



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Health Impact Assessment Vitaliteitspakket;

potentieel kwetsbare groepen

RIVM Briefrapport 2014-0030
M.C.M. Busch | I. Storm | A.H. Uiters



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Health Impact Assessment Vitaliteitspakket;

potentieel kwetsbare groepen

RIVM Briefrapport 2014-0030
M.C.M. Busch | I. Storm | A.H. Uiters

Colofon

© RIVM 2014

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

Mirjam Busch (G&M),
Ilse Storm (G&M),
Ellen Uiters (VPZ),

Contact:
Ellen Uiters
VPZ
ellen.uiters@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van VWS, in het kader van Europese joint action programma "Equity Action"

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Health Impact Assessment Vitaliteitspakket

Duurzaam inzetbaarheidsbeleid is erop gericht werknemers gezond en productief aan het werk te houden. Specifieke aandacht hierbij voor potentieel kwetsbare groepen kan mogelijk positief bijdragen aan de duurzame inzetbaarheid van deze groepen. Zo profiteren chronisch zieken, ouderen, laaggeschoolden, zzp'ers en mantelzorgers mogelijk minder van werkgerelateerde scholingsmaatregelen gericht op het bevorderen van duurzame inzetbaarheid op de arbeidsmarkt. Dit komt naar voren in een Health Impact Assessment (HIA) van een aantal maatregelen op het terrein van duurzame inzetbaarheid die is uitgevoerd door het RIVM.

De HIA was gericht op het in kaart brengen van mogelijke gezondheidseffecten van een aantal maatregelen die genoemd worden in het Vitaliteitspakket. De nadruk van deze HIA lag op het effect van scholingsmaatregelen. Hierbij was speciaal aandacht voor het identificeren van potentieel kwetsbare groepen. De omvang van deze groepen en hun potentiële kwetsbaarheid is afhankelijk van de definitie die gehanteerd wordt. Deze definities bleken in de literatuur niet altijd overeen te komen. In het duurzame inzetbaarheidsbeleid van het ministerie van SZW is al specifieke aandacht voor 55-plussers. Deze HIA laat zien dat het daarnaast zinvol is om, bijvoorbeeld met betrekking tot scholingsmaatregelen, specifiek aandacht te besteden aan laaggeschoolden, chronisch zieken, zzp'ers/flexwerkers en mantelzorgers. In aanvulling op de geformuleerde aanbevelingen per groep liggen belangrijke algemene aanbevelingen op het terrein van: gedeelde verantwoordelijkheid, integrale aanpak, multidisciplinaire samenwerking, maatwerk, lange termijn planning en strategisch personeelsbeleid.

Trefwoorden: duurzame inzetbaarheid; Vitaliteitspakket; Health Impact Assessment; mantelzorgers; ZZP'ers; flexwerkers; laaggeschoolden; ouderen; chronisch zieken; scholing; Actieplan Gezond Bedrijf.

Abstract

Health Impact Assessment "Vitaliteitspakket (Vitality Package)"

Sustainable employment policy aims to maintain that people stay healthy and productive at the labour market. Specific attention for potential vulnerable groups in this context can possibly contribute positively to the sustainable employment of these groups. For instance, it may be the case that lay carers, flexi-workers, the self-employed, less educated people, older people and chronically sick profit less from work related learning measures directed at improving sustainable employment at the labour market. This emerged from a Health Impact Assessment (HIA) focussing at some specific measures aiming to support sustainable employment at the labour market that was executed by the RIVM.

The HIA aimed to identify possible health impacts of a number of measures included in the Vitality Package. This HIA focussed at the impact of work related learning measures, with specific attention for the identification of potential vulnerable groups. The size and potential vulnerability depended of the definition applied in the literature, which appeared to vary in practice. In the sustainable employment policy from the ministry of Social Affairs already specific attention is being paid to people aged 55 years and older. In addition, this HIA shows that it seems to be worthwhile to also include specific attention to lay carers, flexi-workers, the self-employed, less educated people and chronically sick. Besides the recommendation formulated for each identified group, important general recommendations can be found in the context of shared responsibility, integral approach, multidisciplinary collaboration, tailored approach, long-term planning and strategically personnel policy.

Key words: sustainable employment, "Vitaliteitspakket"; Health Impact Assessment; lay carers; flexi-workers; the self-employed; less educated people; older people; chronically sick; education; "Actieplan Gezond Bedrijf".

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave – 7

Samenvatting – 9

1 Health Impact Assessment Vitaliteitspakket – 11

- 1.1 Inleiding – 11
- 1.2 Definitie HIA – 12
- 1.3 Opzet van een HIA – 12
- 1.4 Health Impact Assessment duurzame inzetbaarheid – 13
 - 1.4.1 Screening – 13
 - 1.4.2 Scoping – 14
 - 1.4.3 Appraisal – 18
- 1.5 Conclusie – 30

Bijlage 1: Schematisch overzicht stappen in HIA – 33

Bijlage 2: HIA in de deelnemende landen aan de joint action “Equity Action” – 34

Bijlage 3: Leden van de begeleidingscommissie – 35

Bijlage 4: Overzicht beleidsmaatregelen Vitaliteitspakket en mogelijke gezondheidseffecten – 36

Bijlage 5: Beschrijving geselecteerde maatregelen – 40

Bijlage 6: Beschrijving resultaten literatuursearch – 42

Bijlage 7: Onderbouwing verwachte relatie scholing, arbeid en gezondheid – 43

Bijlage 8: Onderbouwing relatie Actieplan Gezond Bedrijf en gezondheid – 45

Bijlage 9: Onderbouwing geïdentificeerde kwetsbare groepen werkenden – 49

Bijlage 10: Verslag gespreksronde wetenschappelijke experts – 54

Bijlage 11: Verslag gespreksronde stakeholders – 62

Bijlage 12: Verwachte relatie van scholingsmaatregelen voor potentieel kwetsbare groepen op basis van literatuur – 71

Bijlage 13: Aangrijpingspunten op basis van literatuur – 73

Bijlage 14: Literatuurlijst – 81

Samenvatting

Achtergrond

Blijven werken is van belang voor inkomen, participatie en welbevinden. Het maatschappelijk perspectief op de relatie arbeid en gezondheid is aan het verschuiven. De nadruk ligt nu niet alleen op het voorkomen van ziekte en uitval van de beroepsbevolking, maar het gaat ook steeds meer om het bevorderen van de duurzame inzetbaarheid en vitaliteit van (oudere en jongere) werkenden. De ministeries van SZW en VWS werken op dit onderwerp dan ook al samen, onder meer in het kader van het Vitaliteitspakket. Het Vitaliteitspakket beoogt de arbeidsparticipatie en mobiliteit van oudere werknemers te stimuleren. Het Vitaliteitspakket kent drie beleidlijnen: doorwerken, mobiliteit en loopbaanfaciliteiten. In overleg met beide ministeries is besloten om deze Health Impact Assessment (HIA) te richten op een aantal scholingsmaatregelen, die genoemd worden in het Vitaliteitspakket. Daarnaast is in de HIA ook specifiek aandacht besteed aan het Actieplan Gezond Bedrijf. In dit Actieplan zijn specifieke maatregelen gericht op onder andere het verlichten van fysieke en/ of psychische belasting opgenomen.

Gezondheid speelt een duidelijke rol bij het duurzaam inzetbaar zijn op de arbeidsmarkt. Zo draagt een goede gezondheid bij aan de mogelijkheden van mensen om te kunnen participeren. Middels onder andere het Vitaliteitspakket beoogt het ministerie van SZW vroegtijdige uitval van de beroepsbevolking uit het arbeidsproces te voorkomen. Voor het ministerie van VWS is het bijdragen aan het vormgeven van het Vitaliteitspakket een manier om gezondheid te bevorderen via de werksituatie. Het doel van deze Health Impact Assessment is het in kaart brengen van potentiële gezondheidseffecten van maatregelen genoemd in het vitaliteitspakket. De focus ligt hierbij op het identificeren van kwetsbare groepen, waarmee groepen in de beroepsbevolking worden bedoeld waarvoor de maatregelen uit het Vitaliteitspakket mogelijk een minder positief of negatief effect hebben op hun gezondheid.

Methode

Een Health Impact Assessment (HIA) is een praktisch instrument dat gebruikt kan worden voor het schatten van het potentiële gezondheidseffect van beleid, strategieën en initiatieven in andere sectoren dan de gezondheidssector, zoals milieu, huisvesting of werkgelegenheid. Deze HIA is uitgevoerd in het kader van het Europese joint action programma "Equity Action". Als onderdeel van de joint action hebben alle deelnemende landen een Health Impact Assessment met specifieke aandacht voor gezondheidsverschillen uitgevoerd (in de literatuur ook wel aangeduid met de term HIAef, waarbij ef verwijst naar equity focus).

Een HIA kent een gestructureerde aanpak die bestaat uit meerdere opeenvolgende fasen (zie figuur 1 en bijlage 1). Alle deelnemers aan de joint action hebben de volgende systematiek gehanteerd bij het uitvoeren van hun nationale of regionale HIA. Allereerst de screeningfase, gevolgd door de scopingfase, appraisalfase en recommendationfase. De resultaten van de HIA zijn gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke en grijze literatuur over de relatie tussen scholingsmaatregelen en het Actieplan Gezond Bedrijf en gezondheid. De informatie verkregen uit de literatuur is aangevuld met informatie verkregen uit gesprekken met wetenschappelijke experts en belangrijke stakeholders.

Resultaten

Uit de HIA komt naar voren dat scholing, arbeid en gezondheid op een complexe manier samenhangen. Het is aannemelijk dat meer scholing positief gerelateerd

is aan de gezondheid van werkenden. De relatie tussen scholing en gezondheid lijkt voor de beroepsbevolking voornamelijk via (aspecten van) arbeidsmarktparticipatie te verlopen, zoals meer loon en een lagere kans op werkloosheid. Ook van de maatregelen uit het Actieplan Gezond Bedrijf is zowel direct als indirect, een positieve impact te verwachten op gezondheid. Tijdens het uitvoeren van de HIAef bleek dat, hoewel de wetenschappelijke literatuur beperkt is, een duidelijke overeenstemming te bestaan onder wetenschappelijke experts en stakeholders over voor welke groepen in de bevolking mogelijk minder profiteren van de maatregelen die zijn meegenomen in deze HIA. De volgende potentieel kwetsbare groepen, in vergelijking met de reits van de beroepsbevolking, zijn naar voren gekomen: chronisch zieken, ouderen, laaggeschoolden, zzp'ers of flexwerkers en mantelzorgers. Deze groepen zijn niet alleen kwetsbaar met betrekking tot hun gezondheid, maar het is ook aannemelijk dat bijvoorbeeld scholingsmaatregelen, minder aansluiten bij deze groepen aangezien zij vaak minder deelnemen aan scholing op het werk. Deze potentieel kwetsbare groepen vertonen ook regelmatig overlap, zoals een oudere werknemer die ook mantelzorger is, hetgeen de mogelijke kwetsbaarheid van deze groepen compliceert. De omvang van de genoemde groepen en hun potentiële kwetsbaarheid is verder afhankelijk van de definitie die gehanteerd wordt. Deze definities bleken in de literatuur niet altijd overeen te komen. Uit de HIA kwam naar voren dat het voor het bevorderen van de duurzame inzetbaarheid van chronisch zieken belangrijk is om aandacht te hebben voor het voorkomen van uitval uit het arbeidsproces en het bieden van mogelijkheden voor thuis- en telewerk. Bij ouderen liggen mogelijke aangrijpingspunten op het terrein van het stimuleren van toegang tot scholing en inzetten op de begeleiding van werk naar werk. Voor laaggeschoolden kan de scholingsdeelname verhoogd worden door dit laagdrempelig aan te bieden en door het stimuleren van de bewustwording van het belang van scholing. Voor zzp'ers zou investeren in duurzame flexibiliteit, zoals het opzetten van een pensioenvoorziening voor zelfstandigen, bij kunnen dragen aan het verminderen van eventuele gezondheidsrisico's. Ook mantelzorgers zouden in het duurzame inzetbaarheidsbeleid specifieke aandacht moeten krijgen. Bij deze groep liggen aanbevelingen op het terrein van het inzetten op de balans tussen werk en privé, het voorkomen van uitval uit het arbeidsmarktproces en het stimuleren van afstemming tussen formele en informele zorg. Belangrijke algemene aanbevelingen liggen op het terrein van: gedeelde verantwoordelijkheid voor duurzame inzetbaarheid op de arbeidsmarkt, integrale aanpak van de gezondheid van werknemers, multidisciplinaire samenwerking, maatwerk, lange termijn planning en strategisch personeelsbeleid.

Conclusie

Het bevorderen van zowel de arbeidsparticipatie als de gezondheid is van belang om mensen lang genoeg gezond te houden om langer deel te nemen aan de arbeidsmarkt. Deze HIA laat zien dat het zinvol is om, naast de aandacht die al bestaat in het Vitaliteitspakket voor ouderen, ook specifiek aandacht te hebben voor laaggeschoolden chronisch zieken, zzp'ers/flexwerkers en mantelzorgers. Zo profiteren deze groepen bijvoorbeeld potentieel minder van werkgerelateerde scholingsmaatregelen gericht op het bevorderen van hun duurzame inzetbaarheid op de arbeidsmarkt. Het aanbieden van laagdrempelige, toegankelijke werkgerelateerde scholing voor deze groepen zal naar verwachting positief bijdragen aan hun duurzame inzetbaarheid en gezondheid.

1 Health Impact Assessment Vitaliteitspakket

1.1 Inleiding

Dit briefrapport beschrijft de Health Impact Assessment (HIA) die door het RIVM is uitgevoerd op het beleidsterrein van duurzame inzetbaarheid. De HIA heeft zich specifiek gericht op een aantal maatregelen uit het Vitaliteitspakket (1). Deze HIA is uitgevoerd in het kader van de EU joint action "Equity Action".

Tekst box 1: Joint action "Equity Action"

In 2011 is de joint action "Equity Action" gestart, februari 2014 is de einddatum (www.equityaction-project.eu/). In totaal nemen 24 partners deel aan deze joint action, afkomstig uit 16 landen, waaronder Nederland. Het doel van de joint Action is gericht op:

- Het ontwikkelen van meer kennis over beleid/ interventies gericht op terugdringen van gezondheidsverschillen.
- Ondersteunen van lidstaten, regio's en andere stakeholders bij het vormgeven van beleid en interventies gericht op het terugdringen van (sociaal-economische) gezondheidsverschillen.
- Delen van ervaring en kennis tussen lidstaten en andere actoren.
- Bevorderen van de ontwikkeling van effectieve interventies/beleid gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen op EU niveau.

Als onderdeel van de joint action hebben alle deelnemende landen een Health Impact Assessment met equity focus (HIAef) uitgevoerd (zie bijlage 1 voor een overzicht van de onderwerpen waarop een HIAef is uitgevoerd door de deelnemende landen aan de joint action). Voor Nederland heeft het RIVM de HIA uitgevoerd. Naast de nationale/regionale HIA's die uitgevoerd zijn door de deelnemende landen, zijn er ook 2 HIA's uitgevoerd op beleid dat ontwikkeld wordt op Europees niveau (the EU Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity and the EU Air Quality Policy). In de meeste deelnemende landen was er nog weinig ervaring met het uitvoeren van een HIA in het algemeen en specifiek met een HIA gericht op gezondheidsverschillen. Binnen de joint action diende het uitvoeren van de HIAef daarom de volgende twee doelen:

- Ervaring en kennis bevorderen over het uitvoeren van een HIAef en de mogelijkheden van een HIAef als instrument voor het ondersteunen van intersectoraal gezondheidsbeleid.
- Bijdragen aan expertise over het ondersteunen van intersectoraal gezondheidsbeleid op lidstaat en EU niveau.

Om te waarborgen dat alle deelnemende landen in het Equity Action project een vergelijkbare systematiek hanteerden in de uitvoering van de nationale HIA's, hebben de betrokken onderzoekers van de deelnemende landen drie trainingsbijeenkomsten van twee dagen gevolgd. In deze trainingen, onder begeleiding van enkele deskundigen op het terrein van HIA, stond kennisoverdracht over het opstarten en uitvoeren van een HIAef centraal. Een ander doel van de trainingen was om ervaringen van de deelnemende landen uit te wisselen.

1.2 Definitie HIA

HIA is een praktisch instrument dat gebruikt kan worden voor het schatten van de potentiële impact op gezondheid van beleid, strategieën en initiatieven in sectoren die direct of indirect gezondheid beïnvloeden, zoals milieu, huisvesting of werkgelegenheid (www.who.int/hia/en/). Het uitvoeren van een HIA komt voort uit het besef dat gezondheid wordt beïnvloed door interventies en beleid in een brede range van sectoren. Het doel van een HIA is het onderkennen van onbedoelde consequenties voor de (volks) gezondheid en/ of het identificeren van mogelijkheden om positieve gezondheidseffecten te versterken (European Policy Health Impact Assessment (EPHIA) - The Guide, ISBN 1-874038-75-9, 2004).

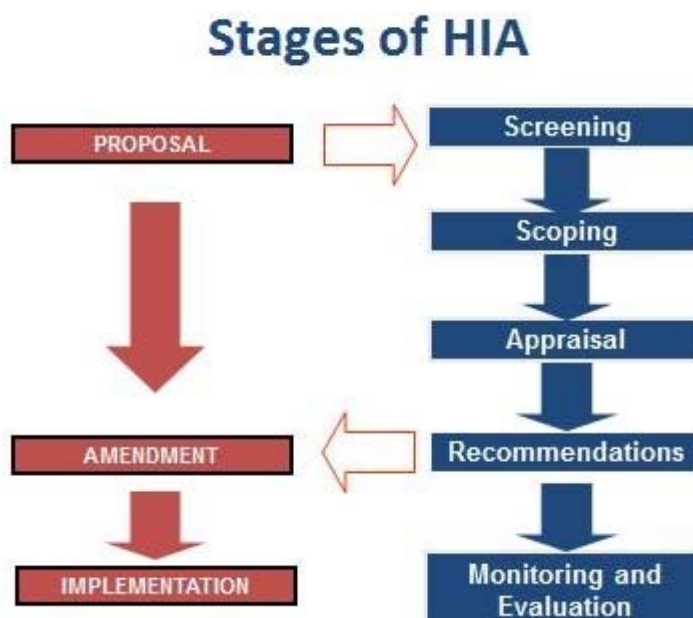
Een HIA met een zogenaamde equity focus (HIAef) is gericht op het in kaart brengen van mogelijke (negatieve en positieve) gezondheidseffecten van beleid voor verschillende bevolkingsgroepen en het identificeren van potentiële kwetsbaardere groepen in vergelijking met de rest van de bevolking. Het gaat hierbij vooral om het in kaart brengen van vermijdbare verschillen in gezondheidsrisico's (2).

1.3 Opzet van een HIA

Een HIA kent een gestructureerde aanpak die bestaat uit meerdere opeenvolgende fasen (zie figuur 1 en bijlage 1). Alle deelnemers aan de joint action hebben de onderstaande systematiek gehanteerd bij het uitvoeren van hun nationale/ regionale HIA. Deze systematiek komt overeen met systematiek in de eerder verschenen RIVM publicatie van Pernis en den Broeder (2004) (3).

1. De **screeningfase** verwijst naar het bestuderen van beleidsvoorstellen of maatregelen om te beoordelen in hoeverre deze relevant zijn voor de gezondheid en of een HIA een geschikte manier is om potentiële gezondheidseffecten in kaart te brengen.
2. In de **scopingfase** wordt vervolgens een plan van aanpak geformuleerd, waarin o.a. duidelijk wordt beschreven welke indicatoren in de HIA meegenomen worden en welke kwalitatieve en/of kwantitatieve methoden worden ingezet. Hiervoor wordt vaak al een eerste verkenning van de beschikbare literatuur uitgevoerd
3. In de **appraisalfase** staat het identificeren van de aard en omvang van mogelijke gezondheidseffecten centraal.
4. De **recommendationfase** is gericht op het formuleren en prioriteren van aanbevelingen en aangrijpingspunten voor de beleidsmakers.
5. Een HIA wordt idealiter afgesloten met een **monitoring- en evaluatiefase** waarin gekeken wordt in hoeverre het verwachte effect op de gezondheid ook daadwerkelijk heeft plaats gevonden na de implementatie van de voorgenomen maatregelen of het beleid.

FIGUUR 1: FASES IN EEN HEALTH IMPACT ASSESSMENT (HIA)(4)



1.4 Health Impact Assessment duurzame inzetbaarheid

Alle landen hebben in overleg met de betrokken beleidsmakers een onderwerp voor de HIA gekozen dat op dat moment relevant was binnen de eigen nationale of regionale context. Zie bijlage 2 voor een overzicht van de onderwerpen waarop een HIAef is uitgevoerd door de deelnemende landen aan de joint action. Voor de HIA die in Nederland is uitgevoerd, volgt hieronder een beschrijving van de verschillende stappen.

1.4.1 Screening

Bepalen insteek Health Impact Assessment

De eerste stap betrof het bepalen van het onderwerp voor de HIAef. Criteria die hierbij een rol speelden, waren:

- Ligt het voorgenomen beleid primair buiten het beleidsterrein van het ministerie van VWS?
- Is het voorgenomen beleid in de ontwikkelingsfase?
- Is het beleid naar de mening van het ministerie van VWS interessant?
- Heeft de nationale overheid een rol in het voorgenomen beleid?
- Is het aannemelijk dat er een relatie is tussen het beleid en gezondheid, en in het bijzonder gezondheidsverschillen?

In overleg met het ministerie van VWS en SZW is besloten om de HIAef te richten op het duurzame inzetbaarheidsbeleid, en wel specifiek op het Vitaliteitspakket dat hiervan een onderdeel is (1). Het Vitaliteitspakket beoogt voornamelijk de arbeidsparticipatie en mobiliteit van oudere werknemers te stimuleren. Het Vitaliteitspakket kent drie beleidslijnen: doorwerken, mobiliteit

en loopbaanfaciliteiten. Voor alle drie beleidslijnen staan (meer of minder concrete) maatregelen beschreven.

Duurzame inzetbaarheid is maatschappelijk gezien een zeer relevant onderwerp, waarbij gezondheid een duidelijke rol speelt. SZW en VWS werken dan ook al samen op dit terrein. Zo is er bijvoorbeeld in het kader van het Vitaliteitspakket een gezamenlijk actieplan Gezond Bedrijf opgesteld. Beide ministeries zijn zich bewust van de wederkerige relatie tussen gezondheid en werk, maar hebben een ander perspectief. Voor het ministerie van SZW is gezondheid vooral van belang in het kader van het arbeidsmarktbeleid; gezondheid draagt bij aan het de mogelijkheden van mensen om te kunnen participeren. Middels onder andere het Vitaliteitspakket beoogt SZW bij te dragen aan het voorkomen van vroegtijdige uitval van de beroepsbevolking uit het arbeidsproces. Voor het ministerie van VWS is bijdragen aan het vormgeven van het Vitaliteitspakket een manier om gezondheid te bevorderen via de werksituatie. Door het uitvoeren van een HIAef op het Vitaliteitspakket kan inzichtelijk worden gemaakt wat de gezondheidseffecten van het beleid zullen zijn en of deze effecten mogelijk verschillend uitpakken voor verschillende groepen werkenden.

Begeleidingscommissie

Nadat de keuze van het onderwerp voor de HIAef was bepaald, is een begeleidingscommissie samengesteld. Deskundigen op het terrein van HIA, duurzame inzetbaarheid en gezondheidsachterstanden zijn hiervoor benaderd. Zie bijlage 3 voor een overzicht van de leden van de begeleidingscommissie.

1.4.2 *Scoping*

Aangezien het Vitaliteitspakket te omvangrijk was om als geheel in de HIA te betrekken, is er een selectie van maatregelen uit het vitaliteitspakket gemaakt. Deze selectie vond plaats aan de hand van een overzicht van de verschillende maatregelen uit het Vitaliteitspakket. Van deze maatregelen zijn, in samenspraak met de begeleidingscommissie, de verwachte gezondheidseffecten voor de bevolking, het relatieve belang hiervan en mogelijke differentiële effecten voor groepen in de bevolking besproken. Bijlage 4 geeft hiervan een samenvattend overzicht. Op basis van dit overzicht (en een uitgebreidere beschrijving van alle maatregelen) zijn vervolgens drie scholingsmaatregelen geselecteerd waar de HIAef zich op zou moeten richten. Zie bijlage 5 voor een beschrijving van de geselecteerde maatregelen.

1. Verlagen van de drempel voor financiële aftrek van scholingsuitgaven van 500 naar 250 euro.
2. Bevorderen van de leercultuur in het MKB.
3. Introductie VWNW-budget (Van Werk Naar Werk).

Daarnaast is op verzoek van VWS en SZW het Actieplan Gezond Bedrijf meegenomen in de HIAef. In de brief van 26 mei 2012 werd de Kamer nader geïnformeerd over de invulling van het Actieplan Gezond Bedrijf, aangekondigd in het Vitaliteitspakket. Aangegeven werd dat het Actieplan Gezond Bedrijf:

- inzet op het verlichten van fysieke en/of psychisch belastende werkzaamheden.
- zich richt op het voorkomen van uitval van werknemers met chronische aandoeningen, het verhogen van de psychische weerbaarheid van

- werknemers, het bespreekbaar maken van psychische klachten op de werkvloer en het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- werkgevers ondersteunt bij het bereiken van lager opgeleiden die een groter risico lopen op uitval;
- focust op de sectoren bouw, transport en zorg;
- uitvoering op 3 niveaus kent: landelijk, regionaal en op individueel bedrijfsniveau.

Literatuuronderzoek

Een literatuuronderzoek maakte deel uit van de scoping fase. Het doel hiervan was zicht te krijgen op wat er in de literatuur bekend is over de relatie tussen de geselecteerde scholingsmaatregelen en het Actieplan Gezond Bedrijf en gezondheid. Naast een systematische search van de wetenschappelijke literatuur (zie bijlage 6 voor een beschrijving van de opbrengst van deze literatuursearch) is ook gezocht naar andere relevante publicaties die zijn verschenen (grijze literatuur). Voor deze laatstgenoemde publicaties hebben wij ons in eerste instantie gericht op adviezen die rondom het Vitaliteitspakket zijn uitgebracht, zoals de Agenda 2020 van de Stichting van de Arbeid en het SER-advies over postinitiële scholing. Daarnaast zijn publicaties van organisaties op het terrein van arbeid en gezondheid, arbeid en onderwijs, duurzame inzetbaarheid zoals SER, OSA, SEOR, ROA, TNO en RIVM geraadpleegd. Vervolgens is de sneeuwbalmethodiek gebruikt om verdere relevante literatuur te achterhalen. Ook zijn een aantal wetenschappelijk experts op het terrein van arbeid en gezondheid geïnterviewd. In deze interviews is onder andere gevraagd om eventuele ontbrekende relevante publicaties aan te dragen. In bijlage 10 staat vermeld welke experts zijn geïnterviewd en zijn ook de belangrijkste punten die in de interviews genoemd zijn beschreven.

Op basis van een discussie met de begeleidingscommissie en wetenschappelijke experts over de identificatie van de belangrijkste aspecten en verbanden uit de literatuur, is vervolgens een schematisch overzicht gemaakt. Dit schema heeft gefungeerd als basis voor de invulling van de volgende fase (de appraisalfase).

