

Arbeid

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.tno.nl

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94
info-arbeid@tno.nl

TNO-rapport

KvL/Kennis/2006.22398/031.11057/Zwe/hap
Doorontwikkeling Integraal Gezondheids
Management

Evaluatie Pilotprojecten

Datum	4 december 2006
Auteur(s)	Gerard Zwetsloot, Rob Gründemann, Arjella van Scheppingen (allen TNO) en Francel Vos (NIGZ). m.m.v. Cyril Moonen, Pim Piek en Henja Treur (TNO)
Projectnummer	031.11057/01.01
Aantal pagina's	58 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	2

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2006 TNO



Inhoudsopgave

1	Samenvatting.....	3
2	Inleiding.....	9
3	De centrale vraagstelling.....	11
4	Materiaal en methode.....	13
4.1	Materiaal.....	13
4.2	Methode.....	15
5	Korte beschrijving van de pilotprojecten	19
5.1	Ministerie VWS.....	19
5.2	Ministerie OCW.....	23
5.3	Arbo Unie	26
5.4	Waterland Ziekenhuis (WLZ).....	29
6	Sterke en zwakke punten van de methodiek, per fase	35
6.1	Fase 0, de interesse voor IGM bij het werven van pilots.....	35
6.2	Fase 1: Voorbereiding: Opstellen startnotitie, communicatieplan.....	37
6.3	Fase 2: Starten met IGM.....	38
6.4	Fase 3: Het opstellen van het plan van aanpak	39
6.5	Fase 4: Implementeren (doen), het uitvoeren van het plan van aanpak	40
6.6	Fase 5: Het evalueren en bijstellen van IGM activiteiten	41
7	Beantwoording van concrete onderzoeksvragen.....	43
7.1	Spreekt de methodiek managers en medewerkers aan?	43
7.2	Is de methodiek zelfstandig te gebruiken?.....	44
7.3	Is de methodiek geschikt voor het strategische verankeren van IGM?.....	45
7.4	Op welke punten behoeft de IGM methodiek aanpassing of aanvulling?.....	46
7.5	Op welke punten behoeft het IGM concept aanpassing of aanvulling?.....	48
8	Conclusies ten aanzien van de hoofdvraag	51
8.1	Voortschrijdend inzicht vanuit parallele ontwikkelingen	51
8.2	Waarde en perspectieven van IGM methodiek en concept.....	52
8.3	Beperkingen van de pilotstudies	54
9	Referenties en aanbevolen literatuur	55

Bijlage(n)

A Bijlage 1. Schema voor vastleggen gegevens pilots IGM (per fase)

B Bijlage 2: Twee voorbeelden van praktische, inspirerende aanpakken

1 Samenvatting

De evaluatie van het pilotproject Ingraal Gezondheids Management (IGM) bouwt voort op de definitiestudie en methodiekontwikkeling IGM uit 2002-2003. IGM werd daarbij gedefinieerd als het systematisch managen van de effecten van bedrijfseffecten op de (volks)gezondheid (inclusief de gezondheid van medewerkers), met het doel de gezondheid van mens en bedrijf te bevorderen.

De IGM methodiek omvat zowel een planmatige aanpak, als een meer pragmatische lijn. Bedrijven worden ondersteund om zich te ontwikkelen volgens zeven ontwikkelingslijnen: gezondheid als strategisch issue, een gezond primair proces, gezonde fysieke werkomgeving, een gezonde sociale werkomgeving, gezonde/vitale mensen, een gezonde relatie met de directe leefomgeving en gezonde producten en diensten. De planmatige aanpak van de methodiek bestaat globaal uit 5 stappen:

1. Voorbereiding: startnotitie en communicatieplan
2. Starten met IGM
3. Het opstellen van een plan van aanpak
4. Implementeren (doen): het uitvoeren van een plan van aanpak
5. het evalueren en bijstellen van IGM activiteiten.

De pilotprojecten waren bedoeld om IGM methodiek en concept in de praktijk te testen en om vast te stellen of deze bijstelling behoeven. De werving van pilotorganisaties verliep nogal moeizaam, maar uiteindelijk waren vier organisaties bereid deel te nemen: het ministerie van VWS, het ministerie van OCW, de Arbo Unie en het Waterlandziekenhuis. Deze organisaties zijn door adviseurs van TNO en/of NIGZ begeleid om IGM te implementeren en de methodiek toe te passen. Daarnaast heeft een leernetwerk gefunctioneerd, waarin naast de deelnemende bedrijven, adviseurs/onderzoekers van TNO en NIGZ en enkele beleidsmedewerkers van VWS en SZW hebben deelgenomen.

Het pilotonderzoek is uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven – Arbeid en NIGZ Werk & Gezondheid.

De centrale vraagstelling daarbij was: *In hoeverre is de IGM methodiek geschikt om IGM te implementeren, en in hoeverre behoeft het IGM concept daarbij aanpassing?*

Deze centrale vraagstelling wordt beantwoord aan de hand van een vijftal meer concrete onderzoeksvragen. De gevonden antwoorden worden hieronder beknopt samengevat.

Spreekt de IGM methodiek managers en medewerkers aan?

Voor managers moet de toegevoegde waarde van het investeren in gezondheid helder zijn. Loutere gezondheidswinsten zijn daarvoor veelal onvoldoende. Voor managers blijkt het vooral te gaan om de impact van gezondheid op de bedrijfsvoering. In de methodiek en in de definitie van IGM is hier nog te weinig aandacht voor.

Het IGM concept blijkt voor medewerkers tamelijk abstract. Dat spreekt niet iedereen aan. Ook is er vaak geen directe associatie met de mentale gezondheid welzijn. Het concept zou aansprekender worden indien de persoonlijke waarde van gezondheid (bijvoorbeeld in termen van onafhankelijkheid, zelfstandigheid, het vermogen tot

duurzaam verwerven van inkomsten en de betekenis voor het privé leven) benut zou worden.

Is de methodiek zelfstandig te gebruiken?

Bewustzijn en betrokkenheid bij gezondheid vanuit eerdere initiatieven, ervaring met andere managementsystemen, en de bedrijfscultuur zijn hierop van invloed. Veel hangt af van het commitment van het management en de capaciteiten en “ruimte” van de interne ‘IGM trekker’. De huidige methodiek is nog te weinig praktisch. Praktische voorbeelden en een trainingsprogramma voor sleutelpersonen kunnen het gemakkelijker maken zelfstandig met IGM aan de slag te gaan.

Is de methodiek geschikt voor het strategisch verankeren van IGM?

Uit de pilots blijkt dat IGM een meerwaarde kan hebben bij het realiseren van strategisch verankerd gezondheidmanagement en het structureren van gezondheidsinitiatieven binnen de organisatie. Dit gaat echter niet vanzelf. De strategische verankering is in twee pilots (Arbo Unie en Waterland Ziekenhuis) duidelijk aanwezig omdat men het ziet als een versterking van de kernactiviteiten van de organisatie. Bij de twee andere pilots is die verankering veel minder gerealiseerd: in de praktijk bleek het lastig om dit in alle gevallen daadwerkelijk gestalte te geven. Omdat de uitgangssituaties sterk verschillend waren, is de vraag wat de IGM pilots op dit punt hebben bijgedragen niet eenduidig te beantwoorden.

Op welke punten behoeft de IGM methodiek aanpassing of aanvulling?

Voor de implementatie van IGM is commitment, actieve persoonlijke betrokkenheid, van de top van een organisatie van belang. Uitbreiding van de IGM methodiek met een interactieve “business case” aanpak waarin de toegevoegde waarde van IGM voor de organisatie in dialoog wordt vastgesteld wordt daarom zinvol geacht.

Naast de planmatige systeembenadering is er behoefte aan een breder repertoire aan strategieën om IGM in te voeren. Met name het versterken van leiderschap en verandering van de cultuur kunnen hierbij belangrijk zijn. Aanvullen van de IGM instrumenten in de huidige “toolbox” met dergelijke benaderingen is zinvol.

De pragmatische lijn van de IGM methodiek kan beter worden ondersteund met voorbeelden en instrumenten. Ook doorontwikkeling van de IGM-meter naar een instrument dat betrouwbaar én gebruiksvriendelijk is, is wenselijk.

Een aantal bedrijven zoekt ten aanzien van gezondheid de verbinding met andere managementsystemen zoals de Balanced Score Card of het INK model. De toolbox bevat momenteel geen specifieke instrumenten om die aansluiting te vergemakkelijken.

Het ontwikkelen van methoden voor inbedding van gezondheidsmanagement in de stuurmechanismen van de organisatie is echter wel essentieel voor de strategische verankering van IGM.

De wisselwerking tussen bottom-up en top down benaderingen is van belang gebleken. Methoden voor een bottom-up benadering zouden een welkome aanvulling op de methodiek zijn. Ook de afstemming van top-down en bottom-up initiatieven zou kunnen worden ondersteund.

Binnen de methodiek kan een beter onderscheid gemaakt worden in het formuleren van gezondheidsbeleid (op organisatieniveau –vooral de strategische lijn van IGM) en een

gezondheidsprogramma/plan (eventueel in te vullen op afdelingsniveau – de andere ontwikkelingslijnen van IGM).

Op welke punten behoeft het IGM concept aanpassing of aanvulling?

Het is gebleken dat de impact van gezondheid op de bedrijfsvoering zeer belangrijk is voor actieve betrokkenheid van managers. In de gebruikte definitie van IGM komt die relatie niet expliciet voor. Daarom wordt voorgesteld de definitie van IGM in deze zin bij te stellen.

Formele definitie 2006: Integraal Gezondheids Management is het systematisch managen van de wisselwerking tussen de bedrijfsactiviteiten en de (volks)gezondheid (inclusief de gezondheid van de medewerkers), met het doel de gezondheid van mens en bedrijf te bevorderen.

Een praktische definitie is:

Van IGM is sprake wanneer binnen een organisatie waar actieve aandacht is voor de gezondheid van de medewerkers en de stakeholders van de organisatie, op een manier dat dit bijdraagt aan een goede bedrijfsvoering.

In de uitwerking van IGM zijn zeven ontwikkelingslijnen onderscheiden. Er is geen reden om aan het belang van ieder van de zeven lijnen te twijfelen.

In de pilots hebben de *concrete* activiteiten zich echter doorgaans geconcentreerd op enkele lijnen die men verder wilde ontwikkelen. De nadruk hierbij verschilde per organisatie, maar het beter structureren van de verschillende gezondheidsinitiatieven was daarbij een gemeenschappelijke prioriteit.

De twee extern gerichte lijnen speelden op strategisch niveau een grote rol (drie van de vier pilotorganisaties zagen daarin veel toegevoegde waarde van IGM). Maar binnen de pilots heeft dit (nog?) niet geleid tot concrete activiteiten om deze lijnen te versterken (hierbij speelde de gedachte dat men het eerst intern goed geregeld wilde hebben alvorens naar buiten te treden een rol).

Het onderzoeksteam is van mening dat een brede benadering zinvol is voor het scheppen van een denkkader voor IGM. De inhoud van de diverse ontwikkelingslijnen is echter voor de gebruikers niet vanzelfsprekend en leidde soms tot verwarring bij de gebruikers. Een betere omschrijving van de lijnen en actieve communicatie omtrent de inhoudelijke aspecten daarvan is gewenst. Dit kan worden gekoppeld aan het gebruik van een (bijgestelde) de IGM-meter.

Na deze concrete onderzoeksvragen te hebben beantwoord, kan een antwoord worden geformuleerd op de hoofdvraag van het onderzoek:

In hoeverre is de IGM methodiek geschikt om IGM te implementeren, en in hoeverre behoeft het IGM concept daarbij aanpassing?

De waarde van het IGM concept

Hierboven is reeds aangegeven op welke punten methodiek en concept aanpassing of aanvulling behoeven. Het is zinvol de genoemde mogelijkheden voor verbetering van de methodiek te benutten, teneinde concept en methodiek meer power te geven.

Op grond van een 30 november 2005 georganiseerde “stakeholdersbijeenkomst IGM”, waar ca 35 stakeholders aan deelnamen (vertegenwoordigers van individuele bedrijven, maar ook van diverse typen dienstverleners), werden door TNO een vijftal belangrijke trends en ontwikkelingen met betrekking tot IGM vastgesteld.

1. Impact op bedrijfsvoering en innovativiteit wordt steeds belangrijker
2. De Nederlandse context is veranderd
3. Implementatie en borgingsstrategieën vragen expliciete aandacht
4. Concrete issues genereren aandacht, en
5. Ethische dilemma's zijn aan de orde.

