



Fit for Work?

Spier- en gewrichtsaandoeningen en de Nederlandse arbeidsmarkt

Quickscan

Dr. Inge Varekamp, Varekamp Onderzoek & Advies

Drs. Tamara Raaijmakers, Stichting Centrum Werk Gezondheid

Prof. dr. Frank van Dijk emeritus hoogleraar, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, Universiteit van Amsterdam

Drs. Paul Baart, Stichting Centrum Werk Gezondheid

Amsterdam/Amersfoort, 31 juli 2013



Acknowledgements

De auteurs danken dr. Annelies Boonen, hoogleraar reumatologie Maastricht Universitair Medisch Centrum voor het meelesen en het van commentaar voorzien van het gedeelte over de economische aspecten van MSD. Annelies Boonen is lid van the Assessment in SpondyloArthritis International Society (ASAS) working group, werkgroep economische evaluaties van Nederlandse Vereniging voor Reumatologie en lid van de OMERACT (Outcome Measures in Rheumatology) Economics and QALY working groups.

John Griffiths, managing director Work2Health Cardiff UK, samenwerkingspartner van Stichting Centrum Werk Gezondheid, bedanken we voor de Engelse samenvatting van dit rapport.

Dit rapport is in opdracht van Fit for Work Nederland en kwam tot stand met steun van AbbVie B.V.

The logo for AbbVie, consisting of the word "abbvie" in a lowercase, blue, sans-serif font.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
English Summary	5
1. Executive summary	8
2. Inleiding	11
2.1. <i>Vraagstelling, leeswijzer en werkwijze</i>	11
2.2. <i>Het belang van werk</i>	12
2.3. <i>Het spel en de spelers</i>	14
2.4. <i>Vijf veel voorkomende MSD</i>	15
2.4.1. Een overzicht van MSD.....	15
2.4.2. MSD als chronische aandoeningen en de rol van zelfmanagement	17
3. MSD in Nederland	19
3.1. <i>Prevalentie en incidentie van MSD in Nederland</i>	19
3.1.1. Reumatoïde artritis (RA).....	20
3.1.2. Ziekte van Bechterew of Ankylosing Spondylitis (AS).....	21
3.1.3. Artrose	22
3.1.4. Nek- en rugklachten	23
3.1.5. Klachten aan arm, nek en schouder (KANS) of RSI.....	24
3.2. <i>Arbeidsparticipatie en langdurige arbeidsongeschiktheid</i>	24
3.2.1. Arbeidsparticipatie en arbeidsongeschiktheid bij RA.....	25
3.2.2. Arbeidsparticipatie en arbeidsongeschiktheid bij AS.....	25
3.2.3. Arbeidsparticipatie en arbeidsongeschiktheid bij artrose	26
3.2.4. Arbeidsongeschiktheid bij nek- en rugklachten en KANS/RSI	26
3.3. <i>Ziekteverzuim bij MSD</i>	27
4. Knelpunten in werken met MSD	29
4.1. <i>Ervaren knelpunten</i>	29
4.1.1. Knelpunten bij werken met reumatische aandoeningen en artritis	29
4.1.2. Knelpunten rond artrose.....	33
4.1.3. Knelpunten bij werken met rugklachten en KANS	33
4.1.4. Knelpunten volgens leidinggevend en HRM-ers	34
4.2. <i>Het biopsychosociaal of ICF-model als handvat</i>	34

5. Interventies gericht op behoud van werk.....	38
5.1. Preventie van arbeidsongeschiktheid in een breder perspectief.....	38
5.2. Interventies gericht op RA, AS en artrose.....	39
5.3. Interventies gericht op rugklachten en KANS.....	41
5.4. Interventies gericht op andere stakeholders.....	45
6. Economische aspecten van MSD	47
6.1. Directe, indirecte en ‘intangibile’ kosten.....	47
6.2. Werknemer, werkgever en maatschappelijk perspectief.....	48
6.3. Meetwaarden en berekeningsmethoden	49
6.3.1. Berekeningsmethoden	50
6.3.2. Definities	51
6.3.3. Wijze van registreren	52
6.3.4. Ziekte-, individuele en werkgerelateerde aspecten.....	52
6.4. Desk research	53
6.5. Maatschappelijke werkgerelateerde kosten van MSD.....	53
6.6. Verloren arbeidsjaren: DAWY's.....	56
6.7. Meer inzicht nodig in indirecte kosten	58
7. Beleid, wet- en regelgeving.....	60
7.1. Wetgeving met flankerend beleid	60
7.2. Wet loondoorbetalingsplicht bij ziekte.....	60
7.3. Wet poortwachter.....	61
7.4. Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA).....	62
7.5. Ziektewet en modernisering van deze wet.....	63
7.6. Vrijwillige verzekeringen	63
7.7. Stimuleringsregelingen.....	63
7.8. Participatiewet.....	64
7.9. Duurzame inzetbaarheid.....	66
7.10. Uitdagingen: decentralisatie van beleid.....	66
8. Conclusies en aanbevelingen	68
Referenties.....	71

English Summary

Fit for Work? Musculoskeletal diseases and the Dutch Labour Market

Musculoskeletal diseases (MSD) are **among the most common diseases in the Netherlands**.

Focussing on MSD within the Dutch population in the age of 15 to 65, we see that around 87,000 people have rheumatoid arthritis, 44,000 people have developed ankylosing spondylitis, more than 230,000 people suffer from osteoarthritis, 490,000 people experience neck and back pain and 1.1 million people have CANS (complaints of arm, neck and shoulder).

In the coming decades it is expected that there will be an **increase in MSD in the Dutch population**. A variety of factors underpin this increase. They include the phasing out of pension schemes and the increase in the retirement age in steps to 67 years (so that people have to work longer), as well as more difficult access to disability schemes, a situation that has been present for some years. In addition, lifestyle related diseases are increasing in all Western European countries, with MSD included within this lifestyle related disease pattern.

It is very important that those individuals who have developed health problems as a result of MSD and who are no longer able to carry on working in a role that they have had for some time, **remain employable and available to the labour market**. Firstly because work contributes to the quality of life; secondly because the Dutch labour market will need these workers as the economy recovers; and finally because the cost of the welfare state will increase as time goes by. A problem that will be exacerbated as the proportion of older people grows.

Most people in the age range 15-65 years with an MSD are working. Usually they are only slightly, if at all, hindered in their work by their disease. However a minority of people with MSD is seriously hampered in their work by their condition. This can lead to reduced productivity due to health problems (presenteeism), increased sickness related absence and long-term disability.

The **employability** of people with MSD, and particularly for those with chronic MSD such as rheumatoid arthritis and spondylitis, is therefore **lower than for their healthy peers**. Also, their average absenteeism rate is higher.

Symptoms of MSD include fatigue, pain and physical limitations. Fatigue can lead to cognitive impairments such as difficulty in concentrating and for people who might be struggling to maintain their employment these symptoms create even more difficulty.

In addition it has been proven that psychological factors can emerge when an individual is diagnosed with an MSD. These factors include difficulty accepting the onset of the disease, the development of a negative self-image associated with shame and guilt, inadequate coping and communication skills and difficulty in setting personal limits. Furthermore, there is often **a lack of understanding and support from supervisors and colleagues**. Finally, other factors such as job insecurity and poor working conditions might also have an impact.

The problems that people with MSD might encounter in terms of their work and work performance may cause a reduced level of job satisfaction and potentially the loss of their job. **Fatigue, complaints and dissatisfaction with work appear to be good predictors of long term disability**. However, loss of work is not inevitable - it can often be prevented.

Many interventions which equip and enable people with an MSD to keep their job have been developed. Research indicates that **many of these interventions are effective**, especially those that focus on the employee and the workplace rather than those that focus only on the employee.

Historically, the dominant view held by many was that an individual with a chronic disease or an MSD was not fit for work. However during the last 20 years this perception has changed and much more attention is now given to the fact that working with such a condition or an MSD is not only possible but that **work in this context actually contributes to wellbeing**.

In healthcare, for example the focus has shifted to the importance and possibilities of working with a disorder, with this new focus been seen in a variety of ways. In secondary care for example much greater attention has been paid to the importance of work for people with an MSD and encouraging them to recognise the possibilities that work creates; while in primary care, the GP and other caregivers can emphasize more the importance and necessity of working with a chronic disease or an MSD. To further underline the importance of work in the management of chronic disease and MSDs many initiatives have been developed, including those from the Dutch Ministry of Health. These initiatives are based on **the premise that maintaining the ability of a patient to work is an integral element of care standards and treatment guidelines and protocols**.

Within companies and in the mind of workers, the focus is already on the continuation of work so far as is possible. This is reflected in **national laws and regulations which include financial incentives** aimed at early return to work and the prevention of absenteeism and disability. To stimulate hiring

and keeping employees with disabilities in the workplace, the Participatiewet will become effective in the Netherlands on the intended date of January 1, 2015.

The biggest challenge for the future lies in **the implementation of the 'work-to-work' policies in municipalities**. A key question being, 'are municipalities, in cooperation with companies and others, capable of developing and implementing effective and efficient policies and procedures that allow and enable people with disabilities to remain in work?'.

This is also important from an economic perspective for **reduced employment due to MSD has a direct effect on the Gross National Product**. The report focuses on an understanding of the societal costs of work-related MSD. It would appear that more data is available on the direct health care costs associated with MSD than on the indirect costs including work-related costs. While the available data suggest that **the work-related costs are a significant part of the total societal costs of MSD**. These costs relate mainly to the loss of productivity, disability and lost working years (DAWY's) as a result of the condition.

The challenges for the future are first to implement proven and effective interventions for employees; and second, and closely related to the first, to involve as many workers as possible with an MSD in the labour market. The retention of **workers with an MSD in work is now a major concern of all stakeholders in this area** – the workers themselves, their employers, HRM professionals, medical and paramedical professionals involved in the treatment of MSD, occupational health professionals and insurance companies. The reason for this concern is because remaining in work with an MSD is in the interest of the employee, the employer and society a whole.

1. Executive summary

Spier- en gewrichtsklachten, in het Engels musculoskeletal diseases (MSD) genoemd, behoren tot de **meest voorkomende aandoeningen** in Nederland.

Kijken we naar **vijf specifieke MSD** binnen de Nederlandse bevolking van 15 tot 65 jaar, dan zijn er ongeveer 87.000 mensen met reumatoïde artritis, 44.000 mensen met de ziekte van Bechterew, ruim 230.000 mensen met artrose, 490.000 mensen met nek- en rugklachten en 1,1 miljoen mensen met KANS (klachten aan arm, nek en schouder).

De komende decennia is een **toename van deze aandoeningen** binnen de Nederlandse beroepsbevolking te verwachten. Redenen daarvoor zijn dat prepensioenregelingen worden afgebouwd, dat de pensioenleeftijd in stappen wordt verhoogd naar 67 jaar en dat de toegang tot arbeidsongeschiktheidsregelingen de afgelopen tien jaar is bemoeilijkt. Ten slotte is er in alle West-Europese landen een reële toename in de prevalentie van sommige aandoeningen te verwachten als gevolg van een ongezonde leefstijl.

Ook al is het niet altijd mogelijk om op een verantwoorde wijze te blijven werken bij ernstige gezondheidsklachten vanwege MSD, het is **van belang dat zo veel mogelijk mensen inzetbaar blijven voor arbeid**. In de eerste plaats omdat werken over het algemeen bijdraagt aan de kwaliteit van leven. In de tweede plaats omdat de Nederlandse arbeidsmarkt als de economie weer aantrekt deze arbeidskrachten nodig zal hebben. In de derde plaats omdat de lasten van de verzorgingsstaat te veel gaan drukken op een kleine groep werkenden.

De **meeste mensen van 15-65 jaar met MSD werken** en meestal worden ze door hun ziekte niet of slechts licht gehinderd in het uitvoeren van hun werk. Een deel wordt echter ernstig gehinderd. Dit kan leiden tot verminderde productiviteit als gevolg van de gezondheidsklachten (presenteïsme), ziekteverzuim of langdurige arbeidsongeschiktheid.

De **arbeidsparticipatie** ligt dan ook voor mensen met MSD en met name voor de chronische MSD zoals reumatoïde artritis en Bechterew **lager dan voor gezonde leeftijdgenoten**. Ook ligt het gemiddelde ziekteverzuim hoger.

Als mensen met MSD moeite hebben om hun werk vol te houden, dan hebben ze vooral **last van vermoeidheid, pijn en fysieke beperkingen**. De vermoeidheid leidt daarbij tot cognitieve beperkingen zoals concentratiestoornissen.

Daarnaast blijken diverse psychologische factoren een grote rol te spelen bij het optreden van klachten, zoals moeite met de acceptatie van de ziekte en een negatief zelfbeeld, wat gepaard gaat met schaamte- en schuldgevoelens, onvoldoende coping- en communicatievaardigheden en moeite met het stellen van grenzen. Verder is er vaak sprake van **onbegrip bij en gebrek aan steun van de leidinggevende en de collega's**. Ten slotte blijken factoren als werkonzekerheid en slechte arbeidsvoorwaarden een rol te spelen.

De problemen die mensen met MSD door hun ziekte ervaren bij het uitoefenen van hun werk kunnen ertoe leiden dat zij het plezier in hun werk verliezen en uiteindelijk ook hun baan.

Vermoeidheidsklachten en ontevredenheid over het werk blijken goede voorspellers voor arbeidsongeschiktheid. Verlies van werk is echter niet altijd onvermijdelijk: het kan vaak voorkómen worden.

Er zijn veel interventies ontwikkeld en toegepast om mensen met MSD beter toe te rusten om het werk vol te houden. Uit effectiviteitsonderzoek blijkt dat **veel van deze interventies effectief zijn**. Interventies die zich niet alleen op de werknemers richten, maar ook op de werkplek zijn vaak effectiever dan interventies die zich alleen op de werknemer richten.

Lange tijd heeft bij veel mensen het beeld overheerst dat je met een chronische aandoening of met MSD niet kan werken. De afgelopen 20 jaar is er meer aandacht voor het feit dat **werken met een aandoening vaak wel mogelijk is en kan bijdragen aan welzijn**.

Ook in de gezondheidszorg is meer aandacht gekomen voor het belang en de mogelijkheid van werken met een aandoening. In de tweede lijnzorg is de laatste jaren meer aandacht gekomen voor het belang van werk voor mensen met MSD én de mogelijkheden daartoe. De eerste lijn, zoals de huisarts en andere hulp- en zorgverleners, zouden nog meer aandacht aan werken met MSD kunnen besteden. In steeds meer initiatieven, waaronder ook vanuit het ministerie van VWS, is het uitgangspunt dat **werk een vast onderdeel wordt van zorgstandaarden, behandelrichtlijnen en - protocollen**.

Richting bedrijven en werknemers is de focus al gericht op zoveel als mogelijk aan het werk blijven. Dit uit zich in **wet- en regelgeving met financiële prikkels** gericht op spoedige werkhervatting en voorkomen van arbeidsuitval en arbeidsongeschiktheid. Ter stimulering van het in dienst nemen en houden van werknemers met een arbeidshandicap is er de Participatiewet met als beoogde ingangsdatum 1 januari 2015.

De grootste uitdaging voor de toekomst ligt in de **decentralisatie van de uitvoering van het ‘werk-naar-werk’ beleid bij de gemeenten**. Gaat het de gemeenten, in samenwerking met bedrijven en anderen, lukken om een effectief en efficiënt beleid te organiseren gericht op mensen met een arbeidshandicap aan het werk te houden en te helpen?

Dit is ook vanuit economisch perspectief van belang. Zo kan verminderde arbeidsparticipatie door MSD een **effect hebben op het Bruto Nationaal Product**. De rapportage richt zich op een inzicht in de maatschappelijke werkgerelateerde kosten van MSD. Naar voren komt dat er meer data beschikbaar zijn over de directe, de zorgkosten dan over de indirecte, werkgerelateerde kosten van MSD. Terwijl uit de beschikbare cijfers naar voren komt dat de **werkgerelateerde kosten een aanzienlijk deel van de totale maatschappelijke kosten van MSD** vormen. Het gaat dan vooral om productiviteitsverlies, arbeidsongeschiktheid en verloren arbeidsjaren (DAWY's) als gevolg van de aandoening.

De uitdaging voor de toekomst is in de eerste plaats om interventies voor werknemers te implementeren die effectief zijn gebleken. In de tweede plaats, en dat hangt hier nauw mee samen, **om alle stakeholders op dit gebied te betrekken bij het inzetbaar houden van werknemers met MSD**. Het gaat hierbij om werknemers zelf, hun werkgevers, HRM-ers, de medische en paramedische professionals die bij de behandeling van MSD betrokken zijn, de arbozorg en verzekeraars. Want zo goed en zo veel als mogelijk aan het werk kunnen blijven met MSD is in het belang van de werknemer, de werkgever en de maatschappij.

2. Inleiding

2.1. Vraagstelling, leeswijzer en werkwijze

Spier- en gewrichtsklachten, in het Engels musculoskeletal diseases (MSD) genoemd, komen veel voor in Nederland, ook in de groep mensen in de werkende leeftijd van 15 tot 65 jaar. Deze aandoeningen leiden vaak tot moeite om het werk vol te houden en tot verlies van werk. Ondanks inspanningen van de overheid om via wet- en regelgeving de arbeidsparticipatie van mensen met gezondheidsproblemen te bevorderen, blijft de deelname aan betaald werk van mensen met spier- en gewrichtsklachten aanzienlijk achter bij die van de algemene bevolking.

De komende jaren staan ook andere partijen, zoals werkgevers, de gezondheidszorg, werknemers en patiëntenverenigingen voor de uitdaging om samen met de overheid de handen ineen te slaan om de arbeidsparticipatie van deze groep te bevorderen. Dit rapport wil een overzicht geven van de stand van zaken in Nederland: hoe staat het nu met de arbeidsparticipatie van mensen met MSD en hoe kunnen we deze bevorderen. Het overzicht wil duidelijke handvatten bieden in de vorm van evidence based interventies, gericht op verschillende partijen. Wij hopen dat deze partijen er ideeën uit opdoen en inderdaad samen aan de slag gaan om de toegang tot betaald werk te vergemakkelijken en onnodig verlies van werk te voorkómen.

De spier- en gewrichtsklachten die in dit rapport centraal staan zijn ook bekend als klachten aan het bewegingsapparaat of klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat. In het Engels is de term MusculoSkeletal Diseases, afgekort als MSD gangbaar. In dit rapport houden we eveneens de afkorting MSD aan.

Dit rapport is een update van het rapport 'Fit For Work? Musculoskeletal Disorders and the Dutch Labour Market' (2009) van R. McGee, S. Bevan en T. Quadrello in opdracht van Fit for Work Europe. De update heeft de vorm van een quickscan en is gefinancierd door AbbVie.

De vraagstelling van voorliggende quickscan luidt:

1. Wat is de prevalentie en de incidentie van vijf veel voorkomende MSD onder 15-64 jarigen in Nederland en wat zijn de toekomstige ontwikkelingen op dit gebied?
2. Welke recente cijfers zijn er beschikbaar over arbeidsparticipatie, arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim voor deze MSD in Nederland en internationaal?
3. Welke knelpunten ondervinden werknemers met deze MSD bij het uitvoeren van hun werk?

4. Welke effectieve interventies zijn beschikbaar om knelpunten op het werk te verhelpen en arbeidsongeschiktheid of verlies van werk te voorkomen?
5. Wat zijn de economische consequenties of indirecte kosten die met deze MSD gepaard gaan?
6. Welke ontwikkelingen zijn er in de Nederlandse wet- en regelgeving rond de inzet van werknemers met een chronische ziekte of handicap en wat betekenen deze ontwikkelingen voor de stakeholders op dit gebied?

Vraag 1 en 2 worden in hoofdstuk 3 behandeld, vraag 3 in hoofdstuk 4, vraag 4 in hoofdstuk 5, vraag 5 in hoofdstuk 6 en vraag 6 in hoofdstuk 7. Hoofdstuk 8 bevat aanbevelingen, toegesneden op de verschillende stakeholders. In het vervolg van dit hoofdstuk 2 gaan we in op het belang van arbeid voor mensen met spier- en gewrichtsklachten en we geven een overzicht van de stakeholders op gebied van arbeidsparticipatie. Ook beargumenteren we de keuze om vijf specifieke aandoeningen nader uit te lichten en we geven aan waarom de chroniciteit van sommige aandoeningen apart aandacht behoeft.

Voor het beantwoorden van de vragen is desk research verricht waarbij de internationale wetenschappelijke literatuur van de Medline database met behulp van Pubmed is geraadpleegd. Daarnaast is gezocht naar zogenaamde grijze literatuur. Voor hoofdstuk 3 (cijfers over prevalentie, arbeidsparticipatie, arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim) en hoofdstuk 6 (economische aspecten) zijn zoveel als mogelijk Nederlandse cijfers gebruikt, waaronder het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM. Zo nodig is op internationale cijfers teruggegrepen. Voor hoofdstuk 4 en 5 (respectievelijk knelpunten en interventies) ligt het accent op recente internationale reviews en op recente oorspronkelijke Nederlandse studies. Reviews zijn overzichtsstudies waarin de bevindingen van meerdere onderzoeken zijn samengevat.

In Nederland wordt de pensioengerechtigde leeftijd momenteel gradueel opgetrokken tot 67 jaar; de cijfers in dit rapport betreffen echter de leeftijdsgroep 15 tot 65 jaar, aangezien de data nog niet volgens de nieuwe indelingen verzameld en gespecificeerd zijn.

2.2. Het belang van werk

Werk is belangrijk voor mensen, voor mensen die gezond zijn, maar ook voor mensen met gezondheidsproblemen. Tegelijkertijd is werk belangrijk voor de Nederlandse samenleving: de arbeidsmarkt heeft werknemers nodig.

Om met het eerste te beginnen, decennia lang lag in de sociale zekerheid de nadruk op het veilig stellen van inkomen van mensen met gezondheidsproblemen. Onderzoek naar de mogelijkheid ondanks gezondheidsproblemen werk te verrichten had minder prioriteit. De afgelopen 15 jaar is in alle OESO-landen het beleid gekanteld en is er meer aandacht gekomen voor mogelijkheden om te kunnen blijven werken. Het Engelse rapport 'Working for a healthier tomorrow' van Dame Carol Black (Black, 2008) was hierin baanbrekend. Zij pleitte ervoor, onder andere op basis van onderzoek naar de positieve effecten van werken op de fysieke en mentale gezondheid (Waddell and Burton, 2006), om uit te gaan van wat mensen met gezondheidsproblemen wél kunnen, in plaats van wat ze niet kunnen. Fit for work-programma's zouden mensen met bijvoorbeeld spier- en gewrichtsproblemen moeten helpen aan het werk te blijven of weer aan het werk te komen.

