



Opdrachtgever

SZW



Ministerie van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid

Opdrachtnemer

SEOR / J. de Koning, M. Collewet, J.
Gravesteyn-Ligthelm

Onderzoek

*Participatie en gezondheid - thema 1:
de invloed van arbeidsparticipatie en
terugkeer naar werk*

Startdatum – 1 juni 2008

Einddatum – 1 juni 2008

Categorie

Kenmerken van klanten

Participatie en gezondheid, thema 1

Conclusie

In februari 2008 heeft het Ministerie van SZW aan SEOR opdracht gegeven tot een literatuurverkenning over de invloed van arbeidsparticipatie en terugkeer naar werk (werkherhvatting en re-integratie) op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, productiviteit en maatschappelijk rendement. Deze verkenning is de eerste van de zes verkenningen (thema 1) waarmee het Ministerie zicht wil krijgen op de beschikbare en ontbrekende kennis op het gebied van participatie en gezondheid, ter voorbereiding van het eventueel meerjarig kennisinvesteringsprogramma participatie en gezondheid. In dit rapport worden de resultaten van de literatuurstudie beschreven. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan: conceptueel kader van het literatuuronderzoek; overzicht van de empirische literatuur over het effect van werken op de gezondheid; de empirische literatuur over re-integratiemaatregelen voor zieke en arbeidsongeschikte werknemers en bestaande lacunes in het onderzoek; samenvatting, conclusies en aanbevelingen. De aanbevelingen betreffen de mogelijkheden om de geconstateerde leemtes op te vullen. In de bijlage zijn tabellen opgenomen met de eigenschappen en conclusies van de studies die in het literatuuronderzoek zijn meegenomen. Bron: Bibliotheek SZW

Link naar bestand

<http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/yj56hbln>



PARTICIPATIE EN GEZONDHEID

THEMA 1: DE INVLOED VAN ARBEIDSPARTICIPATIE EN TERUGKEER NAAR WERK

**ONDERZOEK IN OPDRACHT VAN HET MINISTERIE VAN SOCIALE
ZAKEN EN WERKGELEGENHEID, DIRECTIE
ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN**

Jaap de Koning

Marion Collewet

José Gravesteyn-Ligthelm

Rotterdam, juni 2008

<i>Contactpersoon</i>	Jaap de Koning
<i>Adres</i>	SEOR, Erasmus Universiteit Rotterdam Postbus 1738 3000 DR ROTTERDAM
<i>Telefoon</i>	+31-10-408 2598
<i>Fax</i>	+31-10-4089650
<i>E-mail</i>	dekoning@few.eur.nl

INHOUD

Voorwoord	1
1 Inleiding	1
1.1 Achtergrond en vraagstelling	1
1.2 Complexiteit vraagstelling maakt goed conceptueel kader noodzakelijk	2
1.3 Aanpak	3
1.4 Opzet van het rapport	5
2 Conceptueel kader	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Begrippen	7
2.2.1 Gezondheid	7
2.2.2 Werken	11
2.3 Causaliteit en effectmeting	12
2.3.1 De causale relatie tussen werken en gezondheid	12
2.3.2 Endogeniteit van deelname aan re-integratiemaatregelen	13
2.4 Indirecte- en macro-economische effecten	14
2.4.1 Interpersonele effecten van werkloosheid en inactiviteit	14
2.4.2 Kosten en baten van re-integratie	15
2.5 Schematisch overzicht	16
3 De effecten van werken op de gezondheid: overzicht van empirische studies	19
3.1 Heeft werken een positief effect op de gezondheid?	19
3.2 Welke factoren spelen een rol in de relatie tussen werken/niet werken en gezondheid	22
3.3 Hoe ligt de relatie voor verschillende groepen?	28
3.4 Interpersonele effecten	32
3.5 Kennisleemtes	33
3.6 Samenvatting	34

4	Re-integratie van zieke en arbeidsongeschikte werknemers: overzicht van empirische studies	41
4.1	Inleiding	41
4.2	Effectiviteit van verschillende maatregelen	41
4.2.1	Effectiviteit naar type maatregel	43
4.2.2	Effectiviteit en persoonskenmerken	47
4.2.3	Succesfactoren voor re-integratie van arbeidsongeschikten en langdurig zieken	49
4.3	Wat zijn maatschappelijke kosten en baten van re-integratie?	53
4.4	Kennisleemtes	58
4.5	Samenvatting	59
5	Samenvatting, conclusies, leemtes en aanbevelingen	63
5.1	Samenvatting en conclusies	63
5.1.1	Achtergrond en probleemstelling	63
5.1.2	Conclusies	65
5.2	Leemtes in de bestaande kennis en aanbevelingen voor verder onderzoek	68
5.2.1	Effecten van werken op de gezondheid	68
5.2.2	Re-integratie	73
	Literatuur	79
	Bijlagen	89
B1	Overzicht studies met betrekking tot het effect van werken/niet werken op gezondheid	91
B2	Literatuur re-integratie: effectiviteit	121
B3	Beschikbare databronnen:	143
B3.1	Beschikbare databronnen voor het effect van werken op de gezondheid	143
B3.2	Beschikbare databronnen voor de effectiviteit van re-integratie	145

VOORWOORD

De ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid inventariseren op dit moment nut en noodzaak van een meerjarig kennisprogramma op het gebied van participatie en gezondheid. Achtergrond is de verwachte forse kostenstijging van de gezondheidszorg onder invloed van de vergrijzing. De oplossing van dit probleem heeft verschillende raakvlakken met arbeidsparticipatie.

In februari 2008 heeft het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan SEOR opdracht gegeven tot een literatuurverkenning over de invloed van arbeidsparticipatie en terugkeer naar werk (werkhervatting en re-integratie) op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, productiviteit en maatschappelijk rendement. Deze verkenning is de eerste van de zes verkenningen (thema 1) waarmee het Ministerie zicht wil krijgen op de beschikbare en ontbrekende kennis op het gebied van participatie en gezondheid, ter voorbereiding van het eventueel meerjarig kennisinvesteringsprogramma participatie en gezondheid.

Het voor u liggende rapport doet verslag van deze literatuurstudie. De literatuurstudie is uitgevoerd in de periode maart – mei 2008. Het rapport is geschreven door (in alfabetische volgorde) Marion Collewet, José Gravesteijn-Ligthelm en Jaap de Koning. Naast de auteurs heeft ook Arie Gelderblom een bijdrage aan het onderzoek geleverd. De projectleiding is in handen geweest van Jaap de Koning.

Het onderzoek is begeleid door een klankbordgroep, bestaande uit Suzan Aafjes, Marcel Einerhand, Willem Knoppe, Nuria Ringe (allen ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid), Yvonne de Nas en Cees Vos (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en Adri Stet (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties).

1 INLEIDING

1.1 ACHTERGROND EN VRAAGSTELLING

De ministeries van VWS, SZW en BZK inventariseren momenteel nut en noodzaak van een meerjarig kennisprogramma op het gebied van participatie en gezondheid. Achtergrond is de verwachte forse kostenstijging van de gezondheidszorg onder invloed van de vergrijzing. De oplossing van dit probleem heeft verschillende raakvlakken met arbeidsparticipatie. In de eerste plaats biedt verhoging van deze participatie een breder draagvlak voor de financiering van de gezondheidszorg (of compenseert deze in elk geval de versmalling van het draagvlak dat dreigt op te treden door de vergrijzing). Verder kan participatie ook op zichzelf effecten hebben op de gezondheid. Er zijn bijvoorbeeld duidelijke aanwijzingen dat langdurige werkloosheid tot verslechtering van de gezondheid leidt (wat dan re-integratie verder bemoeilijkt) en dat werklozen die relatief snel werk vinden voor hun gezondheid beter af zijn. Dit betekent overigens niet dat werken per definitie de gezondheid verbetert. Het is wel denkbaar dat werken onder bepaalde voorwaarden gunstig is voor de gezondheid (bijvoorbeeld door de bevrediging die men haalt uit het werk, de sociale contacten die men eraan ontleent, e.d.), maar werk kan ook een bron van stress en lichamelijke klachten zijn. Overheid, sectoren en bedrijven kunnen via hun beleid proberen de negatieve aspecten zodanig te beperken dat de positieve effecten van werken op de gezondheid overheersen. Als zij hierin slagen, kan verhoging van de arbeidsparticipatie bijdragen tot vermindering van het beroep op de gezondheidszorg.

Er is door SZW een zestal aandachtsgebieden rond bovengenoemd thema gedefinieerd. Voor elk van deze aandachtsgebieden moet een verkenning, analyse en beoordeling van de nationale en internationale literatuur en van lopende onderzoeksprogramma's in binnen- en buitenland worden gemaakt. Dit onderzoek heeft betrekking op één van deze gebieden: de invloed van arbeidsparticipatie en terugkeer naar werk (werkhervatting en re-integratie) op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, productiviteit en maatschappelijk rendement.

De onderzoeksvragen zijn als volgt:

1. Welke effecten heeft de overgang van economische niet-activiteit naar werken (en vice versa) op gezondheid? Welke effecten heeft werken ten opzichte van niet-werken op de meer lange termijn? Hoe werken effecten van werken op gezondheid door op diverse maatschappelijke kosten en baten, zoals de kosten voor de gezondheidszorg?
2. Wat zijn de achtergronden van de effecten van werken op gezondheid?

3. Wat is er bekend over de re-integratie van mensen uit arbeidsongeschiktheid en ziekte naar werk? Wat zijn hierbij bewezen effectieve maatregelen? Hoe vertalen deze maatregelen zich in maatschappelijke kosten en baten?
4. Welke kennisleemtes bestaan op bovengenoemde terreinen? Met wat voor typen onderzoek zouden deze kennisleemtes ingevuld kunnen worden?

Onderzoeksvragen 1 en 2 ('is werken goed voor de gezondheid en waarom?') aan de ene kant en 3 ('kan de werkhervatting van zieke werknemers en arbeidsongeschikten worden bevorderd door inzet van re-integratiemaatregelen?') aan de andere kant worden in twee aparte hoofdstukken behandeld. Natuurlijk is er een zekere overlap tussen deze twee vragen. De belangrijkste relatie tussen beide vraagstukken is dat als werken gezond is, re-integratie tot verbetering van de gezondheid van cliënten kan leiden. Dit wordt in sectie 3.1 (effecten van werkhervatting op de gezondheid) besproken. In dit geval kan bevordering van arbeidsparticipatie baten opleveren door vermindering van het gebruik van de gezondheidszorg en besparing op zorgkosten. Dit betekent dan dat dergelijke baten kunnen worden toegevoegd aan het rijtje van baten (waaronder ook besparing op uitkeringslasten) bij re-integratie. Dit aspect wordt in sectie 4.3 (kosten en baten van re-integratie) meegenomen. Ook heeft gezondheid zelf een effect op de re-integratiekansen van individuen. Dit wordt in sectie 4.2.2 (effectiviteit en persoonskenmerken) behandeld.

1.2 COMPLEXITEIT VRAAGSTELLING MAAKT GOED CONCEPTUEEL KADER NOODZAKELIJK

In de volgende hoofdstukken gaan we uitvoerig op deze vragen in. Op deze plaats willen we alvast benadrukken dat beantwoording van vooral de vragen 1) en 2) complex is. Dit komt doordat de gezondheid en de arbeidsmarktpositie elkaar wederzijds beïnvloeden. Het is goed voorstelbaar dat werken de gezondheid bevordert, bijvoorbeeld door de sociale contacten die het oplevert, door de inhoudelijke bevrediging die het schenkt en door de regelmaat die het geeft. Maar het lijkt nog aannemelijker dat de gezondheid van invloed is op het al dan niet kunnen krijgen en behouden van een betaalde baan. Een zwakke gezondheid zal immers vaak een negatieve invloed hebben op de productiviteit of door werkgevers als een risico voor een verhoogde kans op ziekte en arbeidsongeschiktheid worden gezien. Als we zouden vinden dat werkenden gemiddeld gezonder zijn dan niet-werkenden, dan kunnen we dus niet concluderen dat werken gezond is; het kan ook komen doordat minder gezonde mensen een lagere kans op werk hebben.

Ook het meten van de effectiviteit van re-integratiebeleid kent de nodige haken en ogen. Als mensen na deelname aan een re-integratiemaatregel een baan vinden of hun werk weer oppakken, dan is dit niet noodzakelijk te danken aan de maatregel. Het is immers heel goed denkbaar dat de betrokkenen ook zonder de deelname een baan hadden gevonden of hun werk weer hadden opgepakt. Dit komt in elk geval heel sterk naar voren in het evaluatieonderzoek naar re-

integratiemaatregelen voor werklozen. Experimentele evaluaties, die een betrouwbare meting opleveren van de counterfactual ('wat zou er gebeurd zijn bij niet-deelname') wijzen uit dat de baankansen van de deelnemers nauwelijks hoger liggen dan van niet-deelnemers (zie onder meer Heckman, Lalonde en Smith (1999) en De Koning e.a. (2005)). Dergelijke experimentele evaluaties zijn hoofdzakelijk in de Verenigde Staten uitgevoerd. In Nederland en veel andere Europese landen worden dergelijke evaluaties nauwelijks toegepast. Men moet daarom zijn toevlucht nemen tot andere, niet-experimentele evaluatiemethoden, waarvan de validiteit niet vaststaat.

In hoofdstuk twee waarin we het conceptuele kader behandelen, gaan we nader in op punten van theoretische en methodologische aard. Dit is noodzakelijk om empirische studies naar waarde te kunnen schatten. Als een studie bijvoorbeeld geen aandacht besteedt aan het simultane karakter van het verband tussen arbeidspositie en gezondheid, dan moet aan de resultaten minder gewicht worden toegekend. We wijden een apart hoofdstuk aan het conceptuele kader om te vermijden dat bij de bespreking van de empirische literatuur telkens uitvoerig moet worden ingegaan op vraagstukken van methodologische aard.

1.3 AANPAK

Voorzover mogelijk zullen we een systematisch beeld geven van de uitkomsten van de gevonden studies. In een eerder door SEOR uitgevoerde meta-evaluatie van het re-integratiebeleid voor werklozen konden meer dan honderd studies op een rijtje worden gezet waarin ongeveer hetzelfde effect wordt gemeten, maar dan voor verschillende landen, verschillende maatregelen, e.d. Bij dergelijke aantallen is het bijvoorbeeld mogelijk een frequentieverdeling te maken van de studies met betrekking tot het teken van het gevonden effect. Blijkt dat de overgrote meerderheid van de studies een significant positief effect op een gegeven doelvariabele geeft, dan is het aannemelijk dat dit effect in zijn algemeenheid positief is.

Indien het aantal beschikbare studies voldoende is, kan deze aanpak ook worden toegepast op afzonderlijke maatregelen om te bezien of deze in effectiviteit verschillen. Voor zover maatregelen op bepaalde doelgroepen gericht zijn of studies de effectiviteit van de onderzochte maatregelen voor verschillende doelgroepen geven, kan ook worden nagegaan of re-integratiebeleid voor sommige doelgroepen meer resultaat geven dan voor andere.

Maar in principe zijn ook andere factoren dan doelgroep en maatregel van invloed op de resultaten. Daarbij kan allereerst de gehanteerde onderzoeksmethodiek worden genoemd. Experimenten bijvoorbeeld, geven waarschijnlijk betrouwbaardere resultaten dan niet-experimentele evaluatiemethoden. Bij sommige van de laatstgenoemde methoden is zelfs een systematische onzuiverheid te verwachten. Naast de gehanteerde onderzoeksmethodiek kunnen ook contextfactoren van belang zijn. Zo is vastgesteld dat de hoogte van het werkloosheidspercentage van invloed is op het effect van re-integratie: is de

werkloosheid hoog dan is het netto-effect van re-integratie op de herintredingskans hoger dan bij een lage werkloosheid (Kluve, 2006; De Koning en Peers, 2007).

Het aantal beschikbare studies over de invloed van doelgroepen, maatregelen en genoemde andere factoren is niet toereikend om de invloed van al deze factoren vast te stellen met behulp van beschrijvende methoden. Daarom gebruikt Kluve (2006) regressie-analyse om het teken van het in een studie gevonden netto-effect op de herintredingskans in verband te brengen met de aard van de onderzochte maatregel, de gehanteerde methodologie, de algemene arbeidsmarktsituatie, e.d.. De Koning en Peers (2007) gaan een stap verder door de *omvang* van het gevonden effect te verklaren.

Wat betreft de invloed van werken op de gezondheid en het effect van re-integratie op herintreding is het aantal betrouwbare studies echter te klein gebleken om dergelijke methoden toe te passen. Wel wordt een bestaande overzichtsstudie besproken die een poging tot een meta-evaluatie doet (McKee-Ryan e.a. 2005).

Onze literatuurstudie is breed opgezet. Zo is een groot aantal databases op het gebied van Internetbronnen, Fulltext tijdschriften, Naslagwerken en working papers geraadpleegd. Er is tevens gebruik gemaakt van de netwerken van SEOR.

Bij het zoeken naar literatuur is ook specifiek gezocht naar lopende of recent afgesloten onderzoeksprogramma's op dit terrein. Een voorbeeld hiervan is het onderzoeksprogramma in het Verenigd Koninkrijk over de *New Deal for Disabled People*. De inventarisatie van lopende onderzoeksprogramma's is ook van groot belang om te bepalen waar eventuele lacunes liggen voor vervolgonderzoek. Hieruit kan immers worden afgeleid op welke terreinen binnenkort ook nieuwe kennis beschikbaar komt. Afhankelijk van de mate waarin dit het geval is, kan de noodzaak kleiner worden om zich hierop te richten in een eigen onderzoeksprogramma. Voor zover wel (gedeeltelijk) parallel onderzoek zal worden uitgevoerd is het belangrijk om dit af te stemmen en mogelijk ook reeds ontwikkelde onderzoeksinstrumenten (zoals vragenlijsten) te benutten. Voor het beleid is zeker ook de vraag naar leemtes bij de kennis over effectieve beleidsinstrumenten van belang. Het gaat hierbij immers om de discrepantie tussen wat men zou willen en moeten weten voor een optimale uitvoering van re-integratieactiviteiten en wat er vanuit bestaand onderzoek bekend is.

In de inventarisatie zijn ook enige beperkingen aangebracht. Zo richt deze hoofdzakelijk tot de volgende landen: de EU-landen, Noorwegen, Zwitserland, Australië, de VS en Canada.

1.4 OPZET VAN HET RAPPORT

Het rapport is als volgt opgezet. Hoofdstuk 2 bevat een conceptueel kader dat richting geeft aan het literatuuronderzoek. Hierin komen zowel theoretische als methodologische overwegingen aan de orde. Vervolgens geeft hoofdstuk 3 een overzicht van de empirische literatuur over het effect van werken op de gezondheid. Daarna behandelt hoofdstuk 4 de empirische literatuur over re-integratiemaatregelen voor zieke en arbeidsongeschikte werknemers. In de hoofdstukken 3 en 4 wordt ook ingegaan op bestaande lacunes in het onderzoek. Hoofdstuk 5, ten slotte, bevat de samenvatting, conclusies en aanbevelingen. De aanbevelingen betreffen de mogelijkheden om de geconstateerde leemtes op te vullen. In de tabellen 5.1 tot en met 5.4 zijn de belangrijkste kennisleemtes en aanbevelingen voor verder onderzoek samengevat. In de bijlage zijn tabellen opgenomen met de eigenschappen en conclusies van de studies die in het literatuuronderzoek zijn meegenomen.

2 CONCEPTUEEL KADER

2.1 INLEIDING

Zoals in hoofdstuk één is aangegeven kunnen studies naar de relatie tussen gezondheid, re-integratiebeleid en arbeidsmarktpositie die gebruikmaken van een simpele onderzoeksmethodiek al snel tot misleidende resultaten leiden. De waarde die aan de uitkomsten van een studie kan worden gehecht wordt daarom sterk bepaald door de validiteit van de meting van de kernvariabelen (gezondheid, arbeidsmarktpositie) en de gehanteerde methodiek. Daarom gaan wij in dit hoofdstuk uitvoerig in op de vraag hoe gezondheid en arbeidsmarktpositie gemeten moeten worden en op de vraag welke onderzoeksmethoden betrouwbaar kunnen worden geacht.

De meeste studies kijken naar de effecten van werken op het individu en maatregelen op het individu. Maar de effecten op de gezondheid of de re-integratie van werklozen kunnen ook effecten hebben op anderen. Zo kan gedacht worden aan effecten op gezinsleden en besparingen op de gezondheidszorg.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Eerst gaan we in 2.2 in op de meting van de begrippen gezondheid en arbeidsmarktpositie. Daarna behandelen we in 2.3 het causaliteitsprobleem dat zowel bij de meting van het effect van werken op de gezondheid als bij meting van het effect van re-integratiemaatregelen op de herintredingskans tot complicaties leidt. Indirecte- en macro-effecten komen aan de orde in paragraaf 2.4.

2.2 BEGRIPPEN

2.2.1 GEZONDHEID

Volgens van Dale Groot Woordenboek is gezondheid: ‘lichamelijk welzijn; die gesteldheid of toestand van het lichaam waarin alle delen op de juiste wijze en in de juiste verhouding functioneren; toestand van optimaal welzijn in geestelijk, lichamelijk en maatschappelijk opzicht’. Laatstgenoemde definitie is ook de definitie die de WHO hanteert. Uit deze omschrijvingen blijkt dat gezondheid een meerdimensionaal begrip is. Allereerst moet onderscheid worden gemaakt tussen lichamelijke en mentale gezondheid. Bij mentale gezondheid kunnen we verder onderscheid maken tussen cognitieve functies (bijvoorbeeld rekenvaardigheid) en emotionele gezondheid (bijvoorbeeld emotionele stabiliteit). Deze verschillende aspecten van de gezondheid kunnen op verschillende wijzen worden gemeten:

1. door respondenten te vragen hun subjectieve oordeel te geven over hun gezondheid;

2. door respondenten vragen te stellen over specifieke gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld het hebben van een hartkwaal, het lijden aan depressies, e.d.);
3. door respondenten vragen te stellen over (beperkingen in) hun functioneren in relatie tot hun gezondheid;
4. door het berekenen van een score voor de gezondheid uit enquêtevragen volgens een gevalideerde schaal;
5. door uit te gaan van diagnoses die door artsen zijn gesteld.

Al deze mogelijkheden hebben hun voor- en nadelen.

Een belangrijk bezwaar van meting van de gezondheid op basis van zelfrapportage van mensen (subjectieve meting van gezondheid) is dat bijvoorbeeld werklozen hun gezondheid slechter kunnen voorstellen dan deze feitelijk is om een rechtvaardiging te geven voor het feit dat ze geen werk hebben. Dit zou dan leiden tot een overdrijving van gezondheidsproblemen bij werklozen vergeleken met werkenden. Dus als we vinden dat de subjectieve gezondheid van werklozen slechter is dan die van werkenden, dan zou dit een meetprobleem kunnen zijn doordat subjectieve gezondheid endogeen is in relatie tot arbeidsparticipatie.

Subjectieve gezondheidsmaatstaven hebben echter als voordeel dat deze een algemene indruk geven van de gezondheid van mensen, die daarbij bovendien impliciet een weging geven van het belang dat zij aan de verschillende aspecten van hun gezondheid geven (Schnittker, 2007). Gezondheid is, zoals blijkt uit bovengenoemde omschrijvingen, een complexe grootheid die niet in één objectieve variabele te vangen is. Zelfs als je een aantal objectieve gezondheidsvariabelen hebt gemeten (die bijvoorbeeld bepaalde ziektes of beperkingen meten), dan kun je nog niet pretenderen de gezondheid volledig 'gevangen' te hebben. Denkbaar is dus dat bij subjectieve meting meer aspecten van de gezondheid naar voren komen. Op basis van de door de WHO gehanteerde definitie kun je zelfs volhouden dat gezondheid inherent subjectief is. Zo kan iemand met een handicap zich toch 'gezonder' voelen. Aan de andere kant zal iemand die gehandicapt raakt dit waarschijnlijk wel zien als aantasting van zijn gezondheid. Dit zou kunnen betekenen dat veranderingen in de gezondheid gemakkelijker en eenduidiger zijn vast te stellen dan de stand van de gezondheid op een bepaald moment.

Mogelijk verschilt de beste wijze van meting tussen lichamelijke en mentale gezondheid. Bij lichamelijke gezondheid is een algemene indicatie door de persoon zelf wellicht de beste wijze van meting, terwijl men bij mentale gezondheid beter kan uitgaan van 'objectieve' meting op basis van een gevalideerde schaal berekend op grond van enquêtevragen. Zo kan worden vermoed dat mensen minder goed in staat zijn hun mentale gezondheid in algemene zin te beschrijven (in het bijzonder mensen met cognitieve problemen of - beperkingen). Objectief staat hierbij tussen aanhalingstekens omdat meting op

basis van enquêtevragen ook een subjectief element bevat. Ook bij concrete vragen over gezondheidsproblemen zouden mensen in bepaalde situaties de neiging kunnen hebben deze te overdrijven (of juist te bagatelliseren).

Kalwei en Vermeulen (2007) onderzoeken beide hypothesen ('subjectieve gezondheid' is endogeen in relatie tot arbeidsparticipatie' en 'subjectieve gezondheid heeft additionele verklarende kracht ten opzicht van objectieve gezondheidsindicatoren') aan de hand van gegevens over 50-plussers uit het SHARE¹ survey. Omdat zij alleen het causale verband van gezondheid naar participatie onderzoeken zijn de resultaten in dat opzicht minder relevant voor ons onderzoek. Maar de uitkomsten met betrekking tot de vraag hoe je gezondheid zou moeten meten zijn voor ons wel van belang.²

Het SHARE survey wordt in 11 landen gehouden en heeft een longitudinaal karakter. Het survey wordt gehouden onder een representatieve steekproef uit de groep huishoudens met ten minste één persoon van 50 jaar of ouder (in 2004). Alleen de 50-plussers uit deze huishoudens worden ondervraagd. Nederland neemt er ook aan deel. Het gaat om ongeveer 18-duizend huishoudens en daaruit ca. 26-duizend individuen. Voor Nederland betreft het ongeveer 2000 respondenten. De studie van Kalwei en Vermeulen is gebaseerd op de eerste golf van dit survey uit 2004. Deze data lijken overigens ook van belang voor verder onderzoek.

Kalwei en Vermeulen voeren analyses uit per land en voor mannen en vrouwen afzonderlijk. De uitkomsten zijn niet eenduidig. Voor sommige landen, waaronder bij mannen in Nederland, zijn zowel de objectieve gezondheidsindicatoren als de subjectieve indicator significant. Maar ook alle andere mogelijkheden komen voor: objectief significant maar subjectief niet, subjectief significant maar objectief niet, en beide niet significant. Dit laatste komt overigens slechts bij drie landen voor: Italië bij mannen en vrouwen, Frankrijk bij mannen en Oostenrijk bij vrouwen.

De conclusie uit het bovenstaande is dat je het beste zowel objectieve als subjectieve indicatoren van gezondheid kunt opnemen. Maar stel dat je vindt dat naast objectieve ook subjectieve gezondheidsindicatoren een significant effect op de arbeidsparticipatie hebben. Dan kan dit twee dingen betekenen:

- a. Om gezondheid goed te meten kun je niet volstaan met objectieve gezondheidsmaatstaven, maar moet je ook subjectieve maatstaven meenemen;
- b. De invloed van de subjectieve maatstaven kan duiden op een betere meting van de gezondheid door het opnemen van deze maatstaven, maar ook op

¹ SHARE staat voor Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe.

² Aannemende dat deze uitkomsten niet worden beïnvloed door het feit dat geen rekening wordt gehouden met een twee-richtingsverband tussen gezondheid en participatie.

overdriving van de gezondheidsproblemen door niet-werkenden om het niet hebben van een baan te rechtvaardigen ('rechtvaardigingsonzuiverheid').

Als Kalwei en Vermeulen van objectieve indicatoren spreken, kunnen bij het objectieve gehalte overigens de nodige vraagtekens worden gezet. Deze indicatoren zijn namelijk gemeten op basis van enquêtevragen waarin respondenten wordt gevraagd naar functiebeperkingen, ziektes en gezondheidsklachten. Daarmee worden deze beperkingen, ziektes en gezondheidsklachten echter niet noodzakelijk objectief vastgesteld. Het genoemde probleem van rechtvaardigheidsonzuiverheid zou ook hierbij kunnen optreden. Om dit te vermijden zou je diagnoses moeten hebben van artsen. Gegevens uit sommige andere databestanden, bijvoorbeeld van instanties als de UWV, zijn daarop gebaseerd en daarom waarschijnlijk betrouwbaarder. Zo bevat de UWV-administratie gedetailleerde informatie over functiebeperkingen en ziektes van arbeidsongeschikten. Periodiek worden herkeuringen uitgevoerd, waardoor ook ontwikkelingen hierin zijn vast te stellen. Maar een beperking van deze indicatoren is dat deze gericht zijn op het bepalen van de mate van arbeidsgeschiktheid (of verdiencapaciteit). Dit betekent dat slechts bepaalde aspecten van de gezondheid in beeld komen. Verder gaat het ten dele om functiebeperkingen die een structureel karakter hebben en niet veranderen (bijvoorbeeld bij mensen die met een handicap geboren zijn). Voor een meting van de gezondheid in relatie tot arbeidsparticipatie hebben deze gegevens daarom hun beperkingen, maar zijn zij mogelijk wel bruikbaar als onderdeel van een bredere set van gezondheidsvariabelen (waaronder subjectieve indicatoren).

In de WHO-definitie komt ook een maatschappelijk aspect naar voren. De sociale omgeving is waarschijnlijk medebepalend voor de gezondheid. Zo kan iemand met een handicap zich in eerste instantie gezond voelen, maar door de opstelling van de omgeving de handicap als een probleem gaan zien en hieronder gebukt gaan. De handicap kan bijvoorbeeld voor werkgevers aanleiding zijn om betrokkene geen baan aan te bieden, waardoor deze structureel zonder werk raakt en daardoor geleidelijk een vermindering van de gezondheid ervaart. Dit betekent dat bij onderzoek naar de relatie tussen arbeidsparticipatie en gezondheid niet alleen kan worden uitgegaan van de gezondheidsbeleving door individuen, maar ook (min of meer) objectieve gezondheidsmaatstaven moeten worden betrokken die relevant worden geacht door de sociale omgeving (bijvoorbeeld omdat zij medebepalend zijn voor de productiviteit van betrokkenen).

Een andere wijze waarop de sociale omgeving invloed kan hebben op de gezondheid ligt op het culturele vlak. Hoe individuen uit verschillende culturen hun gezondheid beleven kan verschillen tussen culturen. Zo schatten niet-westerse allochtone vrouwen hun eigen gezondheid slechter in dan autochtone vrouwen (Keuzenkamp, 2006).

Ten slotte merken we op dat de gezondheidsaspecten die van belang zijn in de relatie tussen arbeidsparticipatie en gezondheid niet noodzakelijk dezelfde zijn en/of niet dezelfde gewichten hebben als die in de relatie tussen gezondheid en beroep op gezondheidszorg. Als iemand zich door te gaan werken gezonder voelt,

betekent dit niet automatisch dat hij minder beroep zal gaan doen op de gezondheidszorg³. Om de effecten van een hogere arbeidsparticipatie op het beroep op gezondheidszorg te kunnen bepalen moeten we niet alleen nagaan welke aspecten van de gezondheid of de gezondheidsbeleving worden beïnvloed en in welke richting, maar ook of deze aspecten van invloed zijn op het beroep op gezondheidszorg. Zoals we in het volgende hoofdstuk zullen zien kunnen op basis van de bestaande inzichten slechts globale conclusies worden getrokken over de effecten van arbeidsparticipatie op de gezondheid. Een doorvertaling naar de effecten op de kosten van de gezondheidszorg heeft nog niet plaats gevonden.

2.2.2 WERKEN

Zoals we in het volgende hoofdstuk zullen zien, is er vrij veel onderzoek gedaan naar de invloed van werkloosheid op de gezondheid. Hieruit blijkt dat het verlies van een baan de gezondheid vermindert en dat blijvende werkloosheid een verder negatief effect heeft op de gezondheid. Je zou hieruit kunnen concluderen dat mensen die werk hebben beter af zijn wat betreft hun gezondheid. Maar vragen hierbij zijn:

- Is dit zo ongeacht de aard van het werk?
- Pakt werken ook op langere termijn positief uit voor de gezondheid?
- Heeft een eventueel positief effect van werken op de gezondheid primair te maken met het feit dat werken een hoger inkomen oplevert dan niet-werken, waardoor men zich een gezondere leefwijze kan veroorloven, of heeft het meer te maken met immateriële voordelen van werken?

Het is evident dat werken niet onder alle omstandigheden positief uitpakt voor de gezondheid. Bepaalde typen werk brengen risico's op ongelukken, beroepsziekten en lichamelijke slijtage met zich mee. Hierover is al het nodige bekend (zie bvb Daubas-Letourneux en Thébaud-Mony 2003, Burchell e.a. 2007). Bovendien is het onderwerp van een ander aandachtsgebied binnen het onderzoeksprogramma waarvan ons onderzoek deel uitmaakt. Daarom zullen we hieraan nauwelijks aandacht besteden. We gaan wel in op de arbeidsomstandigheden en de kwaliteit van de arbeid als factoren die mogelijk van invloed zijn op de gezondheidseffecten van werken, maar richten ons dan vooral op aspecten als autonomie en creatief gehalte van het werk.

In onze studie staan de effecten van betaald werk op de gezondheid centraal, omdat onder verhoging van de (netto-)arbeidsparticipatie wordt verstaan dat een

³ Ook in de relatie tussen gezondheid en beroep op gezondheid zijn zowel de beleving als meer objectieve indicatoren van de gezondheid van belang. Iemand kan zich gezond voelen, maar moet vanwege een chronische beperking toch blijvend onder controle blijven of toch iets onder de leden hebben, dat na detectie aanleiding is voor een medische ingreep. En iemand kan zich ongezond voelen, zonder dat er sprake is van een afwijking.

groter deel van de potentiële beroepsbevolking betaald werk gaat verrichten. Dit neemt niet weg dat wij ook aandacht besteden aan vrijwilligerswerk. De relatie tussen vrijwilligerswerk en gezondheid is om verschillende redenen van belang. Blijkt bijvoorbeeld dat vrijwilligerswerk een vergelijkbaar positief effect op de gezondheid heeft als betaald werk, dan zou dit erop kunnen wijzen dat het gezondheidseffect bij betaald werken niet zozeer te maken heeft met een hoger inkomen, maar meer met de intrinsieke of sociale aspecten van het werk. Verder zou dit tot een hogere waardering kunnen leiden voor plaatsing in vrijwilligerswerk in het re-integratiebeleid. Volgens De Beer (2001) heeft vrijwilligerswerk echter nauwelijks positieve effecten voor mensen die onvrijwillig zonder betaald werk komen.

2.3 CAUSALITEIT EN EFFECTMETING

2.3.1 DE CAUSALE RELATIE TUSSEN WERKEN EN GEZONDHEID

Hiervoor (in paragraaf 1.2) is gewezen op een tweezijdig verband tussen de arbeidsmarktsituatie (werken of niet-werken) en gezondheid, waardoor een (schijnbaar) slechtere gezondheid van werklozen niet noodzakelijk wijst op een causaal verband van arbeidsmarktpositie naar gezondheid. Eerder in dit hoofdstuk (paragraaf 2.2.1) is erop gewezen dat niet-werkenden hun gezondheidsproblemen kunnen overdrijven om zo een rechtvaardiging te geven voor het feit dat zij geen baan hebben. Het overdrijven van gezondheidsproblemen kan ook een manier zijn om in aanmerking te komen voor een (relatief hoge) arbeidsongeschiktheids-uitkering. Ook de omgeving kan hierbij een rol spelen (werkgevers die werknemers kwijt willen, de overheid die herstructurering van bedrijven mogelijk wil maken). De mate waarin dit optreedt, zal sterk afhangen van de bestaande instituties, regelgeving en handhaving.

Maar er is ook een andere, belangrijkere reden waarom een betere gezondheidssituatie van werkenden vergeleken met niet-werkenden niet hoeft te wijzen op een dergelijk causaal verband. Deze reden is dat gezondheidsproblemen kunnen leiden tot verlies van werk en het niet kunnen krijgen van een baan door mensen die zonder werk zijn. Ook is denkbaar dat mensen met een minder goede gezondheid die wel een baan kunnen krijgen, minder uitzicht hebben op een aantrekkelijke baan (het soort baan dat mogelijk juist gunstige effecten op de gezondheid heeft). Het hebben van een baan en de aard van de baan zijn dan endogeen in relatie tot de gezondheid. Anders gezegd: er treedt een selectie-effect op. Dat correctie hiervoor de uitkomsten sterk kan beïnvloeden blijkt uit een studie van Cai en Calb (2006), die we in het volgende hoofdstuk uitgebreid behandelen.

Verder is denkbaar dat de relatie tussen gezondheid en participatie mede afhangt van de mate waarin mensen hun participatie of non-participatie al dan niet als gedwongen ervaren. Raakt iemand tegen zijn zin werkloos, dan heeft dat, zoals we in het volgende hoofdstuk zullen zien, waarschijnlijk negatieve effecten op de

gezondheid. Maar stopt iemand uit eigen beweging met werken, dan treden dergelijke effecten mogelijk niet op (zie ook De Beer, 2001).

Ten slotte moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat er in het geheel geen causaal verband tussen werken en gezondheid bestaat, maar dat er andere factoren zijn die zowel van invloed zijn op het al dan niet hebben van een baan als op de gezondheid, wat de correlatie verklaart. Bij longitudinaal onderzoek kan dit worden ondervangen, aangezien dat bekeken kan worden in hoeverre een verandering in de gezondheid optreedt **nadat** een verandering in de arbeidsmarktpositie heeft plaatsgevonden ('timing of events'). Maar zelfs dan kan niet helemaal worden uitgesloten dat er niet waargenomen kenmerken van het individu zijn (denk aan karaktereigenschappen zoals ambitie, motivatie, gedrevenheid, de zogenaamde 'zachte factoren') die bijvoorbeeld zowel tot het verlies van een baan leiden als tot gedragsreacties op de werkloosheid die tot vermindering van de gezondheid leiden⁴. We hebben geen studies gevonden die dit probleem op een geheel bevredigende wijze behandelen.

2.3.2 ENDOGENITEIT VAN DEELNAME AAN RE-INTEGRATIEMAATREGELEN

Als mensen na deelname aan een re-integratiemaatregel een baan vinden, dan zegt dit weinig over het effect van de maatregel. Het is immers denkbaar dat zij ook zonder deelname een baan hadden gevonden. De kansvergroting op een baan onder invloed van deelname aan een maatregel wordt vaak aangeduid met de term netto-effectiviteit; bruto-effectiviteit is dan het vinden van een baan sec. Dat gekeken moet worden naar netto-effectiviteit is inmiddels wel algemeen bekend en aanvaard. Daarom hanteren de meeste onderzoekers wel een of andere methode om een schatting te maken van de counterfactual door deelnemers te vergelijken met niet-deelnemers. Meestal wordt daarbij ook rekening gehouden met het feit dat de baankans mede zal afhangen van kenmerken als leeftijd, geslacht en opleiding. Zo gebruiken veel studies een matching methode waarbij bij elke deelnemer een niet-deelnemer wordt gezocht die zoveel mogelijk op de deelnemer lijkt. Andere studies gebruiken econometrische methoden om voor de verschillen tussen deelnemers en niet-deelnemers te corrigeren.

Een probleem is echter dat allerlei relevante kenmerken zelden worden gemeten. Eén zo'n variabele is motivatie. Deze variabele kan zowel van invloed zijn op de kans op deelname aan de maatregel als op de baankans. Daardoor kunnen uitkomsten volledig vertekend zijn. Als we vinden dat deelnemers na deelname een grotere baankans hebben dan niet-deelnemers dan zou dit wel eens te maken kunnen hebben dat de eersten gemotiveerder zijn dan de laatsten en dat het helemaal niets te maken heeft met de maatregel. Abbring en Van den Berg (2003) hebben een methode ontwikkeld om hiervoor te corrigeren. De modellen die hierbij in de praktijk worden gehanteerd maken echter allerlei veronderstellingen

⁴ We hebben het hier dus niet over contextfactoren zoals gezinssituatie, hoogte van het inkomen etc. Dergelijke factoren kunnen gemeten en meegenomen worden in statistische analyses.

(zoals vaak de veronderstelling dat het effect constant blijft) die aanvechtbaar zijn.⁵

Al deze methoden zijn alleen betrouwbaar als onder de niet-deelnemers voldoende mensen voorkomen die ook qua niet-waargenomen kenmerken overeenkomen met de deelnemers (bij de matching methode zelfs één op één). Als beide groepen op enkele kenmerken geen of bijna geen overlap vertonen is ook de methode van Abbring en Van den Berg niet betrouwbaar. Of die overlap er al dan niet is, is natuurlijk per definitie niet bekend (het gaat immers om niet-waargenomen factoren). Maar juist bij arbeidsongeschikten is denkbaar dat de deelnemers een zeer selectieve groep vormen, doordat de instanties, gezien het lage herintredingspercentage bij arbeidsongeschikten, de meest kansrijke cliënten neigen te selecteren voor deelname aan re-integratie. Daarom kunnen vraagtekens worden gezet bij de betrouwbaarheid van niet-experimentele effectmetingen van re-integratiemaatregelen voor arbeidsongeschikten.

Experimenten waarbij een willekeurige steekproef van personen uit de doelgroep ('te re-integreren arbeidsongeschikten) op willekeurige wijze wordt verdeeld over een deelnemersgroep (die deelneemt aan een re-integratiemaatregel) en een groep niet-deelnemers, en beide groepen worden gevolgd om te bezien welk percentage een baan vindt, zijn wel betrouwbaar. Door de willekeurige toewijzing hebben beide groepen per definitie dezelfde samenstelling als de steekproef maar groot genoeg is. Helaas worden experimenten in Nederland vrijwel niet toegepast. Zoals we in hoofdstuk 4 zullen zien zijn in het buitenland wel enkele experimentele evaluaties van re-integratie van arbeidsongeschikten uitgevoerd. Aan dergelijke experimenten dient aanzienlijk meer waarde te worden gehecht dan aan de (onder andere in Nederland uitgevoerde) niet-experimentele evaluaties.

2.4 INDIRECTE- EN MACRO-ECONOMISCHE EFFECTEN

2.4.1 INTERPERSONELE EFFECTEN VAN WERKLOOSHEID EN INACTIVITEIT

Er is tamelijk veel onderzoek gedaan naar de effecten van werkloosheid op de gezondheid van de persoon die al dan niet werkloos is. Sommige studies gaan ook in op de effecten van werkloosheid (of geen werk hebben) op de gezondheid van andere gezinsleden. In de overzichtsstudie van Mathers en Schofield (1998) worden enkele studies genoemd die aangeven dat zowel partners als kinderen van werklozen een verhoogde kans op gezondheidsproblemen hebben. Dit gaat gepaard met een verhoogd beroep op de gezondheidszorg. Verder worden onder

⁵ De Koning en Peers (2007) hebben een frequentietabel opgesteld van de gevonden netto-effecten in een groot aantal studies naar de re-integratie van werklozen waarin gecorrigeerd is voor selectie-onzuiverheid. Daarbij valt de zeer grote spreiding van de gevonden effecten op. Deze is slechts voor een klein deel te verklaren uit de aard van de maatregel of de sociaal-economische situatie. Waarschijnlijk wijst dit op een grote onbetrouwbaarheid van de uitkomsten.

meer een toename van huiselijk geweld en een verhoogde scheidingskans gemeld. Waarschijnlijk vloeien de grotere gezondheidsproblemen bij gezinsleden van werklozen voor een deel voort uit sociale spanningen. Ook armoede in relatie tot werkloosheid zou een rol kunnen spelen. Dergelijke factoren kunnen verder aanleiding geven tot een ongezonde levensstijl (meer gebruik van alcohol en drugs, minder beweging), zowel bij de werkloze zelf als bij de gezinsleden, die negatieve effecten heeft op de gezondheid. Maar volgens genoemde studie bestaat er over de causale relaties op deze punten minder zekerheid.

