook typische ochtend- en avondmensen. Er is dan ook geen generiek advies hoe laat de werkdag zou moeten beginnen. Wel wordt steeds duidelijker dat het werken in ploegendiensten en verstoringen in het dag-nachtritme nadelig voor de gezondheid kunnen zijn (Kerkhof 2013). Interessant zou zijn om de

stelling van Kelly om te draaien: is werken na 10.00 uur wel altijd gezond? Of nog algemener: Is werken gezond? In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 formuleerde het RIVM een voorzichtig positief standpunt. Werken is gezond, maar niet altijd. Er kunnen werkomstandigheden zijn waardoor mensen ziek worden van het werk in plaats van gezond.

Dat werken gezond is blijkt uit wat werklozen daarover hebben gezegd nadat zij weer een betaalde baan kregen. Zij rapporteerden allerlei positieve gezondheidseffecten, met name over hun mentale gezondheid en hun functioneren in de sociale omgeving. Werken vermindert de kans op een depressie en geeft mensen structuur en meer eigenwaarde, waardoor ze lekkerder in hun vel zitten en beter functioneren. Door werk kunnen mensen uit een negatieve spiraal komen en de weg omhoog weer te pakken krijgen. Door te werken nemen ook somatische klachten af, zoals hoofdpijn, hartklachten en problemen met de ademhaling. Omgekeerd leidt werkloosheid tot een slechtere gezondheid (Schaller 2015). Een economische recessie heeft negatieve gevolgen voor de volksgezondheid, die ernstiger worden naarmate een goed sociaal vangnet ontbreekt (Karanikolos 2013). Dit is een omgekeerd bewijs dat welvaart en werk goed zijn voor de gezondheid. Ook klinkt er in door dat sociaal beleid erg belangrijk is voor de volksgezondheid.

Dat werken niet altijd gezond is, wordt geïllustreerd met drie voorbeelden waarover het RIVM specifieke kennis heeft: 1) infectieziekten op het werk; 2) ernstige arbeidsongevallen; 3) blootstelling aan gevaarlijke stoffen.

Infectieziekten op het werk. Een groot deel van het kortdurende ziekteverzuim wordt veroorzaakt door griep en verkoudheid en door buik- en darmklachten (tabel 2). Als het over gezondheid en werk gaat, spelen infectieziekten dus een belangrijke rol. Niet alleen vanwege de ziektelast en het ziekteverzuim, maar ook omdat infectieziekten van mens op mens overdraagbaar zijn. Werknemers elkaar kunnen besmetten, ze lopen risico en ze verspreiden risico (Haagsma 2012).

Globale schattingen suggereren dat in de diverse sectoren van de Nederlandse industrie minimaal 250.000 werknemers aan biologische ziekteverwekkers zijn blootgesteld. Velen van hen werken in de gezondheidszorg, maar ook andere sectoren springen eruit als het gaat om beroepsgebonden infectieziekten, zoals de agrarische sector, de voedingsmiddelenindustrie, de schoonmaakbranche en onderwijs en kinderopvang. In deze sectoren werken ook veel laaggeschoolde mensen. Verder is er een groeiende groep (zaken)reizigers, bestaande uit werknemers die voor hun werk naar het (verre) buitenland reizen en daar infectieziekten kunnen oplopen. Bij veel beroepen wordt niet doelbewust met bacteriën en virussen gewerkt, maar is de blootstelling een ongewild bijverschijnsel. Bijvoorbeeld in de agrarische industrie, waar relatief veel en onbeschermd contact is met ziekteverwekkers afkomstig van dieren en gewassen. Er zijn een aantal typische beroepen waarbij werkgebonden infecties van invloed kunnen zijn op gezondheidsklachten en verzuim zoals bij boswachters (na een tekenbeet die de ziekte van Lyme kan veroorzaken, Loo 2012), of bij werknemers op kinderdagverblijven die relatief vaak maagdarminfecties oplopen (kader 3). In extreme gevallen gaat het om infecties die ernstige en

zelfs fatale gevolgen kunnen hebben, zoals het geval bij gezondheidswerkers in Ebolagebieden in Afrika die tijdens hun werk besmet konden raken met het Ebolavirus.

