

(1) Ontwikkelingen die de bedrijfsgezondheidszorg veranderen

Wilmar Schaufeli, Frank van Dijk

In de periode van 2007 tot en met 2013 is een grootschalig onderzoeksprogramma uitgevoerd op het terrein van de preventieve bedrijfsgezondheidszorg (BGZ) in brede zin des woords. Dit werd gefinancierd door Instituut Gak en bestond uit 12 deelstudies, waarvan 10 promotieprojecten. In drie opeenvolgende artikelen in dit tijdschrift beschrijven wij wat het programma voor de BGZ en daarbuiten heeft opgeleverd (voor een samenvatting zie <http://www.instituutgak.nl/afgerond-onderzoek/>).

Dit eerste artikel beschrijft de achterliggende ontwikkelingen. In het tweede artikel (november 2014) komen de belangrijkste bevindingen van het onderzoeksprogramma per deelstudie aan de orde. Het derde artikel (januari 2015) bevat de conclusies en aanbevelingen voor de bedrijfsgezondheidszorg, alsmede een vooruitblik.

ONTWIKKELINGEN

De aanleiding voor het onderzoeksprogramma werd gevormd door een drietal ontwikkelingen:

1. Veranderingen in inhoud en thematiek van de BGZ door demografische, economische en technologische ontwikkelingen, en door nieuwe wetenschappelijke inzichten.
2. Veranderingen in verhoudingen tussen arbeidsorganisaties, werknemers en professionals in de BGZ en daarbuiten, onder invloed van allerlei maatschappelijke en juridische ontwikkelingen.
3. Veranderingen in de manier van werken in de BGZ door voortschrijdende wetenschappelijke en professionele inzichten.

Prof. dr. W.B. Schaufeli is hoogleraar Arbeids- & Organisationspsychologie aan de Universiteit Utrecht.

Prof. dr. F.J.H. van Dijk is emeritus hoogleraar aan het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC/ Universiteit van Amsterdam.

Deze drie ontwikkelingen worden in dit eerste artikel kort toegelicht, waarbij steeds een aantal thema's wordt genoemd waarop deelstudies van het onderzoeksprogramma betrekking hebben (zie tabel 1 voor een schematisch overzicht). Volgens worden de belangrijkste onderwerpen en bedoelde opbrengsten per deelstudie genoemd. Hierbij ligt de nadruk op de praktische toepassing.

VERANDERINGEN IN INHOUD EN THEMATIEK VAN DE BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG

In 2010 verrichtte een kwart van alle mensen (15 t/m 65 jaar) met een chronische ziekte of met lichamelijke beperkingen betaald werk voor minstens 12 uur per week. Vermoeidheid, conditiegebrek en stress bleken de meest voorkomende belemmeringen in hun werk.¹ In 2010 had in de totale bevolking respectievelijk 66%, 80% en 49% betaald werk in de leeftijdsgroepen 15-39, 40-54 en 55-64 jaar. Voor mensen met chronische somatische aandoeningen of lichamelijke beperkingen, waren de cijfers 48%, 38% en 16%. In het recente verleden is het percentage mensen met langdurige gezondheidsproblemen met betaald werk niet toegenomen.² Door de vergrijzing en het langer doorwerken tot 67 jaar is te verwachten dat het aandeel chronisch zieke werknemers dat actief aan het arbeidsproces deelneemt in de nabije toekomst wel sterk zal toenemen. Dat heeft ook te maken met het overheidsbeleid dat gericht is op een 'inclusieve arbeidsmarkt', dat wil zeggen op het opnemen van zoveel mogelijk mensen in het arbeidsproces, waaronder mensen met een chronische ziekte of handicap. Dat betekent voor de Nederlandse beroepsbevolking als geheel dat de belastbaarheid in verband met werk af zal nemen door veroudering, door een of meer chronische ziekten, of door een combinatie van beide. De vraag die daarbij gesteld kan worden, is niet alleen wat de BGZ, maar vooral ook wat HRM en leidinggevenden kunnen doen om werknemers met een chronische aandoening zo lang mogelijk verantwoord aan het werk te houden (*deelstudie H*).