Een ander type interpersonele effecten is meer van economische aard. Siegel (VS, 2006) merkt op dat oudere mannen een grotere kans op gezondheidsproblemen hebben dan hun partners, mede doordat deze gemiddeld genomen wat jonger zijn. Haar hypothese is dat dit invloed heeft op de arbeidsparticipatie van deze partners. Hierbij kunnen zowel substitutie- als inkomenseffecten optreden. Een inkomenseffect treedt op als slechte gezondheid bij de partner leidt tot een lager gezinsinkomen, wat leidt tot een hogere participatiekans van de vrouw. De resultaten zijn op dit punt eenduidig, althans qua teken; zij zijn significant als gezondheid wordt gemeten op basis van functiebeperkingen ('objectief'), maar niet significant als uit wordt gegaan van de zelf opgegeven gezondheid ('subjectief'). De eigen gezondheid van de vrouw heeft een significant positief effect op de participatie, ongeacht de wijze van meting van gezondheid. Hierbij is overigens geen rekening gehouden met mogelijke endogeniteit van de gezondheid van de vrouw.

Een slechte gezondheid van de man leidt ertoe dat de vrouw minder uren werkt. Dit kan worden geïnterpreteerd als een substitutie-effect: de vrouw gaat minder tijd besteden aan betaald werk en meer tijd aan de zorg van haar man. Als de vrouw zelf minder gezond is werkt zij ook minder uren.

De studie van Siegel geeft geen inzicht in het totale effect van de gezondheid van mensen op het arbeidsaanbod van hun partners. Gezondheidsproblemen leiden volgens dit onderzoek tot een hogere participatiegraad bij partners, maar tevens tot minder uren per partner van degenen met gezondheidsproblemen: het effect op het totale aantal arbeidsuren is niet bekend. Het positieve effect op de participatiegraad is een inkomenseffect: doordat de minder gezonde partner niet meer (of minder uren) werkt daalt het gezinsinkomen en de andere partner gaat werken om dit aan te vullen. Het effect op het aantal uren is een substitutie-effect: er moet meer tijd worden besteed aan zorgtaken.

2.4.2 KOSTEN EN BATEN VAN RE-INTEGRATIE

Stel dat re-integratie van werklozen, arbeidsongeschikten en zieken de gezondheid van deze personen en van personen uit hun omgeving verbetert. Wat zouden dan mogelijke afgeleide effecten hiervan kunnen zijn?

De belangrijkste positieve neveneffecten die zouden kunnen optreden zijn een minder groot beroep op de gezondheidszorg en een hogere werkgelegenheid en productie. Eventuele effecten op het beroep op de gezondheidszorg kunnen in

beginsel op dezelfde wijze worden gemeten als het effect op de herintredingskans (via een controlegroepbenadering).

Een positief netto-effect op de herintredingskans zou kunnen betekenen dat de macro-werkgelegenheid en daarmee de macro-productie toeneemt. Je zou je echter ook kunnen voorstellen dat re-integratiemaatregelen alleen de concurrentiepositie van de deelnemers ten opzichte van andere werkzoekenden verbeteren. Er treedt dan verdringing op van de andere werkzoekenden en de macro-werkgelegenheid verandert niet. Er zijn echter aanwijzingen dat dit verdringingseffect van tijdelijke aard is. Als re-integratie niet-werkenden zonder baankansen weer 'employable' maakt, dan neemt hierdoor het totale (effectieve) arbeidsaanbod toe. Bij een voldoende flexibele arbeidsmarkt zal dit, eventueel met enige vertraging leiden tot een toename van de werkgelegenheid.⁶ De effecten op de macro-economische ontwikkeling zullen overigens moeilijk te meten zijn.

Tegenover eventuele besparingen op de gezondheidszorg en (na correctie voor verdringing) een hogere werkgelegenheid en productie staan de kosten van de maatregelen.

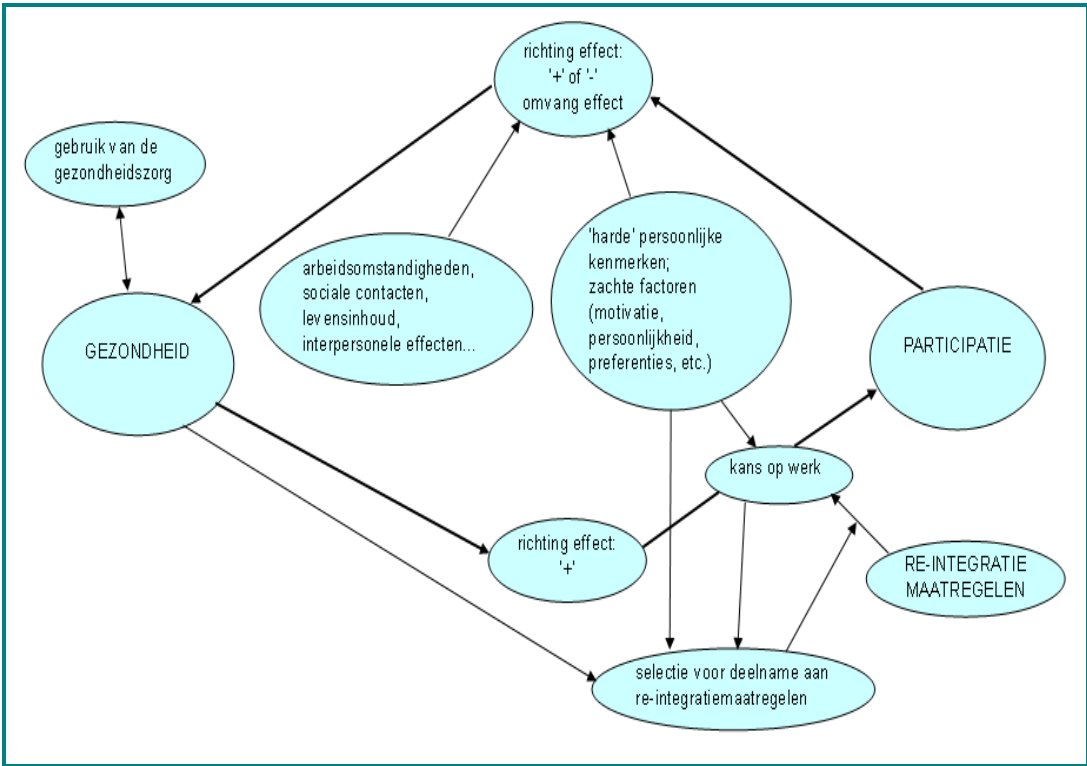
2.5 SCHEMATISCH OVERZICHT

In figuur 2.1 zijn de belangrijkste hypothesen over de samenhang tussen gezondheid en participatie samengevat. In het schema is enerzijds te zien dat participatie de gezondheid beïnvloedt. De grootte en mogelijk ook de richting van dit effect wordt bepaald door kenmerken van de baan (arbeidsomstandigheden, inhoud van de baan, beloning en sociale contacten als gevolg van de baan), de persoonlijke omstandigheden en persoonlijke kenmerken (waaronder zowel 'harde' factoren zoals leeftijd en opleiding als 'zachte' factoren zoals preferenties).

De gezondheid beïnvloedt op zijn beurt de arbeidsparticipatie: mensen met een slechte gezondheid hebben minder kans op een baan. Re-integratiemaatregelen kunnen de kans op een baan voor deze mensen vergroten.

⁶ De gedachte dat de totale werkgelegenheid gegeven is lag ook ten grondslag aan de maatregelen voor vervroegde uittreding uit de tijd dat de werkloosheid in Nederland hoog was. Men dacht op die manier de baankansen voor jongeren te verbeteren. De Koning, Layard, Nickell en Westergard (2004) laten echter zien een lage arbeidsparticipatie in een land niet gepaard gaat met een lage werkloosheid; eerder het omgekeerde is het geval. Aanbodbeperking is dus geen goede strategie om de werkloosheid te verminderen, maar leidt tot inkrimping van werkgelegenheid.

Figuur 2.1 Conceptueel kader van het onderzoek



Bron: SEOR, 2008

3 DE EFFECTEN VAN WERKEN OP DE GEZONDHEID: OVERZICHT VAN EMPIRISCHE STUDIES

3.1 HEEFT WERKEN EEN POSITIEF EFFECT OP DE GEZONDHEID?

Het effect van baanverlies op de gezondheid

De meeste studies wijzen uit dat verlies van werk een negatief effect heeft op de gezondheid. Zowel een overzichtsstudie van de literatuur vóór 1998 (Mathers, C.D., D.J. Schofield (1998), met een accent op Groot-Brittannië) als een recente overzichtsstudie (McKee-Ryan e.a. (2005), met een accent op Amerikaanse studies) komen tot deze conclusie. Mathers en Schofield vinden negatieve effecten van verlies van werk op zowel de lichamelijke als de mentale gezondheid; McKee-Ryan alleen een effect op de mentale gezondheid.

Een beperking van de meeste studies is dat zij geen rekening houden met de mogelijkheid dat een slechte gezondheid oorzaak kan zijn voor werkloosheid. Aannemelijk is dat bij deze groep ook de *ontwikkeling* van de gezondheid ongunstiger zal zijn dan bij degenen die in de uitgangssituatie een goede gezondheid hebben. Een minder gunstige ontwikkeling van de gezondheid na werkverlies hoeft dus geen gevolg te zijn van dit verlies. Een longitudinale onderzoeksopzet lost dit probleem niet zonder meer op.⁷ De studies die rekening houden met dit probleem doen dit meestal door ook analyses uit te voeren waarbij mensen die niet meer werken vanwege hun gezondheid zijn weggelaten. Een recente studie waarin deze methode wordt toegepast is Burgard e.a. (2007), die zowel het effect op de lichamelijke als de mentale gezondheid onderzoeken. Na weglating van de individuen die niet meer werken door hun gezondheid, is het gevonden effect van verlies van werk op de gezondheid kleiner. Het effect op de mentale gezondheid is nog steeds significant, maar dat op de lichamelijke gezondheid niet meer.

Weglaten van individuen die niet meer werken vanwege hun gezondheid lijkt geen ideale methode om te corrigeren voor het selectie-effect. Vaak is onduidelijk op basis van welke criteria individuen in deze groep worden ingedeeld.⁸

⁷ In de literatuur wordt gewezen op een potentiële bron van selectie-onzuiverheid bij longitudinale studies, namelijk selectieve uitval. Mensen die geen verslechtering in hun gezondheid ervaren zijn wellicht minder gemotiveerd om herhaaldelijk aan enquêtes mee te doen (Graetz, 1993). Of mensen die wel een verslechtering ervaren zien deze enquêtes mogelijk als een uitlaatklep. Overigens zijn statistische methoden beschikbaar om voor dergelijke 'attrition' te corrigeren.

⁸ Of iemand niet werkt vanwege een slechte gezondheid is niet zonder meer vast te stellen. Ook als mensen dit zelf aangeven, blijft dit subjectief. De enige betrouwbare methode is een simultaan

Lindeboom, Portrait en Van den Berg (2002) pakken het probleem op een andere manier aan, namelijk door toepassing van paneldatatechnieken. Hun onderzoek richt zich niet specifiek op de invloed van baanverlies op gezondheid, maar meer in het algemeen op de invloed van ingrijpende gebeurtenissen in iemands leven op de mentale gezondheid. Verlies van baan is één van deze ingrijpende gebeurtenissen. Het effect hiervan blijkt niet significant te zijn. Dit geldt zowel voor de emotionele als de cognitieve mentale gezondheid.

Al met al zijn er veel studies die uitwijzen dat baanverlies een negatief effect heeft op de gezondheid. Maar op de meeste studies is methodologisch gezien wel het nodige aan te merken. Er zijn aanwijzingen dat toepassing van betere methoden geringere effecten oplevert. Het bewijs voor een effect van baanverlies op de mentale gezondheid is het grootst.

Effecten van herintreding

De literatuurinventarisatie van McKee-Ryan e.a. omvat verder 15 studies waarin is nagegaan wat er met de gezondheid van werklozen gebeurde nadat zij werk hadden gevonden. Hieruit blijkt over het algemeen een significant positief effect op zowel de mentale als de lichamelijke gezondheid. Wel waarschuwen de auteurs voor de geringe steekproefomvang bij veel studies. Deze waarschuwing betreft vooral het effect op de lichamelijke gezondheid.

Waddell en Burton (2006) komen in hun literatuurstudie ook tot de conclusie dat werkhervatting tot een verbetering van de algemene en de mentale gezondheid leidt. Het is echter niet duidelijk op basis van welke criteria ze onderzoeken geselecteerd hebben voor hun studie. Verder gaan zij niet in op de in deze onderzoeken gehanteerde methodologie.

Ook in onderzoek naar de effectiviteit van re-integratie na ziekte of arbeidsongeschiktheid worden aanwijzingen gevonden dat werkhervatting positieve effecten heeft op de gezondheid en welzijn van re-integratiecliënten (De Rijk e.a. 2002, Kok e.a. 2006).

Bij de hier genoemde studies past echter dezelfde kanttekening als bij de eerder behandelde studies: mensen met een betere gezondheid vinden waarschijnlijk eerder werk en bij hen is mogelijk ook de ontwikkeling van de gezondheid gunstiger. Als hiermee geen rekening wordt gehouden, wordt het effect van werk vinden op de gezondheid waarschijnlijk overschat.

model waarbij zowel het effect van werken op de gezondheid als het effect van gezondheid op het al dan niet hebben van een baan worden gemodelleerd.

Vergelijking tussen werkenden en niet-werkenden op basis van dwarsdoorsnedengegevens

De meeste studies maken een vergelijking tussen werkenden en niet-werkenden op basis van dwarsdoorsnedengegevens. McKee-Ryan e.a. noemen 52 van dergelijke studies. Over het algemeen komt uit deze studies naar voren dat (ook na correctie voor individuele kenmerken) zowel de mentale als de lichamelijke gezondheid bij werkenden beter is als bij niet-werkenden. Het verband is het meest overtuigend bij mentale gezondheid. Waddell en Burton (2006) vinden in hun literatuurstudie dat werkloosheid tot een hogere sterftekans, een slechtere algemene en een slechtere mentale gezondheid leidt.

Het selectie- of endogeniteitsprobleem speelt bij deze studies nog sterker dan bij de eerder behandelde longitudinale studies. Het is aannemelijk dat de gezondheid medebepalend is voor het al dan niet hebben van werk. Er kan dus alleen een zuiver beeld worden verkregen van de relatie tussen werken/niet werken en gezondheid door in principe uit te gaan van een tweezijdige relatie. Studies die zowel het effect van werken op de gezondheid als het omgekeerde effect onderzoeken door middel van een simultaan model vinden lang niet altijd een significant effect van werken op de gezondheid. Cai en Calb (2006) schatten een dergelijk simultaan model. Behalve met wederzijdse beïnvloeding tussen gezondheid en werken, houden ze ook rekening met niet-waargenomen factoren die op beide van invloed zijn.⁹ Alleen voor vrouwen tussen 50 en 65 jaar vinden zij een significant positief effect van arbeidsparticipatie op gezondheid; bij mannen jonger dan 50 jaar is het effect zelfs significant negatief. Ze verwijzen naar een oudere studie van Stern (1989) waarin ook een negatief effect van werken op gezondheid wordt gevonden.

Het is van belang hierbij op te merken dat bij Cai en Calb het partiële effect tussen gezondheid en participatie sterk positief is. Hun resultaten geven derhalve aan dat enkelvoudige modellen, waarbij gezondheid afhankelijk wordt gesteld van werken en een aantal controlevariabelen waarschijnlijk vertekende resultaten geven.

Ook Hamilton e.a. (1997) schatten een simultaan model om de wederzijdse relatie tussen werk en mentale gezondheid te beschrijven. Ze stellen vast dat de relatie endogeen is, zodat een OLS¹⁰ model de invloed van werk op de mentale gezondheid overschat. Maar na rekening te hebben gehouden met een simultaan verband, vinden zij nog steeds dat werken tot een verbetering van de mentale gezondheid leidt. Het feit dat zij een duidelijker effect vinden dan Cai en Calb heeft er mogelijk mee te maken dat zij, in tegenstelling tot Cai en Calb, geen

⁹ Cai en Calb onderzoeken het verband tussen arbeidsparticipatie en gezondheid. Hoewel zij in hun tekst arbeidsparticipatie met werken associëren, wordt niet helemaal duidelijk hoe werklozen gerubriceerd zijn. Als werklozen tot de participierenden zijn gerekend, vertekent dit mogelijk de resultaten.

¹⁰ OLS staat voor Ordinary Least Squares.

rekening houden met niet-waargenomen factoren die zowel van invloed zijn op de gezondheid als op het al dan niet hebben van betaald werk.

Eén van de factoren waar de meeste studies geen rekening mee houden betreft de preferenties van mensen. Er blijkt een groot verschil in gezondheid te zijn tussen onvrijwillig niet-werkenden en mensen die ervoor kiezen om geen betaalde arbeid te verrichten (zoals huisvrouwen en studenten). Het verschil in gezondheid en welzijn tussen werkenden en vrijwillig niet-werkenden blijkt niet groot te zijn. Sommige groepen vrijwillig niet-werkenden (in het bijzonder vervroegd gepensioneerden hebben zelfs een hoger (vooral subjectief) welzijn (De Beer 2001).

Ook vrijwilligerswerk maakt de vergelijking tussen de gezondheid van werkenden en niet-werkenden moeilijker. Zo plaatsen van Campen e.a. (2007) in een studie naar werk en geluk van personen met een chronische ziekte en langdurige lichamelijke beperkingen, betaald werk en vrijwilligerswerk samen in de categorie 'werk'. Er is dan nauwelijks een verschil in de hoogte van de percentages tevredenheid met hun leven tussen beide groepen.

De Beer (2001) vindt dat vrijwilligerswerk het verschil in subjectief welzijn tussen werkenden en niet-werkenden sterk reduceert. Alleen bij werklozen en arbeidsongeschikten blijkt vrijwilligerswerk weinig aan het welzijn bij te dragen. Maar huisvrouwen en overige niet-werkenden die vrijwilligerswerk verrichten zijn zelf meer tevreden met hun leven dan personen met betaald werk. Hier komt het verschil tussen vrijwillig en onvrijwillig niet-werken weer naar voren: alleen voor mensen die niet (meer) naar een betaalde baan streven kan vrijwilligerswerk een compensatie bieden. Helaas wordt het verband met de gezondheid zelf niet onderzocht. Maar De Beer onderstreept ook hier de mogelijkheid van endogeniteit: het zou kunnen zijn dat juist mensen die 'goed in hun vel zitten' meer vrijwilligerswerk verrichten en dat de effecten van vrijwilligerswerk dus overschat worden.

3.2 WELKE FACTOREN SPELEN EEN ROL IN DE RELATIE TUSSEN WERKEN/NIET WERKEN EN GEZONDHEID

Als na correctie voor alle andere factoren mensen die werken gezonder zijn dan mensen die niet werken, waardoor komt dit dan? Maakt werken mensen gezonder of maakt niet-werken mensen ongezonder? Voor beide mogelijkheden bestaan aanwijzingen.

Psychosociale factoren

Er zijn nogal wat studies die uitwijzen dat werkloosheid leidt tot een minder gezonde levensstijl. Dit komt dan bijvoorbeeld tot uiting in een groter gebruik van alcohol en drugs (bijvoorbeeld Dooley en Prause 2004). Wat precies de achtergrond van de gedragsverandering is, is onzeker. Waarschijnlijk heeft het in

elk geval voor een deel te maken met het feit dat niet-werkenden maatschappelijk een lagere status hebben dan werkenden. Als men zonder werk is, kan ook een gemis aan een dagstructuur, een dagindeling met doelloosheid en verveling als gevolg, een rol spelen.

McKee-Ryan e.a. onderscheiden verschillende mogelijke 'drivers' voor het verband tussen werkloosheid en gezondheid, waarvan een aantal met de sociale en psychologische situatie van werklozen te maken heeft:

- de algemene werkloosheidssituatie. De hypothese is dat als de werkloosheid hoog is, mensen zich individueel minder schuldig voelen als zij werkloos worden, waardoor de gezondheidseffecten kleiner zijn;
- de duur van de werkloosheid. A priori valt te verwachten dat gezondheidseffecten vooral optreden bij langdurige werkloosheid;

Uitgaande van onderzoeksresultaten uit 77 studies, gaan McKee-Ryan e.a. via een meta-analyse na of het gevonden effect in een studie afhangt van deze 'drivers'. Het aantal studies is echter te klein om harde statistische conclusies te trekken, ook al omdat niet alle gegevens voor elke studie beschikbaar zijn. De resultaten wijzen uit dat de werkloosheidssituatie geen rol speelt, maar dat langdurige werkloosheid wel een duidelijke 'driver' is.

Werk is namelijk sterk verbonden met de vervulling van bepaalde 'psychosocial functions'. Uit onderzoek naar het effect van werk op gezondheid en welzijn van mensen met chronische mentale gezondheidsproblemen blijkt dat werk het meest geschikt is om een aantal psychosociale functies te vervullen, zoals het hebben van zelfvertrouwen, een dagstructuur en sociale contacten. Werk blijkt deze functies beter te kunnen vervullen dan andere aspecten van het leven van de respondenten (Goodwin en Kennedy, 2001). Bij kortdurige werkloosheid zullen de effecten op deze functies beperkt zijn, maar als de werkloosheid van langduriger aard is zullen de gevolgen groter zijn.

Dat sociale en inhoudelijke aspecten van het werk positieve effecten hebben op het welzijn komt ook naar voren uit een studie van De Beer (2001). Hij corrigeert in zijn analyse van de relatie tussen werk en welzijn namelijk voor de invloed van de inkomenshoogte (die overigens van relatief weinig belang blijkt te zijn). Hij meet niet de effecten op de gezondheid.

Inkomen

Werkloosheid gaat meestal samen met een vermindering van het inkomen wat tot financiële problemen kan leiden. Deze zouden dan een van de oorzaken kunnen zijn van de slechtere gezondheid van werklozen. Uit een aantal studies komt een positieve correlatie naar voren tussen de hoogte van het inkomen en de gezondheid (Olafsdottir (2007), Kim en Durden (2007) en Lorgelly en Lindley (2008)). Maar dit hoeft niet te wijzen op een causaal verband van inkomen naar

gezondheid. Het is ook denkbaar dat minder gezonde mensen minder verdienen (bijvoorbeeld omdat zij een kleinere kans op een baan hebben). Benzeval en Judge (2001) proberen dit probleem op te lossen door met longitudinale gegevens te werken en de ontwikkeling van gezondheid en inkomen over de tijd te volgen. Ze concluderen dat een laag inkomen bijdraagt tot een slechte gezondheid.

In deze studies wordt het al dan niet hebben van een baan niet als aparte variabele meegenomen. Omdat werkenden gemiddeld genomen een hoger inkomen zullen hebben dan niet-werkenden, zou de correlatie tussen inkomen en gezondheid daarom een schijnverband kunnen zijn. Stel bijvoorbeeld dat uitsluitend sociale en inhoudelijke aspecten van betaald werken een positief effect hebben op de gezondheid en dat inkomen geen effect heeft. Omdat een werkende veelal een hoger inkomen zal hebben dan een niet-werkende, zal er dan ook een positieve correlatie zijn tussen inkomen en gezondheid zonder dat er sprake is van een causaal verband.

Olivius e.a. (2004) onderzoeken het verband tussen financiële problemen binnen het gezin en de subjectieve gezondheid van Zweedse ouders, maar houden hierbij ook rekening met het al dan niet hebben van werk. Als hiermee rekening wordt gehouden blijken financiële problemen nog steeds van invloed te zijn op de gezondheid. Dit wijst erop dat het inkomen ook een zelfstandige betekenis heeft voor de gezondheid. In deze studie wordt geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat er ook een causaal verband loopt van gezondheid naar werkloosheid en inkomen (het eerder genoemde selectiviteitsprobleem).

In de eerder behandelde meta-analyse van McKee-Ryan e.a. wordt ook de invloed van de uitkeringshoogte als mogelijke ‘driver’ onderzocht. De getoetste hypothese is dat een hogere uitkering tot een gunstigere inkomenssituatie leidt en daarmee tot minder gezondheidsproblemen bij werkloosheid. Uit de uitgevoerde analyse wordt geconcludeerd dat het gevonden verband wel het verwachte teken heeft, maar net niet significant is.

Dooley en Prause vinden dat armoede geen invloed heeft op de mentale gezondheid van ‘underemployed’. Dit kan er echter mee te maken hebben dat ze in de categorie ‘underemployed’ zowel werklozen als ook mensen in ‘inadequate employment’ opnemen, en veronderstellen dat dezelfde factoren een rol spelen op hun gezondheid.

Rodriguez e.a. (2001) stellen vast dat werkloze vrouwen in de VS minder depressief zijn als ze een werkloosheidsuitkering ontvangen dan als ze van de bijstand moeten leven. Omdat werkloosheidsuitkeringen hoger zijn dan bijstandsuitkering zou dit erop kunnen wijzen dat de hoogte van het inkomen van invloed is op de mentale gezondheid. Maar harde conclusies kunnen hieruit niet worden getrokken, omdat er tussen werklozen en bijstandsgerechtigden ook andere verschillen kunnen zijn.

Inhoud van het werk en de arbeidsomstandigheden

De effecten van werken op de gezondheid hangen ook in sterke mate samen met het soort werk dat men verricht. Platt e.a. (1999) noemen in een literatuuroverzicht een studie die aantoont dat werkhervatting in een baan van slechte kwaliteit er voor sommige groepen toe leidt dat de gezondheid verslechtert ten opzichte van de situatie waarin men werkloos was. Met name voor jongeren hangen de effecten van werken vs. werkloosheid op de mentale gezondheid sterk samen met de kwaliteit van het werk (Graetz, 1993).

In deze studies wordt de kwaliteit van werken als globale maatstaf gezien. De meeste onderzoeken onderscheiden verschillende aspecten van de inhoud van het werk en de arbeidsomstandigheden. Deze blijken niet allemaal hetzelfde effect te hebben. Hieronder behandelen we de verschillende studies.

Mirowsky en Ross (2007) vinden dat autonomie en beroep op creativiteit beide een positief effect op de gezondheid hebben. Zij maken in hun onderzoek gebruik van gegevens over werkenden en niet-werkenden. Het criterium bij het onderscheid tussen werkenden en niet-werkenden is het hebben van betaald werk. Een groot deel van de niet-werkenden in hun steekproef verricht vrijwilligerswerk. Zij meten de autonomie en het beroep op creativiteit in de hoofdactiviteit zowel bij werkenden als niet-werkenden. Hieruit blijkt dat bij werkenden de autonomie geringer is dan in de hoofdactiviteit van niet-werkenden. Voor het beroep op creativiteit ligt dit juist andersom. Naarmate de opleiding hoger is, is bij werkenden zowel de autonomie als het beroep op creativiteit groter.

Uit de analyses blijkt dat autonomie en beroep op creativiteit beide een positief effect hebben op de gezondheid, maar dat laatstgenoemde factor een duidelijk groter effect heeft dan autonomie. Dit verklaart dan in belangrijke mate waarom werken gezonder is dan niet-werken. Als autonomie en creativiteit opgenomen worden in de analyse is de coëfficiënt van de variabele werken/niet-werken aanzienlijk kleiner dan als deze variabelen weggelaten worden, al heeft werken/niet werken dan nog steeds een significant positief effect. Hierbij is gecorrigeerd voor allerlei andere factoren zoals leeftijd, opleidingsniveau, inkomen van het huishouden, huwelijkse staat, kenmerken van het werk, e.d. De gezondheidsvariabele is geconstrueerd uit verschillende indicatoren en betreft zowel de mentale als de lichamelijke gezondheid. Verder zijn zowel subjectieve als objectieve indicatoren meegenomen.

Omdat de respondenten twee maal zijn ondervraagd, kon ook een analyse in veranderingen worden uitgevoerd. Deze leidt grotendeels tot dezelfde uitkomsten. Het belangrijkste verschil is dat hierbij autonomie geen significant effect meer blijkt te hebben (beroep op creativiteit wel). Ook het weglaten van waarnemingen die mensen betreffen die om gezondheidsredenen niet (meer) werken leidt niet tot andere (hoofd-) conclusies.

Mirowsky en Ross vinden (afgezien van autonomie, dat ook als een aspect van de arbeidsomstandigheden kan worden gezien) geen relatie tussen gezondheid en arbeidsomstandigheden. Mogelijk komt dit doordat zij de arbeidsomstandigheden op tamelijk globale wijze meten. Zo worden hard werk en gevaarlijk werk onder één noemer gebracht. Zij verwijzen naar studies waaruit wel een relatie tussen arbeidsomstandigheden en gezondheid naar voren komt (Mortimer en Sorensen, 1984, en Stellman en Daum, 1973). Ook noemen zij een aantal studies waarin een verband is gelegd tussen de autonomie van werknemers (de mate van zelfcontrole over de werkzaamheden) en de gezondheid (bijvoorbeeld Karasek en Theoroll, 1990, en Marmot e.a., 1998). Veel van deze studies maken gebruik van het demands-control-model van Karasek (1979). Dit model stelt dat taakeisen en regelmogelijkheden de twee centrale kenmerken van een werksituatie zijn, die werkstress bij werknemers verklaren.

In een andere recente studie (Wickrama e.a., 2005) zijn bijna 700 werkzame mannen en vrouwen gedurende 10 jaar gevolgd. Ook hierin wordt gevonden dat controle over het werk een positief effect heeft op de gezondheid, maar de resultaten zijn minder uitgesproken als bij Mirowsky en Ross. Alleen bij mannen wordt een direct effect gevonden; bij vrouwen is er een indirect effect doordat bij meer controle over het werk zij stressvolle gebeurtenissen in de privésfeer beter kunnen opvangen.

Ook een aantal andere studies concluderen dat geringere autonomie in het werk de gezondheid negatief beïnvloedt of dat meer autonomie de gezondheid verbetert. Burchell e.a. (2007) tonen op basis van de European Working Conditions Survey aan dat snel moeten werken, korte tijdslimieten en multi-pele invloedfactoren op het ritme van het werk tot een negatieve invloed van werk op de gezondheid leiden. Nielsen e.a. (2002) concluderen uit een onderzoek over psychosociale aanpassingen van werkplekken in Denemarken dat psychologische eisen, het kunnen voorspellen van werk, en het gevoel dat werk zinvol is, de sterkste correlaties hebben met indicatoren van gezondheid en welzijn. De Lange (2005) komt tot de conclusie dat door een reductie van taakeisen en verhoging van sturingsmogelijkheden en sociale steun de mentale gezondheid van werknemers verbetert, en dat de meeste klachten te vinden zijn bij mensen die in banen met veel spanning werken. Maar ze toont ook aan dat er een tweezijdig verband bestaat tussen werkkenmerken en indicatoren van mentale gezondheid. Ze vindt de beste fit voor een model dat een tweezijdig verband tussen werkkenmerken en gezondheid beschrijft. Mentale gezondheid heeft dus ook zelf een positief effect op taakeisen en sturingsmogelijkheden. Alle eerder genoemde studies overschatten dus mogelijk de invloed van werkdruk en controlemogelijkheden op de gezondheid.

Overigens zijn er ook studies die geen verband vinden met autonomie of daaraan gerelateerde aspecten. Uit een studie van Marchand e.a. (2006) blijkt dat autonomie juist leidt tot gezondheidsklachten, mogelijk doordat het gepaard gaat met meer stress. Wel vermindert sociale steun de klachten. Taris e.a. (2008) vinden dat meer taakeisen tot meer uitputting en minder tevredenheid met het werk leiden, en dat regelmogelijkheden een positief effect hebben op

tevredenheid, maar geen effect op uitputting (en waarschijnlijk dus ook niet op de gezondheid). Platt e.a. (1999) concluderen uit een literatuuroverzicht dat hoge taakeisen gecombineerd met hoge autonomie alleen positieve effecten heeft voor mensen met een hoge 'self-efficacy', i.e. mensen die hun werk goed zelf kunnen en willen organiseren en een goed zelfvertrouwen hebben. In combinatie met de resultaten van De Lange zou dit kunnen betekenen dat autonomie alleen een positief effect op de gezondheid heeft bij mensen die in staat zijn hun werk goed te organiseren. Bij gezonde mensen zal dit vermogen groter zijn dan bij minder gezonde mensen.

Schieman, Kurashima en Whitestone (2006) onderzoeken de invloed van kenmerken van het werk en de arbeidsomstandigheden op de spanning tussen het werk en zorgtaken thuis. Zij vinden dat deze spanning groter is naarmate het werk op een hoger niveau ligt en meer verantwoordelijkheid impliceert. Maar het daadwerkelijke effect op de gezondheid meten zij niet. Bakker en Geurts (2004) vinden ook dat een hoge werkdruk tot negatieve 'work-home interference' leidt, wat met gevoelens van uitputting samenhangt. Maar meer autonomie, feedback en mogelijkheden voor ontwikkelingen op het werk hebben daarentegen meer positieve 'work-home interference' als gevolg. Wat de invloed van 'work-home interference' op de gezondheid betreft, vinden Demerouti en Geurts (2004) dat negatieve interacties met een slechtere psychologische gezondheid samenhangen terwijl positieve interacties tot een betere gezondheid leiden.

Werktijden zijn ook een belangrijke factor in de relatie tussen werken en gezondheid. Burchell e.a. (2007) vinden dat meer dan 20 uur werk in een week, en met name meer dan 48 uur, de kans vergroot dat werken negatieve effecten heeft op de gezondheid. Hetzelfde geldt voor werken in niet-reguliere werkuren (avond, weekeind). Ze stellen ook vast dat de negatieve effecten van werk op de gezondheid minder, of minder sterk optreden bij mensen die part-time werken. Weel (2008) rapporteert over een literatuuroverzicht dat concludeert dat overwerk en lange werkdagen het risico op een reeks van aandoeningen vergroten en dat ook ploegendienst en onregelmatige werktijden een negatief effect op de gezondheid hebben. Platt e.a. (1999) vinden dat overuren tot een hogere bloeddruk leiden. Korver e.a. (2004) concluderen uit een literatuurscan dat onregelmatige werkuren negatieve gezondheidseffecten hebben. Part-time werken en flexibele werktijden blijken op zich geen significante invloed te hebben, maar de mogelijkheid om net zo veel uren te werken als men wenst heeft wel een positief effect op het welzijn van werknemers. Een aantal andere studies onderstreept dat de mogelijkheid van werknemers om de eigen werktijden te kunnen bepalen en/of aan te passen belangrijker is dan de werktijden op zich (Weel 2008, Waddell en Burton 2006, WRR 2000).

Andere studies onderzoeken het verband tussen 'job insecurity' en gezondheid. Wat de invloed van de contractvorm betreft concluderen Burnay e.a. (2005) dat de kans op mentale gezondheidsproblemen groter is bij mensen met een tijdelijke baan of een baan waarvan de duurzaamheid onzeker is. D'Souza e.a. (2006) vinden dat deze baanonzekerheid een significant verband heeft met langdurig ziekteverzuim. Ze berekenen dat depressie en angst 30 procent van het verband

tussen baanonzekerheid en langdurig verzuim verklaren. Platt e.a. (1999) stellen in een literatuuroverzicht vast dat baanonzekerheid tot een slechtere subjectieve fysieke gezondheid leidt, tot toename van bepaalde objectieve symptomen, en tot een slechtere emotionele gezondheid. Deze effecten zijn sterker naarmate de werknemer een geringere controle heeft op zijn werk en weinig sociale steun op de werkplek krijgt. Marchand e.a. (2006) vinden ook dat baanonzekerheid tot een slechtere psychologische gezondheid leidt. Hier kan echter ook van endogeniteit sprake zijn, namelijk als mensen met een slechtere gezondheid minder goede contracten kunnen krijgen. Met dit punt wordt in de studies geen rekening gehouden.

Specifieke werkomstandigheden (zoals het werken met giftige materialen, langdurige zware fysieke belasting) kunnen ernstige negatieve gevolgen hebben voor de lichamelijke gezondheid. Alleen daarom al kan niet in zijn algemeenheid worden gesteld dat werken gezond is. Twee studies van de European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions meten de mate waarin Europese werknemers onder zulke voorwaarden moeten werken en wat de effecten op hun gezondheid is (Daubas-Letourneux en Thébaud-Mony 2003, Burchell e.a. 2007). De rol van beroepsziekten e.d. valt echter buiten het kader van dit onderzoek.

3.3 HOE LIGT DE RELATIE VOOR VERSCHILLENDE GROEPEN?

Leeftijdsgroepen

De hypothese van McKee-Ryan e.a. is dat de negatieve effecten van werkloosheid voor schoolverlaters groter zijn dan voor mensen die al eerder hebben gewerkt. Het onderscheid tussen schoolverlaters en mensen met werkervaring komt ruwweg overeen met het onderscheid jongeren-volwassenen. De gedachte achter de hypothese is dat schoolverlaters nog geen beroepsidentiteit hebben kunnen ontwikkelen en daardoor als het ware minder houvast hebben. Veel mensen met werkervaring zullen op grond van hun beroepsidentiteit vertrouwen hebben om weer aan het werk te komen. Deze hypothese wordt bevestigd in hun meta-analyse. Het gaat hierbij om effecten op de mentale gezondheid. Wat betreft de fysieke gezondheid ligt dit waarschijnlijk anders. Waddell en Burton (2006) concluderen uit een ander literatuuroverzicht dat het effect van werkloosheid op de fysieke gezondheid van jongeren (onder 25) *kleiner* is dan voor volwassenen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat jongeren in het algemeen gezonder zijn dan volwassenen. Waddell en Burton vinden overigens in tegenstelling tot McKee-Ryan bij jongeren ook een geringer effect op de mentale gezondheid. Wel nuanceren zij deze bevinding door op te merken dat veel afhangt van de sociale context waarin jongeren leven.

Er zijn niet veel studies waarin de effecten binnen de groep volwassenen naar leeftijd worden gedifferentieerd. Vooral bij ouderen kun je je voorstellen dat het werk zelfs een negatief effect heeft op de gezondheid, omdat ouderen gemiddeld

een zwakkere gezondheid hebben en dus werkdruk minder goed kunnen opvangen. Maar bij dergelijke studies moeten enkele kanttekeningen worden gemaakt:

- indien bij oudere werknemers het werk gezondheidsklachten veroorzaakt is het logisch dat stoppen met werken geen negatieve effecten heeft op de gezondheid maar eerder positieve;
- bij ouderen is het niet-werken vaak niet gedwongen, maar een eigen keuze. In het verleden bestonden financieel gunstige regelingen bij vervroegde uittreding. Bij mensen die zelf kiezen voor vrije tijd in plaats van werken, zal het effect van niet-werken op de gezondheid waarschijnlijk minder negatief zijn dan bij mensen met gedwongen baanverlies (of zelfs positief) (De Beer 2001).

De weinige beschikbare empirische studies geven echter geen duidelijk beeld.

Burnay e.a. (2005) vinden dat de kans op mentale problemen groter is voor werklozen onder de 50 jaar en aanzienlijk kleiner voor werklozen en vervroegd uitgetreden die ouder zijn dan 50 jaar. Lindeboom e.a. (2002) vinden geen significant effect van baanverlies op de mentale gezondheid van personen van 55 jaar of ouder. Waddell en Burton (2006) concluderen ook dat de negatieve effecten van werkloosheid op de gezondheid het sterkst zijn voor mensen tussen 25 en 50 jaar. Wat ouderen betreft vinden ze dat werken niet schadelijk voor de gezondheid is, maar ze merken op dat dit door een mogelijk selectie-effect zou kunnen komen. De effecten van vervroegde uittreding hangen veel af van de omstandigheden: of de uittreding vrijwillig was en wat de financiële gevolgen hiervan zijn.

Platt e.a. (1999) vinden in een literatuuroverzicht geen aanwijzingen dat vervroegde uittreding een negatief effect op fysieke of mentale gezondheid heeft. Ze stellen echter vast dat diegenen die vanwege hun slechte gezondheid vervroegd uittreden, minder tevreden zijn met hun uittreding.

McMahan en Phillips (2000) komen tot de conclusie dat werkende ouderen gezonder zijn dan gepensioneerden: ze zijn minder depressief en hebben meer energie en activiteiten. In deze studie wordt echter geen rekening gehouden met mogelijke selectie.

Neuman (2008) gaat nauwkeuriger op de effecten van uittreding op de gezondheid van ouderen in. Als men naar de gemiddelde gezondheid van gepensioneerde en werkende ouderen kijkt, lijkt uittreding een negatief effect op de gezondheid te hebben. Neuman toont echter aan dat dit effect met endogeniteit samenhangt: minder gezonde mensen houden eerder op met werken dan gezonde. Hij gebruikt instrumentele variabelen en vindt dat uittreding een positief effect op de subjectieve gezondheid heeft, maar geen significant effect op objectieve indicatoren. Hij concludeert dat er ten minste sterke aanwijzingen bestaan tegen

het idee dat uittreding slecht is voor de gezondheid. Bovendien berekent hij dat een reducering van het aantal gewerkte uren ook bijdraagt aan het in een goede gezondheid houden van oudere mensen. Het effect op de gezondheid blijkt dus niet door uittreding op zich te komen. Aanpassing van de werkuren lijkt een mogelijkheid te zijn om mensen zowel aan het werk als gezond te houden.

Een andere mogelijke oplossing om oudere werknemers in goede gezondheid te houden is een aanpassing van de werktaken. Josten en Schalk (2005) onderzoeken de effecten van demotie bij ouderen. Ze stellen vast dat oudere werknemers die een demotie meemaken meer gezondheidsproblemen voorafgaand aan de demotie hadden dan ouderen die in hun functie konden blijven, maar dat de demotie deze gezondheidsproblemen niet kon verminderen. Bovendien daalde de tevredenheid van oudere werknemers met hun werk na de demotie.

Mannen en vrouwen

Doordat vrouwen een meer dan evenredig deel van de zorgtaken thuis voor hun rekening nemen, is, als zij werken, bij hen de spanning tussen werken en de zorgtaken groter dan bij mannen. Dit zou kunnen betekenen dat de gezondheidseffecten van werken voor vrouwen minder positief zijn dan voor mannen.

Werken in deeltijd is een mogelijkheid om genoemde spanning te verminderen. Maar deeltijdarbeid geeft minder uitzicht op werk met een hoge mate van autonomie en een hoog intellectueel en creatief gehalte. Zoals we eerder hebben gezien zijn dit nu juist belangrijke 'drivers' voor het positieve effect van werken op de gezondheid. Dus ook als door werken in deeltijd de stressfactor minder groot is, is er aanleiding om aan te nemen dat bij vrouwen werken minder gunstig uitpakt voor de gezondheid dan bij mannen.

Burchell e.a. (2007) vinden dat de negatieve effecten van werken op de gezondheid sterker zijn voor vrouwen die naast hun baan regelmatig onbetaald werk thuis verrichten. Uit een studie naar de ontwikkeling over tijd van de effecten van werken op de gezondheid van vrouwen in de VS blijkt dat, tenzij in vroegere cohorten werkende vrouwen gezonder waren dan huisvrouwen, huisvrouwen in de meest recente cohorten gezonder zijn (Pavalko e.a. 2007).

Maar de meeste studies tonen wel positieve effecten van werken op de gezondheid van vrouwen aan. Uit een longitudinale studie van Schnittker (2007) komt per saldo naar voren dat de toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen hun gezondheidspositie heeft verbeterd. Ook Ross en Mirowsky (1995) wijzen op een aantal studies die op basis van dwarsdoorsnedengegevens aantonen dat werkende vrouwen gezonder zijn dan niet-werkende vrouwen. Werkende vrouwen hebben de beste gezondheid, huisvrouwen staan iets slechter en werkloze vrouwen zijn het minst gezond. Ook vrouwen die part-time werken zijn minder gezond dan diegenen die full-time werken, hoewel ze nog steeds gezonder zijn dan werklozen.

Dolinsky en Caputo (2003) vinden dat werkloosheid een negatief effect heeft op de gezondheid van vrouwen en dat de status van werknemer een positief effect heeft. Zelfstandig werken is niet significant: het is voor de gezondheid beter dan werkloos zijn maar slechter dan werknemer zijn. Deze resultaten lijken de hypothese te ondersteunen dat stress de positieve effecten van werken voor vrouwen vermindert¹¹; autonomie, die bij zelfstandigen bijzonder groot zal zijn, lijkt echter geen rol te spelen.

