



## UvA-DARE (Digital Academic Repository)

### **Beroepsziekten aan de onderkant van de arbeidsmarkt: een verkenning naar verbetering van de monitoring, sigalering en preventie**

Pal, T.M.; van der Molen, H.F.; Zweerman, H.J.; Stinis, H.P.; Prakken, E.W.; Lenderink, A.F.; Spreeuwers, D.; Popma, J.

#### **Publication date**

2009

#### **Document Version**

Final published version

[Link to publication](#)

#### **Citation for published version (APA):**

Pal, T. M., van der Molen, H. F., Zweerman, H. J., Stinis, H. P., Prakken, E. W., Lenderink, A. F., Spreeuwers, D., & Popma, J. (2009). *Beroepsziekten aan de onderkant van de arbeidsmarkt: een verkenning naar verbetering van de monitoring, sigalering en preventie*. (Themarapport NCvB). Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.  
[http://www.beroepsziekten.nl/sites/default/files/documents/Beroepsziekten\\_onderkant\\_van\\_de\\_arbeidsmarkt\\_2\\_6\\_2009\\_def.pdf](http://www.beroepsziekten.nl/sites/default/files/documents/Beroepsziekten_onderkant_van_de_arbeidsmarkt_2_6_2009_def.pdf)

#### **General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

#### **Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

**Beroepsziekten aan de onderkant van de arbeidsmarkt:  
Een verkenning naar verbetering van monitoring,  
signalering en preventie.**

**Themarapport NCvB**

*Nederlands Centrum voor Beroepsziekten:*

T.M.Pal

H.F.van der Molen

H.J.Zweerman

H.P.Stinis

E.W.Prakken

A.F.Lenderink

D.Spreeuwers

*Hugo Sinzheimer Instituut*

J.Popma

## 1. Inleiding

Regelmatig screent het NCvB de wetenschappelijke literatuur over beroepsziekten om signalen die relevant kunnen zijn voor praktijk en beleid ten aanzien van preventie, diagnostiek en behandeling van beroepsziekten op te vangen. Recent is een aantal studies verschenen over het verhoogde risico op beroepsziekten en arbeidsongevallen in groepen werkenden die zich aan de onderkant van de arbeidsmarkt bevinden. Hoewel vaste arbeidsrelaties voor de meeste werkenden in Nederland nog de norm zijn, zien we een toenemende mate van flexibilisering van arbeid, zoals tijdelijke arbeid, kortlopende contracten, onderaanneming en uitzendwerk. Deze flexibilisering doet zich niet alleen voor aan de bovenkant van de arbeidsmarkt (bijvoorbeeld freelance consultants), waar het vaak een eigen keuze van werkenden is, maar ook aan de onderkant van de arbeidsmarkt, waar die keuzevrijheid meestal beperkt is. Uit de literatuur blijkt dat flexibilisering van arbeid aan de onderkant van de arbeidsmarkt vaker gezondheidsproblemen met zich mee brengt.

In het Signaleringsrapport Beroepsziekten 2002 heeft het NCvB al aandacht gevraagd voor een grote groep werkenden die buiten de aandacht van Arbodiensten valt, waardoor mogelijk slechte arbeidsomstandigheden en beroepsziekten buiten beeld blijven. Het gaat hier in de eerste plaats om zelfstandigen, uitzendkrachten, vakantiewerkers, werknemers met een kleine functieomvang en vrijwilligers. Informatie over de arbeidsomstandigheden en werkgerelateerde problematiek bij deze groepen is nauwelijks beschikbaar. Als er beroepsziekten optreden worden deze niet gemeld aan het NCvB. Een deel van bovengenoemde groepen valt onder de zorg van de verzekeringsgeneeskundige, maar die is niet verplicht een beroepsziekte te melden en advisering over werkomstandigheden vindt niet plaats. Voor een aantal groepen, zoals prostituees en illegalen, zullen de arbeidsomstandigheden vaak niet aan gangbare normen voldoen.

In het Signaleringsrapport Beroepsziekten 2006 heeft het NCvB opnieuw aandacht gevraagd voor beroepsziekten aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Dit naar aanleiding van een aantal gevallen van beroepsziekten veroorzaakt door arbeidsomstandigheden die gelet op de huidige regelgeving niet meer voor zouden mogen komen. In het periodiek overleg met het NCvB heeft ook de Arbeidsinspectie aangegeven het optreden van beroepsziekten door slechte arbeidsomstandigheden aan de onderkant van de arbeidsmarkt te herkennen. Tenslotte heeft het NCvB, samen met het Hugo Sinzheimer Instituut van de Universiteit van Amsterdam, het instituut METRO van de Universiteit Maastricht en het Kwaliteitsbureau van de NVAB een studie uitgevoerd onder de titel "Leerzame schadeclaims". Hierbij werden beroepsziektezaken die geleid hebben tot een schaderegeling onder de loep genomen om er lering uit te kunnen trekken. Het project is gefinancierd door de Stichting Instituut GAK. De aselect getrokken gevallen zijn grotendeels afkomstig uit

de onderkant van de arbeidsmarkt. Conclusies uit het onderzoek zijn onder andere dat mensen aan de onderkant van de arbeidsmarkt weinig keuze hebben (meestal om financiële redenen) en daarom vaak te lang doorwerken in belastend werk. Ook schoot de coördinatie in het zorg- en begeleidingstraject vaak te kort.

Het NCvB heeft een verkennende studie uitgevoerd naar de mogelijkheden om beroepsziekten aan de onderkant van de arbeidsmarkt beter in beeld te krijgen. Dit rapport is het verslag daarvan. De vragen die wij in dit rapport trachten te beantwoorden zijn:

1. Hoe is de onderkant van de arbeidsmarkt te definiëren?
2. Welke aanwijzingen zijn er dat werkenden aan de onderkant van de arbeidsmarkt een hoger risico lopen op beroepsziekten?
3. Op welke manier zijn beroepsziekten in deze groepen beter te monitoren en signaleren?
4. Zijn er mogelijkheden voor verbetering van preventie van beroepsziekten in deze groepen?