Onder lager opgeleiden is de blootstelling aan infectieziekten op het werk groter dan bij de hoger opgeleiden. In combinatie met hun ongezondere leefstijl kan de ziektelast hoger oplopen. Het is daarom van belang om, beginnend op het moment van indiensttreding, herhaaldelijke en duidelijke voorlichting te geven om informatie over de gezondheidsrisico's onder werknemers te verspreiden en daarmee het belang van preventieve maatregelen onder de aandacht te brengen. Essentieel is het om de werkgevers en de branche organisaties hierbij actief te betrekken.

Kader 3: Infectieziekten in de kinderopvang.

In Nederland bezoekt meer dan de helft van alle kinderen tussen 0 en 4 jaar (ongeveer 400.000 kinderen) een of meer dagdelen per week een kinderdagverblijf (KDV). Vanwege bekende kwetsbaarheden van een kind (minder doorgemaakte besmettingen, lage weerstand, beperkte hygiëne, intensief contact) en de omstandigheden op het kinderdagverblijf (hoge concentratie en doorstroom van kinderen) lopen deze kinderen een verhoogd risico op infecties. Omdat deze infectieziekten zich gemakkelijk verspreiden ervaart ook het personeel van het kinderdagverblijf een verhoogde infectiedruk. Het contact met deze leeftijdscategorie kinderen is intensief door de vele zorgaspecten en het nauwe fysieke contact tussen personeel en kinderen. Om meer zicht te krijgen op de ziektelast van kinderen en personeel heeft het RIVM in 2010 het nationale Kinderdagverblijven Infectieziekten Surveillance Systeem (KIzSS) opgezet. Uit de eerste voorlopige resultaten kunnen enkele belangwekkende conclusies worden getrokken:

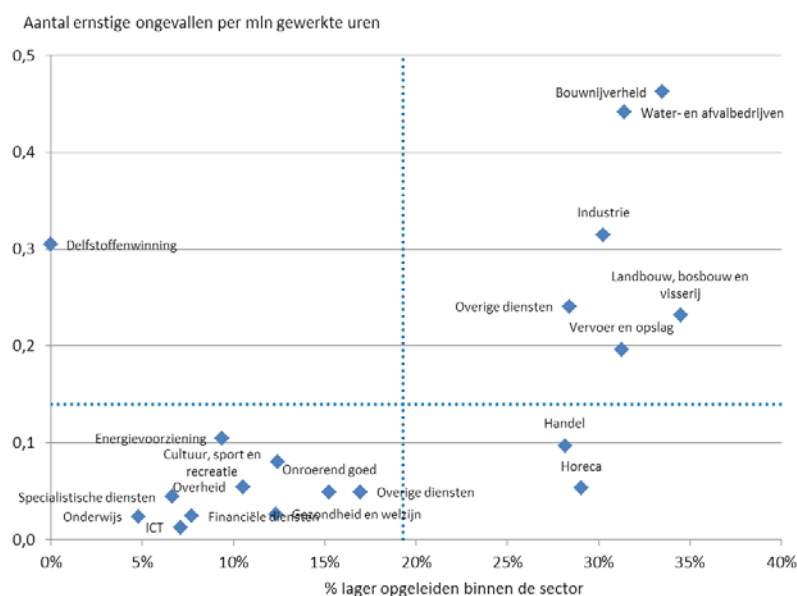
- 1. Vooral personeel tot 34 jaar lijkt zowel absoluut als relatief vaker ziek te zijn dan ouder personeel. Dit is zichtbaar bij ziekte door zowel luchtwegklachten als maag-darmklachten. Waarschijnlijk is dit vanwege hun recente toetreding tot de kinderopvangbranche en heeft het oudere personeel langer weerstand kunnen opbouwen.*
- 2. Het aantal kinderopvangmedewerkers dat naar de huisarts gaat vanwege maag-darmklachten ligt over alle onderscheiden leeftijdscategorieën ongeveer drie keer zo hoog als het landelijk gemiddelde. Dit is een indicatie dat mensen die in de kinderopvangbranche werken vaker ziek zijn dan mensen werkzaam in andere branches.*
- 3. Pedagogisch medewerkers, met name jonge beginnende, hebben een verhoogde ziektelast ten opzichte van de algemene bevolking wat direct lijkt samen te hangen met ziekte bij de kinderen en dus met de aard van hun werk.*