Dat werken in onze cultuur een positief effect op het welzijn van mensen kan hebben staat buiten kijf. Een baan verschaft niet alleen een inkomen, en in geval van een vast contract financiële zekerheid, werk geeft ook sociale contacten. Het structureert de dag en de week, het kan bijdragen aan status, een gevoel van identiteit, voldoening, het gevoel een nuttig lid van de samenleving te zijn en ten slotte biedt het de mogelijkheid om vaardigheden en competenties te ontwikkelen (SCP, 2010).

Een tweede reden om aandacht te besteden aan de arbeidsmogelijkheden van mensen met gezondheidsproblemen ligt in het algemeen belang, namelijk in noodzaak te voldoen aan de vraag naar voldoende arbeidskrachten. Op dit moment, voorjaar/zomer 2013, is de werkloosheid op het hoogste punt sinds 30 jaar. Maar in de nabije toekomst zal de werkgelegenheid weer aantrekken en is het belangrijk dat zoveel mogelijk mensen in staat zijn aan betaalde arbeid deel te nemen. De beroepsbevolking¹ zal de komende decennia ouder en ongezonder zijn. De gemiddelde werknemer wordt de komende jaren ouder omdat VUT-regelingen uit de 80-er en de prepensioenregelingen uit de 90-er jaren van de vorige eeuw grotendeels zijn afgebouwd (Brouwer et al, 2012). De pensioenleeftijd gaat de komende jaren in stappen omhoog van 65 naar 67 jaar. Gelijk daarmee wordt de gemiddelde werknemer ook iets ongezonder. In de eerste plaats door demografische ontwikkelingen: gezondheidsproblemen komen nu eenmaal vaker bij ouderen voor en dit geldt zeker voor de grote groep van MSD. In de tweede plaats door een beperktere toegang tot de

¹ Onder de beroepsbevolking of de actieve beroepsbevolking verstaan we de 15-64 jarigen die werken of die werkloos zijn. Deze groep is te onderscheiden van de potentiële beroepsbevolking: alle 15-64 jarigen.

arbeidsongeschiktheidsregelingen. De kosten van deze regelingen zijn de afgelopen decennia fors toegenomen en OESO-landen hebben divers activerend arbeidsmarktbeleid ontwikkeld (Bonoli, 2010), waardoor de drempel om voor bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsregeling in aanmerking te komen is verhoogd. Als gevolg daarvan zullen meer mensen met gezondheidsproblemen blijven werken. In de derde plaats omdat voor enkele specifieke MSD geldt dat deze door een ongezonde leefstijl in de toekomst meer zullen vóórkomen.

We kunnen concluderen dat het met het oog op de toekomst belangrijk is om ervoor te zorgen dat mensen, met én zonder gezondheidsproblemen, aan het werk blijven. Voor de mensen met gezondheidsproblemen zoals MSD is dit des te belangrijker omdat het voor hen lastiger is weer werk te vinden als ze eenmaal hun werk zijn kwijt geraakt. De mensen met MSD behoeven daarbij speciale aandacht. Burdorf et al. (2008) concludeerden in een review naar factoren die de duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers beïnvloeden, dat aandoeningen aan het bewegingsapparaat samen met luchtwegaandoeningen de belangrijkste gezondheidsdeterminanten van arbeidsongeschiktheid vormen, met een verhoogd risico van 1,4 tot 3,3.

Overigens moet in het oog gehouden worden dat lang niet iedereen met MSD in staat zal zijn om betaald werk te verrichten. Soms wordt al te makkelijk gesproken over banen voor arbeidsgehandicapten. Vaak kunnen barrières om te werken worden weggenomen. Soms echter zullen fysieke beperkingen zo groot zijn dat de arbeidsproductiviteit te laag wordt, of zullen de negatieve gevolgen voor de mentale en fysieke gezondheid de positieve gevolgen overstemmen (van Campen en Cardol, 2009; Westerlund, 2009). Zoals Wilkie and Pransky in een recente review benadrukken: in de westerse samenleving waar werken de sociale norm is, draagt werk enerzijds bij aan de kwaliteit van leven, terwijl anderzijds werk met te veel stress of een te hoge fysieke belasting negatieve gezondheidseffecten kan hebben voor mensen met MSD (Wilkie et al., 2012).

2.3. Het spel en de spelers

De komende jaren zullen verschillende partijen samen moeten werken om ervoor te zorgen dat mensen met MSD behouden blijven voor de arbeidsmarkt. Een werknemer met MSD heeft in de praktijk met veel verschillende mensen te maken: op het werk, thuis, in de zorg, rond sociale zekerheid, etcetera.

We kunnen de spelers in de volgende groepen onderscheiden:

- Werknemers en patiënten, en zijn of haar collega's
- Werkgevers, te onderscheiden naar direct leidinggevenden, midden- en hoger management, en HRM-afdelingen
- Zorgverleners in de curatieve sector (huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen en andere medische en paramedische professionals), de revalidatie-, re-integratie- en de arbosector (bedrijfsartsen, bedrijfsverpleegkundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkenden en andere arboprofessionals)
- De overheid en de politiek, op gemeentelijk, regionaal en rijksniveau

Veel van de spelers zijn georganiseerd, bijvoorbeeld in patiëntenverenigingen, vakbonden, werknemersverenigingen, beroepsverenigingen, de vereniging van Nederlands gemeenten, etcetera. Deze partijen zullen de komende jaren op verschillende niveaus tot beleidsdoelstellingen moeten komen. Bijvoorbeeld: een bepaald percentage arbeidsgehandicapten in ieder bedrijf, werkaanpassingen bij specifieke problemen, de organisatie van scholing van professionals op gebied van arbeid en handicap, de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen, checklists of andere 'tools', het aanbieden van training of arbeidsbegeleiding aan werknemers, de verspreiding van good practices of de toewijzing van rollen aan verschillende partijen. Het bereiken van beleidsdoelstellingen vereist een inspanning van diverse spelers, waarbij de middelen en de infrastructuur van kennis en ondersteunende diensten aanwezig dienen te zijn.

2.4. Vijf veel voorkomende MSD

2.4.1. Een overzicht van MSD

Spier- en gewrichtsaandoeningen (MSD) vormen een gevarieerde groep van veel voorkomende aandoeningen aan het bewegingsapparaat. In de International Classification of Diseases (ICD 10) van de WHO worden ze onderverdeeld naar zes hoofdklassen met talloze subklassen. De MSD manifesteren zich in tien verschillende lichaamsgebieden (WHO, 2010). Ze zijn onder andere te onderscheiden naar ernst in de zin van beperkende gevolgen van de ziekte, naar chroniciteit, en naar werkgerelateerdheid.

In dit rapport worden vijf grote groepen MSD nader beschouwd:

1. Reumatoïde artritis (RA)
2. De ziekte van Bechterew (AS)
3. Artrose
4. Nek- en rugklachten (dorsopathieën)
5. Klachten aan arm, nek en schouder (KANS) of RSI

Deze groepen zijn gekozen omdat ze de meest voorkomende MSD vertegenwoordigen. Daarbij zijn er cijfers beschikbaar over het vóórkomen van deze aandoeningen, en ten slotte bestrijken ze tezamen de gehele breedte van de arbeidsgerelateerde problematiek. Zo betreffen de eerste drie groepen chronische aandoeningen: ze gaan niet over als ze eenmaal gediagnosticeerd zijn. Voor nek- en rugklachten en KANS geldt dat ze langdurig of chronisch kunnen worden, maar meestal zijn ze dit niet. Ze zijn over het geheel genomen - we spreken hier uitdrukkelijk over gemiddelden - minder ernstig qua ziektelast en beperkingen. Eigen aan de laatste twee aandoeningen is dat het vaak beroepsziekten of op zijn minst arbeidsgebonden aandoeningen betreft. Dit betekent dat een belangrijke oorzaak in het werk ligt, of dat het werk tot een verergering van de klachten kan leiden. Rugklachten en KANS behoren tot de meest voorkomende beroepsziekten. Zo blijkt uit onderzoek van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten dat in 2011 34% van de daar gerapporteerde beroepsziekten aandoeningen aan houding- en bewegingsapparaat betrof (NCvB, 2012). Bovenstaande vijf aandoeningen kunnen ook anders ingedeeld worden: de eerste twee betreffen inflammatoire aandoeningen, de laatste drie niet-inflammatoire aandoeningen. De inflammatoire aandoeningen hebben meestal grotere gevolgen voor het individu; de maatschappelijke gevolgen van de niet-inflammatoire aandoeningen zijn echter groter, omdat ze veel meer vóórkomen (Wilkie et al., 2012).

De bovengenoemde indeling is een praktische, maar zeker geen ideale; zo overlappen de categorieën hier en daar. De nekkklachten zijn bijvoorbeeld in twee groepen terug te vinden. Ook zal blijken dat bij onderzoek naar de gevolgen van aandoeningen voor het werk of onderzoek naar interventies, soms weer net andere en vaak ruimere categorieën worden gebruikt, zoals 'reumatoïde aandoeningen' of 'artritis'.

2.4.2. MSD als chronische aandoeningen en de rol van zelfmanagement

Zoals gezegd zijn veel MSD chronisch van aard. Deze MSD behoren tegelijk tot de meest voorkomende chronische aandoeningen. Dat veel MSD chronisch van aard zijn heeft verstrekkende gevolgen voor de behandeling en de zorg voor patiënten. Dit is een goede reden om hier expliciet bij stil te staan.

Vanaf de tweede helft van de vorige eeuw hebben chronische ziekten ten opzichte van acute ziekten, met name infectieziekten, aan belang gewonnen. In de loop ter tijd heeft men meer oog gekregen voor de diverse gevolgen van ziekte en voor de rol die de patiënt en diens omgeving zelf spelen bij de behandeling van de ziekte. Tabel 1 geeft een overzicht van de verschillen tussen acute en chronische ziekten.

Tabel 1. Verschillen tussen acute en chronische ziekten*		
	Acute ziekte	Chronische ziekte
Begin	Abrupt	Geleidelijk
Duur	Beperkt	Langdurig en onzeker
Oorzaak	Vaak één oorzaak	Vaak meerdere oorzaken
Diagnose en prognose	Vaak accuraat	Vaak onduidelijk
Uitkomst	Weer gezond	Geen genezing
Onzekerheid	Minimaal	Groot

* Naar Lorig, 1996.

Het hebben van een chronische ziekte stelt de patiënt voor een aantal taken: 1) de ziektegerelateerde taken zoals doktersbezoek, medicatie innemen, zich onderwerpen aan behandelingen, ofwel het zich onderwerpen aan het medisch regime, 2) het aan de gang houden van het dagelijks leven, ofwel het blijven vervullen van diverse rollen, zoals die van ouder, partner en werknemer, 3) het hanteren van een veranderd toekomstperspectief, ofwel de emotionele verwerking (Corbin and Strauss, 1988). Deze aspecten van de chronische ziekte vragen een andere gezondheidszorg met meer aandacht voor psychosociale gevolgen en een andere benadering van patiënten. De Amerikaanse hoogleraar verplegingswetenschappen Kate Lorig heeft vanaf de 80-er jaren van de vorige eeuw het belang van zelfmanagement benadrukt: de patiënt, als de meest deskundige wat betreft zijn of haar eigen ziekte, zelf de regie geven in de behandeling. Dit

veronderstelt dat medische professionals eerder de patiënt ondersteunen om de kennis en vaardigheden en een besef van eigen waarden te ontwikkelen om zo de regierol te kunnen vervullen, dan dat ze deze rol overnemen. In het verlengde hiervan zijn diverse zelfmanagement- of empowermenttrainingen ontwikkeld (Feste and Anderson, 1995; Lorig et al., 2005).

Waar zelfmanagement eerst vooral betrekking had op de medische behandeling, is er de laatste jaren meer aandacht gekomen voor zelfmanagement op het werk: wat heeft een werknemer met reumatoïde artritis of een andere chronische aandoening nodig om zijn of haar werk te kunnen blijven doen, en in hoeverre moet er op het werk ruimte zijn voor de behandeling van de aandoening (Detaille et al, 2010; Munir et al, 2005).

3. MSD in Nederland

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van het vóórkomen van vijf MSD in Nederland, de arbeidsparticipatie, de arbeidsongeschiktheid en het ziekteverzuim. Een betrekkelijk nieuwe term, als we het over economische gevolgen van ziekten en handicaps hebben, is die van zogenaamde presenteeïsme. Hieronder wordt verstaan: het verminderd productief zijn van een niet verzuimende werknemer vanwege een ziekte of handicap. Schattingen van presenteeïsme en de kosten die daarmee gemoeid zijn berusten meestal op zelfrapportages van werknemers en zijn meestal weinig precies. Daarom wordt dit aspect in dit rapport zijdelings behandeld.

3.1. Prevalentie en incidentie van MSD in Nederland

Het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) biedt wetenschappelijk onderbouwde cijfers over het vóórkomen van een aantal MSD, de toekomstige ontwikkelingen op dit gebied en vergelijkingen met het buitenland. Het Nationaal Kompas onderscheidt prevalentie- en incidentiecijfers². De cijfers zijn gebaseerd op zorgregistraties. Deze cijfers zijn over het algemeen lager dan cijfers gebaseerd op bevolkingsonderzoek. Tenzij anders vermeld gaat het om puntprevalenties.

MSD behoren tot de meest voorkomende aandoeningen in Nederland. Kijken we naar alle leeftijdsgroepen, dan vallen artrose en nek- en rugklachten beide in de categorie³ van 300.000-1 miljoen patiënten; reumatoïde artritis valt in de categorie van 100.000-300.000 patiënten evenals osteoporose. Deze laatste komt echter vooral boven de 65 jaar voor (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013).

² De prevalentie betreft het aantal ziektegevallen; bij de jaarprevalentie gaat het om het totaal aantal patiënten met een aandoening in één jaar en bij de puntprevalentie om het aantal patiënten met een aandoening op één moment in het jaar. De incidentie betreft het aantal *nieuwe* gevallen in een jaar. Bij chronische aandoeningen kan de incidentie laag zijn terwijl de prevalentie toch hoog is.

³ Het Nationaal Kompas onderscheidt chronische aandoeningen van weinig naar veel vóórkomend in vijf prevalentie categorieën: 3.000-10.000 mensen, 10.000-30.000, 30.000-100.000, 100.000-300.000, 300.000-1 miljoen mensen.

Tabel 2 geeft een totaaloverzicht van het vóórkomen van de in dit rapport besproken vijf MSD in de leeftijdsgroep 16-64 jaar. Ook onder de beroepsbevolking geldt MSD als een van de meest voorkomende aandoeningen. Respectievelijk 6%, 5% en 10% van de beroepsbevolking geeft aan problemen te hebben met respectievelijk armen of handen, benen of voeten, dan wel rug en nek (Koppes et al, 2013).

Tabel 2. Vóórkomen van vijf MSD in Nederland onder de 15-64 jarigen ¹⁾	
MSD	Aantal
Reumatoïde artritis	87.000
Ziekte van Bechterew	44.000
Artrose	233.000
Nek- en rugklachten	489.000 ²⁾
KANS: klachten aan arm, nek en schouder	1.100.000 ²⁾

¹⁾ Nederland telt ruim 11 miljoen mensen in de leeftijd van 15-64 jaar (CBS, 2013).

²⁾ Puntprevalentie, is het aantal patiënten op één moment.

3.1.1. Reumatoïde artritis (RA)

Reumatoïde artritis (RA) kenmerkt zich door chronische ontstekingen van gewrichten. Deze kunnen in vrijwel alle gewrichten optreden, maar vooral in de kleine gewrichten van handen en voorvoeten. De gewrichtsontstekingen leiden tot pijn, stijfheid, gewrichtsvervormingen en afbraak van kraakbeen, bot en gewrichtskapsel. Ook klachten als moeheid, gewichtsverlies en koorts en stoornissen aan organen als het hart, de bloedvaten, de longen, de zenuwen en de nieren kunnen een gevolg van de ziekte zijn. Daarnaast kunnen de bijwerkingen van de behandeling problemen opleveren.

Bij een vroege diagnose en tijdige behandeling kan de gewrichtsschade beperkt blijven. In de laatste decennia zijn effectieve medicijnen ontwikkeld voor het onderdrukken van de ziekteactiviteit. Vooral de biotechnologisch geproduceerde 'biologische medicijnen' of biologicals zijn veelbelovend (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013).

Wereldwijd wordt de prevalentie van RA geschat op 0,5 à 1%, met een wat hogere prevalentie voor vrouwen (Boonen et al., 2011). Volgens huisartsenregistraties in Nederland in 2007 waren er toen 38.086 mannen en 48.972 vrouwen met reumatoïde artritis in de leeftijd van 15-64 jaar. In werkelijkheid kan de prevalentie iets hoger liggen omdat niet alle patiënten door de huisarts behandeld worden, en slechts een klein deel is bij de reumatoloog in behandeling.

Na een stijging begin 90-er jaren is er nu sprake van een daling van de incidentie van RA. De incidentie voor de groep van 15-64 jarigen is voor mannen en vrouwen respectievelijk 4.231 en 6.247 gevallen per jaar. De prevalentie over alle leeftijden is in Nederland gelijk aan die in andere Noord Europese landen, ongeveer 10/1000 inwoners. Vanwege vergrijzing en bevolkingsgroei is er enige toename te verwachten (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013).

3.1.2. Ziekte van Bechterew of Ankylosing Spondylitis (AS)

De ziekte van Bechterew of (AS) maakt deel uit van de groep aandoeningen bekend onder de verzamelnaam spondyloartritis (SpA), die binnen de ICD-10 weer als een subgroep geldt van de nek- en rugklachten of dorsopathieën. Bij de ziekte van Bechterew (in het Engels Ankylosing spondylitis genoemd of AS) zijn vooral de gewrichten van rug, heupen en knieën ontstoken. De ontsteking kan bij een deel van de patiënten resulteren in de volledige verbening van de wervelkolom. De ziekte uit zich vaak in pijn of stijfheid van (onder)rug en/of nek. Er is lang gedacht dat de ziekte van Bechterew vooral bij jongvolwassen mannen optrad. De aandoening komt echter ook bij vrouwen in ongeveer dezelfde frequentie voor. De ziekte wordt behandeld met ontstekingsremmende middelen (NSAIDs) en bewegingstherapie. Sinds kort wordt ook met de biologicals, namelijk TNF-blokkerende medicijnen behandeld, waarmee de klachten ook goed bestreden kunnen worden (LUMC, 2013).

Het vóórkomen van de ziekte van Bechterew is in Nederland niet recent onderzocht; een klein onderzoek uit 1984 kwam op een prevalentie van 0,24% (van der Linden et al., 1983, aangehaald bij Stolwijk et al. 2012). De prevalentie- en incidentiecijfers laten internationaal een grote variatie zien. Deze is gedeeltelijk toe te schrijven aan verschillen in geografische spreiding van het antigeen HLA-B27, een belangrijke risicofactor voor AS en andere vormen van spondyloarthritis, maar ook aan verschillen in onderzoeksmethode (Stolwijk et al., 202). Een recente review laat zien dat de prevalentie bij 31 internationale studies varieert van 0,01 % tot 1,8% bij mensen ouder dan 18 jaar. Incidentiecijfers variëren van 0,44 per 100.000 per jaar tot 7,3 per 100.000 per jaar. In Noord-Europese landen en de VS ligt de prevalentie redelijk gelijk, tot aan 0,53%; deze is hoger dan in de

meeste andere landen ter wereld. AS komt volgens sommigen vaker voor onder mannen dan onder vrouwen (Van Stolwijk et al. 2012), volgens anderen niet (LUMC, 2013). Uitgaande van een prevalentie van 0,4% en ruim 11 miljoen Nederlanders in de leeftijd van 15-64 jaar (CBS 2013, cijfers voor 2010) zijn er nu ongeveer 44.000 mensen met AS in deze leeftijdsgroep.

3.1.3. Artrose

Artrose of gewrichtsslijtage is een veel voorkomende gewrichtsaandoening met name bij ouderen. De belangrijkste, objectief waarneembare kenmerken zijn structuurverandering en verlies van kraakbeen en botwoekeringen in het gewricht. Dit leidt tot verlies van de normale verhoudingen in het gewricht, met als gevolg (pijn)klachten, ochtend- en startstijfheid en beperkingen in het bewegen. Artrose wordt ingedeeld naar knie- heup- en overige artrose.

Artrose kan leiden tot ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren, waarbij mensen afhankelijk worden van de omgeving en zorgvoorzieningen. Klachten en beperkingen hangen mede af van leeftijd, locatie van het aangedane gewricht, radiologische verschijnselen, pijn, overgewicht, algehele conditie en verschillende psychosociale factoren. Er is een samenhang tussen radiologische verschijnselen en klachten of beperkingen, maar bij radiologische verschijnselen is er niet altijd pijn en omgekeerd kunnen er symptomen van artrose zijn zonder radiologische verschijnselen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013).

Het optreden van artrose is meestal niet werkgerelateerd, maar een zware fysieke belasting is een risicofactor voor knie- en heupartrose. Vooral een knielende werkhouding, springen en zwaar tillen kunnen een risico vormen (Bieleman et al., 2011).

Volgens huisartsenregistraties waren er in 2007 115.665 mannen en 117.011 vrouwen met artrose in de leeftijd van 15-64 jaar. Dit betreft vermoedelijk een onderregistratie. De meest voorkomende soorten artrose zijn achtereenvolgens knie- en heupartrose. De prevalentie is sinds 1990 toegenomen; de verwachting is dat de prevalentie, en dan vooral van knieartrose, de komende jaren sterk zal stijgen vanwege vergrijzing en de toename van het aantal mensen met overgewicht. De incidentie van artrose voor deze leeftijdsgroep is 17.769 mannen en 29.996 vrouwen per jaar (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013).