In deze studies is er echter geen vergelijking met mannen te vinden en er wordt nauwelijks rekening gehouden met mogelijke selectie-effecten (alleen in beperkte mate in Pavalko e.a. 2007).

Ross & Mirowsky (1995) houden rekening met het tweezijdige verband tussen werk en gezondheid als ze twee verschillende modellen (één voor de invloed van gezondheid op werk, de andere voor de invloed van werk op gezondheid) onafhankelijk van elkaar schatten. Hun conclusie is dat, terwijl gezondheid niet significant is voor de kans om een huisvrouw te zijn of te blijven, de gezondheid van huisvrouwen sneller verslechtert.

Van Vuuren en Smit (2001) komen in een literatuurscan naar de oorzaken van het hoge ziekteverzuim en WAO-instroom van vrouwen tot de conclusie dat de grotere kans op arbeidsongeschiktheid en ziekte van vrouwen in verband staat met hun arbeidsomstandigheden. Niet alleen werken vrouwen vaak met hoge werkdruk (bijvoorbeeld in de zorgsector) maar ze hebben ook meer last dan mannen van bepaalde arbeidsomstandigheden zoals een slechte werksfeer en geen plezier in het werk. Bovendien bepalen ook opvattingen, de attitude en de rolpatronen van de vrouwen en van hun sociale omgeving (collega's, bedrijfsarts, werkgever) het specifiek verzuimgedrag van vrouwen.

Ook de effecten van werkloosheid op de gezondheid verschillen tussen mannen en vrouwen. Bij jongere mensen toont Darity (2003) aan dat het negatieve effect van werkloosheid op zelfvertrouwen sterker is bij vrouwen, en dat jongere vrouwen meer kans hebben op depressie en angst bij werkloosheid dan jongere mannen. Waddell en Burton (2006) tonen aan dat de sterkste negatieve effecten van werkloosheid bij mannen voorkomen die tussen 25 en 50 jaar zijn en voor een gezin moeten zorgen, terwijl minder negatieve effecten optreden bij vrouwen die een familie hebben, omdat ze zich makkelijker in een alternatieve rol als huisvrouw kunnen verzetten.

Sociaal- economische status

Mathers en Schofield (1998) verwijzen naar een studie (Arber 1996) waarin geconcludeerd wordt dat het verschil in gezondheid tussen werkenden en werklozen groter wordt naarmate mensen een lagere sociaal-economische status

¹¹ (hoewel de auteurs ook naar andere studies verwijzen die negatieve effecten van zelfstandig werken op de gezondheid van mannen vinden)

hebben. Maar Dooley en Prause (2004) concluderen juist het tegendeel, namelijk dat in de VS, wat mentale gezondheid betreft, het effect van baanverlies sterker is voor hoger opgeleide mensen. Hun interpretatie is dat deze groep meer te verliezen heeft. Uit dezelfde studie blijkt het effect van baanverlies op de mentale gezondheid sterker te zijn voor ongetrouwde mensen, die minder ondersteuning thuis krijgen (Dooley en Prause 2004).

3.4 INTERPERSONELE EFFECTEN

Participatie heeft niet alleen invloed op de gezondheid van diegenen die werken of niet maar ook op de gezondheid en het welzijn van mensen in hun omgeving.

Vele studies tonen aan dat werkloosheid negatieve effecten heeft op het welzijn en de gezondheid van gezinsleden. Uit een literatuuroverzicht van Mathers en Schofield (1998) blijkt dat werkloosheid samen gaat met een hoger scheidingsrisico, meer huiselijk geweld en een slechtere gezondheid van kinderen. Ze vinden ook dat partners van werkloze mannen een hogere sterftekans hebben. In longitudinaal onderzoek vindt Darity (2003) dat werkloosheid en de emotionele problemen die hiermee samenhangen tot meer huiselijk geweld leiden en tot problemen om de rol van ouder te vervullen. Dooley en Prause (2004) concluderen dat werkloosheid van vrouwen een negatief effect heeft op het gewicht van hun baby's bij de geboorte. Helaas houden deze studies nauwelijks rekening met factoren die simultaan met gezondheid in het gezin en met werkloosheid zouden kunnen samenhangen, zodat deze de invloed van werkloosheid mogelijk overschatten.

Bovendien brengt werkloosheid maatschappelijke kosten op een grotere schaal met zich mee. Er bestaan genoeg aanwijzingen dat werklozen meer gezondheidsproblemen hebben en meer gebruik maken van de gezondheidszorg (literatuuroverzichten: Mathers en Schofield 1998, Jin e.a. 1995). Hier moet weer de kanttekening gemaakt worden dat dit waarschijnlijk met achtergrondfactoren samenhangt zoals sociaal-economische status, opleiding etc. en dat werkloosheid op zich waarschijnlijk alleen een deel van het effect verklaart.

Novo e.a. (2001) vinden dat het werkloosheidspercentage in Zweden een effect heeft op de fysieke en psychologische gezondheid van jongere mensen, ongeacht of ze werken. In tijden van recessie rapporteren ze meer somatische en psychologische problemen dan in periodes van hoogconjunctuur. Een mogelijke verklaring is dat financiële problemen en pessimisme hun gezondheid negatief beïnvloeden.

Maar ook werken kan effecten hebben op anderen. In een onderzoek naar de invloed van het aantal uren dat mensen per week werken op hun partner vindt Stolzenberg (2001) dat het schadelijk is voor de gezondheid van mannen als hun vrouw meer dan 40 uur per week werkt, terwijl het aantal uren dat een man werkt geen effect heeft op de gezondheid van zijn partner. Longitudinale gegevens worden gebruikt om de causaliteitsrichting zo goed mogelijk te kunnen bepalen.

Crossfield e.a. (2005) tonen bovendien aan dat stress op het werk negatieve effecten op de gezondheid van de partner kan hebben. Ze vinden dat meer stress op het werk bij vrouwen tot hogere depressie en angst bij hun partners leidt. Hun resultaten zijn in zo verre beperkt betrouwbaar omdat het een kleine steekproef betreft (n=74), maar ze verwijzen naar een aantal studies die ook zogenoemde 'crossover' effecten vinden. Bovendien brengt werk niet altijd alleen baten op voor de maatschappij, zoals uit een onderzoek naar de medische consumptie als gevolg van werkbelasting blijkt (Hupkens en Becker 2003).

Interpersonele effecten treden ook op als iemand als gevolg van een slechtere gezondheid van zijn / haar partner meer of minder uren gaat werken. (zie eerder, Siegel 2006).

3.5 KENNISLEEMTES

Leemtes

De belangrijkste beperking van de meeste studies die ingaan op het effect van gezondheid op arbeidsparticipatie is dat geen rekening wordt gehouden met het tweezijdige karakter van het verband tussen gezondheid en arbeidsparticipatie. Studies die hier wel rekening mee houden doen dit veelal op een wijze die uit methodologisch oogpunt minder bevredigend is. Waarschijnlijk heeft dit tot gevolg dat de positieve effecten van werken op de gezondheid die veelal uit de studies naar voren komen, een overschatting vormen van het werkelijke effect. Dit is een wezenlijk punt dat nader aandacht verdient.

Dit probleem doet zich ook voor bij onderzoek naar de invloed van afzonderlijke aspecten van het werk op de gezondheid. Zo zou autonomie in het werk een positief effect kunnen hebben op de gezondheid, maar is ook denkbaar dat gezonde mensen hun werk beter kunnen organiseren en beter kunnen omgaan met stress. Een andere complicatie is dat de verschillende aspecten van het werk vaak onderling samenhangen, waardoor het moeilijk is de afzonderlijke effecten te schatten. Dit verklaart wellicht mede waarom de bestaande studies geen eenduidig beeld geven ten aanzien van de relatie tussen afzonderlijke werkaspecten en gezondheid. Op zich is er wel vrij veel literatuur over de relatie tussen afzonderlijke werkaspecten (inkomen, inhoud, arbeidsduur, arbeidsomstandigheden, e.d.) en gezondheid.

In de meeste studies wordt rekening gehouden met het feit dat zowel gezondheid als arbeidsparticipatie ook afhangen van persoonskenmerken zoals leeftijd en geslacht. Maar er zijn betrekkelijk weinig studies die de gezondheidseffecten van betaald werk apart schatten voor verschillende groepen. Het is echter wel aannemelijk dat de effecten verschillend zijn tussen groepen. Voor een deel heeft dit waarschijnlijk te maken met verschillen in preferenties tussen groepen. Zo zijn er aanwijzingen dat de negatieve effecten van niet-werken minder groot zijn (of zelfs dat niet werken positieve effecten heeft) als de keuze voor niet-werken

vrijwillig is. Onder ouderen zullen er naar verhouding meer mensen voorkomen die een voorkeur hebben voor niet-werken. Nader onderzoek naar de vraag of de gezondheidseffecten van werken verschillen tussen leeftijdsgroepen en tussen mannen en vrouwen lijkt wenselijk.

Preferenties zijn als ‘zachte’ factor te beschouwen. Dergelijke factoren worden weinig of niet meegenomen in het bestaande onderzoek, terwijl er wel reden is om aan te nemen dat zij relevant zijn, zowel voor de arbeidsparticipatie als voor de gezondheid. Bijvoorbeeld bij analyses van de overgang van werkloosheid of arbeidsongeschiktheid naar werken is de rol van psychologische en sociale factoren van groot belang. Hieraan zou bij toekomstig onderzoek meer aandacht moeten worden besteed.

Andere aspecten waar weinig onderzoek naar gedaan is zijn:

- de rol van contextfactoren zoals de algemene werkgelegenheidssituatie, algemeen gangbare opvattingen over de rol van arbeid en arbeidsmarktinstituties;
- de doorwerking van effecten van werken op de gezondheid op diverse maatschappelijke kosten en baten, zoals de kosten voor de gezondheidszorg.

Lopende onderzoeksprogramma's:

Er lopen veel onderzoeksprogramma's die de effecten van bepaalde typen werk op de gezondheid onderzoeken (beroepsziekten, stress, etc.). Wij hebben geen onderzoeksprogramma's gevonden die gericht zijn op de effecten van arbeidsparticipatie op zich op de gezondheid, die zich richten op de door ons geconstateerde leemtes in onderzoek en/of op de door ons geconstateerde methodologische problemen.

3.6 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk zijn drie soorten studies besproken:

- Studies naar het effect op de gezondheid als men zijn baan verliest;
- Studies naar hoe de gezondheid zich ontwikkelt als iemand zonder baan een baan krijgt;
- Studies waarin werkenden en niet-werkenden met elkaar worden vergeleken wat betreft gezondheid door middel van cross-sectie achtige technieken.

We vatten de belangrijkste conclusies samen.

Heeft werken een positief effect op de gezondheid?

Op basis van de bestaande inzichten kunnen slechts globale conclusies worden getrokken over de effecten van arbeidsparticipatie op de gezondheid. Heel veel studies wijzen op een positief effect van werken op de gezondheid. Maar methodologisch gezien is er nogal wat aan te merken op de meeste studies, vooral doordat geen of onvoldoende rekening wordt gehouden met het tweezijdige karakter van de relatie tussen werken en gezondheid. Studies die meer betrouwbare onderzoeksmethoden hanteren laten meestal kleinere of zelfs niet-significante effecten zien. Maar dergelijke studies zijn vrij schaars. Het meeste bewijs bestaat voor een negatief effect op de mentale gezondheid bij baanverlies en een positief effect op de mentale gezondheid bij herintreding. Mogelijk ligt bij de lichamelijke gezondheid het verband veeleer van gezondheid naar het al dan niet hebben van werk dan vice versa.

Welke factoren spelen een rol in de relatie tussen werken/niet werken en gezondheid?

Vanuit de literatuur zijn wij de volgende factoren tegengekomen die een rol spelen in de relatie tussen werken/niet werken en gezondheid:

- Psychosociale factoren: werk is het meest geschikte instrument om een aantal psychosociale functies te vervullen (zelfvertrouwen, dagstructuur, sociale contacten, etc.). Werk draagt via verschillende kanalen bij aan het welzijn van individuen. Verder blijkt er een negatief verband te zijn tussen de duur van werkloosheid en de gezondheidssituatie: werkloosheid leidt tot een minder gezonde levensstijl en hoe langer de werkloosheid duurt hoe slechter de gezondheid wordt.
- Inkomen: uit de literatuur blijkt dat lagere inkomsten (uit een baan dan wel uit een uitkering) met als gevolg financiële problemen in het gezin (economische stress) samen gaat met een slechtere gezondheid. Echter, in veel van deze studies wordt geen rekening gehouden met mogelijke selectie (de invloed van gezondheid op het inkomen). Ook worden de effecten van het inkomen vaak niet gescheiden van de effecten van de werkinhoudelijke aspecten. Beide punten leiden waarschijnlijk tot overschatting van de rol van het inkomen.
- Werkinhoud en arbeidsomstandigheden: de effecten van werk op de gezondheid hangen in sterke mate samen met het soort werk dat men verricht. Werkhervatting in een baan van slechte kwaliteit kan voor sommige groepen een negatiever effect op de gezondheid hebben dan werkloosheid. Aspecten van het werk die een positieve invloed hebben op de gezondheid zijn: het hebben van controle over het eigen werk (autonomie), werk dat een beroep doet op de creativiteit, ‘gezonde’ werkdruk, mogelijkheden voor eigen ontwikkeling. Aspecten die een negatieve invloed hebben op de gezondheid zijn: snel moeten werken, korte tijdslimitieten, multiële invloedsfactoren, veel taakeisen. Overwerk, lange werkdagen, onregelmatige werktijden of werken op a-typische tijden

vergroten het risico op gezondheidsverslechtering. De mogelijkheid om net zo veel uren te werken als men wenst, om de eigen werktijden te kunnen bepalen en/of aan te passen hebben een positief effect op het welzijn van werknemers. Onzekerheid over de baan (bijvoorbeeld het hebben van een baan met een tijdelijk contract) leidt ook tot een verslechtering van de gezondheid.

Tabel 3.1 Samenvatting van de wederzijdse invloeden tussen participatie en gezondheid

	positieve effecten	negatieve effecten
effecten van participatie op de gezondheid	participatie gaat meestal samen met een hoger inkomen, met meer sociale contacten en een beter gestructureerde leven. Dit alles beïnvloedt de gezondheid positief.	slechte arbeidsomstandigheden, te weinig autonomie, te veel werkdruk hebben een negatief invloed op de gezondheid.
effecten van de gezondheid op participatie	een betere gezondheid verhoogt de kans op een baan, en op een baan van goede kwaliteit.	mensen met een slechtere gezondheid hebben minder kans op participatie

Bron: SEOR, 2008

Hoe ligt de relatie arbeidsparticipatie en gezondheid voor verschillende groepen?

- Naar leeftijd: de meeste onderzoeken zijn gericht op de effecten van arbeidsparticipatie op de gezondheid van oudere werknemers. Uit de weinige beschikbare empirische studies komt echter geen duidelijk beeld. De negatieve effecten van werkloosheid op de gezondheid lijken het sterkst te zijn voor mensen tussen de 25 en 50 jaar. Werkende ouderen zouden gezonder zijn dan gepensioneerden, maar niet in alle studies wordt rekening gehouden met selectie: de effecten van vervroegde uittrekking op de gezondheid hangen in hoge mate af van de omstandigheden: was de uittrekking vrijwillig, wat zijn de financiële gevolgen ervan en is uittrekking niet juist het gevolg van een slechte gezondheid? Demotie lijkt geen oplossing te zijn voor werkende ouderen met gezondheidsproblemen: demotie vermindert niet de gezondheidsproblemen, maar door demotie neemt de ontevredenheid over het werk toe. Over het effect van werkloosheid voor jongeren is de literatuur ook niet eenduidig: een deel van de studies vindt dat de negatieve effecten van werkloosheid voor schoolverlaters groter zijn dan voor mensen die al eerder hebben gewerkt, terwijl andere studies concluderen dat het effect van werkloosheid op de gezondheid van jongeren kleiner is dan voor volwassenen.
- Naar geslacht: de meeste studies concluderen dat de effecten van werken op de gezondheid van vrouwen positief zijn. De toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen heeft hun gezondheidspositie verbeterd. In deze studies is echter geen vergelijking met mannen te vinden en er wordt nauwelijks

rekening gehouden met mogelijke selectie-effecten. Slechts een enkele studie gaat in op de vraag of de gezondheidseffecten van betaald werk verschillen tussen mannen en vrouwen, waardoor harde conclusies niet mogelijk zijn. Mogelijk is het negatieve effect van werkloosheid bij jonge vrouwen groter dan bij jonge mannen maar ligt dit andersom voor mensen in de leeftijd tussen de 25 en 50 jaar.

- Sociaal-economische status: op dit punt bestaat er geen eenduidige conclusie uit de literatuur: in sommige studies wordt geconcludeerd dat verschil in gezondheid tussen werkenden en werklozen groter wordt naarmate mensen een lagere sociaal-economische status hebben, terwijl in andere studies de conclusie is dat wat mentale gezondheid betreft het effect van baanverlies sterker is voor hoger opgeleide mensen.

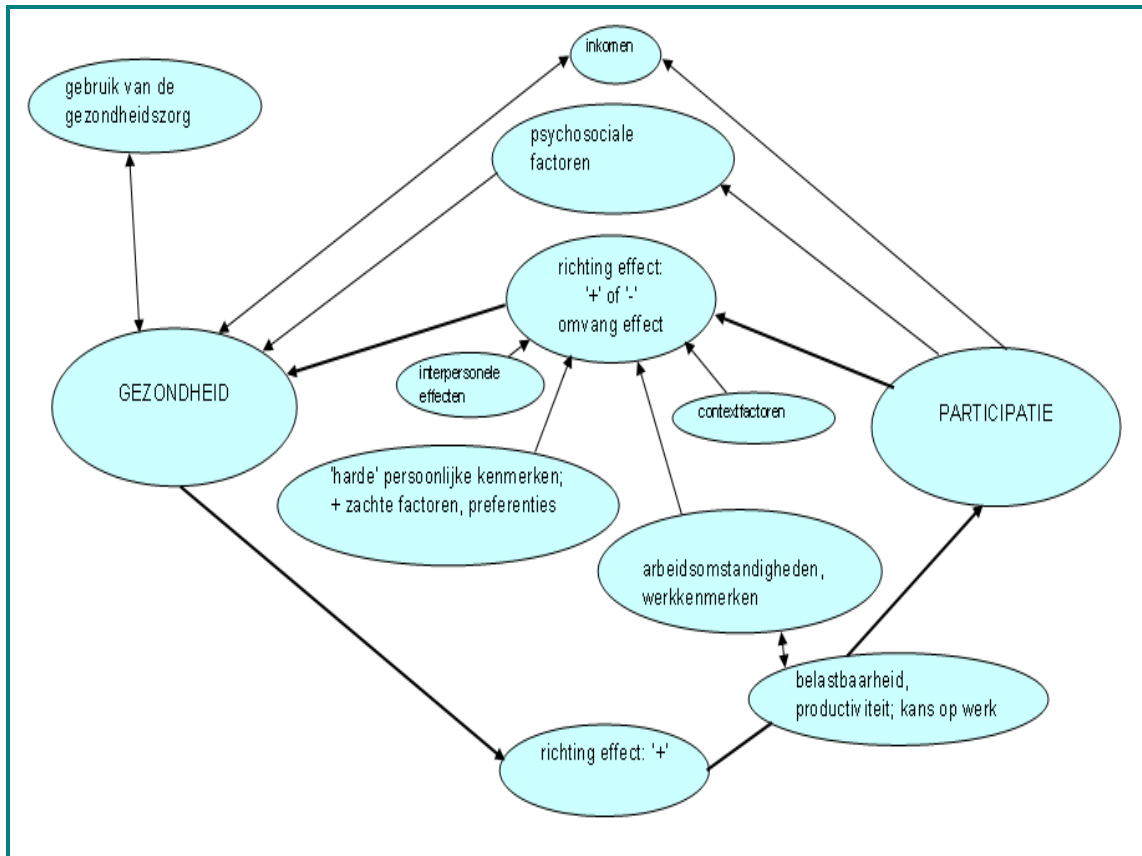
Heeft participatie ook effect op de gezondheid en welzijn van anderen (interpersonele effecten)?

In veel studies wordt aangetoond dat werkloosheid negatieve effecten heeft op het welzijn en de gezondheid van gezinsleden (door bijvoorbeeld een hoger scheidingsrisico, meer huiselijk geweld en een slechtere gezondheid van de kinderen). Maar ook werken kan effect hebben op bijvoorbeeld de gezondheid van de partner. Het lijkt schadelijk te zijn voor de gezondheid van mannen als hun vrouw meer dan 40 uur per week werkt, terwijl het aantal uren dat een man werkt geen effect heeft op de gezondheid van zijn partner. Ook stress op het werk kan een negatieve invloed op de gezondheid van de partner hebben.

Schematisch overzicht

Het tweezijdig verband tussen participatie en gezondheid is in figuur 3.1 weer te zien, aangevuld met de belangrijkste achtergrondfactoren die in de literatuur zijn gevonden. De verschillende factoren of effecten zijn meer of minder groot weergegeven, naarmate hoe belangrijk ze in de literatuur zijn.

Figuur 3.1 Relatie tussen participatie en gezondheid en achtergrondfactoren



Bron: SEOR, 2008

Kennisleemtes en lopende onderzoeksprogramma's

De belangrijkste beperking van bestaand onderzoek is dat geen of onvoldoende rekening wordt gehouden met de wederzijdse relatie tussen werken en gezondheid. Daardoor geven de studies over het algemeen een te optimistisch beeld van de effecten van werken op de gezondheid. Er bestaan geen betrouwbare schattingen van deze effecten.

Hoewel het bestaande onderzoek lang niet altijd tot eensluidende conclusies leidt is aannemelijk dat de effecten van werken op de gezondheid afhankelijk zijn van de aard het werk, de contractvorm, de arbeidsomstandigheden, de arbeidsduur, de loonhoogte, de thuissituatie, e.d. Deze factoren hangen deels samen met persoonskenmerken als leeftijd en geslacht, maar de laatste hebben waarschijnlijk ook een zelfstandig effect op de gezondheid. Een duidelijk beeld over hoe al deze factoren de gezondheid beïnvloeden is er niet. In ieder geval is duidelijk dat onderzoek naar de effecten van arbeidsparticipatie op de gezondheid in het

algemeen weinig zinvol is: daarvoor zal het effect te veel verschillen tussen groepen.

Aan de rol van zachte factoren zoals preferenties wordt weinig aandacht besteed in het onderzoek, terwijl dergelijke factoren waarschijnlijk wel belangrijk zijn. Of niet-werken de gezondheid negatief beïnvloedt, hangt waarschijnlijk in hoge mate af van de mate waarin mensen niet werken uit eigen keuze. Hoewel preferenties en andere zachte kenmerken mede zullen afhangen van persoonskenmerken, zal correctie voor persoonskenmerken onvoldoende recht doen aan de rol van deze zachte factoren.

Punten waarover weinig bekend, is zijn de rol van contextfactoren en de gevolgen van eventuele gezondheidseffecten op het gebruik en de kosten van de gezondheidszorg. Maar de eerder genoemde leemtes lijken fundamenteler.

Wij hebben niet de indruk dat bestaande onderzoeksprogramma's voorzien in het opvullen van bovengenoemde leemtes.

4 RE-INTEGRATIE VAN ZIEKE EN ARBEIDSONGESCHIKTE WERKNEMERS: OVERZICHT VAN EMPIRISCHE STUDIES

4.1 INLEIDING

De empirische literatuur over re-integratie van zieke en arbeidsongeschikte werknemers bestaat uit verschillende typen studies. Een aantal econometrische studies meet de effecten van diverse re-integratie instrumenten. Kwalitatieve studies brengen kenmerken van maatregelen of van de cliënten in kaart die tot succesvolle re-integratie leiden. Andere, minder vaak voorkomende studies onderzoeken de maatschappelijke kosten en baten van re-integratie maatregelen.

Op grond hiervan kan een beeld worden geschetst wat effectieve re-integratie instrumenten zijn, welke individuele kenmerken van de zieke of arbeidsongeschikte werknemers bij de re-integratie een rol spelen en wat mogelijke succesfactoren voor re-integratie zijn. Daarnaast kunnen de diverse maatschappelijke baten die re-integratie maatregelen opleveren met de kosten van deze maatregelen worden vergeleken.

4.2 EFFECTIVITEIT VAN VERSCHILLENDE MAATREGELLEN

Het algemene beeld

De literatuur over effecten van re-integratie-instrumenten geeft een wisselend, maar overwegend positief beeld van hun effectiviteit. Van de 15 kwantitatieve studies die de netto-effectiviteit meten door middel van een (experimentele of niet-experimentele) controlegroep of door toepassing van econometrische methoden, vinden er tien positieve effecten van re-integratietrajecten op de werkhervatting van arbeidsgehandicapten of langdurig zieken. Vijf studies komen tot de conclusie dat re-integratietrajecten geen significant effect hebben of zelfs de duur tot werkhervatting alleen maar verlengen. Studies die een meer kwalitatieve aanpak hebben en bijvoorbeeld de percepties van deelnemers of case-managers als basis gebruiken zijn in het algemeen iets optimistischer. Dergelijke studies zijn echter minder betrouwbaar. Zo kunnen bijvoorbeeld sociaal wenselijke antwoorden een rol spelen.

Negen van de 15 kwantitatieve studies hanteren methoden die ook worden toegepast bij niet-experimentele evaluaties van re-integratiemaatregelen voor werklozen. Kenmerkend hierbij is dat de schatting van de counterfactual wordt gebaseerd op alle niet-deelnemers (of een aselechte steekproef uit deze groep). Zoals we in hoofdstuk twee hebben opgemerkt is het echter denkbaar dat bij arbeidsgehandicapten de deelnemers een zeer selectieve groep vormen op niet-

waargenomen kenmerken. Ook recent ontwikkelde econometrische technieken om te corrigeren voor selectiviteit bieden dan geen soelaas. Daarom is het verstandig om nader te kijken naar de zes andere studies die hiermee beter rekening houden, hetzij door een experimentele opzet, hetzij door een betere strategie voor de selectie van niet-deelnemers waarmee de deelnemers worden vergeleken.

Experimenten zijn het meest betrouwbaar. Hiervan zijn er drie onder de gevonden studies. Twee van deze studies hebben betrekking op vroegtijdig ingrijpen om langdurige ziekte en instroom in arbeidsongeschiktheid tegen te gaan. Een studie van Arnetz e.a. (Noorwegen, 2003) wijst uit dat vroegtijdige aanpassing van de werkplek de ziekte duur vermindert. Het tweede onderzoek (van De Jong, Lindeboom en Van der Klaauw; Nederland, 2006) analyseert de effecten van een experiment waarbij in 2 van de 26 regio's aanvragen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering scherper werden gescreend. De hypothese dat de twee regio's als willekeurige trekkingen uit de totale groep van regio's kan worden gezien, wordt statistisch geaccepteerd. Uit het onderzoek blijkt dat een scherpere screening van aanvragen leidt tot bekorting van de ziekte duur en verkleining van de kans op instroom in de arbeidsongeschiktheid.

Uit een experimentele evaluatie van Kornfeld e.a. (VS, 1999) van een re-integratieprogramma voor arbeidsgehandicapten dat onder andere scholing en bemiddeling bevat, blijkt dat deelnemers gedurende een periode van twee jaar na deelname een significant langer deel van deze periode werkten (en stijging van gemiddeld 3,5 naar 4,2 maanden). Er kon echter geen significante vermindering van het beroep op uitkeringen worden geconstateerd.

De andere drie studies hebben betrekking op re-integratie van arbeidsgehandicapten. Zij werken alle drie met een zogenoemde interne controlegroep. Deze bestaat dan bijvoorbeeld uit mensen die zich wel aangemeld hebben voor een re-integratietraject, maar uiteindelijk niet deelgenomen hebben. Het is aannemelijk dat deze groep beter vergelijkbaar is met deelnemers dan mensen die helemaal niet in beeld zijn geweest voor deelname. In methodologisch opzicht is de studie van Aakvik, Heckman en Vytlačil (Noorwegen, 2005) de beste, omdat deze ook corrigeert voor selectie-onzuiverheid. De conclusie is dat het onderzochte programma geen positief netto-effect genereert. Dit komt doordat deelnemers primair worden geselecteerd uit de groep kansrijken, waarvoor het programma geen meerwaarde heeft, maar eerder averechts werkt. Voor minder kansrijke groepen lijkt dit anders te liggen. Door de toepassing van het programma toe te spitsen op laatstgenoemde groepen zou dus mogelijk wel een positief netto-effect worden bereikt. De andere twee studies die gebruikmaken van een interne controlegroep (Dean, Dolan en Schmidt, VS, 1999; Wood en Morrison, Australia, 1997) komen wel uit op een positief netto-effect, maar zijn, zoals gezegd, methodologisch gezien minder betrouwbaar dan de eerder genoemde studie.

Kijken we dus naar de studies met een meer betrouwbare aanpak, dan is het beeld bij maatregelen om ziekteverzuim tegen te gaan positief (maar dit betreft slechts twee studies) en gemengd bij re-integratie van arbeidsongeschikten. Als

maatregelen voor arbeidsongeschikten meer op kansarme groepen zouden worden toegespitst, is waarschijnlijk het beeld ook bij arbeidsongeschikten positief.

4.2.1 EFFECTIVITEIT NAAR TYPE MAATREGEL

Er lijkt geen groot verschil in effectiviteit te zijn tussen re-integratiemaatregelen voor langdurig zieken en voor arbeidsgehandicapten. Het maakt voor de effectiviteit wel uit of de re-integratiecliënt het werk kan hervatten bij zijn oude werkgever of dat een andere werkgever moet worden gezocht¹².

Scholing of ‘vocational rehabilitation’

Scholing, of ‘vocational rehabilitation’, kan aangeboden worden aan arbeidsongeschikten of aan werknemers die langdurig ziek zijn geweest, om herintreding onder aangepaste omstandigheden makkelijker te maken. Volgens econometrische studies die de netto-effectiviteit afmeten aan de duur tot werkhervatting of aan de kans op werkhervatting binnen een bepaalde periode, blijkt scholing de minst effectieve maatregel te zijn. Het is bijna de enige maatregel waarvoor negatieve of insignificante individuele effecten gevonden worden (Heyma e.a. 2003, Aakvik 2003, Aakvik e.a. 2005 voor arbeidsgehandicapten, Hogelund en Holm 2002, Fröhlich e.a. 2004 voor zieke werknemers). Sommige studies (Heyma e.a. 2003, Fröhlich e.a. 2004) tonen dat een individu met scholing het werk later hervat (of in een bepaalde periode een kleinere kans op werkhervatting heeft) dan wanneer geen scholing zou zijn gevolgd. In Aakvik e.a. (2005) en Aakvik (2003) hangt het insignificante effect van scholing echter samen met afroming: scholing blijkt wel effectief te zijn voor cliënten die de grootste afstand van de arbeidsmarkt hebben, maar het wordt zelden voor deze groep ingezet, wat de netto-effectiviteit van de maatregel verlaagt. Ook Hogelund en Holm (2002) vinden aanwijzingen voor afroming. Maar bij hen is vooral het ‘lock-in effect’ er verantwoordelijk voor dat de positieve effecten van scholing vrijwel verdwijnen.

Er zijn echter ook studies die uitwijzen dat scholing of ‘vocational rehabilitation’ effectief zijn kan. Zo tonen Bach e.a. (2007) aan dat scholing voor ‘work-injured’ de duur tot werkhervatting verkort. Ook Wood en Morrison (1997) vinden, uitgaande van een interne controlegroep, dat ‘vocational rehabilitation’ een positief en significant effect heeft op de kans op werkhervatting van work-injured. Heshmati en Engström (2001) vinden dat ‘vocational rehabilitation’ de kans op werkhervatting van langdurig zieken verhoogt. Dean e.a. (1999), die gebruik maken van een interne controlegroep, en Hennessey en Muller (1995) komen tot dezelfde conclusie voor arbeidsongeschikten.

¹² Een deel van de langdurig zieken en arbeidsongeschikten kan hun werk niet hervatten bij hun oude werkgever. Dit geldt bijvoorbeeld voor langdurig zieken die voor hun ziekte voor een uitzendbureau hebben gewerkt. Veel langdurig zieken kunnen overigens wel hun bestaande dienstverband continueren. Bij arbeidsongeschikten is dit percentage veel kleiner.

Veerman en Palmer (2001) vinden in een onderzoek naar de effectiviteit van verschillende instrumenten in zes landen dat scholing meestal geen positieve effecten heeft, behalve in Israël, waar de kans op werkhervatting met de 'oude' werkgever lager is dan in andere landen. Ook een meer kwalitatief onderzoek naar de effectiviteit van scholing in verschillende EU-landen levert een gemengd beeld, met positieve effecten in sommige landen en geen effect in andere (EC 2004).

Het hier geschetste, gemengde beeld hangt mogelijk samen met de diversiteit van scholingsmaatregelen of vocational rehabilitation. In de meeste effectiviteitsstudies wordt niet gedifferentieerd tussen verschillende typen scholing of vocational rehabilitation. Uit andere, meer kwalitatieve, studies blijkt dat algemene scholing en 'formal classroom training' het minst effectief zijn, vooral voor de meest benadeelde groepen zoals arbeidsgehandicapten (OECD 2003, OECD 2006). Enkele studies vinden dat korte en beroepsgerichte scholingstrajecten het meest effectief zijn, omdat ze cliënten niet onnodig lang afhouden van de arbeidsmarkt: het 'lock-in effect' wordt vermeden (Aarts en Visscher 2003, EC 2004). Maar de effecten van intensievere scholing op lange termijn worden in deze studies niet in detail onderzocht. Andere studies, die op percepties van cliënten gebaseerd zijn, onderstrepen namelijk de positieve effecten van scholing voor de persoonlijke ontwikkeling van cliënten. Deze effecten leiden, zo wordt in deze studies gesteld, indirect tot betere arbeidsmarktkansen en sociaal wenselijke resultaten (Lierop 2001, Hoffius e.a. 2003). Ook is denkbaar dat deelname aan scholing in eerste instantie leidt tot verlenging van de periode tot werkhervatting, maar dat de betrokkene daarna een baan krijgt die kwalitatief beter of duurzamer is (Heyma e.a. 2003). Hogelund en Holm (2006b) vinden echter dat scholing in Denemarken de kans op werkhervatting verhoogt in banen met een loon dat vergeleken met het loon voor de ziekmelding even hoog of zelfs lager is; er is geen significant effect op werkhervatting in banen met een hoger loon. Maar op basis van zo'n incidentele studie kunnen geen harde conclusies worden getrokken. Meer onderzoek naar de lange-termijn effecten van scholing en de relatie hiervan met de herintredingskans op korte termijn en de effecten op de persoonlijke ontwikkeling is nodig.

Persoonlijke begeleiding

In de laatste jaren is de persoonlijke begeleiding van re-integratiecliënten (langdurig ziek of arbeidsongeschikt) fors toegenomen. Dit type instrument blijkt vaak effectief te zijn.

Corden en Thornton (2002) rapporteren dat persoonlijke ondersteuning in meerdere landen positieve effecten blijkt te hebben. In een experimentele setting in de VS bleek dat dit soort maatregelen tot een verhoging van de inkomsten van deelnemers leidt, ook al gaat dit niet gepaard met een significante vermindering van de uitkeringsafhankelijkheid (Kornfeld e.a. 1999). Veerman en Palmer (2001) vinden in een internationaal onderzoek dat 'job counseling' in Denemarken een positief effect heeft. Voor het Verenigd Koninkrijk berekenen Orr e.a. (2007) dat

de 'New Deal for Disabled People', die persoonlijke ondersteuning en bemiddeling naar een baan aanbiedt, duidelijke positieve effecten op de kans op werk en op reducering van uitkeringsafhankelijkheid had. Hogelund en Holm (2006a) komen tot de conclusie dat 'case-management interviews' voor langdurig zieke werknemers in Denemarken de kans op werkhervatting bij de vroegere werkgever verhogen, maar geen effect hebben op de kans op werkhervatting bij een andere werkgever.

Een aantal studies meet de effectiviteit van 're-integratietrajecten'. In een traject kunnen gelijktijdig of volgtijdelijk verschillende instrumenten 'op maat' op dezelfde langdurig zieke of arbeidsongeschikte cliënt worden toegepast. De studies meten de effectiviteit van het traject als geheel, zonder te differentiëren tussen de verschillende instrumenten die er onderdeel van uitmaken. Meestal wordt een positief effect gevonden. Heyma (2006), Kok e.a. (2006), De Jong en van de Pol (2006), Van Maanen e.a. (2005) vinden dat de inzet van re-integratietrajecten de kans op werkhervatting verhoogt. Ook de kans op herinstroom in WAO of WIA wordt blijikbaar door re-integratietrajecten verminderd (Kok e.a. 2006). Jehoel-Gijsbers (2007) vindt echter dat de toekenning van een re-integratietraject de kans om binnen twee jaar naar werk uit te stromen verlaagt. Maar ze merkt op dat de waarnemingsperiode relatief kort is (2 jaar), waardoor een deel van de onderzochte populatie nog maar pas met hun traject is begonnen. Het negatieve effect wordt mogelijk veroorzaakt doordat cliënten enige tijd op het starten van hun traject moeten wachten.

Specifieke maatregelen voor arbeidsongeschikten of langdurig zieken zonder werkgever

Voor langdurig zieken of arbeidsongeschikten die geen werkgever (meer) hebben zijn bijzondere instrumenten nodig om te voorkomen dat zij hun binding met de arbeidsmarkt verliezen of om deze weer op te bouwen.

Bemiddeling blijkt meestal effectiever te zijn dan andere typen van re-integratietrajecten. In studies die de effectiviteit van verschillende instrumenten vergelijken wordt gevonden dat bemiddeling de re-integratieduur behoorlijk verkort. Dit geldt zowel voor arbeidsgehandicapten (Heyma et al. 2003, Orr e.a. 2007) als ook voor langdurig zieke werknemers (De Jong en Van de Pol 2006). Vaak komt ook naar voren dat goede contacten tussen de re-integratiediensten en werkgevers een belangrijke factor voor succes zijn (EC 2004, Corden en Thornton 2002). Deze contacten worden soms gezien als een voorwaarde voor succes van andere maatregelen (EC 2000). Het blijkt bovendien dat ondersteuning op de werkplek belangrijk is om een duurzame re-integratie te garanderen: het is niet voldoende om te zorgen dat een werknemer weer aan het werk kan, maar er moet ook voor worden gezorgd dat hij dit onder goede voorwaarden kan doen. (Corden en Thornton 2002). Combinatie met 'job coaching' vergroot daarom de effectiviteit van bemiddeling.

Specifieke 'traditionele' re-integratie-instrumenten voor arbeidsgehandicapten zijn gesubsidieerde arbeid en beschermde werkplaatsen. Voor deze soort

maatregelen konden (nog) geen econometrische studies gevonden worden, maar alleen kwalitatieve overzichten van het beleid in verschillende landen.

Het beeld van de effectiviteit van gesubsidieerde arbeid is gemengd. Landen, waar een hoog aandeel van de actieve bevolking in gesubsidieerde arbeid werkt, blijken ook relatief hoge participatiepercentages van arbeidsongeschikten te hebben. (OECD 2003). Gesubsidieerde arbeid blijkt in sommige landen wel positieve effecten op werkhervatting te hebben, en in andere niet (volgens een overzicht van studies in EC 2004). Bach e.a. (2007) berekenen dat de effecten van scholing groter zijn als dit instrument gecombineerd wordt met instroom in een gesubsidieerde baan. Een studie voor de EU15 komt tot de conclusie dat subsidies wel nuttig kunnen zijn om bedrijven te stimuleren arbeidsongeschikten aan te nemen, maar dat ze vanwege bureaucratische procedures te weinig gebruikt worden (EC 2000).

Ook al zijn beschermde werkplaatsen bijzonder nuttig om mensen met zware handicaps aan het werk te helpen, ze bieden meestal maar heel weinig mogelijkheden voor doorstroming naar de 'open' arbeidsmarkt (EC 2004, EC 2000, OECD 2006). Dit verklaart waarom S(ociale)W(erkvoorzienings)-bedrijven in Nederland steeds meer gestimuleerd worden om zich te veranderen in ontwikkelingsbedrijven, waarin mensen de noodzakelijke werkervaring kunnen opdoen om uiteindelijk te kunnen doorstromen naar een 'gewoon' bedrijf. Detachering kan daarbij een tussenfase zijn. In Nederlands bestaat al een aantal jaren de mogelijkheid van begeleid werken, waarbij de overheid subsidie geeft voor begeleiding van SW-geïndiceerden op de werkplek als deze door een 'gewoon' bedrijf worden aangenomen. Tevens krijgen de betrokken bedrijven een loonkostensubsidie voor deze mensen. Internationaal wordt de ontwikkeling van 'begeleid werken', dat wil zeggen werk in reguliere bedrijven met persoonlijke ondersteuning ('job coaching'), gezien als een betere oplossing dan beschermde werkplaatsen (OECD 2003). Een project dat de mogelijkheid voor jonggehandicapten creëerde om 6 maanden werkervaring door 'begeleid werken' in een bedrijf op te doen, had volgens percepties van de 15 deelnemers veel positieve vervolgen (qua verwerven van nieuwe vaardigheden en opbouw van zelfvertrouwen), ook al heeft het voor de meeste deelnemers niet tot een duurzame plaatsing geleid (Smit en Brouwer 2006). Uit onderzoek blijkt dat begeleid werken in de vorm van bemiddeling en daarop volgende ondersteuning op de werkplek effectiever is dan scholing en 'vocational rehabilitation' (Waddell en Burton 2006). Het is echter belangrijk te onderstrepen dat begeleid werken alleen succesvol is als de deelnemers ook bereid zijn om mee te werken; dit kan betekenen dat voorbereidende maatregelen nodig zijn voor de inzet van begeleid werken zelf (OECD 2006).

Specifieke maatregelen voor zieke of (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers

Voor de re-integratie van langdurig zieke of arbeidsongeschikt geraakte werknemers blijken maatregelen die op de werkplek worden uitgevoerd bijzonder

effectief te zijn. Rehabilitatie op de werkplek en aanpassing van de werkomstandigheden, de taken en/of de uren hebben een duidelijk positief effect op de kans op werkhervatting (of verkorten de duur tot werkhervatting). Dit blijkt uit een literatuurscan van Krause en Lund (2004), een kwantitatieve studie van Fröhlich e.a. (2004) en uit een experiment van Arnetz e.a. (2003). Uit een onderzoek in zes landen concluderen Veerman en Palmer (2001) dat aanpassing op de werkplek het meest succesvol is van die instrumenten, waarvan ze de effectiviteit meten. Re-integratietrajecten, die door werkgevers van langdurig zieke werknemers aangeboden werden, hebben een veel grotere kans op succes dan andere re-integratietrajecten (84% vergeleken met 30 tot 50%). Dit blijkt uit een evaluatie van re-integratietrajecten voor langdurig zieke werknemers in het Arboconvenant Onderwijs en Wetenschap (Van Maanen e.a. 2005).

Door een experiment in twee WIA-kantoren door te voeren hebben De Jong e.a. (2006) gevonden dat een intensieve beoordeling en selectie ('screening') van WIA-aanvragen zieke werknemers en werkgevers er toe aanzet om zich actiever voor re-integratie in te zetten. Ze vonden geen 'spill-over effects' tot WW en kwamen tot de conclusie, dat een meer zorgvuldige selectie van aanvragen een bijzonder kosteneffectief middel is om vroegtijdige re-integratie te stimuleren.

4.2.2 EFFECTIVITEIT EN PERSOONSKENMERKEN

Veel studies die de effecten van re-integratie-instrumenten meten, onderstrepen dat de effecten van een bepaald instrument heel verschillend kunnen zijn voor verschillende groepen deelnemers.