In het licht van bovenstaande ontwikkelingen, en ook op basis van kennis over ontwikkelingen in een aantal landen om ons heen (Duitsland, Zweden, Finland, Verenigde Staten) – waarover hier niet verder zal worden uitgewijd, komen wij tot de conclusie dat het IGM concept – op basis van de aangepaste definitie - alleszins actueel is. Het concept is echter primair een strategisch concept. Het is daarom minder geschikt als communicatie label. We zien dat diverse bedrijven naar hun werknemers en/of stakeholders een simpeler label gebruiken, zoals “de vitale organisatie”.

Perspectieven voor IGM

Een belangrijke hoofdconclusie van de IGM pilots is dat het steeds om een ontwikkelingsproces gaat. Gezondheid en vitaliteit kunnen mensen sterk aanspreken, zeker wanneer het op henzelf betrekking heeft. Het raakt immers belangrijke menselijke waarden. De IGM methodiek zoals tijdens de pilots werd uitgetest, is – afgezien van de pragmatische lijn – sterk planmatig – en daarmee rationeel opgezet. Een impliciete aanname lijkt te zijn geweest, dat hiermee IGM als “product” was gedefinieerd, waarbij de pilots waren bedoeld om na te gaan of dit product voldoende aansloeg, en waar het eventuele aanpassing behoeft. Dit is een te simpel uitgangspunt geweest.

Zowel in de pilots als andere projecten die door TNO en NIGZ op dit vlak zijn uitgevoerd, kwam steeds maar weer het *proceskarakter* naar boven. Het implementeren van IGM vraagt daarbij om een proces waarin actieve IGM sleutelpersonen die in de organisatie worden aangesproken en “empowered”. Omdat er een grote variatie is in de aard van bedrijven en zowel bewustzijn, betrokkenheid en mogelijkheid van de betrokken sleutelpersonen is het waarschijnlijk een illusie om te denken dat één (standaard) methodiek zal kunnen volstaan om alle bedrijven en betrokkenen aan te spreken en te ondersteunen. De exacte aard van het ontwikkelingstraject zal mede afhankelijk zijn van de gezondheidsactiviteiten tot dan toe, de aard van de belangrijkste gezondheidsproblematiek in het bedrijf, de zichtbaarheid of onzichtbaarheid van de impact van gezondheid op de bedrijfsvoering en van de bedrijfscultuur.

In plaats van één (standaard) methodiek is er daarom veeleer behoefte aan een range van methodieken en instrumenten die kunnen worden toegepast. Bedrijven (en hun adviseurs) kunnen dan uit de range van methodieken datgene kiezen at voor een bepaalde organisatie zinvol is. Qua prioriteiten voor de aanvulling van de huidige “toolbox” zijn in paragraaf 6.4 ondermeer genoemd: een business case aanpak¹, een

¹ TNO is in 2004 reeds gestart met de ontwikkeling van een business case aanpak – deze was/is echter nog niet geïntegreerd in de in de pilots uitgeteste IGM methodiek

cultuur aanpak² en ook het directer aanspreken van betrokkenen op hun persoonlijke betrokkenheid met betrekking tot gezondheid (van zichzelf en van anderen)³.

Beperkingen van deze studie

Al met al zijn de pilotprojecten leerzaam geweest, maar geen doorslaand succes. Reeds de fase van werving van pilotorganisaties verliep moeizamer dan verwacht. Ook het verdere verloop van de pilots liep in een aantal gevallen nogal traag. Vanuit onderzoeksmatig oogpunt maakt dit de IGM pilots overigens niet minder interessant. Zoals vaker, valt er veel meer te leren uit iets wat niet volgens de verwachting verloopt, dan uit interventies die wel volgens verwachting verlopen (en daardoor wellicht een groter succes lijken).

De gezondheidkundige en bedrijfskundige effecten van de IGM methodiek konden in de pilotstudies niet of nauwelijks worden vastgesteld (wel in plannen, maar niet of nauwelijks in feitelijke realisatie binnen de termijn van de pilots). Voor de toekomst zijn effectstudies daarom van groot belang.

Voor de toekomst is het stimuleren van IGM, en van het feitelijk gebruik van de IGM methodiek en instrumenten van belang (mainstreaming). Daarbij is ook een herkenbaar kenniscentrum (met website) wenselijk. Er is echter meer kennisontwikkeling nodig, alvorens de fase van “mainstreaming” kan worden bereikt. Naast ontwikkeling van aanvullende methodieken en tools zijn op termijn vooral de effectstudies en evaluaties van belang.

² TNO is in 2006 gestart met een cultuuraanpak IGM. De verwachting is dat deze binnenkort zal kunnen worden uitgetest.

³ In enkele adviestrajecten heeft TNO hiermee geëxperimenteerd- met goede resultaten. Dit laat zich echter lastig in een “methodiek” vastleggen.

2 Inleiding

In de periode 2002-2003 is door TNO Arbeid en NIGZ-Werk & Gezondheid een ontwikkelingsproject Integraal Gezondheids Management (IGM) uitgevoerd. Dat project omvatte zowel een definitiestudie als een methodiekontwikkeling.

Het IGM concept

In de definitiestudie is IGM gedefinieerd als het systematisch managen van de effecten van de bedrijfsactiviteiten op de (volks)gezondheid (inclusief de gezondheid van de medewerkers), met het doel de gezondheid van mens en bedrijf te bevorderen.

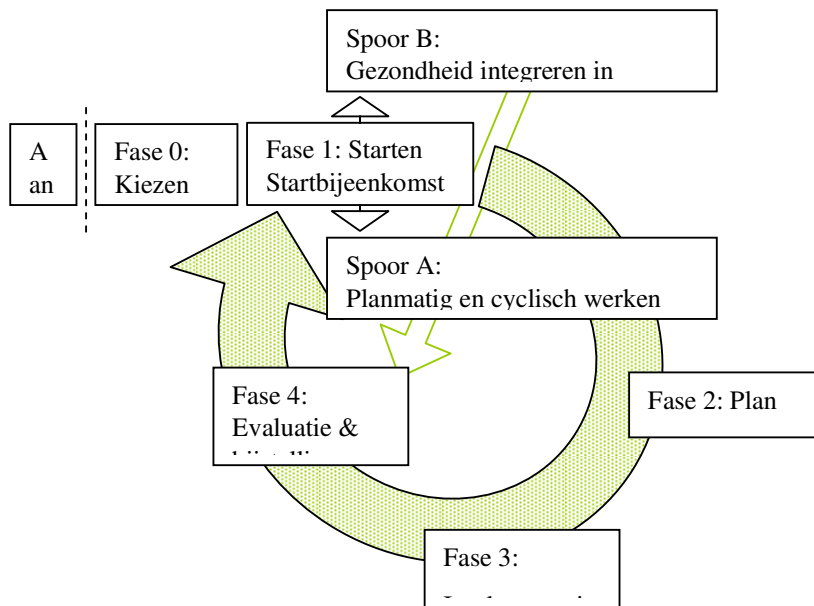
IGM is geen product dat kan worden ingekocht, of dat met een eenmalige actie is te verwezenlijken. Het is een proces en verdient voortdurend de aandacht. Het moet zich binnen bedrijven ontwikkelen. Daarbij zal de aandacht verschuiven van fixatie op ongewenste output (zoals ziekte en uitval van personeel), via processen die daar toe leiden, naar de gezondheid van de organisatie. Binnen IGM wordt een zevental lijnen onderscheiden. Het is overigens niet de bedoeling deze lijnen ook daadwerkelijk te scheiden, juist in samenhang zullen zij een sterke meerwaarde opleveren: Deze zeven inhoudelijke lijnen zijn:

- Gezondheid als strategisch item
- Het inrichten van een zo gezond mogelijk primair proces
- Een gezonde fysieke (werk)omgeving
- Een gezonde sociale (werk)omgeving
- Actieve en gezonde mensen
- Gezonde relatie met de directe leefomgeving
- Gezonde producten en/of diensten.

De methodiek in ontwikkeling

Naast het uitwerken van het concept is in 2003 een methodiek ontwikkeld. De IGM methodiek is in eerste instantie ontwikkeld voor gebruik door grotere arbeidsorganisaties.

De methodiek bestaat uit een planmatige aanpak, aangevuld met meer pragmatische lijn (kansen die zich voordoen benutten, zaken die zich voordoen niet negeren).



Kenmerkend voor de IGM methodiek is de strategische insteek. De strategische doelstellingen en organisatieontwikkeling vormen gezamenlijk met de ambities van de organisatie voor het gezondheidsbeleid het uitgangspunt voor de te formuleren gezondheidsinitiatieven. De organisatie (het management) maakt zelf keuzes voor de te nemen gezondheidsinitiatieven.

De methodiek bestaat globaal uit 5 stappen:

1. Voorbereiding: Opstellen startnotitie, communicatieplan
2. Starten met IGM
3. Het opstellen van het plan van aanpak
4. Implementeren (doen): het uitvoeren van het plan van aanpak
5. Het evalueren en bijstellen van de IGM activiteiten.

Voor elk van de stappen is een beperkte set tools ontwikkeld.

De status van de IGM methodiek bij de aanvang van de pilotprojecten was: die van een methodiek in ontwikkeling. De methode was nog niet in de praktijk getest.

De pilotprojecten IGM zijn juist bedoeld om in deze lacune te voorzien, om zo te komen tot een methodologie die in de praktijk zijn meerwaarde heeft bewezen.

3 De centrale vraagstelling

Het centrale idee achter de pilotprojecten was om zowel de IGM methodiek als het concept IGM in de praktijk te toetsen en op basis van de verkregen ervaringen, waar nodig bij te stellen.

Daarnaast was het wenselijk inzicht te krijgen in de effecten van het werken met de IGM methodiek: in hoeverre worden de verwachtingen met betrekking tot de IGM methodiek in de pilotorganisaties waargemaakt middels gerealiseerde opbrengsten? Een derde punt van belang was inzicht te verkrijgen in die factoren die maken dat er in arbeidsorganisaties enthousiasme voor IGM ontstaat. Een belangrijk punt is ten slotte het borgen van de IGM activiteiten. De pilots zouden kunnen uitwijzen wat er voor nodig is om IGM een vanzelfsprekend onderdeel van het bedrijfsbeleid te maken.

De centrale vraagstelling van de pilotprojecten luidde als volgt:

In hoeverre is de IGM methodiek geschikt om IGM te implementeren, en in hoeverre behoeft het IGM concept aanpassing?

Vragen die hieruit volgen zijn:

1. Spreekt de methodiek het management en ook de medewerkers aan?
2. Is de methodiek zelfstandig te gebruiken binnen het bedrijf?
3. In hoeverre voldoet de huidige IGM Methodiek voor het strategisch verankeren van gezondheidsmanagement?
4. Op welke punten behoeft de IGM Methodiek aanpassing en/of aanvulling?
5. Op welke punten behoeft het IGM concept aanpassing en/of aanvulling?

In hoofdstuk 4 wordt het gebruikte materiaal en de onderzoeksmethode beschreven.

In de hoofdstukken 5 en 6 worden eerst de belangrijkste observaties weergegeven. In hoofdstuk 5 door een beschrijving van ieder van de pilotprojecten, in hoofdstuk 6 door de bevindingen per fase van de methodiek weer te geven. Lezers die alleen in de conclusies zijn geïnteresseerd, kunnen deze hoofdstukken eventueel overslaan.

In hoofdstuk 7 worden dan de vijf concrete vragen beantwoord, terwijl de hoofdconclusie, en enkele beschouwingen over de implicaties van dit onderzoek zijn te vinden in hoofdstuk 8.

De opzet was om aan de hand van een aantal pilotprojecten concept en methodiek in de praktijk te testen, en op systematische wijze materiaal te verzamelen om de genoemde vragen te kunnen beantwoorden.

De pilotorganisaties zijn door TNO en/of NIGZ begeleid bij de invoering van IGM. De hiermee verbonden kosten werden door de pilotbedrijven bekostigd, terwijl het evaluatieonderzoek, dat eveneens door TNO en NIGZ werd uitgevoerd uit andere bronnen (Doelfinanciering TNO, ZON gelden) werd gefinancierd, en dus niet ten laste van de deelnemende pilotorganisaties werd gebracht.

4 Materiaal en methode

4.1 Materiaal

In dit deel wordt kort beschreven hoe tot de (selectie van) vier pilotorganisaties is gekomen (procedure, criteria).