3.1.4. Nek- en rugklachten

Bij nek- en rugklachten (dorsopathieën) gaat het om een verzameling aandoeningen met diverse en dikwijls onbekende oorzaken en pathologische processen. Over rugklachten is het meest bekend. Deze klachten worden doorgaans ingedeeld in *specifieke* rugklachten, met een specifiek pathofysiologisch mechanisme, bijvoorbeeld een hernia nuclei pulposi (HNP), een infectie, een ontsteking, osteoporose, een fractuur of een tumor, en *aspecifieke* rugklachten. Bij deze laatste is geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar. Dit is bij ongeveer 90% van de rugklachten het geval.

Rugklachten worden ook naar duur ingedeeld:

- Acute rugklachten (duur van minder dan 6 weken)
- Sub-acute rugklachten (duur van 6 tot 12 weken)
- Chronische rugklachten (duur van meer dan 12 weken)

Belangrijke symptomen van aspecifieke rugklachten zijn pijn en verminderd lichamelijk functioneren in termen van het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en werk. De pijn zit vaak onder in de rug (lage rugpijn), maar soms ook hoger.

Het beloop van aspecifieke rugklachten is in de meeste gevallen gunstig. Van de mensen met rugklachten in de algemene bevolking herstelt ongeveer 50% binnen een week. Zo'n 95% herstelt binnen drie maanden. In het algemeen geldt dat rugklachten vaker en ernstiger terugkomen wanneer iemand in het verleden vaak of langdurig rugklachten heeft gehad (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013).

Nek- en rugklachten zijn de meest voorkomende klachten van het bewegingsapparaat. In 2003 hebben de huisartsen naar schatting bijna 1,6 miljoen personen met nek- of rugklachten behandeld of doorverwezen. De puntprevalentie volgens de huisartsenregistraties was in 2007 voor mannen en vrouwen in de leeftijd van 15-64 jaar respectievelijk 225.004 en 263.522. De incidentie van nek- en rugklachten in deze leeftijdsgroep was voor mannen en vrouwen respectievelijk 388.812 en 479.909 per jaar. Bedacht moet worden dat dit én kortdurende én chronische (langer durend dan 3 maanden) klachten betreft. Hoewel het beloop van aspecifieke rugklachten meestal gunstig is, heeft 29% van de mensen van 25 jaar en ouder nek- of rugklachten die 3 maanden of langer duren. Daarbij komen klachten laag in de rug het meest voor (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013).

Tussen 1993 en 2003 was er geen duidelijke toe- of afname in nek- of rugklachten. Op basis van demografische ontwikkelingen zal het absolute aantal personen met deze klachten over alle leeftijden met ongeveer 7% toenemen tussen 2005 en 2025. In Nederland lijken deze klachten niet meer of minder voor te komen dan in andere landen, maar verschillen in classificatiesystemen bemoeilijken een internationale vergelijking (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013). Overigens telt het Nationaal Kompas de ziekte van Bechterew mee onder de categorie nek- en rugklachten.

3.1.5. Klachten aan arm, nek en schouder (KANS) of RSI

Dit betreft aandoeningen van de bovenste ledematen en de nek die meestal werkgerelateerd zijn. Het gaat om specifieke aandoeningen, zoals carpaal tunnel syndroom of tenniselleboog, en aspecifieke aandoeningen, zoals pijn in de schouder waarvoor een specifieke lichamelijke oorzaak lastig vast te stellen is (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013).

De groep aandoeningen overlapt met de groep nek- en rugklachten zoals door het Nationaal Kompas Volksgezondheid is gedefinieerd. De uitkomsten van prevalentieberekeningen voor deze klachten zijn afhankelijk van de vraagstelling en de methode van het onderzoek. In de praktijk lopen schattingen uiteen. Zo kwam de Gezondheidsraad in 2000, bij geen onderscheid naar ernst en duur van de klachten, op een prevalentie tussen de 20% en 40% (Gezondheidsraad, 2000). TNO heeft recenter onderzoek verricht en komt op een lager percentage: 15% van de beroepsbevolking, ofwel 1,1 miljoen werknemers heeft last van RSI. Artsenbezoek vanwege werkgerelateerde RSI wordt op 4,5 à 9%, ofwel 340.000 à 675.000 werknemers per jaar geschat (Blatter et al, 2005).

3.2. Arbeidsparticipatie en langdurige arbeidsongeschiktheid

De arbeidsparticipatie betreft het percentage mensen met betaald werk in de leeftijdscategorie van 15-64 jarigen. Dit cijfer wordt voor mensen met een chronische aandoening vaak vergeleken met het nationale cijfer. De arbeidsparticipatie in Nederland bedraagt ongeveer 67%. Daarnaast zijn er de langdurige arbeidsongeschikten, vroeger bekend als de WAO'ers en tegenwoordig als de mensen met een WIA-uitkering (zie hoofdstuk 7). Voor lang niet alle MSD zijn recente Nederlandse gegevens over arbeidsparticipatie of arbeidsongeschiktheid beschikbaar. Er zijn soms wel internationale cijfers; verschillen tussen landen zijn echter lastig te interpreteren vanwege verschillen in sociale zekerheidsstelsels.

3.2.1 Arbeidsparticipatie en arbeidsongeschiktheid bij RA

Naar arbeidsparticipatie bij RA zijn de meeste studies verricht. Een recente internationale review laat op basis van 12 cross-sectionele studies zien dat mensen met RA 1,2 à 3,4 maal zo veel kans hebben om niet te werken als mensen zonder RA (Boonen et al., 2011). Het percentage mensen dat hun werk verliest neemt toe met de duur van de RA. Burton et al. (2006) laten in een review zien dat van de mensen die bij aanvang van hun ziekte werken, na tien jaar 20 à 70% arbeidsongeschikt is geraakt. Arbeidsongeschiktheid treedt overigens soms al snel op. Eberhardt et al. (2007) vinden in een Zweedse studie onder 148 patiënten die minder dan één jaar RA hadden dat de arbeidsongeschiktheid bij de start van de studie 28% bedraagt, om na 5, 10 en 15 jaar op te lopen tot respectievelijk 35%, 39% en 44%. Bovengenoemde review van Boonen et al. (2011) concludeert uit enkele longitudinale studies dat een derde van de werkenden hun werk binnen twee jaar na diagnose kwijtraakt. Gignac et al. (2008) vinden in een grote Canadese studie met langdurige follow-up dat van 490 werkenden met artritis (in dit geval RA of artrose) na een periode van 4,5 jaar 37% zonder werk is.

Een onderzoek onder bijna 300 Nederlandse RA-patiënten laat zien dat na correctie voor sekse en leeftijd, bij een gemiddelde ziekteduur van ruim vier jaar, het percentage werkenden 16% lager ligt dan voor de algemene bevolking en het percentage arbeidsongeschikten 11% hoger (Verstappen et al., 2005). Een recenter Nederlands onderzoek stelt vast dat 23% van de werkende mensen met chronische artritis binnen twee jaar zonder werk raakt (Boonen et al., 2011).

Kijken we naar de arbeidsongeschiktheidscijfers van het UWV, dan zien we dat van de bijna 600.000 arbeidsongeschikten (WAO, WIA) in 2011 het bij een kwart daarvan, ruim 150.000 mensen, MSD betreft, en daarvan gaat het bij 7000 mensen om RA (Blankers et al, 2012).

3.2.2. Arbeidsparticipatie en arbeidsongeschiktheid bij AS

Uit een Nederlandse studie volgt dat de arbeidsparticipatie voor mensen met AS 11% lager is in vergelijking met de gemiddelde Nederlandse populatie (Boonen et al, 2001). Deze cijfers zijn gecorrigeerd voor leeftijd en sekse. Voor mannen met AS geldt een aanzienlijk groter verschil in arbeidsparticipatie dan voor vrouwen; de arbeidsparticipatie is respectievelijk 15 en 5% lager. Dit verschil is er niet voor de mate van arbeidsongeschiktheid: beide groepen kennen een 15% hogere

mate van arbeidsongeschiktheid dan onder de algemene Nederlandse bevolking (Boonen et al, 2001).

3.2.3. Arbeidsparticipatie en arbeidsongeschiktheid bij artrose

Recent is er meer aandacht voor de gevolgen van artrose voor werk. Bieleman et al. (2011) voerden een internationale systematische review uit naar de arbeidsparticipatie bij artrose. Onderzoek op dit gebied is schaars en van matige kwaliteit. Hun bevinding is dat het beeld internationaal gevarieerd is; sommige studies vinden weinig verschil met werknemers zonder artrose, maar ook wordt gevonden dat na 4,5 jaar een derde van de patiënten zijn of haar werk kwijt is. De overall conclusie is dat artrose een gematigd (mild) negatief effect heeft op de arbeidsparticipatie. Veel patiënten lukte het om ondanks beperkingen aan het werk te blijven.

In Nederland werd door dezelfde Bieleman (et al. 2010a) de afgelopen jaren een grote studie verricht onder ruim 1.000 patiënten. Het ging om mensen met vroege heup- en of knieartrose, dat wil zeggen, waarbij het eerste bezoek aan een arts hiervoor korter dan 6 maanden geleden was. De gemiddelde leeftijd van deze patiënten was 56 jaar en 79% van de patiënten was vrouw. De arbeidsparticipatie bedroeg 51%, dit is gelijk aan de participatie in een vergelijkbare groep zonder artrose. Wel kwam parttime werken iets meer voor; 14% had een werkaanpassing. In een vervolgonderzoek (Bieleman et al., 2013) bleek dat voor de Nederlandse groep na twee jaar de arbeidsparticipatie was gedaald van 51% naar 46%, vergelijkbaar met de daling voor een vergelijkbare groep zonder artrose.

In Zweden is recent onderzoek uitgevoerd onder een groep van ruim 15.000 patiënten met knieartrose in de leeftijd van 15-64 jaar. Bij hen werd een alarmerend beeld gevonden dan in Nederland: de kans op arbeidsongeschiktheid ligt 40 à 50% hoger dan bij de algemene bevolking en de kans op ziekteverzuim is bijna twee maal zo hoog. Hierbij moet bedacht worden dat deze groep ook mensen omvat die al veel langer artrose hebben (Hubertsson et al, 2013).

3.2.4. Arbeidsongeschiktheid bij nek- en rugklachten en KANS/RSI

Hoewel het bij deze groep klachten betreft die vaak niet chronisch zijn heeft het toch zin te spreken over de problemen met arbeidsparticipatie. De reden is dat deze klachten wel degelijk zo ernstig en langdurig kunnen zijn dat ze tot verlies van werk kunnen leiden.

Acht jaar geleden bedroeg het aantal arbeidsongeschikten (WAO-ers) vanwege RSI 23.000 mensen, waarbij het in 15.400 gevallen om werkgerelateerde RSI ging. Dit betrof respectievelijk 0,3% en 0,2 procent van de beroepsbevolking (Blatter et al., 2005).

3.3. Ziekteverzuim bij MSD

Ziekteverzuimcijfers voor diverse aandoeningen zijn afhankelijk van precieze omschrijvingen van de aandoening, van de dataverzamelmethode en ook van sociaal-economische ontwikkelingen die algemeen verzuimgedrag beïnvloeden. In grote lijnen zijn er goed uitspraken over ziekteverzuim te doen. Zo blijkt uit een recente samenvattende studie van het Nivel naar de arbeidssituatie van mensen met een chronische ziekte of een matige of ernstige beperking dat het percentage mensen dat verzuimt en het aantal malen verzuim per jaar niet veel hoger is dan bij de algemene werkende bevolking, maar àls men verzuimt, dan duurt het vaak wel langer, namelijk gemiddeld 31 dagen vergeleken met 14 dagen bij de algemene werkende bevolking (Maurits et al., 2013).

Een internationale review laat zien dat werknemers met RA gemiddeld 46 dagen per jaar verzuimen, terwijl dat voor overige werknemers op gemiddeld 11 dagen ligt (Boonen et al, 2011). Verstappen et al. (2005) vinden dat werknemers met RA in Nederland gemiddeld 22 dagen extra verzuimen. De Graaf et al. (2011) vinden een veel lager cijfer, namelijk van 3,9 dagen extra verzuim voor een groep artritispatiënten. Waarschijnlijk is dit lagere cijfer deels het gevolg van het feit dat dit én RA-patiënten én mensen met artrose betreft (zie ook Blankers et al. 2012). Een ander Nederlands onderzoek onder werknemers met artritis vindt dat op het moment van diagnose 54% verzuimt vanwege ziekte, een verzuim dat gemiddeld 18,7 weken duurt (Boonen et al. 2011).

Een internationale review over ziekteverzuim bij werknemers met de ziekte van Bechterew (AS) laat een gemiddeld AS-gerelateerd ziekteverzuim zien dat varieert van 6,5 tot 18 dagen per jaar (Boonen, 2006). Een Nederlandse studie laat zien dat het ziekteverzuim onder 72 werkende AS patiënten in twee voorafgaande weken 12% was, en dat 53% van de patiënten een negatieve invloed van AS op hun productiviteit ervaart (Boonen et al, 2011).

Over ziekteverzuim bij artrose is niet veel bekend. Een review van Wilkie et al (2012) komt op een verzuim van gemiddeld 9,6 dagen per jaar, vergeleken met 8,5 dagen voor overige werknemers. De eerder genoemde review van Bieleman (2011) sluit hierop aan. Zij concluderen dat rapportages over

ziekteverzuim een gevarieerd beeld laten zien, maar dat het verzuim niet heel hoog lijkt te zijn. Wel zijn er enkele patiënten die het gemiddelde verzuim optrekken vanwege langdurig verzuim.

KANS of RSI is overwegend geen chronische aandoening, Wel levert KANS/RSI een behoorlijke bijdrage aan het ziekteverzuim, namelijk 2 à 4%. Dat betekent dat jaarlijks 150.000 à 300.000 mensen zich ziekmelden vanwege KANS. KANS/RSI kan langdurig zijn: 0,06 à 0,5% van het verzuim in Nederland betreft KANS klachten die langer dan 13 weken duren. Hierbij gaat het om 4.500 à 37.500 werknemers (Blatter et al, 2005). De grote variatie in deze cijfers laat al zien hoe lastig het is goed te schatten. Hetzelfde geldt voor nek- en rugklachten. Wel is duidelijk dat de groep MSD in zijn geheel verantwoordelijk is voor een groot deel van het verzuim. Het ziekteverzuim bedraagt in Nederland in 2011 gemiddeld 4,3%. Kijken we naar langdurend verzuim, dan blijkt dit in 2012 bij mannen voor 44% en bij vrouwen voor 29% te herleiden tot MSD (Nationaal Kompas, 2013).

4. Knelpunten in werken met MSD

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de knelpunten die mensen in hun werk ervaren of van de factoren waarvan bekend is dat ze met arbeidsongeschiktheid of baanverlies samenhangen. Deze knelpunten en de factoren, voor zover ze vatbaar voor verandering zijn, zijn tevens de aanknopingspunten voor interventies gericht op het voorkómen van verlies van werk.

4.1. Ervaren knelpunten

4.1.1. Knelpunten bij werken met reumatische aandoeningen en artritis

Wat zijn de barrières die mensen met MSD ervaren in hun dagelijks werk? Afhankelijk van de soort aandoening is hier meer of minder onderzoek naar gedaan. Met name rond RA en de wat ruimere groepen van reumatische aandoeningen of artritis is veel onderzoek gedaan. Oudere onderzoeken leggen de nadruk op de rol die ziekte- en werkkenmerken spelen. Voor zover het verband met arbeidsongeschiktheid wordt onderzocht, is er veel aandacht voor de samenhang tussen persoonskenmerken en arbeidsongeschiktheid. Uit reviews blijkt dat voor RA de volgende factoren gelden als voorspellers van arbeidsongeschiktheid: ervaren gezondheidsklachten, fysieke beperkingen, een hogere leeftijd, een lagere opleiding, vrouw zijn, fysiek zwaar werk en ziekteverzuim (De Croon et al, 2005; Detaille et al, 2009). Een recente review over reumatische aandoeningen noemt de volgende factoren die bijdragen aan de moeite om aan het werk te blijven: pijn, vermoeidheid, werkdruk, gebrek aan werkaanpassingen, weinig autonomie wat betreft werktaken en planning, woon-werkverkeer, een ervaren conflict tussen werk en gezondheid, en gebrek aan steun vanuit het thuisfront of van de leidinggevende en collega's op het werk (Gignac et al., 2012). De laatste jaren, met een globaliserende arbeidsmarkt, is er meer aandacht voor de negatieve rol die gebrek aan werkzekerheid speelt (Lucasczik et al. 2011). Ook Boonen en Mau (2009) concluderen dat verlies van werk voor RA en AS samenhangt met ongunstige arbeidsvoorwaarden.

Vooraf uit recent kwalitatief onderzoek, waarbij de respondenten met behulp van interviews of in focusgroepen naar hun ervaringen en opvattingen wordt gevraagd, blijkt het belang van verschillende psychosociale factoren voor het vol kunnen houden van het werk (Nilsson et al, 2007; Lacaille et al 2007; Gustafsson et al, 2004, van der Meer et al, 2011, Hoving et al, 2013). Hoving et al (2013) vatten in een review de bevindingen samen uit een tiental kwalitatieve studies

naar de 'uitdagingen' die gepaard gaan met werken met inflammatoire artritische aandoeningen. Zij kwamen uit op zeven thema's die voor veel mensen belangrijk bleken:

1. De ziektesymptomen: moeheid, pijn, stijfheid en fysieke beperkingen, waarbij de moeheid als overheersend werd gezien.
2. Het 'management' van de ziekte op het werk, waaronder het in staat zijn tot acceptatie en het kunnen inschatten van eigen mogelijkheden.
3. Sociaal-economische knelpunten, waaronder de onzekerheid over toekomstig werk en arbeidsongeschiktheidsregelingen.
4. Arbeidsvoorwaarden, werkaanpassingen, met name ergonomische aanpassingen en flexibiliteit in werktijden en taken, en woon-werkverkeer.
5. Emotionele uitdagingen: angst voor de onzekere toekomst waar het werk betreft, verdriet vanwege allerlei beperkingen, gevoelens van afhankelijkheid tegenover anderen en schuldgevoel bij niet optimaal functioneren.
6. Interpersoonlijke problemen: de communicatie die nodig is om goed uit te leggen wat er aan de hand is, om begrip te krijgen en zo nodig hulp.
7. De betekenis van werk: velen realiseerden zich hoe belangrijk werk voor hen is en hoe hun identiteit verweven is met het werk. Anderen realiseerden zich dat ze noodgedwongen hun werk minder belangrijk gingen vinden.

Twee Nederlandse kwalitatieve studies lichten we hier eveneens uit. Detaille et al. voerden een concept mapping studie uit, waarbij kwantitatieve en kwalitatieve methoden gecombineerd werden om in groepsgesprekken de ervaringen van werknemers met reuma te onderzoeken.

Achtereenvolgens noemden zij de volgende aspecten als meest belangrijk voor mensen met reuma om hun werk vol te kunnen houden: 1) steun van de leidinggevende, 2) acceptatie van de ziekte door henzelf en het begrijpen van de medische aspecten van de ziekte, 3) werkaanpassingen, en 4) steun van collega's, medische professionals en van de patiëntenvereniging (Detaille et al, 2003; Varekamp et al, 2005). Uit deze resultaten blijkt hoe belangrijk de arbeidsverhoudingen zijn, met name de relatie met de leidinggevende. En hoe belangrijk het is na te denken over mogelijke aanpassingen zoals een aangepaste pc of meubilair, meer vrijheid in het plannen van werktaken of de mogelijkheid om deels thuis te werken.

Van der Meer et al (2011) hielden interviews met 14 werknemers met RA naar hun ervaringen. Allen werden met anti-TNF-therapie (adalimumab) behandeld, waarvan bekend is dat het een positieve

uitwerking heeft op werkfunctioneren. Dat betekende niet dat alle problemen opgelost waren. In kader 1 staan de belangrijkste conclusies. De studie laat heel mooi zien hoe ziektekenmerken, psychologische, werk- en sociale factoren onderling samenhangen. Vooral de citaten zijn verhelderend.

Vooraf bij de chronische MSD zijn psychosociale problemen begrijpelijk als we ons realiseren hoe lastig het kan zijn om een chronische aandoening te combineren met het uitoefenen van een beroep en het vormgeven van een loopbaan. De HRM-deskundigen Beatty en Joffe (2006) formuleerden vier belangrijke aspecten. In de eerste plaats zijn aandoeningen als RA, AS en artrose per definitie permanent: het gaat nooit meer over. Dat betekent met name voor aandoeningen die op jonge leeftijd optreden dat mensen zich moeten aanpassen aan een veranderd toekomstperspectief. Ten tweede worden deze aandoeningen, en dat geldt vooral voor RA, gekenmerkt door variabiliteit van de symptomen, van dag tot dag of van week tot week (zie ook Gignac et al.; 2012). Dat betekent dat men de ene dag last heeft en een volgende dag of week niet, wat het plannen van het werk voor de persoon zelf en de leidinggevende lastig kan maken en tot vervelende misverstanden met anderen kan leiden. Ten derde zijn deze ziekten vaak onzichtbaar voor anderen, wat nog eens bij kan dragen aan misverstanden met anderen. Ten vierde kan de prognose onzeker zijn: treedt er verslechtering op, en hoe snel gaat dat? Al met al kunnen de chronische MSD een groot beroep doen op de coping capaciteiten van de patiënten en op hun vaardigheid om helder met anderen op het werk te communiceren over hun ziekte en over wat wel en niet kan.

Kader 1 Ervaringen en behoeften van werknemers met RA in Nederland

1. Werkervaringen: symptomen van RA

De meeste werknemers merken dat ze na de start met de anti-TNF behandeling makkelijker het werk volhouden. Voor sommigen is het een grote verbetering. Citaat: *'Voordat ik [adalimumab] gebruikte was ik moe en beleefde ik geen plezier meer aan de sociale contacten die ik had. Nu is het weer als tevoren. Ik functioneer weer als vroeger en voel me weer energiek. Ik waardeer vooral dat ik weer lekker in mijn vel zit en dat ik energie heb. Het voelt als een groot cadeau'*. Aan de andere kant worden vermoeidheid, pijn en stijfheid nog altijd door velen als belemmering in het optimaal functioneren gezien. De vermoeidheid geeft concentratieproblemen en leidt ertoe dat alles op het werk en thuis langzamer gaat.