BEDRIJFSGEZOND-
HEIDSZORG
PREVENTIE
PSYCHISCHE
PROBLEMATIEK
PARTICIPATIE
EMPOWERMENT
VITALITEIT
BEVLOGENHEID
DUURZAME
RE-INTEGRATIE.

Tabel 1

Overzicht van ontwikkelingen, thema's, deelstudies en opbrengst

Ontwikkeling	Thema	Deelstudie	Opbrengst
Veranderde inhoud en thematiek van de BGZ	Toename van chronisch zieken	De Human Resources van werknemers met een chronische aandoening (<i>deelstudie H</i>)	Onderwijsproducten over werknemers met chronische ziekten voor HRM-opleidingen en nascholing
	Langer doorwerken in zware beroepen	Gezond (blijven) werken voor medisch specialisten (<i>deelstudie E</i>)	PMO voor medisch specialisten, met bijzondere aandacht voor veranderingen in taakhoud, werkomgeving en arbeidsvoorwaarden
	Zwakke positie van laag opgeleide jongeren	Preventie van arbeidsuitval bij jongeren (<i>deelstudie B</i>)	Interventie gericht op ontwikkelen van loopbaancompetenties bij jongeren met een laag opleidingsniveau
	Toename psychosociale belasting en psychische problematiek	Preventie van functioneringsproblemen bij psychische klachten (<i>deelstudie D</i>)	PMO gericht op psychische en functioneringsproblemen in de verpleegkundige en paramedische zorg
	Duurzame inzetbaarheid en mentale vitaliteit	Bevlogen aan het werk (<i>deelstudie A</i>)	Online programma gericht op het verbeteren van mentale vitaliteit
	Ongezonde leefgewoontes	BRAVO voor vitale oudere werknemers (<i>deelstudie F</i>)	Leefstijlinterventie voor oudere werknemers gericht op beweging, alcohol, roken en dieet
		Preventie van overgewicht (<i>deelstudie L</i>)	Een interventie gericht op het voorkomen van overgewicht bij werknemers
	Plaats- en tijdgebonden werk	Preventie van werkverslaving (<i>deelstudie C</i>)	Screeningsinstrument voor werkverslaving en online programma ter preventie ervan
Genetische predispositie voor werkgebonden risico's	De rol van genetische studies in het voorkomen van werkgerelateerde atopie (<i>deelstudie G</i>)	Kennis over predisponerende genetische factoren voor de beroepsziekte contact dermatitis en kennis over ethische en juridische aspecten van screening hierop	
Veranderde verhoudingen tussen arbeidsorganisaties, werknemers en professionals	Naar elkaar toegroeien van arbodienstverlening en HRM	Bevlogen aan het werk (<i>deelstudie A</i>), Preventie van arbeidsuitval bij jongeren (<i>deelstudie B</i>), Werkverslaving (<i>deelstudie C</i>), Preventie van functioneringsproblemen bij psychische klachten (<i>deelstudie D</i>), Gezond (blijven) werken voor medisch specialisten (<i>deelstudie E</i>), De Human Resources van werknemers met een chronische aandoening (<i>deelstudie H</i>)	Zie hierboven
		Bevlogen aan het werk (<i>deelstudie A</i>), Preventie van arbeidsuitval bij jongeren (<i>deelstudie B</i>), Werkverslaving (<i>deelstudie C</i>), Preventie van functioneringsproblemen bij psychische klachten (<i>deelstudie D</i>), BRAVO voor vitale oudere werknemers (<i>deelstudie F</i>)	Zie hierboven
	Verschuiving van de verantwoordelijkheid van de professional naar de werknemer en het bedrijf	Kennisnetwerk arbeid en gezondheid (<i>deelstudie K</i>)	Kennisnetwerk voor onderzoekers en gebruikers van kennis op gebied van arbeid & gezondheid
Veranderde manier van werken door professionals	Verschuiving van compensatie en reparatie naar participatie en preventie	Alle deelstudies	Zie hierboven
	Tweesporen aanpak: klachtreductie én werkhervatting	Preventie van functioneringsproblemen bij psychische klachten (<i>deelstudie D</i>), Gezond (blijven) werken voor medisch specialisten (<i>deelstudie E</i>)	Zie hierboven
		Een diagnostisch instrument werkfunctioneren (<i>deelstudie I</i>)	Instrument om alle relevante aspecten van werkfunctioneren in relatie tot gezondheid te meten.
		Voorkomen van terugval naar ziekteverzuim vanwege psychische klachten (<i>deelstudie J</i>)	Interventie (met 'problem solving' technieken) gericht op leidinggevenden en bedrijfsartsen om terugval naar ziekteverzuim vanwege psychische klachten te voorkomen
	Health promotion	Bevlogen aan het werk (<i>deelstudie A</i>), Preventie van arbeidsuitval bij jongeren (<i>deelstudie B</i>), BRAVO voor vitale oudere werknemers (<i>deelstudie F</i>), Preventie van overgewicht (<i>deelstudie L</i>)	Zie hierboven
Toenemend belang van evidence-based practice	Bevlogen aan het werk (<i>deelstudie A</i>), Preventie van arbeidsuitval bij jongeren (<i>deelstudie B</i>), Werkverslaving (<i>deelstudie C</i>), Preventie van functioneringsproblemen bij psychische klachten (<i>deelstudie D</i>), Gezond (blijven) werken voor medisch specialisten (<i>deelstudie E</i>), BRAVO voor vitale oudere werknemers (<i>deelstudie F</i>), Voorkomen van terugval naar ziekteverzuim vanwege psychische klachten (<i>deelstudie J</i>), Preventie van overgewicht (<i>deelstudie L</i>)	Zie hierboven	