Diverse organisaties zijn direct door TNO en door NIGZ benaderd om aan de pilotprojecten deel te nemen. Daarnaast is er door beide organisaties algemene publiciteit verzorgd over het concept IGM en de methodiek in ontwikkeling. In die publicaties werden bedrijven uitgenodigd om, indien zij belangstelling voor IGM hadden, contact op te nemen over eventuele deelname aan de IGM pilots.

De geplande pilotprojecten hadden de volgende generieke kenmerken:

1. Arbeidsorganisaties gaan met concept en methodiek IGM aan de slag.
2. Onderzoekers/adviseurs van TNO en/of NIGZ begeleiden de pilotorganisaties, en brengen tevens de ervaringen van deze organisaties systematisch in kaart.
3. Op basis van de ervaringen in de diverse pilotorganisaties kunnen de sterktes en zwaktes van de methodiek worden vastgesteld, en
4. Kan worden vastgesteld op welke punten de IGM methodiek en concept aan gepassing of aanvulling behoeven.
5. Tenslotte was voorzien in het opzetten en functioneren van een “leernetwerk IGM” waarin de deelnemende bedrijven en onderzoekers/adviseurs van TNO en NIGZ de ervaringen met concept en methodiek IGM periodiek zouden kunnen uitwisselen; ook enkele beleidsmedewerkers van de ministeries van VWS en SZW zijn voor deze leernetwerkbijeenkomsten uitgenodigd.

Wat het bij deelname voor organisaties zou betekenen, werd als volgt geformuleerd:

Uw organisatie verplicht zich tot het uitvoeren van een pilotproject (voorjaar 2004 t/m eerste helft van 2006). Een onderdeel van het pilottraject is het ontwikkelen van nieuwe initiatieven met betrekking tot gezondheid (inspanningverplichting). Daarnaast verwachten wij dat uw organisatie:

Alle fasen in het IGM traject zal doorlopen (zie pagina 5 van het document IGM, Methodiek in ontwikkeling).

Tijdens de pilot de IGM instrumenten (zoals opgenomen in bovengenoemd document) zal gebruiken.

De organisatie is bereid om ervaringen te delen met andere pilotorganisaties en is in principe bereid aan de ervaringen met IGM in ruimere kring te (laten) communiceren. Uiteraard zullen TNO en NIGZ hierbij zonnodig vertrouwelijkheid in acht nemen, en te voren overleggen over externe publiciteit (nadere spelregels over externe communicatie zullen in goed overleg worden gemaakt).

De opbrengsten bij deelname aan het IGM-pilotproject, werden als volgt geformuleerd:

- Uw organisatie is een voorloper: behoort tot de eerste gebruikers van het innovatief concept IGM.
- Uw organisatie gaat op een systematische en preventieve wijze het gezondheidsbeleid invullen.
- De huidige afzonderlijke beleidslijnen in uw organisatie met betrekking tot gezondheid worden vanuit eenzelfde strategische perspectief met elkaar verbonden (geïntegreerd) en toegepast. Dit voorkomt suboptimalisatie van individuele deelinitiatieven.
- Uw organisatie gaat op een positieve wijze werken aan arbo, verzuim en re-integratie. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet alleen om beperking van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, maar ook om de bevordering van de gezondheid van de mens en de organisatie.
- Het te ontwikkelen gezondheidsbeleid sluit aan en draagt bij aan de verdere organisatieontwikkeling.
- De methodiek borgt betrokkenheid van diverse actoren in de organisatie bij de gezondheidsinitiatieven. De kennis en toepassing van deze initiatieven blijven daarmee niet beperkt tot de beleidsmakers en/ of het management, maar wordt breed verspreid over de organisatie. Hiermee draagt IGM bij aan het lerend vermogen van de organisatie en het nemen van eigen verantwoordelijkheden voor de gezondheid.
- Tijdens het gehele traject krijgt uw organisatie begeleiding van TNO Arbeid en/ of NIGZ Werk & Gezondheid.
- Daarnaast participeert uw organisatie in het kennisnetwerk van pilotorganisaties, waarin goede praktijken en andere ervaringen worden gedeeld.
- Uw organisatie krijgt gratis publiciteit; u profileert zich als een goede werkgever met betrekking tot gezondheid en een gezonde bedrijfsvoering.

Diverse organisaties die wel belangstelling hadden, vroegen zich af of een dergelijke investering wel gerechtvaardigd was voor een methodiek die zich nog niet in de praktijk had bewezen. Het feit dat Nederland een economisch moeilijke periode doormaakte, versterkte deze houding: veel bedrijven hadden maar zeer beperkt geld voor nieuwe investeringen, en bij iedere investering wilde men zeker zijn van een goede opbrengst. Voor de onderzoekers betekende dit dat hen werd gevraagd een antwoord te geven op de vraag wat een IGM pilot nu voor organisatie X of Y zou opleveren, terwijl het nu juist een doel was van de pilots om daar een antwoord op te kunnen geven. Ook de veelvoorkomende vraag 'wat wordt er nu precies gedaan' tijdens de implementatie van IGM, was in de wervingsfase voor de onderzoekers niet eenvoudig te beantwoorden. Het feit dat de gezondheidsinitiatieven vanuit strategisch organisatiebelang worden geformuleerd, maakt het per definitie maatwerk. IGM is bovendien bij uitstek een aanpak waarbij de organisatie zelf de keuzes maakt voor gezondheidsinitiatieven en (veelal nog belangrijker) het proces doormaakt om tot deze keuzes te komen (IGM is geen concreet product dat kan worden ingekocht).

De genoemde eigen financiële bijdrage van de pilotorganisaties (voor de begeleiding door TNO en/of NIGZ bij de implementatie) bleek een vrij hoge financiële drempel. Wellicht in combinatie met het ontbreken van goede argumenten om de gevraagde investering te rechtvaardigen.

Verder was er ook een aantal organisaties die wel veel in het IGM concept zagen, maar die reeds zelf met verwante initiatieven bezig waren.

Deze organisaties waren dus op zich zeker geïnteresseerd in de verdere ontwikkeling van IGM, maar gaven er de voorkeur aan om zelfstandig verder te bouwen op reeds ingezet beleid (Voorbeelden: de gemeenten Almere, en Roosendaal, AKZO Nobel, Philips CE).

In het algemeen verliep de werving van pilotorganisaties door deze omstandigheden moeizaam en traag. Om tijdig van start te kunnen gaan, werd deels gekozen voor een strategie van 'wie zich meldt en de randvoorwaarden voor deelname accepteert, kan meedoen' (geen verdere selectie).

De financiële drempel voor deelname als pilotorganisatie had helaas tot gevolg dat er uiteindelijk geen bedrijf vanuit de industriële sector heeft meegedaan (hoewel er veel moeite is gedaan om een of meer bedrijven uit de industrie bij de pilots te betrekken).

Uiteindelijk werden vier organisaties bereid gevonden om onder de genoemde voorwaarden als pilotorganisaties te functioneren:

- Het Ministerie van VWS (als werkgever)
- Het Ministerie van OCW
- De Arbo Unie (AU)
- Het Waterland Ziekenhuis (WLZ).

Onmiddellijk valt op dat van deze vier organisaties er een drietal zijn waarvan het primaire proces gerelateerd is aan gezondheid (VWS, AU en WLZ).

4.2 Methode

In dit deel wordt de werkwijze beschreven, die door de onderzoekers is gevolgd.

De IGM methodiek bestaat uit een tweevoudige strategie: een dominante planmatige aanpak en daarnaast een meer pragmatische, flexibele aanpak.

De planmatige aanpak was als volgt gefaseerd:

1. Kiezen voor IGM
 - Opstellen management letter
 - Organiseren aansturing (stuurgroep)
 - Feedback management letter
 - Afspraken communicatie intern.
2. Starten met IGM
 - Voorbereiden en organiseren startbijeenkomst
 - Analyse bestaande situatie met IGM meter
 - Formuleren ambities, tijdschema etc.
 - Bespreking in MT
 - Verantwoordelijkheden op directie/MT niveau regelen.
3. IGM Plan van aanpak en communicatieplan
 - Opstellen Plan van aanpak
 - Invullen ontwikkelingslijnen (SMART)
 - Bespreking plan van aanpak
 - Advies met betrekking tot monitoring van de voortgang

- Feedback sessie naar projectgroep
- Communicatie plan.

4. Implementatie IGM

- Uitvoering plan van aanpak
- Uitvoering communicatieplan
- Projectteam bijeenkomsten (maandelijks)
- Vormgeven pragmatische lijn
- Communicatie naar medewerkers
- Procesbewaking /signaalfunctie.

5. Evaluatie IGM

- Inventarisatie evaluatie gegevens
- Voorbereiding en houden evaluatiebijeenkomst(en)
- Analyse bereikte situatie met IGM meter
- (groeps)interview m.b.t effecten IGM voor organisatie
- Procesbewaking
- Ingaan tweede planningscyclus met bijgestelde plannen.

Overzicht van fasen in de IGM pilots per organisatie				
	VWS	OCW	Arbo Unie	Waterland Ziekenhuis
Kiezen voor IGM	Maart – mei 2004	Maart 2004	Najaar 2004	Najaar 2004
Starten met IGM	Augustus 2004	December 2004 – juni 2005	September 2005	Najaar 2005
IGM plan van aanpak	November 2004	Niet gerealiseerd op 1 april 2006	Per regio, voorjaar 2006	Per afdeling, begin 2006
Implementatie IGM	Eind 2006.	Niet gerealiseerd op 1 april 2006	Niet gerealiseerd op 1 april 2006	Niet gerealiseerd op 1 april 2006
Evaluatie IGM	Nog niet volgens stappen schema; wel per 1-4-2006 uitgevoerd	Nog niet volgens stappen schema; wel per 1-4-2006 uitgevoerd	Nog niet volgens stappen schema; wel per 1-4-2006 uitgevoerd	Nog niet volgens stappen schema; wel per 1-4-2006 uitgevoerd

De pilots Arbo Unie, OCW en het Waterlandziekenhuis werden vanuit TNO of NIGZ door één adviseur begeleid. Om als ontwikkelorganisaties voldoende gemeenschappelijkheid in de begeleiding te bewerkstelligen, werd de pilot bij VWS door twee adviseurs begeleid (één van NIGZ, één van TNO). Gedurende het traject van de pilots vonden bij het NIGZ echter een aantal personele wisselingen plaats: de begeleider van VWS en OCW vanuit NIGZ wisselde daardoor tweemaal gedurende de looptijd van de pilots.

De rol van de TNO of NIGZ adviseurs met betrekking tot de begeleiding van de pilots bestond voornamelijk uit de begeleiding van het proces van ontwikkelingen invoering van IGM in alle doorlopen fasen van de methodiek. Hierbij valt te denken aan het toepassen van diverse tools in de verschillende fasen, het doorspreken van de pilot met de begeleider en medewerkers van de organisatie.

Daarnaast werden de adviseurs gevraagd input te leveren voor deze rapportage. Aan de hand van een beknopte checklist werden de pilot met de betrokkenen van de organisaties geëvalueerd. Dit laatste is per afzonderlijke pilot gebeurd.

Om leerervaringen, ontwikkelingen, inzichten en wensen te kunnen delen en te kunnen netwerken hebben naast de afzonderlijke pilotactiviteiten een aantal leernetwerkbijeenkomsten plaatsgevonden. Hierbij waren aanwezig: pilotdeelnemers, adviseurs van TNO/NIGZ en beleidsmedewerkers van de Ministeries van VWS en SZW. Tijdens de afsluitende bijeenkomst van het leernetwerk er is een evaluatieve bespreking gewijd aan de ervaringen door de pilotorganisaties heen.

De afzonderlijke pilotbeschrijvingen werden door de betrokken TNO/NIGZ adviseurs aangeleverd. De coördinatie van de pilotbeschrijvingen en de eindrapportage is mede uitgevoerd door een adviseur van TNO die niet betrokken was bij de afzonderlijke pilotactiviteiten.

Door de moeizame en trage werving van pilotorganisaties werd het hele project beïnvloed door een trage start, die voor de vier organisaties ook niet synchroon liep. Daarnaast leidden reorganisaties (AU) en personele wisselingen bij de interne trekkers (VWS, OCW) voor vertraging.

Eén en ander heeft ertoe geleid dat (1) enkele malen besloten is de periode van de pilotperiode te verlengen en (2) er uiteindelijk een eindpunt werd vastgesteld waarbij de balans van de pilots zou worden opgemaakt: 1 april 2006.