2. Werkervaringen: de invloed van de werkomgeving

Controle over het werk, in de zin dat men flexibel kan zijn in uren en in taken, en steun van collega's wordt door de meesten belangrijk gevonden. Toch vinden velen het moeilijk om hun collega's of leidinggevende hulp te vragen. De steun van werkgevers loopt uiteen van compleet afwezig tot begripvol en behulpzaam op alle fronten. Citaat: *'Toen ik merkte dat mijn werkgever mijn situatie begreep werd ik kalmer. Gewoon omdat ik nu weet dat het (de RA) geaccepteerd wordt'*.

Een ander citaat: *'De reactie is van iedereen wel begripvol, maar je hebt met verschillende afdelingen te maken (om iets gedaan te krijgen). Mijn werkgever stuurt mails met het verzoek dat de afdelingen waar ik mee werk rekening houden met mijn situatie, maar uiteindelijk zijn ze daar nog steeds niet toe in staat. Dat geeft ergernis. Na twee jaar heb ik het helemaal gehad'*.

De meeste mensen vinden het nog steeds moeilijk om zelf met hun beperkingen rekening te houden en grenzen te stellen. Citaat: *'Soms zat ik achter mijn bureau en dacht: 'Wat doe ik hier, ik zou naar huis moeten gaan'. Dan vond ik het toch heel moeilijk om zelf die beslissing (om naar huis te gaan) te nemen. Een ander citaat: 'Als ik thuis kom van mijn werk, dan ben ik op. De laatste paar jaar is mijn leven enorm veranderd. Mijn hobby's, dat is allemaal voorbij. Door de week doe ik (naast mijn werk) helemaal niets meer. Dat is onmogelijk geworden'*.

3. Hulp vanuit de gezondheidszorg

Het meest behulpzaam werden de gespecialiseerde reumaverpleegkundigen gevonden. Maar ook reumatologen, psychologen, bedrijfsartsen of maatschappelijk werkers bieden steun die uiteen kan lopen van een enkele keer tot meerdere keren per jaar. Steun kan heel praktisch zijn zoals het regelen van een parkeervergunning of het noemen van mogelijkheden van fysiotherapie, informatie over uitkeringen, of advies over rust nemen. Het kan om coaching gaan of hulp bij het verhelderen van problemen en het herkennen van patronen.

4. Behoeften rond werkparticipatie

Veel mensen hebben behoefte aan hulp rond het werk. Het zou volgens hen goed zijn als medische professionals daar zelf het initiatief in nemen. Citaat: *'Soms heb ik het gevoel dat ze je maar door laten modderen. Je moet natuurlijk zelf het voortouw nemen, maar wàt als je het zelf niet door hebt? Daar zijn medische professionals voor. Zij kunnen me vertellen wat ik wel kan en wat niet. Misschien zijn er wel een heleboel mogelijkheden waar ik niet aan heb gedacht. Als mij wordt gevraagd of er problemen op het werk zijn, dan voel ik me vrijer om daarover te praten (...). Ik zou het waarderen als de reumatoloog zich over mijn werksituatie buigt'*. Anderen noemen de noodzaak om informatie over RA te geven aan de werkgever en collega's. Citaat: *'Soms voel je je zo verkeerd begrepen. Ik zou het fijn vinden als iemand de mensen op mijn werk en thuis vertelt hoe mijn situatie is. Dat een arts informatie geeft aan mijn werkomgeving. Nu ben ik weer drie weken met ziekteverlof. Ik voel me daar schuldig en ongemakkelijk over'*.

Bron: van der Meer et al (2011)

4.1.2. Knelpunten rond artrose

De eerder genoemde Bieleman (2010b) constateerde dat werknemers met artrose een significant slechtere fysieke gezondheidstoestand hadden dan een controlegroep, en dat vrouwen ook qua mentale gezondheid slechter scoorden. Vrouwen scoorden slechter op alle tests die hun functionele capaciteit of werkvermogen testten (FCE) en mannen op drie van de zes tests. Een deel van de vrouwen met artrose had een werkvermogen dat hen ongeschikt maakte voor fysiek werk.

4.1.3. Knelpunten bij werken met rugklachten en KANS

De Vries en collega's voerden een systematische review uit naar factoren die bepalen of mensen met chronische pijn aan het bewegingsapparaat aan het werk blijven of juist niet. Het ging hierbij om pijn die langer dan zes maanden aanwezig was, maar zonder een medische verklaring zoals RA, artritis, neurologische afwijkingen, botbreuk of ernstige pathologische afwijkingen aan de wervelkolom. Het aantal onderzoeken op dit gebied bleek beperkt. Uit vijf kwantitatieve studies leidden ze af dat doorwerken beter gaat als er geen hoge emotionele belasting is, noch grote fysieke beperkingen. Uit twee kwalitatieve studies bleek dat aanpassingen die mensen zelf regelden ertoe deden, zoals het anders prioriteren van activiteiten, bijvoorbeeld minder huishoudelijk werk en minder vrijetijdsbesteding. Daarnaast waren werkplekaanpassingen belangrijk, zoals minder uren, een gevarieerde werkhouding, variabele werktaken, flexibele werktijden en verbeterde ergonomie.

Ook effectieve communicatie met de leidinggevende en steun van de leidinggevende en collega's bleken belangrijk (De Vries et al. 2012a). Doorwerkers noemden in interviews de volgende vier motivaties om door te gaan: werk als waarde, als therapie, als inkomen en als verantwoordelijkheid. Factoren die volgens hen ook bijdroegen waren onder andere regelruimte in het werk, goede coping met pijn, en advies en begeleiding vanuit de zorg (De Vries et al., 2011). Vergeleken met mensen die stoppen met werken hadden de doorwerkers gemiddeld minder bewegingsangst, minder catastroferende gedachten over pijn, meer vertrouwen om met pijn te kunnen functioneren, een betere acceptatie van pijn, een hoger gevoel van controle over hun leven en minder ervaren arbeidsbelasting (De Vries et al., 2012b).

4.1.4. Knelpunten volgens leidinggevend en HRM-ers

Het meeste onderzoek naar werken met MSD of een chronische ziekte in het algemeen wordt verricht onder de werknemers die een aandoening hebben. Pas sinds kort wordt meer aandacht besteed aan het werkgeversperspectief. In Nederland verrichtten Haafkens et al. (2011) kwalitatief onderzoek onder leidinggevend en HRM-ers. Leidinggevend noemden een aantal vereisten om goed leiding te kunnen geven aan werknemers met een chronische ziekte. Ten eerste een goede samenwerking tussen leidinggevend en werknemer, en wederzijds vertrouwen. Ten tweede dienen leidinggevend enige kennis te hebben over chronische aandoeningen en de mogelijke gevolgen voor het werk. Ten derde dienen werknemers hun eigen verantwoordelijkheid te nemen in de zin dat ze zelf beslissingen nemen en open zijn over hun ziekte. Ten vierde dient het werk zo nodig aangepast te worden aan de mogelijkheden van de werknemer. HRM-ers voegden hier nog aan toe dat de werkgever beleid rond werknemers met een handicap, ook wel aangeduid als disability management, dient te ontwikkelen.

De Engelse onderzoekster Munir doet al tien jaar onderzoek naar werknemers met een chronische ziekte met speciale aandacht voor de onderlinge verhoudingen op het werk, de communicatie en de rol van de leidinggevend. Zij heeft het belang laten zien van steun van de leidinggevend aan zijn of haar werknemers met een chronische ziekte, voor goed zelfmanagement op het werk (Munir et al. 2009). Recent heeft ze een meetinstrument ontwikkeld om verschillenden dimensies van deze steun daadwerkelijk te meten (Munir et al, 2012).

4.2. Het biopsychosociaal of ICF-model als handvat

Veel werknemers hebben een chronische ziekte en gelukkig worden de meeste werknemers daar niet ernstig door gehinderd. Zo laat de enquête arbeidsomstandigheden (NEA, Koppes et al, 2013) van 2012 zien dat 37% van de werknemers een chronische aandoening heeft, en dat respectievelijk 48%, 45% en 8% hierdoor niet, licht, en sterk belemmerd is bij het uitvoeren van het werk. Ook voor mensen met MSD geldt dat de meesten daar weinig hinder van ondervinden, al is dat per aandoening verschillend. Uit de vorige paragraaf bleek al dat veel knelpunten die men in het werk ondervindt niet direct met de ziekte te maken hebben, maar met hoe men daar zelf mee om gaat en hoe anderen zoals de leidinggevend en de collega's daarmee omgaan. Ook voor arbeidsongeschiktheid gaat dit op. Zo stellen Pransky et al. (2011): '*(..) work outcomes often do not correlate with other health outcomes; the causes of work disability are multiple, complex, and often*

distinct from associated health conditions or treatments; and that work disability creates an important personal, economic and social burden that is often preventable'.

Het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health) van de World Health Organization (WHO, 2002) biedt een handvat om verschillende factoren in onderling verband te zien. Het laat zien hoe het optreden van een handicap, of positief geformuleerd, het wél kunnen participeren, niet alleen afhankelijk is van medische factoren (Figuur 1).

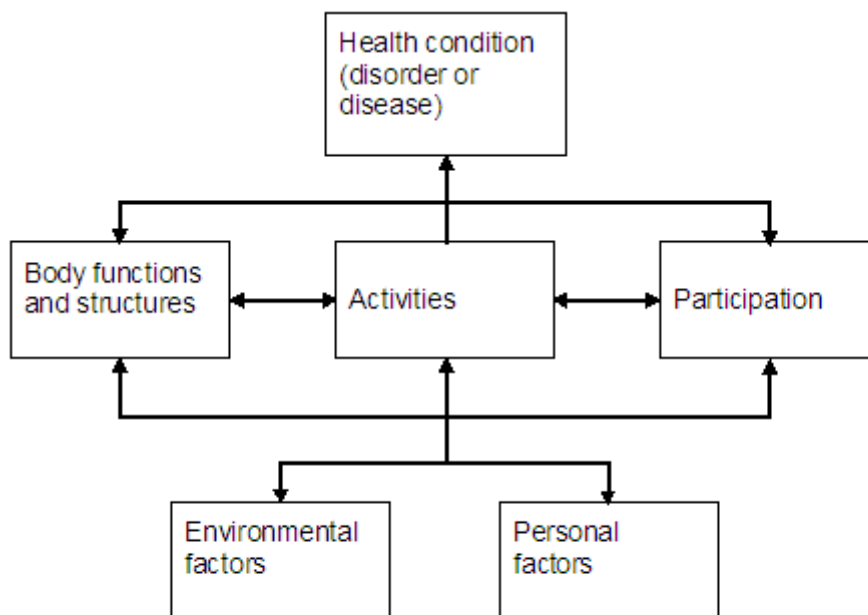


Figure 1. International Classification of Functioning, Disability and health (ICF) model (WHO, 2002)

Twee punten zijn belangrijk bij het begrijpen van het ICF-model. Het eerste punt is dat het hebben van een probleem met participatie niet zozeer een eigenschap van een persoon is, maar wijst op een aspect van de relatie tussen die persoon en diens omgeving: een participatieprobleem kun je bijvoorbeeld zien als een kloof tussen de mogelijkheden van het individu en de verwachtingen van de omgeving. Een kloof die vaak op allerlei manieren te overbruggen is. Het tweede punt is dat de uitkomst van het proces mede afhankelijk is van persoonlijke en omgevingsfactoren, ofwel fysieke, psychologische en sociale factoren.

Toegepast op de vraag welke factoren van invloed zijn op het optreden van participatieproblemen van mensen met MSD: natuurlijk zullen ziekte en beperkingen van invloed zijn op het optreden van

problemen. Daarbij geldt dat de ene baan zich makkelijker laat vervullen door iemand met MSD dan de andere. Een tapijtlegger die op zijn knieën op de vloer werkt houdt het met reuma niet lang vol, maar een CEO heeft achter zijn of haar bureau wat minder problemen. Daarnaast doen omgevings- en persoonlijke factoren ertoe. Een leidinggevende die weinig begrip heeft voor de werknemer, of een werkplek die slecht toegankelijk is zullen de zaak geen goed doen, net zo min als een werknemer die zelf een negatieve ziekteperceptie heeft of onvoldoende copingvaardigheden.

Omgevingsfactoren als aangepast meubilair, flexibele werktijden en de mogelijkheid tot thuiswerken, het aanbod van passende arbeidsbegeleiding, een open communicatie en een prettige werksfeer zullen een positief effect hebben, evenals een werknemer met probleemoplossend vermogen en goede communicatievaardigheden.

Het ICF-model laat daarmee zien hoe de uitkomst van het disabilityproces positief of negatief beïnvloed kan worden. Ook voor mensen met bijvoorbeeld artritis is het model zinvol (Boonen, 2010). Een recente Canadese focusgroep studie onder mensen met artritis laat zien hoe de factoren elkaar onderling beïnvloeden. De opgave om ziekte, werk en het leven buiten het werk te combineren kan soms zoveel rolconflicten geven dat niet alleen de artritis negatief uitpakt voor het werk en het persoonlijk leven, maar dat overbelasting op het werk ook weer zijn neerslag heeft op de artritis (Gignac et al, 2012a).

De onderlinge verwevenheid van de factoren blijkt eveneens uit de rol die vermoeidheid en stress spelen bij werknemers met een chronische ziekte. Van werknemers met een chronische ziekte en of met een matige of ernstige beperking, ervaart 83% vermoeidheidsklachten en 61% stress of spanning (Maurits et al., 2013). Waar gezonde werknemers op een vermoeidheidsschaal van 20-140 gemiddeld 53 scoren, scoren werknemers met een chronische ziekte gemiddeld 68, en werknemers met een chronische ziekte die aangeven problemen op hun werk te ondervinden 89 (Franssen et al, 2003; Varekamp et al, 2011a). De vermoeidheid is niet alleen een probleem op zich, maar is tevens een voorspeller voor arbeidsongeschiktheid (ACOEM, 2006; van Amelsfoort et al, 2002). De vermoeidheid kan een direct gevolg zijn van de ziekte, bijvoorbeeld van het opvlammen van RA, maar het blijkt dat de moeheid ook met stress samenhangt. Die op zijn beurt soms weer voortkomt uit onzekerheid, frustratie, en matig contact met de leidinggevende of de collega's. Als knelpunten op dit gebied worden aangepakt is de kans groot dat de vermoeidheid afneemt. Een factor waar de laatste jaren meer aandacht voor is, is depressie: veel mensen met MSD-gerelateerde pijn hebben last van depressie, wat tot ziekteverzuim leidt (Wilkie et al., 2012). Door op deze manier naar de verschillende factoren te kijken zijn er aanknopingspunten voor verbetering.

Het ICF-model vindt zijn oorsprong in het denken over handicaps en chronische ziekten. Waar het de gevolgen van ziekte voor werk betreft sluit het naadloos aan op de recente arbeidspsychologische inzichten die het ontstaan van stress, chronische vermoeidheidsklachten en burnout verklaren uit de combinatie van hoge eisen gesteld aan de werknemer, weinig controle van dezelfde werknemer over de planning en inrichting van het werk, en een ervaren gebrek aan sociale steun (Cox et al, 2010). Voor iedere werknemer kan een dergelijke combinatie funest zijn, maar voor de werknemer met MSD is de kans daarop nog groter.

5. Interventies gericht op behoud van werk

5.1. Preventie van arbeidsongeschiktheid in een breder perspectief

Arbeidsongeschiktheid is een last voor de werknemers die het overkomt, voor werkgevers, voor de economie en voor de samenleving als geheel. Dit terwijl arbeidsongeschiktheid vaak te voorkómen is. Zoals uit het vorige hoofdstuk blijkt liggen de knelpunten die mensen met MSD op het werk ervaren niet alleen op het medische vlak. Oplossingen, ofwel interventies ter voorkoming van arbeidsongeschiktheid, richten zich dan ook op meer dan medische behandelingen.

Overigens is specifiek voor RA duidelijk dat de nieuwe behandeling met biologicals zoals TNF-Alfaremmers de afgelopen jaren een positief effect heeft laten zien. Zes en twaalf maanden na de start met deze medicatie blijken patiënten significant minder vermoeidheidsklachten te hebben en een hoger werkvermogen (Hoving et al., 2009; Herenius et al., 2010). Onderzoek naar de invloed op de arbeidsparticipatie laat een iets gemengder beeld zien: soms is er wel, soms geen effect. Wel is duidelijk dat het effect groter is bij beginnende RA, en dat er een positief effect is op ziekteverzuim (Blankers et al, 2012).

In 2010 vond het eerste internationale congres over preventie van arbeidsongeschiktheid (Work Disability Prevention, WDP) plaats. Ter ere hiervan zijn recente ontwikkelingen geschetst in het themanummer van het Journal of Occupational Rehabilitation. Na WO II groeit de interesse voor het fenomeen dat dezelfde klinische toestand qua werk heel verschillende uitkomsten kan hebben. Eerst is er vooral aandacht voor psychologische verklarende factoren, maar vanaf de 80-er jaren groeit de belangstelling voor de factoren die buiten de individuele werknemer liggen, zoals de werkplek, de collega's en de leidinggevende, het gezin, en de sociale zekerheid (Pransky et al, 2011; Young et al, 2005). Daarmee is tevens interesse gewekt voor interventies uit te voeren door of in samenwerking met andere partijen, zoals werkgevers, HRM-ers, de curatieve zorg en de overheid.

In 2012 vond in Groningen het tweede Work Disability Prevention Congres plaats. Glenn Pransky, de voorzitter van het Scientific Committee 'Work Disability Prevention and Integration' van de International Commission of Occupational Health (ICOH) benadrukte het belang van werkbehoud: naast inspanningen om mensen die langdurig zijn uitgevallen terug te leiden naar de arbeidsmarkt, is het zaak om in te zetten op behoud van werk en voorkómen van langdurig ziekteverzuim. Andere onderwerpen die op de agenda komen zijn de noodzaak om in de curatieve sector, dus bij bijvoorbeeld de reumatologiepoli of de huisartsenpraktijk meer aandacht te besteden aan eventuele

knelpunten op het werk (Wilkie et al, 2012; Lukaszczik et al, 2011) en onderzoek naar de effectiviteit, financiering en implementatie van meer generieke in plaats van ziektespecifieke interventies gericht op behoud van werk (Pransky et al, 2011; Gignac et al, 2012b).

5.2. Interventies gericht op RA, AS en artrose

In 2012 publiceerden Gignac et al. een review naar de effectiviteit van interventies gericht op het behoud van werk van werknemers met reumatische aandoeningen. Het ging om RA, AS, lupus, artrose en fibromyalgie, maar de grootste groep betrof RA. Er werden 15 studies, beschreven in 20 artikelen, samengevat. De interventies varieerden van ziektegeoriënteerde interventies en behandelingen, zoals oefentherapie, tot op het werk georiënteerde interventies. De meeste studies rapporteerden enig effect, waarbij geldt dat interventies die diverse gecombineerde strategieën gebruiken het meest effectief zijn in het verminderen van ziekteverzuim of het bespoedigen van de terugkeer naar werk. De auteurs concluderen dat toekomstige interventies aandacht dienen te besteden aan de gevolgen van reumatische ziekten voor de werkrelaties, en voor de werk-privébalans. Zij wijzen tevens op een gebrek aan aandacht voor de duurzaamheid van programma's. Deze worden vaak vanuit medisch specialistische poliklinieken opgezet, waarbij werkgevers en verzekeraars niet of nauwelijks zijn betrokken; duurzame implementatie in de praktijk is dan vaak moeilijk. Werkgevers zijn waarschijnlijk meer geïnteresseerd in één programma dat gericht op meerdere gezondheidscondities dan in meerdere programma's voor verschillende aandoeningen (Gignac et al., 2012b).

In dit verband is het onderzoek van Lorig et al. (2005) naar de effectiviteit van zelfmanagementprogramma's voor artritispatiënten relevant. Zij concludeerde dat de effectiviteit van een artritisspecifiek programma na één jaar iets groter was dan die van een zelfmanagementprogramma voor chronische aandoeningen in het algemeen. Het verschil was echter zo klein dat ze concludeerde dat een artritisspecifiek programma de voorkeur heeft bij voldoende deelnemers, maar dat een generiek programma een goed alternatief kan zijn. Hierop aansluitend ontwikkelden Detaille et al. (2012, 2013) in Nederland een zelfmanagementprogramma specifiek gericht op werken met een chronische aandoening. Dit programma is met een randomized controlled

trial⁴ onderzocht. Na acht maanden was er bij de experimentele groep een significant positief effect op de houding ten aanzien van zelfmanagement, maar niet op self-efficacy in het werk. Het effect bleek het grootst bij laagopgeleiden, vrouwen en ouderen (Detaille et al., 2012, 2013).

Voor mensen met reumatische aandoeningen die problemen op hun werk ervoeren is in Nederland ervaring opgedaan met multidisciplinaire arbeidsbegeleiding (De Buck et al, 2004; 2005). Het multidisciplinair team bestond onder ander uit een reumatoloog, een maatschappelijk werker, een fysiotherapeut en een psycholoog. De begeleiding bestond uit een systematische beoordeling van werkgerelateerde problemen waarna individuele oplossingen zijn voorgesteld. De uitkomst werd gerapporteerd aan de bedrijfsarts van de werknemer. De deelnemers waren vooral tevreden over de persoonlijke benadering en de professionele kennis van de teamleden. De effectiviteit werd in een randomized controlled trial onderzocht. Na twee jaar bleek geen verschil in behoud van werk: in de experimentele én de controlegroep was na twee jaar bijna een kwart van de deelnemers het werk kwijt geraakt. Wel was er een significant verschil in het voordeel van de experimentele groep qua vermoeidheidsklachten en mentaal welbevinden. Een punt van zorg was de onvoldoende communicatie tussen reumatologen en bedrijfsartsen over de werkgerelateerde problemen van hun patiënten, een punt waar in eerder onderzoek ook al de nodige zorg over was geuit (De Buck et al., 2002; Varekamp et al. 2005).