Verwachte relatie tussen maatregelen op terrein van scholing en gezondheid

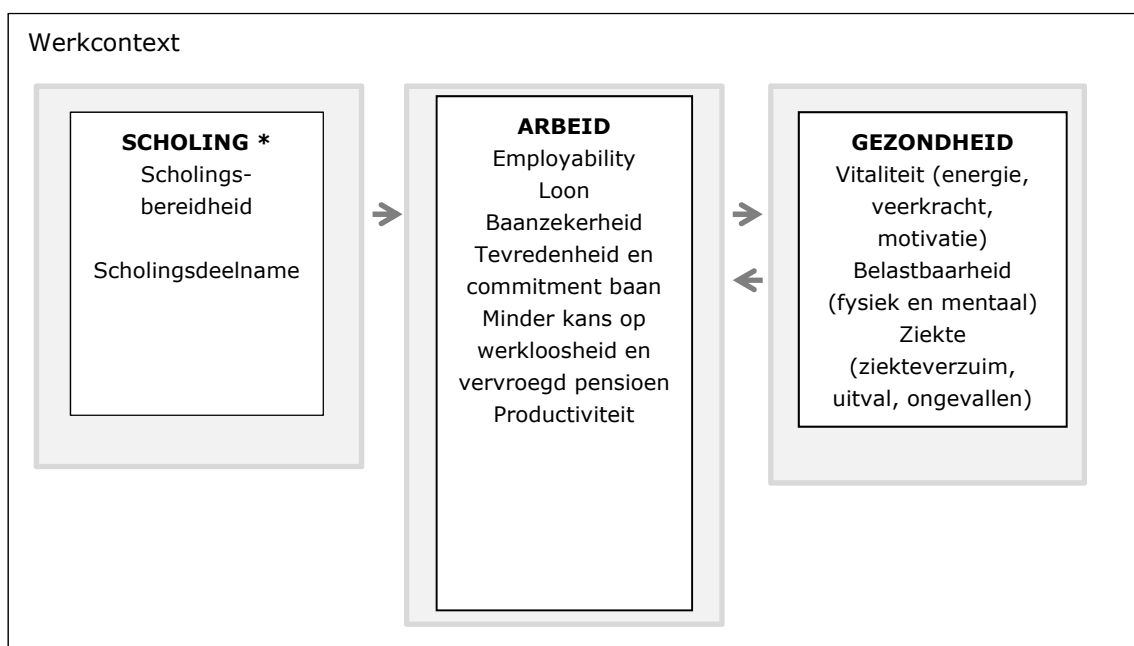
In het Actieplan Gezond Bedrijf wordt scholing in brede zin opgevat (zie ook Excelleren Nu; <http://www.mkb.nl/index.php?pageID=14&dossierID=531504>). In aansluiting daarop is scholing ook in deze HIA breder opgevat dan postinitiële formele scholing, ook informele scholing in de vorm van training on the job, het behalen van ervaringscertificaten en dergelijke zijn meegenomen. Het gaat om vormen van bewust leren, wat niet per se in een klasruimte hoeft te gebeuren.

In de literatuur is weinig bekend over een directe relatie tussen de scholingsmaatregelen genoemd in het Vitaliteitspakket en gezondheid van werkenden. In overleg met de twee betrokken ministeries en de begeleidingscommissie is daarom besloten om deze HIA te richten op de relatie tussen werkgerelateerde scholing en scholingsmaatregelen in het algemeen en gezondheid van werkenden. De relatie tussen scholing en gezondheid lijkt voor de beroepsbevolking voornamelijk via (aspecten van) arbeidsparticipatie te verlopen. Zo is scholing in positieve zin gerelateerd aan aspecten als loon en employability. In Nederland is een positief verband gevonden tussen deelname aan een leven lang leren en employability (5, 6). Werknemers die een

bedrijfsopleiding hebben gevolgd, hebben een kleinere kans om het jaar daarop geen baan te hebben. Ook laat OECD onderzoek zien dat meer scholing de kans op het hebben van een baan verhoogd (5). Daarnaast worden de loonopbrengsten van scholing geschat op 2,6% (7). In figuur 2 zijn de belangrijkste resultaten uit de literatuur schematisch weergegeven.

In relatie tot duurzame inzetbaarheid is vitaliteit een concept dat veelvuldig als indicator van gezondheid wordt genoemd. Scholing blijkt significant samen te hangen met de ervaren vitaliteit. Zo blijken instrumenten voor personeelsbeleid, zoals functionele training en loopbaanontwikkeling, positief samen te hangen met de vitaliteit van werknemers (8). Opleiding en scholing zijn ook van invloed op gezondheid of welbevinden, maar ook dit lijkt vooral te verlopen via intermediaire factoren. Zo dragen opleiding en scholing bijvoorbeeld bij aan de baanzekerheid; baanzekerheid geeft minder stress en onzekerheid (verlies van werk is geassocieerd met negatief gezondheidseffect). Meer loopbaanfaciliteiten werkt dus, vooral via intermediaire factoren, positief door op gezondheid. Zie bijlage 7 voor de onderbouwing van de schematische weergave in onderstaande figuur.

FIGUUR 2: SCHEMATISCHE WEERGAVE RELATIE SCHOLING, ARBEID EN GEZONDHEID



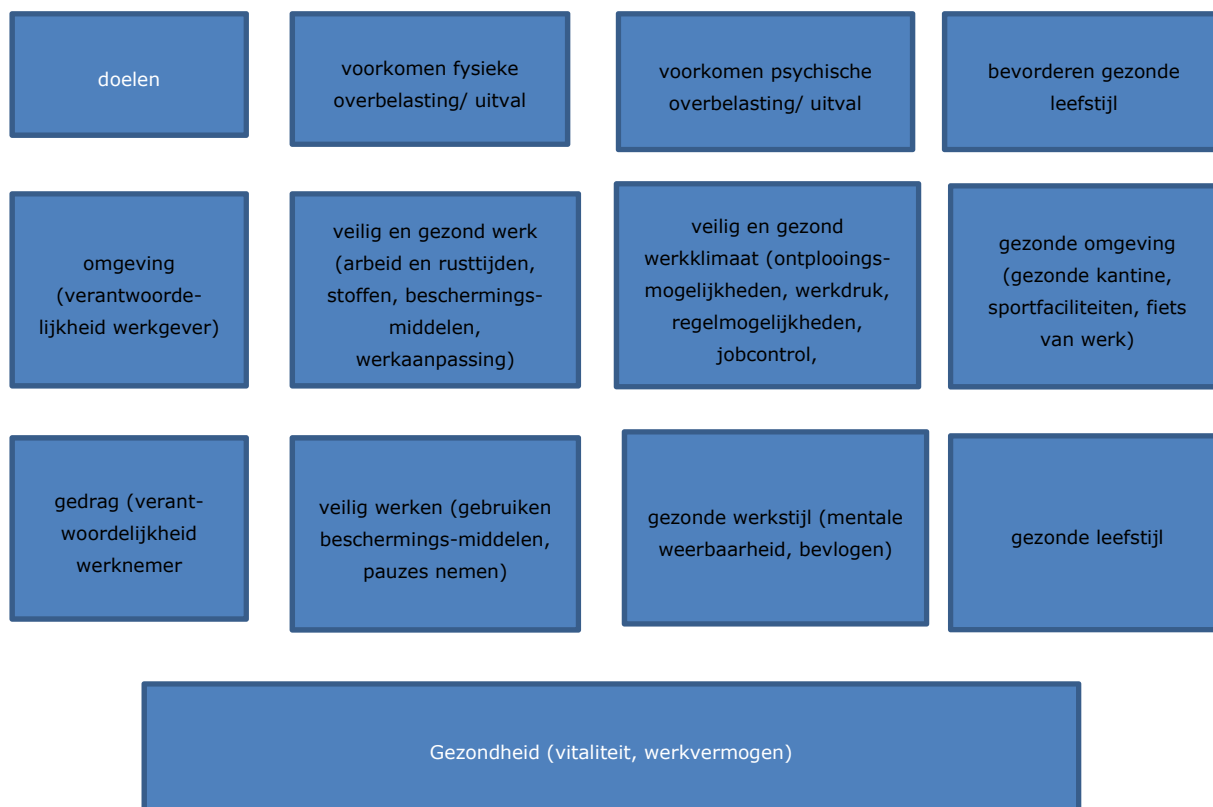
*Met scholing wordt zowel formele als informele scholing bedoeld

Verwachte relatie tussen maatregelen op terrein van Actieplan Gezond Bedrijf en gezondheid

Op basis van de literatuur en aanvullingen van de wetenschappelijke experts lijken maatregelen uit het Actieplan Gezond Bedrijf zowel direct als indirect via de bovengenoemde aspecten van arbeidsparticipatie, impact te hebben op de gezondheid van werkenden. In de literatuur wordt in dit kader veel aandacht besteed aan werkdruk/stress als risicofactor voor een minder goede gezondheid. Zo is het aannemelijk dat maatregelen gericht op het verminderen van fysieke werkbelasting en het voorkomen van fysieke overbelasting, bijvoorbeeld door hiermee rekening te houden bij het inroosteren van werkzaamheden, werk-

gerelateerde stress verminderen. Ook maatregelen gericht op het verminderen van psychische werkbelasting en het voorkomen van psychische overbelasting, bijvoorbeeld door het organiseren van sociale ondersteuning en begeleiding door bedrijfsartsen, dragen bij aan minder stress, werkdruk en ziekteverzuim. Daarnaast kan het ervaren van meer mogelijkheden om invloed te hebben op bijvoorbeeld de invulling van de eigen werkzaamheden bijdragen aan het verminderen van stress en de kans op arbeidsongeschiktheid. Ook maatregelen gericht op het bevorderen van gezond gedrag zijn potentieel gunstig voor de gezondheid van werkenden. Zo hebben werknemers die voldoende bewegen een kleinere kans op allerlei chronische ziekten en blijven ze minder vaak ziek thuis. Studies naar de resultaten van gezondheidsprogramma's op de werkvloer laten overigens een wisselend beeld zien. Groeneveld toont aan dat interventies gericht op bewegen en obesitas in de bouw een verlenging van de arbeidsparticipatie met 2-3 weken tot gevolg hebben (9). Wier et al. concluderen in een review naar leefstijlprogramma's (beweeg-, voedings- of combinatieprogramma's) op de werkplek dat er slechts matig bewijs is voor gezondheidswinst op korte termijn bij werknemers en dat er geen duidelijke conclusies over kosteneffectiviteit zijn te trekken (10). Strijk (2012) laat zien dat het gezonde leefstijlprogramma Vital@Work bij oudere werknemers leidt tot meer sporten, een hogere fruitinname en minder behoefte aan herstel aan het einde van een werkdag (11). Het programma heeft echter geen effecten in termen van vitaliteit en werkgerelateerde uitkomsten.

Met betrekking tot leefstijlinterventies werd door de wetenschappelijke experts benadrukt dat, hoewel het effect op de gezondheid van individuele werknemers soms relatief klein is, het effect op macroniveau wel gunstig kan zijn als gekeken wordt naar de mate van participatie/ uitval op de arbeidsmarkt. Figuur 3 geeft een schematisch overzicht van de verwachte relatie tussen maatregelen genoemd in het Actieplan Gezond Bedrijf en gezondheid. Dit schema kan van boven naar beneden gelezen worden. Omdat veel van de genoemde concepten onderling met elkaar samenhangen, zijn in verband met de leesbaarheid geen pijlen opgenomen in dit schema. In bijlage 8 is een onderbouwing van het onderstaande schema opgenomen, waarin de onderlinge relaties tussen de verschillende concepten nader wordt toegelicht.

FIGUUR 3: SCHEMATISCHE WEERGAVE RELATIE MAATREGELEN GEZOND BEDRIJF EN GEZONDHEID

1.4.3 *Appraisal*

Als volgende stap is in kaart gebracht wat de potentieel kwetsbare groepen zijn met betrekking tot de onderzochte maatregelen uit het Vitaliteitspakket. Hierbij hebben wij ons gericht op groepen die mogelijk minder profiteren van de maatregelen die meegenomen zijn in deze HIA. Er bleek hierover in de literatuur relatief weinig bekend te zijn. Daarom hebben wij in interviews aan wetenschappelijke experts gevraagd om op basis van hun kennis en ervaring, potentieel kwetsbare groepen met betrekking tot de onderzochte maatregelen aan te geven (zie bijlage 10). Vervolgens zijn voor elk van de genoemde groepen, stakeholders benaderd voor een interview. In deze interviews hebben wij gevraagd naar hun ervaringen en verwachtingen over de relatie tussen de onderzochte maatregelen in deze HIA en de gezondheid en duurzame inzetbaarheid voor de betreffende groepen. Bijlage 11 geeft een samenvatting van de belangrijkste punten die in deze gesprekken naar voren zijn gekomen, ook worden de geïnterviewde stakeholders genoemd.

De volgende groepen kwamen op grond van de literatuur en interviews naar voren:

- chronisch zieken
- ouderen
- laaggeschoolden
- flexwerkers en zzp'ers
- mantelzorgers

De omvang van deze groepen en hun potentiële kwetsbaarheid op de arbeidsmarkt is afhankelijk van de definitie die gehanteerd wordt. In deze

rapportage proberen wij recht te doen aan de meest gangbare definities en houden wij de volgende nadere omschrijving van de kwetsbare groepen aan:

- Ouderen: werkenden van 55 jaar en ouder (12).
- Laaggeschoolden: werkenden met als hoogst behaald opleidingsniveau basisschool of vmbo (www.cbs.nl)
- ZZP'ers: ondernemers die geen personeel in dienst hebben of freelancer zijn. De ZZP'er is zelfstandig in die zin dat hij/zij geen arbeidsovereenkomst heeft, maar wel diensten en/of goederen levert aan klanten of opdrachtgevers. Er is geen sprake van een gezagsverhouding, waardoor hij/zij geen werknemer is en niet onder de wettelijke bepalingen voor werknemer valt (www.cbs.nl).
- Flexwerkers: werkenden met een baan waarbij sprake is van een arbeidsovereenkomst waarin de afspraak over de arbeidsduur gewoonlijk varieert tussen een overeengekomen minimum en maximum aantal uren per week. Tot de werknemers met een flexibele baan worden gerekend uitzendkrachten, oproepkrachten en overige contracten waarin de arbeidsduur gewoonlijk varieert tussen een minimum en een maximum aantal uren per week (www.cbs.nl).
- Mantelzorgers: werkenden die langdurig en onbetaald zorgen voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis (www.mezzo.nl)
- Chronisch zieken: werkenden met een chronische ziekte of aandoening of handicap (13)

Tabel 1 geeft een nadere omschrijving van de risicogroepen op basis van hun potentiële kwetsbaarheid in de arbeidscontext (voor specifiekere informatie zie bijlage 9). Daarnaast wordt ingegaan op kwetsbaarheid met betrekking tot scholing in de werksituatie.

TABEL 1 GEÏDENTIFICEERDE POTENTIEEL KWETSBARE GROEPEN

| Werkende kwetsbare groepen | Omvang doelgroep (14) | Kwetsbaarheid in werkcontext | Scholing in werkcontext |
|----------------------------|--|--|---|
| Chronisch zieken (CZ) | In 2011 was de arbeidsparticipatie (betaald werk minstens 12 uur per week) onder mensen met een chronische ziekte of beperking in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar 23%. De arbeidsparticipatie is lager onder mensen met drie of meer chronische ziekten (18%), en onder mensen met ernstige beperkingen (9%)(15). | Chronisch zieken die zich gezond voelen, participeren nauwelijks minder dan mensen zonder ziekte (12). Pas als een chronisch zieke zijn gezondheid zelf als minder goed ervaart, beperkingen of een verminderde mentale gezondheid heeft, is de participatie substantieel minder. Problemen die in de literatuur genoemd worden, zijn bijvoorbeeld: vermoeidheid, het ervaren van stress en concentratie problemen, moeite hebben met afkrijgen van werk, afwezigheid door behandeling, en ziekteverzuim.(13). | Maken weinig gebruik van omscholing of trainingstrajecten. (16) |
| Ouderen | In 2012 werkte 68% van de 55-tot 60-jarigen en 38% van de | Bij werkende ouderen gaat de gezondheid achteruit. Ouderen | De trainingsdeelname van ouderen is lager dan onder |

| Werkende kwetsbare groepen | Omvang doelgroep (14) | Kwetsbaarheid in werkcontext | Scholing in werkcontext |
|----------------------------|---|--|---|
| | 60- tot 65-jarigen. Vanaf 65 jaar is de arbeidsparticipatie een stuk minder: van de 65- tot 70-jarigen werkt 8% en van de 70- tot 75-jarigen is dat nog 3% (12). | zijn vitaal en inzetbaar, niet vaker ziek, wel is er een kans op langdurig uitval. Ruim 40% van de 50-plussers stopt voortijdig met werken vanwege een minder goede gezondheid, 16% stopt vanwege arbeidsomstandigheden. (17). | jongere werkenden. . Als gevolg van langer doorwerken neemt deelname onder 55 plussers wel iets toe (18). Ouderen besteden minder tijd aan informeel leren dan jongeren.(19) ; (20) |
| Laag-geschoolden | In 2011 bijna 3,5 miljoen laaggeschoolden, waarvan iets meer dan de helft behoort tot de groep werkenden (www.cbs.nl). | De kwetsbaarheid van laaggeschoolden hangt samen met kenmerken van het werk (zoals hoge fysieke belasting, weinig flexibel) en kenmerken van laaggeschoolden (minder gezond, vaker chronische ziek en investeren minder in scholing).(21) | Laaggeschoolden (47%) nemen minder deel aan post-initiële scholing dan hooggeschoolden (65%),dit verschil is afgelopen decennia toegenomen.(19) Laagopgeleiden kunnen ook minder eenvoudig investeren in scholing en hebben moeite met formeel leren, (22) |
| Zzp'ers en flexwerkers | In 2011 zijn er 750.000 zzp'ers, waaronder (bv in de bouw) ook veel ouderen Er is sprake van sterke stijging van het aantal zzp'ers (15% meer in 2011 t.o.v. 2010). Ook is er een stijging van het aantal flexwerkers (van 13% in 2001 naar 18% in 2011), voor 15-25 jarigen is dat van 35% naar 52% (www.cbs.nl). | Zzp'ers zijn verantwoordelijk voor hun eigen verzekeringen, pensioen en scholing. Vooral zzp'ers in laagbetaalde functies zijn kwetsbaar (veel uren, niet investeren in scholing). Flexwerkers zijn kwetsbaarder dan mensen met een vaste aanstelling (15). Een zzp'er heeft wel de mogelijkheid om de eigen tijd in te delen, wat bijvoorbeeld voor chronisch zieken zinvol kan zijn. | Werknemers met een flexibel contract nemen minder vaak deel aan post initiële scholing dan werknemers met een vast contract (verschil in NL 12%). Flexwerkers participeren vaker in zelf bekostigde scholing maar niet genoeg om achterstand in deelname weg te werken.(23) |
| Mantelzorgers | Er zijn ongeveer 3,5 miljoen Nederlanders van 18 jaar en ouder die mantelzorg verlenen (1 op de 4 volwassenen): 2,6 miljoen mensen (20% van de volwassen bevolking) geven meer dan acht uur per week en/of langer dan drie maanden hulp(24). In 2012 combineert 1 op de 8 werk met het verlenen van mantelzorg: dit zijn 750.000 werknemers. Grootste deel van de mantelzorgers is 45+. Gemiddeld besteden zij 17 uur per week aan mantelzorgtaken. Vrouwen (61%) verlenen vaker dan mannen mantelzorg. | Bijna de helft van de mantelzorg verlenende werkenden voelt zich overbelast, 45% van de werkende mantelzorgers maken eventuele problemen in de werk/privébalans niet bespreekbaar. In 2007 zijn tussen 50.000-100.00 werkende mantelzorgers minder gaan werken of zelfs gestopt (25). | Geen literatuur gevonden |

Potentiële kwetsbaarheid

De relatie tussen scholing, arbeid en gezondheid is niet voor iedereen hetzelfde, maar hangt af van kenmerken zoals leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status, privé-werksituatie, maar ook motivatie, sociale vaardigheden en doorzettingsvermogen spelen een rol (26). Het literatuuronderzoek en de interviews met stakeholders en experts leverde weinig wetenschappelijke evidence op voor een direct verband tussen werkgerelateerde scholing en gezondheid voor de genoemde potentieel kwetsbare groepen. Er is vooral weinig bekend over de potentiële gezondheidseffecten van scholing met betrekking tot chronisch zieken, Zzp'ers/flexwerkers en mantelzorgers. Wel is bekend dat de arbeidsparticipatie van chronisch zieken lager is dan die van de algemene beroepsbevolking en dat chronisch zieken zich vaker gehinderd voelen in de uitvoering van hun werkzaamheden (16). Bij de leeftijdscategorie boven de vijftig jaar neemt de netto arbeidsparticipatie sterk af door vervroegde uittrekking of uitval (27). Scholingsmaatregelen lijken vooral een positieve impact te hebben op employability en loon van ouderen en laaggeschoolden. Laaggeschoolden nemen in het algemeen minder deel aan postinitiële scholing. Een expert geeft aan dat scholing met uitzicht op beter loon positief werkt voor deze groep en dat de noodzaak van scholing duidelijk moet zijn. Bij mantelzorgers kan scholing helpen om de belastbaarheid te vergroten of om een betere privé-werkbalans te vinden. Stakeholders benadrukken vooral het belang van factoren als vitaliteit, loon en gezondheid voor duurzame inzetbaarheid op de arbeidsmarkt bij bijvoorbeeld chronisch zieken en mantelzorgers (voor specifiekere informatie zie bijlage 9).

Aangrijpingspunten

Uit de literatuur en gevoerde gesprekken met wetenschappelijk experts en stakeholders kwam een aantal aangrijpingspunten naar voren dat bij zou kunnen dragen aan het vergroten van de effectiviteit van de maatregelen genoemd in het Vitaliteitspakket en vervolgens potentieel bij kan dragen aan de gezondheid van de eerder genoemde kwetsbare groepen. In tabel 2 en 3 zijn de belangrijkste aangrijpingspunten voor elke subgroep opgenomen. In bijlage 10 en 11 zijn de aangrijpingspunten beschreven die de wetenschappelijke experts respectievelijk de stakeholders hebben verwoord in de interviews met hen. Bijlage 13 bevat een beschrijving van aangrijpingspunten op basis van de literatuur.

Scholing

Op basis van de literatuur en interviews met experts en stakeholders zijn aangrijpingspunten geformuleerd om in het scholingsbeleid rekening te houden met de specifieke situatie van de verschillende kwetsbare groepen. Hierbij is een rol weggelegd voor zowel werknemers, werkgevers als de overheid. Werkgevers spelen een rol in het creëren van loopbaanfaciliteiten voor kwetsbare groepen en om deze groepen (nog meer) uit te nodigen tot leren. Uit de literatuur en de interviews blijkt dat chronisch zieken en ouderen minder vaak scholing krijgen aangeboden. Dit kan te maken hebben met het feit dat werkgevers minder zeker zijn dat de investering in scholing loont voor deze groepen. Dit laatste maakt het extra noodzakelijk het scholingsaanbod goed af te stemmen op de kwetsbare groepen werkenden. Daarbij is het essentieel om op tijd te beginnen met omscholen. Bij chronisch zieken is het van belang rekening te houden met het

verloop van het ziekteproces en leren op afstand mogelijk te maken (e-learning). Experts geven aan dat laaggeschoolden angst hebben voor examens. Daarom is het belangrijk om in het scholingsbeleid rekening te houden met deze angst en bijvoorbeeld informeel leren te benadrukken. Een goede toegankelijkheid van educatiemiddelen voor laaggeletterde werknemers is ook essentieel. Ook kunnen financiële barrières bij laaggeschoolden een barrière zijn voor deelname aan scholing. Mantelzorgers hebben volgens stakeholders vaak moeite met het vinden van een goede werk-privé balans en hebben soms extra stimulans nodig om scholing te volgen. Zzp'ers en flexwerkers worden niet goed bereikt met scholing in de werkcontext doordat zij slechts tijdelijk in een bedrijf werkzaam zijn.

Naast de werkgevers blijkt uit de interviews dat er ook een rol is weggelegd voor de overheid door onder andere het stimuleren van een leven lang leren en bewustwording van tijdige omscholing bij de beroepsbevolking. Ook zou de overheid de toegang tot scholing voor de kwetsbare groepen kunnen stimuleren. Uit alle interviews die gehouden zijn komt daarnaast ook duidelijk naar voren dat bewustwording van een gedeelde verantwoordelijkheid belangrijk is voor het duurzaam inzetbaar kunnen zijn op de arbeidsmarkt, dus naast de werkgever en de overheid is het ook van belang dat de werknemer zijn verantwoordelijkheid hierin oppakt.

TABEL 4: AANGRIJPINGSPUNTEN SCHOLINGSBELEID (OP BASIS VAN DE LITERATUUR, WETENSCHAPPELIJKE EXPERTS EN STAKEHOLDER)

| | Werknemer | Werkgever | overheid |
|------------------|--|---|---|
| Chronisch zieken | Vroege identificatie van mogelijke problemen en het opzoeken/ accepteren van vroege support is belangrijk. Dat geldt ook voor empowerment. | Stem het scholingsaanbod af op het individu en niet te aanbodgericht. Maak gebruik van scholing op afstand, zoals internet of e-learning. Stel op het juiste moment budget beschikbaar of biedt scholing aan (niet van tevoren dicht regelen). Gesprek aangaan en inspelen op het moment dat het verloop van de betreffende aandoening/ ziekte daartoe aanleiding geeft. | |
| Ouderen | Inzetten op het aanleren van (nieuwe) vaardigheden die van meerwaarde zijn voor werkgever. | Bevorder vaardigheden als solliciteren en netwerken om overgang naar andere baan te faciliteren. | Stimuleer/borg gelijke toegang tot scholing en gelijke kansen op leren van nieuwe vaardigheden en competenties, een leven lang leren. Benadruk belang intersectorale mobiliteit nadrukkelijker in beleid (omscholing moet op tijd beginnen en zich richten op factoren die bevorderen dat mensen in het arbeidsproces kunnen blijven). |

| | Werknemer | Werkgever | overheid |
|-------------------------|---|---|--|
| Laag- geschoolden | Bewust worden van belang tijdige bij/ omscholing. | Zet in op extra initiatieven voor deze groep om hun angst voor examens weg te halen (moeite met formeel leren). Houd scholing laagdrempelig, ook aandacht voor informeel leren (leertraject in bedrijf). Stimuleren scholingsdeelname, leren op het werk en loopbaanbegeleiding. Let op goede toegankelijkheid van educatiemiddelen voor werknemers die laaggeletterd zijn. | Stimuleer bewustwording bij werknemer en werkgevers over belang van tijdige omscholing. Mensen, zitten vaak in fysiek zware beroepen en kunnen dan hun beroep niet meer uitoefenen als zij ouder zijn. Stimuleer cursusparticipatie door het financieel te faciliteren. Zet in op maatregelen om arbeidsparticipatie van laagopgeleide vrouwen te vergroten, aandacht voor klassiek beroepsonderwijs. Terugdringen vroegtijdige schoolverlaten. Hiermee kan het aantal mensen dat zonder startkwalificatie op de arbeidsmarkt verschijnt verminderd worden. Benadruk belang scholing voor participatie op de arbeidsmarkt. |
| Zzp'ers/ Flexwerkers | Gebruik maken van de infrastructuur van sectorale opleidingsfaciliteiten. | Investeer ook in scholing bij mensen die tijdelijk in het bedrijf werkzaam zijn. | Meer verantwoordelijkheid nemen voor Zzp'ers. |
| Mantelzorgers | Inzetten op goede werk/privé balans. | Ondersteun mantelzorgers in vinden balans werk-privé (als vorm van empowerment) zodat volgen van scholing mogelijk is; belangrijk te waken voor onder / overbelasting. | Zet in op het voorkomen van uitval van de arbeidsmarkt, Stimuleer om- of bijscholing van mantelzorgers die uit arbeidstraject zijn gestapt. |
| Algemeen | Bewust worden van eigen verantwoordelijkheid voor duurzaam inzetbaarheid op de arbeidsmarkt. | | Stimuleer informeel leren op het werk. Verder uitwerken van scholingsmaatregelen waarmee kwetsbare groepen bereikt worden. |

Actieplan Gezond bedrijf

Hoewel in het actieplan Gezond Bedrijf wel verschillende kwetsbare groepen worden benoemd, blijkt in de praktijk dat aandacht voor gezondheid in het kader van duurzaam inzetbaarheidsbeleid weinig specifiek gericht is op de genoemde potentieel kwetsbare groepen. Specifieke aangrijpingspunten die hiervoor naar voren kwamen uit de gevoerde gesprekken, liggen op het vlak van het stimuleren van de juiste balans tussen werk en privé, het belang van het ervaren van sociale steun door collega's en het voorkomen van uitval. Voor mantelzorgers is het belangrijk dat het samenspel tussen formele en informele zorg goed wordt afgestemd. Ook werd gesignaleerd dat er relatief weinig bekend is over wat effectieve maatregelen zijn gericht op het voorkomen van uitval van potentieel kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt. Ook werd, met betrekking tot gezondheid in relatie tot duurzaam inzetbaar zijn op de arbeidsmarkt in de interviews die gehouden zijn, benadrukt dat het hier om een gedeelde verantwoordelijkheid van werknemer, werkgever en overheid gaat.