Een en ander heeft als nadeel dat niet alle geplande IGM fasen door alle pilotorganisaties voor 1 april 2006 waren doorlopen. Daardoor is evaluatie op sommige punten niet of minder goed mogelijk. Vooral vragen met betrekking tot de effectiviteit - bijvoorbeeld gezondheidskundige en financiële opbrengsten op bedrijfsniveau van IGM konden daarom aan de hand van deze pilots niet worden beantwoord.

Aan de andere kant zijn er voldoende ervaringen opgedaan om een zinvolle evaluatie mogelijk te maken. De IGM methodiek voorziet immers in een beknopte evaluatie per fase door de 'lessons learned' vanuit die specifieke fase te benoemen. Ook is besloten om een apart deel van de evaluatie te wijden aan de lessen uit de moeizame fase van het werven van de pilotorganisaties, een activiteit die aanvankelijk niet was voorzien- maar wel zeer relevant bleek. Samen met de evaluatieve bespreking tijdens de laatste leernetwerkbijeenkomst heeft dit geleid tot voldoende inzichten om de pilots op gestructureerde manier te kunnen evalueren.

In de periode waarin deze pilotprojecten plaatsvond, werd er nog een ander – enigszins vergelijkbaar – project uitgevoerd: bij een netwerk van MKB bedrijven is een implementatie-traject van de IGM-methodiek uitgevoerd. In dat project ging het dus om toepassing van hetzelfde IGM concept voor een andere doelgroep (een netwerk van MKB bedrijven) waarbij meestal nadere tools werden ingezet. (zie: Waisvisz-Vos et al

2005, Vos et al 2006). Op basis van dit IGM traject in het netwerk van MKB bedrijven is een aangepaste versie van de IGM meter voor de MKB aanpak opgesteld (Gründemann et al 2006).

Aangezien beide projecten vergelijkbare doelstellingen hadden, was er sprake van een wisselwerking tussen de ervaringen in beide projecten. Zo werd in het MKB traject de tool “IGM Meter” versimpeld, en kozen drie van de vier pilotorganisaties voor toepassing van de versimpelde tool. Ook werden de ervaringen met het MKB netwerk een keer gepresenteerd en besproken in het leernetwerk van de pilotorganisaties.

Naast deze IGM pilotprojecten hebben diverse verwante initiatieven plaatsgevonden (waaronder de IGM Stakeholdersmeeting, de IGM Business Case projecten, enkele commerciële ontwikkel projecten, De ontwikkeling van het concept Strategisch Arbo Management (TNO), ontwikkelingen in het European Network for Workplace Health Promotion, en de TNO betrokkenheid bij het SALTSA project Management Control & Health.

Al deze initiatieven hebben geen rechtstreekse invloed gehad op het verloop of de evaluatie van de IGM pilots. Wel droegen die ontwikkelingen bij aan voortschrijdende inzichten bij de betrokken adviseurs en onderzoekers, relevant voor de verdere ontwikkeling van IGM.

Tenslotte: dit project is vanaf het begin een samenwerkingsproject geweest tussen TNO Kwaliteit van Leven/Arbeid en NIGZ Werk en Gezondheid. Gedurende de pilotprojecten is er binnen het NIGZ - Werk & Gezondheid sprake geweest van enkele personele wijzigingen; achtereenvolgens waren dr. Lenneke Vaandrager, Kees der Weduwe en Francel Vos namens NIGZ betrokken. Vanuit TNO zijde bestond het kernteam voor de pilotstudie uit Gerard Zwetsloot, Rob Gründemann en Arjella van Scheppingen. De begeleiding van de pilot bij de Arbo Unie werd verzorgd door Cyril Moonen, die bij het Waterland Ziekenhuis door Pim Piek. Henja Treur leverde een algemene bijdrage aan de rapportage.

5 Korte beschrijving van de pilotprojecten

In dit hoofdstuk is ten behoeve van de lezers een korte beschrijving opgenomen van ieder van de pilotprojecten.

Het doel van de beknopte beschrijving is tweeledig:

De lezer inzicht geven in de ontwikkeling, samenhang en context van iedere case.

Het formuleren van een beknopte evaluatie per case (die van belang is voor de beantwoording van de vier vragen over de methodiek als geheel).

In de bijlage zijn de uitgebreidere pilotbeschrijvingen opgenomen. Doel daarvan is het vastleggen van de belangrijkste (en de opvallendste) bevindingen per case; dit doet recht aan de samenhang van iedere case.

5.1 Ministerie VWS

Fase 1: Voorbereiding

De definitiestudie en methodiekontwikkeling IGM was gefinancierd door de beleidsdirectie het Ministerie van VWS. Het uittesten van de methodiek in de praktijk door VWS was voor de beleidsdirectie een logische vervolgstap. Het ministerie van VWS ging als eerste pilotorganisatie in op het verzoek aan dit traject mee te werken.

Aan de pilot namen drie directies deel: Directie Personeel en Organisatie (DPO), Directie Preventie en Openbare Gezondheidszorg en Directie Sport.

Het Ministerie van VWS wilde het pilottraject combineren met de doelstelling om een Model of Good Practice (MOGP) voor Gezondheids Bevordering op het Werk (GBW) te worden (practice what you preach). De interne pilot was echter niet de verantwoordelijkheid van de beleidsdirectie, maar primair die van de Directie Personeel en Organisatie (DPO). Bij de pilot waren drie directies betrokken: Naast de Directie DPO waren dat de Directie Preventie en Openbare Gezondheidszorg (POG) en de Directie Sport.

Maart 2004 werd door NIGZ en TNO een presentatie gegeven over IGM voor het hoger management (de Directeur Generaal, de Plaatsvervangend Secretaris Generaal) en de leidinggevenden van de deelnemende directies. De pilot is officieel gestart met een opdrachtbrief die door de Plaatsvervangend Secretaris Generaal is ondertekend.

Er is veel discussie geweest over de verantwoordelijkheid voor het traject. Van begin af aan heeft er formeel commitment bestaan vanuit het management voor uitvoering van het traject. De praktische uitvoering werd gedelegeerd naar DPO. De interne discussie over IGM heeft niet meer plaatsgevonden op managementniveau. DPO was trekker en initiator. Waarbij gezegd moet worden dat het enthousiasme voor deelname in deze fase nog sterk gevoed moest worden door de adviseurs. Het traject werd in het begin nog erg als verplichting gezien door de deelnemende directies.

Het ontbreken van managementdeelname aan de discussies en het niet herkennen van het belang van IGM heeft vertragend gewerkt in de beginfase van het traject. Bijeenkomsten gingen regelmatig niet door of werden uitgesteld en de planning moest worden bijgesteld.

DPO heeft in mei 2004 een startnotitie opgesteld waarin zowel de gewenste concrete opbrengsten als de meer strategische opbrengsten zijn benoemd. De volgende verwachtingen van het IGM-traject werden uitgesproken:

- Een duidelijke bijdrage aan het behalen van de verzuimnormering.
- Gezondheidskundige winst welke blijkt uit –naar aanleiding van IGM- structureel in te zetten RI&E's en PAGO.
- Financiële winst door terugdringen ziekteverzuim en WAO-instroom.
- Gezondere, productievere en meer gemotiveerde werknemers.

Om dit te realiseren werden een groot aantal doelstellingen en intenties geformuleerd:

- Gezondheid als strategisch thema op de bedrijfsvoeringsagenda plaatsen.
- Het proactief verbeteren van de gezondheidssituatie én de prestaties van mens en organisatie.
- Het schetsen van een kader waarbinnen bestaande instrumenten worden ingezet.
- Het actualiseren en toepassen van het arbozorgsysteem.
- Het systematisch en preventief benaderen van de speer- en knelpunten zoals die blijken uit enkele interne arbo en HRM rapportages.
- Optimaliseren van de rol van de leidinggevende. De leidinggevende is één van de hoofdrolspelers bij preventie en re-integratie, met hulp van DPenO. De leidinggevende is immers degene die de medewerkers dagelijks meemaakt en die contact onderhoudt met zieke medewerkers. De leidinggevende is daarom de aangewezen persoon om te sturen op preventie en re-integratie. Waarbij gebruik gemaakt kan worden van de instrumenten en expertise van DPenO.
- De-medicaliseren van niet-medisch verzuim en terugdringen van kort frequent verzuim. Door terugdringing van ziekteverzuim bij niet-medische oorzaken, is er meer ruimte voor aandacht voor het werkelijke ziekteverzuim (onder andere door veranderen verzuimcultuur).
- Aandacht voor langdurig verzuim en het relatief hoge verzuim van vrouwen en oudere medewerkers.
- Aandacht voor psychische klachten, en de onderliggende oorzaken arbeidsverhoudingen, werkhoeveelheid en organisatie van het werk.
- Directiespecifieke aanpak van verzuim formuleren.
- Aandacht voor RSI-gerelateerde klachten.
- Preventieve maatregelen: actualiseren RI&E's, PAGO-onderzoek op organisatieniveau inzetten voor gezondheid en werkbeleving medewerkers.
- Optimaliseren van de positie van arbo-contactpersonen in verband met preventie RSI-gerelateerde klachten.
- Blijvende aandacht van de Ambtelijke Leiding voor ziekteverzuim VWS-breed en bij directies en dienstonderdelen.
- Aandacht voor de stijging van de gemiddelde leeftijd van de VWS-medewerker.
- Aandacht voor de opbouw van de schaalverdeling.
- Uitbreiden van de inzet van de VWS toolkit “het Betere Werk”.
- Aandacht voor het voeren van functioneringsgesprekken, kinderopvang, resultaatgericht werken, integriteit en het aantal bezwaar- en beroepszaken.

Fase 2: Starten met IGM

Er vonden in augustus 2004 twee startbijeenkomsten plaats met afgevaardigden van de drie deelnemende directies en de OR. Tijdens deze bijeenkomsten is een toelichting gegeven op de startnotitie en is de IGM-meter besproken en benut. Deze bijeenkomsten werden als bijzonder nuttig ervaren.

Uit de startbijeenkomsten zijn de volgende verbeterpunten naar voren gekomen:

- Om te zorgen dat er ook daadwerkelijk iets gebeurt met de verbeterpunten is het nodig om de belangrijkste kenmerken op te nemen in de reguliere bedrijfsvoering. Het verankeren van de kenmerken in de managementcontracten, waarbij de kenmerken vertaald worden in meetbare wenselijke resultaten uiteraard in overleg met de manager, is gewenst.
- Het is zeer gewenst dat de status van de projectgroep wordt verhoogd gezien het mogelijke afbreukrisico voor het IGM-traject. Ook geldt dat de projectgroepleden voldoende tijd moeten krijgen een actieve rol binnen dit project te spelen. De factor tijd is een groot probleem. Veel werk moet gedaan worden door een trainee, waardoor er een gat ontstaat bij vertrek. Het beschikbaar stellen van tijd en middelen voor de projectgroepleden is dan ook een randvoorwaarde voor een succesvolle implementatie van IGM binnen VWS.
- Verder verdient de aanbeveling dat VWS een grotere betrokkenheid van het management bij de projectgroep laat zien. Deze betrokkenheid mag zich niet beperken door het zich laten informeren achteraf, maar moet blijken uit aanwezigheid bij projectgroepvergaderingen. De afwezigheid van het management bij de startbijeenkomsten werd ook zeer gemist.
- De projectgroep moet op basis van de uitslagen van de IGM-meter concrete acties formuleren (plan van aanpak).
- Aandacht voor communicatie kan worden bereikt door een medewerker van de afdeling voorlichting en communicatie structureel in te zetten voor IGM.

Na de startbijeenkomsten liep de voortgang enige stagnatie op door functiewijzigingen van deelnemers in de werkgroep en het ontbreken van een individuele trekker.

Fase 3: Het opstellen van het plan van aanpak

In november 2004 ging men over tot het formuleren van een plan van aanpak op basis van de uitkomsten van de IGM-meter en de eigen prioriteiten.

De IGM-activiteiten van het ministerie van VWS werden geclusterd onder 4 noemers: Sociale werkomgeving, Strategische ontwikkeling, Communicatie en Continuïteit. Onder deze noemers werden concrete activiteiten benoemd. De nadruk lag hierbij op het inventariseren en structureren van bestaande gezondheidsbevorderende activiteiten, het informeren en betrekken van het management en het benoemen van communicatiemiddelen. Het behalen van het kwaliteitscertificaat als Model of Good Practice (MOGP) –GBW, werd gezien als een strategisch belang voor de organisatie.