Het zal geen verrassing zijn dat de gezondheid van re-integratiecliënten invloed heeft op hun kans op werkhervatting en op de effecten van instrumenten. De ervaren gezondheid van individuen heeft een grote invloed op hun kans op werkhervatting (van Horssen en van Doorn 2007, Stafford e.a. 2007, Bryson en Casparova 2003). Dit is bijzonder relevant voor de Nederlandse context, waarin steeds zwaarder gehandicapte mensen voor re-integratietrajecten worden geselecteerd (IWI 2006). Heyma e.a. 2003 berekenen dat in netto termen volledig arbeidsongeschikten het meest profiteren van de inzet van re-integratie-instrumenten, terwijl het effect het kleinst is voor mensen die tussen 45 en 80 procent arbeidsongeschikt zijn. De netto-effectiviteit van instrumenten voor mensen die minder dan 45 procent arbeidsongeschikt zijn, ligt tussen deze extremen in. Uit ander onderzoek blijkt dat de duur tot werkhervatting langer is voor mensen met psychische problemen dan voor mensen met fysieke beperkingen (Orr e.a. 2007, Stafford e.a. 2007, Corden en Thornton 2002).

Een aantal studies wijst uit dat de effectiviteit van re-integratie afhangt van de leeftijd van de cliënten, maar de resultaten zijn niet eenduidig. Volgens sommige studies neemt de effectiviteit van re-integratietrajecten af met de leeftijd (De Jong en van de Pol 2006, Heyma e.a. 2003). Uit Batelaan e.a. (2001) komt naar voren dat jongeren meer voor hun re-integratie doen. Orr e.a. (2007) concluderen echter dat de New Deal for Disabled People het meest effectief is geweest voor mensen

ouder dan 50. Heyma e.a. (2003) komen tot de conclusie dat scholing voor jongeren contraproductief is, maar bemiddeling zeer positieve effecten heeft, terwijl voor ouderen beide instrumenten negatieve effecten hebben (waarvan scholing nog het minst effectief). Kornfeld e.a. (1999) vinden dat persoonlijke ondersteuning voor jonggehandicapten geen effect heeft, wat volgens hen suggereert dat deze groep misschien behoefte heeft aan specifieke maatregelen.

Er zijn bijzonder weinig studies beschikbaar over de effectiviteit van specifieke re-integratiemaatregelen voor jonggehandicapten. Deze groep wordt in de eerder besproken grootschalige studies niet als zodanig onderscheiden. We hebben alleen enkele kwalitatieve evaluaties van kleinschalige projecten op lokaal- of bedrijfsniveau gevonden. Volgens de SER (2007) heeft dit mogelijk te maken met het feit dat de problematiek van jonggehandicapten heel divers is, waardoor moeilijk in zijn algemeenheid is te zeggen welke instrumenten het meest effectief zijn. Alleen over de context waarin het re-integratieproces plaatsvindt, zo stelt de SER, kunnen algemene aanbevelingen worden gedaan zoals vermindering van institutionele belemmeringen, individualisering van financiering, betere overgang van school naar werk en terugdringen van stereotypes.

Geslacht en opleidingsniveau zijn ook van belang. Re-integratie-instrumenten lijken voor vrouwen effectiever te zijn dan voor mannen (De Jong e.a. 2006, Stafford e.a. 2007¹³, Heyma e.a. 2003). Uit Heyma e.a. (2003) blijkt dat re-integratie-instrumenten effectiever zijn bij HBO-ers en WO-ers dan bij andere opleidingsniveaus, en dat de effectiviteit van bemiddeling stijgt met het opleidingsniveau. Het aantal studies waarin opleidingsniveau en geslacht worden onderscheiden is echter te klein om harde conclusies te kunnen trekken.

Andere factoren zoals de samenstelling van het huishouden, het type werk dat iemand doet, de anciënniteit in de functie waarin men ziek of arbeidsongeschikt werd, de werkervaring, de hoogte van het inkomen, de arbeidsduur en de motivatie zouden ook van invloed kunnen zijn op de effectiviteit van re-integratie. Verschillende studies wijzen uit dat de kans op werkhervatting afhangt van deze factoren¹⁴. Maar geen van deze studies bevat informatie over de invloed van deze factoren op de effectiviteit van re-integratie.

¹³ Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat de New Deal for Disabled People meest effectief is voor mensen die het verst van de arbeidsmarkt staan; vrouwen horen bij deze groep. (cf. Orr e.a. 2007)

¹⁴ De volgende studies gaan in op één of meer van deze factoren: Horssen en van Doorn, 2007, Hogelund en Holm, 2006a, Krause en Lund 2004, Bryson en Casparova, 2003, De Rijk e.a. 2002, Corden en Thornton, 2002 en Batelaan e.a., 2001.

4.2.3 SUCCESFACTOREN VOOR RE-INTEGRATIE VAN ARBEIDSONGESCHIKTEN EN LANGDURIG ZIEKEN

De rol van werkgevers

In het algemeen speelt de houding van de (bestaande of potentiële) werkgever een grote rol bij de re-integratie van langdurig zieken of arbeidsongeschikten op de arbeidsmarkt (EC 2004).

Een aantal kwalitatieve studies onderstreept de belangrijke rol van de werkgever voor (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt geraakte of langdurig zieke werknemers. Een goede relatie tussen werknemer en werkgever verhoogt de kans op werkhervatting (Van Horssen en van Doorn, 2007). Ook de ondersteuning van collega's speelt een grote rol voor een snellere re-integratie (Den Uijl en Andriessen 2003). Maar De Jong e.a. (2006) vinden in hun screening-experiment dat maatregelen die zich op de werkgever richten effectiever zijn dan maatregelen die voor de werknemer bedoeld zijn. Dit wijst erop dat de werkgever de doorslaggevende rol speelt bij de beslissing of iemand weer aan het werk komt of niet. Uit een internationaal overzicht van kwantitatieve studies blijkt dat een uitgebreid bedrijfsbeleid wat betreft gezondheid op het werk en een goede communicatie in geval van ziekte de verzuimtijd van werknemers reduceert en de kans op re-integratie verhoogt (Krause en Lund 2004). In Noorwegen zijn 'Workplace Centres' in het leven geroepen, die tot doel hebben de communicatie tussen werkgever en zieke werknemer te ondersteunen en bij aanvraag van subsidies voor aanpassing van de werkplek en bij organisatie van 'rehabilitation' te helpen. Bovendien is een 'graded sickness benefit' ingevoerd voor situaties waarin de werknemer tijdens zijn ziekte nog in beperkte mate voor zijn werkgever kan werken. Daardoor blijft het contact met de werkgever behouden, blijven de kosten voor de werkgever (die alleen salaris uitbetaalt over de gewerkte tijd) beperkt en wordt de salarisvermindering van de werknemer aangevuld met de uitkering (OECD 2006).

Anderzijds is het ook belangrijk dat werknemers en werkgevers erkennen dat sommige problemen hun oorzaak hebben in werkomstandigheden, werkorganisatie en/of privéproblemen. Het is contraproductief om deze problemen te snel als een 'ziekte' te kenschetsen. Overmatige "medicalisering" van problemen leidt tot een sneller beroep op ziekteverzuim en een moeilijkere re-integratie. Een werkgever die alert is op problemen in de werkorganisatie en deze probeert op te lossen, een stimulerende bedrijfsarts en ook een soepelere en activerende sociale wetgeving die niet alles aan de status van "zieke" koppelt, kunnen er toe bijdragen, dat mensen zichzelf minder snel als ziek en/of arbeidsongeschikt zien en een positievere houding ten opzichte van werkhervatting hebben (van der Beek 2003).

Voor langdurig zieken of arbeidsongeschikten die geen werkgever (meer) hebben hangt veel af van de openheid van werkgevers ten opzichte van hun sollicitaties. Stafford e.a. (2007) tonen in een kwalitatieve studie aan dat een ondersteunende en flexibele houding van werkgevers een belangrijke determinant voor

werkhervatting is. Ook ondersteuning van collega's leidt tot een betere integratie van nieuwe arbeidsgehandicapte werknemers in 'begeleid werken' dan als een aparte 'job coach' het ondersteuningswerk doet (Jenaro e.a. 2002). Het is dus logisch om maatregelen voor de re-integratie van arbeidsgehandicapten of zieke werknemers ook op werkgevers te richten door een combinatie van plichten en prikkels in te voeren. Hierbij is het echter belangrijk om een wetgeving te ontwikkelen die niet 'overbeschermend' is, om te voorkomen dat te hoge kosten voor de werkgevers ontstaan die het inhuren van arbeidsongeschikte mensen onaantrekkelijk maken. (OECD 2003, Hogelund 2003, Jehoel-Gijsbers 2007).

Re-integratie in arboconvenanten

Uit de beschikbare evaluaties van arboconvenanten komt een gemengd beeld naar voren van het belang en de effectiviteit van re-integratiemaatregelen in arboconvenanten. Hoewel sommige studies de meerwaarde of het succes van convenanten zeggen te evalueren, is van een echte meting van de netto-effecten van deze convenanten geen sprake. De effecten van de convenanten worden niet geïsoleerd van die van andere factoren (bijvoorbeeld de conjunctuur of ingrijpende institutionele veranderingen als de Wet Verbetering Poortwachter), wat waarschijnlijk ook heel lastig is. De conclusies uit onderstaande studies nopen daarom tot de nodige voorzichtigheid.

Veerman en Molenaar-Cox (2006) concluderen in een onderzoek naar de meerwaarde van arboconvenanten dat het ziekteverzuim tussen 1999 en 2004 veel sterker gedaald is in branches met een convenant dan in branches zonder convenant. Maar ze vinden ook dat tussen 2002 en 2004 zowel in branches met als in branches zonder convenanten de WAO-instroom is gedaald. Volgens verschillende studies heeft in een aantal sectoren het arboconvenant geleid tot een significante verbetering van re-integratie, een betere bewustwording en reducering van het ziekteverzuim en de WAO-instroom. Dit is het geval voor de geestelijke gezondheidszorg (van der Kemp e.a. 2004), ziekenhuizen (van Vree en Bolhuis 2005), banken (Veerman en van Deursen 2005), de gehandicaptenzorg (Bartels 2005), in gemeenten (Van Maanen en Daamen 2004) en in de thuiszorg (2005). Succesvolle instrumenten die in deze sectoren gebruikt worden zijn onder meer communicatie-instrumenten om de bewustwording bij werknemers en werkgevers te vergroten (cursussen, trainingen, brochures, workshops, e.d.), re-integratieadviezen na 6 weken ziekte (in de GGZ en ziekenhuizen), subsidies om re-integratietrajecten te financieren, het aanstellen van professionals (bijvoorbeeld casemanagers, re-integratiecoördinatoren), de invoering van een verzuimprotocol en begeleiding tijdens de ziekte.

In andere sectoren bleef het succes van re-integratiemaatregelen in arboconvenanten beperkt. In het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (Dekker e.a. 2005) en in de sector beroepsonderwijs en volwasseneneducatie (van Maanen e.a. 2005) was het slagingspercentage van re-integratietrajecten hoger dan verwacht maar bleef het aantal aangeboden trajecten ver beneden de doelstelling. Ook bij de politie (van Vree e.a. 2006), in de bouw (Tap e.a. 2006), bij het rijk

(KPMG 2004), bij de woningcorporatie (KPMG 2005b) en bij podiumkunsten (Engelen 2007) bleek de implementatie van re-integratiemaatregelen teleurstellend te verlopen en/of werden de doelstellingen niet gehaald.

In de volgende convenanten is re-integratie niet opgenomen: dakbedekking (van Doorn e.a. 2004), defensie (KPMG 2005), orkesten (van Ojen e.a. 2006), verf en drukinkt (Le Blansch e.a. 2006) en in de horeca (van de Woestijne en van der Veen 2004). Bij de laatste sector moet echter worden opgemerkt dat het arboconvenant Werkdruk Horeca mogelijk heeft geleid tot een daling in ziekteverzuim en WAO-instroom.

Arbo-convenanten kunnen dus een belangrijke rol spelen in de reducering van ziekteverzuim en in de stimulering van re-integratie. Een aantal sectoren bieden voorbeelden voor 'best practice' en succesvolle instrumenten (voorzover het succes werkelijk aan het convenant kan worden toegeschreven en niet aan andere contextfactoren). Dit zou een basis kunnen vormen voor het verder ontwikkelen of het überhaupt toepassen van re-integratiemaatregelen en/of begeleiding in geval van ziekte in sectoren waar deze nog niet (of niet toereikend) toegepast zijn.

Het verschil tussen korte en lange termijn

Bij het ene re-integratie-instrument is het lange-termijneffect op de arbeidsmarktpositie van de deelnemer van meer belang dan bij het andere instrument. Als bemiddeling de kans op werkhervatting vergroot zal dit effect direct of vrij snel na de interventie optreden. Maar bij scholing of persoonlijke ondersteuning ligt dit mogelijk niet zo, althans niet bij alle deelnemers. Denkbaar is dat deze maatregelen op korte termijn geen effect op de kans op werkhervatting hebben, maar dan wel leiden tot verbetering van vaardigheden en van de psychische gezondheid, wat vervolgens op langere termijn wel de kans verhoogt om weer aan werk te komen. Volgens sommige onderzoeken heeft scholing vanuit percepties van betrokkenen positieve effecten op zelfvertrouwen en sociale vaardigheden (Hoffius e.a. 2003, Lierop 2001) en op de capaciteit om met de eigen beperkingen om te gaan (Lierop 2001). Hetzelfde geldt voor begeleid werken door Wajongers (Smit en Brouwer 2006). Dit bevestigt het eerder genoemde punt dat zachte factoren een belangrijke interveniërende rol spelen bij re-integratie.

Studies die de effecten van re-integratie op korte en lange termijn vergelijken komen niet vaak voor en hebben qua methodologie hun beperkingen. Verder is het beeld dat uit deze studies naar voren komt niet eenduidig. Lierop (2001) vindt zeer positieve effecten van scholing na 5 jaar (75 procent van de deelnemers is dan nog aan het werk) maar haar resultaten zijn geheel gebaseerd op percepties van 504 deelnemers die hun scholing succesvol afgerond hebben. Hier is dus geen vergelijking gemaakt met een controlegroep. Aakvik e.a. (2005) vinden een negatief effect van 'vocational rehabilitation' op de werkhervatting na 3 jaar, maar verklaren dit uit het feit dat vooral relatief kansrijke cliënten worden geselecteerd voor deelname, terwijl de effecten voor minder kansrijke cliënten mogelijk wel positief zouden zijn. IWI (2006) rapporteert dat 44 procent van degenen aan wie

in 2001 een re-integratietraject is toegekend vier jaar later werken. Kok e.a. (2006) berekenen dat door re-integratietrajecten de kans op herinstroom in WAO na drie jaar afneemt van 41 naar 15 procent. Orr e.a. (2007) komen tot de conclusie dat de positieve korte-termijneffecten van de New Deal for Disabled People na drie jaar nog steeds gelden. Andere studies vinden echter dat de effecten van persoonlijke ondersteuning niet duurzaam zijn (Kornfeld e.a. 1999, Corden en Thornton 2002).

Het is opmerkelijk dat zelfs de studies die lange-termijneffecten van instrumenten in kaart trachten te brengen alleen het effect op de werkhervatting meten en niet het effect op de kwaliteit van het gevonden werk. Vooral bij (vak)scholing is dit laatste effect wel degelijk van belang.

Hoe moeten re-integratie maatregelen worden uitgevoerd?

Ook de manier waarop re-integratiemaatregelen worden uitgevoerd is bepalend voor hun succes. Een groot aantal kwantitatieve studies toont aan dat de timing voor de inzet van een re-integratietraject een belangrijke rol speelt. Als iemand al een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, dan heeft een traject betere slaagkansen naarmate het vroeger wordt ingezet (Kok e.a. 2006, Heyma 2006, Corden en Thornton 2002, De Jong en van de Pol 2006, OECD 2006¹⁵). Daarnaast wordt vastgesteld dat de meeste initiatieven van werkgever en werknemer om re-integratie voor te bereiden al in de eerste twee jaren van de ziekteperiode, en dus voor de WIA-beoordeling plaatsvinden. Als voor dit tijds punt niets wordt ondernomen, is er tussen werkgever en werknemer nauwelijks meer contact (Van Horssen en van Doorn 2007). Daarom is volgens de OECD (2003, 2006) belangrijk om vroeg in te grijpen als iemand arbeidsongeschikt of ziek wordt. De studies van De Jong e.a. (2006) ('screening') en Hogelund en Holm (2006a) ('case-management interviews') geven succesvolle voorbeelden van vroege behandeling van verzuimende werknemers.

In kwalitatieve studies komen ook diverse andere succesfactoren naar voren. In rapporten van de EU (2004) en de OECD (2003) worden als succesfactoren genoemd een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en een goede samenwerking tussen verschillende organisaties, bijvoorbeeld tussen de publieke re-integratiediensten en particuliere re-integratiebedrijven. Verder is het van belang dat re-integratiebedrijven en sociale diensten goed opgeleid personeel hebben, dat met specifieke problemen van langdurig zieken of arbeidsongeschikten werknemers kan omgaan (Stafford e.a. 2007, OECD 2003). Een studie voor het Verenigd Koninkrijk vindt dat maatregelen die meer in het algemeen voor arbeidsgehandicapten ontwikkeld zijn effectiever zijn dan

¹⁵ De waarschijnlijkheid van werkhervatting is 80% in de eerste 3 maanden verzuim en 20% na een jaar verzuim (NZZ 2006); het beste tijds punt voor de inzet van 'rehabilitation' is tussen een en zes maanden na het stoppen met werk (Waddell en Burton 2004).

interventies die op een bepaalde handicap of chronische ziekte gericht zijn (Stafford e.a. 2007).

Voor de re-integratie van arbeidsongeschikt geraakte of langdurig zieke werknemers is volgens Den Uijl en Andriessen (2003) een goede communicatie en een duidelijke verdeling van taken tussen de werkgever en de sociale diensten, maar ook tussen de verschillende autoriteiten binnen het bedrijf een groot voordeel. Zo wordt minder tijd verloren en lopen de re-integratiecliënt en zijn werkgever minder risico door ingewikkelde procedures ontmoedigd te worden. De OECD stelt dat om een vroegtijdige inzet van re-integratiemaatregelen te garanderen er ook een goede communicatie tussen de instellingen voor medische aspecten en arbeidsre-integratie moet bestaan (OECD 2003).

4.3 WAT ZIJN MAATSCHAPPELIJKE KOSTEN EN BATEN VAN RE-INTEGRATIE?

Ook wanneer re-integratietrajecten een positief netto-effect hebben op de individuele kans op werkhervatting kan het zijn dat dit effect te klein is om (bijvoorbeeld via besparing op uitkeringslasten) de kosten van de ingezette instrumenten te compenseren. Daarom is het belangrijk om zowel naar de kosten als de baten van re-integratie te kijken. Om een goed beeld van de kosten en baten voor de maatschappij als geheel te krijgen moet echter niet alleen gekeken worden naar de kosten van de maatregeltoepassing en de besparing op de uitkeringen van de deelnemers, maar ook naar indirecte effecten. Zo zou de kansvergroting voor deelnemers kunnen leiden tot verdringing van andere werkzoekenden die daardoor werkloos worden of langer werkloos blijven.

In het voorgaande hebben we gezien dat de effectiviteit van re-integratie verschilt per type maatregel. Maar ook de kosten per deelnemer variëren tussen de verschillende re-integratiemaatregelen. Bemiddeling is het goedkoopst en beschutte arbeidsplaatsen zijn het duurst; scholing en 'vocational rehabilitation' zitten hier tussenin (OECD 2003). De kosten-batenverhouding is dus niet noodzakelijk voor alle typen maatregelen gelijk.

Voordat we de uitkomsten van kosten-batenstudies bespreken, plaatsen we de kanttekening dat kosten-batenanalyses in het algemeen niet uitgevoerd worden wanneer de netto-effectiviteit van een re-integratiemaatregel voor de deelnemers negatief blijkt te zijn. Daarom neigen kosten-batenanalyses op voorhand tot iets meer optimisme dan gerechtvaardigd is op grond van het totaal aan effectiviteitstudies.

De kosten van re-integratie voor de maatschappij zijn vooral de kosten van de uitvoering van re-integratiemaatregelen. Het is belangrijk om tegenover deze kosten de 'echte' baten van een maatregel te stellen, dat wil zeggen de baten die zonder de maatregel niet zouden zijn opgetreden. Zou een re-integratietraject

ingezet wordt voor iemand die ook zonder traject een baan zou hebben gevonden, dan zouden de kosten van dit traject alleen maar 'deadweight losses' zijn. Daarom zijn kosten-batenanalyses die niet de netto-effecten van maatregelen, maar alleen de bruto-effecten in de baten opnemen weinig zeggend. Van Maanen e.a. (2005) berekenen bijvoorbeeld dat re-integratietrajecten voor langdurig zieke werknemers in het Arboconvenant Onderwijs en Wetenschappen tot een winst van 15 miljoen euro geleid heeft. Deze berekening is gebaseerd op de opgetreden daling in het verzuim over de convenantperiode en houdt geen rekening met de mogelijkheid dat deze daling geheel of gedeeltelijk is veroorzaakt door andere factoren (zoals de economische conjunctuur). Na aftrek van 'dead-weight losses' zou het resultaat wel eens aanzienlijk minder gunstig kunnen zijn.

Een aantal studies vergelijkt de kosten en de netto-effecten van re-integratie. De meeste komen tot de conclusie dat de baten van re-integratie de kosten overtreffen. Kok e.a. (2006) schatten het maatschappelijk rendement van re-integratietrajecten voor volledig arbeidsongeschikten op 237 procent. Volgens De Jong en Van de Pol (2006) leveren gelijksoortige trajecten voor langdurig zieke werknemers 3,5 keer hun kosten op. Kok e.a. (2006) berekenen zelfs dat het rendement van re-integratie van volledig arbeidsongeschikte WAO'ers hoger is dan voor WW'ers en bijstandgerechtigden. Voor de Verenigde Staten wordt berekend dat programma's voor 'vocational rehabilitation' 2,5 keer zoveel baten opleveren dan dat ze kosten. De baten zijn voor bijna alle groepen arbeidsongeschikten hoger dan de kosten, behalve voor mensen met 'mental retardation' (Dean, Dolan en Schmidt 1999). De 'New Deal for Disabled People' in het Verenigd Koninkrijk heeft volgens een schatting van Greenberg en Davis (2007) afhankelijk van de doelgroep, baten opgeleverd die 2 tot 5 keer de kosten bedragen. Volgens De Jong e.a. (2006) zou de door hen voorgestelde intensievere beoordeling en selectie van WIA-aanvragen aanzienlijk meer opbrengen dan de kosten voor het extra personeel dat ervoor nodig zou zijn. De enige studie die uitkomt op een negatief rendement van re-integratie voor arbeidsongeschikten is een analyse van het financiële effect van persoonlijke ondersteuning van arbeidsgehandicapten in de Verenigde Staten (Kornfeld e.a. 1999). Daarin wordt berekend dat de kosten voor de belastingbetaler hoger zijn dan de baten.

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de mogelijke kosten en baten van re-integratie voor verschillende actoren. We zullen de verschillen posten hieronder behandelen.

De maatschappij als geheel profiteert ervan, als dankzij re-integratie meer uitkeringsgerechtigden een baan krijgen. Daardoor wordt bespaard op uitkeringen. Verder nemen hierdoor de belastingopbrengsten en de geïnde premies voor de sociale zekerheid toe. Ook is denkbaar dat re-integratie de gezondheid van de betrokken cliënten verbetert, waardoor hun beroep op de gezondheidszorg vermindert. De overheid kan dan de premies voor de sociale zekerheid verminderen. Hogere belastinginkomsten kunnen aan de burger teruggegeven worden in de vorm van belastingverlaging of kunnen door de overheid gebruikt worden om de staatsschuld te verminderen of de overheidsuitgaven te verhogen. Vermindering van de zorgkosten kunnen leiden tot lagere zorgpremies of tot uitbreiding van de zorg. Het is niet gezegd dat iedere burger hiervan (in dezelfde

mate) profiteert. Dit is mede afhankelijk van de gekozen opties. Uiteraard is er alleen ruimte voor premieverlaging, belastingverlaging en/of uitbreiding van collectieve uitgaven voor zover de besparingen op premies en de extra belastinguitgaven de totale kosten van de re-integratie overtreffen.

Tabel 4.1 *Mogelijke kosten en baten van re-integratiemaatregelen voor verschillende actoren*

Actor	Kosten	Baten
Maatschappij	<p>Draagt de kosten van de uitvoering van re-integratie door belastingen</p> <p>Positieve effecten vallen mogelijk tegen doordat hogere baankansen voor arbeidsongeschikten leiden tot verdringing van andere werkzoekenden, waardoor de totale werkgelegenheid niet of minder sterk toeneemt</p> <p>Minder mogelijkheden voor vrijwilligerswerk, mantelzorg, e.d. door uitkeringsgerechtigden</p>	<p>Lagere premies voor de sociale zekerheid doordat meer mensen premies afdragen en doordat op uitkeringen wordt bespaard</p> <p>Verlaging van belastingtarieven, vermindering van de staatsschuld of hogere collectieve voorzieningen door extra belastinginkomsten.</p> <p>Lagere zorgpremies of extra zorgvoorzieningen door besparing op zorgkosten</p> <p>Hoger nut door meer gelijke kansen en een beter gevoel van gerechtigheid</p>
Overheid	Zelfde als voor 'maatschappij'	Hangt af van wat er met de financiële voordelen (extra belastingopbrengsten, extra premies, minder uitkeringen) wordt gedaan.
Werkgevers, bedrijven	Een deel van de kosten van re-integratietrajecten en / of aanpassingen op de werkplek	<p>Beperking van het productieverlies</p> <p>Besparingen op loondoorbetaling</p> <p>Minder werkdruk voor de collega's van langdurig zieken die het werk hervatten.</p> <p>Vermindering belasting- en premiedruk, afhankelijk van de wijze waarop de financiële voordelen worden benut (zie baten bij 'maatschappij')</p>
Werkhervatters	<p>Minder vrije tijd en mogelijkheden voor informele arbeid</p> <p>Mogelijk meer stress en emotionele belasting</p>	<p>Betere sociale, psychische en financiële situatie</p> <p>Mogelijk betere werkbeleving, meer autonomie, beter zelfvertrouwen, betere gezondheid</p>

Bron: SEOR, 2008

Kok e.a. (2006) rekenen ook de 'minder versturende werking van belasting- en premieheffing' tot de baten van re-integratie. Verder is het netto-nut voor de maatschappij ook afhankelijk van de mate waarin de gemiddelde belastingbetaler nut ontleent aan maatregelen die tot een hoger welzijn van arbeidsgehandicapte mensen leiden (Kornfeld e.a. 1999). Sommige studies houden er rekening mee dat de kosten-batenverhouding verschillend kan liggen voor verschillende actoren. De

overheid heeft baat bij re-integratie door de besparingen op uitkeringslasten (Heyma 2006) en door de belastingen op het salaris van degenen die weer aan het werk zijn (Kok e.a. 2006). Ook kan de centrale overheid financieel baat hebben aan uitbesteding van re-integratiediensten, hoewel de kosten voor de overheid als geheel (inclusief regionale / lokale overheid) kunnen stijgen (Kornfeld e.a. 1999). De werkgever van langdurig zieke werknemers kan, als re-integratie succesvol is, besparen op de loondoorbetaling en leidt minder onder productieverlies. Ook de collega's hebben baat van een verminderde werklust (Van Maanen e.a. 2005).

Er moet uiteraard ook rekening gehouden worden met het belang van re-integratiecliënten zelf. Als in kosten-batenanalyses de baten van re-integratie (in inkomsten en/of welzijn) voor de cliënten zelf worden gemeten, dan blijken deze beperkt te zijn, waardoor ook het maatschappelijke rendement veel minder positief wordt. Veel hangt ervan af hoe de immateriële baten en immateriële kosten van werk tegen elkaar afgewogen worden. Kok e.a. (2006) schrijven: 'Daar komt bij dat werkhervatters vrije tijd verliezen, wat een min oplevert, maar ook wat gelukkiger worden, wat een plus oplevert' en concluderen dat re-integratie een positief rendement heeft. Koning en Bosch (2007) vinden dat, als meer waarde wordt toegekend aan waardering van non-participatie door niet-werkenden (dat wil zeggen aan de baten van vrije tijd, informele arbeid, etc.), het maatschappelijk rendement van re-integratie (voor werklozen in het algemeen) negatief is. Kornfeld e.a. (1999) vinden dat persoonlijke ondersteuning voor arbeidsgehandicapten slechts 'modest economic gains' oplevert en geen significant effect heeft op 'self-reported health' van deelnemers en komen ook tot de conclusie dat de kosten van re-integratie de baten overtreffen. Greenberg en Davis (2007) schatten dat de inkomsten van arbeidsgehandicapten als gevolg van deelname aan de New Deal for Disabled People in het Verenigd Koninkrijk waarschijnlijk maar heel licht gestegen zijn. Ze vinden dat het programma geen effect heeft gehad op 'self-reported health' en welzijn van deelnemers en komen tot de conclusie dat de niet-monetaire baten van toegenomen werkgelegenheid de kosten van werk, en bijzonder het verlies van vrije tijd, waarschijnlijk niet overtreffen. Maar zelf als ze met dit netto-verlies voor werkhervatters rekening houden, berekenen ze een positief maatschappelijk rendement van re-integratie.

Vele studies tonen echter positieve effecten van werkhervatting op de gezondheid en welzijn van re-integratiecliënten. Uit hoofdstuk drie van dit rapport, waarin veel studies worden besproken die de effecten van werkhervatting op de gezondheid evalueren, komt overwegend naar voren dat de overgang van niet-werken naar werken een positief effect heeft op de gezondheid. Dat geldt waarschijnlijk ook bij werkhervatting na ziekte: De Rijk e.a. (2002) concluderen dat mensen die na een ziekte het werk hervatten meer tevreden zijn met hun werk en meer autonomie hebben dan voor hun ziekmelding. Ook lijkt het arbeidsongeschiktheidspercentage van mensen te dalen als ze het werk weer hervatten (Kok e.a. 2006). Volgens de OECD (2006) is dit niet alleen een voordeel voor de werkhervatters; ook de maatschappij profiteert ervan door een hogere productiviteit, meer economische groei en verminderde kosten voor de overheid. Er is echter niet bekend in hoeverre dit tot een reducering van de

zorgkosten leidt door een verminderd gebruik van de gezondheidszorg¹⁶. Hierbij moet ook opgemerkt worden dat de genoemde studies geen rekening houden met het tweezijdige verband tussen gezondheid en werkhervatting en daardoor mogelijk de effecten van werkhervatting op de gezondheid overschatten.

Re-integratiemaatregelen kunnen ook op zichzelf effect hebben op gezondheid en welzijn. Uit een inventarisatie van de internationale literatuur door Gelderblom, De Koning en Lachab (2007) blijkt dat deze maatregelen kunnen leiden tot vergroting van het menselijk kapitaal in brede zin: economisch kapitaal ('skills'), psychologisch kapitaal (zelfvertrouwen, motivatie, e.d.), sociaal kapitaal (meer sociale contacten en sociale vaardigheden) en gezondheid, los van de vraag of de betrokkenen een baan vinden of niet. In de literatuur zijn duidelijke aanwijzingen te vinden dat re-integratiemaatregelen uiteindelijk succesvoller zijn als zij aangrijpen op deze zachte factoren. Uitkeringsgerechtigden vinden vaak geen baan doordat ze slecht scoren op deze factoren. Ook volgens Corden en Thornton, 2002, Smit en Brouwer, 2006, Hoffius e.a., 2003 en Lierop, 2001, verbetert deelname aan re-integratie het zelfvertrouwen. Heshmati en Engström, 2001, concluderen dat 'vocational rehabilitation' bijdraagt tot verbetering van de gezondheid van deelnemers. Maar Kornfeld e.a. (1999) en Greenberg en Davis (2007) vinden dat persoonlijke begeleiding ('case management') geen significant effect op de gezondheid heeft.

Er kunnen echter ook negatieve effecten van werkhervatting op het welzijn zijn: sommige mensen ervaren een hogere emotionele belasting dan voor hun ziekmelding (De Rijk e.a. 2002), of meer stress of teleurstelling als ze hun oorspronkelijke doel niet kunnen bereiken (Corden en Thornton 2002).

Tot de maatschappelijke effecten van re-integratie moeten ook mogelijke verdringingseffecten gerekend worden. Volgens Kok e.a. (2006), die Calmfors (2002) citeren, zijn zulke effecten moeilijk te meten. Zij stellen dat re-integratietrajecten veel minder verdringing creëren dan loonkostensubsidies, of zelfs helemaal niet tot verdringing leiden. Maar waarschijnlijk is dit mede afhankelijk van de arbeidsmarktsituatie. Is de werkloosheid hoog en de openstaande vraag gering, dan is bij re-integratie de kans op verdringing hoog ongeacht de aard van de maatregel. De OECD (2003) stelt echter dat verdringing gerechtvaardigd kan zijn als deze leidt tot meer gelijke kansen voor arbeidsongeschikte mensen.

¹⁶ Het RIVM doet onderzoek naar zorggebruik afhankelijk van sociaal-economische positie, land van herkomst, demografische kenmerken enz. (bijvoorbeeld De Bakker e.a. 2005, Kunst e.a. 2007), maar de invloed van werkhervatting van arbeidsongeschikten op hun zorggebruik wordt niet nader bekeken.

4.4 KENNISLEEMTES

Kennisleemtes

Over een aantal vragen wat betreft de effectiviteit van re-integratie van zieke werknemers en arbeidsongeschikten moet nog meer onderzoek worden gedaan:

- Er zijn weinig studies die een betrouwbare methodiek hanteren om de netto-effectiviteit van re-integratiemaatregelen voor arbeidsongeschikten te meten. Doordat de deelnemers waarschijnlijk een zeer selectieve groep vormen voldoen de gangbare niet-experimentele methoden niet. Daarom bestaat nauwelijks betrouwbare informatie over genoemde netto-effectiviteit.
- In samenhang hiermee is weinig bekend over zogenoemde zachte factoren. Waarschijnlijk spelen dergelijke factoren (motivatie, zelfvertrouwen, sociale vaardigheden, gezondheid, e.d.) een belangrijke rol bij re-integratie. Succesvolle re-integratie is waarschijnlijk alleen mogelijk door (naast de ‘harde’ competenties) deze zachte factoren te beïnvloeden. De relatie tussen deze zachte factoren en werkhervatting is vermoedelijk complex, omdat het vinden van werk ook weer van invloed zal zijn op deze factoren (denk aan de tweezijdige relatie tussen gezondheid en werk).
- In de meeste onderzoeken wordt alleen gekeken naar het korte-termijneffect van re-integratie op de werkhervatting. Andere belangrijke aspecten als het effect op de kwaliteit van de gevonden baan en het lange-termijneffect op de arbeidsmarktpositie worden meestal niet meegenomen. In het bijzonder wat scholing betreft is meer onderzoek nodig naar de vraag of korte, beroepsgerichte scholingstrajecten die waarschijnlijk op de korte termijn effectief zijn ook op langere termijn gunstige resultaten geven. In hoeverre zijn langere, meer algemeen gerichte scholingstrajecten beter voor de arbeidsmarktpositie op langere termijn?
- Ten slotte is meer onderzoek naar de effectiviteit van bepaalde re-integratie-instrumenten voor bijzondere doelgroepen nodig. Het is voor beleidsmakers belangrijk om te weten hoe re-integratie werkt voor groepen als vrouwen, allochtonen, jongeren en mensen met psychische klachten.

Lopend onderzoek

Sinds januari 2007 loopt bij het CPB een project met de titel ‘Effectiviteit re-integratie arbeidsgehandicapten’, waarin econometrisch onderzoek verricht wordt naar de effectiviteit van re-integratie voor arbeidsgehandicapten, en in het bijzonder voor de vangnet populatie (uitzendkrachten, werklozen en vrouwen die verzuimen na zwangerschap). Dit levert dus naar verwachting nadere inzichten op over de effectiviteit van re-integratie voor bepaalde doelgroepen.

In geneeskundig onderzoek om de effectiviteit van re-integratie maatregelen te meten worden experimenten gebruikt. Het EMGO Institute (aan de VU in Amsterdam) heeft vier van dergelijke projecten lopen, waarin zieke of arbeidsongeschikte werknemers willekeurig worden verdeeld tussen een deelnemersgroep en een controlegroep: ‘Transmural occupational care for low-back pain’ (van maart 2005 tot maart 2009), ‘Development and cost-effectiveness evaluation for a participatory ergonomics protocol for mental health disorders’ (van september 2005 tot september 2009), ‘Participatory interventions for return-to-work for temporary agency workers and unemployed workers, sick-listed due to musculoskeletal disorders’ (januari 2006 tot januari 2010), ‘Randomized control trial to the cost effectivity of a collaborative care approach to depression and depression with somatic co-morbidity in the industrial medicine care setting’ (van januari 2006 tot december 2010). De duur van ziekteverzuim is één van de doelvariabelen. Door hun experimentele opzet zouden deze studies een betrouwbaarder beeld van de netto-effectiviteit kunnen geven.

4.5 SAMENVATTING

Effectiviteit van re-integratiemaatregelen

Kernprobleem bij het meten van de netto-effectiviteit van re-integratiemaatregelen is het vinden van een betrouwbare schatting van de counterfactual (‘wat zou er gebeurd zijn bij niet-deelname’). De 15 kwantitatieve effectstudies die wij hebben gevonden passen verschillende methoden toe om dit probleem op te lossen. Van deze studies komt tweederde tot de conclusie dat re-integratie-instrumenten een positief effect hebben; de overige studies vinden geen significant effect of concluderen dat re-integratiemaatregelen averechts werken. De zes meest betrouwbare studies (die op experimenten of interne controlegroepen gebaseerd zijn) leveren een gemengd, maar toch ook naar het positieve neigend beeld op. Twee studies vinden positieve effecten van vroegtijdige interventies om langdurig zieken te re-integreren. Wat betreft re-integratie van arbeidsongeschikten vinden twee studies heel beperkte effecten en twee (methodologisch minder goede studies) significante positieve effecten. De empirische basis voor conclusies over de effectiviteit van re-integratie is vaak nog smaller als we kijken naar specifieke instrumenten of doelgroepen. Het is van belang dit in ogenschouw te nemen bij onderstaande conclusies.

Kijken we naar de verschillende re-integratie-instrumenten die worden ingezet, dan is voor scholing het beeld het minst duidelijk. Er zijn net zo veel studies die negatieve effecten als studies die positieve effecten vinden. Dit komt mogelijk doordat scholing zeer diverse vormen kan aannemen. Zo zijn er korte, beroepsgerichte scholingstrajecten die gericht zijn op werkhervatting op korte termijn. Daar staan tegenover meer algemene vormen van scholing die een langere duur vergen. Denkbaar is dat de korte trajecten tot snellere werkhervatting leiden, maar dat de andere vorm van scholing op de lange termijn gunstiger uitpakt voor de arbeidsmarktpositie. Hierover bestaat echter nauwelijks

informatie. Persoonlijke begeleiding van re-integratiecliënten, door re-integratietrajecten op maat of persoonlijke ondersteuning, blijken, in tegenstelling tot scholing, in het algemeen positieve effecten op te leveren. De bevindingen met betrekking tot scholing en persoonlijke begeleiding gelden voor zowel arbeidsongeschikten en langdurig zieken.

Voor re-integratiecliënten die geen werk hebben is bemiddeling een van de meest effectieve instrumenten, vooral als bemiddeling met 'job coaching' gecombineerd wordt. Meer traditionele instrumenten zoals gesubsidieerde arbeid en beschermde werkplaatsen blijken minder positieve effecten te hebben. Studies uit verschillende landen komen tot verschillende conclusies over het effect van subsidies. Wel is er overeenstemming dat beschermde werkplaatsen slechts zeer weinig mogelijkheden bieden voor doorstroming naar de reguliere arbeidsmarkt. Daarom wordt momenteel in het beleid de voorkeur gegeven aan begeleid werken boven beschutte werkplaatsen, al wordt erkend dat de laatste voor veel cliënten nodig blijven als eerste stap in een traject naar een 'gewone' baan met begeleiding.

Voor langdurig zieken of arbeidsongeschikten die (nog) een werkgever hebben blijken aanpassingen op de werkplek een effectief re-integratie-instrument te zijn, ook in vergelijking met andere mogelijke instrumenten. Daarnaast lijkt een intensieve 'screening' van WAO-aanvragen van langdurig zieken een effectief middel te zijn om zieke werknemers weer aan het werk te krijgen.

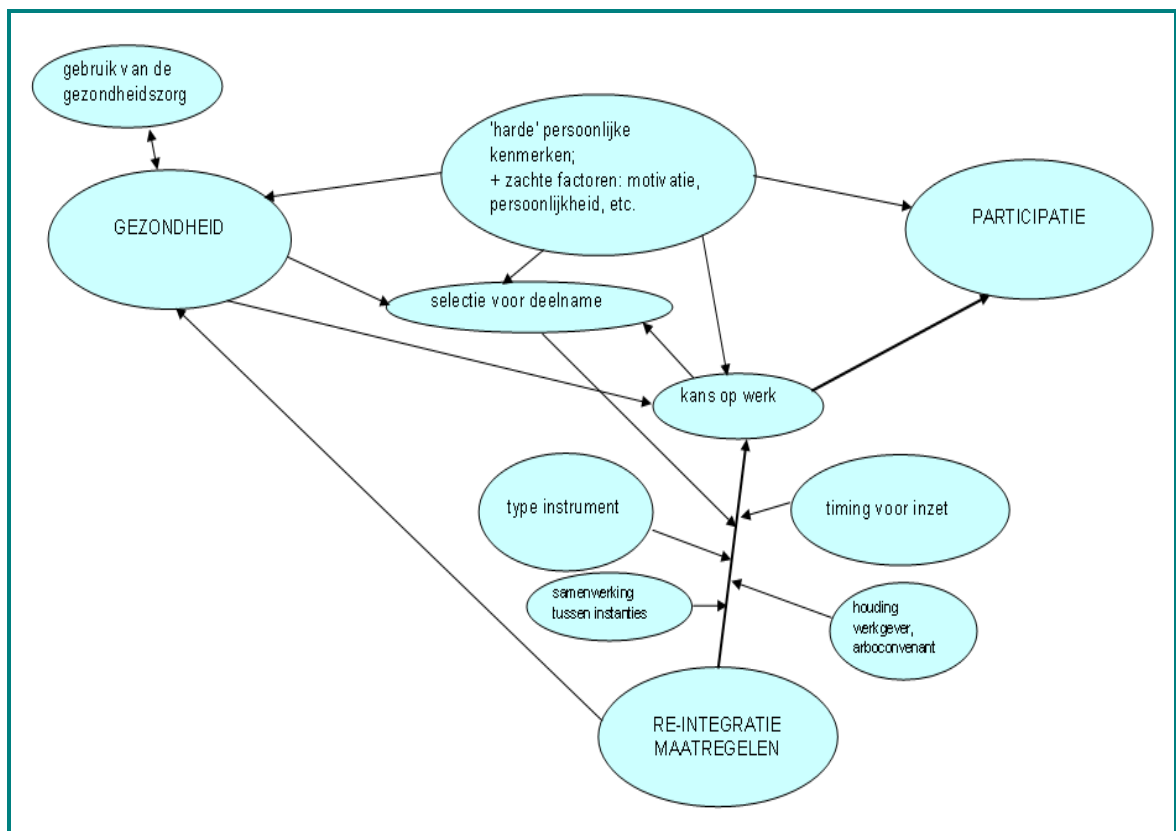
De effectiviteit van re-integratie hangt niet alleen van de ingezette instrumenten af, maar waarschijnlijk ook van individuele kenmerken van de re-integratiecliënten. Het aantal studies is echter veelal zo klein dat harde conclusies niet kunnen worden getrokken. Waarschijnlijk is re-integratie voor vrouwen effectiever dan voor mannen. Ook leeftijd, opleiding en mate van arbeidsongeschiktheid zijn mogelijk van belang. Voor deze kenmerken laten de beschikbare studies echter vaak geen eenduidig beeld zien. Soms is slechts één studie beschikbaar. Het is aannemelijk dat naast deze 'harde' factoren ook 'zachte' factoren als motivatie, zelfvertrouwen en sociale vaardigheden een rol spelen. Maar in het onderzoek naar de re-integratie van specifiek zieke werknemers en arbeidsongeschikten wordt hieraan weinig aandacht besteedt.