TABEL 5: AANGRIJPINGS-PUNTEN ACTIEPLAN GEZOND BEDRIJF (OP BASIS VAN LITERATUUR, WETENSCHAPPELIJK EXPERTS EN STAKEHOLDERS)

| | Werknemer | Werkgever | overheid |
|------------------|--|---|---|
| Chronisch zieken | <p>Zoek samen met werkgever naar passende oplossing voor ervaren problemen en belemmeringen.</p> <p>Zorgen voor actieve opstelling, proactieve houding en tijdig anticiperen op toekomstige problemen en ondersteuningsbehoefte.</p> <p>Bespreek eventuele beperkingen met de werkgever.</p> | <p>Bied mogelijkheden voor thuis- en telewerk (reductie ziekteverzuim en stijgen arbeidsdeelname van werknemers met een arbeidshandicap).</p> <p>Zet in op het reduceren van eventueel ziekteverzuim bijvoorbeeld door werknemers bij ziekte of ziektedreiging minder belastend werk te geven.</p> <p>V voorkom uitval, want het is voor werknemers lastig om na uitval terug te keren in het arbeidsproces (bijvoorbeeld door faciliteren plek om te even te kunnen gaan liggen). Maak beperkingen bespreekbaar.</p> <p>Richten op tijdige identificatie van problemen. Bieden van tijdige support/empowerment is belangrijk.</p> <p>Zorg voor sociale steun van leidinggevenden en collega's, zowel tijdens het ziekteverzuim als tijdens de werkhervatting. Daarnaast belangrijk om oog te hebben voor behoefte aan ondersteuning van collega's die werk van zieke overnemen/opvangen.</p> <p>Afstemming zoeken met de persoonlijke situatie is van belang. Dit vraagt om werkaanpassing, trainingsfaciliteiten, loopbaangesprekken, waarbij de focus moet liggen op mogelijkheden en kansen en niet op beperkingen.</p> | <p>Meer zicht krijgen op wat effectieve maatregelen zijn om uitval van de arbeidsmarkt van deze groep te voorkomen.</p> |

| | | | |
|------------------------------|--|--|---|
| <p>Ouderen</p> | <p>Bewust worden dat duurzaam inzetbaar zijn al vroeg in arbeidsproces begint en dat gezondheid hierin een rol speelt.</p> | <p>Belangrijk om goed na te denken hoe ouderen aan het werk kunnen blijven, inzetten op werk naar werk en bepaalde arbeidsvoorwaarden kunnen hieraan bijdragen. Mogelijkheden voor demotie bespreekbaar maken.</p> | <p>-</p> |
| <p>Laag- geschoolden</p> | <p>Bewust worden dat duurzaam inzetbaar zijn al vroeg in arbeidsproces begint en rol van gezondheid hierin.</p> | <p>Draag zorg voor het op peil blijven van arbeidsomstandigheden bij laaggeschoold werk en dat er voldoende effectieve maatregelen worden getroffen die aansluiten bij de specifieke behoefte en werksituatie van laaggeschoolde werknemers.</p> <p>Belangrijk om aan te sluiten bij praktische leerstijl van laagopgeleiden (informeel leren, training on the job, gebruik maken van een mentor), bewust te zijn van hun soms kwetsbare positie en lager zelfbeeld, rekening te houden met diversiteit in culturele achtergrond en met mogelijk lagere taalvaardigheden.</p> <p>Rekening houden met beperkte arbeidsperspectief van laaggeschoolden en van de gevolgen die dit kan hebben voor de machtsbalans tussen werkgever en werknemer.</p> | <p>Meer zicht krijgen op wat effectieve leefstijlinterventies zijn voor laagopgeleiden.</p> |

| | | | |
|-------------------------|--|---|--|
| Zzp'ers/ flexwerkers | Bewust worden dat duurzaam inzetbaar zijn al vroeg in arbeidsproces begint en rol van gezondheid hierin. | | Investeren in duurzame flexibiliteit, bijvoorbeeld door het opzetten van een pensioenvoorziening voor zelfstandigen. |
| | | | Zorg voor zo weinig mogelijk belemmeringen bij een overgang van de ene arbeidsverhouding naar de andere. Dat verkleint ook de kans op excessen, gedwongen 'zelfstandigheid' en andere schijnconstructies." Meer aandacht voor de specifieke situatie van Zzp'ers. |
| Mantelzorgers | Streven naar een goede balans tussen werk en privé, formele en informele zorg. | Heb oog voor de mantelzorgende werknemers. Belangrijk dat leidinggevenden bereid en in staat zijn oplossingen te zoeken en te bieden voor eventuele problemen bijvoorbeeld met betrekking tot de balans werk-privé. Mantelzorgers moeten zondig gecoached en getraind worden bij het vinden van een goede werk-privé balans. Bij mantelzorgvriendelijk beleid gaat het niet om vaker vrij of extra dagen, maar om de ruimte om het onderwerp en de ermee samenhangende praktische problemen bespreekbaar te maken zonder hierbij het risico te lopen ontslagen te worden. | In het actieplan gezond bedrijf zouden mantelzorgers als aparte groep moeten worden benoemd. Zet het thema mantelzorg strategisch op de beleidsagenda. Stimuleer/faciliteer samenspel formele en informele zorg |
| Algemeen | Bewustzijn van het belang van een gezonde leefstijl voor het duurzaam inzetbaar zijn op de arbeidsmarkt. | Zet leefstijlinterventies samen met werknemers op. | Stimuleer integrale aanpak; maatwerk is van groot belang. |

Algemeen

Naast de aangrijpingspunten genoemd in de bovenstaande tabellen, kwamen ook algemene aangrijpingspunten naar voren die mogelijk bij kunnen dragen aan het versterken van de effectiviteit van de onderzochte maatregelen gericht op het bevorderen van de duurzame inzetbaarheid en (vervolgens) de gezondheid van deze groepen.

Belangrijke aspecten die in dit kader werden genoemd zijn: gedeelde verantwoordelijkheid, integrale aanpak, structureel, multidisciplinaire samenwerking, maatwerk, balans werk-privé, lange termijn planning, strategisch personeelsbeleid.

Met betrekking tot de **gedeelde verantwoordelijkheid** is het een grote uitdaging om te bereiken dat werknemers zich bijvoorbeeld gaan afvragen of zij met hun huidige leefstijl gezond genoeg blijven om tot hun pensioen hun geld kunnen blijven verdienen en een toegevoegde waarde houden voor hun werkgever. Een goede invalshoek kan zijn om financiële consequenties van (niet) blijven leren en werken te benadrukken, omdat werknemers daar mogelijk gevoelig voor zijn. Bewustzijn van financiële consequenties kan mogelijk helpen om aan gezondheid te werken. Omdat effecten van investeringen meestal niet direct zichtbaar zijn, kan het helpen als beleidsmakers doelstellingen ook op langere termijn formuleren. Zo zou de overheid met een aparte MKB doelstelling kunnen werken, bijvoorbeeld door aan te geven welk percentage mensen gezonder moet gaan werken. Daarnaast kan door beter de relatie tussen vitale gezonde werknemers en bedrijfsbelang in beeld te brengen, het draagvlak voor investeren in duurzame inzetbaarheid vergroot worden. Om duurzame inzetbaarheid ook realiseerbaar te maken voor kleinere bedrijven, zouden zij externe deskundigheid kunnen inhuren. Er wordt nu gewerkt met vouchers om deze bedrijfjes te laten ervaren hoe dit eruit zou kunnen zien. Ook zouden kleine bedrijven in de regio meer kunnen gaan samenwerken op dit thema.

Met betrekking tot de **integrale aanpak** van de gezondheid van werknemers stelt de SER dat preventie breed opgevat moet worden; dit verwijst naar al het beleid dat bijdraagt aan de gezondheid van de werknemer. De SER onderscheidt drie vormen van preventiebeleid- in-brede-zin:

- gezondheidsmanagement (Arbo, verzuim en re-integratiebeleid),
- HRM beleid
- leefstijlbeleid.

Leefstijlbeleid kan volgens de SER niet effectief zijn als de andere 2 niet of onvoldoende ontwikkeld zijn. De gezondheidswinst die hiermee te boeken valt, kan volgens de SER worden gedefinieerd in termen van inzetbaarheid, employability en vitaliteit. Volgens de SER kan effectief preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties via de setting van het werk de gezondheidsachterstand van werknemers met een lage sociaaleconomische status verkleinen. Volgens TNO is gezondheidsmanagement pas echt efficiënt en effectief als de zorg voor gezondheid in alle aspecten van de bedrijfsvoering terugkomt. Er moet sprake zijn van integraal gezondheidsmanagement (IGM).

Naast een integrale aanpak is **maatwerk** van groot belang. Om aan te kunnen sluiten bij individuele behoeften van werkenden is het essentieel om het gesprek aan te gaan, de behoeften, de persoonlijke situatie, de balans tussen werk en privé en de belastbaarheid. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van instrumenten, zoals workability index (WAI), engagementsurvey,

loopbaangesprek, persoonlijk ontwikkelingsplan (POP), periodieke health checks etc. Daarbij wordt aanbevolen om niet enkel gericht te zijn op curatie bij zieke werknemers en preventie bij risicogroepen, maar op de transitie naar het bevorderen van de gezondheid van alle werknemers. Dit impliceert dat het beleid niet alleen gericht moet zijn op bijvoorbeeld de 5% zieke werknemers of 10% die ouder zijn dan 50 jaar, maar op alle werknemers. Dus bijvoorbeeld de gezondheidsbevordering van de werknemers regelen via de cao.

Uit onderzoek blijkt dat, ongeacht de omvang van de organisatie, **leiderschap vanuit de bedrijfstop** en **actieve participatie** van werknemers essentieel zijn voor geslaagd gezondheids- en veiligheidsmanagement. Uit de Europese bedrijvenenquête over nieuwe en opkomende risico's (ESENER) blijkt dat werknemersparticipatie in combinatie met managementbetrokkenheid tot goede resultaten leidt op het gebied van gezondheid en veiligheid op het werk.

Leefstijlinterventies zouden samen met werknemers opgezet moeten worden, omdat dit een delicaat proces kan zijn. Hoe verhoudt bijvoorbeeld het bevorderen van de gezonde leefstijl zich tot individuele keuzes in de persoonlijke levenssfeer? Een aanpak gericht op de leefstijl mag ook niet in de plaats komen van bijvoorbeeld arbobeleid om arbeidsrisico's in toom te houden. In het algemeen kan gesteld worden dat duurzaam inzetbaarheidsbeleid geen vervanging kan zijn voor arbobeleid, in de eerste plaats zullen de arbeidsrisico's aanvaardbaar moeten zijn, daarna kan beleid gericht op duurzame inzetbaarheid vorm gegeven worden (12).

1.5 Conclusie

Complexe relatie onderzochte maatregelen uit Vitaliteitspakket, arbeid en gezondheid

Uit de HIA blijkt dat scholing, arbeid en gezondheid op een complexe manier samenhangen. Uit de literatuur en interviews met wetenschappelijke experts en stakeholders blijkt er het meest bekend over de impact van scholing op loon, employability en vitaliteit. Het is aannemelijk dat meer scholing, al dan niet via intermediaire factoren, positief gerelateerd is aan gezondheid. Echter er is nog niet veel onderzoek gedaan naar potentiële gezondheidseffecten van specifieke scholingsmaatregelen voor werkenden. De relatie tussen scholing en gezondheid is daarom vooral bestudeerd op een hoger abstractieniveau (in de zin van werk-gerelateerde scholing in de algemene zin) en niet op het niveau van specifieke maatregelen zoals die genoemd staan in het Vitaliteitspakket (zoals financiële maatregelen om scholing te stimuleren). Maatregelen uit het Actieplan Gezond Bedrijf, waarin specifieke maatregelen gericht op onder andere het verlichten van fysieke en/ of psychische belasting zijn opgenomen, blijken zowel direct als indirect via indicatoren van arbeidsmarktparticipatie, impact te hebben op de gezondheid van werkenden. In de literatuur wordt in dit kader veel aandacht besteed aan werkdruk/stress als risicofactor voor een minder goede gezondheid.

Kwetsbare groepen werkenden

Op basis van de bestaande literatuur bleek het niet goed mogelijk om de omvang van te bepalen van mogelijke verschillen in effecten van de onderzochte maatregelen op de gezondheid van potentieel kwetsbare groepen en de algemene beroepsbevolking. Ook bleek er relatief weinig bekend over de belangrijkste factoren die voor de geïdentificeerde potentieel kwetsbare groepen

werkenden een belangrijke rol spelen bij hun duurzame inzetbaarheid op de arbeidsmarkt. Hoewel de evidence op basis van de literatuur dus beperkt is, bleek in de gesprekken die gevoerd zijn met wetenschappelijke experts en stakeholders een duidelijke overeenstemming over welke groepen mogelijk minder profiteren van de maatregelen die zijn meegenomen in deze HIA. Dit zijn chronisch zieken, ouderen, laaggeschoolden, Zzp'ers/flexwerkers en mantelzorgers. Zij zijn niet alleen kwetsbaar met betrekking tot hun gezondheid, maar het is aannemelijk dat maatregelen uit het Vitaliteitspakket, zoals op het terrein van scholing, minder aansluiten bij deze groepen, aangezien zij bijvoorbeeld minder deelnemen aan scholing op het werk.

Aangrijpingspunten voor beleid

Aangrijpingspunten voor het bevorderen van de effectiviteit van de onderzochte maatregelen gericht op het bevorderen van de duurzame inzetbaarheid en de gezondheid van de eerder genoemde potentieel kwetsbare groepen, verschillen per geïdentificeerde groep. In het Actieplan Gezond Bedrijf worden al verschillende kwetsbare groepen genoemd, in de praktijk blijkt dat aandacht voor gezondheid in het kader van duurzaam inzetbaarheid echter weinig specifiek gericht te zijn op potentieel kwetsbare groepen. Belangrijke aangrijpingspunten die met betrekking tot het Actieplan naar voren kwamen lagen op het vlak van:

- Het stimuleren van een integrale aanpak, gedeelde verantwoordelijkheid en het bieden van maatwerk. Specifieke aandachtspunten die hierbij belangrijk zijn, zijn het vinden van een juist balans werk/ privé, het organiseren van sociale steun en het voorkomen van uitval.
- Voor mantelzorgers is het belangrijk dat het samenspel tussen formele en informele zorg goed wordt afgestemd. Ook werd gesignaleerd dat er relatief weinig bekend is over wat goede maatregelen zijn gericht op het aan het werk houden van potentieel kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt.

Met betrekking tot werk gerelateerde scholing kunnen de volgende aangrijpingspunten worden geformuleerd:

- De geïdentificeerde kwetsbare groepen maken in het algemeen minder gebruik maken van scholing. Het inzetten op het vergroten van de leercultuur zou vooral voor kwetsbare groepen positief kunnen werken.
- Het is waarschijnlijk dat financiële prikkels gericht op het bevorderen van werk gerelateerde scholing met name stimulerend werken voor hoger opgeleiden en jongeren, en relatief weinig gebruikt zullen worden door de genoemde kwetsbare groepen.
- Het is belangrijk dat het scholingsbeleid, juist bij de geïdentificeerde groepen, vraaggericht is in plaats van aanbodgericht en dat scholing wordt aangeboden op het juiste moment (e.g. vroege support of omscholing), in de juiste vorm (e.g. e-learning, laagdrempelig) en op de juiste plaats (e.g. toegankelijke setting, structuur). Dat betekent dat loopbaanfaciliteiten en subsidies hierop moeten worden afgestemd om op deze manier de arbeidsmarktpositie en vitaliteit van kwetsbare groepen te versterken.
- Grote en kleine organisaties verschillen in mogelijkheden in wat aangeboden kan worden binnen de werkcontext. Een leercultuur is in een grotere organisatie bijvoorbeeld makkelijker te realiseren; voor kleinere bedrijven zou onderlinge samenwerking op dit terrein positief bij kunnen dragen aan de leercultuur.

Bijlage 1: Schematisch overzicht stappen in HIA

Screening

Het doorlopen ('screenen') van voorstellen op hun mogelijke invloed op de gezondheid, en beslissen of HIA de juiste manier is om de gezondheidseffecten van een voorstel te beoordelen. Een screening bestaat uit drie stappen:

1. bepalen van de gezondheidsrelevantie: cruciale factoren (determinanten), specifieke groepen en belanghebbenden (stakeholders) en aard van de gezondheidseffecten.
2. inventariseren van beschikbare kennis
3. analyseren van de beleidscontext

Scoping

Het maken van een plan van aanpak hoe de HIA uitgevoerd zal gaan worden, welke indicatoren in de beoordeling zullen worden betrokken, welke kwalitatieve én kwantitatieve methoden zullen worden ingezet. Tenslotte wordt het plan van aanpak aan de belanghebbenden voorgelegd. Beslissen hoe de HIA in de gegeven context uitgevoerd zal worden.

Appraisal of assessment

Het identificeren en beoordelen van de mogelijke gezondheidseffecten van het voorstel. Hierbij kunnen verschillende kwalitatieve of kwantitatieve onderzoeksmethoden gebruikt worden, zoals: interviews met betrokkenen, focus groep discussies, audits, vragenlijstonderzoek, analyse van bestaande data, expert opinies en literatuurstudie.

Recommendations

Het formuleren en prioriteren van aangrijpingspunten voor de beleidsmakers.

Monitoring en evaluation

He volgen van de implementatie van het beleid en vaststellen of het verwachte effect op de gezondheid ook daadwerkelijk optreedt, en zo niet, wat daarvan de oorzaken zijn.

Bijlage 2: HIA in de deelnemende landen aan de joint action "Equity Action"

De betrokken landen hebben op de volgende onderwerpen een HIA verricht:

- België en Baskenland op duurzaamheidsbeleid
- Frankrijk op terrein van stedelijke ontwikkeling
- Letland op terugdringen van alcohol-gerelateerde schade
- Schotland op terrein van sociale zekerheid
- Zweden en Portugal op terrein van preventieve van roken
- Italië op terrein van ziekenhuisopnames (terugdringen opnames in de tweede lijn)
- Wales op terrein van huisvesting
- Noorwegen op terrein van kinderopvang
- Ierland op terrein van invoeren belasting op suikerhoudende dranken
- Hongarije op terrein van sociale exclusie
- Finland on terrein van investeren in handel
- Engeland op terrein van armoede (met betrekking tot kosten energie)

Meer informatie kan gevonden worden op de Equity Action website:

<http://www.equityaction-project.eu/>

Bijlage 3: Leden van de begeleidingscommissie

Dr. Marleen Bekker, Health Services Research (CAPHRI), Universiteit Maastricht

Drs. den Broeder, Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg, Bilthoven

Dr. Ute Bultman, Faculteit Medische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen

Dr. Mariël Droomers, Sociale Geneeskunde, Amsterdam Medisch Centrum,
Amsterdam

Dr. Marjolein de Weerd TNO- Kwaliteit van Leven, Leiden

Bijlage 4: Overzicht beleidsmaatregelen Vitaliteitspakket en mogelijke gezondheidseffecten

| | Beleidsmaatregel | Gezondheidseffect (score -, +/- of +) | | Equity focus (bij welke groepen zijn de effecten op gezondheid vooral te verwachten) | Belang van het gezondheidseffect (verwachte omvang, ernst en duur van het effect en de (on)omkeerbaarheid) (score --, -, +/-, + of ++) |
|---|--|--|---|--|---|
| | | Direct | Indirect | | |
| 1 | Communicatie-campagne ter bevordering positieve beeldvorming over oudere werknemers en werkzoekenden | + mentale gesteldheid | + verminderen baanonzekerheid + kleinere kans op ontslag , inkomstenderving + verkleinen kans voortijdig uitval | Kwetsbare oudere werknemers vooral vrouwen, allochtonen en lager opgeleiden | + het hardnekkige negatieve beeld over oudere werknemers staat bereidheid van werkgevers om te investeren in ouderen en oudere werkzoekenden aan te nemen in de weg, leidt bij (deel) oudere werknemers tot negatief zelfbeeld en verminderde motivatie om door te werken |
| 2 | Invoeren werkbonus ter bevordering van langer doorwerken oudere werknemers | - vergroten kans op overbelasting en vroegtijdige uitval | - negatieve effecten op inkomen van degenen die niet (kunnen) doorwerken. + positieve effecten op inkomen van degenen die langer doorwerken. Dus vergroten van inkomensongelijkheid tussen (gezonde) werkende en (ongezonde) niet werkende ouderen. | Werknemers (62+) met minder goede gezondheid, met zwaar werk en/of met lagere inkomens, mantelzorg-verlenende werknemers Werknemers (62+) | + werknemers met gezondheidsprobleem en en mantelzorg verlenende werknemers lopen verhoogd risico op gezondheidsschade bij doorwerken + CPB verwacht dat mensen met fysiek zwaar werk zich niet door deze maatregel laten beïnvloeden, zij zullen dan te maken krijgen met inkomensverlies |

| | Beleidsmaatregel | Gezondheidseffect (score -, +/- of +) | | Equity focus (bij welke groepen zijn de effecten op gezondheid vooral te verwachten) | Belang van het gezondheidseffect (verwachte omvang, ernst en duur van het effect en de (on)omkeerbaarheid) (score --, -, +/-, + of ++) |
|---|--|---|--|---|--|
| 3 | Invoeren mobiliteitsbonus werkgevers ter bevordering indienstneming oudere werkzoekenden | | + vergroten kans op (andere) baan - vergroten kans op ontslag van kwetsbare werknemers, zoals ongezonde, oudere of allochtone werknemers (inruileffect) | Oudere werknemers die andere baan zoeken en oudere uitkeringsgerechtigden | + gezondheidseffect van het hebben van werk is aangetoond, maar mate van positief effect verschilt naar preferenties, aard en kwaliteit van werk +/- CPB verwacht wel mobiliteitsgroei, maar veel onzekerheid in hoeverre dit in de praktijk zal optreden vanwege moeilijk te ramen arbeidsmarkt |
| 4 | Financiële regeling (ESF) voor bedrijven ter bevordering beleid duurzame inzetbaarheid | + betere gezondheid en/of vitaliteit | + betere positie op de arbeidsmarkt + verkleinen kans voortijdige uitval | Oudere werknemers | ++ met duurzame inzetbaarheids maatregelen kunnen bedrijven bijdragen aan gezonde, vitale, mobiele en geschoolde werknemers waardoor kans op langer doorwerken wordt vergroot |
| 5 | Bevorderen van leercultuur in MKB | | + betere positie op de arbeidsmarkt | Oudere werknemers Laag geschoolde werknemers Werknemers in beroep met krimpende werkgelegenheid | + een betere positie op de arbeidsmarkt draagt langs verschillende wegen op indirecte wijze bij aan betere gezondheid van de werknemer: grotere kans op hoger inkomen, meer ontwikkelmogelijkheden, grotere tevredenheid met werk, meer kans op ander werk, minder kans op (blijvende) werkloosheid en baanonzekerheid |

| | Beleidsmaatregel | Gezondheidseffect (score -, +/- of +) | | Equity focus <i>(bij welke groepen zijn de effecten op gezondheid vooral te verwachten)</i> | Belang van het gezondheidseffect <i>(verwachte omvang, ernst en duur van het effect en de (on)omkeerbaarheid)</i> (score --, -, +/-, + of ++) |
|---|---|--|--|---|---|
| 6 | Verlagen drempel financiële aftrek scholingsuitgaven ter bevordering scholing | | + grotere scholingsdeelname + betere positie op de arbeidsmarkt | Werknemers met hogere inkomens profiteren meer van de aftrek | Zie 5 |
| 7 | Introductie VWNW-budget (in cao's) en voortzetten VWNW experimenten | + afnemende stress en onzekerheid bij dreigend baanverlies | + betere positie op de arbeidsmarkt, beperken werkloosheidsduur | Met ontslag bedreigde werknemers | Zie 5 |
| 8 | Introductie spaarregeling voor werknemers | | + voorkomen inkomensverlies bij baanwisseling | Werknemers met lage inkomens | + met voorkomen inkomensachteruitgang is gezondheidswinst te behalen - CPB verwacht klein arbeidsmarkteffect vanwege geringe bedrag en voordeel zal niet door werknemers met laag inkomen worden gerealiseerd. |
| 9 | Inzetten (samen met sociale partners) op het voorkómen van uitval werknemers door fysieke en psychische overbelasting | + verminderen fysieke en/of psychische overbelasting | + verkleinen kans voortijdige uitval | Oudere werknemers Laaggeschoolde werknemers | ++ met het voorkomen van fysieke en/of psychische overbelasting is veel directe gezondheidswinst te behalen |

| | Beleidsmaatregel | Gezondheidseffect (score -, +/- of +) | | Equity focus <i>(bij welke groepen zijn de effecten op gezondheid vooral te verwachten)</i> | Belang van het gezondheidseffect <i>(verwachte omvang, ernst en duur van het effect en de (on)omkeerbaarheid)</i> (score --, -, +/-, + of ++) |
|----|--|---|--------------------------------------|---|--|
| 10 | Uitvoeren van actieplan Gezond Bedrijf | + grotere mentale weerbaarheid + verminderen psychische klachten + bevorderen leefstijl (bewegen) | + verkleinen kans voortijdige uitval | Laaggeschoolde werknemers Chronisch zieke werknemers | ++ met meer aandacht in de sectoren bouw, transport en zorg voor het belang van gezonde leefstijl en in het bijzonder meer bewegen is potentieel veel winst te boeken omdat daar relatief veel laag geschoolde werknemers met relatief ongezond gedrag werken. Bovendien ook relatief veel werknemers met hoge fysieke en psychische belasting |

Bijlage 5: Beschrijving geselecteerde maatregelen

In het Vitaliteitspakket geeft de minister aan duurzame inzetbaarheid te willen stimuleren langs drie lijnen: doorwerken, mobiliteit en loopbaanfaciliteiten. Voorgestelde maatregelen die in het kader van doorwerken en mobiliteit waren genoemd, zoals het invoeren van een werkgevers- en werknemersbonus en een spaarregeling, zijn uiteindelijk niet ingevoerd.

Maatregelen die in het kader van loopbaanfaciliteiten zijn aangekondigd, betreffen het stimuleren van scholing van werknemers en het investeren in gezondheid. We hebben in deze HIA, in overleg met de leden van de begeleidingscommissie, de volgende drie beleidsmaatregelen gericht op het stimuleren van scholing geselecteerd.

Verlagen van de drempel voor financiële aftrek van scholingsuitgaven van 500 naar 250 euro.

Door deze maatregel kunnen werkenden hun scholingsuitgaven zoals lesgeld en kosten voor studieboeken, eerder aftrekken, waardoor investeren in scholing in feite goedkoper wordt en de bereidheid tot het volgen van scholing mogelijk vergroot wordt.

Bevorderen van de leercultuur in het MKB.

