



Gezondheidsbeleid bij bedrijven

Een "Klein maar Fijn" project, in het kader van de Academische Werkplaats CEPHIR

Rotterdam, februari 2019

Dr. Suzan Robroek

Prof.dr.ir Lex Burdorf

Afdeling Maatschappelijke gezondheidszorg

Erasmus MC

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Samenvatting | 4 |
| Achtergrond | 7 |
| 1. De onderzoekspopulatie | 10 |
| 1.1 Respons en kenmerken onderzoeksgroep | 10 |
| 2. Werkvermogen, arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim | 11 |
| 2.1 Werkvermogen | 11 |
| 2.2 Individuele factoren en werkvermogen | 11 |
| 2.3 Productiviteitsverlies, ziekteverzuim en werkvermogen | 12 |
| 2.4 Conclusies: | 13 |
| 3. Gezondheid, medische zorg en inzetbaarheid | 14 |
| 3.1 Gezondheidsproblemen en werkvermogen | 14 |
| 3.2 Gezondheidsproblemen en productiviteitsverlies | 15 |
| 3.2 Werkvermogen en directe kosten | 16 |
| 3.3 Gezondheidsproblemen en directe kosten | 16 |
| 3.4 Conclusies | 17 |
| 4. Leefstijl en inzetbaarheid | 18 |
| 4.1 Ongezonde leefstijl en inzetbaarheid | 18 |
| 4.2 Conclusies | 19 |
| 5. Werk-gerelateerde factoren en inzetbaarheid | 20 |
| 5.1 Ongunstige werkfactoren en inzetbaarheid | 20 |
| 5.2 Ongunstige werkfactoren en directe kosten | 22 |
| 5.3 Conclusies: | 23 |
| 6. Potentiële invloed van interventies op de directe en indirecte kosten | 24 |
| 6.1 Potentiële invloed van interventies aan werkvermogen | 24 |
| 6.2 Potentiële invloed van risicofactoren op directe en indirecte kosten | 25 |
| 6.3 Conclusies | 26 |
| Bijlage 1: Analyse | 27 |

Samenvatting

Deze rapportage naar de invloed van gezondheid, leefstijl- en werkfactoren op de inzetbaarheid van Nederlandse werknemers is uitgevoerd in opdracht van de academische werkplaats CEPHIR. De gemeente Rotterdam verzocht onderzoek te doen naar de impact van gezondheidsbeleid in termen van duurzame inzetbaarheid. Dit rapport geeft informatie die kan worden gebruikt in de activiteiten van de GGD Rotterdam gericht op gezondheidsbeleid bij grotere werkgevers.

In de periode 2009-2018 is de WerkVermogensMonitor van PreventNed ingezet in vele Nederlandse bedrijven. De onderzoeksgroep Arbeid en Gezondheid van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC is verzocht een analyse te maken om onderstaande vraagstellingen te beantwoorden:

- 1) Welke factoren vormen de aangrijpingspunten voor interventies gericht op duurzame inzetbaarheid van werknemers? Hierbij richten we ons in het bijzonder op (on)gezond gedrag, gezondheid en werk-gerelateerde (HR) factoren.
- 2) Welke vermindering in kosten door productiviteitsverlies kan worden bereikt door eliminatie of vermindering van de geïdentificeerde risicofactoren?

Onderzoekspopulatie

- In totaal hebben 64.694 Nederlandse werknemers de vragenlijst ingevuld.
- De gemiddelde leeftijd was 44 jaar, en 60% was vrouw. Het merendeel heeft een middelbaar (44%) of hoog (42%) opleidingsniveau. Vijftien procent van de deelnemers heeft een laag opleidingsniveau.

Werkvermogen en gezondheid

1. Bij 15% is er sprake van een verminderd werkvermogen.
2. Er bestaat een duidelijke samenhang tussen een verminderd werkvermogen, gezondheidsproblemen en zorgconsumptie.
3. Mensen met aandoeningen aan het bewegingsapparaat en mentale problemen hadden vaker productiviteitsverlies tijdens het werk en ziekteverzuim.
4. Medewerkers met aandoeningen aan het bewegingsapparaat en medewerkers met mentale problemen hebben gemiddeld per medewerker respectievelijk €262 en €450 hogere directe kosten en gemiddeld €1039 (bewegingsapparaat) en €3004 (mentaal) hogere indirecte kosten.

Mogelijke gevolgen van een verminderd werkvermogen

1. Een verminderd werkvermogen hangt samen met een verminderde arbeidsproductiviteit op het werk en verhoogd ziekteverzuim.

Mogelijke determinanten van werkvermogen

1. Een verminderd werkvermogen komt vaker voor bij oudere werknemers en werknemers met een laag opleidingsniveau.
2. Ernstig overgewicht, en in mindere mate een gebrek aan lichamelijke activiteit en onvoldoende groente en fruitconsumptie, hangen samen met een verminderd werkvermogen.
3. Er is een sterke samenhang gevonden tussen een hoge fysieke werkbelasting met een verminderd werkvermogen. Daarnaast hangt het samen met verminderde arbeidsproductiviteit en langduriger ziekteverzuim.
4. Een hogere psychosociale arbeidsbelasting (hoge werkdruk en beperkte regelmogelijkheden) verhoogt het risico op een verminderde arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim.
5. De balans tussen werk en privé hangt nauw samen met werkvermogen alsmede met arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim.
6. Jaarlijks hebben medewerkers met een hogere fysieke werkbelasting gemiddeld tussen de €421 (lasten tillen) en €722 (ongemakkelijke houding) hogere indirecte kosten, en medewerkers met een hogere psychosociale werkbelasting hebben gemiddeld per medewerker tussen de €367 (afwisseling in het werk) en €886 (hoge werkdruk) hogere indirecte kosten dan medewerkers met een lagere respectievelijk fysieke en mentale werkbelasting. Voor disbalans tussen werk en privé zijn de directe kosten jaarlijks gemiddeld per medewerker €188 hoger dan bij medewerkers zonder deze disbalans; voor indirecte kosten is dit zelfs €1730.

Bevorderen werkvermogen

Belangrijke factoren waarmee het werkvermogen kan worden bevorderd, zijn:

- Leefstijl: Het stimuleren van voldoende lichamelijke activiteit, gezonde voeding en (behoud van) een gezond gewicht.
- Werk-gerelateerde factoren: Afwisseling in het werk, werken in niet-belastende houdingen, en het hebben van voldoende regel- en ontplooiingsmogelijkheden.
- Organisatiefactoren: Duidelijkheid over organisatiedoelen en de bijdrage van medewerkers daaraan, leidinggevenden die feedback geven en medewerkers motiveren, oog voor de balans tussen werk en privé.

Voor deze rapportage waren uitsluitend gegevens uit dwarsdoorsnede-onderzoek beschikbaar, waardoor geen harde uitspraken over oorzaak en gevolg kunnen worden gedaan. Wel worden verschillende uitkomsten bevestigd vanuit de literatuur. Zo zijn er

diverse studies waarbij werkenden over de tijd gevolgd worden - die laten zien dat het hebben van zwaar overgewicht, en in mindere mate onvoldoende beweging, gerelateerd zijn aan ziekteverzuim en uitval uit werk door arbeidsongeschiktheid.¹²³

Concluderend

Een integrale aanpak met zowel oog voor gezondheidsproblemen, als een preventieve aanpak op het gebied van gezonde werkfactoren en – in mindere mate – leefstijl is nodig met het oog op het verbeteren van werkvermogen, en het verminderen van productiviteitsverlies door productiviteitsverlies op het werk en ziekteverzuim.