In Nederland heeft een van de auteurs van dit rapport ervaring opgedaan met een generieke empowermenttraining voor werknemers met een lichamelijke chronische aandoening, waarvan 28% MSD als hoofddiagnose had. Dit programma werd in een randomized controlled trial onderzocht. Twee jaar na dato hadden de deelnemers in de experimentele groep minder vermoeidheidsklachten en een hogere persoonlijke effectiviteit in het oplossen van problemen op hun werk dan mensen in de controlegroep. Op plezier in het werk werd geen verschil gevonden evenmin als op behoud van werk: in beide groepen bleek de overgrote meerderheid nog aan het werk. De deelnemers zelf waren vooral te spreken over de aandacht die in de training werd besteed aan de psychische aspecten van een chronische ziekte en aan communicatie en assertiviteit op de werkvloer (Varekamp, 2010; Varekamp et al., 2011a, 2011b).

⁴ RCT staat voor randomised controlled trial: een onderzoek waarbij het effect van een behandeling of interventie wordt onderzocht door een experimentele groep en een controlegroep te vergelijken; de mensen worden volgens toeval aan de ene of de andere groep toegewezen.

5.3. Interventies gericht op rugklachten en KANS

Onder de titel 'Vocational Rehabilitation; What works, for whom, and when?' publiceerden Waddell et al. in 2008 een ruim 300 pagina's tellend rapport waarin het wetenschappelijk onderzoek is samengevat naar de effectiviteit van de verschillende aanpakken van wat zij 'veelvoorkomende gezondheidsproblemen' van werknemers noemen. Daarbij beperkten zij zich tot drie groepen: 1) lichte en matig ernstige MSD, waaronder zij vooral de specifieke nek- en rugklachten en KANS begrepen, 2) psychische aandoeningen, en 3) cardiorespiratoire aandoeningen. Deze gezondheidsproblemen waren toen in Engeland verantwoordelijk voor twee derde van het langdurig ziekteverzuim.

Waddell en collega's merken op dat 60-80% van de mensen behorend tot de potentiële beroepsbevolking (15-64 jarigen) wel eens symptomen van MSD ondervindt, die vaak weer terugkeren, maar dat de meeste mensen daarmee niet naar de dokter gaan. Veel MSD zijn arbeidsgebonden, maar dat wil niet zeggen dat werk de enige oorzaak is of dat men niet kan werken zolang er symptomen zijn. Over het algemeen geldt dat vroege terugkeer naar werk voor de meeste mensen goed is. Daarbij speelt mee dat hoe langer men ziek is, hoe lastiger het wordt om terug te keren in het werk waar anderen ondertussen de taken hebben overgenomen.

Uit al het onderzoek blijkt dat er een matig sterk bewijs⁵ is dat de aanpak van MSD zich in ieder geval moet richten op drie aspecten: de individuele persoon, de gezondheidstoestand én de werkplek. Er is sterk bewijs dat tijdelijk aangepast werk vroege terugkeer vergemakkelijkt. Voor de meeste patiënten met MSD voldoet een vroege interventie met een adequate behandeling met advisering, geruststelling over de positieve effecten van werk en/of werkplekaanpassingen. Er is tevens sterk bewijs dat gestructureerde multidisciplinaire revalidatie, waarbij psychosociale kwesties cognitief gedragsmatig worden behandeld effectief is voor mensen met chronische MSD. Ten slotte merken de auteurs op dat het wetenschappelijk bewijs voor bovengenoemde stellingen het sterkst is voor de

⁵ Waddell et al. maken onderscheid naar sterk, matig sterk of zwak bewijs (evidence) voor de effectiviteit van interventies, waarbij consistentie van bevindingen en de kwaliteit en hoeveelheid van studies doorslaggevend is (Appendix 1, Waddell et al., 2008). Recent wordt de GRADE-systematiek vaak toegepast, waarbij aanbevelingen voor interventies worden onderscheiden naar 'strong and weak recommendations', een onderscheid dat op criteria omtrent studiekwaliteit, aantal studies en uitkomsten is gebaseerd (zie www.workinggroup.org).

lage rugpijnklachten, maar dat recent onderzoek aanwijzingen geeft dat ze ook gelden voor andere 'veelvoorkomende' MSD (Waddell et al., 2008).

Vorig jaar publiceerden Palmer et al. (2012) een systematische review waarin ze de resultaten samenvatten van 42 studies die sinds 1990 zijn verschenen naar de effectiviteit van interventies gericht op het verminderen van ziekteverzuim en baanverlies bij MSD⁶. Voor de ene helft betrof het lage rugklachten en voor de andere helft voornamelijk andere nek- of rugklachten. De onderzoekers onderscheidde interventies gericht op de werknemer, op de werkplek of op de gezondheidszorg, waarover straks meer. Bij fysieke op de werknemer gericht interventies ging het om fysiotherapie, oefenen en 'work hardening', dat wil zeggen, het opbouwen van gewenning aan het werk. Psychologische behandelingen waren gericht op veranderingen in attitude of gedrag, en werkgeoriënteerd of generalistisch van aard. In dit laatste geval ging het bijvoorbeeld om cognitieve gedragstherapie, coping en ontspanningsoefeningen. Werkplek interventies betroffen ergonomische en psychosociale risico-evaluaties, ergonomische aanpassingen en aanpassingen aan werktaken. Daarnaast werden scholing van en advisering aan leidinggevenden genoemd. De meeste interventies hadden een matig positief effect op de uitkomstmaten ziekteverzuim of behoud van werk; de effectiviteit bleek groter voor mensen met een ziekteverzuim korter dan 12 weken. Interventies die onder meer werkplekbeoordelingen en -aanpassingen betroffen, die extra externe ondersteuning of een verwijzing inhielden of het geleidelijk opvoeren van taken ('setting graded tasks') waren meer effectief dan andere interventies. Qua kosteneffectiviteit waren de resultaten overigens twijfelachtig (Palmer et al. 2012).

Werkplekaanpassingen, tijdelijk of permanent, dragen vaak bij aan het oplossen van knelpunten op het werk. Er wordt meestal een onderscheid gemaakt tussen ergonomische aanpassingen en organisatorische aanpassingen. Tabel 3 geeft een overzicht van mogelijkheden. Flexibiliteit en creativiteit zijn sleutelwoorden bij het bedenken van werkplekaanpassingen. Voor de ene werkgever of werknemer liggen andere oplossingen voor de hand dan voor de andere. Twee voorbeelden uit de praktijk: een werknemer met RA die dicht bij zijn werk woont kampt met ernstige vermoeidheidsklachten; hij haalt nauwelijks het einde van de week. In overleg met zijn werkgever breidt hij zijn middagpauze uit tot twee uur, hij gaat naar huis en rust een uur lang uit op de bank. 's

⁶ Volgens de richtlijnen van de Cochrane Collaboration Back Review group.

Middags kan hij er weer goed tegenaan. Een ander voorbeeld betreft een loketmedewerker die door haar artrose ernstige knieklachten heeft. Vanwege de vaste werktijden ontkomt ze niet aan de spits, waarbij een zitplaats in het openbaar vervoer meestal niet voorhanden is. Met een eerste klas abonnement lost haar werkgever dit knelpunt in het woon-werkverkeer op.

In de praktijk blijken veel werknemers met een chronische ziekte behoefte te hebben aan thuiswerkmogelijkheden, flexibele werktijden, werk dichtbij huis, scholing en opleiding, ergonomische aanpassingen, meer autonomie in het werk en korter werken of in een lager tempo (Maurits et al., 2013; Varekamp en van Dijk, 2010).

Tabel 3. Mogelijke werkplekaanpassingen	
Organisatorische werkaanpassingen	Ergonomische aanpassingen
Gedeeltelijk thuiswerken	Aangepast meubilair
Flexibele werktijden en pauzes	Aangepaste pc of muis
Zelf het werk indelen	
Lager werktempo	
Korter werken	
Het weglaten en/of erbij krijgen van taken	
Aangepaste regeling woon-werkverkeer	
Werk dicht bij huis	
Scholing of opleiding	

Om een multifactoriële aanpak te illustreren waarbij de werkplek betrokken is, lichten we de Nederlandse participatief ergonomische aanpak van lage rugklachten gecombineerd met graded activity uit in kader 2.

Kader 2 Een werkplek interventie voor mensen met chronische lage rugklachten

Lage rugpijn treft veel Nederlandse werknemers en is een belangrijke oorzaak van ziekteverzuim. Deze multidisciplinaire interventie werd ontwikkeld voor mensen met langdurige klachten met het doel de terugkeer naar werk te bespoedigen. Het ging om mensen die langer dan 12 weken met ziekteverzuim waren vanwege hun rugpijn.

In een experimenteel onderzoek werden patiënten geloot voor 'care as usual', ofwel begeleiding door de bedrijfsarts, of de interventie. De interventie was een combinatie van een werkplekinterventie en graded activity.

De werkplekinterventie bestond uit een stapsgewijs proces waarbij eerst de werknemer en daarna de leidinggevende betrokken werden bij het benoemen van knelpunten op het werk en het formuleren van werkplekaanpassingen die terugkeer naar werk vergemakkelijken. Werkgever en werknemer formuleerden gezamenlijk een plan van terugkeer.

Het graded activity programma (geleidelijke opvoering van activiteiten) werd tijdcontingent (volgens een tijdschema) vastgesteld en uitgevoerd, waarbij cognitief gedragsmatige principes werden gehanteerd. Het behandelteam bestond uit een medisch specialist, een ergotherapeut, een fysiotherapeut en een bedrijfsarts.

De deelnemers van de experimentele groep keerden na gemiddeld 88 dagen terug naar het werk, de deelnemers van de controlegroep na gemiddeld 208 dagen. Het programma was kosteneffectief.

Bron: Lambeek et al., 2010a en 2010b.

Wat de non-specifieke klachten aan het bewegingsapparaat betreft is er de sterkste evidentie van effectiviteit gevonden voor behandelingen voor lage rugklachten. Ondanks het optimisme van Waddel en collega's blijken de onderzoeken naar de effectiviteit van interventies bij KANS een onduidelijk beeld te geven. Met name voor kantoorwerkers die al KANS hebben geldt dat er weinig bewijs is voor de effectiviteit van secundaire preventie (Leyshon et al., 2010). Wel is duidelijk dat psychosociale kenmerken van het werk, zoals hoge werkeisen en een lage ervaren controle belangrijke risicofactoren zijn (Bongers et al., 2006). Een andere review van 12 onderzoeken, vrijwel alle MSD betreffend, naar het effect van coördinatie van Return-To-Work waarbij een individueel terugkeerplan werd opgesteld voor mensen langer dan vier weken met verzuim, laat zien dat er matig sterk bewijs is dat de interventie enigszins bijdraagt aan terugkeer na 1 jaar follow-up. Nader onderzoek wordt bepleit naar het resultaat bij langere follow-up en de kosteneffectiviteit⁷ (Schandelmaier et al., 2012).

⁷ Onderzoek volgens de GRADE-criteria, zie www.workinggroup.org.

Een ander gebied betreft de effectiviteit van door werkgevers aangeboden lifestyleprogramma's die bijvoorbeeld op het verhogen van de conditie of op gezonde voeding zijn gericht. Deze programma's zijn niet specifiek voor werknemers met MSD bedoeld, maar voor hen net zo relevant als voor andere werknemers. Dat geldt te meer voor werknemers met rugklachten en voor werknemers met artrose waarbij overgewicht een rol speelt. Gezien de breedheid van dit onderwerp laten we studies naar de effectiviteit van deze programma's hier buiten beschouwing.

5.4. Interventies gericht op andere stakeholders

Wilkie et al. (2012) concluderen in de eerder genoemde review dat korte trainingsprogramma's voor leidinggevenden gericht op communicatie, identificeren van werkplek aanpassingen en ondersteuning van de werknemer arbeidsongeschiktheid helpen voorkomen. Tot nu toe is bij werkgevers weinig specifieke aandacht voor de problematiek van werknemers met MSD. Tegelijk is er weinig aandacht voor de ervaringen, motivaties en de zorgen van werkgevers op dit gebied (Young et al, 2005). Onderzoek laat zien dat werkgevers vaak welwillend zijn tegenover het inzetten van mensen met een arbeidshandicap, maar tegelijk ambivalent over hun productiviteit (Chan et al, 2010). Ofwel, meer aandacht voor de ervaringen en opvattingen van werkgevers op verschillende managementniveaus is gewenst.

Over de aandacht voor werk in de curatieve sector is iets meer bekend. Werknemers met MSD zullen hun medisch specialist, huisarts of reumaverpleegkundige vaker zien dan de bedrijfsarts. Toch worden in de curatieve zorg, en dat geldt zeker voor de eerstelijnszorg, werkproblemen zelden besproken. Bij een onderzoek onder werknemers met MSD bleek dat bezoek aan een medisch specialist een vertragend effect had op terugkeer naar werk, terwijl de fysiotherapeut bespoedigend werkte en de huisarts gemiddeld genomen geen effect had (Lötters et al, 2011). De medische professionals in de eerste en tweede lijn zouden zich meer kunnen realiseren dat zij kunnen bijdragen aan voorkómen van onnodig verlies van werk als zij knelpunten bespreken en zo nodig in overleg treden met de bedrijfsarts van de werknemer. In Duitsland is de trend te zien dat revalidatieafdelingen zich ook op werkgerelateerde problemen richten en niet alleen fysieke, maar ook psychosociale aspecten van het werk daarbij betrekken (Lukaszczik et al, 2011).

In de eerdergenoemde studie van Palmer et al. (2012) werden onder andere interventies onderzocht die uitgevoerd worden in de gezondheidszorg. Het ging hierbij om multidisciplinaire behandeling,

consultatie van bedrijfsartsen, scholing van eerstelijns voorzieningen en bedrijfsartsen, formele werkafspraken tussen deze twee partijen, en toegang tot extra voorzieningen en adviesmogelijkheden. Deze interventies hadden meestal een matig positief effect.

6. Economische aspecten van MSD

Dit hoofdstuk gaat in op de economische aspecten van MSD. Bij deze aspecten zijn verschillende perspectieven te onderscheiden: die van de werknemer, de werkgever en de maatschappij. In deze quickscan ligt de focus op de maatschappelijke, werkgerelateerde kosten. Vanuit de gezondheidseconomie gezien gaat het dan over de indirecte kosten van MSD voor de maatschappij.

6.1. Directe, indirecte en 'intangibile' kosten

In de gezondheidseconomie gaat het over drie verschillende soorten kosten: 1) directe kosten, 2) indirecte kosten en 3) 'intangibile' kosten. Onder de directe kosten vallen de kosten van diagnose, zorg, behandeling, medicatie en hulpmiddelen. De indirecte kosten betreffen de 'bijkomende kosten' die niet rechtstreeks het gevolg zijn van de ziekte of de behandeling, dit zijn kosten zoals productieverlies door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Andere indirecte kosten kunnen verminderde promotiekansen en vervroegd stoppen met werken zijn: uit onderzoek blijkt dat er een relatie is tussen MSD en het 'vervroegd' met pensioen gaan (Alavinia en Burdorf, 2008). Dit kan een effect hebben bij een verhoogde pensioenleeftijd zoals in Nederland nu het geval is voor de komende jaren.

Naast directe en indirecte kosten, zijn er de 'intangibile costs'. Deze kosten gaan over aspecten als verminderde kwaliteit van leven en de emotionele, mentale belasting voor de patiënt en zijn familie door de aandoening. De 'intangibile' kosten zijn vaak moeilijk te achterhalen, niet gemakkelijk in geld uit te drukken, en bij wetenschappelijke studies blijven deze kosten vaak buiten beschouwing.

Bij kosten gaat het over een betaler, dat wil zeggen, een partij die de kosten betaalt en die de revenuen heeft als de kosten verminderen. Bij werkgerelateerde kosten van MSD zijn er meer 'betalers' zoals de werkgevers, de inkomensverzekeraars en de overheid. Bij de methodes om de kosten vanuit diverse betalersppectieven te berekenen, spelen diverse methodologische aspecten een rol, die maken dat het interpreteren en vergelijken van kosten bemoeilijkt wordt en niet altijd eenduidig is. Om de impact van ziekten op het arbeidsvermogen in te schatten ligt het daarom meer voor de hand de gestandaardiseerde cijfers van arbeidsongeschiktheid en verzuim te vergelijken in plaats van de kosten (Annelies Boonen, persoonlijke correspondentie 2013).

6.2. Werknemer, werkgever en maatschappelijk perspectief

De economische aspecten zijn te beschrijven vanuit diverse perspectieven: die van de werknemer, de werkgever en de maatschappij.

Voor de werknemer betreft het verlies van inkomen als de aandoening het werken (deels of grotendeels) onmogelijk maakt. Bij langdurig verzuim vervallen daarnaast vaak onkostenvergoedingen, zoals reiskosten, zakelijk abonnement voor mobiele telefoon en bijvoorbeeld de beschikking over een leaseauto. Na twee jaar ziekteverlof vervalt de ontslagbescherming van een zieke medewerker en kan een medewerker ontslagen worden. Een werknemer komt dan in een werkloosheidsuitkering (WW) en mogelijk na verloop van tijd in de bijstand als het recht op WW vervalt. In het geval dat het UWV oordeelt dat een werknemer gedeeltelijk of volledig arbeidsongeschiktheid is, heeft de werknemer recht op een WIA-uitkering. De hoogte van een (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering is over het algemeen lager dan het laatstverdiende loon. Het hebben van een aandoening kan verder een rol spelen in een verminderde kwaliteit van het werk, en daarmee invloed hebben op de hoogte van financiële beloning en op de promotiekansen van een werknemer.

Voor de werkgever kan er sprake zijn van verminderde productiviteit van de medewerker als gevolg van de aandoening, kosten om de werkplek aan te passen of bijvoorbeeld omscholingskosten zodat de medewerker aan de slag kan in ander werk. Bij langdurig uitval, krijgt de werkgever te maken met financiële gevolgen zoals loondoorbetaling bij ziekte, vervangingskosten, premiedifferentiatie voor WIA instroom en mogelijk een boete van het UWV als een werkgever onvoldoende meewerkt aan re-integratie van betreffende medewerker.

Het hebben van een aandoening kan maatschappelijk gezien leiden tot een verminderd arbeidskapitaal in de zin van verlies van arbeidspotentieel. Een verminderde arbeidsparticipatie van mensen met MSD kan zijn weerslag hebben op het Bruto Nationaal Product. Verder zijn er maatschappelijke kosten in de vorm van (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, WW of bijstand.

Tabel 4 geeft de economische aspecten van MSD op diverse niveaus schematisch weer. In deze bijdrage ligt de focus op de economische gevolgen van MSD vanuit het maatschappelijk perspectief.

Tabel 4. Economische aspecten vanuit diverse perspectieven	
Werknemer	<p>Inkomensverlies bij ziekte, mogelijk ontslag na twee jaar ziekteverlof.</p> <p>Minder aantal uren kunnen werken door aandoening.</p> <p>Mogelijk verminderde kwaliteit van werk door aandoening.</p> <p>Verminderde promotiekansen.</p> <p>Vervallen van onkostenvergoedingen.</p>
Werkgever	<p>Productiviteits- en continuïteitsverlies: werknemer is wel aan het werk (met arbeidscontract) maar niet voor de volle 100% productief (presenteïsme en gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid).</p> <p>Ziektegerelateerde kosten: loondoorbetaling bij ziekte, vervangingskosten, premiedifferentiatie als gevolg van ziekte en arbeidsongeschiktheid, eventuele boete bij onvoldoende re-integratie inspanningen.</p>
Maatschappij	<p>Verlies aan arbeidskapitaal bij een verminderde arbeidsparticipatie van mensen met MSD.</p> <p>Vermindering Bruto Nationaal Product/productieverlies: verlies aan hoeveelheid werk en kwaliteit van het geleverde werk (goederen en diensten).</p> <p>Uitkeringen bij ziekte, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en in de vorm van bijstand.</p>

6.3. Meetwaarden en berekeningsmethoden

Voor het vaststellen van indirecte, werkgerelateerde kosten gebruiken onderzoekers vaak de volgende meetwaarden: 1) afwezigheid van het werk in de vorm van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en 2) presenteïsme: het verminderd productief zijn van de werknemer vanwege een ziekte of aandoening. Recent is daar een derde maat bijgekomen: DAWY's, Disease-Adjusted Working Years, waarover straks meer.

Bij het vergelijken van de data rond ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteitsverlies spelen enkele factoren een rol. Dit betreffen de gehanteerde berekeningsmethoden, de gebruikte

definities en de wijze van registratie. Verder zijn er nog ziektespecifieke, individuele – en werkgerelateerde aspecten die een rol spelen.

6.3.1. Berekeningsmethoden

Voor het berekenen van de maatschappelijke indirecte kosten als gevolg van het niet (volledig) kunnen werken door een aandoening of ziekte, zijn twee methodes gangbaar die verloren werktijd kunnen uitdrukken in geld: de frictiekosten-methode en de human capital methode.

De human capital methode neemt in de berekeningen alle verloren werktijd door ziekteverzuimverzuim en arbeidsongeschiktheid mee. Bij ziekteverzuim betreft dit de volledige verzuimduur, bij arbeidsongeschiktheid de volledige periode van arbeidsongeschiktheid eventueel tot aan de pensioengerechtigde leeftijd. Tevens kent de human capital methode een economische waarde toe aan verminderde productiviteit in vorm van minder mensen met betaald werk en minder werkuren per week (van den Akker-van Marle et al., 2012; TNO 2007).

De frictiekosten-methode heeft als uitgangspunt dat vrijwel elke werknemer die uitvalt op termijn vervangbaar is omdat in de maatschappij er altijd wel een bepaalde mate van werkeloosheid is. Om die reden berekent deze methode het productieverlies over de periode van ziekteverzuim waarin nog geen vervanging is geregeld of waarin de ontstane vacature nog niet is ingevuld. Dit is de zogenaamde frictieperiode. De frictieperiode fluctueert met de conjunctuur en bedraagt gemiddeld tussen de 12 en 22 weken. Het productieverlies wordt alleen over deze periode berekend, hoewel de werknemer langer kan verzuimen of de werknemer uiteindelijk arbeidsongeschikt wordt (van den Akker-van Marle et al., 2012; Filipovic et al., 2011; TNO, 2007).