In 2011 is MKB-Nederland samen de ministeries van SZW en OCW het project Excelleren.nu gestart. Het doel van dit project was het bevorderen van een leercultuur in het midden en kleinbedrijf waar deelname aan formele scholing geringer is dan in grotere ondernemingen. Gedurende een jaar zijn bijna 700 MKB ondernemers uit 14 brancheorganisaties ondersteund bij het vormgeven van een leercultuur. Evaluatie toont dat bij bedrijven een verschuiving in gang is gezet naar een groter bewustzijn van het belang van leren en een meer gestructureerde aanpak van leren. Leren en opleiden is op de agenda geplaatst. Bijna alle deelnemende ondernemers zijn van mening dat de duurzame inzetbaarheid van hun werknemers is vergroot. Het project is voortgezet als elkedagbeter.nu. Naast scholing is binnen dit project ook aandacht voor mobiliteit en gezondheid.

Introductie VWNW-budget (Van Werk Naar Werk).

Sociale partners zullen worden gevraagd een VWNW-budget (individueel leerrecht) te realiseren in cao's. Door het individuele leerrecht krijgt de werknemer bij ontslag de beschikking over middelen voor (om)scholing. De middelen mogen ook worden aangewend voor andere trajecten die de inzetbaarheid van de betrokken werknemer verhoogd in geval van dreigend ontslag. Er zijn enkele experimenten uitgevoerd in het kader van het VWNW-budget. Het voornemen is uitgesproken om deze experimenten voort te zetten. Met dit initiatief heeft de minister de motie Heijum (19 april 2011) waarin was gevraagd om een individueel scholingsbudget, ingewilligd.

Daarnaast is op verzoek van VWS en SZW hun gemeenschappelijk Actieplan Gezond Bedrijf geselecteerd.

In de brief van 26 mei 2012 wordt de Kamer nader geïnformeerd over de invulling van het Actieplan Gezond Bedrijf, aangekondigd in het Vitaliteitspakket. Aangegeven wordt dat:

- wordt ingezet op het verlichten van fysieke en/of psychisch belastende werkzaamheden, omdat dit de belangrijke veroorzakers zijn van ziekteverzuim en uitval uit het arbeidsproces;
- het actieplan zich richt op het voorkomen van uitval van werknemers met chronische aandoeningen, het verhogen van de psychische weerbaarheid van werknemers, het bespreekbaar maken van psychische klachten op de werkvloer en het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- werkgevers worden ondersteund bij het bereiken van lager opgeleiden die een groter risico lopen op uitval;
- de focus ligt op de sectoren bouw, transport en zorg;
- er sprake is van uitvoering op 3 niveaus: landelijk, regionaal en op individueel bedrijfsniveau. Op het landelijk niveau gaat het om agendering d.m.v. een communicatietraject waarvoor 4 miljoen euro beschikbaar is. Op regionaal niveau gaat het om facilitering en begeleiding van MKB-ondernemers in de bouw en transport (in pilots) en van enkele zorginstellingen door relevante deskundigen. Er vindt ook individuele advisering en begeleiding plaats. Voor ontsluiting van kennis (adhv business cases) en aanreiken van instrumenten (via de online 'Toolbox instrumenten duurzame inzetbaarheid') wordt gezorgd.

Het actieplan loopt tot eind 2014. Een vervolg is in voorbereiding.

Bijlage 6: Beschrijving resultaten literatuursearch

In de wetenschappelijke literatuur is gezocht naar relevante literatuur die vanaf 2000 gepubliceerd is. In totaal werden in de initiële search met betrekking tot de relatie scholing en gezondheid 305 titels gevonden en met betrekking tot de relatie duurzame inzetbaarheid en gezondheid 755 titels. De volgende in- en exclusie criteria zijn vervolgens gehanteerd bij het selecteren van de wetenschappelijke literatuur:

- Het artikel moet gaan over scholing van werknemers, niet om training m.b.t. veiligheid, of omgaan met stress, maar op ontwikkeling m.b.t. duurzame inzetbaarheid. Het artikel moet zich niet richten op rehabilitatie van werknemers, , dus niet over training om weer aan de slag te komen. Daarnaast moet het artikel niet gericht zijn op 1 groep werknemers.
- Het artikel moet gericht zijn op formele en informele scholing / training van werknemers, op het ontwikkelen algemene skills, in kader van een leven lang leren.
- Geen evaluatie van een training,
- Engelstalig publicatie, originele studie, dus geen reviews
- Onderzoek is uitgevoerd in OECD land
- Kwantitatief onderzoek
- De uitkomstmaat moet gezondheid of aspect van duurzaam inzetbaarheid zijn op niveau werknemer, dus niet op het niveau van de organisatie.

Het onderstaand schema geeft een overzicht van de studies die in deze HIA meegenomen zijn. Indien mogelijk is de literatuur beschreven per kwetsbare groep.

Bijlage 7: Onderbouwing verwachte relatie scholing, arbeid en gezondheid

| Arbeid | Verwachte relatie met scholing | Bronnen |
|----------------------------|--|--------------|
| <i>Employability</i> | Onderzoek toont een positief verband tussen deelname aan een leven lang leren en employability | (61, 62) |
| | Scholing op de werkplek heeft positief effect op employability | (63) |
| | Werknemers die een bedrijfsopleiding hebben gevolgd, hebben een lagere kans om het jaar daarop geen baan te hebben (5.2%). Ook de baanzekerheid neemt toe. | (46, 64, 65) |
| | Bedrijven kunnen scholing gebruiken om werknemers aan zich te binden: scholing verkleint de kans op personeelsverloop, d.w.z. de externe mobiliteit. | (66) |
| | Scholing die niet door de werkgever is betaald, is positief gerelateerd aan de externe mobiliteit op de arbeidsmarkt. | (67) |
| | Een leven lang leren gaat samen met een verhoging van de employability, werkvermogen en vitaliteit. | (68) |
| <i>Loon</i> | Scholing een positief effect heeft op het loon. Zo noemt 1 onderzoek bijvoorbeeld dat 1% toename in training resulteert in een 0,3% hoger loon (69). | (18, 70-72) |
| | De loonopbrengsten van scholing in Nederland worden geschat op 2,6%. Dit percentage ligt in de buurt van de opbrengsten van studie in de VS en Duitsland. Loonopbrengsten zijn wel afhankelijk van het type scholing. | (73-75) |
| <i>Arbeidsparticipatie</i> | Scholing draagt bij aan een lagere kans op afhankelijk van een uitkering. Ook vergroot scholing (zowel initieel als post initieel) de kans dat mensen deelnemen aan betaalde arbeid | (5)26) |
| | De baanzekerheid van de werknemer wordt door scholing duidelijk verbeterd. Ook de kans op een vast contract neemt toe. Naarmate er meer tijd wordt besteed aan scholing, wordt de kans op werkloosheid verkleint (bijvoorbeeld uit een empirisch onderzoek blijkt dat , gemiddeld genomen, 10 procent meer tijd besteed aan scholing, samenhangt met een de hogere kans op participatie op de arbeidsmarkt (0.4%) en een kleinere kans op werkloosheid (0.2%)., Als een werknemer die scholing heeft genoten toch werkloos wordt, is de duur van de werkloosheid gemiddeld genomen korter. | (5) |
| | Schattingen van het gemiddelde individuele rendement van scholing (de effecten op het loon en op de arbeidsmarktpositie) vertonen een licht stijgende trend. Het rendement verschilt aanzienlijk tussen landen zijn echter tamelijk groot: het geschatte rendement loopt uiteen van 4 tot 15 procent. Nederland behoort met een geschatte 6 procent tot de laagst scorende landen . | (6) |
| <i>Productiviteit</i> | Scholing hangt positief samen met een hogere productiviteit door dat vaardigheden op peil worden houden | (5) |
| | Deelname aan training heeft positieve effecten voor zowel de werknemer als de werkgever. Het onderliggende proces waardoor training leidt tot een hogere productiviteit is onduidelijk . | (76) |
| <i>Betrokkenheid</i> | Koster et al. (2012) tonen dat het feit dat bedrijven algemene scholing aanbieden, bijdragen aan een groter gevoel van commitment voor het bedrijf onder de werknemers.. | (77) |

| Gezondheid | Verwachte relatie met scholing | Bronnen |
|-----------------------|--|----------------|
| <i>Vitaliteit</i> | Hoewel er nog geen causaal verband is aangetoond, wordt verondersteld dat een leven lang leren werknemers kan helpen om enthousiast, jong van geest en nieuwsgierig te blijven. | (68) |
| | 'Iets nieuws leren' als strategie op het werk hangt significant samen met subjectief ervaren vitaliteit. | (78) |
| | Drie HR-instrumenten die een leven lang leren bevorderen, hangen positief samen met de vitaliteit van de werknemers en de organisatie. Dit zijn: een efficiënte intern gerichte personeelsbezetting (dat wil zeggen het eigen personeel gebruiken om tegemoet te komen aan de vraag naar personeel), functionele training en loopbaanontwikkeling. | (8) |
| <i>Belastbaarheid</i> | Afnemende stress en onzekerheid bij dreigend ontslag (waar scholing aan bij kan dragen) heeft potentiële positieve gezondheidseffecten. Onzekerheid over een baan is negatief gerelateerd aan op gezondheid | (79) |
| <i>Gezondheid</i> | Hoe gezonder iemand is, hoe hoger de employability. | (79) |
| | Inkomen dat verkregen wordt door werk, hangt positief samen met gezondheid | |
| | Een kleinere kans op blijvende werkloosheid zal een positief effect hebben op gezondheid, want het verlies van werk is geassocieerd met negatief gezondheidseffect (zowel m.b.t. de lichamelijke als mentale gezondheid).. | (79, 80) |
| <i>Overig</i> | Er zijn niet veel studies die ingaan op de niet economische opbrengsten van postinitieel leren. | (71) |
| | De opbrengsten van scholing zijn niet alleen economisch. | (81) |

Bijlage 8: Onderbouwing relatie Actieplan Gezond Bedrijf en gezondheid

Belangrijke determinanten gezondheid en arbeidsparticipatie

Harbers en Hoeymans (12) geven in het Participatierapport van de VTV 2014 een overzicht van belangrijke determinanten van arbeidsparticipatie (werken, verzuim, werkhervatting) voor werknemers met psychische klachten en voor werknemers met klachten aan beweegapparaat (KAB). Dit zijn de gezondheidsproblemen die zorgen voor de grootste uitval op de arbeidsmarkt. In het participatierapport komen de volgende determinanten naar voren.

- **Persoonlijke determinanten:** lage opleiding, vertrouwen in terugkeer naar werk/ positieve houding over eigen herstel en eerder verzuim. Werknemers met lager opleidingsniveau hebben grotere kans op verzuim en kleinere kans op werkhervatting. Eerder verzuim hangt samen met later verzuim voor dezelfde klachten. Vertrouwen hangt positief samen met werkhervatting. Dit geldt voor beide gezondheidsproblemen.
- **Gezondheidsgerelateerde determinanten:** voor psychische klachten blijkt een goede lichamelijke gezondheid positief samen te hangen met werkhervatting. Voor werknemers met KAB zijn pijn en functionele beperking negatief van invloed op verzuim en terugkeer.
- **Werkgerelateerde determinanten:** Voor beide gezondheidsproblemen blijken sociale steun en minder werkbelasting positief samen te hangen met werkhervatting. Voor KAB blijkt ook autonomie positief samen te hangen met werkhervatting

Evidence (kosten)effectiviteit maatregelen

Meerdere overzichtsstudies tonen dat er weinig evidence is van de (kosten)effectiviteit van allerlei maatregelen gericht op duurzame inzetbaarheid en gezondheid van werknemers.

Zo komt uit studie van Burdorf et al., (2008) dat er weinig bekend is over de kosten/baten en kosteneffectiviteit van interventies om arbeidsproductiviteit van oudere werkenden te bevorderen. Het rapport beveelt dan ook aan om een systematisch overzicht te produceren van de kosteneffectiviteit van primaire, secundaire en tertiaire interventies op gezondheid (82).

Uit deze overzichtsstudie komt ook naar voren dat er gebrek is aan longitudinale studies onder werknemers met chronische ziekte waarin wordt nagegaan welke individuele en werkgebonden kenmerken uittreden uit het arbeidsproces bepalen. Men beveelt aan om onderzoek te richten op het bepalen wat de bijdrage van leefstijl en arbeidsomstandigheden is in de invloed van slechte gezondheid op vermindering van duurzame inzetbaarheid en naar het vaststellen van factoren en interventies die bepalen dat werknemers met een chronische ziekte zich staande kunnen houden.

Uit de overzichtsstudie van Brouwer et al., (2012) naar duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers komt naar voren dat er zowel in de grijze als wetenschappelijke literatuur vooral veel over maatregelen gericht op de

werknemer wordt gerapporteerd en veel minder over werk(gever) gerelateerde maatregelen (83).

Fysieke gezondheid

In Harbers en Hoeymans (2013) is op basis van wetenschappelijke en grijze literatuur onderzocht wat er bekend is over de effecten van verschillende maatregelen om de arbeidsparticipatie van werknemers met klachten aan het beweegapparaat (KAB) te bevorderen (12). Onderscheid is gemaakt naar persoonlijke, ergonomische en organisatorische maatregelen. Er blijkt vooral veel onderzoek verricht naar de effectiviteit van persoonlijke en veel minder naar ergonomische en organisatorische maatregelen.

Toegepaste persoonlijke fysieke interventies, die zich richten op het vergroten van de belastbaarheid en lichamelijke oefeningen, laten wisselende effecten op de arbeidsparticipatie zien. De persoonlijke psychologische interventies (veelal cognitieve gedragstherapieën) hebben een overwegend gunstig resultaat. Wat betreft ergonomische maatregelen, gericht op werkbelasting, is er beperkt bewijs dat interventies effectief zijn. Ook lijkt participatieve ergonomie, waarbij werknemer en werkgever betrokken zijn en die zich richt op de determinanten werkbelasting en autonomie, tot minder verzuim te leiden. Ten aanzien van organisatorische maatregelen zijn er aanwijzingen dat aanpassingen van de werkplek in combinatie met een actieve betrokkenheid van werknemer en werkgever de werkhervatting van werknemers met KAB versnelt. Ook blijkt een multidisciplinaire aanpak waarbij de werkgever actief wordt betrokken, een positief effect te hebben op de werkhervatting van werknemers met KAB.

Psychische gezondheid

In Harbers en Hoeymans (2013) is ook onderzocht wat er bekend is over effecten van maatregelen op arbeidsparticipatie van werknemers met psychische problemen (12). Wat betreft de persoonlijke maatregelen komt naar voren dat Integrale programma's een veelbelovende interventie lijken om arbeidsparticipatie onder werknemers met een psychische stoornis te bevorderen. Het gaat dan om een combinatie van integratie van zorg en individuele ondersteuning. Verder komen de probleemoplossingstherapie en begeleid werken naar voren als veelbelovende maatregelen om arbeidsparticipatie onder mensen met een mentale stoornis te stimuleren. Er zijn ook enkele aanknopingspunten voor maatregelen die zich richten op de gezondheidsgerelateerde factoren. Zo lijkt het bijvoorbeeld zinvol om een gezonde leefstijl onder werknemers te stimuleren en om maatregelen toe te spitsen op de ernst van de problemen. Er blijkt veel minder bekend te zijn over de effectiviteit van maatregelen die gericht zijn op de werkomgeving of de werkgever. Uit kwalitatief onderzoek komt naar voren dat onderlinge samenwerking en afstemming tussen betrokken organisaties het proces van werkhervatting kan stimuleren. Ook kan het aanpassen van het takenpakket of de werktijden van de werknemer ervoor zorgen dat werknemers met een depressie eerder het werk hervatten.

Uit onderzoek van Niessen et al., (2008) naar de bijdrage van werkgevers aan de gezondheid van werknemers komt naar voren dat wat betreft individugerichte maatregelen vooral maatregelen onderzocht zijn die zijn gericht op de vermindering en de preventie van stress (84). Voor het effect van

individuele maatregelen bestaat bewijs en soms zelfs sterk bewijs. Er zijn te weinig evaluaties verricht naar het effect van organisatiegerichte maatregelen op het terrein van psychische gezondheid. Aan gecombineerde programma's bestaande uit interventies op zowel het individuele als het organisatorische vlak worden door meerdere auteurs het grootste gezondheidskundige en economische nut toegeschreven als het gaat om de preventie van psychische aandoeningen.

Leefstijl

Eysink et al (2008) concluderen dat er in de literatuur met betrekking tot gezondheidsbevordering op de werkplek geen duidelijke effecten op de gezondheid van werknemers gevonden zijn (85). Wel zijn er effecten gevonden op de leefstijl van werknemers. Als er effecten worden gevonden, zijn dit meestal effecten op de korte termijn. Er blijken nauwelijks effectiviteitsstudies uitgevoerd met ziekteverzuim als uitkomst. Ze vonden weinig afgeronde kosteneffectiviteitsanalyses in Nederland. Ze vonden geen effectiviteitsstudies of kosteneffectiviteitsstudies naar maatregelen specifiek gericht op subgroepen, zoals ouderen of lager opgeleide jongeren.

Niessen et al., (2008) hebben onderzoek gedaan naar de invloed van werkgeversbeleid op gezondheid en verzuim van werknemers (84). Voor het vaststellen van de invloed van leefstijlinterventies op de werkplek hebben zij zich voornamelijk gebaseerd op een Duitse studie (Sockoll et al., 2006)(86). Zij concluderen dat individuele trainingen en sportcursussen effect lijken te hebben op de gezondheid van de werknemers, dit is in mindere mate het geval voor programma's ter bevordering voor de fysieke activiteit van werknemers. Het meeste bewijs is er voor de effectiviteit van een geïntegreerde aanpak. Met betrekking tot gezondheidschecks wordt in deze rapportage geen bewijs voor een effect op de gezondheid van werknemers gevonden. Er bestaat bewijs voor zowel het effect van programma's die een gezond voedingspatroon bevorderen, als voor het effect van programma's die voedingsadvies combineren met fysieke activiteit. Rookontmoedigingsprogramma's kunnen effectief zijn voor de deelnemende personen. Het is echter moeilijk om personen te bereiken die minder gemotiveerd zijn. Er is zwak bewijs voor de effectiviteit van programma's die de werknemer confronteren met zijn alcoholgebruik.

Van Wier et al., (2013) vonden in hun literatuurstudie dat programma's gericht op voeding, eventueel gecombineerd met beweging, resulteerden in een kleine verbetering van gewicht gerelateerde uitkomsten en van de consumptie van fruit, groente en vet (10). Er was geen effect op de bloeddruk of de bloedwaarden van glucose en lipiden. Gestructureerde programma's, bijvoorbeeld met vaste contactmomenten, resulteren in meer gewichtsverlies dan ongestructureerde programma's. Programma's met gedragscoaching leveren in vergelijking met het geven van informatie meer gewichtsverlies. Voor verandering van voedingsgewoonten lijken individuele interventies effectiever dan interventies waarin het aanbod van het bedrijfsrestaurant wordt aangepast. Er is meer effect bij deelnemers die trouwer waren aan een interventie door aan meer sessies deel te nemen. Dit duidt erop dat gemotiveerde werknemers die actief deelnemen waarschijnlijk op een beter resultaat kunnen rekenen. Onduidelijk was wie er baat heeft bij welke interventie.

Economische evaluaties van interventies voor werknemers gericht op psychische problemen of overgewicht komen tot uiteenlopende schattingen van de

verhouding tussen kosten en baten. Ook zijn er nog veel vraagtekens bij de effectiviteit van de verschillende interventies en programma's. Dit blijkt uit literatuuronderzoek van Proper (2012) waarin de beschikbare kennis op dit gebied is samengevat (87). Interventies gericht op preventie en behandeling van psychische problemen op de werkplek lijken een positieve balans tussen kosten en baten te hebben, maar de kwaliteit van de economische evaluaties was niet optimaal. Programma's gericht op werkhervatting door werknemers die verzuimen wegens psychische problemen lieten geen gunstige verhouding tussen kosten en baten zien. Bedrijfsgezondheidsprogramma's gericht op beweging en voeding lijken over het algemeen een gunstige verhouding tussen kosten en baten te hebben, maar dat wordt niet bevestigd in studies met een gerandomiseerde opzet. Gezondheidsbevordering op de werkplek is een belangrijk instrument in het kader van duurzame inzetbaarheid van werknemers. Voor daadwerkelijke implementatie van deze interventies is het nodig dat werkgevers inzicht krijgen in de verhouding tussen kosten en baten. Dit onderzoek geeft aan dat dit inzicht op dit moment nog beperkt en onvolledig is.

Bijlage 9: Onderbouwing geïdentificeerde kwetsbare groepen werkenden

Chronische ziekten

Omvang: In Nederland heeft 39,5 % van de werknemers een chronische of langdurige aandoening (88). Onder oudere werknemers komen in vergelijking met jongere werknemers chronische ziekte of aandoeningen meer voor: van de 55-plussers heeft 52% een chronische ziekte of aandoening. Oudere werknemers hebben ook vaker meerdere aandoeningen tegelijk (15). Driekwart van de volwassenen (25-64 jaar) heeft een betaalde baan. Ook het grootste gedeelte van de chronisch zieken in deze leeftijdsgroep werkt (12). Hoewel chronisch zieken minder vaak een betaalde baan hebben, laten de resultaten van zowel het AVO 2007 als de Gezondheidsmonitor 2012 zien dat ongeveer 70% van de chronisch zieken tussen de 25 en 65 jaar een betaalde baan heeft (12). Dit percentage is wel afhankelijk van de wijze waarop een chronische ziekte is vastgesteld. In deze onderzoeken gaat het om zelf gerapporteerde ziekten uit een lijst van chronische ziekten. In het Nationaal Panel Chronisch Ziekten en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL zijn mensen geworven via de huisarts en gaat het dus om door een dokter gediagnostiseerde aandoeningen(89). In dit onderzoek heeft slechts een kwart van de chronisch zieken een betaalde baan. Het verschil met het AVO en de Gezondheidsmonitor is dat het om een andere leeftijdsgroep gaat (15 tot 65 jaar versus 25 tot 65 jaar), om een dienstverband van minimaal 12 uur en waarschijnlijk ook om patiënten met ernstigere (vormen van) chronische ziekten.

Als gevolg van vergrijzing en het verschuiven van de pensioengerechtigde leeftijd zal het aantal werknemers met een chronische ziekte of aandoening de komende jaren verder toenemen. In 2012 was 43,5% van het langdurig verzuim bij mannen het gevolg van klachten aan het bewegingsapparaat. Bij vrouwen zijn psychische aandoeningen met 38,3% de grootste veroorzaker van langdurig verzuim (12). Psychische aandoeningen (zoals depressie, burn-out en overspannenheid) en klachten aan het bewegingsapparaat zijn ook de meest voorkomende diagnoses bij instroom in een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Ook hart- en vaatziekten en kanker zijn hier belangrijk.

Niet alleen chronische ziekten en beperkingen zijn van invloed op de mate van arbeidsparticipatie, ook de beleving van de eigen gezondheid speelt een grote rol. Mensen die hun eigen gezondheid als matig of slecht ervaren zijn minder vaak aan het werk dan degene die hun eigen gezondheid positief waarderen.

Kwetsbaarheid: Een goede gezondheid bevordert participatie en een minder goede gezondheid vormt een drempel voor participatie. Het hebben van een chronische ziekte op zichzelf hangt niet sterk samenhangt met participatie. Chronisch zieken die zich gezond voelen, participeren nauwelijks minder dan mensen zonder chronische ziekte (12). Pas als een chronisch zieke zijn gezondheid als minder goed ervaart, of beperkingen of een verminderde mentale gezondheid heeft, is de participatie substantieel minder. Veel werknemers met een chronische ziekte of langdurige aandoening voelen zich hierdoor gehinderd in hun werk: 44% voelt zich licht en 8% ernstig gehinderd in hun werk (88). Behalve vermoeidheid, ervaren veel mensen met chronische ziekten of beperkingen, stress of spanning in hun werk. Andere veel voorkomende problemen zijn: concentratieproblemen, problemen met het

uitvoeren of afkrijgen van het werk en problemen met lezen of nauwkeurig kunnen werken (13). Dergelijke problemen, maar ook het verstek moeten laten gaan vanwege medische behandeling of therapie kunnen leiden tot ziekteverzuim. Er is weinig verschil in het percentage dat jaarlijks verzuimd en in het aantal keren dat wordt verzuimd tussen werknemers met een chronische ziekte of beperking en de algemene beroepsbevolking. Er is wel verschil in de verzuimduur: Het gemiddelde aantal verzuimdagen per jaar van chronisch zieken of gehandicapten die in 2010 aangaven de afgelopen 12 maanden verzuimd te hebben, was 31 dagen. Mensen uit de algemene werkzame bevolking die in 2008 verzuimden waren gemiddeld 14 dagen afwezig (13). Soms zijn werknemers door hun ziekte gedwongen minder of te stoppen met werken

Belang om inzetbaarheid te verduurzamen: Vanwege de voorspelde tekorten op de arbeidsmarkt en het hoge percentage werknemers met een chronische aandoening is het belangrijk om de inzetbaarheid van deze medewerkers te versterken. Prioriteit is het voorkomen van uitval, want het blijkt lastig om na uitval terug te keren in het arbeidsproces (13). Het is voor werkgevers van belang ook de werknemers met een chronische aandoening te behouden voor hun bedrijf. Voor de (meeste) werknemers met een chronische aandoening is het blijven werken van groot belang voor hun participatie, hun welbevinden en hun inkomen. Tijdens de 'Annual convention of the platform against poverty and social exclusion' van de EU in Brussel werd het ondersteunen van werknemers met al dan niet chronische gezondheidsproblemen om aan het werk te kunnen blijven 'the best way to prevent poverty' genoemd (90).

Ouderen

Omvang: De arbeidsparticipatie neemt sterk af met de leeftijd. In 2012 werkte van de 55- tot 60-jarigen 68%, van de 60- tot 65-jarigen 38%, van de 65- tot 70-jarigen 8% en van de 70- tot 75-jarigen 3% (15).

Kwetsbaarheid: Oudere werknemers die werkloos worden hebben een geringe kans om weer betaald werk te vinden. De kans dat een 55-jarige vanuit een WW-uitkering weer aan het werk komt in Nederland is 10%, voor een 60-plusser is de kans slechts 3% (91). Voortijdig vertrek uit betaalde baan leidt niet alleen tot hogere kans op financiële en sociale problemen, maar kan ook leiden tot grotere kans op gezondheidsproblemen (92). De gezondheid gaat weliswaar achteruit bij het ouder worden, maar dit heeft tot de pensioenleeftijd maar weinig invloed op hoe men fysiek en cognitief functioneert op het werk (93). Oudere werknemers zijn niet vaker ziek, maar hebben wel een vergroot risico op langdurige uitval ingeval van verzuim. Er is sprake van een bovengemiddelde instroom van oudere werknemers in regelingen voor arbeidsongeschiktheid (94). Opvallend is dat het aandeel ouderen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering stijgt. De afbouw van mogelijkheden om vervroegd uit het arbeidsproces te treden, heeft niet alleen geleid tot een stijging van de arbeidsparticipatie, maar mogelijk ook tot meer instroom van ouderen in een arbeidsongeschiktheidsuitkering (12).

Ruim 40% van de mensen ouder dan 50 jaar die voortijdig stopt met werken doet dat vanwege een minder goede gezondheid en een ongezonde leefstijl. Nog eens 16% van deze groep stopt voortijdig met werken vanwege slechte arbeidsomstandigheden (17). Deelname aan postinitiële opleidingen neemt af met de leeftijd. De trainingsdeelname door oudere werknemers is relatief laag

vergeleken met jongeren (18), maar het verschil lijkt in de afgelopen jaren te zijn afgenomen door een toename van de scholings-participatie onder 55+ers (19). Versobering van het Nederlandse pensioenstelsel, waardoor de prikkels tot langer doorwerken worden versterkt, heeft geresulteerd in een verhoogde scholingsdeelname van oudere werkenden, maar alleen voor zover deze werkzaam zijn bij grotere organisaties (95).

Belang om inzetbaarheid te verduurzamen: Werknemers moeten langer aan het werk blijven (verhoging pensioengerechtigde leeftijd). Omdat oudere werknemers bij het verlies van hun baan een geringe kans hebben weer aan het werk te komen, is het van groot belang er voor te zorgen dat oudere werknemers niet voortijdig uitvallen.

