

Werkvermogen in de Limburgse zorg: aangrijpingspunten voor interventies

Suzan Robroek, Kerstin Reeuwijk, Duco Molenaar, Ina van Haeff, Joep Mooren en Alex Burdorf

Met de vergrijzing van de beroepsbevolking neemt het belang van arbeidsparticipatie toe. In de gezondheidssector, en specifiek de gezondheidssector in Limburg, worden de komende decennia problemen verwacht rond de inzetbaarheid van personeel. Hiermee is er behoefte aan het behouden en bevorderen van productieve arbeidsparticipatie in de zorgsector. Ook door het opschuiven van de pensioengerechtigde leeftijd is aandacht voor duurzame inzetbaarheid uiterst actueel. In 2008 is in opdracht van de Provincie Limburg en Zorg aan Zet de verwachte arbeidsmarktproblematiek onder de aandacht van de zorgorganisaties gebracht. Naar aanleiding van onderzoeken uitgevoerd door AStri en Prismant werd vastgesteld dat het thema 'duurzame inzetbaarheid' een sleutelbegrip is voor de toekomstige arbeidsmarktpositie van zorg- en welzijnsorganisaties in Limburg (Van der Weide, Maurits & De Zwart, 2009). Daarbij werd geadviseerd ervoor te zorgen dat binnen de organisaties uitgedragen wordt dat ook de werknemer zelf zijn verantwoordelijkheid heeft in de eigen duurzame inzetbaarheid (Van der Weide, Maurits & De Zwart, 2009). Dit vormde de aanleiding om, met steun van VWS en de Provincie Limburg, het project 'pilot implementatie Work Ability Index (WAI) in zorg & welzijn Limburg in het kader van duurzaam doorwerken' op te starten. Binnen dit project is vervolgens een door ZonMw gesubsidieerd wetenschappelijk onderzoek gestart om onder meer inzicht te krijgen in welke factoren bepalen of mensen gezond kunnen blijven doorwerken. Inzicht in deze factoren geeft aangrijpingspunten voor interventies gericht op duurzame inzetbaarheid.

Duurzame inzetbaarheid betekent dat medewerkers doorlopend in hun arbeidsleven over daadwerkelijk realiseerbare mogelijkheden alsmede over de voorwaarden beschikken om in huidig en toekomstig werk met behoud van gezondheid en welzijn te (blijven) functioneren. Dit impliceert een werkcontext die hen hiertoe in staat stelt, evenals de attitude en motivatie om deze mogelijkheden daadwerkelijk te benutten (Van

Dr. S.J.W. Robroek is post-doctoraal onderzoeker bij Erasmus MC. K.G. Reeuwijk MSc is junior onderzoeker bij Erasmus MC. D. Molenaar is projectuitvoerder bij PreventNed. I. van Haeff is projectcoördinator bij Zorg aan Zet. J. Mooren is manager bij Zorg aan Zet. Prof. dr. ir. A. Burdorf is hoogleraar Erasmus MC.

der Klink, Bültmann, Brouwer, et al, 2010). Er is nog geen allesomvattend instrument beschikbaar om duurzame inzetbaarheid te meten. Wel zijn belangrijke onderdelen van duurzame inzetbaarheid, zoals werkvermogen, goed meetbaar. Werkvermogen is gedefinieerd als de mate waarin werknemers fysiek en mentaal aan de eisen van hun werk kunnen voldoen (Ilmarinen, 2001), en kan worden opgevat als een momentane component van inzetbaarheid (Van der Klink, Bültmann, Brouwer, et al., 2010).

De Work Ability Index

De veelgebruikte Work Ability Index (WAI) is een valide instrument om werkvermogen te meten, en een goede voorspeller voor langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (Alavinia, Van den Berg, Van Duivenbode, et al. 2009a; Alavinia, De Boer, Van Duivenbode, et al., 2009b). Een verminderd werkvermogen hangt ook nauw samen met productiviteitsverlies op het werk (Van den Berg, Robroek, Plat, et al., 2011). Binnen het project is gekozen voor de WAI om zicht te krijgen op het arbeidsvermogen en de duurzame inzetbaarheid van medewerkers in de Limburgse zorg- en welzijnssector. De WAI levert, in combinatie met vragen over mogelijke oorzaken van (verminderd) werkvermogen, zowel op organisatie als op individueel niveau waardevolle informatie op.