Ernstige arbeidsongevallen. “Waar gehakt wordt vallen spaanders,” zegt het spreekwoord met een relativerende ondertoon. Gezien het grote aantal arbeidsongevallen, 230.000 per jaar, 600 per dag, is er voor die relativering geen plaats. Elk bedrijfsongeval is er één te veel. Sommige ongevallen zijn zelfs zo ernstig dat het slachtoffer overlijdt, blijvend letsel oploopt zoals amputatie of blindheid, of in een ziekenhuis moet worden opgenomen. Die ernstige arbeidsongevallen komen gelukkig niet zo vaak voor, namelijk 0,14 keer per miljoen gewerkte

uren. Maar omdat ruim 7 miljoen Nederlanders dagelijks werken gaat het wel om meerdere ernstige ongevallen per dag. Tachtig tot negentig keer per jaar valt er een dodelijk slachtoffer.

Alle ernstige arbeidsongevallen moeten door werkgevers gemeld worden aan de Inspectie SZW. Die meldingen worden door het RIVM bijgehouden in de zogeheten Storybuilder, een instrument waarmee de informatie uit de ongevalsrapportages op een systematische wijze kan worden geanalyseerd (Berkhout 2014). Daaruit volgt dat in sectoren met veel lager opgeleiden de kans op een ernstig bedrijfsongeval 1,5 tot 4 keer hoger is dan in andere sectoren (figuur 6). Handel en horeca vormen hierop een gunstige uitzondering. Preventie van arbeidsongevallen blijft daarom onverminderd urgent, zeker in bedrijfstakken waar heel veel mensen werken, zoals de industrie, de bouwnijverheid en de transportsector.

Figuur 7 Kans op blijvend letsel of overlijden ten opzichte van het gemiddelde ($1,2 \times 10^{-4}$ per jaar).



Bron: RIVM.

Blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Een derde categorie waardoor mensen niet alleen ziek zijn op het werk, maar ook ziek worden door het werk, heeft te maken met de blootstelling aan gevaarlijke stoffen. De gezondheidsgevolgen daarvan zijn groot. De laagopgeleide asbestverwijderaars is een bekend voorbeeld. Maar zoals figuur 8 laat zien worden veel meer laagopgeleide werknemers blootgesteld aan gevaarlijke stoffen, zeker ook in vergelijking met het personeel met een hogere opleiding. Dat komt omdat laagopgeleiden veel vaker operators zijn en mensen met een hogere opleiding veelal deel uitmaken van het midden of hogere management en veel minder contact hebben met het primaire productieproces.

Bedrijven moeten de blootstelling aan gevaarlijke stoffen beoordelen in een risico-inventarisatie en -evaluatie gevaarlijke stoffen. De arbeidsinspectie komt hen daarin te hulp met een tool voor

de zelfinspectie van gevaarlijke stoffen. Deze tool helpt werkgevers bij de invulling van hun wettelijke verplichtingen met specifieke aandacht voor kankerverwekkende stoffen. Ook helpt de tool met de vaststelling van grenswaarden, waarboven de blootstelling aan deze stoffen gezondheidsrisico's met zich meebrengt. In Nederland is voor een beperkt aantal stoffen een publieke grenswaarde afgeleid. Voor de overige stoffen moet de werkgever zelf private gezondheidskundige grenswaarden afleiden. Het vaststellen van private grenswaarden gebeurt echter lang niet altijd (Schenk 2013).

Indien de blootstelling aan een bepaalde stof hoger is dan de vastgestelde grenswaarde, moeten maatregelen worden genomen ter verlaging van de blootstelling totdat wel wordt voldaan aan de grenswaarde. Indien het een kankerverwekkende of mutagene stof betreft, moet een bedrijf de betreffende stof indien mogelijk vervangen door minder gevaarlijke alternatieven, waarbij economische motieven niet de doorslag mogen geven om dat niet te doen. De voorgestelde maatregelen moeten voldoen aan de zogeheten arbeidshygiënische strategie. Daarmee wordt bedoeld dat het probleem in eerste instantie aan de bron moet worden aangepakt. Lukt dat niet, dan kan de blootstelling worden beheerst door bronafzuiging, aangevuld met algemene ventilatie. Pas als laatste stap mogen persoonlijke beschermingsmiddelen als adembescherming of handschoenen worden ingezet. Vervolgens moet de effectiviteit van de voorgestelde maatregelen worden getoetst door middel van herhalingsonderzoek van de blootstellingsmetingen, eventueel aangevuld met een preventief medisch onderzoek. Bijvoorbeeld, hoe het staat met de concentratie van lood in het bloed van de werknemers die aan lood worden blootgesteld. En ten slotte is uiteraard voorlichting van groot belang en is de instructie van werknemers een jaarlijks terugkerend thema.