Voor het verminderen van medische consumptie dienen interventies zich te richten op gezondheid, gevolgd door leefstijl en psychosociale arbeidsbelasting.

¹ Robroek SJW, Reeuwijk KG, Hillier FC, Bambra CL, van Rijn RM, Burdorf A. The contribution of overweight, obesity and lack of physical activity to exit from paid employment: a meta-analysis. *Scand J Work Environ health* 2013;39:233-240.

² Neovius K, Johansson K, Rossner S, Neovius M. Disability pension, employment and obesity status: a systematic review. *Obes Rev* 2008; 9:572–81.

³ Neovius K, Johansson K, Kark M, Neovius M. Obesity status and sick leave: a systematic review. *Obes Rev* 2009;10:17–27.

Achtergrond

De onderzoeksgroep Arbeid en Gezondheid van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC is verzocht een analyse te maken om inzicht te krijgen in a) de invloed van leefstijl, werk en gezondheid op de inzetbaarheid en de potentiële invloed van interventies op de kosten.

Vraagstellingen

Voor het onderzoek zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- 1) Welke factoren vormen de aangrijpingspunten voor interventies gericht op duurzame inzetbaarheid van werknemers? Hierbij richten we ons in het bijzonder op (on)gezond gedrag, gezondheid en werk-gerelateerde (HR) factoren.
- 2) Welke vermindering in kosten door productiviteitsverlies kan worden bereikt door eliminatie of vermindering van de geïdentificeerde risicofactoren?

Een eerdere analyse onder ruim 5000 werknemers in de zorgsector laat zien dat de proportie werknemers die een bezoek aan huisarts, specialist, fysiotherapeut of psycholoog hebben gebracht in de afgelopen 12 maanden significant hoger is onder werknemers met een lager werkvermogen. Tevens is onder deze werknemers het gemiddeld aantal bezoeken per jaar aanmerkelijk hoger. Werknemers met een slecht werkvermogen hadden gemiddeld €1084,56 hogere zorgkosten dan werknemers met een uitstekend werkvermogen (Reeuwijk e.a. 2013).⁴

Er is echter weinig bekend over de determinanten van directe (medische consumptie) en indirecte kosten (productiviteitsverlies op het werk, ziekteverzuim) op individueel als op organisatieniveau. Ook is er slechts zeer beperkt inzicht in de potentiële invloed van interventies op de indirecte en directe kosten. Waar dienen maatregelen op te worden gericht? Op werkbelasting, op leefstijlkenmerken of meer op activiteiten op het gebied van human resources?

Werkvermogen

In de periode 2009-2018 is de WerkVermogensMonitor (WVM) ingezet in bedrijven uit verschillende factoren met in totaal 64.694 werknemers met volledige informatie over werkvermogen. De dataverzameling is uitgevoerd door PreventNed. De WVM meet het

⁴ Reeuwijk K, Robroek S, Molenaar D, Burdorf A. De associatie tussen een verminderde inzetbaarheid en frequentie en kosten van medische zorg. TBV 2013;21:300-304.

werkvermogen van werknemers met de werkvermogensindex (Work Ability Index, WAI). De WAI is in het begin van de jaren '80 door het Finnish Institute of Occupational Health ontwikkeld in het kader van een grootschalig longitudinaal vragenlijst-onderzoek onder oudere werknemers in Finse bedrijven, en is een instrument dat kan worden gebruikt voor het beoordelen van het werkvermogen van werknemers, gebaseerd op een zevental primaire items gericht op:

- 1) Eigen inschatting werkvermogen
- 2) Werkvermogen in relatie tot fysieke en mentale werkeisen
- 3) Aandoeningen
- 4) Beperkingen in het werk
- 5) Ziekteverzuim
- 6) Eigen prognose werkvermogen over 2 jaar
- 7) Vitaliteit

Naast de WAI wordt met de WVM zelf-gerapporteerde informatie verzameld over belangrijke determinanten van werkvermogen, zoals leefstijl, gezondheid, psychosociale en fysieke werkkenmerken. Daarnaast komen vragen over productiviteit en medische consumptie aan bod. Zowel de WAI als de andere factoren zijn gebaseerd op zelfrapportage.

Analyse

De gegevens zijn afkomstig uit dwarsdoorsnede-onderzoek. Hierdoor kunnen er geen harde conclusies worden getrokken over oorzaak en gevolg. Om deze conclusies te trekken is een vervolgmeting nodig, zodat de tijdsfactor kan worden meegenomen in de analyse. Deze analyse geeft wel een aardig beeld van het relatieve belang van de diverse factoren die inzetbaarheid op het werk en gezondheidskosten bepalen.

Zie bijlage 1 voor meer informatie over de toegepaste analysetechnieken.

Werkvermogen en verzuim, productiviteitsverlies en medische consumptie

De invloed van een verminderd werkvermogen op verzuim, productiviteitsverlies tijdens het werk en medische consumptie wordt bepaald. De statistische analyse bestaat uit een logistische regressieanalyse waarin wordt bepaald hoe groot de invloed is van een verminderd werkvermogen op verzuim, productiviteitsverlies tijdens het werk en medische consumptie. In deze analyses wordt gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau.

Determinanten van inzetbaarheid, directe en indirecte kosten

Hierdoor krijgt men inzicht in het belang van de diverse factoren, en wordt bijvoorbeeld duidelijk hoe de invloed van een ongezonde leefstijl op het werkvermogen zich verhoudt tot de invloed van fysieke en psychosociale werkfactoren. De statistische analyse bestaat uit een

logistische regressieanalyse waarin wordt bepaald hoe sterk elke factor samenhangt met het werkvermogen. In deze analyses wordt gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 beschrijft de onderzoekspopulatie en wordt gevolgd door een beschrijving van het werkvermogen in relatie tot productiviteitsverlies en ziekteverzuim (hoofdstuk 2).

Hoofdstuk 3 beschrijft de samenhang tussen gezondheid, medische zorg, en inzetbaarheid. In hoofdstuk 4 en 5 wordt de bijdrage van respectievelijk leefstijl (hoofdstuk 4) en fysieke en psychosociale arbeidsbelasting (hoofdstuk 5) in relatie tot medische zorg en inzetbaarheid beschreven. Hoofdstuk 6 beschrijft de potentiële winst in medische zorg en inzetbaarheid door interventies op het gebied van leefstijl en werkfactoren. Ten slotte worden in hoofdstuk 7 de belangrijkste resultaten en conclusies beschreven.

1. De onderzoekspopulatie

1.1 Respons en kenmerken onderzoeksgroep

Werknemers van bedrijven uit verschillende sectoren hebben een uitnodiging ontvangen om de werkvermogensmonitor in te vullen. In totaal hebben 64.694 werknemers van een diversiteit aan bedrijven en sectoren de vragenlijst ingevuld.