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat een verminderde gezondheid een belangrijke voorspeller is voor een verminderd werkvermogen en voor uitval uit werk (Van den Berg, Elders, De Zwart, et al., 2009; Robroek, Schuring, Croezen, et al. 2013). Daarnaast spelen ook individuele factoren (zoals leeftijd en opleidingsniveau), leefstijl, en fysieke en psychosociale werkomstandigheden een rol in het werkvermogen van werknemers (Van den Berg, Elders, De Zwart, et al., 2009) en in uitstroom

Een verminderde gezondheid is een belangrijke voorspeller voor een verminderd werkvermogen

uit werk (Robroek, Schuring, Croezen, et al., 2013). De verscheidenheid aan factoren die samenhangen met een verminderd werkvermogen weerspiegelt het multifactoriële karakter van werkvermogen.

Het project

In een grootschalig onderzoek in de Limburgse zorgsector is het mogelijk de factoren van werkvermogen te onderzoeken. Zestien Limburgse zorg- en welzijnorganisaties hebben hun krachten gebundeld en zich verplicht tot actieve deelname in het project. Een van de projectdoelstellingen was de opgedane kennis te delen. Dit gebeurt in het Lerend Netwerk Overleg waaraan de projectleiders van de zorg- en welzijnsorganisaties deelnemen en kennis uitwisselen op diverse thema's op het gebied van duurzame inzetbaarheid.

Dit artikel

Deze studie beschrijft in hoeverre individuele kenmerken, leefstijl-gerelateerde factoren, fysieke en psychosociale werkkenmerken, en organisatiefactoren samenhangen met een verminderd werkvermogen. Het doel van dit dwarsdoorsnede-onderzoek is meer inzicht te krijgen in welke factoren samenhangen met een verminderd werkvermogen en zo aangrijpingspunten voor interventies te identificeren.

Methode

Onderzoeksgroep

De studiepopulatie bestaat uit werknemers van 16 zorgorganisaties in Limburg. In het kader van het onderzoek zijn Limburgse zorgorganisaties benaderd om hun medewerkers een vragenlijst naar werkvermogen en mogelijke oorzaken van verminderd werkvermogen te laten invullen. De deelnemende zorgorganisaties zijn aangesloten bij een lerend netwerk dat wordt georganiseerd door een regionale arbeidsmarktorganisatie (stichting Zorg aan Zet). Vanuit een extern onderzoek- en adviesbureau (PreventNed) zijn 12.820 medewerkers per brief uitgenodigd de vragenlijst in te vullen. In totaal hebben 6.935 medewerkers de vragenlijst ingevuld (respons: 54%).

Meetinstrumenten

Werkvermogen

De uitkomstvariabele van de studie is werkvermogen. Werkvermogen is gemeten met de Work Ability Index (Tuomi, Ilmarinen, Jahkola, et al., 1998). De Work Ability Index is opgebouwd uit zeven dimensies: 1) eigen inschatting werkvermogen, 2) werkvermogen in relatie tot de eisen van het beroep, 3) aandoeningen, 4) beperkingen in het werk door aandoeningen, 5) ziekteverzuim, 6) inschatting toekomstig werkvermogen, 7) vitaliteit. Op basis van de scores op deze zeven dimensies kan een totaalscore worden berekend, variërend tussen de 7 en 49 punten, en kan het werkvermogen in 4 groepen worden gecategoriseerd.

Arbeidsproductiviteit

Arbeidsproductiviteit is gemeten met de QQ-methode, waarbij werknemers op een schaal van 0 (niets) tot en met 10 (evenveel als normaal) invullen hoeveel werk zij hadden verzet op de voorgaande werkdag (Koopmanschap, 2005). Een score lager dan 10 wordt beschouwd als productiviteitsverlies.

De studiepopulatie bestaat uit werknemers van 16 zorgorganisaties in Limburg

Individuele factoren

Als belangrijkste demografische variabelen zijn de volgende variabelen in de analyse opgenomen: leeftijd, geslacht, en opleiding. Opleiding is ingedeeld in lage opleiding (lager onderwijs en lager beroepsonderwijs), middelbare opleiding (middelbaar (beroeps)onderwijs en voortgezet algemeen onderwijs) en hoge opleiding (hoger beroeps- en wetenschappelijk onderwijs).