In dit hoofdstuk is ook aandacht besteed aan factoren die het succes van re-integratie bepalen. Veel kwalitatieve studies onderstrepen de belangrijke rol van werkgevers: de kwaliteit en regelmatigheid van het contact met de bestaande werkgever lijkt sterk bepalend voor de kans op werkhervatting. Hetzelfde geldt voor de openheid van werkgevers ten opzichte van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten. Hiermee moet rekening worden gehouden als men de verantwoordelijkheid van werkgevers voor zieke of arbeidsongeschikte werknemers wil verhogen. Ook arboconvenanten kunnen een rol spelen in de facilitering van re-integratie, door informatie te verspreiden en stimulering van de inzet van bepaalde instrumenten (zoals het aanstellen van professionals, de invoering van een verzuimprotocol of subsidies om re-integratietrajecten te

financier). Een andere belangrijke succesfactor is de timing voor de inzet van een instrument, omdat de kansen op werkhervatting dalen naarmate het instrument later wordt ingezet. Verder is een goede samenwerking tussen de verschillende instanties die verantwoordelijk zijn voor de re-integratie (werkgever, sociale dienst, enz.) van belang.

In figuur 4.1 zijn de belangrijkste factoren weergegeven die de effectiviteit van re-integratiemaatregelen beïnvloeden. Net als in figuur 3.1 zijn belangrijkere factoren groter weergegeven.

Figuur 4.1 Effectiviteit van re-integratie en succesfactoren



Bron: SEOR, 2008

Kosten en baten van re-integratie

Niet alleen de effectiviteit van re-integratieinstrumenten op het individuele niveau is van belang, maar ook de verhouding tussen kosten en baten van re-integratie voor de hele maatschappij. Vooraf moet opgemerkt worden dat kosten-baten analyses alleen worden uitgevoerd als maatregelen op individueel niveau effectief blijken, waardoor deze analyses een wat optimistisch beeld geven. Belangrijk is verder dat dergelijke analyses worden gebaseerd op de netto-baten van een maatregel, en bijvoorbeeld niet simpelweg op de veranderingen in de uitkeringslasten of in de loondoorbetaling die in een bepaalde periode zijn opgetreden en die ook door andere factoren kunnen zijn veroorzaakt.

Verreweg de meeste kosten-baten analyses van re-integratiemaatregelen komen tot de conclusie dat de baten de kosten overtreffen. De maatschappij heeft baat bij re-integratie doordat de toegenomen werkgelegenheid die ermee gepaard gaat leidt tot hogere belastingopbrengsten, meer premieafdrachten en besparing op uitkeringen en zorgkosten. Als bate kan ook worden gezien de waarde die burgers hechten aan het welzijn van arbeidsongeschikten en aan gelijke kansen voor deze groep. Welke actoren precies profiteren van deze baten is afhankelijk van wat de overheid ermee doet (bijvoorbeeld lastenverlaging voor de burgers of uitbreiding van de collectieve voorzieningen). Op bedrijfsniveau heeft de werkgever baat bij een kortere periode van loondoorbetaling en de collega's van werkhervatters profiteren van een verminderde werklast. Re-integratiecliënten zelf blijken na werkhervatting een betere werkbeleving te hebben en gezonder te zijn, waarbij opgemerkt moet worden dat dit effect mogelijk overschat wordt, omdat gezondere mensen meer kans hebben op werkhervatting.

Wat de kosten en baten van re-integratie voor de werkhervatters zelf betreft, is het moeilijk om een eenduidig beeld te krijgen, omdat veel ervan afhangt, hoe de immateriële kosten en baten van werk tegen elkaar worden afgewogen, bijvoorbeeld de waarde van vrije tijd tegen een betere sociale (en psychologische) situatie. Een aantal studies vindt dat per saldo voor de cliënten zelf de kosten de baten overtreffen. Dit kan zelfs betekenen dat voor de maatschappij als geheel het saldo negatief wordt.

Ten slotte horen ook verdringingseffecten tot de mogelijke maatschappelijke kosten van re-integratie, maar deze zijn moeilijk meetbaar. Overigens kan het bij verdringing nog steeds zo zijn dat de positie van zieke werknemers en arbeidsongeschikten verbetert ten opzichte van groepen die een betere arbeidsmarktpositie innemen. Re-integratie leidt dan niet tot meer werkgelegenheid, maar wel tot meer gelijke werkgelegenheidskansen.

5 SAMENVATTING, CONCLUSIES, LEEMTES EN AANBEVELINGEN

5.1 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

5.1.1 ACHTERGROND EN PROBLEEMSTELLING

Als gevolg van de vergrijzing wordt een aanzienlijke kostenstijging van de gezondheidszorg verwacht. De overheid zoekt daarom naar wegen om deze stijging te beperken. Daarbij wordt ook gekeken naar de relatie met arbeidsparticipatie. Hiermee zijn immers verschillende raakvlakken. Zo vergroot een hogere arbeidsparticipatie het financiële draagvlak voor de gezondheidszorg. Maar verhoging van de arbeidsparticipatie zou ook een direct positief effect op de gezondheid kunnen hebben. Zo leidt langdurige werkloosheid mogelijk tot verslechtering van de gezondheid en zou vermindering van de langdurige werkloosheid dan tot verbetering hiervan leiden en derhalve tot een geringer beroep op de gezondheidszorg.

De ministeries van VWS, SZW en BZK gaan op dit moment na of er een meerjarig kennisprogramma op het gebied van participatie en gezondheid nodig is en wat zo'n programma kan opleveren. Hiertoe is een aantal onderzoeksthema's gedefinieerd waarvoor onderzoeken zijn uitgezet. Eén van deze onderzoeken is het onderhavige onderzoek (thema 1: Re-integratie en terugkeer naar werk) waarin de volgende vragen centraal staan:

1. Welke effecten heeft de overgang van economische niet-activiteit naar werken (en vice versa) op gezondheid? Welke effecten heeft werken ten opzichte van niet-werken op de meer lange termijn? Hoe werken effecten van werken op gezondheid door op diverse maatschappelijke kosten en baten, zoals de kosten voor de gezondheidszorg?
2. Welke factoren spelen een rol in de relatie tussen werken/niet werken en gezondheid?
3. Is het mogelijk door middel van re-integratiemaatregelen arbeidsongeschikten en zieke werknemers weer aan het werk te helpen?
4. Wat zijn de maatschappelijke kosten en baten van deze maatregelen?
5. Welke kennisleemtes bestaan op bovengenoemde terreinen? Met wat voor typen onderzoek zouden deze kennisleemtes ingevuld kunnen worden?

Kosten en baten zijn alleen zinvol te bespreken in relatie tot maatregelen die de arbeidsparticipatie bevorderen. In dit rapport is uitsluitend gekeken naar de (macro-economische) kosten en baten van re-integratiemaatregelen voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten (en dus niet naar de vraag hoe het effect van

werken op gezondheid doorwerkt op diverse maatschappelijke kosten en baten, zoals de kosten voor de gezondheidszorg).

Het begrip gezondheid

Gezondheid is een complex begrip. Het duidt enerzijds op het lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn van mensen, maar ook op het ontbreken van lichamelijke en geestelijke afwijkingen of beperkingen. Beide aspecten (de gezondheidsbeleving en de meer of minder objectief vast te stellen afwijkingen of beperkingen) zijn relevant als we de relatie tussen arbeidsparticipatie en gezondheid willen bestuderen.

Werken

Onderzoek wijst uit dat verlies van een baan vaak gepaard gaat met vermindering van de gezondheid en dat degenen die langdurig zonder werk blijven veelal een verdere verslechtering van de gezondheid doormaken. Werkenden zijn gemiddeld genomen gezonder dan niet werkenden. Uit deze vaststelling mag echter niet zonder meer worden geconcludeerd dat er een positief causaal verband is tussen het hebben van werk en de gezondheid. Het verband tussen arbeidsparticipatie en gezondheid is namelijk tweezijdig (zie het volgend tekstblok). Verder pakt werken zeker niet in alle omstandigheden positief uit voor de gezondheid. Bepaalde typen werk brengen risico's op ongelukken, beroepsziekten en lichamelijke slijtage met zich mee. Omdat dit echter één van de afzonderlijke onderzoeksthema's is voor het meerjarig kennisprogramma, is hiervoor een ander onderzoek uitgezet. In het onderhavige onderzoek wordt aan laatstgenoemde aspecten van het werk geen aandacht geschonken.

Arbeidsparticipatie en gezondheid: een tweezijdig verband

Een slechte gezondheid kan zowel oorzaak als gevolg van werkloosheid zijn. Werkenden met een slechte gezondheid hebben meer kans om werkloos te worden en het voortduren van de werkloosheid gaat gepaard met een verslechtering van de gezondheid. Een werkloze met een goede gezondheid lijkt een grotere kans op werk te hebben dan een werkloze met een minder goede gezondheid. Daarnaast is denkbaar dat mensen met een minder goede gezondheid die wel een baan kunnen krijgen, minder uitzicht hebben op een aantrekkelijke baan, het soort baan dat mogelijk juist gunstige effecten op de gezondheid heeft. Het hebben van een baan en de aard van de baan zijn dan endogeen in relatie tot gezondheid.

Methodologische problemen bij niet-experimentele evaluaties van re-integratiemaatregelen

Als mensen na deelname aan een re-integratiemaatregel een baan vinden, dan zegt dit weinig over het effect van de maatregel, want mogelijk hadden zij zonder deelname ook een baan gevonden. Een goede meting van de effectiviteit vereist dus een betrouwbare schatting van de counterfactual. Omdat in Nederland en de

meeste andere Europese landen experimenten, die hiervoor het meest betrouwbaar zijn, niet worden toegepast, moet men zijn toevlucht nemen tot niet-experimentele evaluaties. Bij laatstgenoemde benaderingen doet zich echter het probleem voor dat arbeidsongeschikten die deelnemen aan re-integratie mogelijk sterk afwijken van niet-deelnemers op ‘zachte’ kenmerken die doorgaans niet worden gemeten zoals motivatie, zelfvertrouwen en sociale netwerken. Ook de gezondheid en de aard van de beperkingen worden veelal slechts onvolledig gemeten. Dergelijke factoren kunnen zowel de kans op deelname aan re-integratie als de transitiekans naar een baan beïnvloeden. Als we vinden dat deelnemers een hogere kans hebben op een baan dan niet-deelnemers dan hoeft dit niets te maken te hebben met de deelname; het kan ook zijn dat deelnemers aan re-integratie beter gemotiveerd zijn, een beter sociaal netwerk hebben, e.d. Het is zeer de vraag of econometrische technieken die voor deze selectie-onzuiverheid trachten te corrigeren dit probleem adequaat oplossen.

5.1.2 CONCLUSIES

De effecten van werken op de gezondheid: overzicht van empirische studies

Op basis van de literatuur kunnen slechts globale conclusies worden getrokken over de effecten van arbeidsparticipatie op de gezondheid. Veel studies wijzen op een positief effect van werken op gezondheid. De meeste studies houden echter geen rekening met het tweezijdige verband tussen werk en gezondheid, met endogeniteit en/of de invloed van niet-waargenomen factoren, zodat methodologisch gezien er veel valt af te dingen aan deze studies. De schaarse studies die meer betrouwbare onderzoeksmethoden hanteren laten meestal kleinere of zelfs niet-significante effecten zien.

Uit de bestudeerde literatuur concluderen wij dat het meeste bewijs bestaat voor een negatief effect op de mentale gezondheid bij verlies van de baan en een positief effect op de mentale gezondheid bij herintreding. Mogelijk ligt bij de lichamelijke gezondheid het verband eerder van gezondheid naar het al dan niet hebben van werk, dan andersom.

In de relatie tussen werken/niet werken en gezondheid spelen psychosociale factoren, het inkomen en de arbeidsomstandigheden voor zover wij die bekeken hebben¹⁷ een rol. Uit de literatuur blijkt dat werk het meest geschikte instrument is om een aantal psychosociale functies te vervullen. Via verschillende kanalen draagt werk bij aan het welzijn van individuen. Er is een negatief verband tussen de duur van de werkloosheid en de gezondheidssituatie. Lage inkomsten leiden tot economische stress binnen een gezin, wat samen gaat met een slechtere gezondheid.

¹⁷ In hoofdstuk 2, paragraaf 2.2.2 is uitgelegd waarom de invloed van werk met risico's op ongelukken, beroepsziekten en lichamelijke slijtage op de gezondheid geen onderwerp is geweest in het onderhavige onderzoek.

We kunnen ook concluderen dat er een relatie is tussen bepaalde aspecten van een baan en de gezondheid. Werkhervatting in een baan van slechte kwaliteit kan voor sommige groepen zelfs een negatiever effect op de gezondheid hebben dan werkloosheid. Aspecten van het werk die een positieve invloed hebben op de gezondheid zijn bijvoorbeeld: autonomie, werk dat een beroep doet op de creativiteit, 'gezonde' werkdruk en mogelijkheden voor eigen ontwikkeling. Aspecten die een negatieve invloed hebben op de gezondheid zijn onder meer: snel moeten werken, deadlines, veel taakeisen. Overwerk, lange werkdagen, onregelmatige werktijden of werken op a-typische tijden vergroten het risico op gezondheidsverslechtering. De mogelijkheid om net zo veel uren te werken als men wenst, om de eigen werktijden te kunnen bepalen en/of aan te passen hebben een positief effect op het welzijn van werknemers. Baanonzekerheid (bijvoorbeeld als gevolg van de contractvorm) leidt ook tot een verslechtering van de gezondheid. Verder wijzen we opnieuw op typen werken met specifieke risico's op ongelukken, beroepsziekten en lichamelijk slijtage.

De relatie tussen arbeidsparticipatie en gezondheid is niet voor iedereen hetzelfde, maar hangt af van kenmerken zoals leeftijd, geslacht en sociaal-economische status. Uit de weinig beschikbare empirische studies komt echter geen duidelijk beeld naar voren. Eén van de conclusies die wel eenduidig zijn is dat de toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen hun gezondheidspositie heeft verbeterd.

Er zijn geen studies beschikbaar die inzicht geven in de lange-termijneffecten van arbeidsparticipatie op de gezondheid. Bijvoorbeeld: een transitie van niet werken naar werken verbetert waarschijnlijk de gezondheid, maar is dit effect duurzaam? Wat is de relatie tussen bepaalde carrièrepatronen en gezondheid? Hierover hebben wij geen informatie gevonden.

Tot slot kunnen we concluderen dat er sprake is van interpersonele effecten. In veel studies wordt aangetoond dat werkloosheid negatieve effecten heeft op het welzijn en de gezondheid van gezinsleden. Maar ook werken kan effect hebben op bijvoorbeeld de gezondheid van de partner.

Re-integratie van zieke en arbeidsongeschikte werknemers: overzicht van empirische studies

Uit de gevonden literatuur komt een positief beeld van re-integratie naar voren, zowel wat de effectiviteitsstudies als wat de kosten-baten analyses betreft. Wel moeten hierbij enkele kanttekeningen worden geplaatst van methodologische aard, die aanleiding zijn tot nuancering van de conclusies. Veel effectstudies hanteren methoden waar vraagtekens bij kunnen worden gezet. Verder worden kosten-batenanalyses alleen uitgevoerd vanuit een positief effect van re-integratie op de kans op werkherleving, terwijl niet alle effectstudies een dergelijk positief effect opleveren.

Van de verschillende re-integratieinstrumenten blijken bemiddeling (voor mensen die geen werkgever hebben, bij wie ze het werk kunnen hervatten) en

aanpassingen op de werkplek (voor mensen die wel een werkgever hebben) het meest effectief te zijn. Een experimentele evaluatie wijst uit dat een intensievere 'screening' van WAO-aanvragen ook een goede bijdrage aan de re-integratie van langdurig zieken levert. Persoonlijke begeleiding van re-integratiecliënten levert ook meestal positieve effecten op, ook al is het moeilijker om bij dit instrument een precies beeld van de succesfactoren te krijgen, doordat 're-integratietrajecten' die verschillende instrumenten bevatten als één geheel worden geëvalueerd. Een soortgelijk probleem komt bij scholing en 'vocational rehabilitation' naar voren. Deze instrumenten komen in vele vormen voor en geven waarschijnlijk mede daardoor een wisselend beeld. Ten slotte blijken gesubsidieerde arbeid en beschermde werkplaatsen maar beperkt effectief te zijn, omdat ze niet tot doorstroming naar de reguliere arbeidsmarkt leiden. Van begeleid werken wordt in dit verband meer verwacht.

Het positieve beeld van de effectiviteit van re-integratiemaatregelen voor arbeidsongeschikten en langdurige zieken komt overeen met de bevinding dat re-integratiemaatregelen voor werklozen in het algemeen het meest effectief zijn voor cliënten met de grootste afstand tot de arbeidsmarkt. Ook binnen de groep arbeidsongeschikten en langdurig zieken is dit patroon aanwezig. Volledig arbeidsongeschikten en vrouwen, die in bruto termen minder kans op werkhervatting hebben, profiteren meer van re-integratieinstrumenten dan andere groepen. De effecten van leeftijd en opleidingsniveau zijn minder eenduidig.

Factoren die het succes van re-integratie bepalen zijn: een goede relatie met (en/of een open houding van) de werkgever, een vroegtijdige inzet van re-integratieinstrumenten en een goede samenwerking tussen de verschillende re-integratiediensten, de werkgever en de werknemer.

Uit kosten-baten analyses blijkt dat de baten van re-integratie de directe kosten van de maatregelen overtreffen. Hierbij wordt dan wel de veronderstelling gemaakt dat bij re-integratie geen verdringing optreedt: de analyses gaan ervan uit dat re-integratie werkelijk tot een toename van de werkgelegenheid leidt en niet tot gevolg heeft dat arbeidsongeschikten 'in plaats van' andere werklozen worden aangesteld. Vooral in arbeidsmarktsituaties waarin de werkloosheid hoog is en de openstaande vraag gering, kan bij deze veronderstelling een vraagteken worden gezet. Verder bestaat discussie over de vraag of de maatschappelijke kosten-batenverhouding ook nog positief is als rekening wordt gehouden met het feit dat degenen die gere-integreerd zijn vrije tijd moeten inleveren en wellicht ook meer stress en emotionele belasting ervaren.

De baten komen in de eerste plaats tot uiting in hogere belasting- en premieopbrengsten en besparingen op uitkeringen (en wellicht zorgkosten als de gezondheid van de gere-integreerden verbetert). Waar deze baten neerslaan, hangt af van wat de overheid hiermee doet. Hogere belastingopbrengsten kunnen bijvoorbeeld aanleiding zijn tot belastingverlaging maar ook tot uitbreiding van de collectieve voorzieningen of vermindering van de staatsschuld. Op bedrijfsniveau besparen de werkgevers op loondoorbetaling en vermindert de werkdruk op collega's van zieke werknemers als deze versneld het werk hervatten. Verder

geeft een verbetering in de positie van kansarme groepen als arbeidsongeschikten de burger mogelijk 'een goed gevoel'.

5.2 LEEMTES IN DE BESTAANDE KENNIS EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

5.2.1 EFFECTEN VAN WERKEN OP DE GEZONDHEID

Tabel 5.1 bevat een opsomming van de belangrijkste leemtes in onze kennis over de effecten van werken op de gezondheid en wordt ingegaan op de vraag welk onderzoek op langere termijn in deze leemtes kan voorzien. Het gaat om de volgende hoofdpunten, die onderdeel zouden kunnen zijn van een langetermijnonderzoeksprogramma:

1. Het verkrijgen van meer inzicht in de doorwerking van de gezondheidseffecten op het zorggebruik en de mogelijke daling hierdoor van de zorgkosten. Daarover is tot nu toe niets bekend. Deze vraag is voor de overheid bijzonder relevant, omdat informatie over zorggebruik een belangrijk deel uitmaakt van een analyse van de kosten en financiële opbrengsten van participatie in relatie met gezondheid.
2. Het verkrijgen van een betrouwbare schatting van het effect van werken op de gezondheid. Zolang de schattingen van het effect van participatie op de gezondheid onder de verdenking van 'bias' staan, kunnen ze moeilijk voor beleidsontwikkeling gebruikt worden. Daarom is het van belang om meer onderzoek te verrichten naar de wederzijdse relatie tussen werken en gezondheid, bijvoorbeeld door simultane modellen te gebruiken. In dit kader zou het effect van re-integratie van langdurig zieken en arbeidsongeschikten (als een bijzondere vorm van werkhervatting) op hun gezondheid bijzondere aandacht kunnen krijgen.
3. Het verkrijgen van meer inzicht in de kenmerken en omstandigheden van het werk die maken dat werken de gezondheid bevordert. Hiervoor is het noodzakelijk dat werkenden over een langere periode worden gevolgd. Ook hierbij is informatie over zachte factoren naast harde factoren gewenst. Inzicht in de relevante kenmerken en omstandigheden van het werk kan mogelijk benut worden voor maatregelen om werken gezonder te maken.
4. Het verkrijgen van meer inzicht in de rol van contextfactoren. Het effect van werken op de gezondheid hangt mogelijk af van arbeidsmarktinstuties en de algemene arbeidsmarktsituatie. Om hierover meer te weten te komen is internationaal vergelijkend onderzoek een mogelijkheid. Een meta-evaluatie op basis van de beschikbare internationale studies zou ook een mogelijkheid zijn, maar het is de vraag of daarvoor voldoende goed gedocumenteerde studies beschikbaar zijn.

Bij al deze punten kan ook meer aandacht geschonken worden aan de verschillen in effecten die optreden in relatie met persoonlijke kenmerken, zoals geslacht, leeftijd en opleiding.

Wij zijn van mening dat hierbij punt 1 eerste prioriteit heeft omdat hierover, voor zover wij weten, niets bekend is. Punt 2 komt direct daarna in onze prioriteitsvolgorde. Afhankelijk van de beschikbare data zou dit punt (deels) gecombineerd kunnen worden met punt 3.

Om deze kennisleemtes te kunnen vullen zijn goede data nodig. Met name om de wederzijdse relatie tussen werken en gezondheid te kunnen onderzoeken zijn twee zaken van cruciaal belang: a) longitudinale data waarin voldoende overgangen van werken naar niet-werken en vice versa voorkomen, en b) informatie over ‘zachte’ kenmerken als zelfvertrouwen, motivatie en sociale netwerken naast ‘harde’ kenmerken als leeftijd en geslacht. De waarnemingsperiode moet voldoende lang zijn (enkele jaren) om bijvoorbeeld effecten van langdurige werkloosheid te kunnen vaststellen. Een lijst van mogelijk bruikbare databronnen (zoals bijvoorbeeld het Gezondheidsstatistisch Bestand, dat in de toekomst medische registratie op persoonsniveau aan het Sociaal Statistisch Bestand zal koppelen) is in bijlage 3 opgenomen. Vooral aan eis (a) zal door zulke data in de toekomst hopelijk worden voldaan, doordat op longitudinale basis informatie over participatie, gezondheid en zorggebruik van individuen zal worden verzameld. Dit biedt ook mogelijkheden, om de eerstgenoemde kennisleemte te vullen. Maar informatie over ‘zachte’ factoren (eis (b)) zal aanvullend verzameld moeten worden.

Kort-lopende onderzoeken op basis van bestaande data lijken mogelijk voor punten 2, 3 en 4 (zie tabel 5.2). Daarbij kan onder meer worden gedacht aan het OSA-aanbodpanel wat longitudinale data bevat over onder meer de gezondheid, arbeidsmarkttransities, werkinhoud, loonhoogte en arbeidsomstandigheden. Een beperking van het panel is dat de vraagstelling in de loop van de tijd is veranderd. Een andere mogelijke databron voor kort-lopend onderzoek zijn periodieke enquêtes onder allochtonen, waarin zowel de gezondheid als de arbeidsparticipatie worden gemeten. Dit zijn echter geen paneldata, wat het moeilijker maakt betrouwbare conclusies te trekken. Verder kan aan de internationale SHARE-data worden gedacht die ook data voor Nederland bevatten. Deze data zouden mogelijk ook gebruikt kunnen worden voor onderzoek naar de invloed van contextfactoren. In al deze gevallen is drie maanden overigens (te) krap. Een termijn van vier tot zes maanden is realistischer.

Tabel 5.1 Overzicht kennisleemtes effecten van werken op gezondheid voor input onderzoeken van het onderzoeksprogramma voor de lange(re) termijn

Omschrijving kennisleemtes: Subthema's	Kennisvragen (breed geformuleerd)	Beleidsmatige relevantie (need to know?)	Betrokken actoren	Onderzoeksoepzet/ methodiek/zo mogelijk looptijd	Te verwachten concrete opbrengsten: - nieuwe kennis over effectiviteit - concrete toepassingsmogelijkheden voor bedrijven/overheid
De doorwerking van de effecten van werken op gezondheid op diverse maatschappelijke kosten en baten, zoals de kosten voor de gezondheidszorg	In hoeverre leidt verbetering van de gezondheid door een hogere arbeidsparticipatie tot een geringer gebruik van zorgvoorzieningen en daardoor tot besparingen op de gezondheidszorg?	Betere schatting van kosten en baten: alleen als het zorggebruik vermindert worden besparingen gerealiseerd	Overheid Zorgverzekeraars Verzekerden	Niet alleen schatting van het effect van werken op de gezondheid, maar ook schatting van de (verandering in de) gezondheid op het zorggebruik Vereist dat data beschikbaar zijn over de relatie tussen gezondheid en functiebeperkingen aan de ene kant en het gebruik van de gezondheidszorg aan de andere kant (bijv. SEGV monitor)	Betere kennis van de werkelijke baten van een verhoging van de participatie (Informatie is noodzakelijk voor inschatting van eventuele besparingen op de gezondheidszorg) Belangrijk voor rechtvaardiging van beleid dat op participatieverhoging gericht is
Een betrouwbare schatting van het effect van werken op de gezondheid	Hoe groot is het effect van arbeidsparticipatie op de gezondheid als er tegelijkertijd rekening mee wordt gehouden dat gezondheid ook effect heeft op de arbeidsparticipatie en dat naast harde ook zachte factoren een rol spelen in deze relatie? Wat zijn de effecten van werkhervatting op de gezondheid van gere-integreerde langdurig zieken en arbeidsongeschikten?	Als werken geen positief effect zou hebben op de gezondheid kan verhoging van de participatie niet worden gemotiveerd uit mogelijke besparingen op de kosten van de gezondheidszorg.	Overheid Verzekeraars Werkenden en niet-werkenden	Toepassing van paneldatamethoden en simultane schattingsmethoden op longitudinale data waarin voldoende transities tussen werken en niet-werken voorkomen. Van belang is dat mensen na een overgang minimaal enkele jaren worden gevolgd Onderzoeksduur afhankelijk van tijd die het kost om goede databestanden op te zetten. Longitudinale data bestaan of worden reeds verzameld, maar data over 'zachte factoren' ontbreken nog. Met name voor variabelen als motivatie en zelfvertrouwen is waarschijnlijk tijd (enkele jaren) nodig, om goede informatie te verzamelen.	Kennis over werkelijke grootte van effect van werken op gezondheid. Belangrijk voor rechtvaardiging van beleid dat op participatieverhoging gericht is

Omschrijving kennisleemtes	Kennisvragen	Beleidsmatige relevantie	Betrokken actoren	Onderzoeksoopzet	Te verwachten concrete opbrengsten
Invloed van afzonderlijke aspecten van werk (werkinhoud) op de gezondheid en het bestaan van tweezijdige causaliteit	Wat is het effect van afzonderlijke aspecten van het werk op de gezondheid en beïnvloedt de gezondheidssituatie de wijze waarop met afzonderlijke aspecten van het werk wordt omgegaan?	Beleid kan zich richten op inrichting van werkinhoud als blijkt dat dat de gezondheid van werknemers in positieve zin beïnvloedt. Bestaande studies geven geen eenduidig beeld van de relatie tussen afzonderlijke werkaspecten en gezondheid, onder meer omdat de diverse aspecten van werk onderling weer samenhangen. Ook het verband andersom is onbekend.	Overheid Werkgevers Arbodiensten Koepel van bedrijfsartsen Verzekeraars Werkenden en niet-werkenden	Vergelijkbare opzet als bij meting gemiddelde effect van werk op de gezondheid. Vereist dat werkenden over een voldoende lange tijd worden gevolgd, Er moet rekening worden gehouden met: de wederzijdse relatie tussen gezondheid en werkkenmerken, de invloed van gezondheid op de omgang met werkkenmerken, de samenhang tussen verschillende werkkenmerken.	Kennis over de invloed van afzonderlijke aspecten van werk op de gezondheid en de invloed van gezondheid op de invulling van afzonderlijke aspecten van het werk. Kan een basis voorstellen voor beleid ten opzichte van werkorganisatie en arbeidsomstandigheden.
De rol van contextfactoren	Onbekend is of en in welke zin Institutionele factoren en de algemene arbeidsmarktsituatie het effect van werken op de gezondheid beïnvloeden	Kan bijvoorbeeld aanleiding zijn om instituties te veranderen	Overheid Sociale partners	Internationaal vergelijkend onderzoek: verschillen in het effect van werk op de gezondheid naar type van uitkeringssysteem, arbeidsmarktinstituties, arbeidsmarktsituatie... Kan zowel op basis van geaggregeerde als individuele data (of een combinatie) over verschillende landen Tijd gaat vooral zitten in opbouwen databestand	Inzicht in rol instituties en arbeidsmarktsituatie Biedt mogelijk handvatten voor hervorming instituties

Bron: SEOR, 2008

Tabel 5.2 Suggesties “Quick win” onderzoeken thema effecten van werken op gezondheid: kort lopende onderzoeken

Omschrijving Onderzoek	Vraagstelling	Methodiek/databronnen	Te verwachten concrete opbrengsten: - nieuwe kennis over effectiviteit - concrete toepassingsmogelijkheden voor bedrijven/overheid
Effectiviteit van werken op gezondheid	Leidt werken tot een betere gezondheid in relatie tot niet werken?	Onderzoek op basis van bestaande databronnen, rekening houdend met tweezijdig verband (bvb met simultaan model); OSA-aanbodpanel: analyse van effect arbeidsmarkttransities op gezondheid; SPVA-data: cross-sectie analyses op basis van periodieke enquêtes onder allochtonen Longitudinaal onderzoek op basis van SHARE-data	Meer inzicht in effect werken op gezondheid, betere basis voor beleid ten opzichte van participatieverhoging
Effect van verschillende werkaspecten op de gezondheid	Welke aspecten van het werk leiden tot gunstige gezondheidsaspecten	Vergelijkbare opzet als bij meting gemiddelde effect van werk op de gezondheid. Onderzoek op basis van OSA-aanbodpanel dat uitgebreide informatie over de verschillende aspecten van het werk bevat	Meer inzicht in de aspecten van werken die tot gunstige gezondheidseffecten leiden Basis voor beleid gericht op arbeidsomstandigheden en werkorganisatie
Effecten van de context	In hoeverre zijn contextfactoren zoals de algemene arbeidsmarktsituatie en arbeidsmarktinstituties van invloed op de gezondheidseffecten van werken	Internationaal vergelijkend onderzoek op basis van SHARE data	Beleidsmogelijkheden om de gezondheidseffecten van werken te vergroten

Bron: SEOR, 2008

5.2.2 RE-INTEGRATIE

Tabel 5.3 geeft een overzicht van de (min of meer) bewezen re-integratiemaatregelen. Dit betreft aanpassingen van de werkplek, bemiddeling, screening van WIA-aanvragen en persoonlijk begeleiding. De effecten van scholing zijn onduidelijk. Hetzelfde geldt voor gesubsidieerde arbeid (bijvoorbeeld in de vorm van begeleid werken).

Een overzicht van de kennisleemtes als input voor een onderzoeksprogramma op langere termijn is opgenomen in tabel 5.4.

De meeste prioriteit bij verder onderzoek naar re-integratiemaatregelen heeft ons inziens de rol van 'zachte' factoren hierbij. Het gaat bijvoorbeeld om motivatie, sociale contacten, ambitie en sociale vaardigheden. Ook de gezondheid van re-integratiecliënten is een van deze factoren. Deze factoren spelen een belangrijke rol bij de selectie van cliënten voor trajecten door instanties en uitvoerenden. Verder zijn deze factoren van invloed op de baankansen van cliënten. Momenteel ontbreekt informatie over deze factoren vrijwel geheel. Nader inzicht hierin kan leiden tot een beter beeld van de effecten van re-integratie op de baankansen en op de mogelijkheden om zachte factoren via re-integratiemaatregelen te beïnvloeden.

Experimenten zijn als evaluatiemethode betrouwbaarder dan niet-experimentele methoden en daarom bevelen wij, zoals vele onderzoekers eerder hebben gedaan, de uitvoering van experimentele evaluaties aan. Ook binnen een experimentele opzet kan de rol van zachte factoren worden onderzocht.

Een andere belangrijke kennisleemte betreft de kwaliteit en de continuïteit van de arbeidsinpassing na re-integratie. Bestaand onderzoek richt zich vrijwel geheel op de korte-termijneffecten van re-integratie. Inzicht in de kwaliteit van de arbeidsinpassing is binnen de context van dit onderzoek ook daarom van belang omdat onderzoek uitwijst dat bij werkhervatting in een kwalitatief laagwaardige baan positieve gezondheidseffecten wel eens zouden kunnen uitblijven (zelfs negatieve gezondheidseffecten zijn dan niet uit te sluiten). De continuïteit van de arbeidsinpassing is vooral relevant bij instrumenten als vakscholing die vrij lange tijd in beslag nemen en daarom in eerste instantie mogelijk zelfs tot verlenging van de uitkeringsperiode leiden. Op langere termijn zou dit gecompenseerd kunnen worden doordat de scholing na werkhervatting de kans op terugkeer in een uitkering verkleint. Hierover is maar weinig bekend.

Ten slotte geeft het bestaande onderzoek enige indicaties dat re-integratie het meest effectief is voor groepen met de grootste afstand tot de arbeidsmarkt. Dit lijkt uit beleidsmatig oogpunt een zeer belangrijk aspect, waarover meer zekerheid gewenst is. Onderzoek naar de effectiviteit van maatregelen voor verschillende doelgroepen (en in het bijzonder voor mensen met verschillende ziekten en beperkingen) kan gecombineerd worden met onderzoek naar de rol van zachte factoren. Het valt namelijk aan te nemen dat zachte factoren (zoals het niet

beschikken over een voor werk relevant netwerk) juist de achtergrond vormen van de grote afstand tot de arbeidsmarkt.

Sommige van deze punten zouden wellicht op basis van bestaande gegevens kunnen worden onderzocht (zie tabel 5.5), maar ook hierbij geldt dat een termijn van drie maanden erg krap is.

De meest evidente databron voor onderzoek naar de effectiviteit van re-integratie zijn gegevens van het UWV en van andere administraties zoals gemeenten of het CWI. Door koppeling van bestanden kunnen (ex-)cliënten hiermee over langere termijn worden gevolgd, ook nadat zij een baan hebben gevonden. Beperkingen van deze data zijn dat opleiding niet opgenomen is in de data over werkenden en dat hieruit evenmin veel bekend is over werkinhoud en arbeidsomstandigheden. Ook is er nauwelijks iets bekend over zachte factoren.

Daarnaast kan ook het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) worden gebruikt. Deze loopt continu sinds 1998 en verzamelt data over de ervaren gezondheid, het gebruik en de behoeften aan zorg en de maatschappelijke situatie (inclusief werk en inkomen) van 3.800 mensen met een lichamelijke chronische ziekte of handicap. Dit panel kan in het bijzonder interessant zijn om het verband tussen werkhervatting of participatie en gebruik van de gezondheidszorg te onderzoeken.

Tabel 5.3 Overzicht bewezen effectieve maatregelen thema re-integratie

Instrument	Succesfactoren	Doelgroep (leeftijd, opleidingsniveau etc.)	Effect op: verzuim, gezondheid, aan verzuim gerelateerde kosten, anders, te weten.....	Concrete toepasbaarheid
Aanpassingen op de werkplek	Goede samenwerking tussen werkgever en werknemers Goede samenwerking tussen werkgever en re-integratiediensten	Langdurig zieken en arbeidsongeschikten met een werkgever, bij wie ze het werk kunnen hervatten	Hogere kans op werkhervatting, verkorting van de verzuimtijd Mogelijke besparingen op loondoorbetaling Verminderde werklast voor collega's	Werknemers en werkgevers: hebben allebei belang bij een snelle en soepele werkhervatting
Bemiddeling	Goede contacten tussen re-integratiediensten en werkgevers Open houding van werkgevers ten opzichte van arbeidsgehandicapten	Langdurig zieken en arbeidsongeschikten zonder werkgever; Is effectief voor jongeren en voor hoger opgeleide mensen	Hogere kans op werkhervatting, verkorting van tijd zonder werk Besparingen op uitkeringslasten	Re-integratiediensten: snellere plaatsing van cliënten mogelijk Werkgevers: meer informatie over het inhuren van arbeidsgehandicapten nodig
Screening van WIA-aanvragen	Meer middelen in WIA-kantoren.	Langdurig zieke werknemers	Hogere kans op werkhervatting, verkorting van de verzuimtijd Besparingen op uitkeringslasten	Zou in alle WIA-kantoren kunnen worden ingevoerd?
Persoonlijke begeleiding	Goede verdeling van verantwoordelijkheden binnen het bedrijf, tussen bedrijf en sociale diensten, en tussen instanties verantwoordelijk voor re-integratie.	Zowel voor zieken als arbeidsongeschikten met en zonder werkgever	Hogere kans op werkhervatting, verkorting van de verzuimtijd Besparingen op loondoorbetaling of uitkeringslasten	Belangrijk voor zowel re-integratiediensten als werkgevers: om snellere werkhervatting mogelijk te maken
Alle instrumenten	Inzet zo vroeg mogelijk in de uitkeringsperiode; daartoe toepassing van profiling		Werkhervatting heeft mogelijk positieve effecten op de gezondheid van werkhervatters Maatschappij heeft baat bij groei van werkgelegenheid door extra belastingopbrengsten, meer premie-afdrachten en besparingen op uitkeringen (aannemende dat deze baten de kosten overtreffen)	

Bron: SEOR, 2008

Tabel 5.4 Overzicht kennisleemtes thema re-integratie voor input onderzoeken van het onderzoeksprogramma voor de lange(re) termijn

Omschrijving kennisleemtes: Subthema's	Kennisvragen (breed geformuleerd)	Beleidsmatige relevantie (need to know?)	Betrokken actoren	Onderzoeks- opzet/ methodiek/zo mogelijk looptijd	Te verwachten concrete opbrengsten: - nieuwe kennis over effectiviteit - concrete toepassingsmogelijkheden voor bedrijven /overheid
Rol zachte factoren bij re-integratie	Wat zijn 'zachte factoren' die de kans op werkherhvatting beïnvloeden en tot nu toe in effectiviteitsstudies niet werden gemeten?	Belangrijk om het probleem van endogeniteit van deelname aan re-integratiemaatregelen op te lossen en dus effectiviteit preciezer te kunnen meten	Overheid en uitkeringsinstanties Re-integratiebedrijven Re-integratiecliënten	Nieuwe dataverzameling, waarin factoren zoals motivatie, ambitie, karakter enz. worden meegenomen (mogelijk in samenwerking met medewerkers van re-integratiebedrijven) Effectstudies, waarin deze nieuwe variabelen worden meegenomen. Doorvoeren van experimenten, om selectie op basis van zachte factoren uit te schakelen en een zuiver beeld van effectiviteit te krijgen.	Precieze meting van effectiviteit Voorkomen van afroming, die nu misschien 'onbewust' plaatsvindt op basis van niet gemeten kenmerken. Inzicht in mogelijkheden om instrumenten effectiever te maken?
Effect re-integratie op de kwaliteit van de baan waarin de werkherhvatting plaatsvindt	Wat voor werk wordt door werkherhvatting verricht? Wat is de invloed van verschillende instrumenten op de kwaliteit van werk bij werkherhvatting?	Belangrijk om instrumenten effectiever te maken (in het bijzonder scholing)	Overheid (instituten die voor scholing verantwoordelijk zijn) Re-integratiecliënten	Effectiviteitsstudies met bredere doelvariabelen: niet alleen werkherhvatting op de korte termijn, maar ook kwaliteit van het werk. Nodige gegevens kunnen verkregen worden door koppeling van UVW gegevens met gegevens van andere administraties. Betere gegevens zouden kunnen worden verzameld, bijv. inclusief opleiding, werkinhoud, arbeidsomstandigheden.	Breder beeld van effectiviteit van instrumenten Mogelijk invloed op de gezondheid van werkherhvatting Inzicht in mogelijkheden om instrumenten effectiever te maken?

Omschrijving kennisleemtes	Kennisvragen	Beleidsmatige relevantie	Betrokken actoren	Onderzoeksofzet	Te verwachten concrete opbrengsten
Effect re-integratie op de duurzaamheid van de arbeidsinpassingen	Is re-integratie duurzaam? Termijn waarop de effecten van een instrument zich gaan voordoen? Op welk tijdstip is het verstandig om effecten te meten?	Belangrijk om een juist beeld van effectiviteit te hebben: a) effect is mogelijk slechts tijdelijk, b) bij korte waarnemingsperiode wellicht onderschatting van duurzaamheid effect	Overheid (sociale diensten, scholingdiensten...), Re-integratiebedrijven Re-integratiecliënten	Voor duurzaamheid: effectiviteitstudies met bredere doelvariabelen (meer of minder duurzame werkherleving) Nodige gegevens kunnen verkregen worden door koppeling van UVW gegevens met gegevens van andere administraties. Voor metingperiode: open meting van duur tot werkherleving; verschil maken tussen tijdstip van toekenning en tijdstip van start van een traject; als basis voor nieuwe effectiviteitstudies met aangepaste metingperiodes.	Betere, meer realistische meting van effectiviteit Mogelijk meer informatie over wachttijden voor start van een traject en daarmee verbonden lock-in effecten. Inzicht in mogelijkheden om instrumenten effectiever te maken?
Effectiviteit naar doelgroep	Hoe werken re-integratieinstrumenten voor verschillende doelgroepen? (o.a. hoe verhoudt zich de effectiviteit van maatregelen tot de gezondheid van cliënten?)	Belangrijk om een preciezer beeld van effectiviteit te krijgen, en om specifieke doelgroepen beter te helpen.	Specifieke doelgroepen onder de re-integratiecliënten (vrouwen, allochtonen, jongeren, mensen met psychische klachten, enz.) Overheid en uitkeringsinstanties Re-integratiebedrijven	Effectstudies met bewuste onderscheiding tussen bepaalde sub-samples, om verschillen in effectiviteit tussen groepen te kunnen meten.	Preciezer meting van effectiviteit Meer mogelijkheden om specifieke groepen beter te helpen

Bron: SEOR, 2008

Tabel 5.5 Suggesties “Quick win” onderzoeken thema re-integratie: kort lopende onderzoeken

Omschrijving Onderzoek	Vraagstelling	Methodiek/databronnen	Effectiviteit /effect op gezondheid werknemers, herintreders en/of arbeidsongeschikten	Te verwachten concrete opbrengsten: - nieuwe kennis over effectiviteit - concrete toepassingsmogelijkheden voor bedrijven /overheid
Effectiviteit naar doelgroep	Hoe werken re-integratieinstrumenten voor verschillende doelgroepen?	Effectstudies met bewuste onderscheiding tussen bepaalde sub-samples (vrouwen, allochtonen, jongeren, mensen met psychische klachten, enz.), om verschillen in effectiviteit tussen groepen te kunnen meten. Meer aandacht voor het type baan waarin werkherleving plaatsvindt en voor de carrièreontwikkeling Is mogelijk op basis van UWV-data	Hopelijk verbetering van de situatie van kansarme groepen, als werkherleving tot betere gezondheid leidt.	Precieze meting van effectiviteit Meer mogelijkheden om specifieke groepen beter te helpen
Duurzaamheid re-integratie	Is re-integratie duurzaam? (i.e. blijven mensen voor langere tijd op de arbeidsmarkt, nadat ze het werken hervat hebben?)	Effectstudies met bredere doelvariabelen (meer of minder duurzame werkherleving) Is mogelijk op basis van UVW gegevens	Duurzamere re-integratie = minder ‘job insecurity’, minder negatieve effecten voor de gezondheid.	Betere, meer realistische meting van effectiviteit Inzicht in mogelijkheden om instrumenten effectiever te maken?