Om de onderkant van de arbeidsmarkt te definiëren, is een oriënterend literatuuronderzoek verricht en zijn de resultaten hiervan besproken in een expertpanel van beroepsziekt-specialisten. De resultaten zijn beschreven in hoofdstuk 3. Het oriënterend literatuuronderzoek richtte zich verder op het vinden van gegevens die inzicht verschaffen in het risico op werkgerelateerde gezondheidsproblemen bij hen die werken aan de onderkant van de arbeidsmarkt. De resultaten van dit literatuuronderzoek zijn beschreven in hoofdstuk 4. De mogelijkheden voor monitoring en signalering en preventie van beroepsziekten in deze doelgroep zijn geïnventariseerd in een brainstormsessie met beroepsziekte-experts. De resultaten hiervan zijn beschreven in hoofdstuk 5. Tenslotte zijn in hoofdstuk 6 de conclusies en in hoofdstuk 7 de aanbevelingen weergegeven.

## 2. Methoden

Het oriënterend literatuuronderzoek is verricht in PubMed, waarbij de volgende zoektermen zijn gebruikt: precarious employment, precarious work, contingent work, contingent employment en marginal employment. Verder is in Picarta (Nederlandstalige grijze literatuur) gezocht met de zoektermen: tijdelijke contracten, flexwerk en kortdurende contracten.

Op de volgende websites is naar relevante artikelen gezocht: de websites van het Ministerie van SZW, UWV en CBS en de website van de European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions te Dublin.

De mogelijkheden voor monitoring en signalering en preventie van beroepsziekten in deze groepen zijn geïnventariseerd in een brainstormsessie met een aantal beroepsziekte-experts van het NCvB (dr. K.Nieuwenhuijsen, dr. P.B.Smits, dr. T.M.Pal, dr. T.Brand, drs. J.G.Bakker, dr. B.Sorgdrager, dr. H.F.van der Molen en dr. D.Spreeuwers). Tevens is bij deze sessie ook dr. J.Popma aanwezig geweest, als socioloog werkzaam bij het Hugo Sinzheimer Instituut van de Universiteit van Amsterdam, die betrokken is geweest bij eerder onderzoek naar arbeidsomstandigheden aan de onderkant van de arbeidsmarkt. De deelnemers aan de brainstormsessie is gevraagd wat zij verstaan onder de onderkant van de arbeidsmarkt en welke ideeën zij hebben om beroepsziekten in deze groepen beter te signaleren en te monitoren. Tenslotte werd gevraagd naar ideeën voor preventiemogelijkheden. Van de bijeenkomst is een verslag gemaakt dat ter correctie en aanvulling naar alle deelnemers is verzonden.

### 3. Definities ‘onderkant arbeidsmarkt’.

Een eenduidige definitie van de ‘onderkant van de arbeidsmarkt’ is moeilijk te geven, omdat de definitie mede wordt bepaald door de context waarin deze wordt toegepast. In een politieke sociaal-economische context wordt met de ‘onderkant van de arbeidsmarkt’ meestal bedoeld op mensen die worden gestimuleerd om (opnieuw) aan het arbeidsproces deel te nemen, zoals werklozen en (deels) arbeidsongeschikten (SZW 2006). In een context van arbeidsomstandigheden wordt de ‘onderkant van de arbeidsmarkt’ wel gebruikt voor werknemers in laaggekwalificeerde beroepen die onder slechte arbeidsomstandigheden werken (Popma 2008, de Beer 1996). In deze context wordt in de definitie ook gewezen op de mogelijke negatieve gezondheidsgevolgen van flexibilisering van arbeidscontracten, met name voor de kwetsbare groep van werknemers met lage opleiding (Popma 2008). Verder wordt vermeld dat werknemers met flexibele arbeidscontracten mogelijk minder toegang hebben tot preventieve maatregelen en reguliere bedrijfsgezondheidszorg (Cummings en Kreiss 2008) en dat hun gezondheidsproblemen niet worden gesignaleerd in de huidige Nederlandse beroepsziektemeldingen. Dit geldt ook voor arbeidsmigranten en in het bijzonder voor de naar schatting 100.000 illegale werknemers in Nederland (Popma 2008).

Uit de meest recente gegevens van het Cbs blijkt dat 16% van de werkzame beroepsbevolking (en 18% van de werknemers) zowel een laag opleidingsniveau heeft, als werkzaam is in een elementaire (waarvoor geen scholing nodig is) of lagere functie (zie tabel 3.1). Uit onderzoek van Fouarge et al (2006) blijkt dat werknemers met een laag onderwijsniveau beduidend vaker te maken hebben met belastende arbeidsomstandigheden (zie tabel 3.2). In totaal kan het aantal werknemers dat werkt onder slechte arbeidsomstandigheden, tegen slechte beloning en met weinig vooruitzichten worden geschat op 1,2 miljoen

Tabel 3.1: Beroepsbevolking verdeeld naar onderwijsniveaus) in aantallen en percentages

Werkzame beroepsbevolking (bron: Cbs Statline Beroepsbevolking; beroepsklassen)					
<b>Werkenden</b>					
2007 (aantal werkenden * 1000)	Laag	Middelbaar	Hoger	Onbekend	Totaal
Elementaire functie	312	190	22	12	536
Lagere functie	866	744	106	30	1746
	<b>1178</b>				<b>2282</b>
<b>Werknemers</b>					
2007 (aantal werknemers * 1000)					
Elementaire functie	300	180	21	12	513
Lagere functie	799	666	94	27	1586
	<b>1099</b>				<b>2099</b>

Werkzame beroepsbevolking (bron: Cbs Statline Beroepsbevolking; beroepsklassen)					
<b>Werkenden</b>					
	Laag	Middelbaar	Hoger	Onbekend	Totaal
Elementaire functie	4,3%	2,6%	0,3%	0,2%	7,4%
Lagere functie	11,9%	10,2%	1,5%	0,4%	24,1%
	<b>16,2%</b>				<b>31,4%</b>
<b>Werknemers</b>					
Elementaire functie	4,8%	2,9%	0,3%	0,2%	8,2%
Lagere functie	12,7%	10,6%	1,5%	0,4%	25,2%
	<b>17,5%</b>				<b>33,4%</b>