Tabel 1.1. geeft de kenmerken van de onderzoeksgroep weer. Meer vrouwen dan mannen hebben de vragenlijst ingevuld. Meer dan een derde van de deelnemers (35%) is 50 jaar of ouder. Een minderheid (15%) heeft een laag opleidingsniveau, en 12% vindt zijn of haar werk fysiek belastend (zie Tabel 1.1).

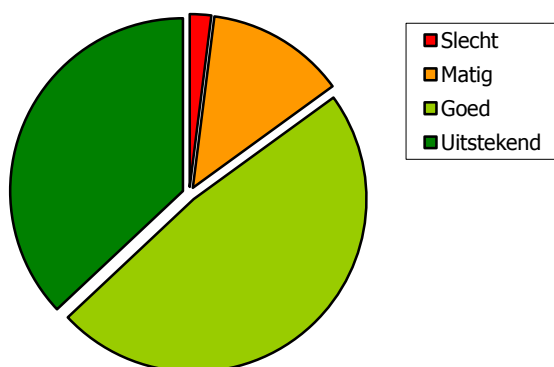
Tabel 1.1 kenmerken onderzoekspopulatie (n=64.694)

| Kenmerk | | n | % |
|---|-----------------------------|------------------------|-----|
| Geslacht | vrouw | 38.868 | 60% |
| | man | 25.826 | 40% |
| Gemiddelde leeftijd (standaarddeviatie) | | M=44 jaar (SD=11 jaar) | |
| Opleidingsniveau | laag | 9.598 | 15% |
| | midden | 28.110 | 44% |
| | hoog | 26.986 | 42% |
| Type werk | fysiek belastend | 7.822 | 12% |
| | fysiek en mentaal belastend | 30.913 | 48% |
| | mentaal belastend | 25.959 | 40% |

2. Werkvermogen, arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim

2.1 Werkvermogen

De meerderheid van de medewerkers heeft een goed (48%) of uitstekend (37%) werkvermogen (Figuur 2.1). Bij 13% is er sprake van een matig werkvermogen, en bij 2% werd een slecht werkvermogen gemeten.



Figuur 2.1 Verdeling van werkvermogen

2.2 Individuele factoren en werkvermogen

Er zijn nauwelijks verschillen in werkvermogen tussen mannen en vrouwen (zie Tabel 2.1). Bij 14% van de mannen en bij 16% van de vrouwen werd een verminderd werkvermogen gemeten. Een verminderd (slecht of matig) werkvermogen komt in de groep van 50 jaar en ouder tweemaal zo vaak voor als bij werknemers jonger dan 30 jaar (zie Tabel 2.1). Ook hangen een lager opleidingsniveau en fysiek belastend werk, twee factoren die onderling samenhangen, samen met een verminderd werkvermogen.

Tabel 2.1 Individuele kenmerken, type werk en werkvermogen (n=64.694)

| Kenmerk | | Werkvermogen | | | |
|------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| | | slecht (n=1.480) | matig (n=8.323) | goed (n=30.865) | uitstekend (n=24.026) |
| Geslacht | man | 2% | 12% | 47% | 40% |
| | vrouw | 2% | 14% | 49% | 36% |
| Leeftijd | jonger dan 30 jaar | 1% | 9% | 45% | 44% |
| | 30-40 jaar | 2% | 10% | 48% | 40% |
| | 40-50 jaar | 2% | 11% | 48% | 39% |
| | 50 jaar en ouder | 3% | 17% | 49% | 30% |
| Opleidingsniveau | laag | 4% | 18% | 49% | 29% |
| | midden | 3% | 14% | 49% | 34% |
| | hoog | 2% | 10% | 46% | 43% |

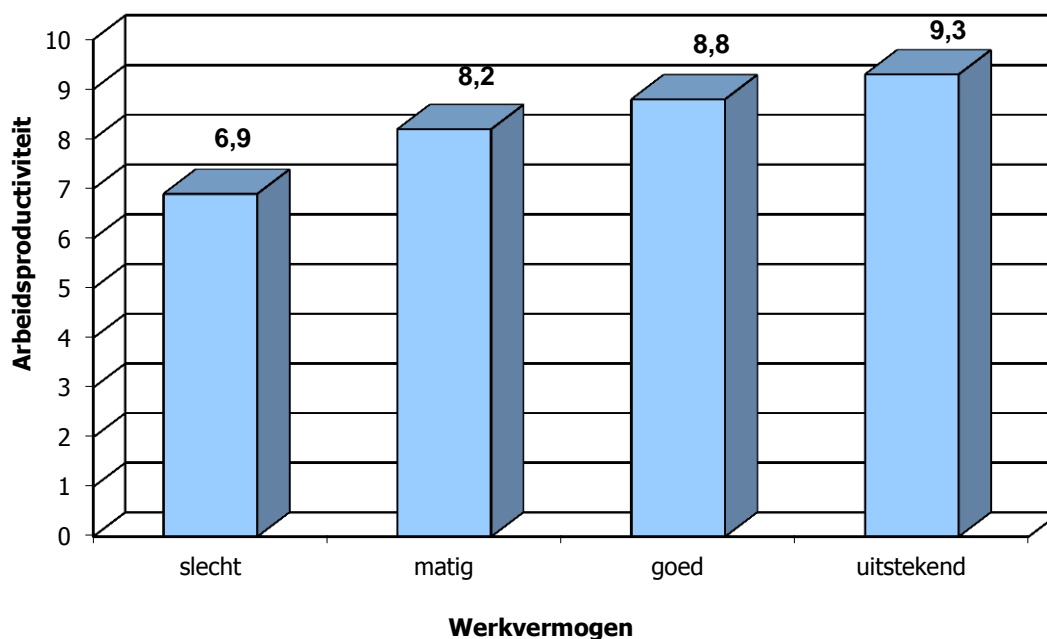
Tabel 2.1 Individuele kenmerken, type werk en werkvermogen *vervolg*

| Individuele kenmerken | | Werkvermogen | | | |
|-----------------------|-------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| | | slecht (n=1.480) | matig (n=8.323) | goed (n=30.865) | uitstekend (n=24.026) |
| Type werk | fysiek belastend | 3% | 17% | 47% | 33% |
| | fysiek en mentaal | 3% | 15% | 50% | 32% |
| | mentaal belastend | 2% | 10% | 46% | 42% |

¹ Door afronding is de som van de gepresenteerde percentages niet exact 100%

2.3 Productiviteitsverlies, ziekteverzuim en werkvermogen

Werkvermogen hangt samen met indirecte kosten. Indirecte kosten worden uitgesplitst naar productiviteitsverlies op het werk en ziekteverzuim. Om productiviteitsverlies op het werk te meten is aan medewerkers gevraagd naar de hoeveelheid werk dat ze uitvoerden ten opzichte van normaal.⁵ In totaal rapporteert 47% van de medewerkers productiviteitsverlies op het werk. Werknemers met een verminderd werkvermogen scoren hun arbeidsproductiviteit op een schaal van 0 t/m 10 statistisch significant lager dan werknemers met een goed of uitstekend werkvermogen (Figuur 2.2).