Fase 4: Implementeren (doen): het uitvoeren van het plan van aanpak

De eind 2004 benoemde trekker kreeg najaar 2005 weer een andere functie waardoor IGM opnieuw enige tijd een trekker ontbeerde. Zonder een centrale stimulator verliepen de activiteiten ook binnen de andere directies moeizaam.

Er werden nadien een slechts beperkt aantal vorderingen gemaakt met het IGM traject. De actieplannen werden niet volgens plan uitgevoerd. De slag van plannen naar doen bleek in de praktijk vol hindernissen.

Door het NIGZ is najaar 2005 een rapport opgesteld in het kader van het MOGP-certificeringstraject. Hieruit kwam naar voren dat met name meer management aandacht en verantwoordelijkheid was vereist voor het goed kunnen inbedden van gezondheid binnen de organisatie.

Wel vonden er tal van gezondheidsbevorderende activiteiten plaats, een overkoepelend plan ontbrak echter. Regelmatig werden ook (evaluatie)rapporten geschreven, maar met de adviezen werd niet altijd voldoende gedaan.

Naast het MOGP-traject heeft in het najaar van 2005 en het voorjaar van 2006 een aantal gezondheidsbevorderende activiteiten plaatsgevonden binnen VWS. Veelal vonden de activiteiten, net als in het verleden, op zichzelf staand en parallel aan het IGM-traject plaats. Er was dus geen sprake van een integrale uitvoering.

In oktober 2006 startte VWS met de “Balansdagen”. Het ging om een aanpak die werknemers er blijvend toe moet bewegen balans te brengen in hun energiehuishouding. Dat wil zeggen: wat je de ene dag neemt aan een te veel aan calorieën en gebrek aan beweging is prima, als je ervan bewust bent dat je dat de volgende dag compenseert.

Vermeldenswaardig is ook het samenwerkingsproject (Zicht op gewicht) tussen de cateraar en de bedrijfsfitness. Dit is afgerond. Gedurende een week werden bezoekers van de kantine op zaken gewezen als: “fabels” rond voeding en hoeveel calorieën met producten waren gemoeid. De Sportzaal koppelde daaraan een actie om proef te komen draaien in de sportzaal en te werken naar je streefgewicht. Beide projecten werden voorzien van de nodige publiciteit.

Een ander voorbeeld is de Schijf van 5 actie: een actie om medewerkers telkens op een segment voor zichzelf actiepunten te formuleren. (lichaam en geest/ met de collega's/ buiten de deur/ in je functie/ met de leidinggevende.)

In de opeenvolgende uitgaven van Diagonaal (het personeelsblad van VWS) is geregeld aandacht besteed aan de gezondheid met artikelen:

- december 2004: Stoppen met Stress/ Artikel over POP's (gevaarlijke stoffen)
- januari 2005: Gezond leven en toevoeging van extra voedingsmiddelen
- april 2005: De schijf van vijf
- mei 2005: Stoppen met roken/ lekker snacken/ digitale fitness
- zomer 2005: Vertrouwenspersonen
- november 2005: Griep, balansdagen
- voorjaar 2006: Balansdagen.

Fase 5: Evaluatie IGM

De pilot is niet volgens planning aan deze fase toegekomen: men was nog niet zover dat een tweede planningscyclus al aan de orde was. Wel zijn de activiteiten in de fasen 1 t/m 4 met de betrokken adviseurs geëvalueerd.

Vooruitzichten IGM

Ondanks de moeizame gang van zaken is het concept IGM binnen de Directie DPO – op het niveau van individuele medewerkers- levend gebleven. En zijn er diverse medewerkers die de geformuleerde doelstellingen nog steeds van groot belang vinden. Zij zoeken naar mogelijkheden om die doelstellingen alsnog te realiseren. Het is daarom zeker niet uitgesloten dat VWS op een later moment alsnog aan de realisatie van die doelstellingen gaat werken. De gedachten gaan er daarbij naar uit om de ontwikkelrichting die uit de bespreking van de IGM meter zijn voortgekomen (vooral gericht op de lijn gezonde sociale werkomgeving, i.e. stijl van leiderschap en cultuur) te gaan invullen.

Conclusies van deze case

IGM werd binnen het ministerie van VWS gestuurd door de afdeling DPO capaciteit en beschikbaarheid van trekkers wisselde sterk en is bepalend geweest voor de voortgang. IGM werd sterk opgehangen aan één (wisselende) persoon en werd geen 'manier van werken' op managementniveau.

Het implementeren van het IGM-concept heeft binnen de organisatie onvoldoende prioriteit gekregen. Het verzuim is onder controle en er vinden diverse concrete gezondheidsbevorderende activiteiten plaats. De meerwaarde IGM daarbovenop bleef onduidelijk, wellicht juist omdat men er niet mee aan de slag ging. Ook de discontinuïteit van de interne IGM trekkers' bleek een struikelblok voor een voortvarende implementatie.

De verwachtingen dat IGM een bijdrage zou kunnen leveren aan het verbeteren van de efficiëntie in de organisatie en de financiële meerwaarde daarvan bleek onvoldoende duidelijk om management en leidinggevendenden te motiveren. Van de in de startnotitie verwoorde verwachtingen en doelstellingen is erg weinig gerealiseerd. Voor leidinggevendenden waren de doelstellingen onvoldoende geconcretiseerd, en waren die ook niet gekoppeld aan overige managementafspraken. De strategische waarde is daarbij onvoldoende tot uiting gekomen. De urgentie om tijd en energie te steken in het IGM-concept staat dan niet in verhouding tot zaken als reorganisaties en maatschappelijke ontwikkelingen waar een overheid direct op in moet spelen.

De leernetwerkbijeenkomsten voor het delen van ervaringen en uitwisselen van informatie met andere pilotorganisaties werd als zeer positief beoordeeld. De behoefte bestaat om hier in de toekomst een vervolg aan te geven.

5.2 Ministerie OCW*Fase 1: Voorbereiding*

Het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW) is gevestigd in Den Haag en heeft ca. 3.500 medewerkers in dienst. Daarvan zijn ca. 1500 medewerkers werkzaam op het kantoor in Den Haag en ca. 2.000 medewerkers in de buitendienst. Het ziekteverzuim lag in 2004 rond de 6,6%. Het ministerie streeft naar een werkomgeving waarin medewerkers worden gestimuleerd om prestaties te leveren en om zich te ontwikkelen. Vanuit deze gedachte zijn in de afgelopen anderhalf jaar meerdere activiteiten opgezet om een gezondheidsbeleid binnen het Ministerie vorm te geven. Zo zijn er diverse activiteiten opgestart om werknemers gezonder te laten leven, zoals de mogelijkheid om gebruik te maken van de fitnessruimte en zijn aanpassingen gedaan in de werkomgeving, zoals aanpassingen op het gebied van gezonde lucht.

Omdat het ministerie de ambitie heeft om activiteiten op een geïntegreerde wijze te implementeren is in maart 2004 besloten deel te nemen aan het pilottraject Integraal Gezondheidsmanagement. Met name het aansluiten van IGM op het INK-model maakte deelname voor de organisatie aantrekkelijk.

Fase 2: Starten met IGM

Hoewel reeds in maart 2004 het management akkoord ging met deelname aan het pilotproject duurde het nog een aantal maanden voordat een presentatie in de Bestuursraad kon worden gegeven. Commitment en betrokkenheid van het management in het traject werd als belangrijke voorwaarde voor het slagen van het traject gezien. Gestreefd werd naar deelname van het hoger management in de projectgroep.

In een sessie van een half uur gaf de bestuursraad in december 2004 groen licht en werd de Plaatsvervangend Secretaris Generaal (PSG) naar voren geschoven als deelnemer aan de projectgroep.

De arbo-coördinator werd aangewezen als trekker van de projectgroep.

Besloten werd om op afdelingsniveau (directies) ervaring op te doen met IGM waarna IGM vervolgens breed uitgerold zou kunnen worden. Twee directies werden bereid gevonden deel te nemen; de directie BVE (beroepsonderwijs en volwasseneducatie) en de directie AD (auditedienst). De keuze voor deze directies vond plaats op basis van verzuimcijfers 2003-2004. Daarnaast werd andere lijnmanagers de mogelijkheid geboden proactief mee te liften in de kennis rondom IGM.

In december 2004 werd een startnotitie afgerond. Dit 'raamwerk voor Gezondheidsmanagement' was naast een discussiestuk ook bedoeld om inzicht te geven over de plek van Integraal gezondheidsmanagement in de organisatie. Er werd aansluiting gezocht op de Planning en Control-cyclus en de organisatiegebieden die ook binnen het INK-model worden gehanteerd. In juni 2005 zijn beide directies door de interne begeleiders van OCW en door de adviseur van NIGZ bezocht om IGM onder de aandacht te brengen. De verkorte IGM-meter werd ingebracht als discussie-instrument om het concept toe te lichten en te wijzen op aanknopingspunten voor de directies.

De terugkoppeling naar de stuurgroep had vooral een informatief karakter. De bijeenkomsten waren oorspronkelijk 1 maal per maand ingepland maar vanwege vakanties vonden in de eerste fase alleen in mei en oktober bijeenkomsten plaats. Er werd informatie gegeven over het concept en een beschrijving van het pilottraject. Tevens werden taken verdeeld en werden beslissingen genomen ten aanzien van deelname van directies. Tijdens de tweede bijeenkomst werd informatie gegeven over de voortgang. Daarnaast werden afspraken gemaakt over communicatie en het verder uitrollen van het concept over de rest van de organisatie. Onderwerp van het overleg vormden verder de samenhang tussen diverse werkterreinen die geïntegreerd kunnen worden binnen IGM. Wat doen we met de dienstverlening van de arbodienst? Wanneer kunnen we het beste een nieuwe MTO plannen? Hoe inventariseren we wat we allemaal aan leefstijl-activiteiten aanbieden vanuit de organisatie?

De directies hebben medio februari 2006 een terugkoppeling gegeven over het verloop van het IGM-traject binnen de stuurgroep. Daarnaast is tijdens een bedrijfshoofdenoverleg een presentatie verzorgd over de voortgang.

In deze periode kreeg de arbo-coördinator een functie elders binnen de organisatie. Daarop werd vanuit de afdeling P&O voor IGM een aparte functionaris inclusief ondersteuning benoemd.

Fase 3: Het opstellen van het plan van aanpak

Het benoemen van concrete activiteiten op basis van de ingevulde IGM-meter bleek moeite te kosten. De bedoeling was om in 2006 beide directies begeleid een aantal gezondheidsacties te laten benoemen. Het idee was aanvankelijk de directies hierbij gezamenlijk op te laten trekken en van elkaars ideeën en ervaringen te laten leren. Later werd dit idee min of meer verlaten (aanpak meer bottom-up per directie).

Binnen een grote organisatie als het ministerie bleek het niet zondermeer mogelijk alle nodige beslissingen op directieniveau te nemen. Bepaalde activiteiten zullen immers een impact hebben op de hele organisatie (principes toepassen, precedent werking) en vereisen daarom beslissingen op hoger niveau. Dit vertraagde de planvorming binnen de betrokken directies.

Verder bleek het ingewikkeld om concrete doelen vast te stellen en ook het toekennen van bevoegdheden en verantwoordelijkheden was niet eenvoudig. In de praktijk leidde dit tot uitstel van keuzes en onduidelijkheden in verantwoordelijkheden en het niet tot stand komen van het plan van aanpak.

Fase 4: Implementeren (doen): het uitvoeren van het plan van aanpak

Er werd geen plan van aanpak opgesteld, dat kon worden uitgevoerd. Dit betekent overigens niet dat er niets is gebeurd. De pragmatische lijn (kansen zien en grijpen) werd met name in de directie BVE aangegrepen om op een bottom-up wijze een aantal gezondheidsbevorderende activiteiten te organiseren. Binnen deze directie heeft men ervoor gekozen om te beginnen met op het individu gerichte, concrete maatregelen ter bevordering van gezond gedrag/leefstijl.

Fase 5: Evaluatie IGM

De pilot was op grond van de logische planvolgorde nog niet toe aan een evaluatie van de IGM activiteiten, en men was nog lang niet zover dat een tweede planningscyclus al aan de orde was. Wel zijn de activiteiten in de fasen 1 t/m 4 met de betrokkenen geëvalueerd.

Vooruitzichten IGM

De intentie om IGM van de grond te krijgen en uit te rollen over het gehele departement blijft gehandhaafd. De pilotperiode is aanleiding voor het formuleren van een tweetal vervolgotrajecten waarbij (1^e) gestreefd wordt naar het concretiseren van de IGM activiteiten en (2^e) een meer strategische insteek wordt gekozen, gericht op het ontstaan van een meer innovatieve bedrijfscultuur.