Tabel 3.2 : arbeidsomstandigheden naar opleidingsniveau in percentages (Bron: Fouarge et al, 2006)

Fysiek belastende arbeidsomstandigheden naar opleidingsniveau (%)	lager onderwijs	Vmbo	mbo/havo/ vwo	hbo	wo
Werken onder gevaarlijke omstandigheden	25	21	15	8	4
Werken met gevaarlijke stoffen	16	18	16	8	5
Stank, lawaai, tocht of hoge/lage temperaturen	46	49	38	25	18
Lichamelijk zwaar werk	45	45	33	17	5

Een ander aspect van werk aan de onderkant van de arbeidsmarkt is een toename van het aantal werknemers in een flexibele arbeidsrelatie. In de internationale literatuur is flexibilisering van de arbeid en de mogelijke negatieve gezondheidseffecten daarvan een opkomend onderzoeksthema (Benavides e.a. 2000; Cummings en Kreiss 2008). De flexibilisering van arbeid komt terug in de benamingen als: 'contingent workforce', 'marginal employment', 'flexible work arrangements', 'precarious employment', 'disposable work', 'nonstandard employment'. In deze literatuur is de referentiegroep meestal de groep werknemers met een vast arbeidscontract die wordt vergeleken met groepen als zelfstandige zonder personeel, meewerkend directeur met weinig personeel, tijdelijke contracten en uitzendwerk. 'Work-related precarious experiences' lijkt de meest omvattende term en is door Tompa e.a. (2007) gedefinieerd als 'experiences that give rise to instability, lack of protection, insecurity, and social and economic vulnerability which represent a potentially significant occupational health risk'. Onder 'work-related precarious experiences', vertaald als werkonzekerheid, vallen de volgende acht

dimensies: mate van continuïteit van het werk, controle over werkprocessen, wettelijke en institutionele bescherming, adequaat inkomensniveau, status werkrol, sociale steun op het werk, blootstelling aan werkgebonden risicofactoren en trainings- en ontwikkelingsmogelijkheden. Deze dimensies laten zich ook onderbrengen in de vier criteria voor de kwaliteit van de arbeid (De Beer 1996):

- 1.Arbeidsinhoud (vereiste opleiding, autonomie, status)
- 2.Arbeidsomstandigheden (lawaaï, lichamelijk zwaar werk, vuil werk)
- 3.Arbeidsvoorwaarden (flexibel werk, uurloon)
- 4.Arbeidsverhoudingen.

Volgens De Beer kan gesproken worden van “onderkant van de arbeidsmarkt” als slecht wordt gescoord op de eerste drie factoren of extreem slecht op één factor.

Het NCvB sluit in deze themapublicatie hierbij aan en spreekt bij de ‘onderkant van de arbeidsmarkt’ over mensen die arbeid verrichten op een laag of elementair functieniveau, waarvan verwacht mag worden dat zij risico lopen op beroepsziekten en werkgerelateerde aandoeningen i) door de aard van het werk en de te hoge blootstelling aan risicofactoren voor werkgerelateerde aandoeningen en ii) door het hebben van een flexibel arbeidscontract niet of onvoldoende onder een arbozorgstructuur en/of verzekeringsstructuur vallen zodat hun eventuele gezondheidsproblemen door werk niet als zodanig worden gesignaleerd.

Voor het doel van deze studie, namelijk het adviseren over mogelijkheden om beroepsziekten beter te monitoren en te signaleren, verdelen we de onderkant van de arbeidsmarkt in drie groepen:

- Laag gekwalificeerd werk (laag opleidingsniveau, lage lonen) in vaste dienst. Deze werknemers hebben in principe wel toegang tot arbozorg, maar soms is deze onder de maat, bijvoorbeeld alleen gericht op verzuimcontrole en niet op verbetering van arbeidsomstandigheden.
- Flexwerk en werk via uitzendbureaus. Soms hebben deze werknemers direct toegang tot arbozorg, maar meestal vallen zij onder het regime van het UWV, waarbinnen zij bij ziekteverzuim begeleid worden door de verzekeringsarts met een zogeheten “arborol”. In deze rol verzorgt de verzekeringsarts alleen de verzuimbegeleiding. Er vindt geen advisering plaats over arbeidsomstandigheden en waar nodig wordt geen beroepsziektemelding gedaan.
- “Dagloners” (waaronder ook illegalen). Deze groep heeft in het algemeen geen toegang tot arbozorg of UWV, maar ook naar de curatieve zorg zijn er drempels (kosten voor mensen met lage inkomens, angst voor ontdekking bij illegalen). Vormen van onderaanneming, waarbij bedrijven risico’s afwentelen op derden, kunnen soms ook met zich meebrengen dat werkenden geen toegang hebben tot arbozorg.



ZZP-ers vormen een apart categorie. De arbeidsomstandigheden kunnen goed zijn (hoogopgeleide consultants), maar zijn in sommige gevallen vergelijkbaar met die van dagloners. Deze groep werkenden is niet meegenomen in deze studie.

## 4.Literatuuronderzoek

Zoals al werd opgemerkt, is flexibilisering van de arbeid en haar relatie met negatieve gezondheidseffecten een opkomend onderzoeksthema. Dit is niet vreemd omdat de door globalisering gevoelde noodzaak tot verdergaande vormen van flexibilisering van de arbeidsmarkt er toe leidt dat de groep werkenden in deze doelgroep snel groeit.

Cummings en Kreiss (2008) wijden in de JAMA (Journal of the American Medical Association) een commentaar aan de “contingent health” van deze groeiende groep “contingent workers”. Zij zien het als een gevolg van de moderne economie. Naar hun opvatting vertegenwoordigt deze groep werkenden in de Verenigde Staten zelfs bijna een derde van de beroepsbevolking. Met de term contingent of precarious die in de literatuur ook vaak wordt gebruikt, probeert men de onzekere positie van deze doelgroep op de arbeidsmarkt tot uitdrukking te brengen. Binnen de EU zou 15% van de werkenden in deze situatie van werkonzekerheid verkeren (Benavides 2000).