De praktijk is echter weerbarstiger dan men op grond van de tool van de arbeidsinspectie en achterliggende Europese richtlijnen zou verwachten. Uit een enquête die door TNO en het RIVM is uitgevoerd blijkt dat minder dan de helft van de bedrijven enige vorm van een stoffenregister bijhoudt en dat hooguit een op de vijf bedrijven de blootstelling aan gevaarlijke stoffen beoordeelt (Terwoert 2013). Bij kleine bedrijven is dat zelfs significant minder. Werkgevers schuwen maatregelen die ze als bureaucratisch percipiëren en vaak ontbreekt het hen aan tijd, middelen en expertise om hun verantwoordelijkheid op te pakken. Tegelijkertijd geven twee van de vijf bedrijven aan dat ze in de achterliggende vijf jaar stoffen hebben vervangen door minder schadelijke. Arbododeskundigen concluderen hieruit dat er nogal wat ad-hoc maatregelen worden genomen, die niet zijn ingebed in een structureel beleid voor schadelijke stoffen. Dit betekent dat er nog wel wat te winnen valt, maar alleen proportioneel gepaste maatregelen zullen kans van slagen hebben. Kosten en baten moeten in balans zijn.

5 Werken aan gezondheid

“Gezondheid is belangrijk voor mensen om te kunnen leven en te kunnen werken. Het is een randvoorwaarde voor het functioneren van onze samenleving en het behoud en het ontwikkelen van

onze welvaart.” Aldus het kabinet in de visienota ‘Gezond zijn, gezond blijven’ uit 2007 (VWS 2007). Die visie is nog allerminst achterhaald. De potentie van gezondheid voor mens en samenleving blijft onverminderd groot. Maar ook onverminderd weerbarstig. Om ervoor te zorgen dat ‘gezondheid werkt’ is het noodzakelijk om voortdurend te blijven werken aan gezondheid, op meerdere niveaus van de samenleving, met oog voor de dreigende tweedeling en de blijvende rol van de overheid, en nuchterheid en gevoel voor verantwoordelijkheid voor iedereen die bij arbeid en gezondheid is betrokken.

Samen werken. Volgens Angus Deaton moeten we de wederzijdse afhankelijkheden en interacties tussen ‘health and wealth’ in ogenschouw nemen. Dat betekent dat beleidsmakers, wetenschappers en praktijkmensen zich nooit alleen op werk of gezondheid moeten richten. Werkgevers die het ziekteverzuim willen verminderen en de arbeidsproductiviteit willen vergroten moeten niet alleen iets aan het werk veranderen, maar ook investeren in de gezondheid van hun werknemers. En als we de gezondheid van werknemers willen bevorderen, dan is dat niet alleen een kwestie van hun leefstijl en gezondheidseducatie, maar moeten we ook kijken naar hun arbeidsomstandigheden en het verminderen van risico’s op het werk. De Sociaal Economische Raad heeft gewezen op het belang van ‘arbeidsgerelateerde zorg’ met een specifieke inzet op meer en betere samenwerking tussen de reguliere gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg (SER 2014). Uiteraard zal de ene keer de nadruk meer op het werk liggen, en de andere keer meer op gezondheid, maar waar het om gaat is dat beide aspecten altijd in hun samenhang worden gezien. Dat geldt voor alle bedrijfstakken, en voor alle niveaus waarop naar de relatie tussen arbeid en gezondheid wordt gekeken, variërend van individuele werkgevers en werknemers, tot overlegorganen als de SER en het landsbestuur.