**Figuur 2.2** Werkvermogen en gemiddelde zelfgerapporteerde arbeidsproductiviteit (0-10)

Voor ziekteverzuim werd gevraagd hoeveel dagen medewerkers afwezig waren vanwege gezondheidsproblemen. Vier op de tien respondenten (41%) heeft in het jaar voor het

⁵ Brouwer WB, Koopmanschap MA, Rutten FF. Productivity losses without absence: measurement validation and empirical evidence. Health Policy 1999;48:13-27.

invullen van de vragenlijst tussen de 1 en 9 dagen verzuimd vanwege gezondheidsproblemen, 14% was 10 of meer dagen afwezig door gezondheidsproblemen. Bijna de helft (46%) heeft niet verzuimd. Tabel 2.2 laat zien dat werknemers met een slechter werkvermogen ook vaker verzuimen. Van de werknemers met een slecht werkvermogen verzuimt 77% 10 of meer dagen, ten opzichte van 2% van de werknemers met een uitstekend werkvermogen. De eigen inschatting van het werkvermogen is ruim een punt hoger bij de werknemers die niet afwezig zijn geweest door gezondheidsproblemen ten opzichte van werknemers die 10 of meer dagen ziek waren.

Tabel 2.2 Ziekteverzuim en werkvermogen

| | Ziekteverzuim | | |
|--------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|
| | 0 dagen (n=29.732) | 1-9 dagen (n=26.259) | 10 of meer dagen (n=8.703) |
| Werkvermogen | | | |
| Eigen inschatting (0-10) | 8,4 (1,3) | 8,1 (1,4) | 7,1 (2,1) |
| Slecht | 6% | 18% | 77% |
| Matig | 21% | 39% | 40% |
| Goed | 40% | 48% | 12% |
| Uitstekend | 65% | 33% | 2% |

2.4 Conclusies:

- De meerderheid van de respondenten heeft een goed of uitstekend werkvermogen.
- Bij 15% werd een verminderd werkvermogen gemeten: 13% matig, 2% slecht.
- Een verminderd werkvermogen komt vaker voor bij werknemers met een lager opleidingsniveau en bij oudere werknemers. Echter, ook binnen deze beide groepen heeft het overgrote deel een goed of uitstekend werkvermogen.
- Een verminderd werkvermogen hangt samen met hogere indirecte kosten (productiviteitsverlies op het werk en ziekteverzuim)

3. Gezondheid, medische zorg en inzetbaarheid

3.1 Gezondheidsproblemen en werkvermogen

Eén op de drie (33%) medewerkers geeft aan dat een arts een aandoening van het bewegingsapparaat (bijv. van de rug, knie, schouder) heeft vastgesteld. Vier op de tien respondenten (40%) heeft geen aandoening, 29% één aandoening, en 31% heeft twee of meer aandoeningen. Van de respondenten zonder chronische aandoening had 2% een verminderd werkvermogen. Dit percentage was 11% bij de werknemers met één aandoening, en 36% bij de werknemers met twee of meer aandoeningen. In Tabel 3.1 is te zien dat in het bijzonder werknemers met mentale gezondheidsproblemen een lager werkvermogen hebben. Werknemers zonder aandoening geven hun eigen werkvermogen op een schaal van 0 t/m 10 gemiddeld een 8,4 (sd=1,2), werknemers met één aandoening een 8,1 (1,4), en werknemers met twee of meer aandoeningen een 7,6 (1,7).

Tabel 3.1 Werkvermogen en ervaren gezondheid (n=64.694)

| Gezondheidsprobleem | Voorkomen (%) | Eigen beoordeling Gemiddelde op schaal van 0-10 (sd) | Verminderd werkvermogen Gemeten met Work Ability Index |
|---|---------------|--|--|
| Aandoening aan het bewegingsapparaat | 33 | 7,7 (1,6) | 30% |
| Hart- en vaatziekten | 12 | 7,8 (1,6) | 31% |
| Huidaandoeningen | 12 | 7,9 (1,6) | 26% |
| Aandoeningen van het ademhalingsstelsel | 10 | 7,8 (1,6) | 31% |
| Neurologische aandoeningen | 11 | 7,7 (1,7) | 36% |
| Mentale aandoeningen | 7 | 6,8 (2,0) | 59% |
| Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel | 7 | 7,7 (1,7) | 38% |
| Aandoeningen van de urinewegen | 3 | 7,6 (1,7) | 40% |
| Tumoren | 2 | 7,5 (1,9) | 44% |

¹ Door afronding is de som van de gepresenteerde percentages niet exact 100%

Een ongezonde leefstijl hangt samen met het hebben van gezondheidsproblemen. Toegespitst op werkenden met aandoeningen aan het bewegingsapparaat en werkenden met mentale aandoeningen, zien we dit met name terug bij werkenden met mentale aandoeningen. Het komt bij deze groep vaker voor dat men onvoldoende groente en fruit eet (35% vs. 29%), rookt (26% vs. 19%), en onvoldoende beweegt (33% vs. 39%) ten opzichte van werkenden zonder mentale aandoeningen. Zowel bij werkenden met aandoeningen aan het bewegingsapparaat (14% vs. 9%) als bij werkenden met mentale aandoeningen (15% vs. 10%) is het percentage met zwaar overgewicht hoger dan bij werkenden zonder deze aandoeningen.

3.2 Gezondheidsproblemen en productiviteitsverlies

Tabel 3.2 laat zien in hoeverre aandoeningen van het bewegingsapparaat en mentale aandoeningen samenhangen met werkvermogen en Tabel 3.3 met productiviteitsverlies en ziekteverzuim. Werknemers met aandoeningen aan het bewegingsapparaat hebben 4,7x zo vaak een verminderd werkvermogen als werknemers met zonder aandoeningen van het bewegingsapparaat. Wanneer werkvermogen wordt uitgesplitst naar de 7 onderliggende dimensies (zie p. 8) is voor elk van deze 7 dimensies een zelfde patroon te zien: werkenden met aandoeningen van het bewegingsapparaat en werkenden met mentale aandoeningen hebben op alle dimensies een lagere score dan werkenden zonder deze aandoeningen. Deze tabellen laten zien dat gezondheidsproblemen samenhangen met een verminderd werkvermogen, alsmede met ziekteverzuim en (een grotere mate van) productiviteitsverlies.

Tabel 3.2 Relatie tussen de aanwezigheid van gezondheidsproblemen (n=64.694)

| | Verminderd werkvermogen (n=9.803) OR (95% BI) |
|--|--|
| Aandoeningen van het bewegingsapparaat | 4,7 (4,5-4,9) |
| Mentale aandoeningen | 10,8 (10,1-11,5) |

OR: odds ratio, 95% BI (95% betrouwbaarheidsinterval). Vetgedrukte getallen zijn statistisch significant ($p < 0,05$). Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau

Tabel 3.3 laat zien dat medewerkers met aandoeningen aan het bewegingsapparaat een 3x zo hoge kans te hebben op langdurig ziekteverzuim (10 of meer dagen) in vergelijking met mensen zonder aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Voor medewerkers met mentale aandoeningen is deze kans op 10 of meer dagen verzuim zelfs 6x zo hoog als bij medewerkers zonder mentale aandoeningen.