Laaggeschoolden

Omvang: Nederland kent bijna 3,5 miljoen laaggeschoolden, mensen met een opleidingsniveau lager dan MBO-2. Dit is een derde van de Nederlandse beroepsbevolking. Iets meer dan de helft van de laagopgeleiden behoort tot de werkzame beroepsbevolking (www.cbs.nl).

Kwetsbaarheid: Op vrijwel alle indicatoren van duurzame inzetbaarheid scoren laaggeschoolden ongunstiger dan middelbaar of hooggeschoolden. Dit hangt samen met kenmerken van het werk dat door deze groep verricht wordt: hoge fysieke belasting, verhoogde arbeidsonveiligheid, weinig regelmogelijkheden, weinig ontwikkelmogelijkheden, beroep met relatief lage werkzekerheid (conjunctuurgevoelig, functie/baan verdwijnt als gevolg van automatisering) in tijdelijke banen. Ook hangt de duurzame inzetbaarheid samen met de gezondheid van laag geschoolden: de kans is hoger dat deze groep minder gezond is en er is vaker sprake van een chronische aandoening en/of ziekte. Ten slotte hangen de mogelijkheden voor duurzame inzetbaarheid ook samen met prioriteiten van laag geschoolden zelf. Onderzoek laat zien dat deze groep minder investeert in de eigen ontwikkeling en scholing en dit in het algemeen ook als minder belangrijk ervaart. Door een lagere investering in 'menselijk kapitaal' lopen laaggeschoolden een verhoogd risico om van de arbeidsmarkt te worden verdrongen door middelbaar en hoger opgeleide werkenden die laaggekwalificeerd werk gaan doen en lopen ze een grotere kans hun waarde voor de arbeidsmarkt te verliezen door kwalificatieveroudering. Laagopgeleiden lopen een groter risico om werkloos te worden na baanverlies dan hoogopgeleiden en hebben, eenmaal werkloos, ook minder kans om weer aan de slag te gaan (21). Laaggeschoolden nemen minder deel aan postinitiële scholing dan hooggeschoolden en het verschil tussen beide groepen neemt toe. In Nederland is het verschil in de deelname aan scholing tussen laag- (47% in 2010) en hoogopgeleiden (65% in 2010) in de afgelopen decennia toegenomen (19, 73). Volgens Fouarge et al., (2013) ligt de achterblijvende deelname aan postinitiële scholing van laag opgeleide werknemers voornamelijk aan (economische voorkeuren en persoonlijkheidskenmerken van) lager opgeleide werknemers (7). Scholing leidt namelijk bij hen ook, zelfs meer, tot 'economic returns' in de vorm van hoger loon en werkzekerheid. Uit hun onderzoek komt ook dat het niet zo is dat de achterblijvende participatie aan formeel leren wordt gecompenseerd door meer informeel leren. Scholing door laagopgeleiden vergroot hun interne inzetbaarheid, maar niet hun inzetbaarheid op de externe arbeidsmarkt (52, 96).

Belang om inzetbaarheid te verduurzamen: Duurzame inzetbaarheid van laaggeschoolden is allereerst voor hen zelf van groot belang. Eenmaal werkloos is de kans op betaald werk gering. Uit de literatuur blijkt dat een laag opleidingsniveau (naast vroegpensioen) ook een belangrijke voorspeller is voor andere vormen van uitval uit het arbeidsproces (97, 98). De verhoogde vroegtijdige uitval uit werk bij laagopgeleiden kan tot een toename in sociaaleconomische verschillen leiden, en gezien de belangrijke rol van werk voor gezondheid, ook tot een toename in gezondheidsverschillen. Om (potentiële) sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen, is het van belang de aandacht specifiek te richten op werknemers met een laag opleidingsniveau. Aangezien een lage sociaaleconomische status ook gerelateerd is aan een ongezonde leefstijl en ongunstige arbeidsomstandigheden (99-101), dienen interventies gericht op gezondheid en duurzame inzetbaarheid juist ook op deze groep werknemers te worden afgestemd. Voor individuele bedrijven is het van belang hun werknemers voor de organisatie te behouden. Daarnaast is het van belang te voorkomen dat er in laaggeschoold werk schaarste ontstaat. Europese prognoses laten namelijk zien dat er in de komende decennia weliswaar minder laaggeschoold werk komt, maar dat er altijd veel vraag zal blijven naar arbeid in de laagste elementaire beroepen.

Zzp'ers

Omvang: Naar schatting werken in Nederland meer dan 750.000 mensen als zelfstandige zonder personeel. Het aantal mensen dat als ZZP'er begint, stijgt de laatste tijd fors. In de eerste drie kwartalen van 2011 waren het er 15 procent meer dan in dezelfde periode in 2010. Vooral in sommige sectoren, waaronder de bouw is het aantal zzp'ers sterk toegenomen. Ook veel ouderen zijn zzp-er geworden (vooral in zakelijke dienstverlening) omdat ze moeilijk werk konden vinden. Tussen 2001 en 2011 is het aantal flexwerkers gestegen van 13 naar 18 procent van de beroepsbevolking. Daarmee heeft bijna één op de vijf werknemers een flexibele arbeidsrelatie. Volgens het CBS is vooral het aantal jongeren met een flexbaan sterk toegenomen. In 2001 had 35 procent van de 15- tot 25-jarige werknemers een flexibele arbeidsrelatie. In 2011 was dat opgelopen tot 52 procent. Ook in de categorie tussen de 25 en 35 jaar groeide het aandeel flexwerkers.

Kwetsbaarheid: Zzp'ers zijn ondernemers en dus verantwoordelijk voor hun eigen verzekeringen, premies, pensioen en scholing. Daarnaast hebben zij geen vast inkomen en zijn zij niet verzekerd van werk. Vooral zzp'ers die werken in laagbetaalde functies zijn kwetsbaar. Zij moeten lange dagen maken om een redelijk inkomen te verdienen. Onder deze groep vallen ook veel Oost-Europese werknemers. Vooral degenen die niet vrijwillig zzp'er zijn geworden, maar bijvoorbeeld na het verstrijken van hun ww-periode de arbeidsmarkt op moeten om inkomen te genereren, zijn kwetsbaar. Deze groep werkt vaak veel uren, zijn veelal onverzekerd tegen verzuim/uitval, nemen geen verlof en zullen niet investeren in scholing. Belangenbehartiging voor de positie van zzp'ers (in ieder geval in de bouw) ontbreekt. In een overzichtsrapport van TNO (2012) komt naar voren dat flexwerkers slechter af zijn op verschillende aspecten vergeleken met werknemers met een vaste aanstelling. Flexwerkers hebben bijvoorbeeld vaker fysiek zwaar werk, minder autonomie en ontwikkelingsmogelijkheden. Uit een review naar tijdelijk werk en gezondheid komt naar voren dat werknemers met een tijdelijk contract meer psychologische klachten hebben dan werknemers met een vast contract. Sommige onderzoeken noemen ook een hoger risico op arbeidsongevallen, maar een lager ziekteverzuim (102). Werknemers met een

flexibel contract nemen minder deel aan postinitiële scholing dan werknemers met een vast contract. In Nederland is sprake van 12% verschil in deelname aan door de werkgever betaalde training tussen werknemers met een vaste aanstelling en werknemers met een flexibel contract (103). Flexibele werknemers participeren vaker in door hen zelf bekostigde scholing dan werknemers met vaste contracten, maar dit is niet genoeg om hun achterstand in deelname aan door de werkgever betaalde scholing te compenseren (23).

Belang om inzetbaarheid te verduurzamen: Er is sprake van flexibilisering van de arbeidsmarkt met groeiend aantal flexwerkers tot gevolg. Werkgevers doen in toenemende mate een beroep op flexwerkers.

Mantelzorgers

Omvang: Er zijn ongeveer 3,5 miljoen Nederlanders van 18 jaar en ouder die mantelzorg verlenen (1 op de 4 volwassenen) (24). In totaal geeft 20% van de volwassen bevolking meer dan acht uur per week en/of langer dan drie maanden hulp. Van de mantelzorgers tussen de 18 en 65 jaar heeft 71% naast de zorgtaken ook betaald werk. In Nederland combineert 1 op de 8 werknemers werk met het verlenen van mantelzorg (12). Dit zijn 750.000 Nederlanders. Gemiddeld besteden zij 17 uur per week aan mantelzorgtaken. Vrouwen (61%) verrichten vaker mantelzorgtaken dan mannen. Sectoren waarin veel vrouwen werken, zoals de zorg of het onderwijs, en sectoren met relatief veel oudere werknemers, zoals de overheid of de zorg, krijgen vaker met mantelzorg te maken dan sectoren waarin meer mannen en/of jongeren werken, zoals reclamebureaus of ICT-bedrijven (12).

Kwetsbaarheid: Ook het geven van informele zorg (mantelzorg) kan leiden tot ongunstige effecten op de gezondheid. Eén op de vijf mantelzorgers vindt dat zijn gezondheid achteruit is gegaan door de mantelzorg. Dit zijn vooral de mantelzorgers die intensieve of complexe zorg bieden of die zorgen voor iemand met gedragsproblemen (12). Bijna de helft van de mantelzorg verlenende werkenden voelt zich overbelast en ervaart problemen met de combinatie van werk en zorgtaken (24). 45% van de werkende mantelzorgers maakt mantelzorg niet bespreekbaar op het werk. In 2007 zijn tussen de 50.000 en 100.000 werkende mantelzorgers minder gaan werken of definitief gestopt met werken. Door de vergrijzing en bezuinigingen in de zorg zal de druk op mantelzorgers verder toenemen, terwijl zowel mannen als vrouwen meer en langer zullen moeten gaan werken.

Belang om inzetbaarheid te verduurzamen: Het is voor bedrijven belangrijk om werknemers met mantelzorgtaken te ondersteunen bij het bewaken van de balans tussen werk en zorg, en hen in goede gezondheid te behouden voor de organisatie. Voor branches/sectoren met veel mantelzorgers, zoals zorg en overheid, is dit belang nog groter. Daarnaast is er ook een maatschappelijk belang om te zorgen dat deze kwetsbare groep gezond blijft. Uitval van (een deel van) deze groep leidt, gezien de toenemende vraag, tot een tekort aan mantelzorgers. De regering beoogt juist het aantal mantelzorgers te vergroten, vanuit de gedachte van 'eigen verantwoordelijkheid' en 'burgerkracht'.

Bijlage 10: Verslag gespreksronde wetenschappelijke experts

Namen gesproken experts

Prof. dr. T. van Vuuren: Bijzonder hoogleraar Vitaliteitsmanagement verbonden aan de Open Universiteit Nederland, werkzaam als Senior Consultant bij Loyalis.

Prof dr. C. Hulshof: Bedrijfsarts, bijzonder hoogleraar arbeids- en bedrijfsgeneeskunde AMC

Prof dr. Fouarge: Arbeidseconoom ROA (Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt) in Maastricht.

Prof dr. L. Burdoff: hoogleraar Erasmus Universiteit Rotterdam

Dr. T. Raaijmakers: Stichting werk en gezondheid

Het onderstaande verslag van de gespreksronde met wetenschappelijke experts is een weergave van de belangrijkste punten die in deze gesprekken genoemd zijn. In de tekst is geprobeerd zo veel mogelijk aan te sluiten bij de manier waarop de verschillende punten in de gesprekken naar voren zijn gekomen.

Algemene opmerkingen ten aanzien van het duurzame inzetbaarheidsbeleid/vitaliteitspakket

Richt je meer op mogelijkheden. Niet (enkel) curatie bij zieke werknemers en preventie bij risicogroepen, maar het gaat om de transitie naar het bevorderen van de gezondheid van alle werknemers. Dus niet richten op de 5% zieke werknemers, maar op alle werknemers.

Werknemers hebben ook een eigen verantwoordelijkheid: investeer in jezelf, wees zuinig op je hulpbronnen, zorg ervoor dat je employabel bent en blijft.

Er is vooral een relatie tussen gezondheid richting employability: hoe beter je gezondheid, hoe groter je employability. Gezondheid is een voorwaarde voor (lang) werken en veel minder een effect van werken.

Ontslagdreiging (of juist baangarantie) is een relevante factor voor de gezondheid van werknemers, maar hoe werknemers ontslagdreiging ervaren schijnt sterk te verschillen. Hangt vooral samen met functie en duur van dienstverband: werknemers met vaste aanstelling met een langdurig dienstverband ervaren ontslagdreiging het sterkst negatief. Belangrijk om onderscheid te maken tussen subjectieve en objectieve dreiging.

Opmerkingen ten aanzien van maatregelen op terrein van scholing

Scholing en training on the job zijn conceptueel lastig te onderscheiden. In literatuur wordt niet altijd even systematisch omgegaan met het verwerken van deze begrippen. Formele scholing kan wel meer beleidsaandacht krijgen bij duurzame inzetbaarheid, dit is vooral bij lagere groepen van belang. Scholing heeft effecten op: 1. Interne mobiliteit (baanwisseling binnen eigen bedrijf,

hogerop raken), en 2. externe mobiliteit (door training worden kansen op een baan bij een oudere werknemer vergroot). Wanneer laagopgeleiden scholing krijgen bevordert het de interne mobiliteit, maar niet perse de externe mobiliteit.

Maatregelen gaan vaak om formele scholing/training. Meeste 'scholing' vindt in de praktijk echter plaats tijdens/op het werk. Benadruk het belang van informele scholing zoals taakrotatie, coaching en dergelijke.

Mobiliteit is niet enkel een effect van scholing, maar is ook een factor die hier tamelijk los van kan staan.

Scholingsbereidheid of veranderingsbereidheid in het algemeen, is een belangrijke factor die de duurzame inzetbaarheid bevordert. Bij oudere werknemers is het van belang om eerst de motivatie voor scholing te verhogen. Bij scholingsbereidheid spelen o.a. factoren als niet willen, weten, kunnen en durven.

De sector speelt ook een belangrijke rol (sectorafhankelijk). Mensen in kleinere bedrijven hebben veel minder kans om aan scholing deel te nemen. Dus bijvoorbeeld in MKB is er minder aandacht voor scholing. Dat wordt door ook door SZW erkend en daarom stimuleren leercultuur MKB. Dwars door sectoren heen is het goed om naar scholing en inzetbaarheid bekijken, waarbij goed onderscheid te maken is tussen macro, sectorale en individuele niveau. Bedrijfskenmerken spelen zeker een rol. Scholing is niet voor iedereen van even groot belang. Gaat om de leerwaarde van de functie van iemand.

Opmerkingen mbt maatregelen op terrein gezond bedrijf

Er zijn 'harde verbanden' tussen werkvermogen en zorgconsumptie (beter werkvermogen minder zorgconsumptie). De vraag is wel hoe deze relatie loopt: wordt werkvermogen negatief beïnvloed door de fysieke belasting of psychische belasting? In onderzoek wordt in dit kader veel aandacht besteed aan 'regelmogelijkheden' als belangrijke determinant/factor. Het is niet per se zo dat regelmogelijkheden samenhangen met de positie in het bedrijf. Bij alle groepen is autonomie en 'Job demand' heel belangrijk.

Het is belangrijk niet alleen te focussen op mensen die gezond in het leven staan, maar juist ook beleid specifiek richten op chronische zieken. Daar is veel winst te behalen.

Investeren in leefstijl zeker van belang, maar naast gerichtheid op bewegen en overgewicht zijn, ook, of van groter belang, roken, alcohol en slaap/rust. Benadrukken dat werknemers ook een verantwoordelijkheid hebben om zich in te zetten om hun werk goed te kunnen blijven doen.

Werknemers blijken het ook belangrijk te vinden dat aan gezondheid wordt gedacht door de werkgever en daarover met werknemers in gesprek gaan. Het is immers belangrijk dat ze op een goede manier hun werk kunnen doen en zich kunnen ontplooiën. Veel evidence loopt via gezondheid en leefstijl. In een review met een meta analyse is gekeken naar de invloed van bewegen op mensen met obesitas en arbeidsparticipatie. Obesitas en arbeidsongeschikt komen er ongunstig uit. Of leefstijl interventies ook effectief is om verzuim terug te

dringen of arbeidsparticipatie te stimuleren is niet zo bekend. Dat zou je moeten modelleren, maar daarvoor is het nodig duizenden mensen in je data hebben.

Vooraf grote bedrijven doen al wel wat aan gezondheidsbevordering, maar blijft vaak erg vrijblijvend voor werknemers om deel te nemen. Lastig blijft hoe je de werknemers bereikt die het meeste baat kunnen hebben bij de interventies, de laagopgeleide werknemers. Stigmatisering als neveneffect valt waarschijnlijk wel mee omdat werkgevers over het algemeen terughoudend zijn in bemoeienis met leefstijl van hun werknemers.

Een belangrijke uitkomstmaat voor gezondheid is vooral de psychische kant. Daar is de meeste winst te behalen of zit juist de meeste risico's. Ten aanzien van voorkomen van psychische overbelasting, zijn veel initiatieven die vooral gericht zijn op hoger opgeleide werknemers. Problemen met onvoldoende autonomie en regelmogelijkheden bijvoorbeeld spelen niet/veel minder bij lager opgeleide werknemers toont onderzoek. Stress is een belangrijke reden voor arbeidsuitval of ziekteverzuim en daarmee ook van invloed op gezondheid.

In onderzoek (zorg aan zet) blijkt bevoegenheid van belang voor vitaliteit. Bevoegenheid is onafhankelijk van arbeidsomstandigheden of opleiding. Mensen die meer bevoegen zijn hebben minder verzuim. Er zijn echter weinig interventies op bevoegenheid. Het is een persoonskenmerk en de vraag is of dit is te beïnvloeden. Dat geldt ook voor motivatie. Met motivatie valt nog wel iets te doen door training. Immers training kan zorgen voor ander taken, meer plezier, en werk. Bevoegenheid is nog meer persoonskenmerk. Voor duurzame inzetbaarheid is dit een belangrijke term, ook gekoppeld aan vitaliteit.

Kwetsbare groepen werknemers

Zzp'ers en flexwerkers

De flexibilisering in de arbeidsmarkt is wel een issue. Vooral participatie in scholing van flexwerkers en zzp'ers. Flexwerkers zijn tijdelijk in bedrijf en er wordt niet geïnvesteerd in tijdelijke flexwerkers (ze zijn ook blootgesteld aan meer stress). Er is een grote kloof in trainingsparticipatie tussen wel en geen flexwerkers. Flexwerkers proberen dit gat te dichten door zelf te investeren in hun scholing (bijvoorbeeld cursus volgen in eigen tijd). Ook al investeren de flexwerkers zelf hierin de kloof blijft nog steeds groot. Dat geldt ook voor zzp'ers. Flexwerkers en zzp'ers hebben vaak te maken met zelfde problematiek. Het verschil is wel dat een zzp'er eigen baas is en niet aan de baas hoeft te vragen om scholing te betalen. Zzp'ers zijn een dynamische groep. De in- en uitstroom van zzp'ers is vaak ook niet bekend.

Zzp'ers zijn ook een kwetsbare groep vanwege ontbreken hulpbronnen zoals ziektekostenverzekering, bedrijfsarts en aanwezigheid van laag uurloon en dus lange dagen moeten maken, schulden, vaak nog een baan er naast voor basisinkomen etc. Er is een onderscheid gemaakt in factoren die bij de werkgever of werknemer liggen Er moet op dit gebied meer beschikbaar komen voor werkenden ipv werknemer.

Er is evidence dat de groep zzp'ers kwetsbaar is. Zij hebben een minder goede gezondheid, maar aan de andere kant kan het werken als zzp'er ook een overlevingsstrategie zijn die ook positief kan werken. zzp'ers zijn daarom niet perse te interpreteren als groep met negatieve consequenties. Het kan zijn dat

bijvoorbeeld mensen die met een chronische ziekte wel heel graag willen blijven werken en dit op hun manier kunnen doen doordat zij zzp 'er zijn. Ook zzp'ers die zware productie in de bouw hebben geleverd kunnen als zzp-er nu hun eigen tempo bepalen. Ze geven ook aan dat er veel contacten met klanten is en dat dat eigenlijk precies is wat ze zoeken. Er zijn ook positieve effecten, dus beide effecten goed in beeld houden. Kortom zzp'ers zijn een kwetsbare groep, dat valt niet te ontkennen, maar nuancering is noodzakelijk.

Veel werknemers met dubbele baan, parallelle loopbanen, zijn kwetsbaar, maar het gaat om de individuele situatie. Hangt af van soort baan, hulpbronnen, is er voldoende energie om taken uit te voeren etc. of je kwetsbaar bent.

Man/vrouwverschillen

Mannen doen minder aan scholing dan vrouwen (post initiële scholing). Er zijn dus genderverschillen. Een verklaring is dat vrouwen meer dan mannen te maken hebben met onderbrekingen en dat gat in hun carrière willen corrigeren door scholing. Ze missen ervaringsjaren en om terug te komen op het oude kennisniveau volgen ze scholing. Gender is geen issue binnen scholing. Geslacht speelt m.b.t. sommige aspecten een rol. Zo is het ziekteverzuim onder vrouwen dubbel zo hoog als onder mannen en ook hebben vrouwen minder ontwikkelkansen gerelateerd aan hun kleine(re) banen: werkgever is minder bereid te investeren in scholing bij parttimers. Maar dit hangt vooral af van de plekken waar ze werken. Bovendien zijn vrouwen op sommige plekken meer vertegenwoordigd.

Voor allerlei aandoeningen zijn er verschillen in klachtenpatroon. Bij vrouwen komen ook zwangerschap gerelateerde aandoeningen voor. Vrouwen hebben dus aandachtspunten, maar vormen geen directe risicogroep.

Het arbeidspatroon van de gemiddeld hoger opgeleiden vrouwen is gelijk aan dat van mannen. Echter lager opgeleide vrouwen werken 6-7 jaar korter dan lager opgeleiden mannen. Dat komt door lagere salarisklassen, minder extra geld, vooral extra kosten voor kinderopvang. Er zijn financiële barrières om in de arbeidsmarkt duurzaam actief te zijn. Bijvoorbeeld bij een scheiding vallen vrouwen vaak in een uitkering. Het is dus vooral een kosten baten verhaal en minder te maken met gezondheid (in relatie tot duurzame inzetbaarheid). Dus verlies aan arbeidsverwachting heeft niet te maken met gezondheid, maar het werken loont nauwelijks de moeite (financieel). Dit beeld komt zelfs al bij hoger opgeleiden ook al naar voren. Gender speelt wel een belangrijke rol.

Zware beroepen

Een andere risicogroep zijn de mensen in echt zware beroepen. Zo zijn bijvoorbeeld veel steigerbouwers zijn voor hun zestigste uit het arbeidsproces. Er zou veel eerder met bij en nascholing begonnen moeten worden om deze mensen naar ander werk te leiden. Daar moet via intersectorale mobiliteit echt wat aan gebeuren. Het omscholen naar andere sectoren moet op tijd mee worden begonnen. Dat moet echt gebeuren. Ook deze maatregelen moeten additioneel nadrukkelijker in het beleid terugkomen. Een voorbeeld een steigerbouwer met 15-20 jaar ervaring stroomt niet zomaar uit naar opzichter of beveiligger. Dat heeft ook een financiële reden. Als steigerbouwer verdien je goed en ze gaan hun baan zekerheid niet zomaar opgeven. Om hun geld te behouden

gaan ze liever in de ziektewet of laten ze zich afkeuren. Het is dan van belang om met interessante fiscale regelingen te komen.

Ouderen

Verder maakt het nog uit of je jong of oud bent. Het is lastig mensen lang betrokken te houden, ouderen lopen dan ook risico's. Zij krijgen vaak minder cursussen aangeboden en hebben daar ook minder interesse in. Bedrijven zien het rendement niet meer zo terug bij deze oudere groep. Inmiddels is de pensioenleeftijd opgelopen tot 63,8 jaar. Dat betekent een grote verschuiving ten opzichte van 6 jaar geleden. Het is dus van belang ouderen gemotiveerd te houden om ze in het arbeidsproces vast te houden.

Een aantal rapporten laten zien dat scholing afhankelijk is van de leeftijd. Uit NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden) blijkt dat na 40-45 jaar, vooral bij lager opgeleiden, scholing afneemt.

Leeftijd an sich is geen risicofactor. Opleidingsniveau is van groter belang dan leeftijd. Wel werken allerlei veel toegepaste ontsiemaatregelen voor oudere werknemers stigmatiserend. Er bestaat een minder positief beeld over oudere werknemers.

In de huidige economische crisis waar veel bedrijven moeten zien te overleven lopen de huidige oudere werknemers wel groot risico als eerste ontslagen te worden. De kans dat werkloze oudere werknemers een nieuwe baan kunnen vinden is gering. Als inderdaad ww wordt afgebouwd, ontslagvergoeding daalt en ouderen massaal op straat komen heeft dit grote negatieve gevolgen voor deze groep met zeker ook risico's voor hun gezondheid.

Duurzame inzetbaarheidsbeleid zal onder ouderen minder vruchten afwerpen. Dat heeft ermee te maken dat een aanzienlijk deel van de mensen niet eens het 'normale' pensioen haalt. Een eerste stap zou zijn om dit gat te dichten. Bedrijven worstelen hiermee om dit op een goede manier vorm te geven. Beleid lijkt soms dus tegenstrijdig; je wilt mensen binden terwijl huidige conjunctuur ervoor zorgt dat mensen juist eerder uitstromen of hun werk kwijt raken.

Er is een HIA uitgevoerd onder 50+, waaruit blijkt dat als je op die leeftijd uit het arbeidsproces bent geraakt de kans dat je er weer in komt heel laag is. Het gaat om een dertigvoudig verschil (50+ en 30-), ondanks de ervaring van ouderen. Oudere werknemers worden vooral gezien als duur en minder productief. Het is een risico als je een ouder iemand aanneemt en die persoon gaat verzuimen. Dan ben je als werkgever de 'klos'. In Denemarken is hiervoor een radicale oplossing: werkgevers mogen werknemer met ziekte na 4-6 weken ontslaan (flexibility model). Er is geen evidence of het beter werkt.

De ouderen zijn als risico groep wel heel belangrijk. Uit de cijfers van CBS blijkt dat het ook om een hele grote groep gaat. Het beleid verwacht wel dat ze langer aan het werk blijven, maar het risico wordt alleen maar groter. De maatregelen in het vitaliteitspakket gaan naar verwachting dan ook niet direct voor ouderen werken. De conclusie is dat het voor duurzame inzetbaarheid aanvullende maatregelen nodig zijn voor deze groep, omdat het huidige pakket aan maatregelen voor de groep ouderen niet goed opgaat. Door de maatregelen komen ze alleen nog maar meer in de knel. Het is niet duidelijk of het flexibility model in Denemarken de oplossing is, maar het is wel een andere oriëntatie. De

samenleving heeft als plicht om mensen te ondersteunen weer ergens anders aan het werk te komen.

Chronisch zieken

Het investeren van bedrijven in scholing van chronisch zieken heeft een onzekere uitkomst. Als ik cursus aanbied is onzeker of pay- off wel voldoende is. Dat geldt ook voor chronisch zieken als ze zelf moet investeren (in hun eigen scholing). Het is dus de vraag hoe je scholing aan deze groep moet aanbieden. Een mogelijkheid is scholing op afstand (internet) aan te bieden, dat kan voor deze groep een oplossing zijn.

De risicogroepen zijn werkenden met chronische ziekte of aandoeningen. Deze groep is veel kwetsbaarder voor uitval en heeft meer begeleiding en aandacht nodig.

Meer dan een derde van de mensen heeft een of meer chronische ziekten of aandoeningen. Dit zal de komende jaren alleen maar toenemen. Aan het werk blijven is een gezonde activiteit. Dat betekent wel dat deze groep speciale aandacht nodig heeft, zowel op psychisch (depressie) als fysiek gebied. Er komt ook steeds meer aandacht voor preventie voor depressie. In England is het beleid dat als iemand meer dan 4-6 weken heeft verzuimd ook gekeken wordt of deze persoon ook niet depressief is en of deze co morbiditeit het herstel belemmerd. Ook voor andere chronische lichamelijke aandoeningen geldt dit.