Leefstijl

Body Mass Index (BMI) werd berekend door het zelfgerapporteerde gewicht in kilogram te delen door het kwadraat van de lengte in meters, met de volgende afkappunten: normaal gewicht (BMI lager dan 25 kg/m²), overgewicht (BMI tussen 25 en 30 kg/m²) en obesitas (BMI groter dan 30 kg/m²). Roken, lichamelijke activiteit, en groente- en fruitconsumptie zijn gevraagd door ja/nee vragen. Werknemers die niet dagelijks minimaal 30 minuten lichamenlijk actief waren, voldeden niet aan de norm voor gezond bewegen. Minder dan 5 dagen per week groente en fruit eten, werd beschouwd als niet voldoen aan de richtlijn voor voldoende groente- en fruitconsumptie (Robroek, Van den Berg, Plat, et al, 2011).

Werkgerelateerde factoren

Psychosociale factoren

Er zijn diverse vragen gesteld naar de ervaren arbeidsomstandigheden waarbij op een vierpuntsschaal antwoord kon worden gegeven, variërend van (1) 'nooit' tot (4) 'altijd'. Als kernvariabelen zijn gebruikt: regelmogelijkheden in het werk (5 items, Cronbach's α : 0.81), werkdruk (5 items, Cronbach's α : 0.86), afwisseling in het werk (3 items, Cronbach's α : 0.65).

Zowel voor regelmogelijkheden, werkdruk, als voor afwisseling in het werk wordt een aparte somscore berekend. Medewerkers met een score in het meest ongunstige kwartiel worden gezien als blootgesteld aan psychosociaal ongunstige werkfactoren. De balans tussen inzet en beloning is gemeten met drie losse vragen over de waardering van de organisatie, waardering vanuit cliënten en salaris. De balans tussen werk en privé werd met één losse vraag gemeten: 'ik ervaar een goede balans tussen werk en privé'. Er is sprake van een disbalans indien de vragen werden beantwoord met (helemaal) niet mee eens.

Fysieke werkfactoren

De vragen over fysieke werkfactoren waren gericht op het tillen van lasten, en het werken in belastende houdingen, en konden worden beantwoord op een vierpuntsschaal met antwoordmogelijkheden variëren van (1) 'zelden of nooit' tot (4) 'heel veel'. Respondenten die aangaven 'vrij veel' of 'heel veel' lasten te tillen of in ongemakkelijke houdingen te werken werden beschouwd fysiek zware arbeid te verrichten.

Organisatiefactoren

Door middel van ja/nee vragen zijn vier organisatiefactoren gemeten: doelen en resultaten (3 items, Cronbach's α : 0.58), gesprekscyclus (3 items, Cronbach's α : 0.71), opleiding en ontwikkeling (3 items, Cronbach's α : 0.70), rol leidinggevende (3 items, Cronbach's α : 0.81). Het onderwerp 'doelen en resultaten' bestond uit vragen over op de hoogte zijn van (bijdragen aan) organisatie en afdelingsdoelen. Gesprekscyclus bestond uit vragen over het voeren van functioneringsgesprekken en het nakomen van de gemaakte afspraak. Bij opleiding en ontwikkeling werd gevraagd of men bekend was met de mogelijkheden en de gelegenheid had opleidingen te volgen. Bij de rol van de leidinggevende kwamen vragen aan bod over het uitspreken van waardering door de leidinggevende en het geven van feedback. Voor elk van de organisatiefactoren geldt dat wanneer minimaal één van de drie items met 'nee' werd beantwoord er sprake was van een negatieve score.

Analyses

Beschrijvende statistiek werd toegepast om de onderzoekspopulatie te beschrijven. In deze studie worden werknemers met een slecht of matig werkvermogen vergeleken met werknemers met een goed of uitstekend werkvermogen. Door middel van logistische regressieanalyse worden de associaties tussen de individuele leefstijl, en werkgerelateerde kenmerken met verminderd werkvermogen onderzocht. Deze associaties worden uitgedrukt in de *odds ratio* (OR). Een OR is het quotiënt van de kans op een verminderd werkvermogen en de kans op een goed werkvermogen, gegeven de aanwezigheid van een bepaalde factor. In de logistische regressieanalyse naar de associaties tussen leefstijl, werkgerelateerde

factoren en een verminderd werkvermogen werd gecorrigeerd voor het effect van leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en zorgorganisatie. De statistische analyses zijn uitgevoerd met SPSS versie 19.