Bron: SEOR, 2008

LITERATUUR

- Aakvik, A. (2003), Estimating the employment effects of education for disabled workers in Norway. *Empirical Economics* 28 (3): 515–533.
- Aakvik, A., Heckman, J., Vytlačil, E. (2005), Estimating treatment effects for discrete outcomes when responses to treatment vary: an application to Norwegian vocational rehabilitation programs. *Journal of Econometrics* 125 (2005) 15-51.
- Aarts, L. en Visscher, K. (2003), *Evaluatie REA-scholingsinstituten*. APE, in opdracht van Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Andriessen, S., Houtman, I., Hooftman, W. (2007), Zwangerschaps- en bevallingsgerelateerd verzuim in de Ziektewet, *TNO Kwaliteit van Leven, SZW*.
- Arnetz, B.B., Sjögren, B., Rydén, B. en Meisel, R. (2003), Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. Vol. 45, nr. 5.
- Bach, H., Datta Gupta, N., Hogelund, J. (2007), Employment Effects of Educational Measures for Work-Injured People, *IZA Discussion Paper* No. 2657.
- Bakker, A.B., Geurts, S.A.E. (2004), Toward a Dual-Process Model of Work-Home Interference. *Work and Occupations*; 31; 345366
- Bakker, D.H. de e.a. (2005), Op een lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. RIVM, Bilthoven, samen met NIVEL.
- Bartels B.V. (2005), *Eindevaluatie arboconvenant gehandicaptenzorg*, in opdracht van het MSZW. Amersfoort.
- Batelaan, H-J., Does, B., van Geuns, R. (2001), *Langdurig WAO'ers: voorgoed aan de kant? Een onderzoek naar de re-integratie-activiteiten van langdurig WAO'ers*. Regioplan Onderzoek Advies en Informatie.
- Beek, van der (2003), Discussienotitie Demedicalisering. STECR.
- Beer, P.T. de (2001), *Over werken in de postindustriële samenleving*, hoofdstuk 4, Het nut van werken. SCP, Den Haag, mei 2001.
- Benzeval, M. en Judge, K. (2001): Income and health: the time dimension. *Social Science & Medicine*, 52, 1371-1390
- Blonk, R.W.B. (2006): Het lukt niet zonder werk: over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel. Inaugurale rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar "Arbeidsparticipatie en psychische klachten" *TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp*.
- Bosselaar, H. en Komduur, J. (2005), *Tussen de regels. Analyse van belemmeringen in de*

praktijk van de Wet verbetering poortwachter. Themarapportage Breed Platform Verzekerden en Werk.

- Bryson, A. en D. Kasparova (2003), *Profiling benefit claimants in Britain: A feasibility study*, Department for Work and Pension Research Report 196.
- Burchell e.a. (2007), *Working conditions in the European Union: the gender perspective*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Burgard, S., Brand, J.E., House, J.S. (2007), Towards a better estimation of job loss on health, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 48, blz. 369-384
- Burnay, N., Kiss, P., Malchiare, J. (2005), Sociability, life satisfaction, and mental health according to age and (un)employment *International Congress Series 1280*, blz. 347-352
- Cai, L., Kalb, G., Health status and labour force participation: evidence from Australia, *Health Economics* 15: 241-261 (2006)
- Campen, C. van (2007), *Tevreden meedoen – Werk en geluk onder personen met een chronische ziekte en langdurige lichamelijke beperkingen*. SCP, Den Haag.
- Corden, A. en Thornton, P. (2002), *Employment Programmes for Disabled People: Lessons from research evaluations*, Department for Work and Pensions.
- Crossfield, S., Kinman, G., en Jones, F. (2005): Crossover of occupational stress in dual-career couples. The role of work demands and supports, job commitment and marital communication. *Community, Work and Family*, 8, nr. 2, p. 211-232
- D'Souza, R.M. e.a. (2006) : Work demands, job insecurity and sickness absence from work. How productive is the new, flexible labour force? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2006-30, 3, p. 205
- Darity, W.A. (2003): Employment Discrimination, Segregation and Health. *American Journal of Public Health*, vo. 93, nr. 2, p. 226
- Daubas-Letourneux, V. en Thébaud-Mony, A. (2003): *Work organisation and health at Work in the European Union*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Dean, D.H., Dolan, R.C., Schmidt, R.M. (1999), "Evaluating the vocational rehabilitation program using longitudinal data. Evidence for a quasiexperimental research design". *Evaluation Review*, 23 (1999) 162
- Dekker, B., van Doorn, E., Gemmeke, M., *Verzuimbeleid en reïntegratietrajecten. Eindmeting in het kader van de evaluatie deelconvenant arbo- en verzuimbeleid psychische belasting HOO*. Regioplan OA-285. Amsterdam
- Demerouti, E. en Geurts, S. (2004), Towards a typology of work-home interaction. *Community, Work en Family*, 7:3, 285-309
- Dolinsky, A.L., Caputo, R.K. (2003), Health and female self-employment. *Journal of*

Small Business Management, Milwaukee. Vol. 41, Iss.3; pg. 233

- Dooley, D. en Prause, J. (2004): *The Social Costs of Underemployment. Inadequate Employment as Disguised Unemployment*. Cambridge University Press.
- Doorn, E. van, Rij, C. van, Soethout, J. (2004), *Eindevaluatie arboconvenant bitumineuze- en kunststof- dakbedekkingsbranche*. Regioplan nr. 1199. Amsterdam.
- Engelen, M. (2007), *Evaluatie arboconvenant Podiumkunsten*, in opdracht van stichting ArboPodium. Research voor Beleid. Leiden.
- European Commission (2000), *Benchmarking employment policies for people with disabilities*. A study prepared by ECOTEC Research and Consulting Ltd.
- European Commission (2004), *Active Labour Market Programmes for People with Disabilities, Facts and figures on use and impact*. Study prepared by EIM Business and Policy Research.
- Fröhlich, M., Heshmati, A. en Lechner, M. (2004), A Microeconomic Evaluation of Rehabilitation of Long-term Sickness in Sweden. *Journal of Applied Econometrics*. 19 (2004) 375-396
- Goodwin, A. M. en Kennedy, A. (2001): The psychosocial benefits of work for people with severe and enduring mental health problems. *Community, Work & Family*, vol. 8, nr.1, p. 23-35
- Graetz, B. (1993), Health consequences of employment and unemployment: longitudinal evidence for young men and women. *Social science and medicine*, 36(6), 715-24
- Greenberg, D. en Davis, A. (2007), *Evaluation of the New Deal for Disabled People: The cost and cost-benefit analyses*. Department for Work and Pensions.
- Hamilton, V.H., Merrigan, Ph., Dufresne, E. (1997) Down and out: estimating the relationship between mental health and unemployment, *Health Economics*, Vol. 6, 397-406
- Hennessey, J.C. en Muller, L.S. (1995), The effect of vocational rehabilitation and work incentives on helping the disabled-worker beneficiary back to work. *Social Security Bulletin*, 58, 1, p.15.
- Heshmati, A., Engström, L.G., 2001. Estimating the effects of vocational rehabilitation programs in Sweden, in: Lechner, M., Pfeiffer, F. (eds.), *Econometric Evaluation of Labour Market Policies*. ZEW Economics Studies 13. Physica-Verlag: New York.
- Heyma, A. (2006), *De weg terug; epiloog. Onderzoek naar het netto effect van de reïntegratiedienstverlening bij (gedeeltelijk) goedgekeurde niet-werkende arbeidsongeschikten in de periode 2002-2004*. Amsterdam: SEO.
- Heyma, A., W. Zwinkels en J. Van Seters (2003), *Doelgroepindeling aanbesteding reïntegratie: De relatie tussen persoonskenmerken, kosten en effectiviteit van*

- reïntegratietrajecten*. TNO Arbeid in opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen (RWI), Den Haag.
- Hoffius, R., Duvekot, L., Grootsholte, M., Engelen, M. (2003), *De inzet van scholing bij re-integratietrajecten*. Onderzoek uitgevoerd door Bureau Astri en Research voor Beleid in opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen.
- Hogelund, J. (2003) *In Search of Effective Disability Policy Comparing the Developments and Outcomes of the Dutch and Danish Disability Policies*. Amsterdam University Press.
- Hogelund, J. en Holm, A. (2002): *Returning long-term sick-listed to work. The effects of training in a competing risk model with time varying covariates and unobserved heterogeneity*. Working Paper, The Danish National Institute of Social Research.
- Hogelund, J. en Holm, A. (2006a): Case management interviews and the return to work of disabled employees. *Journal of Health Economics* 25 (2006) 500-519.
- Hogelund, J. en Holm, A. (2006b): *The reservation wage theory, vocational rehabilitation and the return to work of disabled employees*. Centre for Applied Microeconometrics, University of Copenhagen.
- Horsssen, van C. & Doorn, van E. (2007). *Onderzoek naar de re-integratie van werknemers die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn. Minder dan 35% arbeidsongeschikt: blijven werken of toch niet?* Amsterdam, Regioplan Beleidsonderzoek i.o.v. Stichting van de Arbeid.
- Hupkens, C. en Beckers, I. (2003), *Trends in arbeidsomstandigheden*. CBS, Sociaal-economische maandstatistiek 2003/7, p. 24 – 29
- Inspectie Werk en Inkomen (IWI) (2006). *Duurzaamheid van reïntegratie. Korte- en langetermijneffecten van reïntegratie van arbeidsgehandicapten*. R06/28. Den Haag.
- Jehoel-Gijsbers, G. (red.) (2007), *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting*. SCP, CBS, TNO Kwaliteit van Leven. Den Haag.
- Jenaro, C., Mank, D., Bottomley, J., Doose, S., Tuckerman, P. (2002), Supported employment in the international context: An analysis of processes and outcomes. *Journal of Vocational Rehabilitation* 17 (2002) 5-21.
- Jin e.a. (1995): The impact of unemployment on health: a review of the evidence, *Canadian Medical Association Journal*, 153 (5)
- Jong, Ph. de en Van de Pol, J. (2006), *De toegevoegde waarde van Keerpunt (update)*. APE, Den Haag.
- Jong, Ph. de, M. Lindeboom and B. van der Klaauw (2005), *Stricter screening of disability insurance applications*. Tinbergen Institute Discussion Paper.
- Josten, E.J.C. en Schalk, R. (2005), Effecten van demotie op gezondheid en tevredenheid

met het werk van oudere werknemers in de sectoren zorg en welzijn. *Gedrag en Organisatie* 2005-18, nr.1, pp. 21-31

- Kalwij, A. en Vermeulen, F. (2007): Health and Labour Force Participation of Older People in Europe: What do objective health indicators add to the analysis? *Health Economics*.
- Kemp, S. van der, Vree, F. van, Knibbe, N., Knibbe, H. (2004), *Evaluatie Arboconvenant GGZ. Eindrapport*. Een onderzoek in opdracht van de Sectorfondsen Zorg en Welzijn. Research voor Beleid. Leiden.
- Keuzenkamp, Saskia (2006), *De balans opgemaakt – De slotbeschouwing van de Sociale Atlas van vrouwen uit etnische minderheden*, SCP, Den Haag.
- Kim, J. en Durden, E. (2007): Socioeconomic status and age trajectories of health. *Social Science & Medicine*, 65, 12, 2489-2502
- Kok, L., D. Hollanders en J.P. Hop (2006), *Kosten en baten van re-integratie*. Amsterdam: SEO.
- Koning en Bosch (2007), *De maatschappelijke kosten en baten van re-integratie*. CPB Notitie.
- Kornfeld, R.J., Wood, M.L., Orr, L.L. en Long, D.A. (1999), *Impacts of the Project NetWork Demonstration*. Abt Associates Inc.
- Korver, A., K. Jettinghof, P. Smulders, K. Stark (2004), *Arbeid, Transitie en Ziekteverzuim*. TNO-Arbeid, OSA-publicatie A208.
- KPMG (2004), *Evaluatie Arboconvenant Rijk, overkoepelend rapport*. Amstelveen.
- KPMG Business Advisory Services (2005), *Definitieve Rapportage Eindevaluatie arboconvenant Fysieke Belasting Defensie. Deelrapport centrale organisatie en samenvattend rapport eindevaluatie*.
- KPMG Business Advisory Services (2005b), *Eindevaluatie arboconvenant woningcorporaties*.
- Krause, N. en Lund, T. (2004), Returning to work after occupational injury. In: Barling, J. en Frone, M.R. (Eds), *The Psychology of Workplace Safety*. American Psychological Association, Washington DC.
- Kunst, A.E. e.a. (2007), *Sociale verschillen in zorgkosten en zorggebruik in Nederland 2003. Een verkenning van verschillen naar sociaal-economische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst*. RIVM, Bilthoven, samen met Erasmus MC.
- Lange, A. de (2005), *What about causality? Examining longitudinal relations between work characteristics and mental health*. Proefschrift, Universiteit Nijmegen
- Le Blansch, K., Giesen, C. van der, Heesen, T.-J., Lotze, S. (2006), *Drie jaar arboconvenant verf- en drukinktindustrie. Rapportage evaluatieonderzoek*.

Questions, Answers and More B.V., Den Haag.

- Lierop, B. van (2001), *Re-integratie na scholing. De brug tussen arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie*. Proefschrift Universiteit van Maastricht.
- Lindeboom, Portrait en Van den Berg (2002), An econometric analysis of the mental-health effects of major events in the life of older individuals, in: *Health Economics*, 11, 505 – 520
- Lorgelly, P.K. en Lindley, J. (2008), What is the relationship between income inequality and health? Evidence from the BHPS. *Health Economics* 17: 249-265
- Maanen, D. van en Daamen, J. (2004), *Onderzoeksrapportage Eindevaluatie Arboconvenant Gemeenten*. Capgemini. Utrecht.
- Maanen, D. van, Nelissen, M., Schoenmakers, N. en Stille, W. (2005), *Eindrapportage Evaluatie Arboconvenant Onderwijs en Wetenschappen, Arbo en verzuimbeleid psychische belasting (werkdruk), Beroepsonderwijs en Volwasseneducatie (BVE)*. Capgemini Nederland.
- Marchand, A., Demers, A., en Durand, P. (2006): Social structures, agent personality and workers' mental health : a longitudinal analysis of the specific role of occupation and of workplace constraints-resources on psychological distress in the Canadian workforce. *Human Relations*, 59, 7, p. 875
- Mathers, C.D., D.J. Schofield (1998), The health consequences of unemployment: the evidence, *The Medical Journal of Australia*, vol. 168, blz. 178-182
- McKee-Ryan, F.M., Song, Z., Wanberg, C.R., Kinicki, A.J. (2005), Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study, In: *Journal of Applied Psychology*, Vol. 90, No.1, 53-76
- McMahan, S., Phillipis, K. (2000), Aging and Employment: Characteristics of those Working and Retired in California. *Journal of Education for Business*, Sep/Oct 2000; 76, p. 11 – 14
- Mirowsky, J., en Ross, C.E. (2007), Creative Work and Health. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 48: 385-403
- Neuman, K. (2008), Quit your job and get healthier? The effect of retirement on health. *Journal of Labor Research*, 29, 177-201
- Nielsen e.a. (2002): The Intervention Project on Absence and Well-being (IPAW): Design and results from the baseline of a 5-year study. *Work & Stress*, vol. 16, nr. 3, 191-206.
- Novo, M., Ammarstöm, A., Janlert, U. (2001), Do high levels of unemployment influence the health of those who are not unemployed? *Social Science and Medicine* 53, 293-303.
- OECD (2003), *Transforming Disability into Ability. Policies to promote work and income security for disabled people*.

- OECD (2006), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Norway, Poland and Switzerland.*
- Ojen, Q. van, Lemmens, E., Nijhof, W., Bartachekourt, Y. (2006), *Arboconvenant Orkesten. Eindevaluatie.* Orbis Advies en Onderzoek B.V. in opdracht van Contactorgaan Nederlandse Orkesten (CNO). Den Haag.
- Olafsdottir, S. (2007), Fundamental Causes of Health Disparities: Stratification, the Welfare State, and Health in the United States and Iceland. *Journal of health and Social Behavior*, Vol. 48 (September): 239-253
- Olivius, G., Östergren P.-O., Hanson B.S., Lyttkens C.H. (2004), Parental economic stress – Evidence of an overlooked public health risk among Swedish families. *European Journal of Public Health*; 14: 354-360
- Orr, L.L., Bell, S.H. en Lam K. (2007), *Long-term impacts of the New Deal for Disabled People.* Department for Work and Pensions.
- Pavalko, E.K., Gong, F. en Long, J.S. (2007), Women's work, cohort change, and health, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 48, 352-368
- Piliavin, J.A., Siegl, E. (2007): Health Benefits of Volunteering in the Wisconsin Longitudinal Study. *Journal of health and Social Behavior*, vol. 48 (December); 450-464
- Platt, S., Pavis, S., Akram, G. (1999): *Changing Labour Market Conditions and Health. A systematic literature review (1993-98).* European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Pousette, A., Hanse, J. (2002), Job characteristics as predictors of ill-health and sickness absenteeism in different occupational types – a multigroup structural equation modelling approach. *Work & Stress*, vol. 16, no. 3, 229-250.
- Rij, C. van en Doorn, E. van (2005), *Evaluatie Arboconvenant Thuiszorg. Eindrapport.* Regioplan Beleidsonderzoek in opdracht van Sectorfondsen Zorg en Welzijn. Den Haag.
- Rijk, A. de, van Lierop, B., Janssen, N. en Nijhuis, F. (2002), *Geen kwestie van motivatie maar van situatie. Een onderzoek naar man/vrouw verschillen in werkhervatting gedurende het eerste jaar na ziekmelding.* Onderzoeksrapport in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Rodriguez, E., Fongillo, E. en Chandra, P. (2001), Do social programmes contribute to mental well-being? The long-term impact of unemployment on depression in the United States. *International Journal of Epidemiology*; 30; 163-170
- Ross, C. en Mirowsky, J. (1995): Does Employment Affect Health? *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, 230-243.
- Schieman, S., Whitestone, Y.K., van Gundy, K. (2006): The nature of Work and the Stress of Higher Status. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 47

(September): 242-257

- Schnittker (2007), Working more and feeling better: women's health, employment and family life, in: *American Sociological Review*, Vol. 72 (April: 221-238)
- Siegel, J., (2006), Measuring the effect of husband's health on wife's labour supply, *Health Economics*, Vol. 15, blz. 579-601
- Smit, A. en Brouwer, P. (2006), *Evaluatie van het project 'Duurzaam aan de slag' van Stichting Collusie Milieuzorgprojecten*. TNO Arbeid.
- Stafford, B. e.a. (2007), *New Deal for Disabled People: Third synthesis report – key findings from the evaluation*. Department for Work and Pensions.
- Stolzenberg, R.M. (2001): It's about Time and Gender: Spousal Employment and Health. *American Journal of Sociology*, 107,1, p. 61
- Tap, R., Weening, H.A., Rij, C. van (2006), *Arboconvenant bouw. Eindevaluatie*. Regioplan Beleidsonderzoek in opdracht van Werkgoed. Den Haag.
- Taris e.a. (2008): Werkkenmerken, welzijn en organisatieprestatie: een toets van de happy-productive worker-hypothese op organisatieniveau. *Gedrag & Organisatie* 2008-21, nr. 1
- Uijl, S. den en Andriessen, S. (2003), *Goed Werkgeverschap inzake omgang met ziekteverzuim. Casestudie-onderzoek bij best practice organisaties en organisaties die nog in ontwikkeling zijn*.
- Veerman, T.J. en Deursen, C.G.L. van (2005), *Monitoring ziekteverzuim en WAO-instroom banken 2000-2004*. Eindrapport. AStri. Leiden
- Veerman, T.J. en Molenaar-Cox, P.G.M. (2006), *De meerwaarde van de arboconvenanten. Update van verzuim- en WAO-cijfers tot en met 2004. Een onderzoek naar de ontwikkeling van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in branches met een arboconvenant vergeleken met die in branches zonder convenant*. AStri in opdracht van het MSZW. Den Haag.
- Veerman, T.J. en Palmer, E. (2001), Work resumption and the role of interventions. In: Bloch en Prins (reds.), *Who returns to work and why?* International Social Security Series.
- Vree, F. van en Bolhuis, P. (2005), *Arboconvenant Ziekenhuizen. Kernrapportage Eindevaluatie*. Research voor Beleid in opdracht van het MSZW. Leiden.
- Vree, F. van, Bos C. en Vonk M. (2006), *Eindevaluatie Arboconvenant Politie*. Research voor Beleid in opdracht van het landelijk project Arbeid & Politie. Den Haag.
- Vuuren, T. van en Smit, A. (2001), *Toenemende arbeidsparticipatie, ziekteverzuim en WAO-instroom van vrouwen*. Paper Symposium 2001: Een tweede eeuw sociale zekerheid: sociale integratie in de 21^e eeuw. Den Haag, 14-15 juni 2001.
- Waddell, G. en Burton, K., (2006): *Is work good for your health and well-being?* London,

TSO.

- Weel, A.N.H. (2008): “*De menselijke maat voor de arbeidsduur*”. TBV16 nr.1 jan. 2008.
- Wickrama e.a. (2005) : Gendered Trajectories of Work control and Health Outcomes in the Middle Years. A Perspective from the Rural Midwest. *Journal of Aging and Health*, vol.17 nr6.
- Woestijne, B. van de, Veen, O.-S. van der (2004), *Van ‘werkdruk’ naar ‘happy horeca’, Eindverslag over het Arboconvenant Werkdruk Horeca*. KPMG BEA. Amsterdam.
- Wood, G.A. en Morrison, D.L. (1997), Vocational rehabilitation programmes : a financial appraisal. *Safety Science*, vol. 25, no.1 – 3, pp. 247-260
- WRR (2000), *Doorgroei van arbeidsparticipatie*, hoofdstuk 8, Arbeidsparticipatie en gezondheid. Sdu Uitgevers, Den Haag.
- Ybema, J.F., Sanders, J., de Vroome, E. (2006), Cohortstudie Arbeid, Verzuim en Gezondheid (AVG) – Methodologie en eerste resultaten 2004-2006, *TNO Kwaliteit van Leven*.

BIJLAGEN

B1 OVERZICHT STUDIES MET BETREKKING TOT HET EFFECT VAN WERKEN/NIET WERKEN OP GEZONDHEID

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
Effecten van werken op de gezondheid								
Cai en Kalb (2006)	Australië	Onderzoekt primair de invloed van gezondheid op de arbeidsparticipatie, maar neemt tegelijk ook het omgekeerde effect mee	Arbeidsmarkt-participatie als gezondheid zijn beide verklarende variabelen. De resultaten worden verbijzonderd naar leeftijd en geslacht. Gezondheid is gemeten op basis van zelfrapportage. Arbeidsparticipatie is een wel/niet variabele	Gaat vrij uitgebreid in op de theoretische verbanden tussen arbeidsparticipatie en gezondheid.	Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA)	Full Information Maximum Likelihood toegepast op een stelsel van twee vergelijkingen (één voor gezondheid en één voor arbeidsparticipatie)	Vergelijking voor gezondheid is een ordered probit model. Vergelijking voor arbeidsparticipatie is een probit model. Aangenomen wordt dat de storingstermen in beide modellen onderling gecorreleerd zijn	Voor alle onderscheiden groepen heeft gezondheid een significant positief effect op de arbeidsparticipatie. Arbeidsparticipatie heeft echter alleen bij oudere vrouwen (>50 jaar) een positief effect op de gezondheid. Bij jongere vrouwen is het effect niet significant. Bij mannen is het effect negatief; bij jongere mannen zelf significant negatief
Burnay e.a. (2005)	BE	Effect van arbeidsmarktstatus op (onder meer) mentale gezondheid	Mentale gezondheid gemeten op basis van enquêtevragen (subjectief) Arbeidsmarktstatus onderscheiden in: vast werk, tijdelijk werk, onzekere baan, werkloos en vervroegd uitgetreden	Nee	Data over 5790 personen uit 2000 (eenmalig, geen paneldata)	Logistisch regressie met correctie voor geslacht, opleiding, inkomensgroep en gezins-samenstelling. Aparte analyses voor verschillende leeftijdsgroepen	Geen rekening gehouden met mogelijk wederzijdse relatie tussen arbeidsmarktstatus en mentale gezondheid	Bij alle leeftijdsgroepen is de kans op mentale gezondheidsproblemen bij mensen met een tijdelijke of een onzekere baan groter dan bij mensen met een vaste baan. Bij werklozen tot 50 jaar is de kans op mentale problemen nog aanzienlijk groter. Bij mensen ouder dan 50 jaar is de kans op mentale problemen onder werklozen en vervroegd uitgetreden juist aanzienlijk kleiner
Dooley en Prause (2004)	US	verband tussen verschillende vormen van 'underemployment' en verschillende	underemployment, zelfvertrouwen, alcoholmisbruik, depressie,		National Longitudinal Survey of Youth (1979-1994)		bivariate and multinomial logit regressions;	werkloosheid, laag loon en onvrijwillig part-time werken leiden tot een daling in zelfvertrouwen, een stijging in alcoholmisbruik en in depressie, en tot

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
		psychologische, gedragsgerelateerde en gezondheidsgerelateerde doelvariabelen	contextvariabelen				selectie-effecten in 'underemployment' ook gemeten, maar geen simultaan model. (longitudinale opzet reduceert het probleem van omgekeerde causaliteit, maar de mogelijkheid blijft bestaan dat niet-waargenomen variabelen met allebei gezondheid en werk gecorreleerd zijn)	lager gewicht bij geboorte. effecten van baanverlies sterker voor ongetrouwde mensen (met minder ondersteuning) en voor hoger opgeleiden (die meer te verliezen hebben) achtergronden van effecten: - inkomen: een verandering in de armoedestatus verklaarde niet de negatieve effecten van 'underemployment' op gezondheid - stressvolle gebeurtenissen die met 'underemployment' samenhangen: leiden tot meer depressie, maar verklaren niet het effect van 'underemployment' (probleem: vooronderstelling dat dezelfde factoren achter de effecten van werkloosheid en van onpassend werk staan)
Waddell en Burton (2006)		Is werken goed voor gezondheid en welzijn?				overzicht of wetenschappelijke bevindingen zoals voorgesteld in bestaande literatuur-overzichten.	expliciete criteria ontbreken, waarnaar de methodologie van de geselecteerde studies werden gewaardeerd.	veel aanwijzingen dat werken en betaald werk in het algemeen positieve effecten hebben op fysieke en mentale gezondheid en welzijn. dit hangt echter af van de kwaliteit van de baan werkuren en ploegwerk hebben geen direct invloed, maar het is wel belangrijk dat werknemers kunnen kiezen en tevreden zijn met hun werktijden. sterke link tussen werkloosheid en slechtere fysieke en mentale gezondheid; maar discussies over de causaliteitsrichting. voor een minderheid kan werkloosheid

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
								<p>beter zijn voor hun gezondheid en welzijn dan hun vroeger werk.</p> <p>jongeren (onder 25 jaar): werkloosheid heeft negatieve effecten op de gezondheid, maar deze zijn minder sterk dan voor volwassenen, waarschijnlijk omdat jongeren vanaf begin gezonder zijn; meer effecten op de mentale dan op de fysieke gezondheid.</p> <p>volwassenen (25 tot 50 jaar): negatieve effecten van werkloosheid zijn het sterkst voor men tussen 25 en 50 jaar, in het bijzonder diegenen die een familie hebben; vrouwen met families hebben minder negatieve effecten.</p> <p>oudere werknemers (over 50 jaar): blijkt dat werken is niet schadelijk voor hun gezondheid, maar dit komt mogelijk door een selectie-effect; effecten van vervroegde uittreding hangen ervan af of deze vrijwillig was of niet en van de financiële vervolgen en de resulterende sociaal-economische status.</p>
Ross en Mirowsky (1995)	US	<p>Is werk oorzaak of vervolg van een goede gezondheid?</p> <p>'social causation' ('werken maakt gezond') vs. 'social selection' ('alleen gezonde mensen krijgen werk')</p>	<p>overzicht van studies voor 'social causation' en voor 'social selection' hypothesen</p>	<p>longitudinale gegevens, 2346 individuen geïnterviewd in 1979 en 1980</p>			<p>1. regressie van gezondheid op andere variabelen, o.a. werkstatus</p> <p>2. logistische regressie van werkstatus op andere variabelen, o.a. gezondheid</p> <p>maar geen simultaan model</p>	<p>'social causation' en 'social selection' allebei waar.</p> <p>full-time werken leidt tot langzamere daling in subjectieve gezondheid en fysieke functies voor alle groepen.</p> <p>betere fysieke functies vergroten de kans om een full-time baan te krijgen en te houden voor beide geslachten.</p> <p>subjectieve gezondheid vergroot de kans op werk voor vrouwen maar niet voor mannen; snellere daling in gezondheid voor huisvrouwen, maar gezondheid heeft geen invloed op de</p>

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methoden	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
Hamilton e.a. (1997)	Canada	Heeft werken een positief effect op gezondheid als rekening wordt gehouden met een tweezijdig verband	Mentale gezondheid gemeten door de Psychiatric Symptom Index (PSI)	Geen uitgebreid literatuur-overzicht	Longitudinale survey tussen 1985 en 1987. 1788 individuen	Maximum Likelihood voor een simultaan model voor wel/geen baan en de mentale gezondheid		waarschijnlijkheid dat iemand huisvrouw is of blijft. Het hebben van een baan heeft een positief effect op de mentale gezondheid. Ook omgekeerd is er een significant positief effect.
WRR (2000)	NL	Wat zijn de mogelijke effecten van een voortgezette sterke participatiegroei op de arbeidsuitval: ziekte en meer langdurige arbeidsongeschiktheid?		Ja,	Twee golven (1993 en 1995) van het CERRA-panel Center for Economic research on Retirement and Aging, RUL, inmiddels opgeheven) en het POLS (Permanent Onderzoek Leefsituaties, CBS)	Subjectieve gezondheidsmaatstaven, Hopkins Symptom Checklist (HSCL), een objectieve gezondheidsmaatstaf, gebaseerd op zelfrapportage.	Enkelvoudige relaties, Multivariate analyses (logit, GEE-schattingen)	De relatie tussen gezondheid en werk is lastig vast te stellen, door selectiviteit en tweezijdige causaliteit, cohorteffecten en subjectiviteit (gezondheid is moeilijk te kwantificeren). Wanneer voor selectiviteit en persoonskenmerken wordt gecorrigeerd, blijkt dat werkenden gezonder zijn, maar daar mag niet uit geconcludeerd worden dat werken gezonder maakt! Ongezondere mensen hebben een grotere kans te verdwijnen van de arbeidsmarkt of in een minder aantrekkelijke baan terecht te komen. Werkenden rapporteren minder gezondheidsproblemen dan niet-werkenden. Een toekomstige verdere stijging van de arbeidsparticipatie door de huidige reserve van niet-werkenden aan te boren, impliceert dat er een groep op de arbeidsmarkt komt die meer dan evenredig gezondheidsproblemen rapporteert. De gemiddelde leeftijd van de werkende bevolking zal de komende jaren omhoog gaan. Omdat gezondheidsproblemen gecorreleerd zijn met de leeftijd, is als een partieel effect te voorzien dat gezondheidsproblemen van werkenden

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
								<p>zullen toenemen.</p> <p>Lager opgeleiden rapporteren meer gezondheidsproblemen dan hoger opgeleiden. Omdat het gemiddelde opleidingsniveau komende decennia naar verwachting zal stijgen, zal, als partieel effect, de gezondheidssituatie van het bestand van werkenden verbeteren.</p> <p>Baankenmerken en gezondheid: het "in eigen tempo kunnen werken" is een factor die positief samenhangt met de gezondheidssituatie van werkenden.</p> <p>Veel inactiviteit van niet-werkenden hangt niet zozeer samen met gezondheidsproblemen, maar eerder met de hoogte van hun reserveringsloon.</p>
De Beer (2001)	NL	Draagt werk daadwerkelijk bij aan het individuele welzijn, nut of geluk?	Onderscheid tussen een objectieve en een subjectieve maatstaf voor individuele nut of welzijn; kenmerken van het werk; relatie nut/welzijn en kenmerken van werk; verschil in nut tussen werkenden en niet-werkenden	Ja, theoretische noties over het individuele nut van werk en werken (zowel economisch als sociaal-psychologisch en sociologisch)	Dwarsdoorsnede-analyses; Longitudinale (1994-1998) en tijdreeksgegevens (1974-1998)	Samenhang tussen werk en gezondheid wordt onderzocht met behulp van longitudinale gegevens, zowel van individuele personen (panelgegevens) als op macro-niveau (tijdreeksgegevens)		<p>Er zijn grote verschillen binnen de groep niet-werkenden: scheidslinje tussen onvrijwillig niet werkenden (werklozen en arbeidsongeschikten) en personen die min of meer vrijwillig afzien van betaalde arbeid (huisvrouwen, studenten). Het welzijn of nut van onvrijwillig niet werkenden blijft ver achter bij dat van (betaald) werkenden maar het verschil tussen vrijwillig niet werkenden en werkenden is gering. Soms blijken vrijwillig niet werkenden zelfs een hoger (vooral subjectief) welzijn te hebben dan werkenden. De vervroegd gepensioneerden is de meest tevreden of gelukkige van alle onderscheiden groepen.</p> <p>Een slechte gezondheid is zowel oorzaak als gevolg van werkloosheid. Werkenden met een slechte gezondheid hebben</p>

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
								<p>meer kans om werkloos te worden en het voortduren van de werkloosheid gaat gepaard met een verslechtering van de gezondheid. Werkloos worden lijkt op zichzelf op korte termijn weinig repercussies te hebben voor de gezondheid. Werklozen die weer aan het werk gaan hebben, ook in het jaar dat zij nog werkloos zijn, gemiddeld een betere gezondheid dan de werklozen die langdurig werkloos blijven. Een goede gezondheid lijkt dus de kans op werk te vergroten. Merkwaardig is dat de overgang van werkloosheid naar werk ook gepaard gaat met een (significante) verslechtering van de gezondheid: wellicht ervaren veel ex-werklozen het werk aanvankelijk als een relatief zware belasting.</p> <p>Op macroniveau kon geen relatie worden vastgesteld tussen de ontwikkeling van de arbeidsparticipatie, de werkloosheid en de arbeidsongeschiktheid enerzijds en de gezondheid, geluk en tevredenheid van de bevolking anderzijds.</p>
Goodwin en Kennedy (2001)	UK	bijdrage van werk aan het psychologische welzijn van mensen met zware en chronische mentale problemen.	12 psychosociale functies van werk: geld hebben, zelfvertrouwen hebben, het gevoel dat men iets realiseert, persoonlijke identiteit, dagstructuur, sociale contacten, oude skills gebruiken, doelen hebben, diversiteit	overzicht van literatuur over werk en mentale gezondheid	vragenlijst beantwoord door 50 mensen in 2 sociale werkvoorzieningen.	vervulling van psychosociale functies door werk vergeleken met vervulling door andere aspecten van het leven.		<p>In het algemeen werden psychosociale functies beter vervuld door werk dan door andere aspecten van het leven.</p> <p>zelfvertrouwen werd door respondenten gezien als de meest belangrijke functie; dagstructuur, zelfvertrouwen en sociale contacten werden beter door werk vervuld dan andere functies.</p> <p>-> werk is belangrijk voor het herstel van mensen met zware en chronische mentale problemen.</p>

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
			in het leven, van problemen afgelenkt worden, beslissingen maken, nieuwe skills leren.					
Blonk (2006)		Effectonderzoek naar twee vormen van begeleiding, namelijk begeleiding naar werk van werknemers die ziek thuis zitten met psychische klachten en begeleiding naar werk van langdurig werklozen met psychische klachten			Ja, rede is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en onderzoek	Onderzoek		Terugkeer naar werk kan juist bijdragen aan herstel van psychische klachten bij mensen die langdurig zonder werk zitten of langdurig verzuimen.

Effecten van baanverlies of werkloosheid op de gezondheid

Mathers en Schofield (1998)	Betreft diverse landen	Effect van werkloosheid op zowel lichamelijke als mentale gezondheid De studie gaat verder in op: - effecten op het gebruik van gezondheidszorg - effecten op de levensstijl - effecten op gezinsleden	Lichamelijke gezondheid gemeten door overlijdenskansen. Mentale gezondheid op verschillende wijzen gemeten	Literatuuroverzicht van studies van voor 1998	NVT	Beschrijvend, onderscheid naar demografische groepen	Hoofdzakelijk studies waarin rekening wordt gehouden met een tweerichtingsverband tussen gezondheid en werkloosheid	Studies uit Denemarken, Finland en het Verenigd Koninkrijk komen gemiddeld uit op ongeveer 50 procent hogere overlijdenskansen van werklozen vergeleken met werkenden. Longitudinale studies uit Australië en de Verenigde Staten laten een negatief effect van werkloosheid op de mentale gezondheid zien. Meer tentatieve resultaten zijn dat de gezondheidseffecten het groter dan gemiddeld zijn voor personen van middelbare leeftijd en dat de effecten voor vrouwen kleiner zijn dan voor mannen. Verder zijn de effecten mogelijk kleiner naarmate het opleidingsniveau hoger is.
Burgard e.a. (2007)	VS	De effecten van onvrijwillig baanverlies	Lichamelijk en mentale	Geeft overzicht van	Individuele data uit de	OLS, rekening houdend met		Onvrijwillig baanverlies gaat gepaard met een aanzienlijke vermindering van de

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methoden	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
		op de gezondheid, rekening houdend met endogeniteit van het al dan niet verliezen van een baan in relatie tot gezondheid	gezondheid. Lichamelijke gezondheid is gemeten door zelfrapportage; mentale gezondheid is gemeten door middel van een schaal die is ontwikkeld door het Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D)	13 studies, waarvan slechts enkele rekening houden met de endogeniteit van het al dan niet hebben van een baan in relatie tot gezondheid	Americans' Changing Lives study (ACL, ongeveer 4000 individuen) en de Wisconsin Longitudinal Study (WLS, ongeveer 6000 individuen). ACL datacollectie uit drie golven (1989, 1994 en 2001/2002). WLS datacollectie uit 1975 en 1992/1993 (alleen respondenten die ook aan de laatste golf meededen). Beide surveys longitudinale data	selectie-effecten door bijvoorbeeld mensen niet in de analyse mee te nemen die hun baan verloren als gevolg van een gezondheidsprobleem. Ook toepassing van een soort timing of events benadering. Maar slechts beperkte benutting van panelkarakter data		gezondheid. Maar wordt rekening gehouden met het feit dat gezondheidsproblemen oorzaak kunnen zijn van baanverlies, dan wordt het effect aanzienlijk kleiner. Er is dan nog hoofdzakelijk een significant effect op de mentale gezondheid. Er zijn tentatieve indicaties gevonden dat de gezondheid van mensen die na hun baanverlies opnieuw werk beter was dan van degenen die werkloos bleven. Dit onderdeel van de studie is methodologisch niet goed uitgewerkt
McKee-Ryan e.a. (2005)		Wat is de gemiddelde impact van werkloosheid op het individuele mentale en fysieke welzijn? Hoe zijn individuele niveaus van mentale en fysieke welzijn gedurende werkloosheid gerelateerd aan de kans op werk vinden? Hoe zijn mentale en fysieke welzijn gedurende werkloosheid gecorreleerd? Zijn kenmerken van de studies (zoals het werkloosheidspercentage)		Ja: 104 empirische studies, en 437 effect studies		Theoretische modellen zijn gebruikt om de literatuur over werkloosheid te organiseren en meta-analytische technieken zijn gebruikt om de impact van werkloosheid op het welzijn van de werknemer te beoordelen		Werkloze individuen hebben een lager mentale en fysiek welzijn dan hun werkenden counterparts; Werkloosheidsduur en kenmerken van de steekproef (schoolverlater versus oudere werkloze) dempt de relatie tussen mentale gezondheid en werkloosheid, maar het huidige werkloosheidspercentage en de hoogte van het uitkeringsbedrag doen dat niet.

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
		e, gemiddelde werkloosheidsduur, etc.) gerelateerd aan de relatie die gevonden wordt tussen welzijn en werkloosheid?						
Jin e.a. (1995)	internationaal	verband tussen werkloosheid en slechte gezondheid	stervensvoet, bijzondere doodsoorzaken, fysieke en mentale problemen, gebruik van de gezondheidszorg			overzicht van 46 artikelen die originele empirische studies beschrijven		<p>hoger stervensvoet, meer dood vanwege hart- en vaatziekte en zelfmoord bij werkloze mannen en vrouwen; grotere waarschijnlijkheid dat werklozen gebruik maken van de gezondheidszorg.</p> <p>meerdere studies tonen dat negatieve veranderingen in gezondheid na baanverlies optreden, niet andersom.</p>
Darity (2003)	US	bevindingen over effecten van werkloosheid van jongeren op emotionele welzijn, naar geslacht en etnische herkomst.	'internal vs. external locus of control' (i.e. of een individu zichzelf ziet als diegene die zijn leven controleert); zelfvertrouwen; motivatie		National Longitudinal Survey of Youth	stelt resultaten van 3 studies voor die NLSY gebruiken		<p>negatieve effecten van negatieve ervaringen in werkgeschiedenis op gevoel van controle ('internal locus'), sterker voor jonge vrouwen.</p> <p>zelfvertrouwen daalt met perioden van werkloosheid en uit de beroepsbevolking, vrouwen hebben meer depressie en angst dan mannen.</p> <p>werkloosheid en de duur van de werkloosheid beïnvloeden motivatie</p> <p>langdurige werkloosheid leidt tot emotionele schade die effecten op anderen kunnen hebben (meer huiselijke geweld, criminaliteit, gestoorde oudersrol...)</p> <p>((longitudinale opzet reduceert het probleem van omgekeerde causaliteit, maar de mogelijkheid blijft bestaan dat niet-waargenomen variabelen met allebei gezondheid en werk gecorreleerd zijn)</p>

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
Rodriguez e.a. (2001)	VS	achtergronden in negatieve effecten van werkloosheid: vervolgen van verschillende typen van sociale programma's voor effecten van werkloosheid op de mentale gezondheid van vrouwen en mannen	afhankelijke variabele: index voor depressie; onafhankelijke variabelen: werkstatus en type uitkering, sociale ondersteuning, individuele kenmerken.		panel: 8029 individuen geïnterviewd in 1987 en 1992		multiple regressie modellen om depressie te verklaren	werkloosheidsuitkering (entitlement government assistance) heeft een beschermend effect voor werkloze vrouwen: leidt tot minder depressie; bijstandsuitkering leidt tot meer depressie, vanwege lager inkomen en/of sociale stigmatisering; duur van de werkloosheid heeft geen significant effect voor vrouwen, maar wel voor mannen; werkloze mannen, die werkloosheidsuitkering ontvangen, hebben grotere kansen op depressie dan werkende.