Noot: Deelstudie L is nog niet afgerond

Omdat de gevolgen van vergrijzing en langer doorwerken het meest pregnant zichtbaar zijn bij zware beroepen, bestaat er een bijzondere belangstelling voor de preventie van gezondheidsproblematiek bij die beroepen waarin sprake is van een hoge mentale of lichamelijke belasting, zoals bij medisch specialisten. Preventieve ondersteuning is mogelijk bij afnemende reserves of bij nog beperkte klachten (secundaire preventie) door middel van Preventief Medisch Onderzoek (PMO) en door het versterken van het werkvermogen (*deelstudie E*).

Naast problemen rondom oudere werknemers, doen zich in toenemende mate ook problemen voor met jongere werknemers (15-25 jaar). Dit spitst zich vooral toe op een slechte aansluiting tussen school en werk, wat voor een grote uitval zorgt, met name onder laagopgeleide jongeren. Zij beschikken vaak over onvoldoende vaardigheden om werk te vinden en vorm te geven aan hun loopbaan. Het is daarom van belang om preventieve interventies te ontwikkelen die deze jongeren weerbaarder maken, zowel bij het vinden van een baan, als bij hun loopbaanontwikkeling (*deelstudie B*).

Psychische problematiek en psychosociale belasting worden gezien als een centraal thema in de BGZ.³ Bijna 20% van de arbeidsuitval door verzuim en 40% van de uitval door arbeidsongeschiktheid komt momenteel voor rekening van psychische klachten en aandoeningen.⁴ Daarnaast zien we dat de aandacht in de BGZ geleidelijk aan verschuift van ziekteverzuim naar goed, gezond en duurzaam functioneren op het werk.^{5,6} In dit kader is het van groot belang om zowel een screeningsinstrument (PMO) als een daarop gebaseerde snelle en adequate ondersteuning te ontwikkelen (*deelstudie D*). Ook is het essentieel dat een gevalideerd instrument wordt ontwikkeld dat inzicht geeft in het werkfunctioneren (*deelstudie I*).

De ontwikkeling in de richting van een bredere BGZ weerspiegelt zich ook in de toenemende aandacht voor duurzame inzetbaarheid en mentale vitaliteit, niet alleen in de wetenschap, maar ook in het bedrijfsleven.⁷ Bedrijven hebben niet langer 'gezonde' werknemers nodig, die vrij van klachten en stoornissen zijn maar 'bevlogen' werknemers, die gemotiveerd, proactief, enthousiast en creatief zijn.⁸ De vraag die zich daarbij voordoet is welke interventies optimaal functioneren en mentale vitaliteit bevorderen (*deelstudie A*).