Resultaten

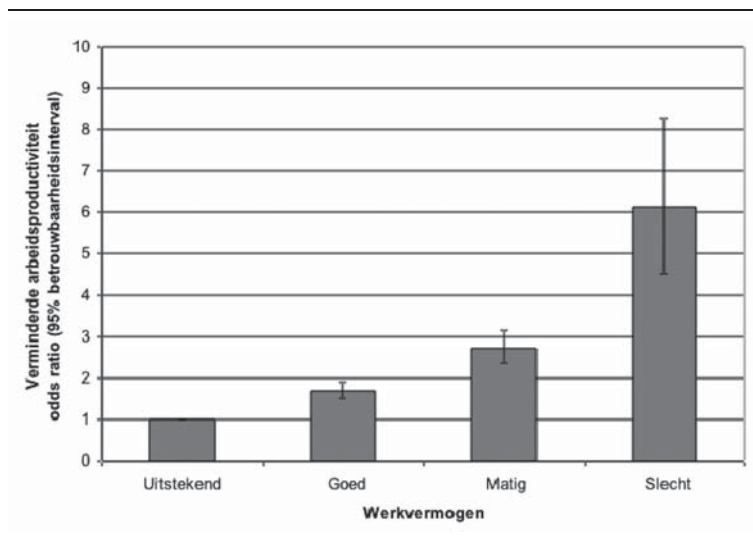
In totaal hebben 6935 werknemers de vragenlijst ingevuld. De onderzoeksgroep bestond voornamelijk uit vrouwen (82%), en de gemiddelde leeftijd was 43 jaar (standaarddeviatie: 11 jaar). De meerderheid van de werknemers had een goed (48%) of uitstekend werkvermogen (31%). Bij 22% van de deelnemers werd een verminderd werkvermogen gemeten; 4% slecht en 18% matig.

Zoals in figuur 1 te zien, rapporteren significant meer werknemers met een slecht (odds ratio=6,11) of matig (odds ratio=2,73) werkvermogen productiviteitsvlies dan werknemers met een uitstekend werkvermogen.

Individuele factoren

Tabel 1 toont dat van de individuele factoren een laag opleidingsniveau en een hogere leeftijd de belangrijkste risicofactoren zijn voor een verminderd werkvermogen. Medewerkers ouder dan 50 jaar hebben een bijna 2,5 keer zo hoog risico op een verminderd werkvermogen als medewerkers jonger dan 30 jaar.

Tabel 2 laat zien dat zowel leefstijlgerelateerde factoren, psychosociale en fysieke werkkenmerken als organisatiefactoren samenhangen met een verminderd werkvermogen. Van de leefstijlgerelateerde factoren hangt met name obesitas samen met een verminderd werkvermogen.



Figuur 1. Associatie tussen verminderd werkvermogen en verminderde zelfgerapporteerde arbeidsproductiviteit.

		n	%	Odds ratio	95% betrouwbaarheidsinterval
Individuele kenmerken					
Vrouw		5682	82	1,25*	1,06-1,48
Opleiding	Hoog	2633	38	1,00 (referentie)	
	Midden	3493	50	1,59**	1,38-1,84
	Laag	809	12	1,52**	1,23-1,87
Leeftijd	< 30 jaar	1148	17	1,00 (referentie)	
	30-40 jaar	1385	20	1,33*	1,06-1,66
	40-50 jaar	1917	28	1,36**	1,10-1,67
	≥ 50 jaar	2485	36	2,42**	1,98-2,95

* p < 0,05, ** p < 0,01, voor elkaar en zorgorganisatie gecorrigeerd

Tabel 1. Associaties tussen individuele factoren en verminderd werkvermogen (n=6935).

In mindere mate hangt ook ongezond gedrag (roken, onvoldoende lichaamsbeweging, en onvoldoende groente- en fruitconsumptie) samen met een verminderd werkvermogen.

Alle bestudeerde fysieke en psychosociale werkgerelateerde factoren zijn geassocieerd met een verminderd werkvermogen (tabel 2). De sterkte van de associatie met een verminderd werkvermogen varieert van 1,40 (onvoldoende salaris gegeven inzet) tot 4,29 (disbalans tussen werk en privé).