Achtergronden van effecten: Arbeidsomstandigheden

Mirowsky en Ross (2007)	VS	<p>1) Autonomie en creativiteit bij betaald werk of (in geval van niet-werkenden: bij een andere hoofdactiviteit) zijn onderling niet gecorreleerd</p> <p>2) Vergeleken met andere hoofdactiviteiten is bij betaald werk de autonomie kleiner en het beroep op creativiteit groter</p> <p>3) Deze trade-off tussen autonomie en creativiteit vermindert met het niveau van het werk</p> <p>4) Autonomie en</p>	<p>Afhankelijke variabele is een continue variabele voor gezondheid geconstrueerd op basis van twee indicatoren van gezondheid:</p> <p>-: lichamelijk functioneren (eventuele problemen die men ervaart met dagelijkse activiteiten zoals tillen, zich bewegen, e.d.)</p> <p>- gezondheid op basis van zelfrapportage (zowel fysiek als</p>	<p>Primair empirische studie, maar wel vrij uitvoerig literatuur-overzicht</p>	<p>1995 and 1998 survey of Aging, Status and the Sense of Control (ASOC), een telefonisch gehouden survey onder huishoudens in de VS</p>	<p>Regressie-analyse. Voor selectiviteit wordt gecorrigeerd door individuen die niet werken als gevolg van gezondheidsproblemen.</p>	<p>Werken leidt in vergelijking tot andere hoofdactiviteiten tot vermindering van autonomie en tot een groter beroep op creativiteit. Beide aspecten hebben een positief effect op de gezondheid, maar het beroep op creativiteit is belangrijker dan autonomie. Daarom is werken beter voor de gezondheid dan niet-werken. Bij hogere functies is het verlies aan autonomie minder. Het type werk (leidinggevend of niet, beroep, e.d.) heeft alleen invloed op de gezondheid voor zover het type werk de autonomie en het beroep op creativiteit beïnvloedt</p> <p>Indien individuen die niet werken door gezondheidsproblemen, uit de analyses worden verwijderd veranderen deze conclusies niet</p>
-------------------------	----	--	---	--	--	--	---

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
		creativiteit zijn elk afzonderlijk positief geassocieerde met gezondheid	mentaal)					
Schieman e.a. (2006)	Toronto, Canada	Zijn type baan en arbeidsomstandigheden van invloed op de spanning tussen werk en zorgtaken thuis? En zo ja verschilt dit tussen mannen en vrouwen?	Uit verschillende vragen over de spanning die het combineren van werk en zorgtaken oproept word index geconstrueerd. Dit is de afhankelijke variabele	Ja plus theorievorming	Face to face interviews in 1990-1991 met.393 volwassenen in Toronto, Canada	Ordinary least squares (OLS)		Naarmate het niveau van het werk toeneemt, neemt ook de spanning tussen werk en zorgtaken toe. Deze spanning is ook groter bij zelfstandigen, in geval van werk met een grotere autonomie en indien langer wordt gewerkt. In de analyse is geslacht opvallend genoeg niet significant. De onderzoekers concluderen dat werk op een hoger niveau naast voordelen zoals een hoger inkomen ook nadelen heeft in de vorm van meer stress om taken thuis en op het werk te combineren.
Bakker e.a. (2004)	NL	model van 'work-home interference (WHI)'. Dit model stelt dat werkkenmerken in twee categories kunnen verdeeld worden: eisen en resources, die verschillend verbonden zijn met effecten van werk en WHI. Het model stelt dat werkeisen samenhangen met gevoelens van uitputting en werkresources met 'work-related flows'. Centrale hypothese: uitputting en 'flow' zijn zelf verbonden met positieve of negatieve WHI.	werkeisen (werklast en emotionele eisen), werkresources (autonomie, mogelijkheden voor ontwikkeling, feedback) Work-home interference (uitputting, flow)	Theorievorming met literatuur	Vragenlijst onder 1.090 werknemers in drie verschillende bedrijven. Jaar onbekend	Model is getoetst in drie verschillende bedrijven onder in totaal 1.090 werknemers aan de hand van een vragenlijst.	Series of structured equation modeling (SEM), factor analyse,	Er zijn twee wegen, die tot positieve en negatieve WHI leiden. Negatieve interactie tussen werk en thuis ontstaan als werknemers met een hoge werklast en veeleisende relaties met cliënten moeten werken. Dit creëert gevoelens van uitputting die een effect hebben op het privéleven. Werkresource zoals mogelijkheden voor ontwikkeling, autonomie en feedback leiden tot meer positieve ervaringen en hebben een positieve invloed op het privéleven.

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
Pousette en Hanse (2002)	Zweden	Doel is om te toetsen voor multigroup invariance in measurement models and structural models tussen baankenmerken, psychosociale interventie variabelen, gezondheidsuitkomsten en afwezigheid wegens ziekte.	vier subgroepen: blue-collar werkers, white-collar werkers, werkers met zorg voor ouderen, werknemers met zorg voor kinderen. Onafhankelijke variabelen: demografische variabelen, waargenomen baankenmerken, psychosociale interventie-variabelen (werkdruk, baantevredenheid). Afhankelijke variabelen: stress-gerelateerde ill-health, afwezigheid vanwege ziekte	Modelontwikkeling op basis van literatuur	Studie is gebaseerd op een enquête onder werknemers van 8 grote industriële bedrijven en 8 gemeentelijke organisaties (districten) in Zweden. Jaar onbekend.	Multigroup confirmatory factor analysis (MGCFAs) en multigroup structural equation modelling (MGSEM)		Het is belangrijk om rekening te houden met verschillen in de context van verschillende beroepen als je meer inzicht wilt krijgen in de vraag hoe bepaalde psychosociale factoren op het werk de werkdruk/spanning beïnvloedt in verschillende beroepen. Omdat baankenmerken in principe kunnen worden herzien/veranderd hebben deze bevindingen belangrijke implicaties voor differentiatie van preventie en interventie in verschillende beroepen.
Ybema, Sanders, de Vroome (2006)	NL	Doel is te onderzoeken hoe het gedrag van werknemers, werkgevers en zorgverleners van invloed is op de gezondheid en het ziekteverzuim van werknemers. Vooral de effecten van werkgeversbeleid staan hierbij centraal.	Persoonskenmerken (geslacht, leeftijd, etc.), werkkring (beroep, sector, etc.), leefstijl (bewegen, roken, drinken, etc.), gezondheid en gezondheidsgedrag (chronische aandoeningen en klachten, zelfgerapporteerde gezondheid, etc.), psychisch welzijn	Ja, in eerder publicatie over deze longitudinale studie: Profiel Arbeid en Gezondheid 2005, door J.F. Ybema en M. Evers	Doelpopulatie: alle personen van 15 t/m 64 jaar in loondienst. Steekproef getrokken uit online respondentenpanel van Intomart/GfK. Respons: 2004: 2.502, 2005: 1.934, 2006: 2.411 Veldwerk; internetenquêtes.	Longitudinaal onderzoek met drie jaarlijkse metingen (in 2004, 2005 en 2006) onder werknemers		Geen relevante conclusies te trekken. Resultaten gaan over de veranderingen in bijvoorbeeld werkgever, gezondheid, rook gedrag etc. van het cohort van jaar op jaar.

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
			en werkbeleving (invloed op eigen gezondheid, depressie, burnout, tevredenheid, etc.), organisatiecultuur, communicatie en informatie (vertrouwen in de leiding, werkoverleg, etc.), arbeidsomstandigheden (zwaar werk, werktempo, etc.), verzuim en verzuimbeleid, contact met zorgverleners, gezondheidsbeleid en werkaanpassingen door werkgever.					
De Lange (2005)	NL	Kunnen werkkenmerken als oorzaak beschouwd worden van mentale gezondheid of is de relatie vice versa?	afhankelijke variabelen: stress reacties (verminderde arbeidssatisfactie, depressie, verhoogde bloeddruk) onafhankelijke variabelen: taakeisen, sturingsmogelijkheden, sociale steun	toetst Demand-Control-Support Model; review van longitudinaal vragenlijstonderzoek	data van SMASH: 3-jarige cohortstudie onder 1789 werknemers (1994-1997)	structural equation modelling; assessment of which model fits the data best.	verschillende structurele vergelijkingsmodellen	wederkerige relaties gevonden tussen werkkenmerken en indicatoren van mentale gezondheid: beste model fit voor reciproque causale relaties. effecten baanverandering: meeste klachten van werknemers in stabiele hoge spanningbanen, weinig klachten voor stabiele lage spanning banen; toename in klachten als verandering tot hoge spanning, maar geen afname in klachten als verandering tot lage spanning. mechanismen achter tegengestelde causale relaties: positief effect van mentale gezondheid op taakeisen, positief effect van mentale gezondheid

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
								op sturingsmogelijkheden, negatief effect van mentale gezondheid op sociale steun van de supervisor. reduceren van taakeisen en verhogen van sturingsmogelijkheden en sociale steun verbeteren mentale gezondheid van werknemers
D'Souza, R.M., e.a. (2006)	Australia	Gaan jobonzekerheid en hoge werkeisen samen met een hoger ziekteverzuim? Verklaart mentale of fysieke gezondheid dit verband? Verandert controle op het werk dit verband?			dwarsdoorsnedeg egevens: 2 248 werknemers tussen 40-44 jaar	logistic regressies om waarschijnlijkheid van kort- of langdurig ziekteverzuim te meten;		hoge jobonzekerheid en hoge eisen hebben een significant verband met langdurig ziekteverzuim, onafhankelijk van controle op het werk. rol van de mentale gezondheid: depressie en angst verklaren 61% van het verband tussen hoge eisen en langdurig verzuim, en 30% van het verband tussen jobonzekerheid en langdurig verzuim.
Wickrama e.a. (2005)	VS	Kan de toenemende heterogeniteit in gezondheid in middle years verklaard worden door verschillende niveaus en veranderingen in controle op het werk?	subjectieve controle op het werk, stressvolle gebeurtenissen buiten het werk, mentale en fysieke gezondheid.	overzicht van de literatuur over verschillende effecten van controle op het werk op de gezondheid	data verzameld in 4 golven van 372 werkende plattelands vrouwen en 320 mannen van de 'midlife cohort', over een periode van 10 jaar.		latent growth curve modelling	Voor mannen beïnvloed controle op het werk direct de gezondheid. voor vrouwen, indirect effect doordat minder stressvolle gebeurtenissen buiten het werk als meer controle over het werk.
Daubas-Letourneux en Thébaud-Mony (2003)	EU	effecten van werkomstandigheden op de gezondheid			European Working Conditions Survey	statistische analyse; kwalitatieve analyse		- 'autonomous work': weinig risico's verbonden met de werkomstandigheden, maar risico voor rugpijn, vermoeidheid en RSI. - 'flexible work': contact met giftige materialen, moral harassment, psychologische problemen, meer ongevallen.

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
								<ul style="list-style-type: none"> - 'automated work': risico voor stress, fysieke en chemische risico's, lawaai. - 'constrained work': zelden risico's voor de gezondheid, maar laagste tevredenheid met hun werk.
Burchell e.a. (2007)	31 Europese landen	Verschillen tussen geslachten in de effecten van werk op de gezondheid			European Working Conditions Survey		<p>multivariate analyses voor de kans dat respondent zegt dat zijn werk een effect heeft op zijn gezondheid</p> <p>multivariate analyses voor de risico's dat iemand twee of meer werkgerelateerde gezondheidsproblemen ervaart.</p>	<p>werkgerelateerde problemen voor de gezondheid: treden minder op bij part-time werkenden, en meervoor werkende moeder die regelmatig onbetaald werk thuis verrichten; bij 'professionals' en 'blue-collar' hebben vrouwen een grotere kans op gezondheidsproblemen, maar grotere kans voor mannen in 'labouring' en 'clerical' beroepen.</p> <p>specifieke werkgerelateerde gezondheidsproblemen: ¼ van de respondenten klagen over rugg pijn of spierpijn (mannen in het bijzonder); ¼ klagen over stress and algemene vermoeidheid; andere problemen: blessures, hoofdpijn, en prikkelbaarheid.</p> <p>factoren die de kans verhogen dat werk de gezondheid negatief beïnvloed: ergonomische risico's, risico's in de werkomgeving, werk onder tijdsdruk, met onderbrekingen, snel moeten werken, verschillende factoren die het ritme van het werk bepalen, meer dan 20 werkuren per week en in het bijzonder meer dan 48, 'asociale' werkuren.</p> <p>Mannen hebben grotere kansen op multipale symptomen, vanwege de beroepen die ze verrichten; na controleren voor het type beroep hebben vrouwen meer kansen op multipale</p>

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
Platt, Pavis en Akram (1999)	Europa en andere geïndustrialiseerde landen	verband tussen werk en gezondheid				literatuur-overzicht		<p>symptomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - herstructurering op de werkplek: jobonzekerheid leidt tot slechtere subjectieve fysieke gezondheid en toename in sommige symptomen; ook slechtere psychologische gezondheid; werknemers met lage verantwoordelijkheid en controle hebben grotere kansen op slechte gezondheid; karakter en psychologische kenmerken belangrijk voor het opvangen van jobonzekerheid; sociale ondersteuning op de werkplek kan negatieve effecten verminderen. - baanverlies of werkhervatting: grote verschillen tussen effecten van vrijwillig uittreden en gedwongen uittreden; werkhervatting in baan van slechte kwaliteit kan meer schadelijk zijn voor de gezondheid dan werkloosheid (Graetz 1993); voor jongeren hangen gezondheidseffecten van werken vs. niet-werken sterk samen met de kwaliteit van het werk (Graetz 1993); voor vrouwen hangen financiële en fysieke welzijn sterk samen met betaald werk; geen aanwijzingen dat vervroegde uittreding negatieve effecten heeft op fysieke of mentale gezondheid, maar diegenen die vanwege hun slechte gezondheid uittreden zijn minder tevreden met hun pensionering. - werkomgeving: hoge eisen samen met hoge controle zijn alleen goed voor mensen met hoge 'self-

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
								efficacy'; jobtevredenheid hangt samen met betere gezondheid; overuren hangen samen met hogere bloeddruk; ondersteuning en stress op het werk hangen samen met burnout.
Weel (2008)	Scandinavia	Wat is de menselijke maat voor de optimale werktijd? Bij welke arbeidsduur treedt schade op aan de gezondheid?					referaat van twee studies: een literatuuroverzicht (Harma 2006) en een experiment (Persson e.a. 2006).	<p>- resultaten literatuuroverzicht: overwerk en lange werkdagen vergroten risico op het optreden van een reeks van aandoeningen; ook ploegendienst en onregelmatige dienst (door hoger ongevalrisico, lagere sociaaleconomische status, ongezonder gedrag; regelmogelijkheden ten aanzien van de werktijd zijn een sterk middel om negatieve effecten van lange werktijden te verminderen.</p> <p>- resultaten van experiment: werk 84 uur per week leidt tot functionele veranderingen in hormonale en biochemische regulering; misschien nog niet gezondheidsschade, maar betekenis voor lange termijn dient verder onderzocht te worden.</p>
Marchand, Demers en Durand (2006)	Canada	rol van beroepen en werkomgeving in psychologische problemen	afhankelijke variabele: psychologische problemen onafhankelijke variabelen: skill gebruik, autonomie in beslissingen, fysieke en psychologische werkeisen, sociale ondersteuning op het werk, jobonzekerheid,		longitudinale gegevens (1994-2000) over 6611 werknemers in 471 beroepen		multilevel regressie analyses	<p>beroepen verklaren 1.6 procent van de variatie.</p> <p>sociale ondersteuning vermindert problemen, jobonzekerheid en psychologische eisen versterken problemen, grotere autonomie in beslissingen versterkt problemen</p> <p>beroepen en bepaalde eisen en resources op de werkplek beïnvloeden psychologische problemen onafhankelijk van elkaar.</p>

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
Nielsen e.a. (2002)	DK	verband tussen psychosociale factoren in de werkomgeving en gezondheidsindicatoren	demografische kenmerken, sociale netwerk, karakter. gezondheidsindicatoren: algemene gezondheid, vitaliteit, mentale gezondheid, behavioural stress, somatische stress, emotionele stress, cognitieve stress; psychosociale factoren: psychologische eisen, autonomie in beslissingen, skill discretion, ondersteuning van collega's, van leidinggevenden, zin van het werk, voorspelbaarheid	lijst van overzichten van studies over beroepsstress en gezondheids promotie	baseline survey voor de evaluatie van een project die in 1996-1997 is uitgevoerd. 2068 respondenten in verschillende typen van werkplekken.		meten correlaties tussen variabelen	voorspelbaarheid, zin van het werk en psychologische eisen hebben de sterkste correlatie met de 7 indicatoren van gezondheid en welzijn.
Taris e.a. (2008)	NL	relatie tussen taakkenmerken, welzijn en indicatoren van organisatieprestatie	werkkenmerken: taakeisen en regelmogelijkheden welzijnkenmerken: uitputting en tevredenheid	literatuur met betrekking tot Demands/Control model (theorie + overzichten empirische studies)	vragenlijsten aan medewerkers (57963 respondenten) en cliënten (54897 respondenten) van 66 thuiszorginstellingen		covariantiestructuuranalyse	positief effect van regelmogelijkheden op tevredenheid, maar geen invloed op uitputting; meer taakeisen leiden tot meer uitputting en minder tevredenheid.
Korver, Jettinghof, Smulders, Stark (2004)	NL, UK, US, Noorwegen	in welke mate dragen aanpassingen van werk tot reducering van ziekteverzuim en verbetering van re-integratie van				literatuurscan		hoe langer de verblijfsduur in een functie, hoe groter de gezondheidsproblemen beperkingen in temporele en inhoudelijke autonomie vertalen zich meer in gezondheidsrisico's dan beperkingen in

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
		werknemers?						<p>sociale autonomie.</p> <p>part-time werken heeft op zich geen effect, maar mogelijkheid om net zo veel uren te werken als men wenst heeft positief effect op welbevinden.</p> <p>idem voor flexibele werktijden: wat telt is eigen controle van werknemers over tijd.</p> <p>onregelmatige uren hebben negatieve gezondheidseffecten</p>

Achtergronden van effecten: inkomen, sociaal-economische status

Lorgelly en Lindley (2008)	UK	De absolute inkomenshypothese luidt: er is een positief verband tussen gezondheid en het gemiddelde inkomen, maar tegen een afnemende voet. De inkomens ongelijkheid hypothese zegt dat inkomensverschillen en/of inkomensverdeling een schadelijk effect heeft op de gezondheid. Deze laatste hypothese wordt nu betwijfeld. Dit artikel wil bijdragen aan het debat door de relatie tussen inkomensongelijkheid en gezondheid te schatten met gebruik van individuele paneldata, de relatie onderzoeken op zowel regionaal als	<p>Gezondheidsstatus : vragen over gezondheid</p> <p>Inkomen: jaarlijks totale huishoudinkomen als som van inkomensbestanddelen van alle individuen in het huishouden.</p> <p>Inkomensongelijkheid: GINI-coefficient.</p> <p>Relatieve inkomen</p> <p>Overige verklarende variabelen 9a;s determinanten van zelf gerapporteerde gezondheid): opleiding, leeftijd, arbeidsmarkt</p>	BHPS is een longitudinale survey onder huishoudens in Groot-Brittannië. De eerste golf was in 1991, de survey wordt jaarlijks uitgevoerd dus in 2004 waren er 14 golven. Steekproefgrootte: 8645 individuen.	Pooled, random and fixed effects ordered probit models	De geschatte regressies steunen de absolute inkomenshypothese. Er is geen ondersteuning voor de inkomensongelijkheid hypothese of voor de relatieve inkomenshypothese. Er is dus zeer beperkt bewijs dat inkomensongelijkheid van invloed is op de gezondheid in Groot Brittannië.
----------------------------	----	--	--	--	--	--

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
		nationaal niveau, daarbij proberend om onderscheid te maken tussen beide concurrerende hypothesen. De vraag is; wat is het verband tussen zelf gerapporteerde gezondheid en huishoudensinkomen, inkomensongelijkheid en relatieve inkomen.	status, sociale klasse, burgerlijke staat, etniciteit, omvang van het huishouden, aantal kinderen.					
Olafsdottir (2007)	US, IJsland	Uit onderzoek is vastgesteld dat mensen met een hogere sociale status een betere gezondheid hebben. Minder bekend is het antwoord op de vraag of deze relatie in alle landen hetzelfde is en of deze relatie hetzelfde uitwerkt tussen verschillende institutionele regelingen. In dit artikel wordt de relatie onderzocht voor twee westerse, geïndustrialiseerde landen, aan tegenovergestelde uiteinden van het spectrum van gelijke/ongelijke toegang tot gezondheidszorg: US en IJsland						beter opgeleiden en werkenden hebben betere kansen op een goede gezondheid in alle groepen. Diegenen die in armoede leven hebben en slechtere gezondheid in alle groepen. (maar geen aandacht besteden aan mogelijke omgekeerde causaliteit)
Olivius, östergren, Hanson, Lyttkens	SE	Is er een relatie tussen economische stress (i.e.		In de vragenlijst	De Malmö Public health Survey,		Een serie van multipele logistische	Van alle ouders in de respons staat 35% bloot aan financiële problemen en hun

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
(2004)		financiële problemen binnen het gezin) en subjectieve gezondheid onder een steekproef van Zweedse ouders. Hoe wordt deze relatie beïnvloed door arbeidsmarktstatus en door de buitenlandse afkomst van de ouder?		zijn de volgende onderwerpen opgenomen: demografische variabelen, life-style factoren, sociale ondersteuning en sociale netwerken, arbeidsmarkt status, financiële condities en subjectieve gezondheid, economische stress (financiële problemen)	1994, random sample van 5.600 individuen tussen 21 en 81 jaar in Malmö.		regressieanalyses	subjectieve gezondheid is significant slechter (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht). Ook na controlling for buitenlandse afkomst en werkloosheid, de slechte subjectieve gezondheid bleef statistisch significant met betrekking tot blootstelling aan economische stress. Ook in het multivariate model bleven buitenlandse afkomst en werkloosheid sterk geassocieerd met slechte subjectieve gezondheid. Conclusie: financiële problemen van ouders zijn statistisch significant gerelateerd aan een slechte subjectieve gezondheid, ook als rekening wordt gehouden met arbeidsmarktstatus en buitenlandse afkomst.
Benzeval en Judge (2001)	UK	verband tussen armoede en slechte gezondheid, met bijzondere aandacht voor selectie opgrond van de gezondheid, de rol van langtermijn inkomen en de effecten van inkomensveranderingen	gezondheidsindicatoren: beperkende ziekte, gezondheidsproblemen, psychologische welzijn, subjectieve gezondheid	overzichttabel van de literatuur over het verband tussen inkomen en gezondheid	volwassene deelnemers in de British Household Panel Survey van 1991 tot 1996-97: 5281 respondenten		logistic regressie analyses voor gezondheidsresultaten	relevante resultaten: na controle voor de gezondheidsstatus in het begin is het verband tussen inkomen en gezondheid licht minder sterk, maar verdwijnt niet: causale relatie tussen laag inkomen en slechte gezondheid; deze bevinding komt overeen met andere studies die rekening houden met selectie (maar de mogelijkheid blijft bestaan dat niet-waargenomen variabelen met allebei gezondheid en werk gecorreleerd zijn) dalingen in het inkomen hebben een groter effect op de gezondheid dan stijgingen.

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
Kim en Durden (2007)	US	relatie tussen sociaal-economische status en gezondheid in het leven van volwassenen	fysieke gezondheid, mentale gezondheid, opleidingsniveau, inkomen, individuele kenmerken		panel data met 3617volwassenen		3 sets van vergelijkingen: a within-person equation, between-person structural equations and measurement equations.	Opleiding en inkomen creëren uiteenlopende verschillen in gezondheidsontwikkeling in het leven van een volwassene, hoewel de rol van het inkomen minder duidelijk is; duurzame en cumulatieve ongelijkheid in gezondheid naar sociaal-economische status in het leven van volwassenen. continuïteit of veranderingen in inkomen spelen ook een rol mogelijkheid van omgekeerde causaliteit kan niet worden uitgesloten: dat verandering in gezondheid oorzaak is van de verandering in inkomen.

Interpersonele effecten

Siegel, J. (2006)	VS	Effecten van de gezondheid van de man op de participatiebeslissing en het aantal gewerkte uren van de vrouw	Lichamelijke gezondheid, zowel objectief als subjectief gemeten	Geen uitgebreid literatuuroverzicht	Individuele data van de Health and Retirement Survey (1992)	Probit regressies voor de participatievergelijking. In de urenvergelijking correctie voor selectiviteit. In beide vergelijkingen correctie voor endogeniteit van het inkomen van de man		Een slechtere gezondheid van de man leidt tot een grotere kans op arbeidsparticipatie bij de vrouw, maar een negatief effect op het aantal uren dat de vrouw werkt.
Stolzenberg (2001)	US	effecten van de werkuren van getrouwde mannen en vrouwen op de gezondheid van elkaar	afhankelijke variabele: gezondheid van de partner onafhankelijke variabelen:	overzicht van literatuur over interpersonele effecten van werk	1986 en 1989 longitudinale data;	bivariate probits; gezondheidsindicatoren en andere variabelen van de eerste golf meegenomen om de onzekerheid over de		lange werkuren van mannen zijn niet schadelijk voor de gezondheid van hun vrouwen; meer dan 40 werkuren per week voor vrouwen heeft een negatief effect op de gezondheid van hun partner. werkuren van vrouwen hebben geen

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
			werkstatus, werkuren, inkomen van het huishouden, individuele kenmerken				causaliteitsrichting te verminderen.	effect op hun eigen gezondheid; werkuren van mannen hebben een positief effect op hun eigen gezondheid.
Crossfield, Kinman en Jones (2005)	UK	'cross-over' van werkgerelateerde stress in twee-verdieners paren	werkeisen, ondersteuning, constraints, jobtevredenheid, job commitment, communicatie over werk in het paar, psychologische welzijn	overzicht van de literatuur over 'cross-over' effecten	74 paren die allebei verdienen; vragenlijsten in 1999-2000		meten correlaties	positief verband tussen werkgerelateerde stress van vrouwen en angst en depressie bij hun partners. werkeisen hangen samen met cross-over, maar ondersteuning op de werkplek verklaart cross-over niet. kwaliteit en frequentie van de communicatie in het paar, job commitment en job tevredenheid spelen ook een rol.
Novo, Ammarstöm, Janlert (2001)		verband tussen de gezondheid van niet-werkloze jongeren en het werkloosheidspercentage in de maatschappij; verschillen tussen vrouwen en mannen	gezondheid, perioden van werkloosheid, werkloosheid, opleidingsniveau en arbeidsmarktbeleid		1083 mensen van 21 jaar geïnterviewd in 1986 (boom) en 898 in 1994 (recessie)		linear multiple regressie analyse	meer somatische en psychologische symptomen tijdens de recessie dan tijdens de boom; slechtere gezondheid in de recessie voor werkende vrouwen en voor studenten (vrouwen en mannen); komt mogelijk door pessimisme over de toekomst, hoge eisen en financiële problemen.
Hupkens en Beckers (2003)	NL	Omvang van de medische consumptie als gevolg van werkbelasting			Enquête Beroepsbevolking, Permanent onderzoek leefsituatie (POLS), 1997 - 2002			In 2002 hebben minder werkenden problemen met de hoge tijdsdruk of het hoge werktempo dan in de drie jaar daarvoor, maar van de groep werkenden die problemen hebben, melden zich meer personen ziek. Het percentage werkenden met fysieke belasting is de afgelopen zes jaar nauwelijks veranderd. Ook het percentage werkenden dat pijnklachten rapporteert en in het ziekenhuis belandt varieert nauwelijks. Het percentage

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebouwde data	Methode	Gebouwde modellen	Belangrijkste conclusie(s)
								werkenden dat in verband met deze klachten ziek is thuisgebleven en het percentage dat huisarts of specialist raadpleegt, is tussen 1997 en 1998 gestegen en daarna gestabiliseerd. Van de werkenden die blootgesteld zijn aan trillingen heeft bijna één op de vijf klachten.
Effecten voor vrouwen								
Pavalko, Gong, en Long (2007)	VS	Wat is het effect geweest van de toegenomen arbeidsparticipatie op de gezondheid van vrouwen?	Gezondheid is gemeten als functionele (lichamelijke) beperkingen	Geen uitgebreid literatuuroverzicht	Individuele data ontleend aan: - National Longitudinal Survey of Mature Women - National Longitudinal Survey of Young Women N=5066 verdeeld over 4 cohorten die zijn geïnterviewd tussen 1971 en 1989/91	Logit negative binomial hurdle model In beperkte mate rekening gehouden met selectieprocessen, bijvoorbeeld door ook analyses uit te voeren waarbij personen die niet meer werkten als gevolg van gezondheidsproblemen niet zijn meegenomen		Waar de eerste cohorten nog lieten zien dat werkende vrouwen gezonder waren dan huisvrouwen, ligt dit in het meest recente cohorten precies andersom: huisvrouwen zijn nu gezonder. Hierbij is gecorrigeerd voor demografische variabelen
Schnittker (2007)	VS	Wat is het effect van werken op de gezondheid bij mannen en vrouwen	Subjectieve gezondheid	Geen uitgebreid literatuuroverzicht	Data uit de General Social Survey tussen 1974 en 2004	OLS, geen rekening met wederzijds beïnvloeding van gezondheid en werk		Significant effect van werken op gezondheid, zowel bij mannen als bij vrouwen. Maar opleidingsniveau is belangrijker dan werk. Onduidelijk is of bij gelijktijdig opnemen van opleidingsniveau en werk, laatstgenoemde variabele nog significant

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
								is.
Dolinsky en Caputo (2003)		verband tussen zelfstandig werk en gezondheid bij vrouwen		Afhankelijke variabele: Gezondheidsstatus, self-reported gezondheid. Onafhankelijke variabelen: arbeidsmarkt status (onder andere)	Data van de Mature Women's Cohort van de NLSLME (National Longitudinal Survey of Labor market Experience). De steekproef (n=1412) bevat zelfstandige vrouwen, vrouwen in loondienst en niet-werkende vrouwen. Hun cumulatieve werkgelegenheid is gemeten door werkgelegenheidsstatus tussen 1976 en 1995 en hun gezondheidsstatus is gemeten in 1976 en in 1995.		Drie multivariate regressiemodellen, 1 voor elke type werkgelegenheidsstatus, om te bekijken of sociaal-demografische en andere factoren de gezondheid beïnvloeden.	Werkloosheid heeft een significant negatieve gezondheidsstatus in 1995 in vergelijking met vrouwen van dezelfde leeftijd. Het effect van werken voor een salaris resulteert in een significant positieve gezondheidsstatus, in vergelijking tot vrouwen van dezelfde leeftijd. De status van zelfstandige had geen statistisch significant effect op de gezondheidsstatus. Dit impliceert dat de gezondheid van zelfstandige vrouwen weliswaar beter is dan die van werkloze vrouwen, maar substantieel slechter is dan die van vrouwen in loondienst.
Van Vuuren en Smit (2001)	NL	Wat zijn mogelijke oorzaken van het hoge ziekteverzuim en de WAO-instroom van vrouwen?				literatuuroverzicht		grotere kans op arbeidsongeschiktheid van vrouwen komt door andere werkomstandigheden (in zorgsector, werkdruk) dan mannen en meer last van bepaalde werkomstandigheden (zoals slechte werksfeer en geen plezier in het werk); maar ook opvattingen, attitude en rolpatronen van de vrouwen, hun sociale omgeving, bedrijfsartsen en werkgevers.
Andriessen, Houtman en Hoofman (2007)	NL	1. Welke oorzaken leiden ertoe dat gedurende de zwangerschap en na	Kwalitatief onderzoek	Literatuurstudie	Interviews met vrouwen na de bevalling,			Zwangere vrouwen verzuimen niet vaker, maar wel langer dan niet-zwangere vrouwen. Circa 36 procent van de

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
		afloop van het bevallingsverlof vrouwen (langdurig) verzuimen en welke factoren spelen daarbij mee? 2. Wat zijn volgens betrokken partijen de oorzaken van langdurig verzuim? 3. Welke interventies kunnen er door verschillende partijen worden gedaan om te stimuleren dat vrouwen: a. Tijdens de zwangerschap langer kunnen doorwerken (preventie); en b. Na het bevallingsverlof weer of sneller aan het werk kunnen gaan (herstel/reintegratie)			leidinggeevenden, werkgeversvertegenwoordigers, artsen en verloskundigen en een expertmeeting			zwangeren heeft zwangerschapsgerelateerd verzuim. Vier procent van de bevallen vrouwen heeft een bevallingsgerelateerd verzuim. Er zijn hierbij grote verschillen tussen sectoren waar te nemen die echter voornamelijk verband houden met het aandeel jonge vrouwen dat in die sectoren werkt. De oorzaken kunnen in drie categorieën worden ingedeeld: gezondheidsklachten, werkgebonden oorzaken of niet-werkgebonden oorzaken. Het verzuim tijdens zwangerschap en na de bevalling is voor een deel vermijdbaar. Preventieve maatregelen zijn bijvoorbeeld meer voorlichting aan de vrouwen, werkaanpassingen, een sfeer creëren waarin vrouwen zich durven uiten over hun problemen en een flexibel verloop.
Effecten voor ouderen								
Lindeboom, Portrait en Van den Berg (2002)	NL	Wat is het effect van ingrijpende gebeurtenissen waaronder het verlies van werk op de mentale gezondheid bij personen van 55 jaar of ouder?	Twee gezondheidsindicatoren worden gebruikt (beide op basis van gevalideerde tests ('objectief')): - cognitieve gezondheid - emotionele gezondheid	Geen uitgebreid literatuuroverzicht	LASA survey. Aantal waarnemingen dalend van 2253 in eerste golf tot 1284 in derde golf	Panel data methoden		Geen significant effect verlies van werk op mentale gezondheid (cognitief en emotioneel) Effect van het verlies van werk op de lichamelijke gezondheid wordt niet gemeten, wel de invloed van de lichamelijke gezondheid op de mentale. Er blijkt een duidelijke invloed te zijn van de lichamelijke gezondheid op de mentale.

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methoden	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
McMahan en Phillpis (2000)		Meer inzicht in de psychologische, sociale en fysieke karakteristieken van oudere werknemers (ouder dan 50 jaar). De meeste werkende respondenten werken voltijd.		Gender, arbeidsmarkt status, opleiding, burgerlijke staat, etniciteit, inkomen, perceptie van gezondheid, depressie, chronische conditie, energie, afhankelijkheid, perceptie op inkomen, tevredenheid met relaties	California Work and Health Survey: een telefonisch, longitudinal survey onder volwassenen in Californië. Het oorspronkelijke survey is uitgevoerd in 1998, onder 1.771 volwassenen van 18 jaar en ouder.		Logistische regressieanalyse	Werkende ouderen geven aan dat hun gezondheid beter is, dat ze minder depressief zijn en meer energie en activiteiten hebben dan gepensioneerde ouderen. Er is geen verschil tussen werkenden en gepensioneerde ouderen wat betreft sociale en psychologische karakteristieken (zoals het aantal vriendschappen en de mogelijkheid om belangrijke dingen in het leven te beheersen en problemen op te lossen).
Josten en Schalk (2005)	NL	<p>Hebben oudere werknemers in de periode voorafgaande aan demotie meer last van gezondheidsproblemen of problemen met het functioneren op het werk dan oudere werknemers die geen demotie hebben gehad?</p> <p>Helpt een demotie deze problemen te verminderen?</p> <p>Wat zijn de gevolgen van demotie voor de tevredenheid met de inhoud van het werk?</p>	<p>Verandering in functie bij huidige werkgever en richting van verandering.</p> <p>Tenminste 45 jaar bij demotie;</p>	Ja, verwijzing naar andere studies die problematiek hebben onderzocht.	Eerste drie golven van het OSA-aanbodpanel zorg en welzijn (1998, 2000, begin 2003). Is een 2-jaarlijkse vragenlijstonderzoek onder een panel van werknemers uit de sectoren zorg en welzijn. Longitudinaal	<p>Gemeten aspecten:</p> <p>Gezondheidsproblemen (twee vragen);</p> <p>Problemen met het functioneren op het werk (1 vraag, nl. naar aansluiting tussen kennis en vaardigheden op het werk);</p> <p>Tevredenheid met de inhoud</p>	Bonferroni-correctie, T-toetsen,	Oudere werknemers die een demotie meemaakten hadden meer gezondheidsproblemen voorafgaand aan de demotie dan oudere werknemers die niet van functie zijn veranderd. De demotie wist deze problemen echter niet te verminderen. Wel daalde de tevredenheid met de inhoud van het werk. Redenen voor de gevonden effecten zijn mogelijk: inhoud van lagere functie is minder aantrekkelijk, werknemer verliest aanzien, communicatie met en begeleiding van de werknemer zijn tijdens de demotie ontoereikend geweest.

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
						van het werk (drie vragen)		
Neuman (2008)	VS	effect van pensionering op de gezondheid	subjectieve verandering in de gezondheid, objectieve verandering in de gezondheid, gezondheidsindicatoren, individuele kenmerken, pensionering, werkuren.	literatuur over de effecten van pensionering op de gezondheid	Health and Retirement Study (1992-2004); 7632 mannen, 8633 vrouwen		vergelijking tussen OLS en IV als een test voor endogeniteit van gezondheid.	ten eerste lijkt pensionering een negatief effect op de gezondheid te hebben, maar dit komt door endogeniteit subjectieve gezondheid: pensionering helpt om goede gezondheid te bewaren objectieve gezondheid: insignificant effect van uittreding -> goed effect op de gezondheid is misschien meer subjectief dan objectief. aanwijzingen dat uittreding tenminste niet slecht voor de gezondheid. met werkuren als afhankelijke variabele, soortgelijke effecten -> niet uittreding op zich, maar vermindering in de werkuren lijkt goed voor de gezondheid te zijn.
Andere studies								
van Campen (2007)	NL	Hoeveel mensen met een chronische ziekte en een langdurige lichamelijke beperking doen tevreden mee aan de samenleving?			Patientenpanel Chronisch Zieken 2002 - 2004			Net als in de totale bevolking is er onder personen met een chronische ziekte en lichamelijke beperkingen een verband tussen werk en geluk: werkenden zijn gelukkiger dan niet-werkenden. Dat geldt zowel voor personen die betaald werk als personen die vrijwilligerswerk verrichten. Het verrichten van (al dan niet) betaald werk heeft een positief significant effect op tevredenheid.
Kalwij en Vermeulen (2007)	Europa	meerwaarde van objectieve gezondheidsindicatoren ten opzichte van mogelijk endogene	afhankelijke variabele: deelname aan de beroepsbevolking		1ste golf van SHARE: longitudinale survey in 11 Europese landen;		endogeniteit van subjectieve gezondheid wordt gezien als een 'omitted variables	in sommige landen is objectieve gezondheid genoeg, objectieve indicatoren voegen weinig toe; in andere landen zijn objectieve indicatoren significant en subjectieve gezondheid

Auteur(s)	Land	Probleemstelling	Variabelen	Literatuur	Gebruikte data	Methode	Gebruikte modellen	Belangrijkste conclusie(s)
		subjectieve gezondheid.	onafhankelijke variabelen: subjectieve en objectieve gezondheidsindicatoren, andere individuele kenmerken		18 000 huishoudens met tenminste een persoon van 50 jaar of ouder		problem'. standard probit regressie vergelijkingen om deelname aan beroepsbevolking te verklaren	endogeen. -> men moet controleren voor objectieve gezondheidsindicatoren als men het verband tussen gezondheid en deelname aan de beroepsbevolking analyseert.
Piliavin en Siegl (2007)		Waarom is vrijwilligerswerk verschillend van andere vormen van sociale betrokkenheid? Voor wie is het doen van vrijwilligerswerk het meest heilzaam? Hoeveel vrijwilligerswerk is optimaal? Welke mechanismen bewerkstelligen het heilzame effect van vrijwilligerswerk?	Ja, theorie ontwikkeling	Onafhankelijke variabelen: vrijwilligerswerk Afhankelijk variabele: Psychologisch welzijn, self-reported gezondheid Intermediaire variabelen (o.m. sociale integratie)	WLS (Wisconsin Longitudinal Study), vier golven, 1964, 1975, 1992, 2004.		Regressie-analyse	De resultaten van dit artikel bevestigen de resultaten uit eerder onderzoek dat het doen van vrijwilligerswerk een positieve invloed heeft op zowel het psychologische welzijn als de self-reported gezondheid. Zowel de vastheid van vrijwilligerswerk in de tijd als de diversiteit van participatie in vrijwilligerswerk zijn significant gerelateerd aan welzijn en self-reported gezondheid. De relatie tussen vrijwilligerswerk en psychologische welzijn wordt gedempt/getemperd door het niveau van sociale integratie, in die zin dat personen die het minst geïntegreerd zijn het meest profiteren.

methodologisch goede kwantitatieve studies

belangrijke literatuuroverzichten, representatieve studies over achtergrondfactoren

B2 LITERATUUR RE-INTEGRATIE: EFFECTIVITEIT

B 2.1. Effectiviteit voor het individu

Arbeidsongeschikten

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie voor selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
Heyma et al (2003)	NL	Diagnose, kwalificatie, bemiddeling, combinatie	Arbeidsgehandicapten (excl. WAZ en Wajong);	26 000 WAO'ers; Data van Kliq. 2000-2001.	Controlegroep: die mensen, die (nog) met geen re-integratietraject zijn begonnen;	correctie voor selectiviteit door opnemen van individuele kenmerken op basis waarvan selectie in de inzet van re-integratie instrumenten plaatsvindt ("niet optimaal").	Duur tot het vinden van een betaalde baan / relatief tot a priori arbeidsmarktkansen	Kans op werkhervatting binnen anderhalf jaar, gemiddeld: 27% zonder en 34% met interventie; Diagnose en kwalificatie verlengen per saldo re-integratieduur (maar effect op lange termijn niet gemeten); Effect van bemiddeling behoorlijk; scholing + bemiddeling best voor lager opgeleiden.
Aakvik (2003)	Noorwegen	scholing (educational programmes)	arbeidsongeschikten	individuele gegevens over 1506 personen die uitkeringen voor vocational rehabilitation tussen 1989 en 1991 hebben ontvangen en voor een scholing zijn ingeschreven; waarnemingsperiode: 1989-1994	controlegroep: mensen die scholing zouden kunnen krijgen maar niet deelnemen.	random-effects probit models voor kans op werkhervatting; correctie voor selectiviteit vanwege waargenomen en niet waargenomen kenmerken: index variable for probability of participation is one of the regressors in the probit (non-parametric estimation of probability of participation to account for correlation between unobserved variables and training status)	werkstatus (loopbaan van individuen 4 jaar nadat ze VR hebben verlaten)	effect van scholing niet significant, vanwege afoming (deelnemers zijn diegenen die vanaf begin hogere kansen op werkhervatting hebben)
Aakvik et al (2005)	Noorwegen	vocational rehabilitation	(gedeeltelijk) arbeidsongeschikte vrouwen	gegevens over 1924 individuen die in 1989 voor	interne controlegroep: diegenen die voor training waren	latent variabel model for outcome;	werkstatus 3 jaar na inschrijving voor scholing.	negatieve gemiddelde effect: maatregel lijkt alleen succesvol vanwege afoming;

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie voor selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
				scholing zijn ingeschreven.	ingeschreven maar niet deelnamen (werden uitgesloten of wilden niet deelnemen).	<p>latent variable model for selection into the programme;</p> <p>estimation of average treatment effect and effect of treatment on the treated;</p> <p>non-parametric analysis.</p> <p>(variable that determines the treatment decision but does not directly affect the outcome: municipalities' tendency to use vocational rehabilitation)</p>		scholing helpt diegenen die het verst zijn van de arbeidsmarkt, maar deze zijn maar zelden geselecteerd voor deelname.
Hennessey & Muller (1995)	US	vocational rehabilitation	arbeidsongeschikten	4 405 ontvangers van een arbeidsongeschiktheidsuitkering	<p>controlegroep: diegenen die niet aan VR deelnamen.</p> <p>resultaten van het model vergeleken met percepties van deelnemers over het nut van de maatregelen.</p>	<p>Cox proportional hazards regression model.</p> <p>PHREG to estimate parameters of the covariates in the model.</p> <p>model does not control for all factors that play a part in the screening process; but controlled for a number of observable characteristics</p>	tendentie tot werkhervatting (iets anders dan kans op werkhervatting, die van tendentie tot werkhervatting, herstel, en leeftijd voor pensionering afhangt)	<p>VR heeft positief effect op de tendentie tot werkhervatting.</p> <p>bemiddeling is het meest effectief, dan beroepsgerichte scholing, dan fysieke therapie.</p>
Dean, Dolan & Schmidt (1999)	US	vocational rehabilitation	mensen die ingeschreven zijn en mensen die al deelnemen in de maatregel	individuele gegevens over 28 986 individuen, uit samenvoeging van twee administratieve databestanden (1980).	interne controle groep = diegenen die ingeschreven zijn voor VR maar met geen programma zijn begonnen.	<p>niet-deelnemers zijn door dezelfde tests gegaan als deelnemers;</p> <p>fixed-effects modelling to remove effects of time invariant unobservable characteristics resulting in selection bias. (??)</p> <p>+ Hausman test for significance of a treatment dummy and Chow test to see if earning equation is the same for treatment and comparison group suggest that almost no unobservable differences between groups,</p>	inkomen van deelnemers uitkeringsafhankelijkheid	positieve en significante stijging in inkomen voor 6 van de 7 handicap-cohorten.