Voor kortdurend verzuim is er weinig verschil tussen beide methodes, het grootste verschil zit bij berekening van de kosten van langdurige uitval. De frictiekosten-methode berekent het productieverlies over een vaak kortere periode dan de human capital methode en houdt, in tegenstelling tot de human capital methode, wel rekening met vervanging van werknemers bij langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid (van den Akker-van Marle et al., 2012; Filipovic et al., 2011; TNO, 2007). Koopmanschap en Rutten (1996 aangehaald bij Filipovic et al., 2011) beargumenteren dat de human capital approach meer gaat over potentieel productieverlies dan over daadwerkelijk productieverlies omdat de methode de kosten berekent tot aan de datum van pensioen. Terwijl bij kortdurend ziekteverzuim andere werknemers urgent werk overnemen en het

andere werk wordt uitgesteld. Bij langdurig verzuim gaan veel werkgevers over tot het inhuren van vervangend personeel.

Als gevolg van de andere berekeningsmethode, geeft de human capital approach hogere kostenschattingen dan de frictiekostenmethode (Filipovic et al., 2011; Lambeek et al, 2011). Eysink et al. (2010) spreken over overschatting door de human capital methode. Lambeek et al. (2011) halen wetenschappelijke studies aan waarbij dit verschil tussen de frictiekosten-methode en de human capital methode 30 tot 56% kan bedragen. De meeste onderzoekers geven aan dat de frictiekosten-methode een meer realistische inschatting geeft en om die reden de voorkeur heeft in de gezondheidseconomie (Boonen et al., 2002; Eysink et al., 2010; Filipovic et al. 2011).

Een andere bron van variatie bij kosteninschattingen is de manier waarop maatschappelijke economische gevolgen worden berekend in een monetaire waardering: op basis van uurloon, in- of exclusieve sociale toeslagen en mogelijk ook verrekend met productieve waarde zoals declarabele uren.

6.3.2. Definities

In de internationale literatuur is arbeidsongeschiktheid een definitie voor de situatie waarin iemand als gevolg van ziekte of gebrek belemmeringen ondervindt bij het verrichten of het verkrijgen van werk. In Nederland hangt de mate van arbeids(on)geschikt zijn samen met de loonwaarde of de verdien capaciteit die iemand heeft, en de vermindering hiervan als gevolg van ziekte of gebreken die objectief en medisch zijn vastgesteld (Eysink et al, 2010). In de berekening van de kosten door arbeidsongeschiktheid zijn dan duur van de uitkering en het (gemiddelde) ongeschiktheidspercentage factoren die meespelen.

Nationaal en internationaal is er discussie over de invulling van de term productiviteitsverlies. Eysink et al. (2010) definiëren productiviteitsverlies *tijdens* het werk als het verminderd presteren op het werk in kwaliteit en/of kwantiteit, in vergelijking tot collega's in min of meer dezelfde functie en of in vergelijking met de eigen standaard. Bij productiviteitsverlies is ook het begrip presenteeisme in gebruik met als omschrijving het verminderd productief zijn van een niet verzuimende werknemer vanwege een ziekte of handicap, zoals moeite met concentratie als gevolg van een lichamelijk aandoening.

De gehanteerde definities hangen tevens samen met de verschillende sociale zekerheidsstelsels die landen kennen. Dit hoofdstuk richt zich om die reden vooral op Nederlandse onderzoeksdata.

6.3.3. Wijze van registreren

Naast de gehanteerde definities, speelt de wijze van registratie van verzuim en presenteeisme een rol. Het registreren van verzuim gebeurt binnen een organisatie zelf of door een externe partij die dit verzorgt voor de werkgever, zoals een arbodienst. Hierbij zijn aspecten zoals de accuraatheid van de registratie (door de werknemer zelf, door de werkgever of de bedrijfsarts), de juistheid van het aantal ziektedagen en vermelding van type klachten⁸ die aan verzuim ten grondslag liggen (zoals KANS, artrose et cetera) van belang om data met elkaar te kunnen vergelijken. Bij onderzoek betreft het veelal cijfers van zelfgerapporteerd verzuim die verkregen zijn met vragenlijsten of interviews. Ook hier speelt de vraag: hoe juist zijn deze cijfers in termen van duur van verzuim en van de vermelde medische redenen voor verzuim. Wat meespeelt is hoe naar verzuim gevraagd wordt: in kalender- of werkdagen en bijvoorbeeld als absoluut getal of als percentage van de dagen die de werknemer geacht wordt te werken volgens het arbeidscontract. Bij zelfrapportage is er de factor 'herinnerperiode': hoe precies en tot hoe lang terug weten deelnemers aan het onderzoek gegevens uit het verleden terug te halen. Schattingen van verminderd productief zijn (presenteeisme) en de kosten die daarmee gemoeid zijn, berusten meestal eveneens op zelfrapportages van de werknemers, en zijn over het algemeen weinig precies. In Nederland onderzoekt TNO de mate van presenteeisme in NEA, de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden.

6.3.4. Ziekte-, individuele en werkgerelateerde aspecten

Er zijn ziektespecifieke factoren die de mate van productiviteit beïnvloeden. Werknemers met MSD kennen vaak een wisselend ziektebeeld waardoor het effect van de aandoening en het effect van de

⁸ De reden van verzuim mag alleen op groepsrapportageniveau gebruikt worden binnen een bedrijf, waarbij een bedrijfsarts de reden voor verzuim medisch heeft vastgesteld. Dit in verband met de privacy van de werknemer die bij ziekmelding niet hoeft te melden welke aandoening of ziekte hij of zij heeft.

behandeling op het werk eveneens kunnen variëren. Dit beïnvloedt het in kaart brengen van indirecte kosten zoals productiviteitsverlies (Filipovic et al., 2011). Verder is uit onderzoek bekend dat individuele, sociale en werkgerelateerde aspecten een groter effect hebben op de mate van arbeidsongeschiktheid dan de ziekte zelf (Yelin et al, 1987 aangehaald bij Filipovic et al., 2011). Het gaat dan om zaken als leeftijd, opleidingsniveau en type werk maar ook de maatregelen die een overheid neemt ter stimulering van werkbehoud. Instrumentarium om deze interactie tussen ziektespecifieke, socio-economische en werkgerelateerde aspecten mee te nemen in de berekening van productiviteitsverlies bij MSD is in ontwikkeling (Filipovic et al., 2011).

6.4. Desk research

Voor het verzamelen van de indirecte, de werkgerelateerde kosten van MSD op maatschappelijk niveau is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van data afkomstig uit Nederlandse onderzoeken. Bij het zoeken is gebruik gemaakt van internationale databases zoals PubMed, aanbevelingen van wetenschappelijk experts op dit gebied en zogenaamde grijze literatuur. De bronnen zijn voornamelijk wetenschappelijke onderzoeksdata gepubliceerd in peer reviewed artikelen, aangevuld met data uit rapporten van gerenommeerde onderzoeksinstituten zoals TNO en RIVM. De meest recente data zijn gebruikt, dat wil zeggen: artikelen gepubliceerd in de periode van 2001 tot en met 2013, om het effect van de Nederlandse sociale zekerheidswetgeving en veranderingen daarin zoveel mogelijk gelijk te houden.

6.5. Maatschappelijke werkgerelateerde kosten van MSD

Dit rapport gaat uit van vijf categorieën MSD: reumatoïde artritis (RA), ziekte van Bechterew (AS), artrose, nek- en rugklachten, KANS/RSI (klachten aan arm, nek en schouder). Tabel 5 geeft per aandoening de gevonden indirecte kosten weer. Per bron is de gehanteerde berekeningsmethode weergegeven. De in de tabel getoonde cijfers houden geen verband met elkaar: het is een manier van data presenteren die tegelijk inzicht biedt in de verschillen in de mate waarin per aandoening cijfers beschikbaar zijn en in de, veelal grote, verschillen tussen de gevonden cijfers per aandoening.

Tabel 5. Maatschappelijke werkgerelateerde kosten van MSD

Reumatoïde artritis (RA)	1,9 miljard euro per jaar <i>frictiekosten-methode</i> Berekend als additionele productiekosten als gevolg van verminderde arbeidsparticipatie, verzuim door arbeidsongeschiktheid, met gebruikmaking van de cijfers uit Nationale Peiling Bewegingsapparaat 2010 (Chorus en Schokker 2011) (van den Akker-van Marle et al., 2012).
	10,8 miljard euro per jaar <i>human capital methode</i> waarvan 1,0 miljard euro door de kosten van ziekteverzuim en 9,8 miljard euro door de kosten van arbeidsongeschiktheidheid (TNO, 2007)
	15,8 miljard euro per jaar <i>human capital methode</i> Berekend als additionele productiekosten als gevolg van verminderde arbeidsparticipatie, verzuim door arbeidsongeschiktheid. Met gebruikmaking van de cijfers uit de Nationale Peiling Bewegingsapparaat 2010 (Chorus en Schokker 2011; van den Akker-van Marle et al., 2012).
Ziekte van Bechterew (AS)	Circa 37 miljoen euro per jaar Dit bedrag is afgeleid van 834 euro per werknemer per jaar (<i>frictiekosten-methode</i> , Boonen et al., 2005) en circa 44.000 mensen met Bechterew in de leeftijd van 16-65 jaar (hoofdstuk 3).
	Circa 55 miljoen euro per jaar (schatting) Dit bedrag is afgeleid van 1.257 euro per werknemer per jaar (<i>frictiekosten-methode</i> , Boonen et al., 2002) en circa 44.000 mensen met Bechterew in de leeftijd van 16-65 jaar (hoofdstuk 3).
	Circa 390 miljoen euro per jaar (schatting) Dit bedrag is afgeleid van 8.862 euro per werknemer per jaar (<i>human capital methode</i> , Boonen et al 2002) en circa 44.000 mensen met Bechterew in de leeftijd van 16-65 jaar (hoofdstuk 3).
Artrose	Voor deze categorie zijn geen (recente) Nederlandse data van indirecte kosten gevonden.

Nek- en rugklachten	Voor deze categorie zijn geen (recente) Nederlandse data van indirecte kosten gevonden.
Rugklachten	Circa 7 miljard euro per jaar (schatting) Dit bedrag is afgeleid van 2.939 euro per werknemer per jaar met chronische lage rugklachten (<i>frictiekosten-methode</i> , Boonen et al, 2005) en 1.142.000 mannen en 1.227.400 vrouwen met chronische klachten laag in de rug (puntprevalentie Nationaal Kompas, juni 2013). Dit kan een overschatting zijn: het gaat om de bevolking van 25 jaar en ouder.
	3,5 miljard euro per jaar - <i>human capital methode</i> Een 'cost-of-illness-study' die op basis van data uit nationale registraties, rapportages van onderzoeksinstituten, UWV en arbodiensten, en data uit beschrijvende studies een kosteninschatting maakt op maatschappelijk niveau (Lambeek et al., 2011).
KANS: klachten aan arm, nek en schouder	2 miljard euro per jaar – <i>frictiekostenmethode</i> Bestaande uit kosten door verminderde arbeidsproductiviteit, verzuimkosten en kosten WAO uitkeringen (Blatter et al, 2005).

Het valt op dat er weinig recente Nederlandse data beschikbaar zijn over de werkgerelateerde, indirecte kosten van MSD op maatschappelijk niveau. Uit de cijfers die bekend zijn, komt een gevarieerd beeld naar voren. Zowel in de hoogte van de cijfers, als ook over de mate waarin per categorie MSD cijfers bekend zijn. Bij reumatoïde artritis zien we bijvoorbeeld een factor acht verschil in het berekende bedrag met de *frictiekosten-methode* en de *human capital methode* (van den Akker-van Marle et al., 2012). Deze bevinding komt overeen met de in paragraaf 6.3.1. beschreven verschillen tussen deze methodes, waarbij de *human capital methode* mogelijk een overschatting geeft. De *frictiekosten-methode* wordt als een meer realistische berekeningsmethode gezien (Eysink et al., 2010; Filipovic et al. 2011).

In lijn met dat er weinig (recente) cijfers bekend zijn over de maatschappelijk indirecte kosten van MSD in het algemeen, zijn er per categorie eveneens weinig cijfers voorhanden. Voor reuma, rugklachten en KANS zijn de meeste cijfers gevonden. Voor de snelst groeiende categorie van MSD

de komende jaren, artrose, zijn daarentegen geen indirecte kostenschattingen gevonden afkomstig uit Nederlands onderzoek.

6.6. Verloren arbeidsjaren: DAWY's

Een meer recente uitkomstmaat voor de impact van ziekten op de arbeidsproductiviteit van werknemers is de Disease-Adjusted Working Years (DAWY). In het Nederlands vertaald als 'gezondheidsgerelateerd verlies aan arbeidsjaren' of kortweg, verloren arbeidsjaren. Het gaat daarbij om een combinatie van gedeeltelijk en volledig verlies aan arbeidsjaren. Volledig verloren arbeidsjaren zijn jaren waarin iemand als gevolg van een ziekte in het geheel niet kan werken en daardoor volledig verzuimd of volledig arbeidsongeschikt is verklaard. Het gedeeltelijk verlies aan arbeidsjaren is het gevolg van verminderde productiviteit als gevolg van de ziekte, in de DAWY methodiek uitgedrukt als deels verzuimend of deels arbeidsongeschikt zijn.

Een toelichting van de omschrijving van productiviteitsverlies *tijdens* het werk die de DAWY methodiek gebruikt is op zijn plaats. Eysink et al. (2010) gaan er vanuit dat productiviteitsverlies tijdens het werk mogelijk een veel belangrijker factor van verminderde productiviteit is dan absentie. Ze halen hierbij een Nederlandse studie aan waaruit naar voren kwam dat productiviteitsverlies door gezondheidsklachten vooral ontstaat wanneer werknemers in de uitvoering van hun werk worden belemmerd door dergelijke klachten en niet omdat ze vanwege die klachten verzuimen (Van den Heuvel et al., 2007). Uit deze studie bleek bij werknemers met hand-armklachten op basis van zelfrapportage de verdeling tussen productiviteitsverlies door belemmeringen in het werk vanwege de gezondheidsklachten en verzuim door deze klachten 89% versus 11% te zijn. Deze verdelingen waren voor nek- schouderklachten 68% versus 32%, en voor klachten in nek-schouder én hand-arm respectievelijk 57% en 43% (Van den Heuvel et al., 2007).

De DAWY is een meeteenheid die het verlies van arbeidsjaren door ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteitsverlies tijdens het werk door ziekte gedurende het hele arbeidzame leven bundelt in één getal. Met het gebruik van DAWY's is het verlies aan arbeidsjaren 'veroorzaakt' door verschillende ziekten met elkaar te vergelijken (Eysink et al., 2010).

Samengevat betreft de DAWY een gecombineerde maat voor ziekteverzuim, (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid en verminderde productiviteit tijdens het werk uitgedrukt in gezondheidsrelateerd verlies aan arbeidsjaren, of kortweg verloren arbeidsjaren. Tabel 6 geeft deze

verloren arbeidsjaren weer voor ziekten van het bewegingsapparaat en rugklachten. DAWY's weergegeven voor één bepaalde aandoening is weinig informatief. In een vergelijking met andere aandoeningen is te zien of het relatief veel of weinig verloren arbeidsjaren zijn (Eysink et al., 2010). Vandaar dat in tabel 6 ter vergelijking twee andere aandoeningen zijn opgenomen die uit de studie van Eysink et al. (2010) de minste en de meeste DAWY's aangeven, respectievelijk psychische aandoeningen en huidklachten.

Tabel 6. Gezondheidsgerelateerd verlies aan arbeidsjaren¹⁾	
Bewegingsapparaat	146.810 verloren arbeidsjaren
Rugklachten	16.030 verloren arbeidsjaren
Psychische aandoeningen	208.486 verloren arbeidsjaren
Huidziekten	2.914 verloren arbeidsjaren

¹⁾ Voor de gehele populatie met genoemde aandoening.

Bron: Eysink et al., 2010

Uit tabel 6 komt naar voren dat de verloren arbeidsjaren door psychische aandoeningen vele malen groter zijn dan die van alle ziekten aan het bewegingsapparaat of rugklachten. De berekening van de DAWY is opgebouwd uit ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en verminderde productiviteit tijdens het werk. Bij psychische aandoeningen is het effect van de aandoening op alle drie de maten groter dan bij ziekten van het bewegingsapparaat. Zo kan een mogelijke achterliggende verklaring zijn dat mensen met aandoeningen van het bewegingsapparaat vaker (gedeeltelijk) aan het werk kunnen blijven en minder te maken hebben met verminderde productiviteit dan mensen met psychische aandoeningen. Dit effect is vermoedelijk nog sterker bij huidziekten.

De ontwikkeling om te komen tot een DAWY model is op verzoek van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid door RIVM in 2010 onderzocht. Een overzicht van gezondheidsgerelateerd verlies aan arbeidsjaren is beleidsmatig interessant. De DAWY biedt de overheid een mogelijkheid om de gevolgen van verschillende ziekten op arbeidsproductiviteit en verlies aan arbeidsjaren met elkaar te vergelijken en op basis daarvan beleidsprioriteiten te bepalen (Eysink et al., 2010).

6.7. Meer inzicht nodig in indirecte kosten

Uit de quickscan komt naar voren dat er meer bekend is over de directe kosten, de zorgkosten van de diverse aandoeningen en MSD in het algemeen dan over de indirecte, de werkgerelateerde kosten. Op dit moment zijn indirecte kosten per specifieke aandoening lastig te achterhalen. Uit persoonlijke correspondentie met ministeries van VWS en SZW blijkt dat zorg- en inkomensverzekeraars over cijfers beschikken, zowel over de zorgkosten als over de indirecte, werkgerelateerde kosten van MSD. Deze cijfers zijn echter niet openbaar vanuit onder meer de marktpositie overwegingen van verzekeraars.

Enkele onderzoekers betogen dat het meenemen van de indirecte kosten in onderzoek van belang is omdat deze kosten substantieel bijdragen aan de totale ziektekosten en de totale ziektelast ('burden of disease'). Uit de studie van den Akker-van Marle et al. (2012) komt een bedrag van 1,9 miljard euro per jaar aan indirecte kosten voor reuma tegenover een bedrag van 3,2 miljard euro per jaar aan directe, zorgkosten (frictiekosten-methode). Franke et al. (2009) concludeerden op basis van internationale onderzoeken dat de productiviteitskosten voor 57% bijdragen aan de totale kosten van RA, en bij Bechterew (AS) voor 66% van de totale kosten (human capital methode). Blatter et al. (2005) geven aan dat de zorgkosten van KANS jaarlijks 119 miljoen euro bedragen. De in de tabel 5 weergegeven maatschappelijke werkgerelateerde kosten van KANS zijn vele malen groter, namelijk 2 miljard euro per jaar (frictiekosten-methode). Bij langdurige lage rugklachten geven Lambeek et al. (2011) aan dat het aandeel van directe versus indirecte kosten 12% respectievelijk 88% van de totale kosten bedraagt. Filipovic et al. (2011) onderstrepen dat elke economische analyse die de indirecte kosten buiten beschouwing laat, de economische impact van RA onderwaardeert.

Niet alleen het vaker meenemen van indirecte kosten is van belang, ook het *type* werkgerelateerde kosten verdient meer aandacht. Productiviteitsverlies *tijdens* het werk is mogelijk een veel belangrijkere factor van verminderde productiviteit dan absentie in vorm van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (Eysink et al, 2010). In een Nederlandse studie is gevonden dat productiviteitsverlies door gezondheidsklachten vooral ontstaat omdat werknemers door de klachten in de uitvoering van hun werk worden belemmerd en in mindere mate omdat ze door die klachten verzuimen (van den Heuvel et al., 2007). Met aanpassingen in het werk zou deze groep mensen mogelijk goed aan het werk kunnen blijven.

De economische aspecten vormen één kant van het verhaal. Werk, zowel betaald als onbetaald, kent ook een sociale kant. Vanuit het perspectief Fit for Work is het interessant om te bekijken hoe

werknemers met MSD zo goed en zo veel als mogelijk aan het werk kunnen blijven, dit is in het belang van de werknemer, de werkgever en de maatschappij.

7. Beleid, wet- en regelgeving

Dit hoofdstuk stipt relevante wet- en regelgeving rond werken met een aandoening aan en geeft de komende uitdagingen kort weer.

7.1. Wetgeving met flankerend beleid

In Nederland is er sprake van een relatief hoge mate van sociale zekerheid: bij ziekte is er een financieel vangnet in de vorm van loondoorbetaling of een (gedeeltelijke) uitkering. Er zijn inspanningsverplichtingen voor zowel werkgever en de werknemer om terugkeer naar het werk te bespoedigen, en financiële sancties als deze inspanningen uitblijven. Het uitgangspunt van de wet- en regelgeving is het terugdringen van het aantal mensen dat een uitkering ontvangt. De financiële prikkels zijn er op gericht dat iedereen zoveel mogelijk aan het werk blijft, waarbij 'werken loont': de hoogte van een uitkering valt over het algemeen lager uit dan een inkomen uit arbeid.

7.2. Wet loondoorbetalingsplicht bij ziekte

Officieel is dit de naam van de wet, al dan niet aangevuld met 'uitbreiding' (1996) of 'verlenging' (2003) loondoorbetalingsplicht bij ziekte. Maar in de volksmond zegt men 'ik zit in de ziektewet'. De ziektewet dateert uit 1913 als een 'regeling der arbeiders-ziekteverzekering' en was er toen voor alle werknemers. De ziektewet is momenteel toegankelijk voor een specifieke groep werkenden, namelijk die groep die geen recht meer heeft op loon van een werkgever, waarover meer in paragraaf 7.5. Centraal in de Wet loondoorbetalingsplicht bij ziekte staat, zoals de naam aangeeft, dat er bij ziekte sprake is van loondoorbetaling waarbij de verplichting bij de werkgever ligt. De loondoorbetalingsverplichting geldt voor twee jaren, waarbij over de twee ziektejaren heen de loondoorbetaling maximaal 170% van het laatstverdiende loon bedraagt. De werkgever is verplicht om gedurende het eerste jaar van ziekte minimaal 70% van het loon door te betalen. Dit loon bedraagt minimaal het minimumloon. Het loon bij ziekte kan hoger zijn dan deze 70% als hierover afspraken zijn gemaakt in de cao of in de individuele arbeidsovereenkomst. In het tweede jaar van ziekte bedraagt het doorbetaalde loon eveneens 70%, maar vervalt de bepaling dat het loon minimaal het minimumloon moet bedragen. Werknemers die onder het sociaal minimum dreigen te komen, kunnen bij het UWV een toeslag aanvragen.