Tabel 2 toont verder dat factoren op het gebied van organisatiedoelen, de gesprekscyclus, ontwikkelingsmogelijkheden, en de rol van de leidinggevende samenhangen met een verminderd werkvermogen.

Leefstijl, werkenmerken en werkvermogen

		n	%	Odds ratio	95% betrouwbaarheidsinterval
Leefstijlgerelateerde factoren					
BMI	normaal gewicht	3977	57	1,00 (referentie)	
	overgewicht	2191	32	1,13	0,98-1,29
	obesitas	766	11	1,87**	1,57-2,24
Onvoldoende lichamelijke activiteit		2245	32	1,23**	1,08-1,39
Onvoldoende groente en fruit		2128	31	1,23**	1,07-1,40
Roken		1493	22	1,28**	1,11-1,48
Fysieke werkenmerken					
Zware lasten tillen		1716	25	1,87**	1,63-2,14
In ongemakkelijke houding werken		1233	18	2,80**	2,42-3,24

Psychosociale werkkenmerken				
Weinig regelmogelijkheden	2034	29	1,91**	1,68-2,17
Weinig afwisseling in het werk	2599	38	1,75**	1,55-1,99
Hoge werkdruk	1848	27	2,49**	2,18-2,83
Onvoldoende waardering van organisatie	2326	34	2,33**	2,05-2,65
Onvoldoende waardering van cliënten	528	8	1,80**	1,47-2,21
Onvoldoende salaris gegeven inzet	3493	51	1,40**	1,24-1,59
Disbalans tussen werk en privé	1244	18	4,29**	3,72-4,94
Organisatiefactoren				
Negatieve score m.b.t organisatiedoelen	1539	23	1,90**	1,65-2,19
Negatieve score m.b.t. leidinggevende	2735	42	1,69**	1,49-1,92
Negatieve score m.b.t.gesprekscyclus	2239	34	1,49**	1,31-1,70
Negatieve score m.b.t. ontwikkeling/opleiding	2104	32	1,53**	1,34-1,75

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, en zorgorganisatie

Tabel 2. Associaties tussen leefstijlgerelateerde factoren, fysieke en psychosociale kenmerken en verminderd werkvermogen ($n=6935$).

Discussie

Samenvatting van de resultaten

Van de deelnemende werknemers had 22 procent een verminderd werkvermogen. Een verminderd werkvermogen hangt nauw samen met productiviteitsverlies op het werk. Een verminderd werkvermogen kwam vaker voor bij werknemers met een oudere leeftijd en lager opleidingsniveau. Daarnaast zijn er diverse beïnvloedbare factoren geassocieerd met een verminderd werkvermogen: obesitas, een ongezonde leefstijl, fysieke en psychosociale arbeidsbelasting, en diverse organisatiefactoren. Disbalans tussen werk en privé blijkt het sterkst samen te hangen met een verminderd werkvermogen.

Duiding van de resultaten in het licht van relevante wetenschappelijke literatuur

Individuele kenmerken

Oudere werknemers (28,5% bij werknemers van 50 jaar en ouder) hebben vaker een verminderd werkvermogen dan jongere medewerkers (14,6% bij werknemers jonger dan 30 jaar). Deze bevinding is in overeenstemming met de wetenschappelijke literatuur (Van den

Berg, Elders, De Zwart, et al, 2009). Dit betekent overigens niet dat uitsluitend aandacht dient te worden besteed aan het werkvermogen van oudere werknemers. Een belangrijke vraag is hoe we medewerkers duurzaam inzetbaar kunnen houden. Hiervoor is het van belang aandacht te besteden aan het werkvermogen gedurende de gehele loopbaan. Een lager opleidingsniveau is een andere individuele factor die geas-

Werkvermogen hangt nauw samen met productiviteitsverlies op het werk

socieerd is met een verminderd werkvermogen. Werknemers met een laag opleidingsniveau hebben ook een verhoogde kans op uitval uit het arbeidsproces (Schuring, Burdorf, Kunst, et al. 2007; Van den Berg, Schuring, Avendano, et al. 2010; Robroek, Schuring, Croezen, et al. 2013). Aangezien een lage sociaal economische status ook gerelateerd is aan een ongezonde leefstijl en ongunstige arbeidsomstandigheden (Kamphuis, Van Lenthe, Giskes, et al. 2008; Mackenbach, Stirbu, Roskam, et al. 2008; Niedhammer, Chastang, David, et al. 2008), dienen interventies gericht op gezondheid en duurzame inzetbaarheid juist ook op deze groep werknemers te worden afgestemd.