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie voor selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
						so that dropouts are acceptable comparison group.		
Hoffius et al (2003)	NL	Scholing	Werklozen en arbeidsgehandicapten	Interviews met medewerkers van UWV, gemeenten en re-integratiebedrijven	Kwalitatief; perceptie effecten door medewerkers.	Nee (medewerkers zeggen zelf, dat ze geen scholing zouden aanbieden, als niet denken, dat effectief is)	Nut van scholing, omschreven als bijdrage aan arbeidsmarktkansen van de cliënt.	Schattingen of scholingen succesvol of niet variëren van 50 tot 100%. Voor arbeidsgehandicapten, sociale aspect belangrijk, opvijzelen van zelfvertrouwen, dus ook zinvol als geen baan opgeleverd.
Lierop (2001)	NL	langdurig (om)scholingtraject: niet alleen vaktechnische maar ook beroepsgericht sociale en communicatieve vaardigheden.	volledig arbeidsongeschikten	alle, die zo een traject heeft doorlopen bij een re-integratiecentrum, 504 respondenten; dossierstudie, schriftelijke vragenlijsten, interviews, telefonische survey	kwalitatief	Nee: onderzoek betreft groep hooggemotiveerden;	werkhervatting, op korte en lange termijn; persoonlijke ontwikkeling.	71% oud-cursisten vindt na het programma een baan, die daarop aansluit. ontwikkeling zelfvertrouwen, omgaan met beperkingen, sociale vaardigheden en incasseringsvermogen. na 5 jaar 75% aan het werk.
Aarts & Visscher (2003)	NL	REA-scholingsinstituten	arbeidsgehandicapten	literatuur, gesprekken met REA, administratieve gegevens.		vergelijkt kenmerken van cursisten in REA-instituten en in anderen.	kosteneffectiviteit: kosten en baten van het functioneren van de REA-scholingsinstituten	39% plaatsing 6 maanden na beëindiging van de opleiding; 49% na anderhalf jaar. REA veel duurder dan andere opleidingsinstituten. geplaatste cliënten moeten gemiddeld 57.8 maanden werken om scholing van henzelf en niet-geplaatste collega's terug te verdienen.
Heyma (2006)	NL	re-integratietrajecten	Weer of meer goedgekeurde niet-werkende arbeidsongeschikten.	23 631 gevallen uit Administratieve individuele gegevens 2002-2004	Controlegroep: personen, voor die nog geen traject is ingezet;	duurmodel voor duur tot werkhervatting; duurmodel voor duur tot inzet van re-integratietraject; indicator voor inzet van re-integratietraject als indep.	Verskil tussen duur tot werkhervatting met en zonder re-integratietraject voor dezelfde persoon of populatie	Gemiddelde werkhervattingkans binnen twee jaar met gemiddeld slechts 0.7 procentpunten verhoogd. Maar grote variatie in de kans

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie voor selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
						var. in model voor kans op werkherhvatting. (??) (ook hazard rate voor inzet van re-integratieinstrument) -> Correctie voor selectiviteit door persoonskenmerken op te nemen en door kans op werkherhvatting te relateren aan de kans op de inzet van re-integratietraject.		op werkherhvatting naar verschillen in (persoons)kenmerken: binding met arbeidsmarkt belangrijk, omdat hoe langer zonder werk, hoe moeilijker weg terug.
Kok et al. (2006)	NL	re-integratie-trajecten	Volledig arbeidsongeschikte WAO'ers, die 2002-2004 zijn ingestroomd in de uitkering;	Individuele gegevens 2002-2004 uit administratieve bestanden van UWV, gemeenten en CWI;	Controlegroep: diegenen, die geen traject hebben gevolgd;	idem (cf. Heyma 2006);	Verskil tussen werkloosheidsduur met en zonder traject; Kans met en zonder traject dat iemand aan het werk blijft (meet herinstroom uit de uitkering vanuit werk)	Traject verhoogt sterk kans op uitstroom naar werk (hoe vroeger inzet, hoe effectiever); trajecten verlagen ook sterk kans op herinstroom (van 41% op 15% na 3 jaar).
Jehoel –Gijsbers (2007)	NL	toekenning van een re-integratie-traject	WAO'ers	CBS en UVW databestanden: WAO-instromers april 2002 – december 2003 N= 106530; waarneming tussen 2002 en 2004	controlegroep: diegenen, die geen re-integratietraject toegekend kregen.	idem (cf. Heyma 2006); geen rekening gehouden met niet-waargenomen achtergrondkenmerken.	kans om binnen twee jaar naar werk uit te stromen	toekenning van een traject blijkt een negatief effect te hebben; maar effect van toekenning, niet van het traject zelf: mogelijk 'lock-in' omdat men wacht op het starten van het traject; relatief korte periode waargenomen, een deel van de trajecten is pas begonnen.
Orr et al (2007)	UK	New Deal for Disabled People: ondersteuning en bemiddeling om zieken of arbeidsongeschikten het werk te laten	mensen met handicap of chronische ziekte.	260 330 individuen die zich voor NDDP ingeschreven hebben tussen juli 2001 en november 2006	controlegroep: mensen met arbeidsongeschiktheidsuitkering die ingeschreven zijn voor de maatregel.	gecorrigeerd op basis van waargenomen individuele kenmerken; maar niet-waargenomen kenmerken kunnen tot 'bias' geleidt hebben.	effect van NDDP op uitkeringsafhankelijkheid, uitkeringshoogte en werkstatus	duidelijke reducering in uitkeringsafhankelijkheid en uitkeringshoogte (sterker effect voor langdurige ontvangers dan voor nieuwe ontvangers); effect lijkt stabiel te zijn op lange termijn (36 maanden). positief effect op werkstatus, nog stabiel in derde jaar na

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie voor selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
		hervatten.						inschrijving.
Kornfeld e.a. (1999)	USA	persoonlijke ondersteuning en begeleiding	mensen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen	administratieve gegevens en percepties van cliënten en andere betrokkenen.	vergelijking tussen netto-effecten en netto-gebruik van resources; deelnemers willekeurig verdeeld tussen deelnemergroep en controlegroep	n.a.	inkomen van deelnemers	de maatregel heeft tot en stijging in gemiddeld jaarlijks inkomen van 220 USD geleid gedurende de eerste twee jaren na toekenning. maar geen significante daling in uitkeringsafhankelijkheid.
IWI (2006)	NL	re-integratie	arbeidsgehandicapten, aan wie een re-integratietraject is toegekend	2700 interviews met individuen	percepties van arbeidsgehandicapten	n.a.	effecten van re-integratie op lange termijn (na 4 jaar)	onder de mensen die daadwerkelijk met een traject zijn begonnen denken 41% dat hun arbeidsmarktpositie is verbeterd; onder degenen die na afloop het werk hebben hervat zeggen 60% dat het traject hun kans op werk vergroot; onder degenen die het werk niet hebben hervat: 17%. mensen willen zelf invloed hebben op invulling van hun traject. gezondheid van cliënten en economische omstandigheden hebben groot invloed op werkhervatting. brutto-effectiviteit: 44% van degenen die 2001 een re-integratietraject is toegekend had werk hervat; 40% had in 4 jaar geen werk gevonden.
Corden & Thornton (2002)	VK, VS, Canada, Australië, Oostenrijk	persoonlijke begeleiding en ondersteuning	arbeidsongeschikten of arbeidsongeschikt geraakte	literatuuroverzicht; de meegenomen studies gebruiken administratieve	meestal bruto-effectiviteit (behalve voor VS: experiment, cf.	Nee. (een groot deel van de deelnemers geeft aan dat ze ook zonder maatregel een baan zouden hebben	werkstatus	UK: 59% hebben betaald werk gevonden Canada: 60% van diegenen die 'rehabilitation plan'

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie voor selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
			werknemers	gegevens en percepties van cliënten en andere actoren.	Kornfeld e.a. (1999))	gevonden)		<p>hebben volbracht hebben het werk hervat.</p> <p>Oostenrijk: 25.8% van deelnemers hebben een baan gevonden, 15.8% konden bij hun oude werkgever blijven werken.</p> <p>VS: gemiddelde stijging van 12% van inkomen van deelnemers, maar alleen op korte termijn; stijging in aantal maanden werk; geen effecten voor jongeren, wat erop wijst dat ze specifieke maatregelen nodig hebben.</p> <p>resultaten op lange termijn</p> <p>in VK, ondersteuning op werk is nodig om te voorkomen dat werkhervatters hun baan weer verlaten.</p> <p>effect voor gezondheid en welzijn</p> <p>VS: niet significant</p> <p>VK: positieve effecten voor sommige, voor sommige negatieve effecten vanwege meer stress of teleurstelling.</p> <p>CA: meest gevonden effect is verbetering in het zelfvertrouwen</p> <p>resultaten voor werkgevers</p> <p>problemen in de communicatie tussen re-integratiediensten en werkgevers; werkgevers zijn vaak slecht geïnformeerd of willen geen gebruik maken van de diensten (VK, Oostenrijk)</p>
Jenaro et al (2002)	Oostenrijk, Duitsland, VK	begeleid werken	arbeids-ongeschikten	vragenlijst: demografische variabelen, handicap en	antwoorden op de vragenlijst; analyse van correlaties.	Nee	verband tussen ondersteuning en resultaten in begeleid werken	aantal aanpassingen negatief gecorreleerd met het krijgen van een baan; minder uren directe ondersteuning door

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie voor selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
				werkstatus van 448 deelnemers (ook informatie over bedrijfscultuur en ondersteunende medewerkers)				een professionele op de werkplek leiden tot meer typische ('normale') oriëntatie van het werk; de professionele zou 'natuurlijke' ondersteuning door collega's moeten stimuleren, eerder dan zelf alle diensten leveren.
Smit & Brouwer (2006)	NL	Project een half jaar werkervaring voor jonggehandicapten	15 jonggehandicapten	kwalitatieve interviews met deelnemers en werkgevers	Gegevens van het project + percepties deelnemers en werkgever	Nee	<p>Verwerven van nieuwe vakvaardigheden;</p> <p>Verwerven van tools om arbeidsmarktperspectieven actief op te pakken;</p> <p>Duurzame plaatsing</p>	<p>meestal generieke vaardigheden opgedaan;</p> <p>door werkervaring: verkrijgen van structuur in het leven, sociale vaardigheden, leren omgaan met de handicap in een werksituatie, zichzelf beter kennen, zelfvertrouwen.</p> <p>Duurzame plaatsing voor meeste deelnemers niet realistisch na pas 6 maanden werkervaring.</p>
EC (2004)	EU - 15	actieve arbeidsmarktprogramma's voor arbeidsongeschikten	arbeidsongeschikten	literatuuroverzicht, informatie van een netwerk van nationale experts.			<p>effecten op de werkgelegenheid van verschillende maatregelen</p>	<p>persoonlijke ondersteuning: positieve effecten in AT, niet significant in UK.</p> <p>beschermde werkplaatsen: heel weinig transities tot de reguliere arbeidsmarkt (BE, NL, ES)</p> <p>'Danish flex job scheme' (aangepast werk en loonsubsidie): stigmatiserend, hindert re-integratie</p> <p>gesubsidieerde arbeid: positieve effecten in EL, geen effecten in DE.</p> <p>beroepsopleidingen: effectief in IE, niet in EL, gemiddeld in DE.</p>

Zieke werknemers

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
Froehlich, Heshmati, Lechner (2004)	SE	aanpassing van de werkplek, scholing, medical rehabilitation, social rehabilitation, passive rehabilitation	langdurig zieken (die ziekte-uitkering voor tenminste 60 dagen ontvangen hebben)	individuele gegevens over 6287 langdurig zieken, van 1991 tot 1994 (uit een nationaal databestand die voor de analyse van langdurige ziekte en vocational rehabilitation werd verzameld)	controlegroep: mensen die aan andere maatregelen, (of aan geen maatregel) hebben deelgenomen.	propensity score matching: (non-parametric) matching estimators for multiple treatments, taking into account the different compositions of characteristics among participants and non-participants; assume that all confounding variables that affect simultaneously treatment outcome and treatment participation are observed and taken into account, because have data about sickness registration and rehabilitation assessment. (hm...)	uitstroom uit ziekte: tot reguliere baan, tot beroepsbevolking (reguliere baan, werk in sociale werkplaatsen, werkloosheid)	geen positieve effecten op werkstatus; meest effectieve: geen rehabilitation, aanpassing van de werkplek medische en sociale rehabilitation minder succesvol; scholing heeft negatieve effecten.
Bach et al (2007)	DK	scholing; loonsubsidies	work-injured	1 620 work-injured die tussen 2002 en 2003 een uitkering ontvangen; face-to-face interviews, en gegevens van de National Board of Industrial Injuries	controlegroep: diegenen zonder vocational rehabilitation piecewise constant hazard rate model with random effects	controle voor selectiviteit: instrumentele variabel (gebruik van VR door de gemeente) + random effects hazard model allows for taking unobserved characteristics into account; logit for entry in educational measure; indicator of participation as covariate in model for returning to work.	duur van de eerste ziekte dag tot werkhervatting / tot werkhervatting in gesubsidieerde arbeid.	positief effect van scholing op de kans op werkhervatting; sterker effect voor werkhervatting in gesubsidieerde arbeid dan voor werkhervatting in gewone baan.
Hogelund &	DK	scholing	langdurig zieke	671 individuen van 18 tot 55 jaar, die	controlegroep: diegenen die niet deelnamen aan	estimate simultaneously probability of	duur tot werkhervatting met hoger loon, of met	deelname aan scholing leidt tot hogere kansen op

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
Holm (2006)			werknemers	langdurig ziek waren voor tenminste 3 achtereenvolgende maanden in 1995.	scholing	participating in education and exiting into jobs: approximate unknown distribution of unobserved (random) effects by discrete dis. with finite number of mass points, logit model for entering education, multinomial model of returning to work. (random effects hazards rate model)	hetzelfde of een lager loon dan voor ziekteverzuim.	werkhervatting met hetzelfde of een lager loon, maar geen effect op kans op werkhervatting met hoger loon.
Hogelund & Holm (2002)	DK	scholing; soepelere ontslagregeling	langdurig zieke werknemers	panel van 5 jaren ment 433 werknemers die langdurig ziek waren voor 90-120 dagen vanwege rugpijn, volledig ongeschikt voor werken, tussen 18 en 55 jaar.	controlegroep: diegenen die aan scholing niet deelnemen / die bij hun werkgever blijven.	proportional competing risk hazard rate model with random effects (to allow for the effect of unobservable covariates); model time to return to work, time to entry in education, time to separation from employer.	duur tot eerste werkhervatting met de vroegere werkgever, duur tot eerste werkhervatting met een nieuwe werkgever.	deelname aan scholing niet significant voor werkhervatting, omdat lock-in effect het positief effect van de maatregel weer laten verdwijnen. + afroming op basis van niet-waargenomen kenmerken ontslag: als random effects worden meegenomen, is er maar een beperkt direct effect op werkhervatting, omdat werknemers die ontslagen worden kenmerken hebben die hun kans op werkhervatting sowieso beperken.
Heshmati & Engstrom (2001)	SE	vocational rehabilitation	langdurig zieke individuen die voor vocational rehabilitation geselecteerd werden.	8 839 individuen in West-Sweden, 1991-1994 ((uit een nationaal databestand die voor de analyse van langdurige ziekte en vocational rehabilitation werd	controlegroep: niet-deelnemers	simultaneous equations, one for program participation and another for programme evaluation; for programme evaluation: bivariate probit, with recovered health and return to	kans op deelname in een programma. kans op herstel van werkgeschiktheid; kans op werkhervatting;	geen aanwijzingen dat afroming plaatsvindt. positief effect van deelname op gezondheid en op kans op werkhervatting (marginale effecten: 12% en 18% respectievelijk)

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebuurkte data verzameld)	methodiek	correctie selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
Wood & Morrison (1997)	Australië	vocational rehabilitation	injured workers	503 injured workers	interne controlegroep: diegenen, die de maatregel niet tot het eind volgen.	work as dep. var.; allows testing for non-random selection. controleren voor waargenomen kenmerken, maar niet voor niet-waargenomen. (waarschijnlijk minder niet-waargenomen heterogeniteit doordat interne controlegroep wordt gebruikt?)	kans op werkherhvatting	volbrenging van vocational rehabilitation heeft een zeer significant en positief effect op de kans op werkherhvatting.
De Jong & Van de Pol (2006)	NL	re-integratie-trajecten	Verzuimende zieke werknemers	data van Keerpunt	controlegroep: mensen, die niet bij Keerpunt aangemeld zijn.	kans op werkherhvatting en kans op de inzet van re-integratietraject bij Keerpunt tegelijk beschreven (mixed proportional hazard model); indicator voor inzet van re-integratietraject als indep. var. in model voor kans op werkherhvatting; alleen invloed van waargenomen kenmerken berekend, omdat niet waargenomen heterogeniteit niet van groot invloed in vroegere studie.	Verschil tussen verzuimduur met en zonder traject	Gemiddelde verzuimduur met 40% verkort dankzij trajecten van Keerpunt; positief effect in meer dan 80% van de gevallen; begeleiding zonder verdere interventies het meest effectief, mogelijk omdat interventies duur verlengen. het meest effectief zijn: bemiddeling, bedrijfs maatschappelijk werk, fysieke begeleiding.
Veerman & Palmer (2001)	DK, DE, Israel, NL, SE, US	verschillende instrumenten	mensen die vanwege rugpijn stoppen met werken	verschillende nationale cohorten	baseline variables checked for significant bivariate correlation, then logistic stepwise regression procedure applied to other variables.	Nee (?)	werkstatus	kenmerken van individuen en van hun werk belangrijker dan effecten van instrumenten; (hogere subjectieve werkgeschiktheid, minder pijn, leeftijd, fysieke eisen van het werk)

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
Van Maanen et al (2005)	NL	Re-integratietrajecten voor langdurig zieke werknemers in Arboconvenant Onderwijs en Wetenschappen (BVE).	Langdurig zieke medewerkers (bij dreigend verzuim van meer dan 13 weken)	Arbo-documenten, antwoorden op vragenlijst in aanvullend veldonderzoek	Arbo-gegevens, + aanvullend kwalitatief	Nee	Werkhervatting of – uitbreiding van langdurig zieke medewerkers	aanpassing van de werkplek is het meest succesvolle instrument, in het bijzonder voor werkhervatting met vroegere werkgever. in landen waar werkhervatting met een nieuwe werkgever meer gebruikelijk is, zijn persoonlijke ondersteuning (DK) of scholing (Israel) ook effectief. Re-integratietrajecten die door werkgevers worden aangeboden zijn bijzonder effectief (84% slaagkans), ook al het aantal aangeboden trajecten niet zo hoog is als voorzien in het convenant.
Krause & Lund (2002)	international	aanpassing van de werkplek (employer-based return-to-work programmes: job adaptation)	werknemers die gewond of ziek zijn		literatuuroverzicht	correctie voor selectiviteit is een van de criteria voor selectie van de studies	kans op werkhervatting of duur tot werkhervatting	positieve significante effecten van aanpassing van de werkplek op kans op werkhervatting of duur tot werkhervatting. succesvolle instrumenten: kleinere opdrachten, minder werkuren, ergonomische aanpassingen, begeleid werken voor mentaal zieken (beter dan behavioural of klinische interventies) (+ aangepast werk vermindert kans op blessures.) baten van werkaanpassing ook hoger dan de kosten.
Arnetz e.a. (2003)	SE	intensievere 'case-	werknemers met 'musculoskeletal	137 werknemers gevolgd gedurende 12 maanden (72 in	'prospective controlled trial'; mensen willekeurig verdeeld tussen	n.a.	werkhervatting	aantal verzuimdagen significant verkort, en kans op werkhervatting 50% hoger

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
		management'; ergonomische aanpassing op de werkplek. -> versnelling van de volbrenging van het 'rehabilitation plan'	disorders'.	controlegroep, 65 in deelnemersgroep)	deelnemersgroep en controlegroep. (individuele kenmerken in deelnemers- en controlegroep vergelijkbaar, alleen in de deelnemersgroep waren meer mensen die denken dat ze hun leven kunnen beïnvloeden)			voor deelnemersgroep dan voor controlegroep.
Hogelund & Holm (2005)	DK	case management interview	langdurig zieke werknemers	1000 individuen die voor meer dan 8 weken ziek waren	niet-experimenteel	hazard rate model; controle voor selectiviteit: instrumentele variabele (gebruik van VR door de gemeente)	kans op werkhervatting	sterk positief effect op kans op werkhervatting bij de vroegere werkgever, maar geen effect op de kans op werkhervatting met een nieuwe werkgever.
De Jong et al (2006)	NL	'screening' van WIA-aanvragen	langdurig zieke werknemers, die WIA aanvragen	UWV databestand	experiment: intensievere 'screening' in twee WIA- kantoren	difference-in- differences; deelnemende regio's waren niet substantieel anders dan controle regio's ten opzichte van de doelvariabelen.	aantal 13-weeken ziekteverzuim en WIA- aanvragen.	intensievere 'screening' leidt werkgevers en werknemers er toe, zich meer moeite te geven voor de re-integratie van de zieke werknemer; geen 'spill-over' effect tot de WW; sterkere effecten voor vrouwen. 'screening' is effectiever als het op werkgevers toegepast wordt (meer dan op werkgevers) (wijst erop, dat werkgevers de belangrijkste rol spelen in de beslissing)

Succesfactoren

Arbeidsongeschikten

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie voor selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
van Horssen en van Doorn (2007)	NL	re-integratie van werknemers die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn (verantwoordelijkheid bij werkgever en sociale partners)	werknemers die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn	schriftelijke enquête bij werknemers die tussen maart en juli 2006 35% arbeidsongeschikt verklaard zijn (1153 respondenten), en bij hun werkgevers; verdiepende interviews met werkgevers	verwerking antwoorden op enquête. subjectieve gezondheid van werknemers gemeten.		factoren / voorwaarden, die kans op werkherhvatting groter maken.	opleiding en ervaren gezondheid hebben invloed op werkherhvatting; leeftijd en financiële situatie veel minder. belemmeringen: gezondheid, gebrek aan geschikt werk, belastbaarheid van werknemers. voorwaarden voor succes: motivatie van werknemer, goede relatie met werkgever.
EC (2000)	EU 15	werkgelegenheidsbeleid voor gehandicapte mensen	gehandicapte mensen	analyse van het beleid van de lidstaten.	kwalitatief		'good practice' om gehandicapte mensen te helpen om een baan te krijgen.	grote rol van andere factoren dan het werkgelegenheidsbeleid: culturele opvattingen, economische omstandigheden, situatie op de arbeidsmarkt. communicatie / informatie: effect moeilijk te meten, werken niet alleen. subsidies: kunnen nuttig zijn, maar worden weinig gebruikt omdat te bureaucratisch rehabilitation (training, retraining, employability): effectief wanneer op maat en wanneer samen gaat met goede contacten met werkgevers beschermde werkplaatsen: attractief voor zwaar gehandicapten, maar weinig

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie voor selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
								transities tot reguliere arbeidsmarkt subsidies voor aanpassing van de werkplek: weinig gebruikt, aanpassing wordt niet gezien als cruciaal strategieën op bedrijfsniveau: zelden.
Stafford et al (2007)	UK	New Deal for Disabled People: ondersteuning en bemiddeling om zieken of arbeidsongeschikten het werk te laten hervatten.	mensen met handicap of chronische ziekte	260 330 individuen die zich voor NDDP ingeschreven hebben tussen juli 2001 en november 2006	mix tussen kwantitatief (administratieve gegevens) en kwalitatief (interviews)	Nee – bruto-effectiviteit, effecten van het programma zelf zijn moeilijk om te bepalen.	aantal mensen die een baan krijgen factoren die invloed hebben op werkhervatting en / of duurzaamheid van werkhervatting zachte resultaten	43% van de deelnemers hebben voor november 2006 een baan gevonden; de meesten in de eerste maanden na inschrijving. succesfactoren: vrouwen geen problemen met Engels en wiskunde redelijke en/of (zeer) goede subjectieve gezondheid goede relaties tussen re-integratiebedrijf en job centre plus goed opgeleide medewerkers in re-integratiebedrijven. algemene dienstverlening beter dan specifieke dienste voor een bepaalde ziekte of handicap. 57% van diegenen die een baan hebben gevonden, hebben ook duurzaam het werk hervat (voor meer dan 13 weken) belangrijke factoren: gezondheidstatus

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie voor selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
								mentale ziekte is een hindernis tevredenheid met de job passende job tijdelijke job gedrag van de werkgever (ondersteunend en flexibel) zachte resultaten: verbeterd zelfvertrouwen, verbeterde verwachtingen ten opzichte van werk, zoekgedrag, training, vrijwilligerswerk.
Batelaan et al (2001)	NL	reïntegratiepogingen	langdurig WAO'ers	654 dossiers van mensen, die 6 of 7 jaar WAO ontvangen	kwalitatief: dossieronderzoek en interviews met velddeskundigen	onderzoek naar verschil tussen "blijvers" en "stromers" (die iets doen voor hun re-integratie)	determinanten van het wel of niet ontplooiën van re-integratieactiviteiten	omgang met gezondheid arbeidsmarktverwachtingen houding ten opzichte van scholing openheid voor aangepast werk houding ten opzichte van uitvoeringsinstellingen motivatie belangrijker dan alle anderen factoren uitvoeringsinstanties focuseren op bestrijden van instroom in WAO, niet op langdurig WAO'ers.

Zieke werknemers

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
Bosselaar & Komduur (2005)	NL	Wet verbetering poortwachter	langdurig zieke werknemers	984 klachten over uitvoering van verzuim- en re-integratiebeleid	kwalitatief		knelpunten in uitvoering re-integratie door werkgevers en werknemers; mogelijke instrumenten ter verbetering	nadat plan van aanpak opgesteld, werknemers vaak alleen; onvoldoende competenties van betrokkenen; verhoudingen niet altijd goed; informatie en ondersteuning werknemers verbeteren; werknemer betrekken bij keuze van casemanager; etc.; klaar verzuim- en re-integratieprotocol hebben;
Den Uijl & Andriessen 2003	NL	omgang werkgevers met ziekteverzuim	verzuimende werknemers	casestudieonderzoek in 10 organisaties die zich inspannen, om een beter verzuimbeleid te ontwikkelen	kwalitatief, interviews	n.a.	succesfactoren in goede omgang met verzuim	integrale aanpak werkt het best: preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie in elkaars verlengde zien; verantwoordelijkheden bij de direct leidinggevende; contact onderhouden met zieke werknemers, snel interveniëren in verzuimaanpak door gesprek, belangstelling van collega's stimuleren; goede contact met bedrijfsarts (spreekuur op werkplek voor zieke werknemers maakt werkhervatting makkelijker) en arbodienst; snel werknemer op werk laten komen, ook om alleen koffie te drinken, aanpassingen aanbieden; bvb. regel dat werkhervattende werknemers voorrang hebben bij interne vacatures;

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
De Rijk et al (2002)	NL	werkhervatting na langdurig verzuim	werknemers die langer dan 1 maand verzuimden	119 werknemers een jaar lang gevolgd	kwalitatief; analyse van correlaties	n.a.	oorzaken voor verschillen tussen man en vrouw in werkhervatting na langdurig verzuim (factoren die kans op werkhervatting beïnvloeden)	oorzaken minder werkhervatting voor vrouwen: vaker tijdelijk aangesteld minder vaak leidinggevende functie minder vaak in bedrijven met standaardoverleg met arbodienst minder advies van bedrijfsarts, vaker full-time werkende partner kregen meer hulp van hun partners (motivatie speelt geen rol voor werkhervatting, nog bij mannen nog bij vrouwen)

B2.2 Effectiviteit voor de maatschappij

Arbeidsongeschikten

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
Kok et al. (2006)	NL	re-integratietrajecten	Volledig arbeidsongeschikte WAO'ers, die 2002-2004 zijn ingestroomd in de uitkering; verzuimende zieke werknemers	Individuele gegevens 2002-2004 uit administratieve bestanden van UWV, gemeenten en CWI; data van Keerpunt	Controlegroep: diegenen, die geen traject hebben gevolgd;	Correctie voor selectiviteit door persoonskenmerken op te nemen en door kans op werkherhvatting te relateren aan de kans op de inzet van re-integratietraject.	Kosten-Baten Analyse voor de gehele maatschappij	Maatschappelijk rendement van re-integratietrajecten: 237% voor volledig arbeidsongeschikte WAO'ers, 576% voor zieke werknemers. Hoger rendement dan voor WW-ers and bijstandberechtigters.
Dean, Dolan & Schmidt (1999)	US	vocational rehabilitation	mensen die ingeschreven zijn en mensen die al deelnemen in de maatregel	individuele gegevens over 28 986 individuen, uit samenvoeging van twee administratieve databestanden (1980).	interne controle groep = diegenen die ingeschreven zijn voor VR maar met geen programma zijn begonnen.	niet-deelnemers zijn door dezelfde tests gegaan als deelnemers ook gecontroleerd voor selectiviteit ('selection bias') voor feitelijke deelname aan een maatregel	inkomsten van diegenen die deelgenomen hebben aan de maatregel (present value of each period's earnings), vergeleken met kosten van de maatregel.	baten zijn groter dan kosten voor 10 uit de 14 geslacht-handicap cohorten; maar de maatregel is niet effectief voor mensen met 'mental retardation'. totale opbrengsten van de VR maatregel voor alle cohorten: 2.5 USD voor elke besteden dollar.
Kornfeld e.a. (1999)	USA	persoonlijke ondersteuning en begeleiding	mensen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen	administratieve gegevens en percepties van cliënten en andere betrokkenen.	vergelijking tussen netto-effecten en netto-gebruik van resources; deelnemers willekeurig verdeeld tussen deelnemergroep en controlegroep	n.a.	totaal financieel effect van de maatregel, totale kosten en baten voor de maatschappij	beperkte economische baten voor deelnemers, netto-verlies voor belastingbetaler, netto-winsten voor de overheid vanwege externalisering van re-integratiediensten; negatieve 'net present value', verdeling van resources van de belastingbetalers naar arbeidsongeschikten.

Referentie	land	instrument	doelgroep	Gebruikte data	methodiek	correctie selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
Greenberg and Davis (2007)	UK	New Deal for Disabled People: ondersteuning en bemiddeling om zieken of arbeidsongeschikten het werk te laten hervatten.	mensen met handicap of chronische ziekte	260 330 individuen die zich voor NDDP ingeschreven hebben tussen juli 2001 en november 2006	controlegroep: mensen met arbeidsongeschiktheidsuitkering die ingeschreven zijn voor de maatregel.	gecorrigeerd op basis van waargenomen individuele kenmerken; maar niet-waargenomen kenmerken kunnen tot 'bias' geleid hebben. (cf. Orr e.a. 2007)	kosten-baten analyse voor de overheid, de deelnemers en de maatschappij. kosten van de maatregel vergeleken met voorgespelde netto effect.	netto baten voor de overheid: voor elke besteden GBP zijn 1.71 to 4.5 bespaard; voor deelnemers: slechts lichte stijging in inkomen en welzijn; voor de maatschappij: elke besteden GBP heeft 4 of 5 opgeleverd voor langdurig arbeidsongeschikten en 2 voor nieuwe arbeidsongeschikten.
Lierop 2001	NL	langdurig (om)scholingstraject : niet alleen vaktechnische maar ook beroepsgericht sociale en communicatieve vaardigheden.	volledig arbeidsongeschikten	alle, die zo'n traject heeft doorlopen bij een re-integratiecentrum, 504 respondenten; dossierstudie, schriftelijke vragenlijsten, interviews, telefonische survey		onderzoek betreft groep hooggemotiveerde;	financiële last voor overheid (brutto-effecten vergeleken met kosten)	na 6 jaar komen besparingen aan uitkeringen overeen met integrale kosten van scholingsprogramma; dan zijn oud-cursisten gemiddeld 36 en zo in potentie nog lang actief op arbeidsmarkt te zijn.
Heyma (2006)	NL	re-integratietrajecten	Weer of meer goedgekeurde niet-werkende arbeidsongeschikten.	23 631 gevallen uit Administratieve individuele gegevens 2002-2004	Vergelijk netto-effectiviteit en kosten van een traject	Correctie voor selectiviteit door persoonskenmerken op te nemen en door kans op werkhervatting te relateren aan de kans op de inzet van re-integratietraject.	Kosten van re-integratiedienstverlening	Duurdere trajecten hebben meer dan evenredig positieve effecten, maar gemiddelde effectiviteit van trajecten gering; mogelijk dat beteken reeds grote besparingen op uitkeringslasten, moet in KBA onderzocht worden.

Zieke werknemers

Referentie	land	instrument	doelgroep	data	methodiek	correctie voor selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
Arnetz e.a. (2003)	SE	intensievere 'case-management'; ergonomische aanpassing op de werkplek. -> versnelling van de volbrenging van het 'rehabilitation plan'	werknemers met 'musculoskeletal disorders'.	137 werknemers gevolgd gedurende 12 maanden (72 in controlegroep, 65 in deelnemersgroep)	'prospective controlled trial'; mensen willekeurig verdeeld tussen deelnemersgroep en controlegroep. (individuele kenmerken in deelnemers- en controlegroep vergelijkbaar, alleen in de deelnemersgroep waren meer mensen die denken dat ze hun leven kunnen beïnvloeden)	n.a.	vergelijking tussen directe kosten en directe baten van de maatregel.	baten-kosten ratio: 6.8
Wood & Morrison (1997)	Australië	vocational rehabilitation	injured workers	503 injured workers	interne controlegroep: diegenen, die de maatregel niet tot het eind volgen.	controleren voor waargenomen kenmerken, maar niet voor niet-waargenomen. (waarschijnlijk minder niet-waargenomen heterogeniteit doordat interne controlegroep wordt gebruikt?)	besparingen van de maatregel, gewogen door de bijdrage van de maatregel aan de kans op werkhervatting, vergeleken met de kosten.	elke besteden USD brengt een besparing op van 2.31 USD.
Van Maanen et al (2005)	NL	Re-integratietrajecten voor langdurig zieke werknemers in Arboconvenant Onderwijs en Wetenschappen (BVE).	Langdurig zieke medewerkers (bij dreigend verzuim van meer dan 13 weken)	Arbo-documenten, antwoorden op vragenlijst in aanvullend veldonderzoek	Gebruik begrote kosten en KPMG rekenmodel; kwalitatief: gesprekken met casemanagers re-integratietrajecten.		Kosten/baten (bruttowinsten) van genomen maatregelen.	Arboconvenant als geheel heeft tot winst van 15 miljoen euro geleid. Beperkte toegevoegde waarde van re-integratiesubsidie: traject zou ook zonder subsidie kunnen worden uitgevoerd; maar stimulerende en drempelverlagende werking.
De Jong & Van de Pol (2006)	NL	re-integratietrajecten	Verzuimende zieke werknemers	data van Keerpunt	controlegroep: mensen, die niet bij Keerpunt aangemeld zijn.	kans op werkhervatting en kans op de inzet van re-integratietraject bij Keerpunt tegelijk beschreven; alleen invloed van waargenomen	rendement: vergelijking trajectkosten met bespaard bedrag aan loondoorbetaling	gemiddeld worden de gemaakte kosten 3,5 keer terugverdiend; hoogst is het rendement voor case-management zonder

Referentie	land	instrument	doelgroep	data	methodiek	correctie voor selectiviteit	doelvariabele(n)	Effect op doelvariabele(n)
						kenmerken berekend, omdat niet waargenomen heterogeniteit niet van groot invloed in vroegere studie.		verdere interventies (cf. effectiviteit ook).
De Jong et al (2006)	NL	'screening' van WIA-aanvragen	langdurig zieke werknemers, die WIA aanvragen	UWV databestand	experiment: intensievere 'screening' in twee WIA-kantoren	deelnemende regio's waren niet substantieel anders dan controleregio's ten opzichte van de doelvariabelen.	vergelijking van de kosten van meer medewerkers met de besparingen op WIA door de intensievere 'screening'.	de kosten van de maatregel zijn veel kleiner dan de opbrengsten.



methodologisch goede kwantitatieve studies

overige kwantitatieve studies, goede representatieve kwalitatieve studies

B3 BESCHIKBARE DATABRONNEN:

B3.1 BESCHIKBARE DATABRONNEN VOOR HET EFFECT VAN WERKEN OP DE GEZONDHEID

OSA aanbodpanel: Sinds 1986 heeft de OSA een panel van huishoudens, waarvan de leden om de twee jaar worden geënquêteerd. Inmiddels is hieruit een longitudinaal databestand van individuen beschikbaar dat bijna 20 jaar bestrijkt. Door uitval zijn er weinig individuen die gedurende die gehele periode in het panel hebben gezeten, maar velen kunnen over een vrij lange periode worden gevolgd. Het panel bevat uitgebreide informatie over arbeid, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid. Zo zijn veel kenmerken van banen bekend, waaronder het loon, de werkomstandigheden en het niveau van het werk. Ook allerlei individuele kenmerken van mensen worden geregistreerd. Verder bevat het panel vragen over gezondheid en ziekte. Sinds 2000 wordt een algemene vraag gesteld over hoe gezond mensen zich achten. Deze vraag wordt zowel aan werkenden als aan niet-werkenden gesteld. Verder worden aan niet-werkenden vragen gesteld over de mate waarin de gezondheid tot het niet-werken hebben geleid en of de gezondheid een belemmering is om werk te vinden. Omdat partners dezelfde vragenlijst krijgen, is het panel ook geschikt om interpersonele effecten te onderzoeken. Vóór 2000 worden andere vragen over gezondheid gesteld en zijn deze niet hetzelfde voor werkenden en niet-werkenden. Al met al lijkt het OSA-aanbodpanel een interessante bron voor verder onderzoek naar de relatie tussen arbeidsparticipatie en gezondheid. Verschillende aspecten hiervan kunnen met het panel worden onderzocht.

POLS (Permanent Onderzoek Leefsituatie, van CBS) biedt de mogelijkheid om werkenden en niet-werkenden te vergelijken. In dit onderzoek zijn gezondheidsvariabelen opgenomen en biedt informatie over het gebruik van de gezondheidszorg. Het is geen panel, maar bevat alleen dwarsdoorsnedengegevens. (<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/dataverzameling/permanent-onderzoek-leefsituatie-pols-basisvragenlijst1.htm>)

ECHP (European Community Household Panel Survey), 1994-2001; Dit panelonderzoek bevat variabelen over werkgelegenheid, inkomen en gezondheid. Nadeel is dat het panel bestaat uit een beperkt aantal respondenten, maar het voordeel is dat het de mogelijkheid biedt om de resultaten van Nederland te vergelijken met anderen landen.

SHARE: panel database van microdata met betrekking tot gezondheid, sociaal-economische status etc. van individuen van 50 jaar en ouder in Europa. De database is volledig afgestemd op de Amerikaanse Health and Retirement Study. De database; biedt de mogelijkheid om meer onderzoek te doen naar de relatie tussen participatie en gezondheid van ouderen in Europa en Amerika (<http://www.share-project.org/>).

DNB Household Survey (DHS): dataverzameling waarmee zowel psychologische als economische aspecten van financieel gedrag bestudeerd kan worden. De survey is een panelonderzoek en is gestart in 1993. De data bevatten informatie over werk, pensioen, wonen, hypotheek, inkomen, bezittingen, leningen, gezondheid, economische en psychologische concepten en persoonlijke eigenschappen. De data wordt verzameld bij 2000 huishoudens die deelnemen aan het CentERpanel. Het CentERpanel is een internetpanel, dat een afspiegeling vormt van de Nederlandssprekende bevolking. De panelleden vullen elke week een vragenlijst in. Het DHS bestaat uit zes vragenlijsten. Voor ons doeleinde is vooral vragenlijst 1 (werk en pensioen), vragenlijst 3 (inkomen en gezondheid) en vragenlijsten 5 en 6 (economische en psychologische concepten) relevant. De beide overige vragenlijsten zijn niet of minder relevant (vragenlijst 2: woning en hypotheek, vragenlijst 4: bezittingen en schulden).

SEGV (Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen) Monitor: Inhoud van de monitor:

- Sociaal-economische status: opleiding, inkomen, geografische SES indicator gebaseerd op postcode
- Achtergrondkenmerken: leeftijd, geslacht, etniciteit
- Gezondheidsselectie (inkomenssituatie tijdens) arbeidsongeschiktheid, positie op de arbeidsmarkt (van chronisch zieken)
- Gezondheid: sterfte, oordeel eigen gezondheid, psychische gezondheid, beperkingen/chronische aandoeningen, overgewicht
- Gedrag: roken, lichaamsbeweging, alcoholconsumptie, voedingspatroon
- Omgevingsfactoren: arbeidsomstandigheden, materiële en financiële situatie, recreatieve voorzieningen, groenvoorzieningen, sociale steun en sociale netwerken, veiligheid
- Zorggebruik: huisarts, medisch specialist, verblijf in ziekenhuis, consult bij paramedici.

Lokale en nationale monitor volksgezondheid (Monitor VGZ, RIVM, GGD'en en GGD-Nederland): brengt periodiek de gezondheidssituatie op lokaal en nationaal niveau in kaart. Er wordt gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde basisvragenlijst waarmee in elke GGD-regio indicatoren en determinanten van de volksgezondheid en de behoefte aan zorg wordt gemeten. De gegevens betreffen lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid, medische consumptie, leefstijl, fysisch milieu, maatschappelijk milieu, achtergrondkenmerken en endogene factoren. Monitor VGZ wordt elke vier jaar uitgevoerd in alle GGD-regio's,

waarbij tussen de 2000 en 3000 personen (van 18 jaar en ouder) worden geënquêteerd. De eerste dataverzameling stond gepland voor 2004.

Gezondheidsstatistisch bestand (GSB) van het CBS (CBS, Prismant): Cijfermatige informatie over de gezondheidszorg in termen van geld, productievolume, productiviteit en werkgelegenheid, complementariteit van zorgcategorien en het gebruik van de zorgdiensten door de bevolking, onderscheiden naar bijvoorbeeld sociaal-economische status. Het GSB zal ontstaan door koppeling van bestaande registraties op persoonsniveau (Landelijke Medische Registratie (LMR) en LAZR) aan demografische en sociaal-economische gegevens die zijn opgenomen in het Sociaal Statistisch Bestand van het CBS. Periodiciteit; continu. Startjaar: toekomst.

TNO AVG (Arbeid, Verzuim en Gezondheid) Cohortstudie: longitudinaal onderzoek bij 1600 werknemers; geen mogelijkheid om effect van participatie vs. non-participatie te meten, maar wel gericht op de relatie tussen en de wederzijdse beïnvloeding van arbeid en gezondheid. (http://www.tno.nl/groep.cfm?context=kennis&content=boek&item_id=140).

Veel databronnen over gezondheid van werkenden (bijvoorbeeld NEA¹⁸, EWCS¹⁹, TAS, SMASH) kunnen gebruikt worden voor onderzoek naar de vraag welke aspecten van werk goed zijn voor de gezondheid, maar maken het niet mogelijk om te zien of participatie op zich gezondheid beïnvloedt.

B3.2 BESCHIKBARE DATABRONNEN VOOR DE EFFECTIVITEIT VAN RE-INTEGRATIE

Gegevens van het UVW en van andere administraties zoals gemeenten of het CWI: door koppeling van bestanden kunnen (ex-)cliënten hiermee over langere termijn worden gevolgd, ook nadat zij een baan hebben gevonden. Beperkingen van deze data zijn dat opleiding niet opgenomen is in de data over werkenden en dat hieruit evenmin veel bekend is over werkinhoud en arbeidsomstandigheden. Ook is er nauwelijks iets bekend over zachte factoren.

Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG): loopt continu sinds 1998 en verzamelt data over de ervaren gezondheid, het gebruik en de behoeften aan zorg en de maatschappelijke situatie (inclusief werk en inkomen) van 3.800 mensen met en lichamelijke chronische ziekte of handicap. Dit panel kan in het bijzonder interessant zijn om het verband tussen werkhervatting of participatie en gebruik van de gezondheidszorg te onderzoeken.

¹⁸ NEA staat voor Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden.

¹⁹ EWCS staat voor European Working Conditions Surveys.