Drie ontwikkelingen zijn van invloed op de preventieve bedrijfsgezondheidszorg:

1. Veranderingen in inhoud en thematiek door demografische, economische en technologische ontwikkelingen en nieuwe wetenschappelijke inzichten.
2. Veranderingen in verhoudingen tussen arbeidsorganisaties, werknemers en professionals.
3. Veranderingen in de manier van werken door voortschrijdende wetenschappelijke en professionele inzichten.

Overigens bestaat het gevaar dat het huidige bedrijfsklimaat, dat sterk de nadruk legt op motivatie, betrokkenheid en prestatie, bij bepaalde werknemers de tendens tot werkverslaving versterkt.⁹ Dit wordt nog eens in de hand gewerkt door ontwikkelingen op het vlak van ICT die het mogelijk maken om overal en altijd te werken. Het is dus van belang dat werkverslaving of workaholisme – met alle negatieve gevolgen van dien – snel wordt opgespoord en zo mogelijk wordt voorkomen (*deelstudie C*).

Naast mentale vitaliteit is ook de belangstelling voor fysieke vitaliteit toegenomen, vooral bij zorg- en inkomensverzekeraars maar ook bij bedrijven. Het gaat daarbij om Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning (BRAVO) en het aanbieden van daarop gerichte *lifestyle*-programma's in de bedrijfscontext. Een belangrijke vraag daarbij is in hoeverre dergelijke programma's (kosten)effectief zijn (*deelstudie F*). Momenteel wordt een onderzoeksproject over preventie van overgewicht afgerond. Deze deelstudie L is later van start gegaan en is derhalve nog niet afgerond.

Een geheel nieuwe thematiek in de BGZ houdt verband met de snel groeiende kennis over de genetische predispositie voor gezondheidsschade door het werk.¹⁰ Bij de toepassing van deze kennis doen zich een aantal ethische, en mogelijk ook juridische, dilemma's voor. Bij wijze van voorbeeld is daarom onderzocht hoe de preventie van werkgerelateerd contacteczeem als gevolg van blootstelling aan huidirriterende stoffen én een verhoogde kwetsbaarheid door mutaties in het filaggrine gen, verbeterd kan worden door gebruik te maken van genetische screening (*deelstudie G*).

VERANDERINGEN IN VERHOUDINGEN TUSSEN ARBEIDSORGANISATIES, WERKNEMERS EN PROFESSIONALS

Uit veel van de bovenstaande ontwikkelingen is af te leiden dat de BGZ en het HRM steeds meer naar elkaar toe groeien. Werd er vroeger vanwege de gerichtheid op (fysieke) risico's vooral samengewerkt met arbeidshygiënist, milieukundigen, veiligheidskundigen, ergonomen en technische afdelingen, de huidige BGZ richt zich veel sterker dan vroeger op psychische klachten, psychosociale risico's en op inzetbaarheid, waardoor samenwerking met HRM meer voor de hand ligt. Traditioneel houdt HRM zich bezig met de loopbaan, motivatie, satisfactie en prestatie van werknemers. Het zijn precies deze thema's die in het vizier komen wanneer de gezondheid van werknemers niet in negatieve- maar in positieve zin wordt gedefinieerd, namelijk als optimale prestatie en participatie (*deelstudies A en E*). Tevens is HRM van belang als het gaat om samenwerking van arboprofessionals met bedrijven, met name bij psychische problemen (*deelstudies C en D*), knelpunten rond werkfunctioneren (*deelstudie D en I*) of duurzame werkhervatting (*deelstudie J*) en bij vraagstukken die voorkomen bij specifieke groepen werknemers zoals jongeren (*deelstudie B*) en chronisch zieken (*deelstudie H*).

De verantwoordelijkheid voor gezondheid en inzetbaarheid verschuift van de professional (als expert) naar de werknemer en werkgever (als direct belanghebbenden). Vandaar dat in het onderhavige onderzoeksprogramma veel aandacht is besteed aan empowerment van werknemers (deelprojecten A, B, D, F, H, J, K), bijvoorbeeld in de vorm van online interventies, die onafhankelijk van tijd en plaats en naar eigen keuze kunnen worden gevolgd.