Conclusies van deze case

Succesvolle implementatie van IGM is mede afhankelijk van sleutelfiguren binnen de organisatie. Binnen OCW hebben diverse verandering plaatsgevonden in de bemensing van het project. Dit heeft het verloop vertraagd en soms voor stagnatie gezorgd. Conclusie is dat het leunen op trekkers/individuele soms goed kan werken, maar (afhankelijk van de omstandigheden) ook een valkuil kan zijn.

De activiteiten binnen het ministerie van OCW verliepen niet altijd volgens planning en verwachting. Vooral de zelfwerkzaamheid van de directies is overschat. IGM is te abstract gebleken om afdeling zondermeer zelfstandig mee aan de slag te laten gaan. Er is meer begeleiding, sturing, voorlichting en wellicht tools noodzakelijk dan van tevoren werd ingeschat.

In geval van reorganisaties, krijgen andere issues prioriteit boven IGM. Daarnaast speelde ook hier de motivatie kwestie – in relatie tot het abstractieniveau van IGM. Binnen organisaties waar op ad hoc basis al heel veel gebeurt op het gebied van gezondheidsbevordering en het verzuim acceptabel is gaat het onder meer om het structureren en borgen van de activiteiten. Maar vooral gaat het dan over de toegevoegde waarde van gezondheid aan de organisatie ontwikkeling (gezondheid als een waardebron, gericht op waarde creatie). Dit is lastiger ‘hard’ te maken. Ten tijde van reorganisaties en andere ingrijpende veranderingen is de meerwaarde van IGM zeker niet zondermeer duidelijk. Het feit dat er onvoldoende continuïteit was in de persoon van de IGM trekkers heeft dit nog versterkt.

De aangereikte methodiek is in deze case zeer beperkte mate gebruikt. Eigenlijk is alleen de IGM-meter in de beginfase gebruikt. Dit instrument werd nuttig gevonden om het concept te verduidelijken. Maar omdat de MKB-versie werd gebruikt miste men de diepgang en betrouwbaarheid om er echt het beleid op te baseren. De aandacht voor gezondheid vanuit een breed perspectief is positief ontvangen.

Er bestaat behoefte aan informatiemateriaal (bijvoorbeeld een video of PowerPoint presentatie) en voorbeelden van concrete en succesvolle activiteiten. Ook het inzichtelijk maken van doel en effect gekoppeld aan het formuleren van verantwoordelijkheden op afdelingsniveau is wenselijk (succes- en prestatie-indicatoren).

5.3 Arbo Unie

Fase 1: Voorbereiding

De voorbereidingen voor het pilotproject bij de Arbo Unie zijn gestart in het najaar van 2004. De voorbereidende gesprekken zijn gevoerd tussen een TNO adviseur en een regiomanager en de directeur van de interne arbodienst van de Arbo Unie. Na opdrachtverlening is men op zoek gegaan naar de deelname van een aantal regio's binnen Arbo Unie.

Door veranderingen in de wetgeving en de marktterugval in arbodienstverlening, ontstond er bij de Arbo Unie echter een noodzaak van inkrimping van de organisatie. Doordat het geen zin had met IGM te starten terwijl het voor leidinggevenden en werknemers onduidelijk was of zij mogelijk zouden moeten afvloeien, werd de eerste startbijeenkomst die in februari 2005 gepland was, aanvankelijk uitgesteld tot mei 2005. Ook in mei was het voor een aantal regio's nog niet duidelijk wie daar als directeur benoemd zouden worden. De bijeenkomst werd daarom wederom uitgesteld, mede vanwege een tweede ontslaggolf. De voorbereidende groep bestond uit: de directeur interne arbodienst, projectleider propositie Gezondheidsmanagement, projectmanager expertisecentrum, Business Development manager en de begeleider vanuit TNO.

In deze voorbereidende periode werd een eerste aanzet gegeven voor een startnotitie. Uiteindelijk werd in september 2005 een eerste voorbereidende bijeenkomst gehouden met een aantal medewerkers van de Arbo Unie.

Als interne trekker vormde een bedrijfsarts, die tevens verantwoordelijk was voor de interne arbodienstverlening binnen de Arbo Unie zelf. In de startnotitie werd onder meer aangegeven dat er een beduidende samenhang met het marktveld is. Arbo Unie profileert zich namelijk als "een partner in gezondheidsmanagement" en heeft de doelstelling om IGM te implementeren binnen Arbo Unie zelf om op die manier brede ervaring met IGM op te doen en om daarmee IGM geloofwaardiger als dienstverleningsconcept te kunnen verkopen aan haar klanten. Het was verder de bedoeling om de pilot in drie of vier regio's te laten plaatsvinden (de afdelingen van Arbo Unie zijn regionaal georganiseerd).

In de voorbereiding werd een eerste aanzet gegeven voor een startnotitie. Arbo Unie hanteert de *Balanced Score Card (BSC)* als stuurinstrument voor de organisatie. Om de verbinding te zoeken met het IGM verhaal met de BSC, heeft de voorbereidende groep het laatste veld van dit instrument benoemd. Dit is het veld van de interne processen. In dit veld is de aandacht gericht op de mensen van de organisatie. De andere velden zijn: Financiën, Markt en Innovatie. Zoals vermeld werd ook aangegeven dat er een

beduidende samenhang met het marktveld is. Arbo Unie heeft namelijk de doelstelling om IGM te implementeren binnen Arbo Unie zelf om daarmee sterker IGM als dienstverleningsconcept te kunnen verkopen naar de markt.

Fase 2: Starten met IGM

Een tweede startbijeenkomst waarvoor de directie van de Arbo Unie en een viertal regiodirecteuren waren uitgenodigd vond in november 2005 plaats. De startnotitie werd in die bijeenkomst besproken en definitief gemaakt.

Het was de bedoeling om met de regiodirecteuren regiospecifieke doelstellingen te formuleren. De directeuren waren echter niet aanwezig; wel hadden zij voor vervanging gezorgd. Bovendien was het hoofd P&O aanwezig.

Na een inleiding van TNO en de bespreking van de doelstellingen is de betekenis van de afwezigheid van de directie besproken en is gekeken welke vervolgacties afgesproken konden worden. Van een aantal directeuren was duidelijk wat de reden van afzegging was. De prioriteit lag op dat moment bij de aandacht die Arbo Unie moest besteden aan aflopende contracten met klanten. Dus men was en is erg bezig met behoud van klanten en de werving van nieuwe klanten.

In een goed verlopen bijeenkomst werd afgesproken dat TNO in eerste instantie de regiodirecteuren zou begeleiden bij het opstellen van een plan van aanpak en dat de inzet van TNO daarna gericht zou worden op het 'op de rails' krijgen van IGM.

Startvragen voor de regiodirecteuren

Beantwoord de volgende vragen ter voorbereiding op de implementatie van IGM binnen uw regio.

1. Wat is de relatie tussen de regionale Businessdoelstelling(en) en IGM?
2. Welke activiteiten zijn in de regio reeds ondernomen, die ook in het kader van IGM opgestart zouden kunnen worden?
3. Welke bijdrage gaat IGM leveren aan het realiseren van de businessdoelstelling(en)?
4. Informatiebronnen regio:
 - Businessplan
 - Management review
 - Meteo
 - Verzuimcijfers

Fase 3: Het opstellen van het plan van aanpak

Per regio is in samenspraak met de regiodirecteuren bepaald op welke manier men tot een plan van aanpak kon komen. Vervolgens is per regio gekeken welke aanpak het meest effectief leek te zijn. In de regio's Boxmeer/ Maastricht en Hilversum werd ervoor gekozen per regio één werkgroep samen te stellen. (bottom-up benadering). Door deze aanpak konden de medewerkers vanaf het begin bij het proces betrokken worden. De regio Haaglanden echter koos voor een top-down benadering. Hier lag al beleid en daar wilde men op aansluiten.

Met de regio Boxmeer/ Maastricht is een regionale doelstelling geformuleerd in samenspraak met de regiodirecteur. De doelstelling omvat speerpunten als:

- Verbetering op het gebied van agressie en geweld.
- Het verlagen van het verzuim.

De regio Boxmeer/Maastricht heeft naar aanleiding van de IGM-meter aandachtspunten genoemd als:

- Sturing: ontwikkelen voor lifestyle en het nemen van eigen verantwoordelijkheid.
- Gedrag en betrokkenheid (ook ten aanzien van het gebruik van middelen).
- Meer maatregelen aan de preventiekant.
- Lifestyle.
- Het werkplezier vergroten.

Daarnaast zijn per afdeling (Maastricht en Boxmeer waren vroeger aparte regio's) een aantal verbeter punten benoemd:

Verbeterpunten subregio Boxmeer	Verbeterpunten subregio Maastricht
• Gedrag en betrokkenheid. • De informatievoorziening. • Milieuzaken. • Frequent verzuim.	• Sturing op onder andere lifestyle en eigen verantwoordelijkheid. • Gedrag en betrokkenheid (ook ten aanzien van het gebruik van middelen). • De werkbeleving: de ervaren kloof met het management, de cultuur en het gebrek aan ervaren perspectief. • De grondhouding van de medewerkers.

In Haaglanden is in een sessie met de directie de volgende doelstellingen geformuleerd: "Het ontwikkelen van commerciële en adviesvaardigheden, creativiteit en initiatief bij medewerkers. Het ontwikkelen van leiderschap en sturing bij het management. Betrokken medewerkers die met plezier bij AU Haaglanden werken."

Het resultaat van het plan van aanpak moet zijn dat er een bijdrage geleverd wordt aan het businessplan met betrekking tot behoud van klanten (omzet 90%) en het aantrekken van nieuwe klanten (omzet 10%). Het plan van aanpak is verder vormgegeven in de 7 ontwikkelingslijnen inclusief de prioriteiten

Hilversum

Naast de activiteiten die al plaatsvinden (sociale veiligheid bij uitvoering van werkzaamheden, lifestyle) is in 2006 in de regio Hilversum op 3 ontwikkelingslijnen aansluiting mogelijk op businessdoelstellingen, te weten:

- Gezondheid als strategisch item, strategisch beleid: Arbo Unie staat in 2006 voor de uitdaging om als medewerkers samen en individueel een kracht te ontwikkelen die extern toegevoegde waarde levert (leidende adviesorganisatie op het gebied van werk en gezondheid) en intern leidt tot state of the art professionaliteit (multidisciplinaire, resultaatgerichte, gelijkwaardige teams, plezier in het werk, ontplooiingsmogelijkheden, lekker in je vel, gezond).

- Gezonde sociale omgeving en gezonde mensen: Voor zowel de medewerkers als het management is het van belang dat medewerkers fit en gemotiveerd zijn, mentaal en fysiek gezond zijn, lef en durf hebben, actief bezig zijn met hun leervermogen en zelfontplooiing en bewust zijn van hun eigen positie en verantwoordelijkheid hierin.

Fase 4: Implementeren (doen): het uitvoeren van het plan van aanpak

Deze fase was op 1 april 2006 nog niet bereikt.

Fase 5: Evaluatie IGM

De ingrijpende reorganisaties zorgen voor onduidelijkheid over de positie van de betrokken managers, en voor tijdelijk andere prioriteiten voor het management. Hoewel de situatie binnen de Arbo Unie nog niet bepaald stabiel is, is IGM inmiddels in drie regio's serieus opgepakt. Daarnaast is er duidelijk steun van uit de centraledirectie.

De betekenis van IGM voor de (toekomstige) dienstverlening van Arbo Unie is een factor die het toch een relatief hoge prioriteit geeft.

Vooruitzichten IGM

De intentie om IGM verder vorm te geven in de betrokken regio's en daarna uit te rollen in de gehele organisatie blijft zeer actueel. Het feit dat concept en methodiek IGM voor de Arbo Unie ook commercieel van belang wordt geacht (deel van de business van de toekomst) geeft een goede garantie dat dit ondanks de opgelopen vertragingen alsnog serieus vorm zal krijgen.

Conclusies van deze case

De case Arbo Unie laat zien dat bedreiging van het voortbestaan van de organisatie al snel leiden tot andere prioriteiten. In zo'n situatie wordt het overigens des te belangrijker dat IGM bijdraagt aan de business doelstellingen van de onderneming. Aangezien de Arbo Unie zelf een dienstverlener is met betrekking tot gezondheidsmanagement is deze koppeling zeker mogelijk. Opvallend is dat dit op strategisch niveau (centrale directie, regiodirectie) vanaf het begin is onderkend, maar dat het vertraging in de uitvoering niet heeft kunnen voorkomen.