Cummings en Kreiss formuleren een aantal hypotheses ter verklaring van het verschil in gezondheidsrisico's van deze doelgroep vergeleken met mensen met een zekere, stabiele arbeidsmarktpositie. Zij verrichten vaker werk in belastende arbeidsomstandigheden, werk dat door bedrijven in toenemende mate wordt uitbesteed aan onderaannemers. Door gebrek aan voorlichting en training zijn ze vaak minder goed voorbereid op het werken in risicovolle omstandigheden. Ook van andere aspecten die bij de bewaking van hun gezondheid van belang zijn, zoals adequate persoonlijke beschermingsmiddelen en preventief onderzoek, blijven zij vaak verstoken.

Cummings en Kreiss wijzen erop dat beschermende regelgeving en compensatieregelingen vooral toegesneden zijn op werknemers met een vast dienstverband. Dit maakt de “contingent workers” min of meer vogelvrij en zorgt er verder voor dat bij hen optredende beroepsziekten en arbeidsongevallen niet in de officiële statistieken belanden.

Het zijn elementen die ook naar voren komen in de artikelen en rapporten die werden geselecteerd in het kader van dit oriënterend literatuuronderzoek. De meest relevante worden hier aangehaald en kort toegelicht. Het betreft vooral publicaties die een overzicht bieden van al verrichte studies en inzicht geven in de risicofactoren voor de gezondheid van hen die werken aan de onderkant van de arbeidsmarkt.

### *Beroepsziekten en bedrijfsongevallen blijven verborgen*

Azaroff et al ( 2004) plaatsen kanttekeningen bij de sterke daling van het aantal uitkeringen wegens beroepsziekten en bedrijfsongevallen, die zich in de laatste

decennia van de vorige eeuw in de VS heeft voltrokken. Zij bespreken een serie factoren die er in deze periode toe hebben geleid dat beroepsziekten en bedrijfsongevallen minder gemakkelijk gemeld worden en tot uitkering leiden. In dat verband noemen zij de toenemende baanonzekerheid en vormen van tijdelijk werk, uitsluiting van deelname aan compensatiesystemen van een steeds groter aantal buitenlandse werknemers, meldingsbarrières zoals angst voor ontslag, toename van het aantal werkenden met moeilijke toegang tot adequate gezondheidszorg, gebrek aan voorzieningen voor het vaststellen van de werkgerelateerdheid bij gezondheidsproblemen, en herziening van de regelgeving op het gebied van compensatie bij beroepsziekten en ongevallen. Om een beter beeld te krijgen van de werkelijke incidentie bepleiten zij de gegevens dichter bij de bron te zoeken - dat wil zeggen bij de werknemers zelf en de behandelende artsen. Zij roepen onderzoekers op om niet kritiekloos gerapporteerde dalingen in incidenties te volgen, maar het juist als een uitdaging zien om daadwerkelijke verbeteringen te scheiden van een toename van onderrapportage.

Nicholson et al (2008) laten deze onderrapportage zien in aan de hand van cijfers verkregen van een eerste hulp post van een universitaire kliniek in de Verenigde Staten. Bij 25% van de gevallen die door de patiënt zelf als werkgerelateerd werd aangegeven, was er geen mogelijkheid om een beroep te doen op een compensatieregeling en had men verder ook geen ziektekostenverzekering. Deze situatie deed zich vooral voor bij de Latijns-Amerikaanse werknemers, werknemers jonger dan 25 jaar en werknemers werkzaam in de bouw.

#### *Lager ziekteverzuim maar meer gezondheidsklachten.*

De publicaties van Quinlan et al (2001), Virtanen et al (2005) en Ferrie et al (2008) zijn overzichtartikelen van studies naar het verband tussen “precarious employment” en een aantal bedrijfsgezondheidskundige indicatoren (Quinlan 2001), tijdelijk dienstverband en gezondheid (Virtanen 2005) en de gezondheidseffecten van inkrimping, tijdelijk dienstverband en baanonzekerheid (Ferrie 2008).

Van de 93 door Quinlan et al (2001) gevonden studies lieten 76 een verband zien tussen “precarious employment” en een toegenomen kans op werkgerelateerde gezondheidsproblemen, risicovolle blootstellingen en tekort schietende kennis op het gebied van gezondheid en veiligheid. Dit verband was minder duidelijk bij kleine bedrijven en bij deeltijdwerkers. Ze vragen aandacht voor de methodologische problemen bij het verrichten van onderzoek bij deze doelgroep. Cohortstudies zijn nauwelijks mogelijk, passende controle groepen niet altijd te vinden. Vaak moet men gegevens baseren op vragenlijstonderzoek met zelf-rapportage. Ook Quinlan et al (2001) waarschuwen voor het gebruik van gegevens uit officiële statistieken vanwege de grote mate van onderrapportage.

Virtanen et al (2005) vonden 27 studies waarin gekeken was naar het verband tussen het hebben van een tijdelijk dienstverband en een aantal gezondheidsmaten. In vergelijking tot werknemers met een vast dienstverband rapporteerden tijdelijke krachten vaker psychische klachten (Odds ratio (OR) 1,25), een slechtere lichamelijke gezondheid (OR 1,08) en vaker klachten van het bewegingsapparaat (OR 1,24). Het ziekteverzuim bij tijdelijke krachten was echter lager. In dit verband wordt wel gesproken van 'presenteïsme': werknemers met een kwetsbare positie op de arbeidsmarkt zijn geneigd ziek door te werken uit angst voor baanverlies. Overigens was het verband tussen arbeidsmarktpositie en een slechtere lichamelijke gezondheid en de klachten van het bewegingsapparaat statistisch niet significant. Tijdelijke krachten rapporteerden vaker gezondheidsklachten wanneer er in het betreffende land sprake was van een lagere werkloosheid in vergelijking tot landen met een hogere werkloosheid. Dit verband verklaart men vanuit geringere mogelijkheden tot selectie op gezondheid (healthy hiring) in tijden met een lagere werkloosheid.

Virtanen et al (2003) onderzochten ook de overgang van een tijdelijk naar vast dienstverband en zagen een toename van de ervaren baanzekerheid, arbeidssatisfactie, maar ook van een toename van het ziekteverzuim.