VERANDERDE MANIER VAN WERKEN DOOR PROFESSIONALS

De traditionele aandacht in de sociale zekerheid voor compensatie en reparatie verschuift steeds meer in de richting van preventie en participatie. Dit mede in verband met een brede socioculturele ontwikkeling die samenhangt met een hoger opleidingsniveau, een betere informatievoorziening en (daardoor) een streven naar meer mondigheid en zeggenschap. Dat betekent voor de BGZ dat de rol van de professionals verschuift van de 'alwetende reparateur' naar de 'meedenkende adviseur'. Door het accent te leggen op empowerment en verantwoordelijkheid voor werknemers en leidinggevend (werkgevers, HRM) draagt het onderzoeksprogramma aan

deze ontwikkeling bij (bijna alle deelprojecten). Dit betekent echter niet dat de professional overbodig wordt en dat de werknemer en de leidinggevende het voortaan zelf maar moeten oplossen. Omdat de werknemer en het bedrijf beter zijn geïnformeerd (opleiding, internet) komt de dienstverlening als het ware op een hoger plan te staan. Dit vereist een goede kennisinfrastructuur, zoals in de vorm van kennisnetwerken, waardoor niet alleen professionals maar ook werknemers en leidinggevend (en) snel en efficiënt betrouwbare informatie kunnen verzamelen (*deelstudie K*). Nieuw is de nadruk op de grote voordelen van een nauwe betrokkenheid van werknemers, leidinggevend (en) HRM bij het ontwikkelen van nieuwe instrumenten voor de BGZ (*deelstudies D, G, H, I, K*).

In de hedendaagse BGZ wordt een tweesporen-aanpak gevolgd waarbij gelijktijdig aan klachtenreductie én aan werkhervatting wordt gewerkt (zie bijvoorbeeld de NVAB richtlijnen, <http://nvab.artsennet.nl/Richtlijnen.htm>). Echter, het blijkt dat 20% van de werknemers die verzuimd hebben wegens psychische problemen, na volledige werkhervatting weer opnieuw gaat verzuimen.¹¹ Daarom is het van groot belang dat er een interventieprogramma voor duurzame werkhervatting beschikbaar komt (*deelstudie J*).

Een tweesporen-aanpak impliceert voorts dat de werksituatie in de BGZ nog centraler komt te staan dan voorheen, bijvoorbeeld in het kader van Integraal Gezondheidsmanagement.⁸ Daarmee verschuift het accent van secundaire preventie naar *health promotion* (*deelstudies A, F, L*), nog een reden waarom in het onderzoeksprogramma veel aandacht is voor samenwerking met HRM.

Tenslotte komt een steeds zwaarder accent te liggen op het zichtbaar maken van de toegevoegde waarde van de BGZ in termen van kwaliteit, kosteneffectiviteit en efficiency. Er komen steeds meer *evidence-based* richtlijnen en protocollen in de geneeskunde en psychologie gericht op behandeling en re-integratie (zie bijvoorbeeld: http://www.artsennet.nl/Richtlijnen/Per-organisatie/richtlijnen_CBO.htm). Omdat de preventieve BGZ achterop dreigt te raken is het onderzoeksprogramma expliciet gericht op de evaluatie van de effecten van preventieve maatregelen (*deelstudies A, B, C, D, E, F, I, J*).

VERVOLG

De belangrijkste bevindingen uit de deelstudies, zoals schematisch weergegeven in tabel 1, worden in een volgend nummer van TBV besproken.