Leefstijlfactoren

Bij medewerkers met obesitas en, in mindere mate, met een ongezonde leefstijl, komt een verminderd werkvermogen vaker voor dan bij medewerkers met een gezond gewicht en een gezonde leefstijl. Diverse onderzoeken hebben laten zien dat obesitas samenhangt met productiviteitsverlies op het werk (Robroek, Van den Berg, Plat, et al., 2011), langdurig ziekteverzuim (Neovius, Johansson, Kark, et al, 2009), en uitval uit werk (Robroek, Schuring, Croezen, et al. 2013). Obesitas en een ongezonde leefstijl zijn belangrijke risicofactoren voor gezondheidsproblemen, die kunnen leiden tot uittreding uit het arbeidsproces (Cai & Kalb, 2006; Schuring, Burdorf, Kunst, et al. 2007; Thomas, Benzeval & Stansfeld, 2005; Van den Berg, Schuring, Avendano, 2010). Gezien de belangrijke rol van een verminderde gezondheid in het voortijdig verlaten van het arbeidsproces is er behoefte aan interventies gericht op gezondheidsdeterminanten.

Werkgerelateerde factoren

Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar de relatie tussen werkgerelateerde determinanten van verminderd werkvermogen. De gevonden resultaten zijn in lijn met eerder onderzoek, waarin zowel fysieke als psychosociale arbeidsbelasting als risicofactoren voor een verminderd werkvermogen zijn geïdentificeerd (Van den Berg, Elders, De Zwart, et al, 2009). Ongunstige werkgerelateerde factoren zijn ook belangrijke risicofactoren voor uitreding uit het arbeidsproces, zoals door werkloosheid, vroegpensioen en arbeidsongeschiktheid (Van den Berg, Schuring, Avendano, 2010, Robroek, Schuring, Croezen, et al. 2013). Opvallend is de sterke associatie tussen disbalans tussen werk en privé met verminderd werkvermogen. Mogelijk is de spanning tussen werk en privé bij medewerkers in de zorgsector groter dan bij andere sectoren. Een mogelijke verklaring hiervoor is het grote aandeel vrouwen in deze sector waarbij mogelijk ook in de privésituatie een beroep wordt gedaan op de medewerker voor zorgtaken als mantelzorg en zorg voor kinderen.

Organisatiefactoren

Een vernieuwend aspect van de huidige studie is de analyse naar organisatiefactoren in relatie tot werkvermogen. Uit de resultaten blijkt dat het van belang is a) medewerkers regelmatig op de hoogte te stellen van de (voortgang) van afdelings- en organisatie-doelen en hun bijdrage daaraan, b) functioneringsgesprekken te voeren en de daar gemaakte afspraken na te komen, c) gelegenheid en ondersteuning te bieden voor scholing en ontwikkeling, en d) leiding te geven met regelmatige feedback, motivatie, en uitgesproken waardering. Deze resultaten zijn in lijn met studies die het belang van leiderschap en bedrijfscultuur voor gezondheid laten zien (Kuoppala, Lamminpää, Liira, Vainio, 2008; Elovainio, Kivimäki, Vahtera, 2002).

Aangrijpingspunten voor interventies

De gevonden verbanden geven aangrijpingspunten voor interventies. Doordat de belangrijkste associaties met werkvermogen overeen komen met de belangrijkste determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, is de verwachting dat interventies gericht op het behouden of bevorderen van werkvermogen ook tot een aanzienlijk reductie in verzuim en arbeidsongeschiktheid kan leiden. De verscheidenheid aan factoren die samenhangen met een verminderd werkvermogen weerspiegelt de multifactoriële aard van werkvermogen. Tabel 3 geeft een samenvatting van de gevonden verbanden.