Ferrie et al (2008) kwamen na bestudering van onderzoeken die de afgelopen decennia zijn gepubliceerd tot de conclusie dat inkrimping van bedrijven geassocieerd is met een slechtere geestelijke en lichamelijke gezondheid (waaronder sterfte wegens hart-vaataandoeningen en klachten van het bewegingsapparaat) en een hoger ziekteverzuim. Na de inkrimping namen gezondheidsproblemen en ziekteverzuim met een factor 2 toe. Ook vonden zij duidelijk bewijs voor een samenhang tussen baanonzekerheid en een slechtere geestelijke en lichamelijke gezondheid, arbeidsongevallen, ziekteverzuim en medische consumptie. Bij tijdelijke krachten was in vergelijking tot medewerkers met een vaste aanstelling aanvankelijk sprake van een betere gezondheid, maar op de lange termijn was hun gezondheid slechter, met een hogere sterfte. Hier zou een selectiemechanisme een rol kunnen spelen: Virtanen et al (2002) zagen in een follow-up studie werknemers met een goede gezondheid vaker de overgang van een tijdelijk naar een vast dienstverband maken.

Selectiemechanismen en verstorende variabelen zouden gevonden verbanden tussen "precarious work" en een slechtere gezondheid kunnen verklaren. Maar Kawachi (2008) stelt in zijn onderzoek bij ruim 3500 Koreaanse werknemers dat het verband ook na correctie voor een belangrijk deel van deze verstorende variabelen (zoals opleiding, inkomen, beroep, sector en medische voorgeschiedenis) blijft bestaan.

Na correctie voor een serie variabelen bleven ook in een door Benavides et al (2000) uitgevoerd onderzoek onder ruim 15.000 binnen de EU werkzame mensen, de

associaties tussen verschillende vormen van dienstverband en een aantal gezondheidsindicatoren aanwezig. Opvallend was dat werknemers met een tijdelijk dienstverband niet vaker stressklachten aangaven. Het waren vooral de werknemers met een fulltime tijdelijk dienstverband die hogere scores aangaven op vermoeidheid (OR 1,5), rugpijn (OR 1,2) en spierpijn (OR 1,5) Ook hier was er een lager verzuim bij de groep zonder vast dienstverband.

### *Uitzendkrachten*

Uitzendkrachten zijn een kwetsbare groep. Uitzendkrachten zijn met name vaak slachtoffer van een arbeidsongeval (Storrie 2002). Deels komt dit door de aard van de werkzaamheden die door werknemers met een tijdelijke aanstelling worden verricht. Deels kan ook worden aangenomen dat dit te maken heeft met gebrek aan voorlichting en ervaring (Arbeidsinspectie 2004; Fabiano 2006). De kans op een arbeidsongeval is het grootst de eerste vier maanden na indiensttreding (Davies & Jones 2005).

### *Buitenlandse werknemers*

De werk- en gezondheidssituatie van (niet-westerse) buitenlandse werknemers vormt een apart onderzoeksthema. Zij zijn vaak oververtegenwoordigd in de zogeheten 3D-banen (dirty, dangerous, demanding). Deze banen komen vooral voor in de land- en tuinbouw, bouwnijverheid, schoonmaaksector, transportsector, voedingsindustrie en gezondheidszorg. Ahonen et al (2007) verrichtten een literatuurstudie en kwamen tot de conclusie dat er bij buitenlandse werknemers sprake was van een relatief hoog risico ten aanzien van diverse blootstellingen, ongevallen en aandoeningen. In vergelijking tot de in het land geboren werknemers was het bedrijfsongevalsrisico in diverse landen een factor twee hoger. De in 2007 verschenen literatuurstudie over buitenlandse werknemers van het European Agency for Safety Health at Work komt tot vergelijkbare conclusies, al is het beeld niet in alle landen van de EU hetzelfde. Zo wordt de tweemaal zo grote kans op bedrijfsongevallen niet gezien bij buitenlandse werknemers in de Scandinavische landen. In Duitsland worden een aantal beroepsziekten vaker gerapporteerd bij Turkse dan bij Duitse werknemers: lawaaidoofheid bij 54% vs 39%, silicose bij 18% vs 14 % en peesontstekingen bij 58% vs 23%. Het beeld van de oververtegenwoordiging van buitenlandse werknemers in laag gekwalificeerde banen wordt bevestigd in een in 2007 verschenen rapport van de European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. In dit rapport worden cijfers gepresenteerd gebaseerd op nationale en Europese statistieken (Eurostat en OECD). Het rapport geeft een overzicht van de werksituatie van buitenlandse werknemers in de diverse EU landen maar presenteert geen gezondheidsgegevens.

Een recent verschenen studie van Zhang et al (2009) toont verassend genoeg een ander beeld in de Verenigde Staten. Zij zagen na analyse van gegevens uit een Nationaal Gezondheidsinterview (NHIS) dat de prevalentie van niet dodelijke bedrijfsongevallen bij buitenlandse werknemers slechts de helft was van de prevalentie onder mensen geboren in de VS. Zij plaatsten diverse kanttekeningen bij deze uitkomst en wijzen op de mogelijkheid van vertekening door onder meer selectieve deelname en door gebruik van zelfrapportage. Dit zou kunnen betekenen dat voorzichtigheid geboden is bij bestudering van de onderkant van de arbeidsmarkt aan de hand van gegevens van nationale (telefonische) enquêtes.