Tabel 3.3 Relatie tussen de aanwezigheid van gezondheidsproblemen, productiviteitsverlies op het werk en ziekteverzuim (n=64.694)

| | 10-20% productiviteitsverlies op het werk n=20.370 OR (95% BI) | 30% productiviteitsverlies op het werk n=10.307 OR (95% BI) | Ziekteverzuim 1-9 dagen N=26.259 OR (95% BI) | Ziekteverzuim 10 of meer dagen N=8.703 OR (95% BI) |
|--|--|---|--|--|
| Aandoeningen van het bewegingsapparaat | 1,1 (1,1-1,2) | 1,4 (1,3-1,4) | 1,4 (1,4-1,5) | 3,0 (2,8-3,1) |
| Mentale aandoeningen | 1,3 (1,2-1,4) | 2,3 (2,2-2,5) | 1,9 (1,7-2,0) | 6,0 (5,6-6,6) |

OR: odds ratio, 95% BI (95% betrouwbaarheidsinterval). Vetgedrukte getallen zijn statistisch significant ($p < 0,05$). Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau

3.2 Werkvermogen en directe kosten

Bij een deel van de werknemers ($n=16.024$) is gevraagd naar het bezoeken van een medische behandelaar. In totaal antwoordde 51% in het afgelopen jaar een huisarts te hebben bezocht, 25% een medisch specialist, 23% een fysiotherapeut en 7% een psycholoog of psychiater. In Tabel 3.4 staat een overzicht van het gebruik van medische zorg over de verschillende categorieën van werkvermogen.

Tabel 3.4 Werkvermogen en medische consumptie ($n=16.024$)

| | Raadpleging medische behandelaar in de afgelopen 12 maanden: | | | |
|--------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------|--|
| | huisarts ($n=446$) | fysiotherapeut ($n=2.275$) | specialist ($n=7.651$) | psycholoog/ psychiater ($n=5.652$) |
| Werkvermogen | | | | |
| Slecht ($n=446$) | 78% | 46% | 62% | 34% |
| Matig ($n=2.275$) | 70% | 40% | 54% | 13% |
| Goed ($n=7.651$) | 56% | 24% | 28% | 12% |
| Uitstekend ($n=5.652$) | 34% | 13% | 6% | 3% |

De resultaten laten zien dat de proportie werknemers die medische hulp hebben gezocht in de afgelopen 12 maanden hoger is onder werknemers met een verminderd werkvermogen dan bij werknemers met een goed of uitstekend werkvermogen. Dit geldt zowel voor bezoek aan de huisarts, specialist, fysiotherapeut als voor de psycholoog. Onder de werknemers met een verminderd werkvermogen is het gemiddelde aantal bezoeken per jaar ook aanmerkelijk hoger dan onder werknemers met een verminderd werkvermogen.

Voor de totale zorgconsumptie betekent dit dat er een sterke samenhang is met het werkvermogen. Als gekeken wordt naar de invloed van de verschillende dimensies binnen het werkvermogen, dan valt op dat alle afzonderlijke dimensies van de work ability index samenhangen met zorgconsumptie.

3.3 Gezondheidsproblemen en directe kosten

Tabel 3.5 laat zien dat aandoeningen van het bewegingsapparaat en mentale aandoeningen van invloed zijn op de medische consumptie. De medische consumptie is uitgesplitst naar een of meerdere bezoeken aan een huisarts, specialist, fysiotherapeut en/of psycholoog of

psychiater. Zoals te verwachten bezoeken mensen met mentale aandoeningen in het bijzonder vaker een psycholoog/psychiater en mensen met aandoeningen van het bewegingsapparaat vaker een fysiotherapeut dan mensen zonder deze aandoeningen.

Tabel 3.5 Relatie tussen de aanwezigheid van gezondheidsproblemen en zorggebruik (n=16.024)

| | Huisarts n=8.117 OR (95% BI) | Specialist n=4.058 OR (95% BI) | Fysiotherapie n=3.704 OR (95% BI) | Psycholoog n=1.043 OR (95%CI) |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Aandoeningen van het bewegingsapparaat | 2,4 (2,2-2,5) | 2,6 (2,4-2,8) | 5,0 (4,6-5,4) | 1,3 (1,2-1,5) |
| Mentale aandoeningen | 3,4 (3,0-3,9) | 1,7 (1,5-2,0) | 1,9 (1,7-2,1) | 18,0 (15,5-20,9) |

OR: odds ratio, 95% BI (95% betrouwbaarheidsinterval). Vetgedrukte getallen zijn statistisch significant ($p < 0,05$). Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau

3.4 Conclusies

- Werknemers met gezondheidsproblemen beoordelen hun werkvermogen lager dan werknemers zonder gezondheidsproblemen. Uit de totaalscore van de work ability index blijkt ook dat ze vaker een verminderd werkvermogen hebben.
- Aandoeningen aan het bewegingsapparaat en in het bijzonder de aanwezigheid van mentale problemen geven een verhoogd risico op productiviteitsverlies tijdens het werk en ziekteverzuim.
- Directe kosten zijn onderverdeeld in medische consumptie in de vorm van een of meerdere bezoeken aan een huisarts, een specialist, een fysiotherapeut en/of een psycholoog of psychiater.
- Werknemers met een verminderd werkvermogen maken vaker gebruik van medische hulp.

4. Leefstijl en inzetbaarheid

4.1 Ongezonde leefstijl en inzetbaarheid

Dit hoofdstuk beschrijft de samenhang tussen een ongezonde leefstijl en inzetbaarheid.

Tabel 4.1 laat zien dat ongezond samenhangt met een verminderd werkvermogen .

Medewerkers met obesitas (body mass index ≥ 30 kg/m²) hebben bijna twee keer zo vaak een verminderd werkvermogen als werknemers met een gezond lichaamsgewicht.

Werknemers die roken verzuimen vaker 10 of meer dagen dan niet rokers (Tabel 4.2), en werknemers die niet dagelijks 30 minuten of meer bewegen hebben vaker een verminderd werkvermogen (Tabel 4.1). Voor 10-20% productiviteitsverlies op het werk en 1-9 dagen ziekteverzuim is het verband met een ongezonde leefstijl minder sterk (Tabel 4.2).

Tabel 4.1 Relatie tussen ongunstige leefstijlfactoren en verminderd werkvermogen (n=64.694)

| | % | Verminderd werkvermogen (n=9.803) OR (95% BI) |
|------------------------|----|--|
| Overgewicht | 36 | 1,2 (1,2-1,3) |
| Obesitas | 11 | 1,9 (1,8-2,0) |
| < 30 min/dag beweging | 33 | 1,4 (1,4-1,5) |
| ≤5 dagen groente/fruit | 30 | 1,3 (1,2-1,3) |
| Roken | 19 | 1,3 (1,2-1,3) |
| >10 glazen alcohol/wk | 25 | 1,0 (0,9-1,1) |