Dit onderzoek toont het belang aan van de volgende factoren voor werkvermogen: een gezonde leefstijl en goede gezondheid, goede balans tussen werk en privé en gunstige fysieke en psychosociale arbeidsomstandigheden. Daarnaast zijn kennis en vaardigheden van de

Loopbaan en ontwikkeling	Vitaliteit en gezondheid	Arbeidsituatie	Organisatiecultuur	Overige
Lager opleidingsniveau	(Zwaar) overgewicht	Lichamelijk belastend werk	Gebrek aan waardering door organisatie en cliënten	Disbalans werk en privé
Beperkte gelegenheid tot/onbekendheid met opleidingsmogelijkheden	Ongezonde leefstijl (gebrek aan beweging, ongezonde voeding, roken)	Hoge werkdruk	Onbekendheid met organisatiedoelen	
		Weinig regelmogelijkheden	Beperkte feedback en motivatie door leiding	
		Beperkte afwisseling		

Tabel 3. Overzicht van gevonden verbanden.

individuele werknemer belangrijk voor de inzetbaarheid in de huidige functie. Duurzame inzetbaarheid vereist ook goed werkgeverschap, met zowel aandacht voor de organisatiecultuur en leiderschapstijl als op de functieontwikkeling. Dit betekent dat interventies voor het behouden van of verbeteren van werkvermogen zowel op gezondheid als op een gunstige werkomgeving gericht dienen te zijn. Hier ligt een rol voor het management en ondersteunende diensten voor personeel, organisatie en arbeidsomstandigheden om optimale randvoorwaarden te creëren en waar nodig op organisatie, afdeling of individueel niveau specifieke problemen aan te pakken. De prioritering van interventies op specifieke factoren moet rekening houden met 1) het voorkomen van de risicofactor, 2) de sterkte van het verband tussen risicofactor en werkvermogen, en 3) de beïnvloedbaarheid van de risicofactor. Zo is bijvoorbeeld het verband tussen obesitas en verminderd werkvermogen even sterk als het verband tussen zware lasten tillen en verminderd werkvermogen. Echter, in ver-

*Mogelijk is de spanning tussen werk en privé in de
zorgsector groter dan bij andere sectoren*

gelijking met obesitas komt het tillen van zware lasten ruim tweemaal zo vaak voor binnen de onderzoeksgroep. In een prioritering op basis van voorkomen en de sterkte van het verband, is het belang van fysieke belasting in deze onderzoeksgroep groter dan het belang van obesitas voor werkvermogen.

Sterke en zwakke punten van deze studie

Aan deze studie zijn enkele sterke punten maar ook enkele beperkingen verbonden. Een sterk punt is de grote onderzoekspopulatie en de diversiteit aan factoren die onderzocht kunnen worden in relatie met werkvermogen. Door middel van het Lerend Netwerk Overleg worden de diverse deelnemende organisaties met elkaar in contact gebracht

Duurzame inzetbaarheid vereist goed werkgeverschap

en worden ervaringen uitgewisseld. Dit lerend netwerk wordt als een uiterst waardevol platform gezien, zowel ten aanzien van kennisdeling als bij het borgen van de voortgang bij de deelnemende organisaties. Een belangrijke beperking is dat de resultaten gebaseerd zijn op een dwarsdoorsnede-onderzoek, waardoor geen uitspraken kunnen worden gedaan over de causaliteit. Ten tweede zijn alle variabelen gebaseerd op zelfgerapporteerde gegevens. Een ander belangrijk punt dat hier genoemd dient te worden is de specifieke onderzoekspopulatie, grotendeels bestaande uit vrouwen. De resultaten van deze studie kunnen niet zomaar generaliseerd worden naar andere sectoren.

Toekomstig onderzoek

Zoals eerder beschreven berusten de resultaten op dwarsdoorsnede-onderzoek waardoor geen uitspraken kunnen worden gedaan over de causaliteit. In 2014 zijn longitudinale analyses mogelijk, waardoor beter inzicht kan worden verkregen in oorzaak en gevolg.

Conclusies

Werkvermogen heeft een multifactorieel karakter en hangt nauw samen met productiviteitsverlies. Dit onderzoek toont het belang aan van de volgende factoren voor werkvermogen: een gezonde leefstijl en goede gezondheid, goede balans tussen werk en privé en gunstige fysieke en psychosociale arbeidsomstandigheden. Ook zijn kennis en vaardigheden van de werknemer van belang voor de inzetbaarheid in de huidige functie en vereist duurzame inzetbaarheid goed werkgeverschap, met zowel aandacht voor de organisatiecultuur en leiderschapstijl als voor functieontwikkeling. Preventieve interventies gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen, het stimuleren van een gezonde leefstijl en het verbeteren van arbeidsomstandigheden, alsmede het creëren van

een gunstige werkomgeving, kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het behouden en bevorderen van werkvermogen en het voorkomen van voortijdige arbeidsuitval.