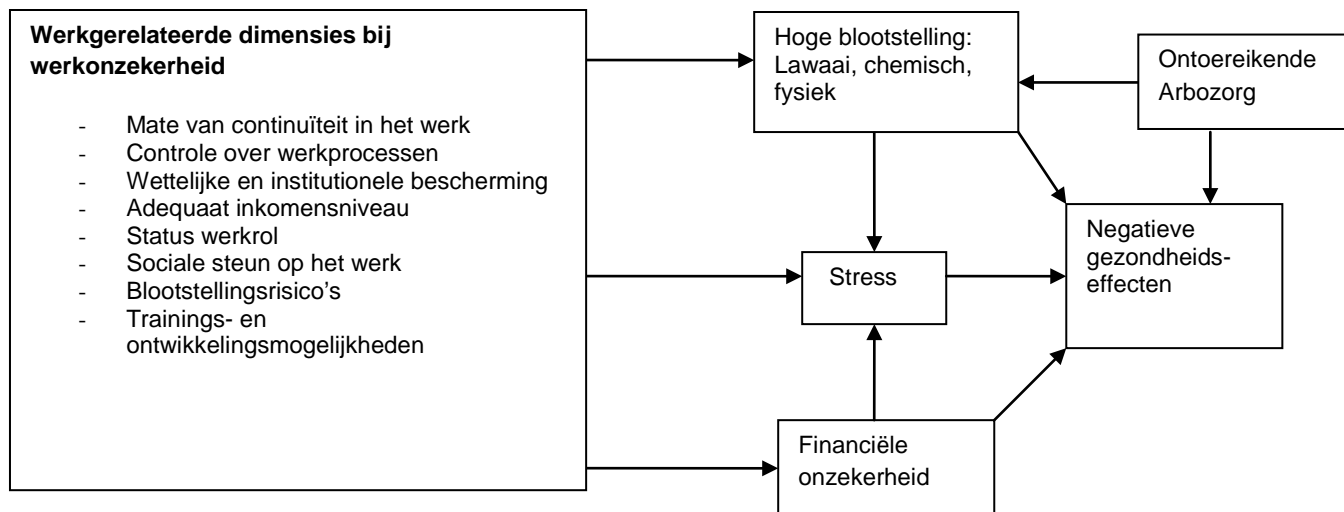
### *Theoretisch model*

De signalering van de structurele veranderingen op de arbeidsmarkt van geïndustrialiseerde landen en de bevindingen van diverse observationele studies leidt tot ontwikkeling van theoretische modellen waarin de verschillende dimensies van “precarious employment” in verband gebracht worden met negatieve gezondheidsuitkomsten.

Naast de reeds door andere onderzoekers genoemde dimensies als de mate van continuïteit, controle over werkprocessen, wettelijke en institutionele bescherming en adequaat inkomensniveau, brengen Tompa et al (2007) nog de status van de werkrol, sociale steun op het werk, kans op risicovolle blootstelling op het werk en trainings- en ontwikkelingsmogelijkheden in. Al deze elementen kunnen een bijdrage leveren aan het ontstaan van chronische stress en zo tot gezondheidsproblemen leiden (zie figuur 4.1). Quinlan et al (2001) komen in hun analyse tot een andere indeling van de risicofactoren maar onderscheiden in feite wel dezelfde elementen.

Met andere onderzoekers zoals Quinlan (2001) vragen Tompa et al zich af of de economische winst van toenemende flexibilisering wel opweegt tegen de maatschappelijke kosten. Zij benadrukken dat beleid en wetgeving achter blijven bij deze snelle ontwikkelingen en nog teveel zijn toegesneden op de traditionele werksituatie met een vast dienstverband.

De beschouwingen van diverse onderzoekers monden vaak wel uit in aanbevelingen voor nader onderzoek om gesignaleerde verbanden verder te exploreren, maar er worden weinig aanzetten gegeven voor preventief beleid. Ook worden geen voorbeelden gepresenteerd van effectieve preventie. Gelet op het complexe karakter van het onderwerp is overigens zowel het opzetten van goed onderzoek als het ontwikkelen en implementeren van preventief beleid niet eenvoudig. Uitgaande van de diverse elementen die in modellen ter verklaring van de negatieve gezondheidseffecten genoemd worden, zijn er echter zeker aanknopingspunten voor preventief beleid.



**Frequentie, duur, intensiteit van de belastende factoren**



**Contextuele factoren**

*Figuur 4.1: Schematisch model van de wijze waarop de verschillende elementen van baanonzekerheid inwerken op de gezondheid (Gemodificeerd naar Tompa 2007)*

## **5. Methoden voor betere monitoring, signalering en preventie aan de onderkant van de arbeidsmarkt**

Het beeld dat zich opdringt uit de literatuur is dat er aan de onderkant van de arbeidsmarkt door onderling vaak samenhangende factoren sprake is van grotere gezondheidsrisico's en ook van een minder goede toegang tot adequate gezondheidszorg. Men kan dus spreken van ongelijkheid in gezondheid en ongelijkheid in gezondheidszorg op verschillende niveaus van de arbeidsmarkt. De aard en omvang van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek blijft vaak verborgen omdat zij niet of nauwelijks uit officiële statistieken afgeleid kan worden. Zoals reeds eerder opgemerkt is het voor het adviseren over mogelijkheden om beroepsziekten beter te monitoren, signaleren en te voorkomen, praktisch de onderkant van de arbeidsmarkt te verdelen in drie groepen:

- Laag gekwalificeerd werk (laag opleidingsniveau, lage lonen) in vaste dienst.
- Flexwerk en werk via uitzendbureau's.
- Dagloners (waaronder ook illegalen).

### *Monitoring en signalering*

Voor de categorie werknemers met laaggekwalificeerd werk in vaste dienst zijn er de volgende mogelijkheden om arbeidsomstandigheden en beroepsziekten beter in beeld te krijgen:

- Secundaire analyses van bestaande databestanden door het selecteren van laaggekwalificeerde functies en deze in verband brengen met (arbeidsgebonden) gezondheidsproblematiek. Uiteraard kan dit gebeuren met gegevens van het NCvB zelf. Mogelijke andere bronnen zijn de databestanden van de NEA en het CBS. Voor het in kaart brengen voor werkgerelateerde kanker zouden de bestanden van de kankerregistratie (IKC) wellicht mogelijkheden kunnen bieden.
- Onderzoek binnen sectoren waarin veel laaggekwalificeerd werk voorkomt, zoals bijvoorbeeld de schoonmaak, horeca of glastuinbouw. Een barrière bij het verzamelen van gegevens kan zijn dat mensen in laaggekwalificeerde arbeidsposities wellicht niet geneigd zijn beroepsziekten of slechte arbeidsomstandigheden te melden, bijvoorbeeld uit angst voor represailles of om hun baan te verliezen. In deze situaties kan kwalitatief onderzoek (bijvoorbeeld interviews waarbij de anonimiteit en vertrouwelijkheid voldoende gewaarborgd is en veldonderzoek waarbij de onderzoeker zelf meedraait in de sector) informatie verschaffen over de arbeidsomstandigheden en specifieke gezondheidsklachten in een sector en hoe hiermee wordt omgegaan.