Tabel 4.2 Relatie tussen ongunstige leefstijlfactoren, productiviteitsverlies op het werk en ziekteverzuim (n=64.694)

| | 10-20% productiviteitsverlies op het werk n=20.370 OR (95% BI) | 30% productiviteits- verlies op het werk n=10.307 OR (95% BI) | Ziekteverzuim 1-9 dagen n=26.259 OR (95% BI) | Ziekteverzuim 10 of meer dagen n=8.703 OR (95% BI) |
|--------------------------|--|--|---|---|
| Overgewicht | 1,0 (1,0-1,1) | 1,1 (1,0-1,1) | 1,1 (1,1-1,1) | 1,3 (1,2-1,4) |
| Obesitas | 1,0 (0,9-1,0) | 1,2 (1,1-1,3) | 1,2 (1,1-1,3) | 2,0 (1,9-2,2) |
| < 30 min/dag beweging | 1,0 (1,0-1,1) | 1,3 (1,2-1,3) | 1,1 (1,1-1,2) | 1,2 (1,2-1,3) |
| ≤5 dagen groente/fruit | 1,0 (1,0-1,1) | 1,2 (1,1-1,2) | 1,1 (1,0-1,1) | 1,1 (1,0-1,2) |
| Roken | 0,9 (0,9-1,0) | 1,0 (0,9-1,0) | 1,3 (1,2-1,3) | 1,5 (1,4-1,5) |
| >10 glazen alcohol/wk | 1,0 (1,0-1,1) | 1,1 (1,0-1,1) | 1,0 (1,0-1,1) | 1,0 (0,9-1,0) |

OR: odds ratio, 95% BI (95% betrouwbaarheidsinterval)

Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau

Vetgedrukte getallen zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

Tabel 4.3 geeft weer dat medewerkers met een ongezonde leefstijl vaker gebruik maken van medische zorg – met name huisartsbezoek. Dit geldt in het bijzonder voor werknemers met zwaar overgewicht.

Tabel 4.3 Relatie tussen ongunstige leefstijlfactoren en zorggebruik (n=16.024)

| | % | Huisarts N=8.117 OR (95% BI) | Specialist N=4.058 OR (95% BI) | Fysiotherapie N=3.704 OR (95% BI) | Psycholoog N=1.043 OR (95%CI) |
|------------------------|----|------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Overgewicht | 34 | 1,2 (1,2-1,3) | 1,1 (1,0-1,2) | 1,2 (1,1-1,3) | 1,0 (0,9-1,2) |
| Obesitas | 11 | 1,7 (1,5-1,9) | 1,6 (1,4-1,8) | 1,3 (1,1-1,4) | 1,2 (1,0-1,5) |
| < 30 min/dag beweging | 33 | 1,2 (1,1-1,3) | 1,1 (1,0-1,2) | 1,0 (0,9-1,1) | 1,2 (1,1-1,4) |
| ≤5 dagen groente/fruit | 30 | 1,1 (1,0-1,2) | 1,0 (1,0-1,1) | 1,0 (0,9-1,1) | 1,2 (1,0-1,3) |
| Roken | 21 | 1,1 (1,0-1,2) | 1,0 (0,9-1,1) | 1,2 (1,1-1,3) | 1,3 (1,1-1,5) |
| >10 glazen alcohol/wk | 21 | 1,1 (1,0-1,1) | 1,0 (0,9-1,1) | 1,1 (1,0-1,2) | 1,1 (1,0-1,3) |

OR: odds ratio, 95% BI (95% betrouwbaarheidsinterval)

Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau

Vetgedrukte getallen zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

4.2 Conclusies

- Er is een samenhang tussen ongunstige leefstijl, een verminderd werkvermogen en 10 of meer dagen ziekteverzuim. Met name ernstig overgewicht is een relevante factor met het oog op werkvermogen.
- Ernstig overgewicht is gerelateerd aan een verminderde inzetbaarheid, en ook aan een meer medische zorg.

5. Werk-gerelateerde factoren en inzetbaarheid

5.1 Ongunstige werkfactoren en inzetbaarheid

In dit hoofdstuk wordt de samenhang tussen diverse ongunstige werkfactoren en inzetbaarheid beschreven.

Diverse psychosociale en fysieke werkfactoren blijken een rol te spelen in het werkvermogen (Tabel 5.1). Disbalans tussen werk en privé hangt nauw samen met een verminderd werkvermogen. Medewerkers die aangeven een disbalans te ervaren tussen werk en privé hebben ruim 6x zo vaak een verminderd werkvermogen (Tabel 5.1), bijna 2x zo vaak productiviteitsverlies op het werk, en verzuimden ruim 2x zo vaak 10 of meer dagen dan medewerkers die werk en privé als in balans beoordeelden (Tabel 5.2). Werknemers die een hoge werkdruk, een gebrek aan regelmogelijkheden op het werk, of in ongemakkelijke houdingen werken hebben zo'n 2 tot ruim 2,5 maal zo vaak een verminderd werkvermogen als werknemers die dit niet ervaren (Tabel 5.1). Ongunstige werkfactoren hangen het nauwst samen met verminderd werkvermogen, gevolgd door langdurig ziekteverzuim en 30% of meer productiviteitsverlies. Voor kortdurend verzuim en 10-20% productiviteitsverlies speelt een grotere diversiteit aan factoren een rol.

Tabel 5.1 Relatie tussen ongunstige werkfactoren en verminderd werkvermogen (n=64.694)

| | % | Verminderd werkvermogen (n=9.803) OR (95% BI) |
|--------------------------------|----|--|
| <i>Fysieke belasting</i> | | |
| Lasten tillen | 24 | 1,9 (1,8-2,0) |
| Ongemakkelijke houding | 17 | 2,6 (2,5-2,7) |
| <i>Psychosociale belasting</i> | | |
| Minder regelmogelijkheden | 30 | 2,1 (2,0-2,2) |
| Minder afwisseling | 42 | 1,7 (1,6-1,8) |
| Hogere werkdruk | 29 | 2,6 (2,4-2,7) |
| Disbalans werk-privé | 21 | 6,2 (5,7-6,9) |

OR: odds ratio, 95% BI (95% betrouwbaarheidsinterval)
 Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau
 Vetgedrukte getallen zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

Tabel 5.2 Relatie tussen ongunstige werkfactoren, verminderd werkvermogen productiviteitsverlies op het werk en ziekteverzuim (n=64.694)

| | 10-20% productiviteits- verlies op het werk n=20.370 OR (95% BI) | 30% productiviteits- verlies op het werk n=10.307 OR (95% BI) | Ziekteverzuim 1-9 dagen N=26.259 OR (95% BI) | Ziekteverzuim 10 of meer dagen N=8.703 OR (95% BI) |
|--------------------------------|--|--|---|--|
| <i>Fysieke belasting</i> | | | | |
| Lasten tillen | 0,9 (0,9-1,0) | 1,1 (1,0-1,1) | 1,1 (1,1-1,2) | 1,6 (1,5-1,7) |
| Ongemakkelijke houding | 1,0 (0,9-1,0) | 1,3 (1,2-1,4) | 1,1 (1,1-1,2) | 1,8 (1,7-1,9) |
| | | | | |
| <i>Psychosociale belasting</i> | | | | |
| Minder regelmogelijkheden | 1,0 (0,9-1,0) | 1,4 (1,3-1,5) | 1,1 (1,1-1,2) | 1,5 (1,4-1,5) |
| Minder afwisseling | 1,1 (1,1-1,1) | 1,4 (1,3-1,4) | 1,2 (1,1-1,2) | 1,3 (1,2-1,4) |
| Hogere werkdruk | 1,1 (1,0-1,1) | 1,9 (1,9-2,0) | 1,1 (1,1-1,2) | 1,4 (1,3-1,4) |
| | | | | |
| Disbalans werk-privé | 1,3 (1,2-1,5) | 2,8 (2,5-3,2) | 1,3 (1,2-1,4) | 2,4 (2,1-2,7) |

OR: odds ratio, 95% BI (95% betrouwbaarheidsinterval)

Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau

Vetgedrukte getallen zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

Naast bovengenoemde psychosociale en fysieke werkkenmerken spelen ook organisatiefactoren een rol. Er werd aan bijna de helft van de groep vragen gesteld gericht op afdeling- en organisatiedoelen, functioneringsgesprekken en werkoverleg, ontwikkeling en opleidingsmogelijkheden en over de rol van de leidinggevende met betrekking tot het uiten van waardering, feedback en motivering. Uit Tabel 5.3 valt af te lezen dat al deze aspecten samenhangen met werkvermogen.