Literatuur

- Alavinia, S.M., Van den Berg, T.I., Van Duivenbooden, C., L.A. Elders & A. Burdorf (2009a). Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35, 325-333.
- Alavinia, S.M., De Boer, A.G., Van Duivenbooden, J.C., M.H. Frings-Dresen & A. Burdorf (2009b). Determinants of work ability and predictive value for disability. *Occupational Medicine (Lond)*, 59, 32-37.
- Cai, L. & G. Kalb (2006). Health status and labour force participation: evidence from Australia. *Health Economics*, 15, 241-261.
- Elovainio, M., M. Kivimäki & J. Vahtera (2002). Organizational Justice: Evidence of a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health*, 92, 105-108.
- Ilmarinen, J.E. (2001). Aging workers. *Occupational & Environmental Medicine*, 58, 546-552.
- Kamphuis, C.B., Van Lenthe, F.J., Giskes, K., Huisman, M., J. Brug & J.P. Mackenbach (2008). Socioeconomic status, environmental and individual factors, and sports participation. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40, 71-81.
- Koopmanschap, M.A. (2005). PRODISQ: a modular questionnaire on productivity and disease for economic evaluation studies. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5, 23-28.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., J. Liira & H. Vainio (2008). Leadership, job well-being, and health effects – a systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 50, 904-915.
- Mackenbach J.P., Stirbu, I., Roskam, A.J., Schaap, M.M., G. Menvielle & M. Leinsaly, et al (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481.
- Neovius, K., Johansson, K., M. Kark & M. Neovius (2009). Obesity status and sick leave: a systematic review. *Obesity Reviews*, 10, 17-27.
- Niedhammer, I., Chastang, J.F., S. David & C. Kelleher (2008). The contribution of occupational factors to social inequalities in health: findings from the national French SUMER survey. *Social Science & Medicine*, 67, 1870-1881.
- Robroek, S.J., Van den Berg, T.I., J.F. Plat, & A. Burdorf (2011). The role of obesity and lifestyle behaviours in a productive workforce. *Occupational & Environmental Medicine*, 68, 134-139.
- Robroek, S.J.W., Schuring, M., Croezen, S., M. Stattin & A. Burdorf (2013). Poor health, unhealthy behaviors, and unfavorable work characteristics influence pathways of exit from paid employment among older workers in Europe: a four year follow-up study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39: 125-133.

- Schuring, M., Burdorf, L., A. Kunst & J. Mackenbach (2007). The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61, 597-604.
- Thomas, C., M. Benzeval & S.A. Stansfeld (2005). Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 243-249.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., L. Katajarinne & A. Tulkki (1998). *Work Ability Index*. 2nd revised edition. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Van den Berg, T.I., Robroek, S.J., Plat, J.F., M.A. Koopmanschap & A. Burdorf (2011). The importance of job control for workers with decreased work ability to remain productive at work. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84, 705-712.
- Van den Berg, T.I., Elders, L.A., B.C. de Zwart & A. Burdorf (2009). The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occupational & Environmental Medicine*, 66, 211-220.
- Van den Berg, T.I., Schuring, M., Avendano, M., J. Mackenbach & A. Burdorf (2010). The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. *Occupational & Environmental Medicine*, 67, 845-852.
- Van der Klink, J.J.L., Bültmann, U., Brouwer, S., Burdorf, A., Schaufeli, W.B., F.R.H. Zijlstra, & G.J. van der Wilt (2010). Duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers, werk als waarde. *Gedrag & Organisatie*, 24, 342-356.
- Van der Weide, W.E., E.E.M. Maurits & B.C.H. de Zwart (2009). *Duurzaam doorwerken in de Limburgse zorgsector. Overkoepelende rapportage van de stand van zaken duurzaam inzetbaarheidsbeleid bij Limburgse zorgorganisaties*. Leiden: Bureau AStri.

Dankbetuiging

Dit onderzoek wordt mede mogelijk gemaakt dankzij bijdragen van de provincie Limburg, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ZonMw en Stichting IZZ.