7.3. Wet poortwachter

De Wet verbetering poortwachter, of kortweg Poortwachter, stimuleert de inspanningen van werkgever en werknemer gericht op werkhervatting bij verzuim door ziekte, met financiële gevolgen voor beide als inspanningen hierop uitblijven. De wet biedt een stok achter de deur om planmatig en gezamenlijk als werkgever en werknemer te werken aan werkhervatting. Met verplichtingen in het eerste jaar zoals het opstellen van een probleemanalyse, met redenen voor het niet meer kunnen werken, de mogelijkheden tot (gedeeltelijke) werkhervatting, en een plan van aanpak voor (gedeeltelijke) werkhervatting. Werkgever en werknemer kiezen samen een casemanager die het plan van aanpak van werkhervatting begeleidt. Bij (dreigende) langdurige uitval zijn er aanvullende eisen zoals iedere zes weken overleg tussen werkgever en werknemer over de voortgang van werkhervatting en het bijhouden van een re-integratiedossier.

Na bijna een jaar ziekte, stelt de wet, dat tussen week 46 en 52 de werkgever en werknemer een eerstejaarsevaluatie maken waarin ze vaststellen hoe de inspanningen voor het komende jaar er uit gaan zien. Na 20 maanden ziekte volgt er een re-integratieverslag waarin alle inspanningen van werkgever en werknemer zijn vastgelegd. Als dit niet leidt tot werkhervatting, volgt in week 48 een aanvraag voor een WIA uitkering. Het UWV beoordeelt de inspanningen van zowel werkgever als werknemer aan de hand van het re-integratieverslag en voert een WIA-keuring uit om vast te stellen of een werknemer in aanmerking komt voor een WIA-uitkering. Er zijn plannen om deze WIA-keuring te vervroegen naar het moment van één jaar ziekteverlof.

De financiële prikkels die de werkhervatting ondersteunen zijn als volgt: bij onvoldoende inspanningen van de werkgever kan verlenging van de periode van de loondoorbetalingsverplichting plaatsvinden. Voor een werknemer kan het niet mee werken aan re-integratie of het niet aanvaarden van ander, passend werk leiden tot het stop zetten van de loondoorbetaling of leiden tot ontslag⁹.

In het 'poortwachterstraject' van twee jaar dienen werkgever en werknemer zich te laten bij staan door een gecertificeerde bedrijfsarts of, in geval van eigen risicodragerschap, door een zelfgekozen

⁹ Tijdens ziekteverlof kan een werknemer niet ontslagen worden. Na twee jaar ziekteverlof vervalt deze ontslagbescherming en kan een werknemer ontslag worden.

arbodeskundige in de bedrijfsgezondheidszorg. Het betreft onder meer advies bij de problemdiagnose, probleemanalyse en het werkhervattingsplan.

7.4. Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)

Na twee jaar ziekteverlof beoordeelt het UWV of een werknemer in aanmerking komt voor een WIA uitkering. Of iemand in aanmerking komt voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering hangt af van het loonverlies of verlies aan verdien capaciteit als gevolg van ziekte of gebreken: het percentage arbeidsongeschikt zijn hangt af van iemands (resterende) loonwaarde. Een werknemer komt in aanmerking voor een WIA uitkering bij meer dan 35% loonverlies. Bij minder dan 35% loonverlies, blijft de werknemer in principe in dienst bij de werkgever. Bij 35% of meer loonverlies kent de WIA twee regelingen: de WGA en de IVA-uitkering. WGA staat voor werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten. Deze regeling is er voor mensen die nog gedeeltelijk kunnen werken: de werknemer is in staat om hoogstens 65% van het vroegere inkomen te verdienen. Het bestaat uit een uitkering die het loon (tijdelijk) aanvult. De IVA betreft een Inkomensvoorziening Volledig en duurzaam arbeidsongeschikten en is een uitkering voor degenen die niet meer kunnen werken. De grens tussen gedeeltelijk of volledige arbeidsongeschiktheid ligt op 20%. Dit betekent dat wanneer een werknemer minder dan 20% van het laatstverdiende loon kan verdienen, de werknemer volledig arbeidsongeschikt wordt verklaard en een IVA-uitkering krijgt. Bij ziekten waar geen uitzicht op genezing of herstel is, is het mogelijk een vervroegde IVA-uitkering aan te vragen.

Samengevat, kent de WIA regeling drie groepen:

1. Gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA 35-80)
2. Volledig maar niet-duurzaam arbeidsongeschikten, er is kans op herstel (WGA 80-100)
3. Volledig en duurzaam arbeidsongeschikten (IVA).

Op dit moment is WGA 80-100 de grootste groep, met 53% van de mensen met een WIA uitkering die onder deze regeling vallen, gevolgd door de IVA met 26%, en de WGA 35-80 met 21% van de mensen die onder de WIA vallen (Ministerie van SZW, 2013a).

7.5. Ziektewet en modernisering van deze wet

De Ziektewet is er voor werkenden die bij ziekte geen recht (meer) hebben op loon van een werkgever, zoals uitzendkrachten of langdurig werklozen. Deze groep kan een beroep doen op de ziektewet. De ziektewetuitkering duurt maximaal twee jaar en bedraagt 70% van het dagloon. Per 1 januari 2014 gaat de modernisering van de Ziektewet in, met als aanleiding voor deze wijziging dat er onevenredig veel werknemers met een tijdelijk dienstverband in de Ziektewet, en via deze weg, in de WIA komen. De modernisering van de Ziektewet houdt in dat werkgevers en UWV zich meer moeten inspannen om zieke werknemers met een tijdelijk contract te re-integreren. Voor werkgevers betekent dit dat de hoogte van de premie die zij moeten afdragen afhangt van het aantal (tijdelijke) werknemers dat instroomt in de Ziektewet en de WIA. Voor werknemers is de financiële prikkel gelegen in de hoogte en de duur van de uitkering. Voor uitzendkrachten en bij een tijdelijk dienstverband blijft de maximale uitkeringsduur twee jaar. Flexwerkers krijgen de eerste drie maanden 70% van het laatstverdiende loon, daarna hangt de hoogte van de uitkering af van het aantal jaren dat een flexwerker gewerkt heeft.

7.6. Vrijwillige verzekeringen

De verplichte verzekeringen voor ziekte, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid gelden in de situatie van een arbeidsovereenkomst. Bij het ontbreken van een arbeidsovereenkomst, zoals het geval is bij zelfstandig ondernemers, alfarhulpen, het tijdelijk onderbreken van betaald werk of werken vanuit het buitenland, is er de mogelijkheid van vrijwillig verzekeren via het UWV. Het betreft een vrijwillige ziektewet-, WIA/WAO en WW verzekering. Voor toelating tot de verzekering is geen medische keuring nodig en de premies zijn fiscaal aftrekbaar.

7.7. Stimuleringsregelingen

Aan de ene kant is de wetgeving gericht op het terugdringen en voorkómen van arbeidsuitval door ziekte. Aan de andere kant is er stimulerend beleid om mensen met een aandoening aan het werk te helpen. Dit betreft onder meer (UWV, 2013):

- Looncompensatie bij ziekte (no risk polis). Een werkgever krijgt van het UWV een deel van de loonkosten gecompenseerd van een werknemer met een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering die ziek wordt. Dit gaat via een Ziektewetuitkering voor de werknemer. De werkgever kan deze uitkering verrekenen met het loon. Dit heet

looncompensatie bij ziekte, ook wel de no-riskpolis genoemd. De periode van deze looncompensatie bij ziekte geldt voor vijf jaar. In bijzondere situaties is een verlenging van deze periode mogelijk, zoals in het geval dat de werknemer al een ernstige ziekte had voordat deze in dienst kwam.

- Premiekorting of -vrijstelling (mobiliteitsbonus). Als een werkgever iemand in dienst neemt met een arbeidsongeschiktheidsuitkering of iemand van 50 jaar of ouder met een uitkering, dan kan de werkgever een korting krijgen op de premie van werknemersverzekeringen of een vrijstelling voor het betalen van deze premie. Een andere naam voor deze premiekorting of -vrijstelling is mobiliteitsbonus. Deze regeling geldt voor maximaal drie jaar.
- Proefplaatsing: een werknemer met een uitkering kan twee maanden werken voor een werkgever met behoud van zijn uitkering. De werkgever betaalt in die periode geen loon. De voorwaarde is dat de werkgever de intentie heeft om de werknemer na de proefplaatsing voor minimaal zes maanden een dienstverband aan te bieden.
- Loondispensatie (Wajong). Deze regeling geldt voor werknemers met een Wajong-uitkering. In de situatie van een Wajong-uitkering mag een werkgever tijdelijk minder loon uitkeren wanneer de prestaties door ziekte of handicap achterblijven. Het UWV vult het loon van de werknemer aan. De duur van de loondispensatie varieert tussen een half jaar en vijf jaar. Loondispensatie mag alleen onder bepaalde voorwaarden plaatsvinden.

Met de beoogde inwerking treding van de Participatiewet per 1 januari 2015, treden zoals het er nu uitziet ook veranderingen in deze regelingen op. Zo gaat een loonkostensubsidie de loondispensatie vervangen, om zo het verschil tussen de loonwaarde van een werknemer en het wettelijk minimumloon te compenseren (Ministerie van SZW, 2013). De gedachte hierachter is dat werknemers met een arbeidsbeperking minimaal het wettelijk minimumloon ontvangen en, dat op deze manier, het voor werkgevers aantrekkelijker wordt om mensen met een arbeidsbeperking in dienst te nemen .

7.8. Participatiewet

De Participatiewet is gericht op het verhogen van de arbeidsparticipatie van mensen met een arbeidsbeperking. Het betreft extra banen voor mensen met een arbeidsbeperking die niet

zelfstandig het wettelijk minimum loon kunnen verdienen, en voor mensen met een arbeidsbeperking die minimaal het wettelijk minimum loon kunnen verdienen door gebruik te maken van een voorziening gericht op persoonlijke ondersteuning op de werkplek, zoals een jobcoach. Daarmee heeft de Participatiewet betrekking op de groep mensen die momenteel gebruik maakt van Wajong, WWB (Wet Werk en Bijstand) en Wsw (Wet sociale werkvoorzieningen). Dit is een smallere groep dan de definitie van mensen met een arbeidshandicap¹⁰. Naast deze extra banen voor mensen met een arbeidshandicap, nemen sociale partners maatregelen die zich richten op re-integratie van vangnetters¹¹ en de groep WGA 80-100¹². Deze maatregelen zijn aanvullend en komen bovenop de extra reguliere banen vanuit werkgevers in de markt en de overheid samen.

De beoogde inwerkingtreding van de Participatiewet is 1 januari 2015. Op het moment van deze rapportage zijn alleen de hoofdlijnen van deze wet bekend (ministerie van SZW, 2013b). Eén van de afspraken is dat komende jaren 125.000 mensen met een arbeidsbeperking bij een reguliere werkgever aan de slag kunnen. Waarbij de verdeling is van 100.000 banen in het bedrijfsleven en de zorgsector, en 25.000 banen bij de overheid. De toename van dit aantal banen voor mensen met een arbeidsbeperking verloopt gefaseerd, met afspraken tussen kabinet, sociale partners en gemeenten over het aantal banen per jaar. Zo dienen er in 2015 en 2016 in totaal 11.000 extra banen te zijn gerealiseerd. De jaren daarna loopt het aantal banen op, tot het gewenste aantal van 125.000 banen in 2026 is bereikt. Deze afspraken worden gemonitord. De eerste beoordeling vindt in 2016 plaats en betreft het nakomen van de afspraak dat in de jaren 2015 en 2016 in totaal 11.000 extra banen voor

¹⁰ Het ministerie van SZW spreekt over een arbeidshandicap wanneer iemand een Ziektewet-, WAO/WIA-, WAZ- of Wajong-uitkering heeft, als een verzekeringsarts samen met een arbeidsdeskundige heeft vastgesteld dat zijn ziekte of handicap werken moeilijk maakt, de gemeente heeft vastgesteld dat een ziekte of handicap het vinden van werk moeilijk maakt of als iemand bij een bedrijf in de sociale werkvoorziening aan de slag kan, maar nog geen werk heeft gevonden. www.arboportaal.nl, informatie verkregen op 12 juli 2013.

¹¹ Vangnetters zijn werknemers die geen werkgever (meer) hebben en een beroep kunnen doen op de Ziektewet. Het zijn onder meer uitzendkrachten zonder een vast contract met een uitzendbureau, oproepkrachten, werklozen die langer dan 13 weken ziek zijn en vrijwillig verzekerden. www.rijksoverheid.nl, informatie verkregen op 12 juli 2013.

¹² WGA 80-100 staat voor de groep mensen die volledig, maar niet-duurzaam arbeidsongeschikt zijn. Het betreft mensen die een WGA uitkering ontvangen omdat ze voor 80 tot 100% arbeidsongeschikt zijn verklaard, maar wel kans op herstel hebben.

mensen met een arbeidsbeperking zijn gerealiseerd bij reguliere werkgevers. Als nulmeting voor het bepalen van het aantal extra banen, geldt het aantal banen van arbeidsgehandicapten per 1 januari 2013. Als uit de meting in 2016 blijkt dat er in deze twee jaren dit aantal extra banen niet is gerealiseerd, zal, na overleg met sociale partners en gemeenten, een wettelijke quotum worden geactiveerd. Het wettelijk quotum houdt in dat een bepaald percentage van de banen binnen bedrijven ingevuld wordt door mensen met een arbeidsbeperking. Werkgevers kunnen een boete krijgen als zij zich niet aan dit quotum houden. Het quotum dient per 1 januari 2015 vast te liggen in een wet. De gemeenten krijgen de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Participatiewet, met ruimte voor invulling van het beleid, aldus het Ministerie van SZW.

7.9. Duurzame inzetbaarheid

In lijn van de focus op het verhogen van de arbeidsparticipatie vanuit economische motieven, en vanuit het welzijn en de welvaart van de burgers, stimuleren de ministeries van SZW en VWS dat bedrijven zich inzetten voor duurzame inzetbaarheid van hun personeel. Waarbij duurzame inzetbaarheid gericht is op scholing, mobiliteit en gezondheid. Om bedrijven te stimuleren zijn onder meer werkgeverskringen georganiseerd voor het uitwisselen van adviezen en ervaringen, zijn circa honderd werknemers geïnterviewd over hun werk en worden bijeenkomsten voor OR leden georganiseerd. Deze kennis en informatie is gebundeld op de website duurzameinzetbaarheid.nl met als doel dat andere bedrijven met duurzame inzetbaarheid aan de slag gaan, en dan vooral op een duurzame manier, bijvoorbeeld via systematisch beleid en het vastleggen van afspraken over duurzame inzetbaarheid van medewerkers in de cao's. Werkgeversorganisaties als VNO-NCW, MKB-Nederland en AWWN ondersteunen dit initiatief, evenals de vakbonden.

Er zijn de nodige praktische instrumenten voor bedrijven om met duurzame inzetbaarheid aan de slag te gaan. Eén voorbeeld daarvan is de 'Handreiking duurzame inzetbaarheid voor oudere medewerkers' die ook goed toepasbaar is voor werknemers met een chronische aandoening (de Vries, Wessels, 2013). Het ministerie van SZW bundelt instrumentarium voor duurzame inzetbaarheid op de website toolboxdi.nl.

7.10. Uitdagingen: decentralisatie van beleid

Er zijn ontwikkelingen op het gebied van maatschappelijke wet- en regelgeving die effect hebben op aan het werk kunnen zijn of blijven met een spier- of gewrichtsaandoening. Zo vindt er komende

jaren decentralisatie plaats in het sociale domein van participatie, zorg en inkomen. Gemeenten krijgen na de decentralisatie de integrale verantwoordelijkheid voor de uitvoering van nieuwe taken, zoals de Participatiewet en het controleren van bedrijven of ze voldoen aan de inspanningen om mensen met een arbeidshandicap in dienst te nemen.

De Participatiewet is niet alleen gericht op het bevorderen van de arbeidsparticipatie van mensen met een aandoening, in feite is het een bundeling van de bijstand, Wajong en sociale werkplaatsen in één regeling, met één budget voor participatie, zorg en inkomen waarvan de gemeenten de toekenning gaat bepalen. Een efficiëntiemaatregel met als beoogd doel dat 'alle regelingen in één hand' bij de gemeenten leidt tot een verbeterde maatwerk ondersteuning van de (werkende) burger. Veel mensen met een aandoening hebben aanvullende zorg en hulpmiddelen nodig, dit verloopt nu via de AWBZ, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wmo, de Wet maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten gaan in de toekomst de toewijzing van hulp of ondersteuning bepalen, waarbij gemeenten onderling verschillende accenten kunnen leggen bij de vergoeding of het toewijzen van ondersteuning. Dit brengt mogelijk het risico van 'postcodezorg' met zich mee, met verschil van vergoedingen per gemeente, ook omdat een aantal zaken die nu geregeld zijn in de AWBZ overgaan naar de Wmo.

Bij de decentralisatie gaan de gemeenten ook taken overnemen van het UWV bij het begeleiden van mensen met een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering of WW op zoek naar werk, in de vorm van Werkpleinen en WerkgeversServicepunten. Hier ligt de uitdaging in het van werk naar werk begeleiden van mensen, ook van mensen met een chronische aandoening zoals MSD.

De beoogde decentralisatie gaat in vanaf 1 januari 2015, de eerste stappen worden gezet in 2014. De Rijksoverheid ziet toe op de juiste uitvoering van de wetgeving door de gemeenten.

8. Conclusies en aanbevelingen

Er zijn in Nederland veel mensen met MSD in de leeftijd van de werkende bevolking. Door de verhoging van de pensioenleeftijd, een verminderde toegang tot arbeidsongeschiktheidsregelingen en een ongezondere leefstijl zal het aantal werkenden met MSD in de nabije toekomst toenemen. De meeste mensen met MSD hebben daar bij hun werk niet veel last van, maar een deel ondervindt wel hinder op het werk. Sommigen hebben zulke ernstige beperkingen dat ze niet in staat zijn te werken. Voor de meeste mensen die beperkingen ervaren, geldt echter dat arbeidsongeschiktheid en verlies van werk voorkómen kan worden, waarmee de economische schade van MSD voor werknemers zelf en de samenleving beperkt wordt. Ook het voorkómen van langdurige uitval is nodig, omdat blijkt dat als mensen eenmaal werkloos zijn, het moeilijk is om weer terug te keren op de arbeidsmarkt (Boonen et al., 2011).

Of mensen met MSD problemen op hun werk ondervinden hangt niet alleen van de ernst van hun ziekte en beperkingen af, maar ook van de aard van hun werk, van psychologische factoren en omgevingsfactoren, zoals bijvoorbeeld de arbeidsverhoudingen en de mogelijkheid tot werkaanpassingen.

De afgelopen decennia is veel onderzoek gedaan naar knelpunten op het werk en is veel energie gestoken in het ontwikkelen van interventies om arbeidsongeschiktheid te voorkómen. Er is dan ook geen gebrek aan bewezen interventies. Wel is een vertaling nodig van deze kennis en inzichten naar de praktijk van vooral werkgevers, medische professionals en verzekeraars (Pransky et al. 2011; Gignac et al, 2012).

Duidelijk is dat alle partijen betrokken moeten worden bij het voorkómen van arbeidsongeschiktheid, zoals de:

- Werknemer of patiënt, en zijn of haar collega's
- Werkgever: op managementniveau, de HRM-afdeling en de direct leidinggevende
- Gezondheidszorg: huisarts, medisch specialist, reumaverpleegkundige, psycholoog, fysiotherapeut
- Arbozorg: bedrijfsarts, arbeidsdeskundige, arboverpleegkundige en andere professionals.

Om, ook in onderling overleg, tot goede oplossingen te komen staan verschillende handreikingen en richtlijnen (deels evidence-based) ter beschikking, bedoeld voor specifieke doelgroepen of voor meerdere partijen. Wij noemen er enkele als voorbeeld:

- Fit for Work Checklisten (Fit for Work Nederland, 2013)
- Fit for Work Handreikingen (Fit for Work Nederland, 2013)
- Handreiking duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers (UMC Groningen, 2013)
- Verzekeringsgeneeskundig protocol Artrose van heup en knie – Reumatoïde Artritis (NVVG, 2008)
- Verzekeringsgeneeskundig protocol Whiplash, Aspecifieke rugklachten en Hartinfarct (Gezondheidsraad, 2005)
- Verzekeringsgeneeskundig protocol Schizofrenie en aanverwante psychosen - Chronische Schouderklachten (NVVG, 2008)
- Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische Vermoeidheidssyndroom en Lumbosacraal radiculair syndroom (Gezondheidsraad, 2005)
- Richtlijn Reumatoïde Artritis en Participatie in Arbeid (NVVG, 2013)
- Richtlijn Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis (NVR, 2009)
- Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten (KNGF, NHG, Nederlandse Orthopaedische Vereniging, NVAB, CBO, 2010)
- Multidisciplinaire richtlijn aspecifieke klachten, Arm, Nek en/of Schouders (KNGF, CBO, Hogeschool Rotterdam Kenniscentrum Zorginnovatie, 2012)

Vooraf werkgevers, zorg- en hulpverleners zullen de komende jaren meer oog moeten krijgen voor werkbehoud voor mensen met MSD, waarbij ook aandacht dient te zijn voor de kwaliteit van het werk, in de zin van arbeidsinhoud, arbeidsverhoudingen, arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden. Dit sluit aan bij gezondheidsbevordering en duurzame inzetbaarheid, met proactief beleid dat niet alleen goed is voor mensen met MSD maar voor alle werknemers, die (nog) geen klachten hebben.