LITERATUUR

4. NIVEL: Nationaal panel chronisch zieken engagement gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2013, <http://www.nivel.nl/nationaal-panel-chronisch-zieken-en-gehandicapten>.
5. Rijken M, Spreeuwenberg P, Schippers J, et al. The importance of illness duration, age at diagnosis and the year of diagnosis for labour participation chances of people with chronic illness: results of a nationwide panel-study in the Netherlands. *BMC Public Health* 2013; 13: 803.
6. Steenstra IA, Beek AJ van der, Frings-Dresen MHW, et al. Onderzoek en ontwikkeling in de Arbeidsgeneeskunde, recente bevindingen en voorstellen voor de toekomst. Rapport. Amsterdam: Coronel Instituut, AMC & Afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO Instituut, VUmc, 2006.
7. Houtman I, Jonge J de. De epidemiologie van werkgerelateerde psychische aandoeningen en klachten. In Schaufeli WB and Bakker AB (Red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (pp. 235-250). Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013.
8. Rhenen W van, Schaufeli WB. Positieve bedrijfsgezondheidszorg. Een nieuw domein voor de moderne bedrijfsarts? *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd* 2010; 18: 413-417.
9. Nieuwenhuijsen K, Franche RL, Dijk FJ van. Work functioning measurement: tools for occupational mental health research. *J Occup Environ Med* 2010; 52: 78-90.
10. Schaufeli WB, Salanova M. Enhancing work engagement through the management of human resources. In Näswall K, Sverke M, Hellgren J. (Eds.), *The individual in the changing working life* (pp. 380-404). Cambridge: Cambridge University Press. 2008.
11. Zwetsloot G, Pot F. The business value of health management. *Journal of Business Ethics*, 2004; 55: 115-124.
12. Andreassen CS. Workaholism: An overview and current status of the research. *J. Behav. Addict*, 2014; 3: 1-11.
13. Rischitelli DG, Berman F, McCauley LA. Occupational and environmental health in the 21st century: the new frontier in genetics and disease prevention. *AAOHN J*, 2005; 53: 522-828.
14. Koopmans PC, Roelen CA, Groothof JW. Sickness absence due to depressive symptoms. *Int Arch Occup Environ Health* 2008; 8: 711-719.

REFERAAT

Oudere werknemers hebben niet meer ongevallen en claimen niet meer dan jongeren

Age-related injury and compensation claim rates in heavy industry.

Guest M, Boggess MM, Viljoen DA, Duke JM, Culvern CN. *Occup Med*. 2014; 64(2): 95-103.

Bij werkgevers heerst de opvatting dat oudere werknemers door vermindering van de lichaamskrachten meer ongevallen krijgen en vaker claims indienen. Dit weerhoudt werknemers ouderen in dienst te nemen c.q. te houden. Maar claimen ouderen meer dan jongeren? Dit is de vraagstelling van deze Australische studie. Deze vraag is relevant omdat de overheid wenst dat ouderen zo lang mogelijk aan de slag blijven. Bovendien is de pensioenleeftijd verhoogd.

Deze publicatie betreft een bedrijfsgeneeskundige studie bij een aluminiumgieterij, met veel zwaar werk. De bedrijfsgeneeskundige gegevens van 709 mannelijke werknemers in de periode 1997-2005 vormden de basis voor het onderzoek. Hierbij bekeek men hoeveel bedrijfsongevallen in die periode bij deze studiegroep voorkwamen, wat de aard en de ernst van het ongeval was, wat de invloed op de arbeidsgeschiktheid is en of claims waren ingediend. Alle leeftijdsklassen waren in dit cohort vertegenwoordigd. Wel noteerde men een veroudering bij dit cohort, in het begin (1997) waren 6% van de werknemers 50+ en aan het einde (2005) 33%. De ernst van de aandoe-

ning werd geïnclassificeerd als respectievelijk: FAI: alleen eerste hulp nodig (First Aid Injury), MTI: medische behandeling nodig (Medical Treatment Injury), LT: tijdsverlies (Lost Time) en RD: aangepaste werkzaamheden zonder tijdverlies (Restriction of Duties). Vooral de oorzaak en hoogte van de claims werden geanalyseerd.

Tijdens de onderzoeksperiode kwamen 2281 letsels voor. Daarvan waren 86% van FAI-type, 8% van het MTI-type en de overige van het LT-type en het DR-type. Claims (446) werden vooral toegerekend bij biomechanische letsels door overbelasting van spier, pees en/of gewricht (sprains and strains) (75%) en verbrandingen (5%). Voorts nog oogletsels door penetrerende slijpdeeltjes, contusies, huidaandoeningen (dermatitis), fractures etc. Brandwonden kwamen vooral voor bij de jongeren. Bij ouderen (die aan spierkracht inboeten) waren er meer spier/pees-letsels. Werden de claims globaal geanalyseerd dan waren de verschillen tussen de verschillende leeftijdsgroepen niet zo groot, met uitzondering dat de groep 20-30 jaar de meeste brandwonden opliepen.

Deze studie weerlegt dat ouderen vaker claimen voor ongevallen; de groep met de meeste letsels zijn juist jongeren. Jongeren herstellen echter wel snel van hun verwondingen. Wanneer ouderen