- Informatie inwinnen bij organisaties die ervaring hebben met arbeidsomstandigheden in deze sectoren, bv. vakorganisaties of brancheorganisaties.
- Overleg met Arbodiensten die werkzaam zijn in deze sectoren en eventueel peilstations of meldingsprojecten starten in deze sectoren.

Voor de categorie flexwerkers en uitzendkrachten zijn er de volgende mogelijkheden om arbeidsomstandigheden en beroepsziekten beter in beeld te krijgen naar voren gekomen:

- De melding van beroepsziekten ook verplicht stellen voor UWV verzekeringsartsen in de “arborol”. Momenteel meldt slechts een zeer beperkt aantal verzekeringsartsen al vrijwillig beroepsziekten aan het NCvB. Het ligt in de rede dat verzekeringsartsen ook de mogelijkheid zouden moeten hebben adviezen aan bedrijven te geven wanneer zij constateren dat gezondheidsschade is opgetreden door arbeidsomstandigheden.
- Informatie inwinnen bij uitzendbureaus, bijvoorbeeld uit hun verzuimregistratie.

Voor de categorie “dagloners” zijn de volgende mogelijkheden om arbeidsomstandigheden en beroepsziekten beter in beeld te krijgen genoemd:

- Kwalitatief onderzoek naar de categorie dagloners in hun eigen omgeving, bijvoorbeeld buurthuizen, koffiehuis, centra waar migranten elkaar treffen. Ook kerken organiseren trefpunten voor mensen aan de onderkant van de samenleving, waarvan een deel zal werken. Ook voor deze categorie werkenden geldt dat zij weinig geneigd zullen zijn beroepsziekten en slechte arbeidsomstandigheden te melden.
- Hoewel dagloners waarschijnlijk slecht of in het geheel niet georganiseerd zijn, hebben vakbondsbestuurders in de relevante branches wellicht wel zicht op de situatie van de genoemde categorie werknemers.
- Inspecteurs van de Arbeidsinspectie die actief zijn op het gebied van de handhaving van de Wet Minimumloon zouden wellicht signalen over specifieke risico's voor het ontwikkelen van beroepsziekte kunnen melden aan het NCvB.
- Om beter zicht te krijgen op risico's en werkgerelateerde problematiek in bijvoorbeeld de prostitutie, kan contact opgenomen worden met organisaties als de Rode Draad en met GGD-medewerkers die werkzaam zijn in de zorg voor prostituees.

In het algemeen kan ook gedacht worden aan:

- Registratie van arbeidsongevallen en beroepsziekten bij huisartsen en afdelingen Spoedeisende Eerste Hulp van ziekenhuizen. Wij verwachten dat hier regelmatig gevallen van beroepsziekten en arbeidsongevallen gezien worden die niet bij een bedrijfsarts terecht komen.
- Studie van gevallen kan worden gebruikt om incidenten te analyseren en er lessen uit te trekken. Zoals in de inleiding reeds vermeld, verricht het NCvB in

samenwerking met een aantal andere centra onderzoek naar gevallen waarbij een schaderegeling in verband met een beroepsziekte speelt.

- (Anonieme) melding van beroepsziekten door werknemers aan een meldpunt.

### *Preventie*

In de brainstormsessie is ook een aantal suggesties naar voren gekomen voor beleid dat zou kunnen bijdragen aan preventie:

- Uitzoeken of UWV niet meer gebruik kan maken van het regresrecht, waarbij de werkgever aansprakelijk gesteld wordt voor de kosten van arbeidsongevallen en ziekten van flexwerkers.
- Uitzoeken of de “arborol” van UWV naast het registreren en melden van beroepsziekten niet kan worden uitgebreid met werkplekadvisering.
- Wellicht kan positionering van een bedrijfsarts in de curatieve zorg er toe bijdragen dat ook werkenden die nu geen toegang hebben tot een expert op het gebied van arbeid en gezondheid advies kunnen vragen over arbeidsomstandigheden of werkgerelateerde problematiek. Gedacht kan worden aan een bedrijfsarts in het eerstelijns gezondheidscentrum of een klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn. Wel moet uiteraard nagedacht worden over de financiering hiervan.
- Het verdient aanbeveling om te onderzoeken op welke wijze het systeem van onderaanneming er toe bijdraagt dat slechte arbeidsomstandigheden blijven bestaan en beroepsziekten en arbeidsongevallen verborgen blijven.
- Sociale netwerken waarin mensen aan de onderkant van de arbeidsmarkt participeren, kunnen wellicht benut worden om beroepsziekten, ongevallen en arbeidsomstandigheden bespreekbaar te maken. Een optie kan zijn het inrichten van steunpunten waar misstanden gemeld kunnen worden. Ook empowerment van groepen aan de onderkant, zodanig dat zij zelf zaken aan de kaak durven stellen en bespreekbaar maken, kan helpen om een beter inzicht te krijgen in de arbeidsomstandigheden en gezondheidsgevolgen in deze groepen.
- Handhaving van wet- en regelgeving is nodig aan de onderkant van de arbeidsmarkt. De Arbeidsinspectie zal daarbij gebruik kunnen maken van de informatie uit de genoemde monitoring en signaleringsinstrumenten.