Tabel 5.3 Werk-gerelateerde factoren en verminderd werkvermogen (n=28.869)

| Kenmerk | | n | % | Verminderd werkvermogen OR (95% BI) ^{1, 3} |
|--------------------------|------------------------------|--------|----|--|
| Doelen organisatie | positief (ref.) ² | 21.565 | 75 | 1,00 |
| | negatief | 7.304 | 25 | 1,9 (1,7-2,0) |
| Gesprekscyclus | positief (ref.) | 19.575 | 68 | 1,00 |
| | negatief | 9.351 | 32 | 1,7 (1,5-1,8) |
| Opleiding & ontwikkeling | positief (ref.) | 21.039 | 73 | 1,00 |
| | negatief | 7.891 | 27 | 1,7 (1,6-1,8) |
| Rol leidinggevende | positief (ref.) | 16.656 | 58 | 1,00 |
| | negatief | 12.276 | 43 | 1,8 (1,7-1,9) |

* p < 0.05 (statistisch significant),

¹ OR: odds ratio, 95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval, ² ref: referentiecategorie

³ gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau

5.2 Ongunstige werkfactoren en directe kosten

Tabel 5.4 laat zien dat met name medewerkers met ongunstigere psychosociale werkfactoren en disbalans tussen werk en privé vaker een psycholoog of psychiater bezoeken dan medewerkers die geen hogere werkdruk of disbalans ervaren.

Tabel 5.4 Relatie tussen de werkfactoren en zorggebruik (n=16.024)

| | Huisarts n=8.117 OR (95% BI) | Specialist n=4.058 OR (95% BI) | Fysiotherapie n=3.704 OR (95% BI) | Psycholoog n=1.043 OR (95%CI) |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <i>Fysieke belasting</i> | | | | |
| Lasten tillen | 0,9 (0,8-0,9) | 1,0 (0,9-1,1) | 1,0 (0,9-1,1) | 1,0 (0,8-1,1) |
| Ongemakkelijke houding | 1,0 (0,9-1,0) | 1,1 (1,0-1,2) | 1,2 (1,0-1,3) | 1,3 (1,1-1,5) |
| <i>Psychosociale belasting</i> | | | | |
| Minder regel mogelijkheden | 0,9 (0,8-1,0) | 1,0 (0,9-1,1) | 0,9 (0,8-1,0) | 1,1 (1,0-1,3) |
| Minder afwisseling | 1,1 (1,0-1,2) | 1,1 (1,0-1,2) | 1,0 (1,0-1,1) | 1,3 (1,1-1,4) |
| Hogere werkdruk | 1,2 (1,1-1,3) | 1,2 (1,1-1,3) | 1,2 (1,1-1,3) | 1,5 (1,4-1,8) |
| Disbalans werk-privé | 1,5 (0,7-3,1) | 1,0 (0,5-2,0) | 1,4 (0,7-2,8) | 4,7 (1,9-11,9) |

OR: odds ratio, 95% BI (95% betrouwbaarheidsinterval). Vetgedrukte getallen zijn statistisch significant (p < 0,05). Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau

5.3 Conclusies:

- Er is een samenhang tussen ongunstige fysieke en psychosociale werkkenmerken met een verminderd werkvermogen.
- Een ervaren disbalans tussen werk en privé hangt nauw samen met een verminderd werkvermogen.
- Ongunstige werkfactoren (met name werken in ongemakkelijke houdingen, een hogere werkdruk, en minder regelmogelijkheden) hangen het nauwst samen met verminderd werkvermogen, gevolgd door langdurig ziekteverzuim en meer productiviteitsverlies.
- Ook de rol van de leidinggevende en duidelijkheid van (het bijdragen aan) organisatiedoelen zijn relevante factoren met het oog op het bevorderen van werkvermogen.
- Een hogere psychosociale arbeidsbelasting (minder afwisseling in het werk, hoge werkdruk) hangt samen met medische consumptie (bezoek aan psycholoog/psychiater).

6. Potentiële invloed van interventies op de directe en indirecte kosten

6.1 Potentiële invloed van interventies aan werkvermogen

Tabel 6.1 combineert de informatie over hoe vaak een risicofactor voorkomt met de sterkte van het verband tussen de risicofactor en verminderd werkvermogen. De laatste kolom geeft weer wat de bijdrage van de specifieke risicofactor is aan het verminderd werkvermogen. Uit deze tabel blijkt dat met name gezondheid en ongunstige werkfactoren belangrijke aangrijpingspunten vormen voor interventies. Let op: de bijdragen in Tabel 6.1 mogen niet worden opgeteld. De som komt dan ver boven de 100% uit door de grote overlap tussen de diverse risicofactoren op individueel niveau.

Tabel 6.1 Potentiële invloed van interventies op werkvermogen

| Risicofactor | Voorkomen (%) | Associatie met verminderd werkvermogen (OR) | Bijdrage aan verminderd werkvermogen* |
|--|---------------|---|---------------------------------------|
| Gezondheid | | | |
| Aandoeningen aan het bewegingsapparaat | 33 | 4,7 | 55% |
| Mentale aandoeningen | 7 | 10,8 | 41% |
| Leefstijl | | | |
| < 30 min/dag beweging | 33 | 1,4 | 12% |
| Obesitas | 11 | 1,9 | 9% |
| ≤5 dagen groente/fruit | 30 | 1,3 | 8% |
| Roken | 19 | 1,3 | 5% |
| >10 glazen alcohol/wk | 25 | 1,0 | 0% |
| Werkfactoren | | | |
| Disbalans werk-privé | 21 | 6,2 | 52% |
| Hogere werkdruk | 29 | 2,6 | 32% |
| Minder regelmogelijkheden | 30 | 2,1 | 25% |
| Minder afwisseling | 42 | 1,7 | 23% |
| Ongemakkelijke houding | 17 | 2,6 | 21% |
| Rol leidinggevende | 43 | 1,8 | 26% |
| Lasten tillen | 24 | 1,9 | 18% |

| | | | |
|--------------------------|----|------------|-----|
| Doelen organisatie | 25 | 1,9 | 18% |
| Gesprekscyclus | 32 | 1,7 | 18% |
| Opleiding & ontwikkeling | 27 | 1,7 | 16% |

* de percentages per factor kunnen niet eenvoudigweg worden opgeteld

6.2 Potentiële invloed van risicofactoren op directe en indirecte kosten

Tabel 6.2 laat zien dat met name de indirecte kosten hoger zijn voor medewerkers met gezondheidsproblemen, een ongezonde leefstijl of ongunstige werkfactoren. Medewerkers met aandoeningen aan het bewegingsapparaat en medewerkers met mentale problemen hebben gemiddeld per medewerker respectievelijk €262 en €450 hogere directe kosten en gemiddeld €1039 (bewegingsapparaat) en €3004 (mentaal) hogere indirecte kosten (zie tabel 6.2) dan personen zonder deze aandoeningen. Bijlage 1 beschrijft de aanpak voor de berekening van de kosten.