Als we in Nederland echt werk van arbeid en gezondheid willen maken, dan vergt dat kabinetsbeleid of op zijn minst geïntegreerd beleid van de ministeries van VWS en SZW. Op het terrein van duurzame inzetbaarheid wordt er al nauw samengewerkt, en het is zeker aan te bevelen dat SZW en VWS op het brede terrein van arbeid en gezondheid deze samenwerking versterken en nog meer gezamenlijk optrekken, bijvoorbeeld via een geïntegreerd beleidsprogramma. En dan met nadruk ook een ‘evidence based’ beleidsprogramma, gestoeld op de beste kennis. Voor het ontwikkelen en bij elkaar brengen van die kennis ligt het voor de hand dat beide ministeries een gezamenlijke kennisagenda opstellen in nauwe samenwerking met de deskundigen op deze terreinen. Belangrijke onderwerpen zijn: gezond en veilig werken, gezondheid en werkverzuim, gezondheid en arbeidsproductiviteit, infectieziekten op het werk, gezondheidsbevordering op het werk, duurzame inzetbaarheid, gezondheidsvaardigheden van lager opgeleide werknemers.

Bij de uitwerking van de kennisagenda is een zekere prioritering gewenst. Voorrang verdienen onderwerpen waarvan veel verwacht wordt in termen van gezondheidswinst en arbeidsbaten. Cruciaal is dat er vanuit alle gezichtspunten wordt samengewerkt, er een aansprekbare probleemeigenaar is, er draagvlak is vanuit werkgevers en werknemers, en dat de gevonden inzichten hun weerslag krijgen in het kabinetsbeleid. Samen werken aan ‘arbeid en gezondheid’ voor een samenleving waarin ‘health and wealth’ hand in hand gaan.

Werken aan rechtvaardigheid. In de benadering van Angus Deaton gaat het bij 'health en wealth' ook over verschillen tussen bevolkingsgroepen. Over gelijkheid en ongelijkheid. Over arm en rijk. Over lager en hoger opgeleide mensen. De toekomstbeelden voor verschillende opleidingsniveaus lopen nogal uiteen. Onder de hoogopgeleiden zal het vergroten van de arbeidsdeelname een belangrijk onderwerp zijn. Er wordt immers een tekort aan hoger opgeleide werknemers verwacht. Voor dit deel van de arbeidsmarkt zal duurzame inzetbaarheid het centrale thema worden. Uit het voorgaande noteren we twee belangrijke opgaven. De eerste is om oudere werknemers zo lang mogelijk aan het werk te houden, want na vertrek uit de arbeidssituatie keert bijna niemand meer terug. Dat aan het werk houden kan door maatregelen te treffen die het werk zelf betreffen, maar ook de gezondheid en ziekte van de werknemers. Er komen immers steeds meer werknemers met een chronische ziekte. Wanneer daar in de arbeidsomstandigheden rekening mee wordt gehouden, zodat werknemers zo min mogelijk hinder van hun ziekte ervaren, kan worden voorkomen dat ze vroegtijdig uit het arbeidsproces geraken. De tweede opgave is om de gezondheid van de werknemers te bevorderen, zodat ze minder ziek zijn en langer productief blijven. Werkgevers en werknemers zijn hiervoor de eerst aangewezen probleemeigenaren. Een tweedelijns verantwoordelijkheid ligt bij de sociale partners en de SER die in 2016 advies heeft uitgebracht over werknemers met een chronische ziekte (SER 2016). In cao's kunnen bindende afspraken tussen werkgevers en werknemers worden vastgelegd.

Voor de onderkant van de arbeidsmarkt is de arbeidsproductiviteit het onderwerp van de toekomst. Ten opzichte van de vraag zullen er (te) veel laagopgeleide arbeidskrachten zijn. Deze werknemers ervaren meer gezondheidsproblemen en zijn aan grotere gezondheidsrisico's blootgesteld. Daar komt straks bij dat banen steeds flexibeler en ongewisser worden en de werkzekerheid afneemt. Dit zal zeker gevolgen hebben voor de psychische gezondheid van deze werknemers. Daarnaast zullen ook de lonen continu onder druk blijven staan, en dan toch nog hoog zijn ten opzichte van de arbeidsproductiviteit. De financiële ruimte om te investeren in beschermende maatregelen kan daardoor erg klein worden. En juist waar werkgevers en werknemers in actie zouden moeten komen om de arbeidsomstandigheden te borgen, kunnen er allerlei omstandigheden en belangen zijn die dit in de weg staan. Vanwege deze economische wetmatigheid, in combinatie met de grote maatschappelijke en economische belangen die op het spel staan, kan niet alles aan werkgevers en werknemers worden overgelaten en is er een duidelijke behoefte aan een sterke overheid die gericht stimuleert, beschermt en belemmeringen wegneemt.