5.4 Waterland Ziekenhuis (WLZ)

Fase 1: Voorbereiding

Het Waterlandziekenhuis (WLZ) heeft zich, met name in de persoon van hoofd P&O, vanaf het begin geïnteresseerd getoond in de pilots IGM. Beleidsverantwoordelijken in de organisatie waren bij aanvang van het pilotproject al redelijk op de hoogte van IGM. Het project 'Ondernemend Werken aan Gezondheid' (OWAG) dat het WLZ van 2002-2005 uitvoerde ging al voor een groot deel de "IGM kant op".

Ook heeft TNO bij het WLZ in 2004 een evaluatie uitgevoerd van de financiële kosten en baten van het OWAG programma, in het kader van het project "de business case voor IGM". Uit die evaluatie bleek dat de aanzienlijke investering die het WLZ met haar OWAG project had gedaan, zich in de relatief korte periode van een jaar had terug verdiend.

Juist omdat het WLZ een uitgebreid project op het gebied van gezondheid had lopen was er echter ook voorbehoud om aan het pilotproject mee te doen. Het was dus niet zozeer het thema dat voorbehoud opriep, maar vooral de vraag of IGM nog wel waarde kon toevoegen aan hetgeen met OWAG reeds was gerealiseerd. Bovendien was het

OWAG-project ten tijde van de start van het IGM pilotproject nog niet afgerond en geëvalueerd.

Om vast te stellen of IGM nog toegevoegde waarde kon opleveren werd een bijeenkomst bij het WLZ belegd met de potentiële stuurgroep bestaande uit managers en OR-vertegenwoordiging en twee vertegenwoordigers van TNO. Uit deze bijeenkomst werd duidelijk dat IGM vooral meerwaarde kon bieden qua borging en voor wat betreft het meetbaar maken van prestaties op de verschillende onderdelen van het gezondheidsbeleid.

Met het hoofd P&O (inmiddels directeur P&O) en de beoogde projectcoördinator IGM (binnen het WLZ) was voorafgaand aan deze bijeenkomst al vastgesteld dat hierin de waarde van IGM voor het WLZ kon liggen. In het OWAG jaarverslag over 2004 hadden zij daarom al een voorschot genomen op het borgen van de OWAG opbrengsten via IGM.

Het WLZ wilde op beide ervaringen voortbouwen. Voor het WLZ waren twee dingen belangrijk: in de eerste plaats ging het om de (verdere) objectivering van het veronderstelde rendement en ten tweede moest duidelijk zijn dat IGM toegevoegde waarde kon bieden die een nieuwe investering rechtvaardigde.

Bovenstaande beslissingen werden vlak voor de zomer (2005) genomen. Voor deze beslissingen had het WLZ inmiddels de stuurgroep ingesteld, waarin – naast de projectleider (arbo-coördinator)– afdelingshoofden en OR vertegenwoordigd waren. De stuurgroep kende tevens twee vertegenwoordigers op directieniveau (P&O en bedrijfsvoering).

De voorbereidingsfase heeft dus de nodige tijd heeft gekost, maar er is ook veel gebeurd. Het heeft geleid tot stevig draagvlak bij OR en Raad van Bestuur en instelling van een stuurgroep waarin alle partijen zich laten vertegenwoordigen.

Fase 2: Starten met IGM

Begin juli (2005) vond de startbijeenkomst plaats met afdelingshoofden. . In groepjes werd de MKB IGM-meter (bij het WLZ omgedoopt tot IGM-radar) ingevuld, waarna een plenaire discussie volgde. De bijeenkomst werd gecombineerd met een ‘gezonde lunch’.

Het traject in grote lijnen: het invullen van een IGM-meter (beknpte variant) per afdeling, prioriteiten stellen in ontwikkelingslijn(en), problematiek/knelpunten objectiveren. Vervolgens per afdeling plannen van aanpak opstellen.

De bedoeling daarbij was dat de afdelingen zouden komen tot concrete en meetbare doelstellingen (prestatie-indicatoren/PI's) ten aanzien van de geprioriteerde ontwikkelingslijnen.

De bijeenkomst leverde goede inzichten en discussies op ten aanzien van de ontwikkelingslijnen. Wel werd duidelijk dat de geplande tijd (1,5 uur) feitelijk te kort is voor dieper gaande discussies en dat gebruik van de IGM-meter wel duidelijke coördinatie vraagt. Het instrument stimuleerde de discussie, maar de neiging bestaat om erg dicht bij de geformuleerde items van de radar te blijven, terwijl de ontwikkelingslijnen vaak veel omvattender zijn.

Besloten werd het vervoltraject te concentreren rond vier afdelingen: P&O, THZ, cardio/intern/neuro en chirurgie/orthopedie/urologie. Het is de bedoeling dat hiervan later een 'olievlekwerking' uitgaat.

Ten behoeve van de samenhang van de pilots en de bruikbaarheid voor de organisatie als geheel zouden de twee directievertegenwoordigers in de stuurgroep een voorzet doen voor een 'basaal kader van prestatie-indicatoren' dat op afdelingsniveau verder zou kunnen worden ingevuld en dat een plaats zou kunnen krijgen in managementcontracten. Afstemming was daarbij belangrijk. Dit zou in ieder geval moeten gebeuren via de stuurgroep.

Tot slot werd besloten dat de voorzitter van de Raad van Bestuur de officiële afsluiting van OWAG zou aangrijpen als brug naar IGM en als moment om dit breed binnen de organisatie te communiceren.

De voorgenomen aanpak voor het starten met IGM is in grote lijnen volgens plan gerealiseerd, zij het dat één van de take-offs pas in januari 2006 kon plaatsvinden.

De take-offs op afdelingsniveau waren enthousiasmerende bijeenkomsten, echter verschillend in groepssamenstelling, intensiteit van de discussie en interactie. Bij alle afdelingen lukte het om tot een overzichtelijk aantal punten te komen waarop men verbeteringen nodig en mogelijk acht. De stap naar prestatie indicatoren en actieplannen bleek nog te groot om in een bijeenkomst te kunnen maken, dus werden vervolgspraken gemaakt. Leerpunt is dat er per ontwikkelingslijn meer inzicht moet zijn in wat 'de scope' per ontwikkelingslijn is.

De take-offs kwamen overeen met de uitkomsten van de startbijeenkomst op organisatieniveau.

De afdelingen prioriteerden steeds twee ontwikkelingslijnen en per ontwikkelingslijn twee verbeterpunten waarop meetbare verbeteringen zouden moeten worden gerealiseerd. Deze vormden de basis voor de plannen van aanpak per afdeling. Enig voorbehoud is hierbij op zijn plaats: deze werkwijze bij de nulmeting houdt nog geen garantie in voor voldoende distantie en kritisch vermogen om de eigen situatie te beoordelen. In dat kader kwam wel de gedachte op dat het nuttig zou zijn om bij het toepassen van de IGM meter relevante feitelijke gegevens (bijvoorbeeld uit RIE's en MTO's) als input te gebruiken; dit is echter in de praktijk nog niet toegepast.

Fase 3: Het opstellen van het plan van aanpak

Het WLZ bewandelde na de startfase feitelijk twee sporen:

1. Het centrale spoor waarbij de twee directievertegenwoordigers in samenspraak met de interne coördinator en de adviseur van TNO de IGM-lijn organisatiebreed uitzetten.
2. Het decentrale spoor waarbij de pilotafdelingen ieder voor afzonderlijk de geprioriteerde verbeterpunten in afdelingsplannen zou opnemen.

Hierbij is besloten om in kaart te brengen welke prestatie-indicatoren vanuit verschillende invalshoeken (inspectie van de gezondheidszorg, NIAZ, IiP) al in de organisatie worden gebruikt, dan wel overwogen. Onnodig dubbel 'monitoren' moet worden voorkomen.

Het gaat er om de verschillende indicatorensets effectief en efficiënt met elkaar te verbinden. IGM moet daarbij het 'vehikel' zijn en de Balanced Score Card health een middel om prestaties te meten.

Op directieniveau zijn als eerste aanzet prestatie-indicatoren afgeleid van de organisatiebrede doelstellingen. Deze zijn met ondersteuning van TNO verder uitgewerkt en uiteindelijk in de stuurgroep geaccordeerd. Deze moeten nog worden verbonden met de prestatie-indicatoren die per afdeling zijn geformuleerd.

De opzet is om per januari 2007 daadwerkelijk met de prestatie-indicatoren te gaan werken en ze in de managementcontracten op te nemen. Het is de bedoeling dat het management zo een evenwichtige set indicatoren krijgt waarmee het goed kan sturen op gezondheid en inzetbaarheid in relatie tot bedrijfsmatige efficiency en kwaliteit.

Ad.2 Decentrale lijn:

Waar bij de centrale lijn vooral op procesmatige sturing is ingezet, werd in de decentrale lijn vooral op de inhoudelijke verbeteraanpak ingezet.

Iedere afdeling heeft op grond van de geprioriteerde verbeterpunten bepaald welke acties nodig waren om deze te realiseren. Daarvoor zijn doorgaans ook actiehouders bepaald. De interne coördinator van het WLZ zou vanuit zijn centrale rol de voortgang bewaken en met betreffende afdelingshoofden bespreken. De adviseur van TNO was eventueel beschikbaar voor ondersteuning.

Bij de acties zijn minder scherpe tijdspaden en tijdsinvesteringen afgesproken en zijn er geen budgetten vastgesteld. Vooralsnog waren het ook geen acties waarvoor direct investeringen in geld nodig waren.

De meeste afdelingen planden wel vervolgoverleggen in na de startbijeenkomst.

Als uitgangspunt gold dat zoveel mogelijk zaken moesten worden gerealiseerd via bestaande processen en procedures in de organisatie (vermijden om nieuwe overlegmomenten of werkgroepen in te stellen).

Fase 4: Implementeren (doen): het uitvoeren van het plan van aanpak

Per 1 april 2006 is het WLZ net begonnen met de implementatiefase van het decentrale spoor. Voor het centrale spoor moet eerst de juiste set prestatie-indicatoren worden samengesteld en geaccepteerd alvorens tot de daadwerkelijke implementatie te kunnen overgaan (hiervoor is wel veel voorwerk gedaan, maar dit is nog niet geheel gereed).

Fase 5: Het evalueren van IGM

Gaandeweg de pilot zijn opvallende elementen naar voren gekomen ten aanzien van IGM. Er is echter nog niet uitgebreid geëvalueerd op het hele project.

In ieder geval maakt de ingeslagen weg duidelijk dat het geen eenvoudige opgave is om toe te werken naar doelstellingen voor de verbeterpunten en deze meetbaar te maken door middel van prestatie-indicatoren. Het maakt de toegevoegde waarde van IGM echter wel veel concreter, zo is de ervaring.

Conclusies van deze case

Het is nog te vroeg om te concluderen dat het beoogde concrete resultaat, namelijk het vasthouden van de aandacht voor gezondheidsbeleid is bereikt. Het beeld is wel dat men op de goede weg is. Met name op centraal niveau zijn er structurele stappen gezet om IGM te borgen in de organisatie (opstap naar Balanced Score Card health, vertaling van resultaten naar managementcontracten van afdelingshoofden, opname in P&C cyclus).

In deze fase van het project kunnen we ook al vast stellen dat de twee lijnen (centraal en decentraal) waarlangs wordt gewerkt, leidt tot de gewenste betrokkenheid binnen de organisatie.

Twee directeuren zijn van begin tot eind betrokken en verbinden de ontwikkelingen voortdurend aan de koers die zij met het ziekenhuis willen varen. Met name hierdoor ontstaat de pilot het projectkarakter. De wijze waarop het Waterlandziekenhuis omgaat met IGM maakt dat het daadwerkelijk een plek in de bedrijfsvoering en de aansturing van de organisatie krijgt. De nadruk ligt in de pilot bij het Waterlandziekenhuis veel meer op bedrijfskundige acties dan op gezondheidskundige maatregelen. Dat heeft er ook mee te maken dat de organisatie al heel veel op het gezondheidskundige vlak heeft gerealiseerd en het van het begin de bedoeling is geweest om de goede praktijken als onderdeel van de normale bedrijfsvoering te borgen.