Mantelzorgers

Mantelzorgers zijn wel kwetsbaar in relatie met werk. Daar is nog wel een wereld te winnen. Door langer te blijven werken wordt groep straks ook groter.

Laaggeschoolden

De algemene maatregelen zijn ook van toepassing voor de laagopgeleiden, maar mogelijk niet altijd effectief. Bij veel laagopgeleiden speelt de angst om opnieuw examens te doen een grote rol. Het weerhoudt hen ervan om scholing te doen. Indien ze wel scholing doen dan zijn de effecten tussen laag en hoogopgeleiden even groot. De vraag is dus hoe krijg je laagopgeleiden in scholing, hoe haal je angst weg bij deze groep, en hoe kun je goed laten zien dat het echt kan bijdragen aan betere positie op de arbeidsmarkt. Een andere belangrijke factor is bijvoorbeeld het doen van scholing omdat je dan meer loon krijgt.

Langer doorwerken ligt voor lager opgeleiden ook anders dan voor hoger opgeleiden. Dat ligt voor de hand en blijkt uit de beschikbare cijfers. De vraag is of mensen wel langer door willen werken. Het is wel een trend die toeneemt. Het blijkt wel dat mensen met lage SES minder lang willen doorwerken dan mensen met hoge SES. Dit heeft te maken met banen die beschikbaar zijn of mogelijkheden tot door te ontwikkelen. Voor mensen met een hogere opleiding is dit makkelijker, nog even los van de fysieke belasting dat samenhangt met de beroepen waarin mensen met lage SES vaak werken. Het vraagt meer creativiteit om eventueel om te scholen voor deze groepen en wat zijn haalbare doelen daarbij.

Conclusie:

De belangrijkste kwetsbare groepen zijn: laagopgeleiden, zware beroepen?, chronisch zieken, mantelzorgers, ouderen en zzp'ers/ flexwerkers. Potentiële winst is voornamelijk te behalen bij de groep chronisch zieken, ook vanuit curatieve sectoren (er is immers een relatie met minderzorgconsumptie vastgesteld, zie vermeld punt hierboven).

Belangrijk aanpalend beleid

De flexibilisering van de arbeidsmarkt is wel een risico factor voor duurzame inzetbaarheid. Voor belangrijk deel gaat het om weerbare economie en arbeidsmarkt. Daar kan de individuele werkgever niet zoveel aan veranderen, bijvoorbeeld verkorten van de duur van de WW. De werknemer heeft wel recht op bepaalde bescherming, maar het feit dat je zo beschermd bent remt bedrijven juist ook weer om te investeren.

Kinderopvangregeling die steeds magerder wordt zal vooral vrouwen met parttime banen de arbeidsmarkt af drukken.

Ook aanpassingen in ww-beleid en versoepeling ontslagrecht spelen een negatieve rol bij duurzame inzetbaarheid van met name kwetsbare ouderen.

Aangrijpingspunten

Op niveau van scholing

Scholing moet bij laagopgeleide (ouderen) laagdrempelig worden gehouden, en dus niet te formeel of iets waar per se een papertje gehaald moet worden. Bij ouderen is het belangrijk vooral scholingsmaatregelen in te zetten die op korte termijn rendement kunnen opleveren. Bij ouderen speelt ook de link met vitaliteit. Ouderen hebben vaak veel ervaring in het uitvoeren van de taken. Ouderen kunnen daarom als coach jongeren of laaggeschoolde werknemers meenemen in het proces. Het gaat om de informele overdracht van kennis en vaardigheden en niet per se in de vorm van een cursus (nadruk op informeel leren). Het belang van informeel leren moet niet worden onderschat, want er wordt heel veel informeel geleerd (verhouding wordt geschat op 5% tot 95%).

Het informeel leren kun je stimuleren op het werk en er zijn vaak relatief weinig kosten aan verbonden (zoals bijvoorbeeld bij een leertraject in het bedrijf). In de beleidsnota over duurzame inzetbaarheid wordt het stimuleren van scholing genoemd, maar wil je ook dat dit beleid kwetsbare groepen bereikt dan goed nadenken hoe dit vorm te geven in bedrijven. Dus nagaan welke vorm van scholing geschikt is voor deze groepen.

Om de arbeidsparticipatie van laagopgeleide vrouwen te verhogen is het van belang om niet alleen te kijken naar scholing tijdens het werk, maar juist ook daarvoor. Dan gaat het om aandacht voor duurzame inzetbaarheid op het ROC en VMBO en maatregelen gericht op het terugdringen van schoolverlaten. Dit is van belang omdat de arbeidsparticipatie van met name lager opgeleiden vrouwen sterk uiteen loopt. Daarnaast is er ook in de metaal sector behoefte aan personeel met een geschikte opleiding. Daarom is het wenselijk dat de LTS weer terugkomt, aangezien er nu mensen uit het buitenland gehaald worden. Bij scholing gaat het erom niet te investeren als je werkloos wordt, maar voordat je werkloos wordt. Dat geldt voor alle opleidingsniveaus

(democratisering van de kans op de werkloosheid). De noodzaak van scholing moet goed duidelijk gemaakt worden. Als je ineens op straat staat en je niet kunt aantonen dat je cursussen hebt gevolgd dan geef je meteen de verkeerde signalen af aan een potentiële nieuwe werkgever. De kans op werkloosheid is er, wil je je kans op duurzame inzetbaarheid op de arbeidsmarkt vergroten, dan ben je afhankelijk van verkooppotentieel.

Demotie zou een oplossing kunnen zijn om de duurzame inzetbaarheid van mensen te vergroten. Het is wel van belang om alert te zijn dat dit niet de vorm krijgt van puur loonsverlaging.

Op niveau van Gezond Bedrijf

Leefstijlinterventies zouden samen met werknemers opgezet moeten worden, omdat het opzetten en uitvoeren hiervan soms een delicaat proces is. Waar houdt leefstijl op en waar begint persoonlijke levenssfeer? Een aanpak gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl mag ook niet in de plaats komen van bijvoorbeeld arbobeleid om risico's in toom te houden. Vaak is er nu geen aandacht voor bijvoorbeeld lawaai op de werkvloer, omdat interventies gericht op dit soort arbo-gerelateerde onderwerpen als ingewikkeld wordt ervaren. Interventies gericht op gezond gedrag lijken dan makkelijker in te voeren. Het gaat dan vooral om het verschuiven van de verantwoordelijkheid, we doen al het een en ander op gedrag dus is het niet nodig ook op de omgeving in te zetten.

De relatie tussen arbeid en gezondheid is tweërlei. Bovendien kunnen beide concepten elkaar zowel positief als negatief beïnvloeden. Beide concepten bepalen de duurzame inzetbaarheid van mensen. Op beide concepten inzetten is van belang en dient complementair te zijn.

Bijlage 11: Verslag gespreksronde stakeholders

Namen stakeholders:

CG-Raad: Quirijn van Woerdekom

Mezzo, Landelijke Vereniging Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg: Sandrina Sangers

Stichting Welder: Kerst Zwart

Gezond Transport: Niels Mooij

PCOB: Hans van Ronkel

Werkgroep Duurzame Inzetbaarheid Bouw: mevr. Remkes (aannemers federatie), dhr. Warning (Arbouw), mevr. Weidema (CNV), dhr. Tierolf (Bouwend Nederland) en dhr. V.d. Burg (FNV-Bouw)

Het onderstaande verslag van de gespreksronde met stakeholders is een weergave van de belangrijkste punten die in deze gesprekken genoemd zijn. In de tekst is geprobeerd zo veel mogelijk aan te sluiten bij de manier waarop de verschillende punten in de gesprekken naar voren zijn gekomen.

Algemene noties duurzame inzetbaarheidsbeleid in het bijzonder Vitaliteitspakket

In het duurzame inzetbaarheidsbeleid:

- staat het individu zelf niet centraal. Dat zou wel moeten.
- moet rekening worden gehouden met kwetsbare groepen, maar dat komt nu niet voldoende terug in het beleid.
- komt de activeringsvraag onvoldoende aan bod. De overheid denkt niet goed na over wat activering betekent en of alle actoren wel genoeg handvatten om dit uit te voeren. Eerst een visie ontwikkelen over op wat activeren betekent is daarom nodig. Het duurzaam inzetbaarheidsbeleid geeft nieuwe perverse prikkels. Bijvoorbeeld dat iemand gaat wachten op wat het aanbod van scholing is, of het fitness aanbod. Hiervan maken dan misschien alleen weer mensen gebruik die dat toch niet zo nodig hebben. Het haakt niet of weinig aan op de motivatie van mensen. Het is bijna altijd aanbod gestuurd.
- staat arbokant centraal. De werk-privé balans wordt gemist in dit beleid.
- is het van belang ook aandacht te hebben voor de mindset van werkgevers. Zo zijn er in de bouwsector initiatieven die hierop gericht zijn. Via cursussen en/of opleiding kan je werkgevers leren dat ze moeten/kunnen inzetten op functieverbreiding. Hierdoor hoeven metselende werknemers zich niet om te scholen tot timmerman, maar kunnen ze ander metselwerk gaan verrichten. Niet alleen normale muren in nieuwbouw, maar bv ook in renovatie, of gevels. Hierdoor kunnen werkenden weer nieuwe uitdagingen krijgen, wat hun werkplezier kan vergroten en daarmee hun duurzame inzetbaarheid.

Het is belangrijk dat het thema duurzame inzetbaarheid geen speeltje van de afdeling P&O blijft. Het gaat er uiteindelijk om het van de tafel van de afdeling P&O naar de tafel van het managementteam te krijgen. Bij de afdeling P&O is het van belang in hoeverre duurzame inzetbaarheid bijvoorbeeld scheelt in het ziekteverzuim, bij het managementteam gaat het veel meer over het concurrentie voordeel van investeren in duurzame inzetbaarheid. Dit laatste is moeilijk inzichtelijk te maken, terwijl de uiteindelijke beslissingen wel op managementniveau plaatsvinden.

De overheid zou kunnen overwegen of bepaalde maatregelen financieel aantrekkelijker zijn te maken. De maatregelen zijn nu heel algemeen faciliterend geformuleerd.

Het belang van scholing wordt onderkend. Als belangrijke randvoorwaarde voor intersectorale scholing wordt genoemd dat de schotten tussen de verschillende O&O-fondsen weg moeten.

Een belangrijk aspect bij het Actieplan Gezond Bedrijf is changemanagement ofwel hoe vertaal je bewustwording in daadwerkelijke actie. Hier komt steeds meer aandacht voor. Hoe krijg je het onderwerp duurzame inzetbaarheid op de agenda? Dat is belangrijker dan in te zetten op de inhoudelijke mogelijkheden. Er zijn voldoende tools aanwezig om aan gezondheid te werken, daar hoeven geen nieuwe dingen op ontwikkeld te worden.

Het blijkt dat door de economische crisis (een deel van de) werkenden zich niet meer (durven) ziekmelden. In de bouwsector komt dit vooral voor bij UTA's (uitvoerenden zoals opzichters) en bij werkenden in kleine (familie) bedrijven, waar iedereen elkaar kent en loyaliteit betekent dat werkenden gepland verlof opgeven als baas ze vraagt. Er wordt dan ook structureel overgewerkt in deze sector.

Opmerkingen over huidige aandacht voor duurzame inzetbaarheid in bedrijven en hoe dit te stimuleren

Niveau werknemer

De grootste uitdaging is om werknemers te stimuleren om zelf actie te ondernemen op het gebied van gezondheid. Het is belangrijk dat een werknemer zich afvraagt of hij of zij met de huidige leefstijl tot de pensioenleeftijd geld kan blijven verdienen. Een goede invalshoek kan zijn om bij financiële aspecten van duurzame inzetbaarheid stil te staan, omdat werknemers daar mogelijk gevoeliger voor zijn dan voor gezondheidsaspecten. Het is dus wellicht beter om financiële planners in te schakelen dan health coaches. Het bewustzijn van mogelijke financiële consequenties van voortijdige uitval uit het arbeidsproces kan bijdragen aan de motivatie om aan gezondheid te werken.

Niveau werkgevers

Er is schroom om de ongezonde leefstijl van iemand bespreekbaar te maken. Leefstijl vindt men vaak een onderwerp voor de privésfeer. Geen bemoeienis met leefstijl kan ook voortkomen uit angst van de werkgever voor aansprakelijkheid. Stel dat een werkgever het vermoeden van een alcoholprobleem bij een werknemer aankaart, dan kan dit bij een eventueel arbeidsconflict de werkgever worden nagedragen. Bij een juridische kwestie kan

worden aangevoerd dat een werkgever de werknemer het werk onmogelijk maakt, vanwege het etiket alcoholist dat de werkgever de werknemer heeft gegeven. In familiebedrijven spreek je elkaar mogelijk makkelijker aan, omdat er meer sociale controle is. In grotere bedrijven waar men elkaar niet dagelijks spreekt of ziet is dit veel moeilijker om te doen. Het lager leggen van verantwoordelijkheden en het onderling verbinden kan dit mogelijk wel makkelijker maken. Ook de context van het werk heeft invloed op de mogelijkheden die er zijn om de leefstijl te bespreken.

De invulling van het duurzaam inzetbaarheidsbeleid verschilt erg per werkgever. Grotere bedrijven investeren over het algemeen meer dan kleine bedrijfjes. Ook maakt de betreffende sector uit en de vestigingsplaats van een bedrijf. Doordat het voorzieningenniveau buiten de grote steden op gebied van gezondheid terug loopt, is er in kleinere gebieden minder aanbod van bijvoorbeeld sportvoorzieningen. In krimpgebieden is er soms geen aanbod meer van diëtist, fysiotherapeut, en daardoor minder tijd voor individuele patiënten.

De bouwsector is een voorbeeld van een sector waar al veel aandacht is voor duurzame inzetbaarheid. Binnen deze sector wordt op landelijk niveau veel geïnitieerd en ontwikkeld om werknemers gezond aan het werk te houden. Echter deze sector heeft zwaar te lijden onder de economische crisis. Dit heeft remmend effect op investeringen in duurzame inzetbaarheid. Er blijkt een duidelijk verband tussen arbeidskrapte en duurzame inzetbaarheid. Dit thema krijgt in tijden van economische crisis veel minder aandacht.

In het Midden- en Klein Bedrijf (MKB) wordt aan gezondheid vaak weinig tot geen aandacht besteed. Er wordt meestal alleen naar de arbeidsomstandigheden gekeken. Uiteraard vindt iedereen gezondheid belangrijk, maar dat leidt nog tot weinig concrete initiatieven en hetgeen dat er gebeurt, is nog erg ad hoc. Het ontbreekt vaak aan tijd of de juiste competenties en/of personeelsfunctionarissen in kleine bedrijven. Het is van belang beleid over duurzame inzetbaarheid van werknemers ook op het strategisch bordje van het management te krijgen. Dat kost tijd en energie. Er is mogelijk een drempel ontstaan vanwege teleurstellende ervaringen met ad hoc en eenmalige acties. Bovendien is gezondheid/vitaliteit een moeilijk meetbaar begrip. Het gaat om risico's en kansen en om effecten op de langere termijn, waardoor een werkgever minder bereid is te investeren dan bij een zeker en meetbaar succes op de korte termijn (van bv een investering in scholing dat leidt tot concreet aantal diploma's). Daarnaast is ook het concurrentievoordeel dat investeren in duurzame inzetbaarheid van werknemers oplevert niet duidelijk. Het duurzame inzetbaarheidsbeleid maakt eigenlijk dezelfde ontwikkeling door als maatschappelijk verantwoord ondernemen. Op een gegeven moment moet je het eigenlijk gewoon doen, anders loop je achter met je bedrijf. De hoop is dat dit met duurzame inzetbaarheid ook gaat gebeuren. MKB Nederland probeert het thema duurzame inzetbaarheid op de agenda van hun leden te krijgen.

De werk-privé balans houdt verband met het duurzame inzetbaarheidsbeleid. Een werkgever zal hier alleen/meer op inzetten als het de werkgever moeite kost een werknemer te vervangen. Als er voldoende aanbod is en een werknemer is eenvoudig te vervangen dan zal dit minder gebeuren. Het is evident dat bij schaarste best veel dingen geprobeerd worden om duurzame inzetbaarheidsbeleid te laten slagen. Omdat het wel een paar jaar kan duren voordat effecten van investeringen duidelijk zijn, kan het helpen als beleidsmakers ook doelstellingen op de langere

termijn stellen. Zo zou de overheid met een aparte MKB doelstelling kunnen werken.

Het inzetten van voorbeeld bedrijven kan andere bedrijven stimuleren om ook bezig te gaan met duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Ondernemers en werkgevers nemen eerder iets aan van andere werkgevers dan van deskundigen of overheid. Een boegbeeld of ambassadeur in zetten helpt ook (zoals Tex Gunning (Akzo Nobel)).

Voor de toekomst is het belangrijk om beter de invloed van vitale gezonde werknemers op concurrentievoordeel te onderbouwen. Het is van belang de toegevoegde waarde voor bedrijven te kunnen laten zien. Als we dit kunnen aantonen dan kunnen we een stap zetten naar andere boodschap.

Het meer opschuiven van activiteiten om moeilijke bereikbare groepen te bereiken is lastig. Deze groep vindt het vaak ook moeilijk te definiëren waar zij behoefte aan hebben. Op dit gebied zijn wel een aantal dingen geprobeerd. Bij een project in Limburg is sociale innovatie onder de aandacht gebracht bij MKB. Er is geprobeerd de verantwoordelijkheid laag in de onderneming te leggen en ondernemers dingen te laten loslaten. Lager opgeleiden kunnen dit ook wel oppakken. Vertrouwen van de werkgever in de werknemers is cruciaal om dit te laten slagen.

Gezondheid krijgt wel aandacht in het kader van arbo, maar er is nog winst te behalen op het vlak van leefstijl van de werkenden. Geopperd wordt dat het aan gezondheidswinst zou opleveren als je in de cao, dus collectief zou kunnen regelen dat werkgevers verantwoordelijk zijn voor de lunch van hun personeel. Ook zou je in de cao kunnen regelen dat fietsen naar het werk financieel aantrekkelijker wordt dan met de auto naar het werk. Dus gezondheidsbevordering van de werknemers regelen via cao.

Om duurzame inzetbaarheidsbeleid ook realiseerbaar te maken voor kleinere bedrijven zouden zij externe deskundigheid kunnen inhuren. Er wordt nu gewerkt met vouchers om deze bedrijfjes te laten proeven hoe het werkt. Ook kunnen kleine bedrijfjes in de regio meer gaan samenwerken op dit thema. Een voorbeeld is een voetbal clinic organiseren en horeca vragen om een gezond diner te regelen, waaraan verschillende kleine bedrijven samen meedoen. Dit met elkaar verbinden.

Samenwerking met zorgverzekeraars zoeken om het voor werkgevers goedkoper te maken te investeren, is ook een optie. Uiteindelijk hebben zorgverzekeraars hier ook belang bij, want de mensen vallen mogelijk minder snel uit. Het geldt voor de zorgverzekeraars waarbij collectieve verzekeringen zijn afgesloten.

Opmerkingen over invloed aanpalend beleid op duurzame inzetbaarheid

De flexibilisering van de arbeidsmarkt is van invloed op duurzame inzetbaarheid. Tijdelijke contracten hebben een mentale component. Dat wil zeggen; mensen worden onveiliger in hun bestaan, en dat heeft weer effect op de mentale weerbaarheid en dus op hun duurzame inzetbaarheid. De basale waarde van veiligheid worden minder. Dat maakt het voor sommige werknemers moeilijker om een bestaan op te bouwen, zoals het stichten van een gezin.

Door het zorgakkoord (naar verwachting in 2015 ingezet) komen veel laagbetaalde vrouwen vrij op arbeidsmarkt. Over de betekenis hiervan moet goed worden nagedacht. Er komen mogelijk 10.000 vrouwen vrij op de arbeidsmarkt zonder dat werk beschikbaar is. Het zorgakkoord, en eigenlijk alles wat momenteel rond zorg speelt, heeft grote consequenties voor de werkgelegenheid in de toekomst. Er lijkt onvoldoende vooruit gekeken te worden naar de consequenties van uitstroom van mensen zoals in de zorg, maar ook in de bouw. Deze mensen heb je straks, als het economische weer beter gaat, weer hard nodig. Vanuit de ministeries zou het goed zijn als er samenhangend beleid komt op dit gebied. Het is belangrijk risicoanalyses te maken: hoe werkt het een op het ander uit.

Kwetsbare groepen werknemers

Mantelzorgers

Mantelzorg wordt uitgevoerd in alle lagen van de bevolking, over het algemeen meer door vrouwen dan mannen. Bij de zorg voor de partner is de verdeling man-vrouw gelijk. 1 op de 8 werkenden combineert werk met mantelzorg. In sector zorg is de verhouding zelfs 1 op de 5. Mensen in de zorg werken vaker parttime omdat ze dan kunnen mantelzorgen. Dit is vaak een bewuste keuze, maar het heeft wel inkomenseffect: als je parttime werkt verdien je vaak minder dan fulltime.

Vooraf laaggeschoolde en allochtone mantelzorgers zijn kwetsbaar met betrekking tot hun inzetbaarheid op de arbeidsmarkt. Mantelzorg is bijvoorbeeld nauwelijks te combineren met productiewerk, vanwege het ontbreken van ruimte voor regelmogelijkheden. Hoogopgeleiden hebben vaak meer mogelijkheden om hun eigen tijd in te delen, waardoor het verlenen van mantelzorg beter is te combineren met de werksituatie.

In de islamitische cultuur neemt de zorg voor ouders een belangrijke plaats in. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat iemand zijn studie niet afmaakt, omdat voor de (schoon)ouders zorg nodig hebben. Er is een project bij MEZZO voor allochtone mantelzorgers. De setting werk is een bruikbaar kanaal om deze groep te bereiken. Er zijn ook steunpunten mantelzorg, die vanuit de WMO gesubsidieerd worden.

Bij de mantelzorgers bestaat het risico op overbelasting. Het is daarom belangrijk rekening te houden met het risico op zowel emotionele als fysieke overbelasting bij mantelzorgers. Uit onderzoek van het SCP blijkt dat veel mantelzorgers stoppen met werken, als ze de combinatie mantelzorg en werk het niet meer vol kunnen houden, terwijl ze wel zouden willen blijven werken. Werken biedt afleiding van de zorgtaken, ook is het inkomen belangrijk.

Scholing kan voor mantelzorgers van groot belang zijn. Om- of bijscholing is belangrijk voor degenen die uit het arbeidstraject zijn gestapt om te zorgen voor bijvoorbeeld hun gehandicapte zoon of ouders. Binnen MEZZO loopt het project EVC (Erkennen van Verworven Competenties) en ervaringen. Gedurende de mantelzorgperiode is veel ervaring opgedaan met het verlenen van zorg. Mantelzorgers kunnen mogelijk worden omgeschoold. Bijvoorbeeld door het volgen van een verkorte opleiding om uiteindelijk in de zorg te kunnen gaan

werken. Dit project loopt tot 2013. Niet voor iedereen is omscholen naar de zorgsector overigens een goede oplossing.

Aangrijpingspunten mbt duurzame inzetbaarheid en mantelzorgers

Op niveau werkgevers

Mantelzorg krijgt vooral aandacht vanuit de zorg. Het is belangrijk vanuit het werk mantelzorg ook handen en voeten te geven.

Werkgevers moeten meer oog hebben voor de mantelzorgende werknemers én weten wat mantelzorg betekent. Het thema moet bekend zijn binnen de hele organisatie. Leidinggevenden moeten bereid en in staat zijn oplossingen te zoeken en bieden. Het gaat om een gezamenlijke verantwoordelijkheid van mantelzorger en werkgever. In het personeelsbeleid moet mantelzorgbeleid zichtbaar zijn.

Bij mantelzorgvriendelijk beleid gaat het niet om vaker vrij of extra dagen, maar om de ruimte om het onderwerp en de ermee samenhangende praktische problemen bespreekbaar te maken zonder hierbij het risico te lopen ontslagen te worden. Ook sociale steun van collega's is essentieel. De werk-privé balans is voor mantelzorgers een belangrijk punt van aandacht. Mantelzorgers zouden bij het vinden van een goede balans geholpen kunnen worden door coaching en training.

Mantelzorg is de laatste jaren al meer op de agenda van werkgevers komen te staan. Er is bijvoorbeeld een convenant met vakcentrales (CAO afspraken).

Op niveau overheid

Het is belangrijk om het thema mantelzorg op de beleidsagenda te zetten. In het actieplan gezond bedrijf zouden mantelzorgers als aparte groep moeten worden benoemd.

Een goed samenspel tussen informele en formele zorg is van essentieel belang. Als dat goed op elkaar is afgestemd, kan kunnen mantelzorgers makkelijker werken combineren met het verlenen van mantelzorg. Het verminderen van mogelijkheden om gebruik te maken van formele zorg, zal het combineren van werk met mantelzorgen niet vereenvoudigen. Vanuit het nationale beleid gaat momenteel een dubbele boodschap uit. Meer vrouwen zijn gaan werken, mensen moeten langer doorwerken, waardoor er minder ruimte is om mantelzorg te verlenen.

Chronische zieken

De groep chronisch zieke werkenden is erg divers. De ene ziekte of aandoening is beter met werk te combineren dan de ander. Het maakt ook uit wanneer iemand ziek wordt en in welk stadium van een ziekte iemand zit. De groep chronische zieken is in het algemeen eerder genoodzaakt te stoppen met werken of om parttime te gaan werken dan mensen zonder chronische aandoening.

Het kan een complex samenspel zijn van verschillende factoren die bepalen of het werken met een chronische ziekte volgehouden kan worden (bv. door het

aanpassen van werktijden). Tot op heden is niet duidelijk wat goede maatregelen zijn om aan het werk te blijven voor de verschillende groepen chronisch zieken. Er is veel versnipperde informatie, waarschijnlijk is aanvullend veldwerk nodig om meer zicht te krijgen op goede maatregelen.

Het vraagt specifieke aandacht en specifiek beleid om te bevorderen dat chronisch zieken kunnen blijven werken. Er wordt soms weinig geïnvesteerd in wat deze mensen nog willen. Een oplossing zou kunnen zijn dat werknemer en werkgever het gesprek aangaan en samen zoeken naar de vorm/uitvoering waarin blijven werken mogelijk is. Soms betekent dat dat iemand een stap terug moet doen, of bijvoorbeeld dat een omscholingstraject nodig is.

Aangrijpingspunten m.b.t. duurzame inzetbaarheid en chronische ziekten

Op niveau werkgevers

Duurzame inzetbaarheid wil zeggen vroeg in het proces beginnen met empoweren van werknemers. Het gaat erom dat de werkende duidelijk krijgt wat hij wil met zijn leven en met de balans tussen werk en privé. Bewustwording, stimuleren tot zelfregie. Dan kom je daar terecht waar (chronische zieke) werknemers graag terecht willen komen. Het gaat erom dat werkgevers dan ook serieus naar de vraag kijken en niet meteen rekenen om 'af te rekenen' met werknemer (dus ontslag). Vooral kijken wat het beste aansluit bij iemands mogelijkheden (maatwerk).

Het bespreekbaar maken van beperkingen met je werkgever is heel erg belangrijk. Om het werk met ziekte of beperking goed vol te houden moet het gesprek worden aangegaan. Dat betekent ook bewustwording op gang brengen om gesprek met werkgever aan te gaan. Het is een hele 'beweging' om op cao niveau goede afspraken hierover te maken, want de praktijk is veel weerbarstiger. Werkgever houden zich er niet allemaal aan, zoals bijvoorbeeld het naleven van veiligheidsaspecten.