Door beide ontwikkelingen samen nemen de maatschappelijke tegenstellingen toe. Er dreigt een grotere tweedeling tussen hoger- en lager opgeleiden. Een tweedeling als het gaat om inkomen en welvaart, zekerheid en risico, gezondheid en leefstijl. Een tweedeling die ook aanleiding kan geven tot allerlei gemakkelijke oordelen en maatschappelijke onrust. Angus Deaton heeft erop gewezen dat sociale gerechtigheid bepalend is voor het welzijn van de bevolking. De trends in arbeid en gezondheid brengen ons daarom in het hart van de politiek. Dan gaat het om vragen als: welke mate van ongelijkheid vinden we in Nederland acceptabel, en welke niet? En: mogen bepaalde bevolkingsgroepen structureel meer blootgesteld worden aan grotere risico's en een schadelijke omgeving? En ook: hoe zorgen we ervoor dat mensen uit laagopgeleide milieus zich

kunnen ontwikkelen en hun mogelijkheden voor een gezonde en welvarende toekomst kunnen vergroten? Dit soort vragen vergen bij uitstek een politieke stellingname en een rijksbreed beleid zoals in Zweden en Noorwegen. Werken aan gezondheid omvat ook werken aan sociale rechtvaardigheid.

Werken met verantwoordelijkheid en nuchterheid. Gezondheid en welvaart kunnen elkaar versterken en arbeid speelt daarin een centrale rol. Maar dit gaat niet vanzelf, en er zijn ook grenzen die in acht moeten worden genomen. Werken aan gezondheid vergt daarom verantwoordelijkheid en nuchterheid. Gezondheid heeft vele dimensies en determinanten die stuk voor stuk relevant zijn. Soms ligt de nadruk op ziekte, dan weer op beperkingen of op ervaren gezondheid. Op het ene moment is het alles leefstijl wat de klok slaat, en in een andere situatie gaat het om gezondheidsrisico's waaraan mensen door anderen worden blootgesteld. Met die veelzijdigheid heeft gezondheid ook vele probleemeigenaren, die lang niet altijd op dezelfde lijn zullen zitten. Het kan nuttig zijn om de verantwoordelijkheden nader te specificeren.

De werknemer is de eerstverantwoordelijke voor een gezonde leefstijl en ook voor het naleven van de veiligheidsnormen op het werk. Tot de verantwoordelijkheid van de werkgever behoren de arbeidsomstandigheden en de naleving van alle eisen met betrekking tot de blootstelling aan risico's en gevaarlijke stoffen. Door middel van 'nudges', vriendelijke duwtjes in de gezonde richting, kunnen werkgevers ook iets doen aan de leefgewoonten van werknemers, maar daarvoor is instemming van bijvoorbeeld de ondernemingsraad wel een voorwaarde. Als het gaat om sociaaleconomische gezondheidsverschillen heeft de overheid een primaire verantwoordelijkheid. Het gaat immers om diep gewortelde oorzaken van sociale ongelijkheid. Scholing is belangrijk, zowel voor de praktische en cognitieve vaardigheden van werknemers in het algemeen als specifiek voor hun gezondheidsvaardigheden. Door in te zetten op het versterken van de 'capabilities' van mensen en gelijke kansen voor iedereen op een toekomst in goede gezondheid kan de overheid een zekere mate van sociale gerechtigheid nastreven. Het hoeft geen nader betoog dat verantwoordelijkheid een serieuze zaak is die iedereen aangaat.

Bij dit alles is het zaak om alert te zijn dat gezondheid niet op een oneigenlijke manier gaat functioneren. Oneigenlijk is het bijvoorbeeld om alle problemen op de werkvloer in termen van gezondheid te 'framen'. Ook is het oneigenlijk om ziekten en beperkingen aan te wenden als legitimatie om niet te werken. Aan de andere kant kan ook een instrumentele visie op gezondheid te ver doorschieten. Gezondheid is meer dan een productiefactor en heeft een intrinsieke waarde die de instrumentele waarde overtreft. Zeker als het gaat om nachtwerk zijn hierbij nog wel vragen te stellen die nadere overdenking verdienen. Het is wenselijk om in het eerder voorgestelde kennisprogramma wat ruimte in te bouwen voor de wat fundamentele vragen over de betekenis van gezondheid in relatie tot arbeid.