## 6. Conclusies

- Er bestaan verschillende definities van der onderkant van de arbeidsmarkt. In dit rapport is werk aan de onderkant van de arbeidsmarkt werk dat laaggekwalificeerd is, wordt verricht door laaggeschoolde mensen tegen een laag salaris. Flexibele contracten komen vaker voor aan de onderkant van de arbeidsmarkt en gaan gepaard met sterkere arbeidsonzekerheid. Door toenemende flexibilisering van de arbeid wordt de omvang van de onderkant relatief groter.
- Uit literatuuronderzoek blijkt dat er aanwijzingen zijn voor een verhoogd risico op beroepsziekten en arbeidsongevallen in groepen werkenden aan de onderkant van de arbeidsmarkt.
- In de officiële registraties ontbreken meestal meldingen van beroepsziekten uit deze groepen. Er is onvoldoende zicht op de arbeidsomstandigheden en werkgerelateerde gezondheidsproblematiek van deze groepen. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat deze groepen vaak verstoken zijn van adequate arbeidsgeneeskundige zorg.
- Voor verbetering van de monitoring en signalering van beroepsziekten bij deze groepen zijn er een aantal mogelijke informatiebronnen, zoals het melden van beroepsziekten door verzekeringsgeneeskundigen in de zogeheten “arborol”, het uitvoeren van secundaire analyses van bestaande databestanden (NCvB, NEA) en het opzetten van registraties bij huisartsen en Spoedeisende Eerste Hulp afdelingen.
- Kwalitatief onderzoek, bijvoorbeeld via interviews of participierend onderzoek in sociale netwerken van groepen aan de onderkant van de arbeidsmarkt, kan arbeidsomstandigheden en werkgerelateerde gezondheidsklachten in beeld brengen. Ook motieven om bv. beroepsziekten niet te melden of barrières voor preventie kunnen op deze manier onderzocht worden.
- De regelgeving en praktijk rond arbodienstverlening lijkt onvoldoende toegesneden op deze groepen. Dit klemmt te meer nu door toenemende flexibilisering de omvang van de onderkant van de arbeidsmarkt relatief steeds groter wordt.

## **7. Aanbevelingen**

1. Invoeren van meldingsplicht aan het NCvB voor verzekeringsgeneeskundigen in de “arborol” en versterken van hun adviesfunctie op het gebied van arbeidsomstandigheden.
2. Ontwikkelen van aanvullende instrumenten en methoden naast de bestaande registratie-instrumenten gericht op het monitoren en signaleren van beroepsziekten in kwetsbare groepen aan de onderkant van de arbeidsmarkt.
3. Bestuderen en ontwikkelen van de mogelijkheden om te komen tot verbetering van de arbeidsgeneeskundige zorg voor deze groepen ondermeer door positionering van voorzieningen voor arbeidsgeneeskundige zorg in de eerstelijns curatieve zorg.
4. Ondersteuning bieden aan sociale netwerken waarin werkenden aan de onderkant van de arbeidsmarkt participeren om arbeidsomstandigheden bespreekbaar te maken in deze groepen.

## Literatuur

Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health: A systemic literature review. *Scand J Work Environ Health* 2007;33:96-104.

Arbeidsinspectie, Projectverslag arbeidsomstandigheden uitzendkrachten 2002. *Arbeidsinspectie*, Den Haag, 2004.

Azaroff LS, Lax MB, Levenstein C, Wegman DH. Wounding the messenger: the new economy makes occupational health indicators too good to be true. *Int J Health Serv* 2004;34: 271-303.

Beer P de. Het onderste kwart: Werk en werkloosheid aan de onderkant van de arbeidsmarkt. *Sociaal en Cultureel Planbureau*, Den Haag/Rijswijk 1996.

Benavides FG, Benach J, Diez-Roux AV, Roman C. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:494–501.

CBS 2009. Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009. URL: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=7511nr&D1=0-4,7,14-16,18&D2=0&D3=a,!0-12&HD=080401-1658&HDR=T&STB=G1,G2>.

Cummings KJ Kreiss K. Contingent workers and contingent health: Risks of a modern economy. *JAMA* 2008; 299: 448-450.

Davies R, Jones P. Trends and context to rates of workplace injury. HSE Research Report 386, 2005.

European Agency for Safety and Health at Work. European Risk Observatory. Literature Study on migrant workers. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities, 2007.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment and working conditions of migrant workers. Dublin 2007.

Ferrie JE, Westerlund H, Virtanen M, Vahtera J, Kivimäki M. Flexible labor markets and employee health. *Scand J Work Environ Health Suppl* 2008;(6): 98-110.

Fabiano D et al. A study of the relationship between temporary work and occupational accidents. Specific risk factors and risk management strategies. Paper presented at WOS conference 2006.

Fouarge D, Gielen A, Grim R. et al. Trendrapport Aanbod van arbeid 2005. Tilburg: OSA, 2006.

Kawachi I. Globalization and workers' health. *Ind Health* 2008;46:421-423.

Nicholson VJ, Bunn TL, Costich JF. Disparities in work-related injuries associated with worker compensation coverage status. *Am J Ind Med* 2008;51:393-398.

Popma J. Aan de onderkant.: Ook Nederland kent slechte arbeidsomstandigheden. *Arbo* 2008;11: 11-13.

Quinlan M, Mayhew C, Bohle Ph. The global expansion of precarious employment , work disorganization and consequences for occupational health: a review of recent research. *Int J Health Serv* 2001;31:335-414.

Quinlan M, Mayhew C, Bohle Ph. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: Placing the debate in a comparative historical context. *Int J Health Serv* 2001;31:507- 536.

Spreeuwers D, Pal TM, Jager HJd et al. Signaleringsrapport Beroepsziekten 2002. Amsterdam : Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Coronel Instituut, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, 2002.

Spreeuwers D, Pal T, Laan G van der (red) ; Lenderink A (eindred). Signaleringsrapport Beroepsziekten '06. Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, 2006.

Storrie D. Uitzendwerk in de Europese Unie, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Brief van staatssecretaris Van Hoof over het vrij verkeer van werknemers met de nieuwe lidstaten van de EU. URL: [http://docs.szw.nl/pdf/34/2006/34\\_2006\\_3\\_8953.pdf](http://docs.szw.nl/pdf/34/2006/34_2006_3_8953.pdf).

Tompa E, Scott-Marshall H, Dolinschi R, Trevithick S, Bhattacharyya S. Precarious employment experiences and their health consequences: Towards a theoretical framework. *Work* 2007; 28: 209–224.

Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol* 2005;34:610-622.

Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie JE. From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occup Environ Med* 2003;60:948-953.

Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Selection from fixed term to permanent employment: prospective study on health, job satisfaction, and behavioural risks. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:693-699.

Zhang X, Yu S, Wheeler K, Kelleher K, Stallones L, Xiang H. Work-related non-fatal injuries among foreign-born and US-born workers: Findings from the U.S. National Health Interview Survey, 1997-2005. *Am J Ind Med* 2009;52:25-36.