Scholing kan bijdragen, maar het hangt er wel van af hoe gericht je dit opzet en ontwikkeld. Het is belangrijk dat het scholingsaanbod specifiek is, en niet aanbodgericht. Dus: maak het aandoening specifiek! Het gaat erom dat mensen zelf energie vinden. De persoon moet zelf zijn weg hierin vinden, maar op het juiste moment budget beschikbaar stellen of scholing aanbieden kan iemand net het steuntje in de rug geven of helpen een hobbel te nemen. Je kunt dit van te voren niet dicht regelen. Het hangt heel erg af van de fase van de aandoening waarin iemand zich bevindt. Vroege identificatie en vroege support zijn heel erg belangrijk bij mensen met een chronische ziekte of handicap.

Op niveau overheid

Het systeem 'zorg' (krijg je juiste zorg) en 'sociale zekerheid' (zo snel mogelijk aan het werk) is niet altijd goed voor de zelfregie van een chronisch zieke werknemer. Dat stelt voorwaarden aan beleid en ondersteuning. De aandacht voor chronische ziekten krijgt in ieder geval nog niet de plek die het verdient in het duurzame inzetbaarheidsbeleid. Het is ook nog een onontgonnen gebied. Het is alleen al een probleem om chronisch zieken in de koopkrachtplaatjes te krijgen. Maar het is wel belangrijk er oog voor te hebben en ernaar te handelen. Het probleem wordt gemarginaliseerd. Als de vergrijzing

toeneemt, zal het probleem misschien serieuzer worden opgevat. Dan zijn ook deze werkenden hard nodig en mogelijk wordt dan wel meer rekening gehouden met hun kwalen. Dan heb je kans dat het meer prioriteit om hier aandacht aan te gaan besteden.

Bij ouderen met gezondheidsproblemen en ontslagdreiging spelen sociale dilemma's een rol. Het gaat er dan om artsen op afstand houden. Het gaat immers vaak om een arbeidsmarkt dilemma, dus niet medicaliseren. Het is soms al een eyeopener als je weet wat je aan je werkgever kan vragen. Het betreft dus niet altijd een gezondheidsvraag. Patiëntenorganisaties neigen ernaar veel te herleiden naar hun aandoening, maar het is vaak een generiek probleem.

Preventie en gezondheidsprogramma's op het werk kunnen effectiever zijn dan bijvoorbeeld andere maatregelen. Zo is het nut van bewegen overduidelijk effectief. Een voorbeeld is een life coach die ondersteuning geeft in het vitaal blijven. Dit kan effectiever zijn dan uiteindelijk weer extra behandelingen. We zitten vooral nog in fase van bewustwording. Het is wel belangrijk interventies aan dit beleid te hangen. Bij ontwikkeling van de duurzame inzetbaarheidsmaatregelen is het belangrijk met de blik vanuit het individu (met ziekte of handicap) te kijken. Bijvoorbeeld iemand aan het sporten krijgen is een goede interventie, maar als iemand al nooit sport misschien toch niet zo'n goede interventie. Vaak zit een interventie wel op zo'n vlak. Als gezondheidsbeleving een belangrijke plek krijgt binnen het cao overleg dan kan dat zeker heel nuttig zijn. Het wordt wel steeds meer geagendeerd.

Ouderen

Aangrijpingspunten m.b.t. duurzame inzetbaarheid van ouderen

Niveau van werkgevers

Oudere werknemers in de bouw worden ook gezien als kwetsbare groep. In het Vitaliteitspakket worden maatregelen voorgesteld om het in dienst houden en nemen van oudere werkenden te bevorderen, zoals de invoering van werkgever en werknemerbonussen. Deze maatregelen zijn vervolgens teruggedraaid, terwijl bestaande regelingen en voorzieningen al wel zijn opgeheven. Vooral kleinere werkgevers/bedrijven missen nu financiële mogelijkheden om ouderen uit de productie te halen en bv als leermeester voor jonge bouwvakkers te laten functioneren. Dit betekent dat de ouderen weer terug op de steigers moeten, terwijl ze niet meer/onvoldoende kunnen meekomen. Dit zou gecompenseerd kunnen worden door jongere collegae en/of betekent overbelasting van de oudere werkenden. Vooral kleinere bedrijven voelen vaak een grote sociale druk om iedereen, dus ook degenen met minder werkvermogen, in dienst te houden of als het echt niet anders kan deze met zo gunstig mogelijke regeling te laten afvloeien.

Oudere chauffeurs (55+) worden beschouwd als risicogroep. Dit is een groep die zware arbeid heeft verricht. Het beroep is nu minder zwaar door hulpmiddelen, maar daar hebben zij niet van kunnen profiteren. De groep 55+ groeit en transportbedrijven moeten manieren vinden om deze groep mensen aan het werk te houden.

Belangrijk om goed na te denken over hoe je deze mensen aan het werk houdt. Inzetten op gezonde leefstijl en Health Checks lijkt niet zo veel zin meer te

hebben voor deze groep. Bij deze groep is het eerder zinvol aandacht te besteden aan omscholing. Daarbij spelen vragen als hoe te komen van werk naar werk, en het bevorderen van de mobiliteit van deze mensen? Ook wordt nu meer op arbeidsvoorwaardelijk vlak gekeken om ook deze mensen aan het werk te houden. Bijvoorbeeld 4 dagen werken in plaats van 5 dagen om de mate van belasting te verminderen.

Laaggeschoolden

Chauffeurs en bouwvakkers zijn voorbeelden van groepen werknemers die over het algemeen laagopgeleid zijn. Het fysiek zware werk maakt het niet eenvoudig dit vol te houden tot aan het pensioen. Chauffeurs zitten bijna de hele dag en het is lastig om rust in te bouwen, zoals rustig eten of benen strekken. Ze mogen ook niet altijd van de auto af in verband met kostbare spullen in auto (de aanwezige kostbare lading en kans op inbreken kan trouwens ook mentale stress veroorzaken en brengt onveiligheid met zich mee). Wanneer je als chauffeur 10-12 uur per dag onderweg bent, is het lastig regelmatig en gezond te eten en je hebt geen tijd om te sporten.

Aangrijpingspunten m.b.t. duurzame inzetbaarheid van laaggeschoolden

Niveau werkgevers

Mogelijk oplossingen worden vooral gezocht op het arbeidsvoorwaardelijke vlak. Bijvoorbeeld in de planning proberen er rekening mee te houden dat iemand bijvoorbeeld op donderdagmiddag voetbalt of tennist. Op die manier kan hij zijn sport wel blijven beoefenen.

Zzp'ers

Ook zzp'ers in de bouw, waaronder Oost-Europese, worden genoemd als potentiële kwetsbare groep. Vooral degenen die na het verstrekken van hun ww-periode de arbeidsmarkt op moeten om inkomen te genereren. Ze maken veel uren, zijn veelal onverzekerd tegen verzuim/uitval en nemen geen verlof.

Voor deeltijd werkenden kan de zzp-status juist ook veel voordelen bieden. Meer vrijheid, tijd zelf indelen en mogelijkheid meer te verdienen. Dus geldt ook voor de groep oudere werkenden. Soms worden de voordelen echter overschat en het blijkt dat zzp'er die al langer ervaring hebben met deze status, negatiever zijn over die status.

Opgemerkt wordt dat in de huidige situatie niemand zich verantwoordelijk voelt voor de zzp'ers. Arbouw wordt bijvoorbeeld betaald uit O&O fondsen en vertegenwoordigen alleen de werkenden in dienstverband die premie betalen. Oost-Europese bouwvakkers zijn derhalve ook door niemand vertegenwoordigd. Er zijn schrijnende voorbeelden van uitbuiting. Ook vakbonden zetten zich met name in voor hun betalende leden. Doordat er toename is van (buitenlandse) zzp'ers in de bouw (bouwbedrijven ontslaan werkenden en nemen vervolgens zzp'ers aan), komt er minder premie binnen waardoor ook de inspanningen voor de werkenden die wel betalen minder wordt. Zolang er geen formele verplichting is, zal dit probleem blijven bestaan. Hier ligt een taak voor de overheid. Opgemerkt wordt dat een SER-advies hierover stimulerend zou kunnen werken. Er is recent wel kleine stap gezet door zzp'ers ook onder de Arbo te laten vallen

Bijlage 12: Verwachte relatie van scholingsmaatregelen voor potentieel kwetsbare groepen op basis van literatuur

| Kwestbare groep | Verwachte relatie | Aspect | Bronnen |
|----------------------|---|-------------------------|-------------|
| Ouderen | Trainingsdeelname van oudere werknemers is lager dan bij jongeren, recentelijk is er een geringe toename van participatiegraad van ouderen bij grotere organisaties (van 55+ers), hetgeen waarschijnlijk te maken heeft met het perspectief om langer door te moeten werken | Scholingsdeelname | (18) |
| | Oudere werknemers besteden minder tijd aan informeel leren dan jongere medewerkers | Scholingsbereidheid | (19) |
| | Scholing hangt samen met meer loon en meer baanzekerheid | Loon Employability | (19) |
| | Hoewel oudere werknemers minder vaak scholing volgen, vergroot het ook bij hen de inzetbaarheid | gaat over employability | (104) |
| | Scholing lijkt bij oudere werknemers vooral effect te hebben op baanzekerheid. Voor ouderen lijkt scholing noodzakelijk om de vaardigheden op peil te houden dan wel te vergroten. | Employability | OECD (2005) |
| | Scholing helpt oudere werknemers om nieuwe vaardigheden op te doen die van belang zijn voor het behoud van hun baan | Actief in baan | (105) |
| Laag- geschoolden | Laagopgeleiden lijken minder bereid om deel te nemen aan scholing, maar indien participatie aan scholing dan zijn de effecten voor laag- en hoogopgeleiden even groot | Scholingsbereidheid | (106) |
| | Laaggeschoolden nemen minder deel aan post- initiële scholing dan hooggeschoolden, dit verschil is afgelopen decennia toegenomen | Scholingsdeelname | (19) |
| | Scholing hangt samen met meer loon en meer baanzekerheid | Loon Employability | (73) |
| | Het rendement van scholing op loon verschilt niet naar opleidingsniveau | Loon | (73) |
| | Minder participatie in postinitiale scholing ligt vooral aan voorkeuren en persoonlijkheidskenmerken | Scholingsdeelname | (73) |
| | Scholing lijkt bij oudere werknemers vooral effect te hebben op baanzekerheid. Voor ouderen lijkt scholing noodzakelijk om de vaardigheden op peil te houden dan wel te vergroten. | Employability | OECD (2005) |
| | Scholing leidt bij laagopgeleide werknemers wel degelijk ook, tot 'economic returns' in de vorm van hoger loon en werkzekerheid | Loon Employability | (7) |
| | Empirisch onderzoek suggereert dat scholingsbeleid dat specifiek gericht is op groepen die minder succesvol zijn op de arbeidsmarkt, effectief kan zijn wat betreft de verbetering van de arbeidsmarktpositie van deze groepen | Employability | (5) |

| Kwestbare groep | Verwachte relatie | Aspect | Bronnen |
|-------------------------|---|--------------------|----------------|
| | Scholing vergroot de interne inzetbaarheid van laagopgeleiden, maar niet hun inzetbaarheid op de externe arbeidsmarkt | Actief in baan | (52) |
| Zzp'ers/ Flexwerkers | Werknemers met een flexibel contract nemen minder deel aan post initiële scholing dan werknemers met een vast contract (verschil in NL 12%) | Scholings-deelname | (107, 108) |
| | Flexwerkers participeren vaker in zelf bekostigde scholing, maar niet genoeg om achterstand in deelname te compenseren | Scholings-deelname | (23) |
| | Werkgevers investeren minder in flexibele krachten | Scholings-deelname | (109) |
| | De lagere deelname aan een leven lang leren door deeltijders heeft vooral te maken met de lagere steun die zij van werkgevers ervaren/krijgen, Ze compenseren dit doordat onder deze groep een hoge motivatie bestaat om te leren | Scholings-deelname | (110) |

Bijlage 13: Aangrijpingspunten op basis van literatuur

Actieplan Gezond bedrijf

Algemeen

Wetenschappelijke en grijze literatuur

Het belang van een brede, **integrale aanpak** van de gezondheid van werknemers wordt in de literatuur benadrukt. De Sociaal-Economische Raad (SER) stelt voor om preventie breed op te vatten; als alle beleid dat bijdraagt aan de gezondheid van de werknemer. De SER onderscheid drie vormen van preventiebeleid- in-brede-zin: gezondheidsmanagement (arbo, verzuim en re-integratiebeleid), HRM beleid (en leefstijlbeleid . Leefstijlbeleid kan volgens de SER niet effectief zijn als de andere twee vormen niet of onvoldoende ontwikkeld zijn. Volgens de SER kan effectief preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties via de setting van het werk de gezondheidsachterstand van werknemers met een lage SES verkleinen. De gezondheidswinst die hiermee te boeken valt kan volgens de SER worden gedefinieerd in termen van inzetbaarheid, employability en vitaliteit (111).

Volgens TNO is gezondheidsmanagement pas echt efficiënt en effectief als de zorg voor gezondheid in alle aspecten van de bedrijfsvoering terugkomt. Er moet sprake zijn van integraal gezondheidsmanagement (IGM). TNO heeft hiervoor 7-stappenplan ontwikkeld (112).

Ook in het Onderzoeksprogramma Preventieve Bedrijfsgezondheidszorg, gefinancierd door Instituut GAK, wordt een integrale aanpak benadrukt. Het gaat niet alleen om het voorkomen en verhelpen van klachten, maar ook om het creëren van werkomstandigheden waarin mensen gezond blijven en tot hun recht komen.

Maatwerk is van groot belang. Aansluiten bij individuele behoefte werkende. Hiertoe is het essentieel gesprek aan te gaan, inzicht te hebben in behoefte, inzicht te hebben in persoonlijke situatie, in balans werk-privé en belasting-belastbaarheid. Hierbij gebruik maken van instrumenten, zoals WAI, engagementsurvey, loopbaangesprek, POP, periodieke healthchecks etc.

Ook bij leefstijl advies, is het belangrijk om het aanbod laten aansluiten bij behoefte. Als het aanbod aansluit bij de behoefte is de kans groter dat er ook daadwerkelijk gebruik van wordt gemaakt, ook/juist door degenen die er meest baat bij kunnen hebben.

Uit onderzoek blijkt dat, ongeacht de omvang van de organisatie, **leiderschap vanuit de bedrijfstop en actieve participatie van werknemers** essentieel zijn voor geslaagd gezondheids- en veiligheidsmanagement. Uit de Europese bedrijvenenquête over nieuwe en opkomende risico's (ESENER, 2010) blijkt dat werknemersparticipatie in combinatie met managementbetrokkenheid tot veel betere resultaten leidt op het gebied van gezondheid en veiligheid op het werk (https://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener1_osh_management/vie w/European_Survey_of_Enterprises_on_New_and_Emerging_Risks_-_Managing_safety_and_health_at_work_).

Kwetsbare groepen

Chronisch zieken

In de Kennissynthese chronisch zieken en werk van NIVEL worden de volgende vier aanbevelingen voor genoemd (13):

- Voorkom uitval, want het is lastig om na uitval terug te keren in het arbeidsproces;
- Chronisch zieken en de werkgever moeten samen zoeken naar passende oplossingen voor eventuele problemen en belemmeringen;
- Een actieve, proactieve houding is belangrijk waardoor tijdig op toekomstige problemen en ondersteuningsbehoefte geanticipeerd kan worden;
- De mogelijkheid om zorgafspraken efficiënt te plannen, waarbij een duidelijke rol voor de zorgsector is weggelegd om meer rekening te houden met werk (mogelijkheid plannen afspraak buiten kantooruren) en werkomstandigheden van patiënt.

In het SCP rapport Belemmerd aan het Werk komt naar voren dat verzuimbegeleiding helpt om ziekteverzuim terug te dringen (113). De mogelijkheden lijken nog niet uitgeput. Ziekteverzuim is nog sterker te reduceren door intensieve begeleiding en controle van zieke werknemers en bijvoorbeeld door werknemers bij ziekte of ziektedreiging tijdelijk parttime te laten werken of minder belastend werk te geven. Ook interventies met aandacht voor gezondheidsbeleving en gericht op het doorbreken van de vicieuze cirkel van negatieve gezondheidsbeleving en non-participatie lijken kansrijk. Ook komt hier naar voren dat hoewel niet voor elke beroepsgroep en in elke sector toepasbaar, thuis- en telewerk mogelijkheden biedt het ziekteverzuim te reduceren en de arbeidsdeelname van werknemers met een arbeidshandicap te laten stijgen.

Het Participatierapport van het RIVM (2013) toont het belang van sociale steun en autonomie voor (geleidelijke) werkhervatting van chronisch zieke werknemers (12).

Een essentieel onderdeel van geleidelijke werkhervatting is sociale steun van leidinggevend en collega's, zowel tijdens het ziekteverzuim als tijdens de werkhervatting (114, 115). Sociale steun op de werkplek, dat wil zeggen steun van collega's en leidinggevende(n), is van belang voor werkhervatting van bijvoorbeeld werknemers met reuma en lage rugklachten. Verschillende studies laten zien dat werknemers die veel steun ontvangen een grotere kans hebben om terug te keren naar het werk en een kleinere kans hebben om te verzuimen dan werknemers die deze steun niet ontvangen (116);(117).

Werknemers met lage rugklachten met veel autonomie hebben een grotere kans om het werk te hervatten dan werknemers met lage rugklachten met weinig autonomie (117). Volgens twee Nederlandse studies verlaagd het ervaren van autonomie bij werknemers met reuma het ziekteverzuim (116), maar niet bij werknemers met klachten aan nek en bovenste extremiteiten (118).

Wevers et al., (2011) stellen dat duurzaam inzetbaarheidsbeleid ook werkenden met een chronische aandoening in staat dient te stellen goed, gemotiveerd en productief te kunnen werken in huidige en toekomstige baan (119). Het gaat er niet alleen om risico's te voorkomen, maar ook om het bevorderen van kansen en vaardigheden, waarbij samenwerking met HRM van belang is. Het afstemmen

op de persoonlijke situatie, waaronder ook thuissituatie is van groot belang. Dit vraagt om werkaanpassing, trainingsfaciliteiten, loopbaangesprekken, waarbij de focus moet liggen op mogelijkheden en kansen en niet op beperkingen.

Ouderen

In de Handreiking duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers (2013), een hulpmiddel voor organisaties die zelfstandig aan duurzame inzetbaarheid willen werken, wordt het belang benadrukt van een structurele, integrale aanpak met multidisciplinaire samenwerking gericht op curatie, preventie én amplitie (<http://handreikingdi.nl>, 2013). De handreiking is gebaseerd op het rapport: Duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers: stand van zaken (83). Bij oudere werknemers is het voor het bevorderen van duurzame inzetbaarheid belangrijk om vervroegde uittreding te voorkomen en langer doorwerken te bevorderen (12). Zoals eerder genoemd, is het voor ouderen extra moeilijk om weer terug te keren in het arbeidsproces. Ruim 40% van de werkgevers heeft maatregelen getroffen om ouderen aan het werk te houden, vaak in de vorm van ontziemaatregelen (zoals extra vrije dagen en taakverlichting), soms stimuleringsmaatregelen (zoals omscholing, taakverbreding en gezondheidsbeleid). Ontziemaatregelen kunnen echter bijdragen aan een negatieve beeldvorming, een belemmering voor arbeidsparticipatie bij ouderen. Overigens zijn de meeste interventies niet specifiek gericht op ouderen, maar op alle werknemers. Duurzame inzetbaarheid begint immers al veel eerder.

Laaggeschoolden

In de Arbobalans 2012 wordt gesteld dat op het gebied van de arbeidsomstandigheden van laaggeschoolde werknemers zeker nog winst valt te behalen (120). Bedrijven, maar ook opleidingsinstituten, brancheorganisaties en de overheid dienen ervoor zorg te dragen dat arbeidsomstandigheden bij laaggeschoold werk op peil blijven en dat er voldoende effectieve maatregelen worden getroffen die aansluiten bij de specifieke behoefte en werksituatie van laaggeschoolde werknemers. Benoemd wordt dat het belangrijk is om aan te sluiten bij een praktische leerstijl, bewust te zijn van hun soms kwetsbare positie en verlaagd zelfbeeld, rekening te houden met diversiteit in culturele achtergrond en met mogelijk lagere taalvaardigheden. Ook wordt gewezen op het belang om zich bewust te zijn van het beperkte arbeidsperspectief van laaggeschoolden en van de gevolgen die dit kan hebben voor de machtsbalans tussen werkgever en werknemer.

Zzp'ers

Het Actieplan Gezond Bedrijf heeft betrekking op werknemers en niet op flexwerkers en zzp'ers. Mogelijke effecten van de beleidsmaatregelen betreffen dus niet deze groepen werkenden.

In rapport 'ZZP'ers op weg naar een nieuwe arbeidsmarkt en een nieuw beleid (Dekker, 2012), wordt opgemerkt dat er risico's bestaan op het sociale terrein, maar dat het scheppen van meer sociale zekerheid lastig is (121). Zo zou er onder zzp'ers weinig draagvlak zijn voor collectieve verzekeringen en bovendien is er sprake van een heterogene groep met grote verschillen. Volgens de onderzoeker bestaat er wel draagvlak voor een vrijwillige collectieve pensioenvoorziening. Dit kan van belang zijn omdat de helft van zzp'ers

niets/onvoldoende aan pensioenopbouw doet, terwijl voor een aanzienlijke groep risico voor toekomstige armoede bestaat en op verhoogde zorgkosten.

Mantelzorgers

Informeel zorg wordt gegeven als er een hulpbehoevende naaste is. De rol van de overheid is faciliterend en ondersteunend (12). 'De huidige beleidsontwikkelingen in de langdurige zorg leiden waarschijnlijk tot een toename van de vraag naar mantelzorg en vrijwilligerswerk. Om mantelzorgers te ondersteunen, zal het belang van de bestaande mogelijkheden voor werkenden om langdurig zorgverlof op te kunnen nemen groter worden. Ook ondersteuning van mantelzorgers, vooral zij die zwaar belast zijn, blijft van cruciaal belang. Niet alleen om ervoor te zorgen dat zij het volhouden, maar ook om de negatieve effecten op de gezondheid zo veel mogelijk te voorkomen. Er zijn verschillende interventies om het doen van vrijwilligerswerk door ouderen te bevorderen. Hierbij worden ouderen aangesproken op hun wensen, kwaliteiten en betekenis voor de samenleving. Informatie over de effectiviteit van bestaande interventies is nagenoeg afwezig'.

SCHOLING

Laagopgeleide werknemers

Fouarge, Schils en de Grip, 2010 formuleren op basis van hun analyses de volgende beleidsimplicaties (73):

- werkgevers moeten aan laagopgeleide werknemers duidelijker maken wat het nut van de gevolgde cursus is voor het bedrijf en voor de competentieontwikkeling en de employability van de werknemers zelf in hun huidige en toekomstige banen. Door het zichtbaar maken van het rendement van scholing kan de bereidheid van laaggeschoolden om daar aan deel te nemen mogelijk verhoogd worden.
- het vaker inzetten van functioneringsgesprekken en POP's voor laagopgeleiden zou mogelijk ook de scholingsdeelname van deze groep kunnen stimuleren. Het is noodzakelijk om het HRM-beleid beter af te stemmen op de ontwikkeling van laagopgeleide werknemers in de organisatie. Daar is een actieve(re) houding van de werkgever voor nodig.
- wanneer het niet deelnemen aan scholing zijn oorzaak vindt in een verkeerde perceptie van de meerwaarde, zou het verplicht stellen van cursussen (zonder dat dit ten koste gaat van de motivatie van de werknemers) en het koppelen van scholing aan prestatiebeloning, de cursusdeelname van laagopgeleiden kunnen stimuleren.

Fouarge, De Grip en Nelen (2009) stellen dat werkgevers langs meerdere wegen moeten proberen hun lager opgeleid personeel tot meer formele training en informeel leren aan te zetten (46). Daarbij moet er allereerst veel aandacht zijn voor een goede (ook) op het lager opgeleide personeel gerichte communicatie over het belang van formele training en het informele leren op de werkplek. Daarnaast zullen bedrijven de voor het levenslang leren cruciale HRM instrumenten als functioneringsgesprekken, Persoonlijke Ontwikkelingsplannen (POP's) ook voor hun lager opgeleid personeel moeten inzetten. Juist voor lager opgeleiden kunnen EVC's waarschijnlijk ook een impuls geven om meer

zelfvertrouwen te krijgen in de eigen leercapaciteiten en het volgen van aanvullende scholing ook perspectiefvol maken. Uit de studie van Fouarge e.a. (2009) blijkt ook dat prestatiebeloning een positief effect heeft op de scholingsdeelname van laagopgeleiden.

De overheid moet volgens deze auteurs het kader creëren om een consistent beleidskader van de grond te krijgen, waarin zowel aandacht is voor curatieve als preventieve beleidsinstrumenten. "Dit beleidskader zal een mix moeten omvatten van instrumenten als:

- recht op bekostigd onderwijs tot op mbo-2 niveau voor iedereen die nog niet beschikt over een startkwalificatie voor de arbeidsmarkt;
- prikkels voor werkgevers om de vereiste bij- of omscholing van personeel dat ze willen ontslaan mede te bekostigen;
- (fiscaal gefaciliteerde) individuele leerrekeningen;
- een meer transparante scholingsmarkt;
- het stimuleren van sociale innovaties die het informele leren op de werkplek versterken.

De overheid kan cursusparticipatie door laagopgeleide werknemers stimuleren door het financieel faciliteren daarvan, bijvoorbeeld door middel van een voucher of ontwikkelingscheque. Doordat cursusparticipatie en het informele leren op het werk sterk samen blijken te hangen, zou het stimuleren van de deelname aan cursussen en trainingen ook het informele leren van werkenden kunnen bevorderen (19).

Suggesties die Onderwijsraad medewerkers Cornelissen en Soons (2012) doen richting HRD op basis van het advies 'Over de drempel van postinitieel leren' zijn (122):

- Begin klein en dichtbij

Laat mensen eerst ervaren dat jezelf ontwikkelen interessant en toepasbaar is in het dagelijks leven. Dat wakkert de motivatie voor leren in bredere zin aan.

Maak wel het belang van leren voor loopbaanontwikkeling duidelijk.

- Versterk en gebruik netwerken binnen en buiten de organisatie
Besteed nadrukkelijk aandacht aan de versterking en inzet van hun loopbaanrelevante netwerken binnen en buiten de eigen organisatie. Vanuit dit perspectief zou men laagopgeleiden bijvoorbeeld kunnen stimuleren tot verder leren door het inzetten van specifieke sleutelpersonen in hun organisatienetwerk.

Uit onderzoek blijkt namelijk dat laagopgeleiden in vergelijking met hoogopgeleide medewerkers over minder loopbaanrelevant sociaal kapitaal beschikken. Deze bevinding suggereert dat laagopgeleiden door een kleiner sociaal kapitaal minder mogelijkheden hebben om in hun netwerken deel te nemen aan informeel leren. In Nederland zijn al wat ervaringen met zogenaamde leerambassadeurs.

- Maak van scholing flexwerkers aandachtspunt

In de flexbranche zijn laagopgeleiden oververtegenwoordigd. In de meeste cao's wordt niet expliciet aangegeven in hoeverre deze flexwerkers gebruik kunnen maken van scholingsafspraken. De sociale partners zouden bij het afsluiten van een cao met daarin afspraken over het scholingsbeleid ook de flexwerkers expliciet moeten meenemen. Scholing van de flexwerker zou daarnaast een aandachtspunt van iedere werkgever en HR-afdeling moeten zijn. Voor het slagen van leven lang leren is het volgens Cornelissen en Soons (2012) van groot belang is meer inzicht te krijgen in wat werkt bij wie. De groep

laagopgeleiden kenmerkt zich door een grote verscheidenheid (werkenden/niet werkenden, autochtoon/allochtoon, geletterd/ongeletterd, vaste krachten/flexkrachten, enzovoorts), (122). Dit suggereert dat er ook op verschillende manieren moet worden geprobeerd om aan te sluiten bij de behoeften en kenmerken van iedere groep. Voor het succes van leven lang leren onder laagopgeleiden is het daarom noodzakelijk om via kleinschalige experimenten gekoppeld aan onderzoek, beter zicht te krijgen op welke manier verschillende initiatieven precies werken, voor welke specifieke groep laagopgeleiden ze het meest geschikt zijn en wat het exacte effect ervan is.