Daarbij verdient de gedachte van maakbaarheid afzonderlijke aandacht. Bij alles wat we weten heeft een goede gezondheid nog altijd iets van een geheim. En bij alles wat we er aan kunnen doen blijft een goede gezondheid ook altijd iets houden van een geschenk. Die gedachte van een geschenk geeft de slogan 'health is wealth' een diepere lading. Een lading die een aanzet tot

verwondering kan zijn en een inspiratiebron om de ongelijkheid in welvaart en gezondheid te verminderen. En op die wijze bij te dragen aan het maatschappelijk welzijn dat zo belangrijk is dat Angus Deaton er de Nobelprijs voor kreeg.

Auteur

Johan Polder (e-mail: Johan.Polder@rivm.nl) is Chief Science Officer (CSO) bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en bijzonder hoogleraar gezondheidseconomie aan de Universiteit van Tilburg (Tranzo).

De auteur bedankt de volgende collega's van het RIVM voor hun input en commentaar op eerdere versie van dit artikel: Laura Cloostermans, Viola van Guldener, Eelke Kooi, Fleur Meerstadt, Nicole Palmen, Karin Proper, Mathieu Rikken, Jan Roels, Lars Roobol, Jantine Schuit, Loek Stokx, Corien Swaan, Ellen Uiters, Antonia Verweij.

Literatuur

- Belli, P.C., F. Bustreo en A. Preker A, 2005, Investing in children's health: what are the economic benefits? *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83(10).
- Berkhout, P.H.G., M. Damen, C.B. Ameling en V.M. Sol, 2014, *Ernstige arbeidsongevallen 1999-2011 - Trends en ontwikkelingen*, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
- Bradley, B.J., en A.C. Greene, 2013, Do Health and Education Agencies in the United States Share Responsibility for Academic Achievement and Health? A Review of 25 Years of Evidence About the Relationship of Adolescents' Academic Achievement and Health Behaviors, *Journal of Adolescent Health*, vol. 52: 523-532.
- Busch, M., I. Storm en E. Uiters, 2014, Health Impact Assessment Vitaliteitspakket - potentieel kwetsbare groepen, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
- CPB en SCP, 2015, De onderkant van de arbeidsmarkt in 2025, Centraal Planbureau en Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Cancelliere, C., J.D. Cassidy, C. Ammendolia en P. Côté, 2011, Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? - a systematic review and best evidence synthesis of the literature, *BMC Public Health*, vol. 11:395.
- Dobbins, M., 2013, School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18, *Cochrane Database Syst Rev*, :vol. 2: CD007651.
- Grip, A. de, D. Fouarge en R. Montizaan, 2015, *Goede inzetbaarheid oudere medewerkers vereist beter HR-beleid*, Netspar Brief, Tilburg.
- Haagsma, J.A., L. Tariq, D.J. Heederik en A.H. Havelaar, 2012, Infectious disease risks associated with occupational exposure: a systematic review of the literature, *Occup Environ Med.*;vol. 69: 140-146.
- Jasper, C., T.T. Le en J. Bartram, 2012, Water and sanitation in schools: a systematic review of the health and educational outcomes, *Int J Environ Res Public Health*, vol. 9(8): 2772-87.