Aanbevelingen

Op basis van deze quickscan komen we tot de volgende aanbevelingen:

- Mensen met MSD en werkgevers hebben een gezamenlijk belang om werk-problematiek bespreekbaar te maken, verlies van werk zo mogelijk te voorkómen en de financiële gevolgen van MSD voor zichzelf en de samenleving te beperken.
- Aandacht voor werk dient een vanzelfsprekend onderdeel te zijn van de zorg in de eerste en tweede lijn gezondheidszorg.
- In zorgstandaarden en richtlijnen dient werk als doel van de behandeling en begeleiding te worden opgenomen, in aansluiting met de module Arbeid die nu binnen het zorgcoördinatieplatform zorgstandaarden in opdracht van SZW en VWS wordt ontwikkeld.
- Het uitgangspunt bij de zorg voor mensen met MSD dient te zijn dat zij zelf, samen met anderen leren hun ziekte en dagelijks leven, inclusief werk, te hanteren en zich aan te passen aan de omstandigheden. Dit sluit aan bij de nieuwe definitie van gezondheid: 'the ability to adapt and self manage' (Huber et al., 2011).
- Op deze manier kunnen werknemers met MSD de regie in eigen hand nemen, ook om aan het werk te blijven. Want werk is meer dan een inkomen. Het is in het sociaal economisch belang van de werknemer, werkgever en de maatschappij. Dame Carol Black, co-president van Fit for Work Europe vat dit samen als: 'Good work is good for you'. Wij zouden er aan willen toevoegen: Goed werk is goed voor iedereen.

Referenties

ACOEM Committee (2006). Preventing needless work disability by helping people stay employed. *J Occup Environ Med*, 48(9):972-987.

van den Akker-van Marle ME, Chorus AMJ, Vliet Vlieland TPM, van den Hout WB. (2012). Cost of rheumatic disorders in the Netherlands. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 26, 721-731.

Alavinia SM, Burdorf, A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82, 39-45.

van Amelsvoort LG, Kant IJ, Beurskens AJ, Schröer CA, Swaen GM. (2002). Fatigue as a predictor of work disability. *Occup Environ Med*, 59:712-3.

Beatty JA, Joffe R. (2006) An overlooked dimension of diversity: the career effects of chronic illness. *Organizational Dynamics*, 35:182-195.

Bieleman HJ, Bierma-Zeinstra SM, Oosterveld FG, Reneman MF, Verhagen AP, Groothoff JW. (2011). The effect of osteoarthritis of the hip or knee on work participation. *J Rheumatol*, 38(9):1835-43.

Bieleman HJ, van Ittersum MW, Groothoff JW, Oostveen JC, Oosterveld FG, van der Schans CP, Soer R, Reneman MF. (2010b). Functional capacity of people with early osteoarthritis: a comparison between subjects from the cohort hip and cohort knee (CHECK) and healthy ageing workers. *Int Arch Occup Environ Health*, 83(8):913-21.

Bieleman HJ, Oosterveld FG, Oostveen JC, Reneman MF, Groothoff JW. (2010a). Work participation and health status in early osteoarthritis of the hip and/or knee: a comparison between the Cohort Hip and Cohort Knee and the Osteoarthritis Initiative. *Arthritis Care and Research*, 62(5):683-9.

Bieleman HJ, Reneman MF, Drossaers-Bakker KW, Groothoff JW, Oosterveld FG. (2013). Prognostic factors for sustained work participation in early osteoarthritis: a follow-up study in the Cohort Hip and Cohort Knee (CHECK). *J Occup Rehabil*, 23(1):74-81

Black C. (2008). Working for a healthier tomorrow. Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population. London, TSO.

- Blankers I, Notenboom A, Schrijvershof C. (2012). Zorgkosten en maatschappelijke baten van reumatherapieën bij reumatoïde artritis. Den Haag: APE
- Blatter B, Houtman I, van den Bossche S, Kraan K, van den Heuvel S. (2005). Gezondheidsschade en kosten als gevolg van RSI en psychosociale arbeidsbelasting in Nederland. Hoofddorp: TNO.
- Bongers PM, Ijmker S, van den Heuvel S, Blatter BM. (2006). Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (part II). *J Occup Rehabil*, 16(3):279-302.
- Bonoli G. (2010). The political economy of active labor-market policy. *Politics and Society*, 38(4), 435-457.
- Boonen A. (2006). A review of work-participation, cost-of-illness and cost-effectiveness studies in ankylosing spondylitis. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2(10):546-53.
- Boonen A. (2010). Towards a better understanding of the role of psychological variables in arthritis outcome research. *Arthritis Res Ther*, 12(1):106.
- Boonen A, Brinkhuizen T, Landewé R, van der Heijde D, Severens JL. (2010). Impact of ankylosing spondylitis on sick leave, presenteeism and unpaid productivity, and estimation of the societal cost. *Ann Rheum Dis*, 69(6):1123-8.
- Boonen A, Chorus A, Miedema H, van der Heijde D, van der Tempel H, van der Linden Sj. (2001). Employment, work disability, and work days lost in patients with ankylosing spondylitis: a cross sectional study of Dutch patients. *Ann Rheum Dis*, 60:353–358
- Boonen A, van der Heijde D, Landewe R, Spoorenberg A, Schouten H, Rutten-Van Molken M et al. (2002). Work status and productivity costs due to Ankylosing spondylitis: comparison of three European countries. *Annals of Rheumatic Diseases*, 61, 429-437.
- Boonen A, van den Heuvel R, van Tubergen A, Goossens M, Severens JL, van der Heijde D et al. (2005). Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis. *Annals of Rheumatic Disease*, 64, 396-402.
- Boonen A, Mau W. (2009). The economic burden of disease: comparison between rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol*, 27(4 Suppl 55):S112-7

Boonen A, Severens JL. (2011). The burden of illness of rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*, 30 Suppl 1:S3-8.

Brouwer S, de Lange A, van der Mei S, Wessels M, Koolhaas W, Bültmann U, van der Heijden B, van der Klink J. (2012). Duurzame inzetbaarheid van de oudere werknemer; de stand van zaken. Overzicht van determinanten, interventies en meetinstrumenten vanuit verschillende perspectieven. Groningen/Nijmegen: UMCG

de Buck PD, le Cessie S, van den Hout WB, Peeters AJ, Runday HK, Westedt ML, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. (2005). Randomized comparison of a multidisciplinary job-retention vocational rehabilitation program with usual outpatient care in patients with chronic arthritis at risk for job loss. *Arthritis Rheum*, 15;53(5):682-90.

de Buck PD, Breedveld J, van der Giesen FJ, Vliet Vlieland TP. (2004). A multidisciplinary job retention vocational rehabilitation programme for patients with chronic rheumatic diseases: patients' and occupational physicians' satisfaction. *Ann Rheum Dis*, 63(5):562-8.

de Buck PD, van Amstel RJ, Buijs PC, Maasen JH, van Dijk FJ, Hazes JM, Vliet Vlieland TP. (2002). Communication between Dutch rheumatologists and occupational physicians in the occupational rehabilitation of patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*, 61(1):62-5.

Burdorf A, van den Berg T, Elders L. (2008). 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. Erasmus Medisch Centrum Rotterdam: Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg.

Burton W, Morrison A, Maclean R, Ruderman E. (2006). Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. *Occup Med (Lond)*, 56(1):18-27.

van Campen C, Cardol M. (2009). When work and satisfaction with life do not go hand in hand: health barriers and personal resources in the participation of people with chronic physical disabilities. *Soc Sci Med*, 69(1):56-60.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2013) Mannen en vrouwen in Nederland. Bevolkingstrends 1^e kwartaal 2011. Elma Wobma, CBS. www.cbs.nl (verkregen 04 mei 2013)

Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). Statistisch jaarboek 2011. Work disability in rheumatoid arthritis-development over 15 years and evaluation of predictive factors over time.

Chan F, Strauser D, Gervy R, Lee EJ. (2010) Introduction to demand-side factors related to employment of people with disabilities. *J Occup Rehabil*, 20:407-11.

Chorus AMJ, van Overbeek K, Hopman-Rock M. (2007) Reumatische klachten in Nederland. Resultaten Nationale Peiling van het Bewegingsapparaat 2006. Leiden: TNO, maart 2007. In opdracht van het Reumafonds.

Chorus AMJ, Schokker DF. (2011) Rapport Nationale Peiling van het Bewegingsapparaat 2010. Leiden: TNO, maart 2011. In opdracht van het Reumafonds.

Cox T, Griffiths A. (2010). Work-related stress. A theoretical perspective. In: Leka S and Houdmont J. *Occupational health psychology*. Malden, Oxford: Wiley-Blackwell.

de Croon EM, Sluiter JK, Nijssen TF, Kammeijer M, Dijkmans BA, Lankhorst GJ et al. (2005). Work ability of Dutch employees with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*, 34(4):277-283.

Detaille S. (2012). Building a self-management program for workers with a chronic somatic disease. PhD-thesis. Amsterdam: AMC/Universiteit van Amsterdam (<http://dare.uva.nl/record/425434>).

Detaille SI, Haafkens JA, van Dijk FJH. (2003). What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at work. *Scand J Work Environ Health*, 29:134-142.

Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JW, van Dijk FJ (2009). Common prognostic factors of work disability among employees with a chronic somatic disease: a systematic review of cohort studies. *Scand J Work Environ Health*, 35(4):261-281.

Detaille SI, van der Gulden JW, Engels JA, Heerkens YF, van Dijk FJ. (2010). Using intervention mapping (IM) to develop a self-management programme for employees with a chronic disease in the Netherlands. *BMC Public Health*, 21;10:353.

Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JW, van Dijk FJ. (2013). Effect evaluation of a self-management program for dutch workers with a chronic somatic disease: a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil*, 23(2):189-99.

Eberhardt K, Larsson BM, Nived K, Lindqvist E. (2007). Work disability in rheumatoid arthritis-- development over 15 years and evaluation of predictive factors over time. *J Rheumatol*, 34(3):481-7.

Eysink PED, Hamberg-van Reenen HH, Gool van CH, Hoeymans N, Burdorf A. (2010) Meten van verloren arbeidsjaren door ziekte: Disease-Adjusted Working Years (DAWY). Verkenning van een nieuwe maat. RIVM-rapport 270244001/2010

Feste C, Anderson RM. (1995). Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns*, 26(1-3):139-144.

Filipovic I, Walker D, Forster F, Curry AS. (2011) Quantifying the economic burden of productivity loss in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 50(6):1083-90.

Franke LC, Ament AJHA, van de Laar MAFJ, Boonen A, Severens JL. (2009). Cost-of-illness of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Clinical and Experimental Rheumatology* 27, 118-123.

Franssen PM, Bultmann U, Kant I, van Amelsvoort LG. (2003) The association between chronic diseases and fatigue in the working population. *J Psychosom Res*, 54:339-344.

Gezondheidsraad (2000). RSI. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatie nr 2000/22.

Gignac MA, Backman CL, Kaptein S, Lacaille D, Beaton DE, Hofstetter C, Badley EM. (2012a). Tension at the borders: perceptions of role overload, conflict, strain and facilitation in work, family and health roles among employed individuals with arthritis. *Rheumatology*, 51(2):324-32.

Gignac MA, Jetha A, Bowring J, Beaton DE, Badley EM. (2012b). Management of work disability in rheumatic conditions: a review of non-pharmacological interventions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 26(3):369-86.

Gignac MA, Cao X, Lacaille D, Anis AH, Badley EM. (2008). Arthritis-related work transitions: a prospective analysis of reported productivity losses, work changes, and leaving the labor force. *Arthritis Rheum*, 59(12):1805-13.

Graaf R. de, Tuithof, van Dorsselaer, ten Have M. (2011). Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.

Gustafsson M, Ekholm J, Ohman A. (2004). From shame to respect: musculoskeletal pain patients' experience of a rehabilitation programme, a qualitative study. *J Rehabil Med*, 36(3):97-103.

Haafkens JA, Kopnina H, Meerman MG, van Dijk FJ. (2011) Facilitating job retention for chronically ill employees: perspectives of line managers and human resource managers. *BMC Health Serv Res* 11:104.

Herenius MM, Hoving JL, Sluiter JK, Raterman HG, Lems WF, Dijkmans BA, Tak PP, Nurmohamed MT, Voskuyl AE, Frings-Dresen MH. (2010). Improvement of work ability, quality of life, and fatigue in patients with rheumatoid arthritis treated with adalimumab. *J Occup Environ Med*, 52(6):618-21.

van den Heuvel SG, IJmker S, Blatter BM, de Korte EM. (2007). Loss of productivity due to neck/shoulder symptoms and hand/arm symptoms: results from the PROMO- study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 3, 370-382

Hoving JL, Bartelds GM, Sluiter JK, Sadiraj K, Groot I, Lems WF, Dijkmans BA, Wijbrandts CA, Tak PP, Nurmohamed MT, Voskuyl AE, Frings-Dresen MH. (2009). Perceived work ability, quality of life, and fatigue in patients with rheumatoid arthritis after a 6-month course of TNF inhibitors: prospective intervention study and partial economic evaluation. *Scand J Rheumatol*, 38(4):246-50.

Hoving JL, van Zwieten MCB, van der Meer M, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. (2013) Work participation and arthritis: a systematic overview of challenges, adaptations and opportunities for interventions. *Rheumatology*, 52, 7, 1254-1264.

Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JWM, Schnabel P, Schmidt R, van Weel C, Smid H (2011). How should we define health? *BMJ*, 343:d4163

Hubertsson J, Petersson IF, Thorstensson CA, Englund M. (2013). Risk of sick leave and disability pension in working-age women and men with knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*, 72:3 401-405.

Kennedy CA, Amick BC 3rd, Dennerlein JT, Brewer S, Catli S, Williams R, Serra C, Gerr F, Irvin E, Mahood Q, Franzblau A, Van Eerd D, Evanoff B, Rempel D. (2010). Systematic review of the role of occupational health and safety interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal symptoms, signs, disorders, injuries, claims and lost time. *J Occup Rehabil*, 20(2):127-62.

Koppes LLJ, de Vroome EMM, Mars GMJ, Janssen BJM, van Zwieten MHJ, van den Bossche SNJ. (2013). Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2012. Methodologie en globale resultaten. Hoofddorp: TNO.

Lacaille D, White MA, Backman CL, Gignac MA (2007). Problems faced at work due to inflammatory arthritis: new insights gained from understanding patients' perspective. *Arthritis Rheum*, 57:1269-1279.

Lambeek LC, Bosmans JE, Van Royen BJ, Van Tulder MW, Van Mechelen W, Anema JR. (2010a) Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ*, 30:341:c6414.

Lambeek LC, Bosmans JE, van Royen BJ, van Tulder MW, van Mechelen W, Anema JR. (2010b). Integrated care for chronic back pain: a randomized controlled trial evaluating a systems approach to reduce disability in working and private life. *BMJ*, 340:c1035.

Lambeek LC, van Tulder MW, Swinkels ICS., Koppes LLJ, Anema JR, van Mechelen W. (2011). The trend in total cost of back pain in the Netherlands in the period 2002 to 2007. *Spine* 36, 11, 1050-1058

Leyshon R, Chalova K, Gerson L, Savtchenko A, Zakrzewski R, Howie A, Shaw L. (2010). Ergonomic interventions for office workers with musculoskeletal disorders: a systematic review. *Work*, 35(3):335-48.

van der Linden S, Valkenburg H, Cats A. The risk of developing ankylosing spondylitis in HLA-B27 positive individuals: a family and population study (1983). *Br J Rheumatol*, 22(4 Suppl 2):18-9.

Lorig K. (1996). Chronic disease self-management; A model for tertiary prevention. *American Behavioral Scientist*, 39:676-683

Lorig K, Ritter PL, Plant K. (2005). A disease-specific self-help program compared with a generalized chronic disease self-help program for arthritis patients. *Arthritis Rheum*, 15;53(6):950-7.

Lötters FJ, Foets M, Burdorf A. (2011) Work and health, a blind spot in curative healthcare? A pilot study. *J Occup Rehabil*, 21:304-12.

Lukaszczik M, Wolf HD, Gerlich C, Löffler S, Vogel H, Faller H, Neuderth S (2011) Current state of vocationally oriented medical rehabilitation - a German perspective. *Disabil Rehabil*, 33:2646-55.

LUMC (2013) <https://www.lumc.nl/con/2096/82547/81117042303221> (informatie verkregen 24 juni 2013)

Maurits E, Rijken M, Friele R. (2013). Kennissynthese Chronisch ziek en werk. Utrecht: Nivel.

McGee R, Bevan S, Quadrello T. (2009). Fit for Work? Musculoskeletal Disorders and the Dutch Labour Market. Fit for Work Europe; Abbott.

van der Meer M, Hoving JL, Vermeulen MI, Herenius MM, Tak PP, Sluiter JK, Frings-Dresen MH (2011). Experiences and needs for work participation in employees with rheumatoid arthritis treated with anti-tumour necrosis factor therapy. *Disabil Rehabil*,33:2587-95.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties www.wetten.overheid.nl (informatie verkregen mei 2013).

Ministerie van SZW (2013a). Kamerbrief over onderzoek Duurzaam niet- duurzaam, 11 juni 2013.

Ministerie van SZW (2013b). Kamerbrief over Participatiewet en quotum na sociaal akkoord, 27 juni 2013.

Ministerie van SZW, www.arboportaal.nl (informatie verkregen 12 juli 2013).

Ministerie van SZW en VWS, www.duurzameinzetbaarheid.nl (informatie verkregen 30 mei 2013).

Munir F, Leka S, Griffiths A. (2005). Dealing with self-management of chronic illness at work: predictors for self-disclosure. *Soc Sci Med*, 60(6):1397-407.

Munir F, Randall R, Yarker J, Nielsen K (2009). The influence of employer support on employee management of chronic health conditions at work. *J Occup Rehabil*, 19(4):333-44.

Munir F, Yarker J, Hicks B, Donaldson-Feilder E (2012). Returning employees back to work: developing a measure for Supervisors to Support Return to Work (SSRW). *J Occup Rehabil*, 22(2):196-208.

Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013 <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/> (informatie verkregen 24 juni 2013).

Nationaal Kompas Volksgezondheid, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2013. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel> (informatie verkregen 25 april 2013).

NCvB, Beroepsziekten in Cijfers 2012, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Amsterdam, UvA

Nilsson I, Fitinghoff H, Lilja M (2007). Continuing to work after the onset of rheumatoid arthritis. *Work*, 28:335-342.

Palmer KT, Harris EC, Linaker C, Barker M, Lawrence W, Cooper C, Coggon D (2012) Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology*, 51:230-42.

Pransky GS, Loisel P, Anema JR (2011) Work disability prevention research: current and future prospects. *J Occup Rehabil*, 21:287-92.

Rijksoverheid, www.rijksoverheid.nl en www.antwoordvoorbedrijven.nl (informatie verkregen 3 juli 2013).

Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SC, de Boer WE, Zumbunn T, Guyatt GH, Busse JW, Kunz R (2012). Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One*, 7(11):e49760.

SCP, Sociaal Cultureel Planbureau (2010). Een baanloos bestaan. Den Haag: SCP.

Stolwijk C, Boonen A, van Tubergen A, Reveille JD. (2012). Epidemiology of Spondyloarthritis. *Rheum Dis Clin N Am*, 38 (2012) 441–476.

Strauss A, Corbin JM. (1988). Shaping a new health care system; The explosion of chronic illness as a catalyst for change. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

UWV, www.uwv.nl informatie (informatie verkregen 3 juli 2013).

Varekamp I. (2010). Empowerment of employees with a chronic disease. PhD-thesis. Amsterdam: UvA (<http://dare.uva.nl/record/342074>).

Varekamp I, van Dijk FJ. (2010). Workplace problems and solutions for employees with chronic diseases. *Occup Med (Lond)*, 60(4):287-93.

Varekamp I, Haafkens JA, Detaille SI, Tak PP, van Dijk FJ. (2005). Preventing work disability among employees with rheumatoid arthritis: what medical professionals can learn from the patients' perspective. *Arthritis Rheum*, 53:965-72.

Varekamp I, Krol B, van Dijk FJ. (2011b). Empowering employees with chronic diseases: process evaluation of an intervention aimed at job retention. *Int Arch Occup Environ Health*, 84(1):35-43.

Varekamp I, Spreeuwiers D. (2005). Een mozaïek van deskundigheid. *Medisch Contact*.

Varekamp I, Verbeek JH, de Boer A, van Dijk FJ. (2011a). Effect of job maintenance training program for employees with chronic disease - a randomized controlled trial on self-efficacy, job satisfaction, and fatigue. *Scand J Work Environ Health*, 37(4):288-97.

Verstappen SM, Boonen A, Bijlsma JW, Buskens E, Verkleij H, Schenk Y, van Albada-Kuipers GA, Hofman DM, Jacobson JW. (2005). Working status among Dutch patients with rheumatoid arthritis: work disability and working conditions *Rheumatology*, 44:202–206.

de Vries HJ. (2012). Working with pain; Sustainable work participation of workers with chronic nonspecific musculoskeletal pain. PhD-thesis. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen (<http://irs.ub.rug.nl/ppn/352161671>)

de Vries HJ, Brouwer S, Groothoff JW, Geertzen JH, Reneman MF. (2011). Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers' experiences. *BMC Musculoskelet Disord*, 12:126.

de Vries HJ, Reneman MF, Groothoff JW, Geertzen JH, Brouwer S. (2012). Workers who stay at work despite chronic nonspecific musculoskeletal pain: do they differ from workers with sick leave? *J Occup Rehabil*, 22(4):489-502.

de Vries HJ, Reneman MF, Groothoff JW, Geertzen JH, Brouwer S. (2012a). Factors promoting staying at work in people with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a systematic review. *Disabil Rehabil*, 34(6):443-58.

de Vries H, Wessels M. (2013). Handreiking duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers Een integrale benadering voor organisaties. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.

Waddell G, Burton AK. (2006) *Is work good for your health and well-being?* London: TSO (The Stationary Office).

Waddell G, Burton AK, Kendall NAS. (2008) *Vocational Rehabilitation. What works, for whom, and when?* TSO, London.

Westerlund H, Kivimaki M, Singh-Manoux A, Melchior M, Ferrie JE, Pentti J et al. (2009). Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. *Lancet*, 374(9705):1889-1896.

WHO (2002). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO.

WHO (2010). International Classification of Diseases 2010. Geneva: WHO.

<http://www.who.int/classifications/icd/en/> (informatie verkregen 04 mei 2013)

Wilkie R, Pransky G. (2012). Improving work participation for adults with musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 26(5):733-42.

Yelin E, Henke C, Epstein W. (1987). The work dynamics of the person with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 30: 507-12.

Young AE, Wasiak R, Roessler RT, McPherson KM, Anema JR, van Poppel MN. (2005) Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *J Occup Rehabil*, 15:543-56.