Hazelzet, Sanders, Langelaan, Giesen & Keijzer (2011) benadrukken in hun rapport het belang van de leidinggevende bij het bevorderen van scholing bij lager opgeleiden (123). Uit het TNO onderzoek komt de steun van leidinggevendens als een belangrijk aangrijpingspunt om scholingsintentie te beïnvloeden. De steun van de leidinggevende blijkt van invloed op de drie factoren die samenhangen met scholingsintentie: subjectieve norm, attitude en self efficacy.

Ze adviseren afdelingen HRM leidinggevendens te stimuleren tot en te ondersteunen bij:

1. het geven van taakinformatie. Stimuleer dat de leidinggevende regelmatig voortgangsgesprekken houdt met de werknemer, waarin informatie wordt uitgewisseld over wat er van de werknemer wordt verwacht, hoe hij het werk uitvoert en wat goed gaat en wat nog verbeterd kan worden. Dit soort informatie stimuleert de scholingsdeelname.
2. het uitdagen van de werknemer om te reflecteren op zijn eigen werk, zodat hij meer zicht krijgt op de eigen ontwikkelbehoeften.
3. het bespreken van de loopbaanperspectieven van de werknemer. Dit kan tijdens formele gesprekken, zoals het jaarlijkse functioneringsgesprek, maar ook tijdens informele gesprekken. Een versterking van de loopbaanoriëntatie stimuleert namelijk een positieve attitude ten aanzien van scholing en via die weg ook scholingsintentie en -deelname.
4. het vergroten van het zelfvertrouwen van de werknemer, door te benadrukken dat ook hij scholing kan volgen en dat tot een goed einde kan brengen. De leidinggevende kan bijvoorbeeld complimenten geven wanneer de werknemer wat nieuws probeert. Of de leidinggevende kan negatieve gevoelens over niet afgemaakte opleidingen in het verleden bespreekbaar maken. Gevoelens van angst voor een examen kunnen gereduceerd worden door opleidingen te selecteren waarin formele examens niet de boventoon voeren.
5. het in teamverband bespreken van de voor- en nadelen van scholing. Op deze manier kunnen collega's elkaar steunen. Werknemers die zich gesteund voelen door collega's, kijken positiever tegen scholing aan en nemen daardoor vaker deel aan scholingsactiviteiten.
6. het met de werknemer bepalen welke scholing past bij zowel de ontwikkelingen van de organisatie als bij de persoonlijke ontwikkellijn van de werknemer. Het is belangrijk dat de leidinggevende serieus luistert naar de wensen van de werknemers en gezamenlijk te bekijken in hoeverre deze bij de richting van de organisatie passen. Niet iedere leidinggevende is even goed in staat om de adviezen in de praktijk te brengen. Bedrijven kunnen op dat punt leidinggevendens verschillende trainingen aanbieden: training in het houden van

loopbaan-, ontwikkel-, functionerings- en/of evaluatiegesprekken en training in coachings- en/of mentoringtechnieken.

Volgens de RWI (2011) vraagt investeren in het scholing bij lager opgeleiden om een inzet van werkgevers, werknemers, sectoren, regio's en landelijke overheid. "Er gebeurt ook al het nodige, maar initiatieven kunnen gericht en effectiever (124). Dit vraagt om een goede analyse op de eigen rol en de wil om door te pakken, ook als initiatieven in eerste aanleg weinig respons ontvangen. Juist dan is het zaak te leren van ervaringen. Sectorale organisaties zijn uitermate belangrijk omdat ze bedrijven en werknemers kunnen stimuleren en ondersteunen, maar soms kan een regionale invalshoek leiden tot initiatieven die anders niet van de grond komen. Afstemming tussen partijen versterkt het effect van initiatieven, en maakt ook een bundeling van budgetten beter mogelijk."

De lager opgeleide werknemers moeten nadenken over hun inzetbaarheid, gebruik maken van aangeboden scholing en ook zelf initiatieven nemen om de eigen kennis en vaardigheden te versterken. Werkgevers kunnen hen helpen door te investeren in informeel leren en een scholingsaanbod op maat (EVC) en door duidelijk te zijn over de vereiste kennis en vaardigheden en het belang van scholing en verdere ontwikkeling. Instrumenten van belang: functionerings- of POP-gesprekken, loopbaanondersteuning en daadwerkelijke scholings- en ontwikkelmogelijkheden afgestemd op doelgroep. Specifieke vormen van scholing en certificering zoals meestergezelconstructies, EVC-procedures en online opleidingstrajecten blijken goed te kunnen werken bij de scholing van lageropgeleide werknemers. Leidinggevenden spelen daarbij een belangrijke rol. Bedrijven zouden hierin steun moeten krijgen van sectorale en ook regionale organisaties. Sectorale organisaties zoals O&O fondsen, branchevereniging, opleidingsbedrijven of kenniscentra kunnen zorgen voor subsidiëring, toegankelijkheid en transparantie van aanbod en een rol spelen in voorlichting, bewustwording en advisering. Lokaal en regionaal zijn partijen actief die, bij voorkeur samen met regionale bedrijven, zinvolle initiatieven kunnen ondernemen: regionale platforms onderwijs-arbeidsmarkt of rpa's, provincies, gemeenten, Werkpleinen, mobiliteitscentra, leerwerkloketten, etc. Dit soort verbanden kunnen een goede setting bieden voor concrete initiatieven voor lageropgeleide werknemers in de regio. Ze hebben echter alleen een meerwaarde als er echt praktische afspraken of initiatieven uit voortvloeien die inspelen op een behoefte, en goed aansluiten op wat er al is. De landelijke overheid kan een belangrijke rol spelen in het agenderen, monitoren, aanjagen en waar nodig financieel ondersteunen van initiatieven die anders niet van de grond komen. Dat gebeurt nu ook al. Er bestaan verschillende financiële tegemoetkomingen, er is de afgelopen jaren bijgedragen aan de totstandkoming van leerwerkloketten, geïnvesteerd in de bestrijding van laaggeletterdheid, de ontwikkeling van EVC en er zijn verdere maatregelen in voorbereiding. De vele inspanningen laten zien dat de overheid belang hecht aan scholing en ontwikkeling, en op alle genoemde punten ook de nodige maatregelen neemt. Op verschillende punten moet de komende tijd nog nadere besluitvorming of invulling plaatsvinden. Dit vormt een goede aanleiding om nog eens specifiek naar de positie en het bereik van lager opgeleiden te kijken (en naar concrete mogelijkheden om dit te verbeteren). De maatregelen zouden naar het oordeel van de RWI aan effect kunnen winnen door een sterkere focus en meer oog voor continuïteit en follow up.

Flexwerkers/zzp'ers

De SER stelt in haar advies 'Werk maken van scholing, advies over postinitiële scholingsmarkt' (2012) dat voor de scholing van flexwerkers een collectieve aanpak vereist is. De Raad geeft partijen betrokken bij arbeidsvoorwaarden in overweging arbeidsvoorwaarden op het terrein van functiegerichte scholing en ontwikkeling, onder op cao-niveau te bepalen voorwaarden, ook van toepassing te laten zijn op groepen werknemers met een tijdelijk contract, al dan niet op oproep- of afroepbasis. De SER bepleit ook dat zzp'ers kunnen deelnemen aan sectorale opleidingsfaciliteiten. Omdat zij niet bijdragen aan de financiering van O&O-fondsen, ligt het in de rede dat zij hiervoor betalen. Cao partijen dienen hiervoor mogelijkheden te creëren. Naast scholing gericht op vakmanschap is ook scholing gericht op het ondernemerschap belangrijk voor zzp'ers. Hier ligt ook een taak voor organisaties voor zzp'ers, die een rol kunnen spelen in het bij elkaar brengen van vraag en aanbod.

Bijlage 14: Literatuurlijst

1. SZW. Tk, Vitaliteitspakket, juli. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW); 2011.
2. Mahoney M. SS, Harris E. AR, Stewart Williams J. Equity Focused Health Impact Assessment Framework. Victoria, Australia: The Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA, 2004.
3. Penris M, Broeder den L. Gezondheidseffectschatting. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004.
4. Wright SH, Ghani I, Kemm J, Parry J. Health Impact assessment of a UK Digital Health Service. The Journal of Community Informatics. 2013;9(2).
5. OECD. Improving skills for more and better jobs: Does training make a difference? . Paris: 2004 Contract No.: Chapter 4.
6. Boarini R, Strauss H. The private internal rates of return to tertiary education: new estimates for 21 OECD countries. Paris: 2007.
7. Fouarge D, Schils T, Grip De A. Why do low-educated workers invest less in further training? Applied Economics. 2013;45(18):2587-601.
8. Dorenbosch LW. Management by vitality: Examining the active well-being and performance outcomes of high performance work practices at the work unit level. Ridderkerk: University of Tilburg; 2009.
9. Groeneveld IF, Proper KI, van der Beek AJ, van Mechelen W. Sustained body weight reduction by an individual-based lifestyle intervention for workers in the construction industry at risk for cardiovascular disease: results of a randomized controlled trial. Preventive medicine. 2010;51(3-4):240-6.
10. Wier MF, van DJM, van. TMW. Beweeg- en voedingsprogramma's op de werkplek. Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157.
11. Strijk JE, Proper KI, van der Beek AJ, van Mechelen W. A worksite vitality intervention to improve older workers' lifestyle and vitality-related outcomes: results of a randomised controlled trial. J Epidemiol Community Health. 2012;66(11):1071-8.
12. Harbers M, Hoeymans N. Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. . Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2013.
13. Maurits E, Rijken M, Friele R. Kennissynthese chronisch ziek en werk. Utrecht: NIVEL, 2013.
14. Verweij A, Hertog Fd. Arbeidsparticipatie samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven RIVM; 2013. Available from: <<http://www.nationaalkompas.nl>>Nationaal Kompas Volksgezondheid\Participatie\Arbeidsparticipatie.
15. TNO. NEA: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden <http://www.monitorarbeid.tno.nl/databronnen/nea2011>. Available from: <http://www.monitorarbeid.tno.nl/databronnen/nea>.
16. NIVEL. Kennissynthese chronisch ziek en werk. Utrecht: NIVEL, 2013.
17. Burdorf A, Mackenbach JP. De invloed van gezondheid op vervroegde uittreding uit het arbeidsproces. Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), 2006.
18. Bassanini A, Booth A, Brunello G, Paola De M, Leuven E, editors. Workplace training in Europe. In: Brunello, G. Garibaldi, P. & Wasmer E, (red.). Education and training in Europe. Oxford: Oxford University Press; 2007.
19. Borghans L, Fouarge D, Grip De A. Een leven lang leren in Nederland. Maastricht: Research Centre for Education and the Labour Market (ROA), 2011.
20. Fouarge D. Trainingdeelname door ouderen. 2011;96(4609):273.

21. Gaalen van R, Sanders J, Smits W, Ybema JFr. Dynamiek op de Nederlandse arbeidsmarkt. De focus op kwetsbare groepen. Den Haag/Heerlen: CBS, 2011.
22. Fouarge D, Schils T, Grip De A. Prikkel voor postinitiele scholing van laagopgeleiden. Maastricht: Expertisecentrum Beroepsonderwijs (ECBO) en Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA). 2011.
23. Fouarge D, Grip de A, Smits W, Vries de R. Flexible contracts and human capital investments. . Maastricht: Research Centre for Education and the Labour Market (ROA). Universiteit Maastricht, 2011.
24. Oudijk D, Boer de A, Woittiez I, Timmermans J, Klerk de M. Mantelzorg uit de doeken. Den Haag: SCP, 2010.
25. Werk&Mantelzorg. Werk en Mantelzorg Doorn: Stichting Werk&Mantelzorg; 2014. Available from: www.werkenmantelzorg.nl.
26. Nelissen JHM, Vos Kd. Werkt Scholing? Het Effect van Opleiding en Post-Initiele Scholing op de Arbeidsparticipatie en de Loonvoet Tilburg: 2006.
27. CBS. Arbeidsparticipatie naar leeftijd en geslacht. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010.
28. Budría S. The shadow value of employer-provided training. *Journal of Economic Psychology*. 2012;33(3):494-514.
29. Canduela J, Dutton M, Johnson S, Lindsay C, McQuaid RW, Raeside R. Ageing, skills and participation in work-related training in Britain: Assessing the position of older workers. *Work, Employment and Society*. 2012;26(1):42-60.
30. Evertsson M. Formal On-the-Job Training: A Gender-Typed Experience and Wage-Related Advantage? *European Sociological Review*. 2004;20(1):79-94.
31. Georgellis Y, Lange T. Intervention at the level of the firm: Employer-sponsored training and wage growth in post-unification Germany. *International Journal of Manpower*. 2007;28(1):62-74.
32. O'Connell PJ, Byrne D. The determinants and effects of training at work: Bringing the workplace back in. *European Sociological Review*. 2012;28(3):283-300.
33. Georgellis Y, Lange T. Participation in continuous, on-the-job training and the impact on job satisfaction: Longitudinal evidence from the German labour market. *International Journal of Human Resource Management*. 2007;18(6):969-85.
34. Gazioglu S, Tansel A. Job satisfaction in Britain: Individual and job related factors. *Applied Economics*. 2006;38(10):1163-71.
35. Cuesta MB, Salverda W. Low-wage Employment and the Role of Education and On-the-job Training. *Labour*. 2009;23(SUPPL. 1):5-35.
36. Albert C, García-Serrano C, Hernanz V. On-the-job training in Europe: Determinants and wage returns. *International Labour Review*. 2010;149(3):315-41.
37. Jones MK, Jones RJ, Latreille PL, Sloane PJ. Training, job satisfaction, and workplace performance in Britain: Evidence from WERS 2004. *Labour*. 2009;23(SUPPL. 1):139-75.
38. Boeren E. Gender differences in formal, non-formal and informal adult learning. *Studies in Continuing Education*. 2011;33(3):333-46.
39. Blanden J, Buscha F, Sturgis P, Urwin P. Measuring the earnings returns to lifelong learning in the UK. *Economics of Education Review*. 2012;31(4):501-14.
40. Pischke JS. Continuous training in Germany. *Journal of Population Economics*. 2001;14(3):523-48.
41. Rowold J, Kauffeld S. Effects of career-related continuous learning on competencies. *Personnel Review*. 2009;38(1):90-101.

42. Picchio M, van Ours JC. Retaining through training even for older workers. *Economics of Education Review*. 2013;32(1):29-48.
43. Taylor P, Urwin P. Age and participation in vocational education and training. *Work, Employment and Society*. 2001;15(4):763-79.
44. Montizaan R, Cörvers F, de Grip A. Training and retirement patterns. *Applied Economics*. 2013;45(15):1991-9.
45. Kyndt E, Michielsen M, van Nooten L, Nijs S, Baert H. Learning in the second half of the career: Stimulating and prohibiting reasons for participation in formal learning activities. *International Journal of Lifelong Education*. 2011;30(5):681-99.
46. Fouarge D, Schils T. The effect of early retirement incentives on the training participation of older workers. *Labour*. 2009;23(SUPPL. 1):85-109.
47. Bassanini A. Training, wages and employment security: An empirical analysis on European data. *Applied Economics Letters*. 2006;13(8):523-7.
48. Roosmaa EL, Saar E. Participation in non-formal learning in EU-15 and EU-8 countries: Demand and supply side factors. *International Journal of Lifelong Education*. 2012;31(4):477-501.
49. Simpson PA, Stroh LK. Revisiting gender variation in training. *Feminist Economics*. 2002;8(3):21-53.
50. Peraita C. Firm-sponsored training in regulated labour markets: Evidence from Spain. *Applied Economics*. 2005;37(16):1885-98.
51. Moreno-Galbis E. The impact of TFP growth on the unemployment rate: Does on-the-job training matter? *European Economic Review*. 2012;56(8):1692-713.
52. Sanders J, De Grip A. Training, task flexibility and the employability of low-skilled workers. *International Journal of Manpower*. 2004;25(1):73-89+140.
53. Vignoles A, Galindo-Rueda F, Feinstein L. The labour market impact of adult education and training: A cohort analysis. *Scottish Journal of Political Economy*. 2004;51(2):266-80.
54. Sanders J, Oomens S, Blonk RWB, Hazelzet A. Explaining lower educated workers' training intentions. *Journal of Workplace Learning*. 2011;23(6):402-16.
55. Almeida-Santos F, Mumford KA. Employee training in Australia: Evidence from AWIRS. *Economic Record*. 2004;80(SPEC. ISS.):S53-S64.
56. Schindler S, Weiss F, Hubert T. Explaining the class gap in training: The role of employment relations and job characteristics. *International Journal of Lifelong Education*. 2011;30(2):213-32.
57. Chambel MJ, Castanheira F. Training of temporary workers and the social exchange process. *Journal of Managerial Psychology*. 2012;27(2):191-209.
58. Albert C, García-Serrano C, Hernanz V. Firm-provided training and temporary contracts. *Spanish Economic Review*. 2005;7(1):67-88.
59. Almeida-Santos F, Mumford K. Employee training and wage compression in Britain. *Manchester School*. 2005;73(3):321-42.
60. Chorus AMJ, Miedema HS, Wevers CWJ, Van der Linden S. Work factors and behavioural coping in relation to withdrawal from the labour force in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2001;60(11):1025-32.
61. Wittekind A, Raeder A, Grote G. A longitudinal study of determinants of perceived employability. *Journal of Organisational Behaviour*. 2009;31(4):566-86.
62. E Berntson E, Sverke M, Marklund S. Predicting perceived employability: human capital or labour market opportunities. *Economic and Industrial Democracy*. 27:223-44.
63. Groot W, Maasen-van den Brink H. Overeducation in the labor market: a meta-analysis. *Economics of Education Review*. 2000;19(2):149-58.

64. Picchio M, Ours van. Retaining through training; even for older workers. London: London Centre for Economic Policy Research, 2011.
65. Fouarge D, Grip De A, Nelen A. *Leren en werken*. Maastricht: ROA, 2009.
66. Parent D. Wages and mobility; the impact of employer- provided traing. *Journal of Labor Economics*. 1999;17(2):298-317.
67. Veum J. Training and job mobility among young workers in the United States. *Journal of Population Economics*. 1996;10:219-33.
68. Vuuren van T, Caniëls MCJ, Semeijn JH. Duurzame inzetbaarheid en een leven lang leren. *Gedrag & Organisatie*. 2011;24(4).
69. Dearden L, Reed H, Reenen van J. The impact of training on productivity and wages: evidence from British Panel data. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*. 2006;69(4):397-421.
70. Budría S, Telhado-Pereira P. The contribution of vocational training to employment, job-related skills and productivity: Evidence from Madeira. *International Journal of Training and Development*. 2009;13(1):53-72.
71. Asplund RTpaeoctAbrotl. The provision and effects of company training: A brief review of the literature. . *The Nordic Journal of Political Economy*. 2004;31:47-73.
72. Arulampalam W, Booth AL. Learning and earning: Do multiple training events pay? A decade of evidence from a cohort of young British men. *Economica*. 2001;68(271):379-400.
73. Fouarge D, Schils T, Grip de A. *Why Do Low-Educated Workers Invest Less in Further Training?* . Bonn: 2010.
74. Pischke J. Continuous training in Germany. *Journal of Population Economics*. 2001;14:523-48.
75. Frazis H, Loewenstein MA. Reexamining the returns to training; form, magnitude and interpretation. *Journal of Human Resources*. 2005;2:453-76.
76. De Grip A, Sauermann J. The effect of training on productivity: The transfer of on-the-job training from the perspective of economics. *Educational Research Review*. 2013;8:28-36.
77. Koster F, de Grip A, Fouarge D. Does perceived support in employee development affect personnel turnover? *International Journal of Human Resource Management*. 2011;22(11):2403-18.
78. Fritz C, Lam CF, Spreitzer GM. It's the little things that matter: an examination of knowledge workers energy management. *Academy of Management Perspectives*. 2011;25(3):28-39.
79. Koning de J, Collewet M, Gravesteijn-Ligthelm J. *Participatie en Gezondheid. Thema 1: De invloed van arbeidsparticipatie en terugkeer naar werk*. Rotterdam: SEOR, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2008.
80. MCKee-Ryan FM, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology*. 2005;90(1):53-76.
81. Oreopoulos P, Salvanes KG. The nonpecuniary benefits of schooling. *Journal of economic perspectives*, 25(1). 2011;25(1):159-84.
82. Burdorf L, Berg van den T, Elders L. *De invloed van gezondheid en arbeidsomstandigheden op duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers. Literatuur- en programmaverkenningen participatie en gezondheid - thema 6 Participatie en gezondheid in relatie tot ouderen en hun arbeidsproductiviteit*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 2008.
83. Brouwer S, Lange de A, Mei van der S, Wessels M, Koolhaas W, Bültmann U. *Duurzame inzetbaarheid van de oudere werknemer: stand van zaken. Overzicht van determinanten, interventies en meetinstrumenten vanuit*

- verschillende perspectieven. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen, Universiteit Groningen, 2012.
84. Niessen N, Kok L, Verbeek J. Beter door de werkgever. De invloed van werkgeversbeleid op gezondheid en verzuim van werknemers. Amsterdam: SEO, 2008.
85. Eysink PED, Hamberg HH, Lambooy MS. Leefstijl en arbeid in balans. Een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en cultuur. Bilthoven: RIVM, 2008.
86. Sockoll I, Kramer I, Bódeker W. Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000 to 2006 BKK Bundesverband Federal Association of Company Health Insurance Funds, 2006.
87. Proper KI, Hamberg-van Reenen H, Berg van den M. Kosten en baten van gezondheidsbevordering op de werkplek. Literatuuronderzoek naar economische evaluaties op het gebied van psychische problemen en overgewicht. Bilthoven: RIVM, 2012.
88. Koppes L, Vroome E de, Mol M, B J, de BSv. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2009. Methodologie en globale resultaten. Hoofddorp: TNO, 2010.
89. Heijmans M, Veer van de J, Spreeuwenberg P, Rijken M. Kennisgegevens Werk en Inkomen: Rapportage 2011. . Utrecht: NIVEL, 2011.
90. Hulshof CTJ. Leefstijlinterventies in de baas zijn tijd? . Ned Tijdschr Geneesk 2013;157(A5931).
91. Euwals R, Mooij de R, Vuuren van D. Van ouderenparticipatie naar -allocatie. Economisch Statische Berichten (ESB). 2009;94(4556):262-5.
92. Gallo WT, Bradley EH, Siegel M, Kasl SV. Health effects of involuntary job loss among older workers: findings from the health and retirement survey. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2000;55(3):S1314-40.
93. Nauta A, Lange de AH, Görtz S. Lang zullen ze leven, werken en leren. Een schema voor het begrijpen en beïnvloeden van inzetbaarheid gedurende de levensloop. Gedrag & Organisatie 2010;23(2).
94. Arbeid Svd. Beleidsagenda 2020. Investeren in participatie en inzetbaarheid. Stichting van de Arbeid, 2011.
95. Montizaan R, Cörvers F, De Grip A. The effects of pension rights and retirement age on training participation: Evidence from a natural experiment. Labour Economics. 2010;17(1):240-7.
96. Sanders J, Grip De A. Training and low-skilled workers' employability., . International Journal of Manpower. 2004;25:73-89.
97. Berg van den M, Schoemaker C. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. RIVM, editor. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum,; 2010.
98. Schuring M, Burdorf A, Kunst A, Mackenbach JP. The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. J Epidem Commun Health. 2007;61:597-604.
99. Kamphuis CB, Van Lenthe FJ, Giskes K, Huisman M, Brug J, J.P. M. Socioeconomic status, environmental and individual factors, and sports participation. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2008;40:71-81.
100. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. . Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries New England Journal of Medicine. 2008;358:2468-81.
101. Niedhammer I, Chastand JF, David S, Kelleher C. The contribution of occupational factors to social inequalities in health: Findings from the French SUMER survey. Social Science & Medicine. 2008;67:1870-81.

102. Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology*. 2005;34(3):610-22.
103. Graaf-Zijl De M, Berg van den G, Heyma A. Stepping stones for the unemployed: The effect of temporary jobs on the duration until (regular) work. *Journal of Population Economics*. 2010;24:107-39.
104. Groot W, Maassen van den Brink H. Scholing en inzetbaarheid van oudere werknemers. *Economisch Statistische Berichten (ESB)*. 1997;82(4114):568-73.
105. Gielen AC, van OJC. Age-specific Cyclical Effects in Job Reallocation and Labor Mobility. *Labour Economics*. 2006;13(4):493-504.
106. Borghans L, Golsteyn B, Grip Ad, Nelen A. *Leren op het werk; Ontwikkelingen en consequenties voor productiviteit en mobiliteit*. 's-Hertogenbosch/Amsterdam: Expertisecentrum Beroepsonderwijs., 2009.
107. De Graaf-Zijl M, van den Berg G, Heyma A. Stepping stones for the unemployed: The effect of temporary jobs on the duration until (regular) work 24(1), 107-139. *Journal of Population Economics*. 2010;24(1):107-39.
108. Booth AL, Francesconi M, Frank J. Temporary jobs: Stepping-stones or dead ends? *Economic Journal*. 2002;112(480):F189-F213.
109. Maximiano S. Two to tango: the determinants of workers' and firms' willingness to participate in job-related training. Mimeo: Purdue University, 2011.
110. Nelen A, de Grip A. Why do part-time workers invest less in human capital than full-timers? *Labour*. 2009;23(s1):61-83.
111. SER. Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, 2009.
112. Bockstael W, Oeij P, Vaas F. Stappenplan meten arbeidsproductiviteit. TNO, 2009.
113. Versantvoort M, Echtelt Pv. Belemmerd aan het werk. SCP, 2012.
114. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environmental & Health*. 2012;38:93-104.
115. Brouwers EP, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2009;19:323-32.
116. Geuskens GA, Hazes JM, Barendregt PJ. Work and sick leave among patients with early inflammatory joint conditions. *Arthritis & Rheumatism*. 2008;59:1458-66.
117. Bethge M. Psychosoziale arbeitsplatzbezogene Faktoren und berufliche Wiedereingliederung bei Rückenschmerzpatienten: Eine Literaturübersicht. *Orthopäde*. 2010;39:866-73.
118. Bot SD, Terwee CB, Van der Windt DA, A.J. VdB, L.M. B, J.. D. Work-related physical and psychosocial risk factors for sick leave in patients with neck or upper extremity complaints. *International Archives of Occupational and Environmental Health*,. 2007;80:733-41.
119. Wevers C, Gründemann R, van Genabeek J, Wynne R, Burens I, Baradat D. Sustainable employability of workers with chronic illnesses: Analysing and enhancing good practice in Europe. Introduction to survey questionnaires. TNO,ANACT,WRC, 2011.
120. Hooftman W, Van der Klauw M, Klein Hesselink J, Terwoert J, Jongen M, Kraan K, et al. *Arbobalans 2011. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO, 2012.
121. Dekker F, Stavenuiter M. *Zzp'ers en het sociale stelsel: op weg naar herziening?* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut., 2012.

122. Cornelissen F, Soons J. Het leerkapitalisme voorbij. Leven lang leren van levensbelang voor laagopgeleiden. Tijdschrift voor Ontwikkeling in Organisaties. 2012:4-12.
123. Hazelzet A, Sanders J, Langelaan S, Giesen F, Keijzer L. Stimuleren van scholing bij lager opgeleide werknemers: duurzame inzetbaarheid. Hoofddorp: TNO, 2011.
124. RWI. We worden er beide beter van. Investeren in de ontwikkeling van werknemers met een lage en/of verouderde opleiding. . Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen (RWI), 2011.

RIVM

De zorg voor morgen begint vandaag