- De Jong, Ph. de, T. Everhardt en C. Schrijvershof, 2013, Onderzoek naar niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt verklaarden, APE, Den Haag.
- Karanikolos, M., P. Mladovsky, J. Cylus, S. Thomson, S. Basu, D. Stuckler, J.P. Mackenbach en M. McKee, 2013, Financial crisis, austerity, and health in Europe, *Lancet*, vol. 381: 1323-31.
- Kerkhof, L.W.N., W. Rodenburg, K.I. Proper en H. van Steeg, 2013, Ploegendienst en metabole risicofactoren - Een literatuuroverzicht, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
- Koç, H., en H. van Kippersluis, 2015, Waarom lageropgeleiden ongezonder eten, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 100(4719): 578-581.
- Lechner, M., 2015, Sports, exercise, and labor market outcomes - Increasing participation in sports and exercise can boost productivity and earnings, *IZA World of Labor*, 126. doi: 10.15185/izawol.126.
- Loo, M.A.J.M. en A. Jacobi, 2012, Integratie arbo-denken in de Clb werkwijze: versterkt de samenhang tussen volksgezondheid en bedrijfsgezondheid, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
- Mackenbach, J.P., W.J. Meerdering en A.E. Kunst, 2011, Economic costs of health inequalities in the European Union, *J Epidemiol Community Health*, vol. 65: 412-419 doi:10.1136/jech.2010.112680.
- Maurits, E., M. Rijken en R. Friele, 2013, *Kennisynthese Chronisch ziek en werk - Arbeidsparticipatie door mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking*, Nivel, Utrecht.
- OECD, 2015, *How's life 2015? Measuring well-being*, OECD, Parijs.
- Polder, J.J., S.E. Kooiker en F. van der Lucht, 2012, *De gezondheidsepideemie - waarom we gezonder en zieker worden*, Reed Business, Amsterdam.
- Rietveld, C.A., H. van Kippersluis en R. Thurik, 2015, Self-employment and health: barriers or benefits? *Health Economics*, vol. 24: 1302-1313.
- Robroek, S.J.W., A. Rongen, C.H. Arts, F.W.H. Otten, A. Burdorf en M. Schuring M, 2015, Educational Inequalities in Exit from Paid Employment among Dutch Workers: The Influence of Health, Lifestyle and Work, *PLoS ONE*, 10(8): e0134867. doi:10.1371/journal.pone.0134867.
- Ruijsbroek, A., A.H. Wijga, U. Gehring, M. Kerkhof en M. Droomers, 2014, School Performance: A Matter of Health or Socio-Economic Background? Findings from the PIAMA Birth Cohort Study. *PLoS ONE*, 10(8): e0134780. doi:10.1371/journal.pone.0134780.
- RVZ, 2015, Doorwerken en gezondheid, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag.
- Schaller, J., en A.H. Stevens, 2015, Short-run effects of job loss on health conditions, health insurance, and health care utilization, *Journal of Health Economics*, vol. 43:190-203.
- Schenk, L., en N.G. Palmen, 2013, Throwing the baby out with the bath water? Occupational hygienists' views on the revised Dutch system for occupational exposure limits, *Ann Occup Hyg*, vol. 57(5):581-92.
- Schuring, M., S.J.W. Robroek, F.W.J. Otten, C.H. Arts en A. Burdorf, 2013, The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands, *Scand J Work Environ Health*, vol. 39(2):134-143. doi:10.5271/sjweh.3321.
- SER, 2014, Betere zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg, Sociaal Economische Raad, Den Haag.
- SER, 2015, Verhogen maatschappelijke welvaart via arbeidsinzet en arbeidsproductiviteit, Sociaal Economische Raad, Den Haag.
- SER (2016), Werk: van belang voor iedereen - Een advies over werken met een chronische ziekte, Sociaal Economische Raad, Den Haag.
- Soest, A. van, 2015, Nobelprijs 2015 voor Angus Deaton, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 100(4720): 632-633.

- Terwoert, J., E. Goedhart, D. Theodori, N. Palmen en M. le Feber, 2013, Bedrijfsgrenswaarden stoffen - Functioneren regeling in de praktijk, naleving en effectiviteit situatie in andere Europese landen, TNO en RIVM, Zeist en Bilthoven.
- Uiters, E., E. Maurits, M. Droomers, M. Zwaanswijk, R.A. Verheij en F. van der Lucht, 2014, The association between adolescents' health and disparities in school career: a longitudinal cohort study, *BMC Public Health*, vol. 14: 1104.
- Vooijs, M., M.C.J. Leensen, J.L. Hoving, H. Wind en M.H.W. Frings-Dresen, 2015, Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews, *Occup Environ Med*, 0:1-7. doi:10.1136/oemed-2015-103062.
- Ministerie van VWS, 2007, Gezond zijn, gezond blijven. Kabinetsvisie visie op gezondheid en preventie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.