Tabel 6.2 Schatting van de extra directe en indirecte kosten door risicofactoren in de vorm van gezondheidsproblemen, ongezonde leefstijl en ongunstige werk-gerelateerde factoren.

| Risicofactor | Extra directe kosten (€) | Extra indirecte kosten (€) |
|--|--------------------------|----------------------------|
| <i>Gezondheid</i> | | |
| Mentale aandoeningen | 450 | 3004 |
| Aandoeningen aan het bewegingsapparaat | 262 | 1039 |
| <i>Leefstijl</i> | | |
| Obesitas | 116 | 766 |
| < 30 min/dag beweging | 28 | 329 |
| Roken | 18 | 315 |
| Overgewicht | 31 | 260 |
| ≤5 dagen groente/fruit | 30 | 154 |
| >10 glazen alcohol/wk | - | - |
| <i>Werkfactoren</i> | | |
| Disbalans werk-privé | 188 | 1730 |
| Hogere werkdruk | 77 | 886 |
| Ongemakkelijke houding | 66 | 722 |
| Minder regelmogelijkheden | 8 | 565 |
| Gesprekscyclus | 27 | 499 |
| Doelen organisatie | 39 | 471 |
| Opleiding & ontwikkeling | 55 | 436 |

| | | |
|--------------------|----|-----|
| Lasten tillen | 14 | 421 |
| Rol leidinggevende | 20 | 395 |
| Minder afwisseling | 19 | 367 |

* Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

De gemiddelde indirecte kosten van een ongezonde leefstijl zijn €154 voor rokers t.o.v. niet-rokers en €766 voor medewerkers met obesitas t.o.v. medewerkers met een gezond gewicht. Medewerkers met een hogere fysieke werkbelasting hebben gemiddeld tussen de €421 (laste tillen) en €722 (ongemakkelijke houding) hogere indirecte kosten, en medewerkers met een hogere psychosociale werkbelasting hebben gemiddeld per medewerker tussen de €367 (afwisseling in het werk) en €886 (hoge werkdruk) hogere indirecte kosten dan medewerkers met een lagere respectievelijk fysieke en mentale werkbelasting. Disbalans tussen werk en privé is niet bij alle deelnemers gemeten, maar blijkt een belangrijke factor, zowel in inzetbaarheid (tabel 6.1) als in directe en indirecte kosten.

6.3 Conclusies

- Een integrale aanpak met zowel oog voor gezondheidsproblemen, als een preventieve aanpak op het gebied van gezonde werkfactoren en – in mindere mate – leefstijl is nodig met het oog op het verminderen van productiviteitsverlies door productiviteitsverlies op het werk en ziekteverzuim.
- Voor het verminderen van medische consumptie dienen interventies zich te richten op gezondheid, gevolgd door leefstijl en psychosociale arbeidsbelasting.
- Medewerkers met aandoeningen aan het bewegingsapparaat en mentale aandoening hebben gemiddeld per medewerker resp. €1039 en €3004 hogere indirecte kosten dan medewerkers zonder deze aandoeningen.
- Mensen met deze gezondheidsproblemen hebben gemiddeld per medewerker jaarlijks €262-€450 hogere zorgkosten.
- Medewerkers met een hogere fysieke werkbelasting hebben gemiddeld per medewerker tussen de €421 en €722 hogere indirecte kosten en €14-€66 hogere directe kosten.
- Medewerkers met een hogere psychosociale werkbelasting of disbalans tussen werk en privé hebben gemiddeld per medewerker tot €1730 hogere indirecte kosten en tot €188 hogere directe kosten.

Bijlage 1: Analyse

Gezondheid, werkfactoren en productiviteitsverlies, verzuim, en medische consumptie

De statistische analyse bestaat uit een logistische en multinomiale regressieanalyses waarin wordt bepaald hoe groot de invloed is van gezondheidsproblemen, een ongezonde leefstijl en ongunstige werkfactoren op het werkvermogen, productiviteitsverlies tijdens het werk, verzuim en medische consumptie. In alle analyses wordt gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau.

Kostenberekening

Om de directe en indirecte kosten in kaart te brengen is de handleiding voor kostenonderzoek gevolgd.⁶ Onderstaande tabel B1.1 presenteert de kosten voor een consult bij de huisarts, de fysiotherapeut, specialist, psycholoog en psychiater. Per individu zijn de kosten berekend door het zelf-gerapporteerde aantal consulten te vermenigvuldigen met de kosten per consult.

Tabel B1.1 Kosten voor medische consumptie

| Medische consumptie | Kosten per consult |
|--|--------------------|
| Huisarts | €33 |
| Specialist (polikliniekbezoek algemeen ziekenhuis) | €80 |
| Fysiotherapeut | €33 |
| Psycholoog (eerstelijns) | €64 |
| Psychiater (vrijgevestigd) | €94 |

De indirecte kosten zijn berekend door middel van de frictiekostenmethode, die ervan uitgaat dat iedereen vervangbaar is. In de handleiding voor kostenonderzoek wordt gerekend met een frictieperiode van 85 kalenderdagen (12 weken). Als een verzuimperiode langer dan deze 85 dagen is, wordt er niet meer productiviteitsverlies gerekend. Het maximum wordt dus op 85 dagen gesteld. In de vragenlijst kan het aantal dagen dat niet gewerkt wordt vanwege gezondheidsproblemen in 5 categorieën worden beantwoord (0 dagen, 1-9 dagen, 10-24 dagen, 25-99 dagen, 100-365 dagen). Voor de berekening van de kosten is het midpunt van het aantal dagen in de betreffende categorie als uitgangspunt genomen. De indirecte kosten door ziekteverzuim berekend door het aantal dagen (*8 uur) dat iemand verzuimd heeft vanwege gezondheidsproblemen vermenigvuldigd met de gemiddelde productiviteitskosten per uur per betaald werkende, gecorrigeerd voor de elasticiteit van arbeid (€37,90 voor

⁶ Hakkaart-van Roijen L, Van der Linden N, Bouwmans CAM, Kanters T, Tan SS. Kostenhandleiding: Methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg, 2015.

mannen en €31,60 voor vrouwen). Voor productiviteitsverlies op het werk is het percentage productiviteitsverlies (bijv. een score van 9 op de schaal van 0-10 wordt beschouwd als 10% productiviteitsverlies, en een score van 6 als 40% productiviteitsverlies) vermenigvuldigd met het aantal werkdagen (*8 uur) en de gemiddelde productiviteitskosten per uur per betaald werkende. Zowel voor ziekteverzuim als voor productiviteitsverlies op het werk is met maximaal 85 dagen gerekend (frictieperiode). Voor productiviteitsverlies is een aanname dat het percentage productiviteitsverlies gedurende deze 85 dagen wordt doorberekend, waar de meting gericht is op 1 werkdag.