De decentrale lijn en de brede samenstelling van de stuurgroep (directie, middenkader, staf, OR) zorgen voor draagvlak, betrokkenheid en bewustzijn rond IGM. Feitelijk versterken de twee lijnen elkaar. Niettemin is de voortgang van de pilot ook in deze opzet redelijk afhankelijk van de inzet en uiteindelijke daadkracht van een aantal individuen. Er moet iemand (een coördinator) of een aantal mensen de voortgang bewaken te midden van alle andere prioriteiten (nieuwbouw/verbouw, reorganisaties, grote andere projecten, etc). Vasthouden van de aandacht en zorgen voor vervolg zijn dus niet vanzelfsprekend. De bewuste keuze om IGM niet als project te organiseren waarbij een projectleider de lijnen uitzet, (maar om IGM consequent in de lijn onder te brengen) is op zich dus geen garantie dat het voldoende prioriteit houdt.

Al met al kan worden gesteld dat tevredenheid overheerst. Het is een pilot, dus moet er van tijd tot tijd even worden gezocht naar de juiste afstemming of vervolgstappen, maar het gebeurt in een prettige, constructieve samenwerking tussen alle partijen en het draagt bij aan het tot stand brengen van de bedrijfsvoering die het Waterlandziekenhuis voor ogen heeft om ook in de toekomst succesvol te blijven.

6 Sterke en zwakke punten van de methodiek, per fase

In deze paragraaf bespreken we eerst op een systematische manier de sterke en zwakke punten van de methodiek per stap/fase.

6.1 Fase 0, de interesse voor IGM bij het werven van pilots

De werving van pilotorganisaties liep moeizamer dan was verwacht. Daarom is besloten om, hoewel dit aanvankelijk niet was gepland de wervingsfase van de pilots gericht te evalueren.

Sterke punten van IGM bij het werven van pilots

De volgende sterke punten van het IGM concept kwamen naar voren in de fase van werving/selectie van pilotorganisaties:

- IGM kan bijdragen aan het vergroten van de efficiëntie en effectiviteit van afzonderlijke gezondheidsbevorderende maatregelen.
- IGM kan bijdragen aan de borging van projecten binnen de organisatie en de ontwikkelingen.
- Borging zit meer in strategieën die meer direct aansluiten op corebusiness van de organisaties zoals kwaliteitssystemen/arbozorgsystemen etc. gezondheid kan hier als onderdeel in worden opgenomen maar het is te pretentieus om te zeggen dat het de systemen overneemt/vervangt.
- De procesaanpak binnen IGM kan worden gebruikt als veranderingsstrategie.
- Er kan worden aangesloten bij actuele (HRM) onderwerpen in de organisatie.
- IGM kan wellicht een impuls geven als andere (kwaliteit)systemen hun werk hebben gedaan, om de organisatie meer mensgericht te maken.
- Gezondheid als strategisch thema draagt bij aan positieve uitstraling/ imago van het bedrijf.
- Voor sommige organisaties (onder andere arbodiensten, maar ook VWS en het WLZ): geldt dat IGM direct aansluit bij de brede benadering van gezondheid die centraal staat in het primaire proces van deze organisaties. Voor de Arbo Unie schept het tevens nieuw(e) mogelijkheden voor toekomstige producten/dienstverlening. Hiermee kan nieuwe business worden gegenereerd.

Lastige punten bij het werven van pilots

De volgende zwakke of lastige punten van het IGM concept kwamen naar voren in de fase van werving/selectie van pilotorganisaties:

- IGM en vertrouwen van het management
IGM gaat uit van een management-aanpak, maar in de wervingsfase loopt het contact meestal via de staf. Management-commitment bij IGM blijkt lastig en het vraagt tijd om het vertrouwen van het management te krijgen. Een business case aanpak, waarbij de toegevoegde waarde van IGM vanuit strategisch organisatiebelang wordt gezien kan daaraan bijdragen.
- De gevraagde investering (voor de begeleiding van de pilots)
De pilotorganisaties werd gevraagd de kosten te betalen voor de begeleiding van de invoering van IGM (adviseurs van TNO en/of NIGZ). De benodigde hoeveelheid begeleiding werd globaal geschat op de advieskosten voor 188 uur begeleiding (in twee gevallen werd die hoeveelheid werk lager ingeschat). Zeker doordat de pilots waren gepland in een economisch moeilijke periode betekende dit een forse

drempel voor deelname: bedrijven hebben in periodes van economische teruggang sowieso weinig geld om te investeren. Bij aanvang van het project kon de (financiële) opbrengst van deelname onvoldoende gekwantificeerd worden.

- Onduidelijkheid over de meerwaarde van IGM
De verwachte resultaten en effecten voor het bedrijf bij het gebruik van IGM konden nog onvoldoende worden geëxpliciteerd en worden onderbouwd.
- IGM en de relatie tot overige managementsystemen
Naast IGM gebruiken veel bedrijven ook andere managementsystemen. De meerwaarde van IGM is in zo'n situatie nog onvoldoende uitgewerkt. Bedrijven die al ver zijn in hun ontwikkeling op het gebied van veiligheid en gezondheid ervaren het als lastig IGM te koppelen aan eigen systemen en aanpak. Bedrijven die hierin minder ver gevorderd zijn, ervaren IGM juist als ambitieus en omvangrijk.
- Kan er met IGM voldoende maatwerk worden geboden?
IGM sluit aan op en versterkt bestaande ontwikkelingen en initiatieven vanuit een strategisch en integraal karakter. Dat maakt dat een adviseur behoorlijk bekend met het bedrijf moet zijn, om daadwerkelijk te kunnen aangeven welke kansen er via IGM kunnen worden geschapen.
Deels hangt dit samen met de aanpak gericht op brede verankering op management niveau. Die verhoudt zich lastig tot bijvoorbeeld de vraag: 'we willen graag stress aanpakken. Wat wordt er dan concreet in het IGM traject aan het thema stress gedaan?'
- De abstractie van IGM
Het algemene IGM traject kan duidelijk worden geschetst. Maar het blijft een proces van maatwerk, waarin het lastig is om aan te geven met welke concrete activiteiten bedrijven precies te maken krijgen bij het toepassen van IGM.
- Negatieve connotaties van gezondheid en gezondheidsbeleid
Voor bedrijven levert het begrip 'gezondheid' niet automatisch een positieve connotatie op. Tevens speelt soms dat 'gezondheid' vooral wordt geassocieerd met gezondheidsproblemen. Dat wordt al snel gezien als iets voor een dokter of voor de persoon zelf, en minder gezien als een issue voor de manager of het bedrijf.
Ook speelt soms een aarzeling omdat men lifestyle en andere gezondheidszaken vooral ziet als een privé-aangelegenheid, waar de werkgever zich niet mee te bemoeien heeft.
- IGM rapporten stimuleren niet, maar schikken af.
Verder vindt men de IGM rapporten te omvangrijk. Dit schrikt af.

Positieve ervaringen en suggesties bij aanbieden van IGM:

- Bij het werven van pilots is het zinvol om de dialoog aan te gaan over de relatie van IGM met de bedrijfsvoering en organisatie ontwikkeling. Dit maakt meer verbindingen duidelijk met bestaande initiatieven en ontwikkelingen en daarmee het strategische organisatie belang. Ook leidt dit onder meer tot ervaren 'eigenaarschap' bij het management van de organisatie.
- Het benaderen van de aandachtspunten en uitdagingen voor de bedrijven vanuit de strategische invalshoek (wat is strategisch gezien de toegevoegde waarde?) lijkt zinnig om de meerwaarde die men het meest gemakkelijk aan IGM koppelt (verzuimreductie, risicobeheersing en gezondheidswinst sec) te overstijgen. Het gesprek kan dan veel meer ook gaan over de meerwaarde van IGM in termen van borging van goed lopende zaken en de bijdrage van IGM aan de gewenste of noodzakelijke organisatieontwikkeling c.q. het creëren van condities waaronder mensen optimaal kunnen functioneren.

- IGM is bij uitstek een procesaanpak (geen concreet product). Het proces om te komen tot keuzes voor gezondheidsinitiatieven en om IGM te implementeren kan gebruikt worden om veranderingen en vernieuwingen in de organisatie te stimuleren. Door dit in de wervingsfase met het management te bespreken kan gemakkelijker de verbinding met organisatie ontwikkeling worden gelegd.

6.2 Fase 1: Voorbereiding: Opstellen startnotitie, communicatieplan

Bij deze, volgens de methodiek, eerste stap om te komen tot het invoeren van IGM gaat het om het goed voorbereiden van het concept IGM in de vorm van het opstellen van een startnotitie dan wel een communicatieplan. Op grond hiervan kan draagvlak voor IGM worden gecreëerd en kan verdere uitwerking van IGM binnen de organisatie gestalte krijgen. Deze fase dient te leiden tot betrokkenheid bij het management en een startnotitie.

De vier pilotorganisaties hebben allen zo hun eigen redenen om te willen deelnemen aan het IGM project. OCW wil de al in gang gezette gezondheidsprojecten op een geïntegreerde wijze implementeren. Bij VWS is de beleidsafdeling POG zelf initiator van IGM-activiteiten en VWS wil verder een Model of Good Practice worden; Arbo Unie heeft als doelstelling IGM binnen de eigen organisatie te implementeren mede om het als dienstverleningsconcept steviger te kunnen verkopen. Het Waterlandziekenhuis kiest voor IGM om het gezondheidsbeleid goed te kunnen borgen en prestaties van het gezondheidsbeleid meetbaar te maken.

Belangrijk is daadwerkelijk management commitment. De startnotitie is een hulpmiddel daartoe. Alleen een formele notitie is echter niet genoeg. Bij het ministerie van VWS was een formele toezegging door het management gedaan om te starten met IGM en was een startnotitie opgesteld, maar toch werd IGM direct gedelegeerd naar de stafafdeling DP&O met wisselende personele bezetting voor IGM; het project liep daarom moeizaam, hetgeen tot vertragingen leidde.

Het Waterlandziekenhuis is de enige pilot waar geen startnotitie werd gemaakt, maar daar was en is wel een stevig draagvlak bij de Raad van Bestuur, management een ook de OR aanwezig. Deze drie partijen hebben in de voorbereidende fase over het concept en de meerwaarde ervan met elkaar gesproken en zich gecommitteerd.

Punten van aandacht in deze fase:

- Vanuit de begeleidende instantie (TNO/NIGZ) bleek het belangrijk voldoende tijd uit te trekken om IGM bij de relevante partijen (management, Raad van Bestuur, hoofd P&O, OR) qua meerwaarde goed uiteen te zetten (Waterlandziekenhuis).
- Het goed aansluiten van het IGM-concept bij reeds in de organisatie lopende ontwikkelingen en initiatieven dan wel gezondheidsmodellen/-instrumenten is essentieel, om meerwaarde van IGM ten opzichte van bestaande (gezondheids)projecten te kunnen aangeven (Waterlandziekenhuis en OCW).
- Reorganisaties en personele wisselingen van trekkers leiden tot andere prioriteiten van het management. Dit leidt al snel tot uitstel van bijeenkomsten over IGM (Arbo Unie, OCW, VWS). Zonder daadwerkelijk management commitment maakt de invoering van IGM weinig of geen kans.
- De slag van het in kaart brengen van te verwachten gezondheidswinst naar mogelijke bedrijfsopbrengsten blijkt lastig te maken. Gezondheidswinst sec blijkt soms voor organisaties een onvoldoende motief, zeker als men reeds een laag ziekteverzuim percentage heeft gerealiseerd (VWS). Het formuleren van

doelstellingen in termen van meer strategisch ervaren items en een maken van een business case vanuit de strategische organisatiedoelstellingen kunnen bijdragen aan de motivatie en het commitment van het management.

- Bij de IGM meter (MKB versie) is het raadzaam om naast de open vragen die er in opgenomen zijn, aan te geven wat de beoogde scope is van iedere ontwikkelingslijn. Alleen 'open vragen' kunnen tot niet constructieve discussies leiden (men verliest zich in een voorbeeld).
- Om discussies te voeden en het kritische vermogen te versterken kunnen bij startbijeenkomsten tevens inventarisaties afkomstig uit RI&E's, medewerkertevredenheid etc. worden benut. Een startbijeenkomst beslaat hierdoor minstens 2 uur (WLZ).
- Indien op ad hoc basis al veel gebeurt op het gebied van gezondheid, het verzuim niveau als acceptabel wordt ervaren en kan IGM meerwaarde bieden in termen van het structureren en borgen van goed lopende activiteiten (WLZ). Voor VWS en OCW zijn de bijdrage aan structureren en borgen niet voldoende gebleken om voldoende urgentie en draagvlak voor een succesvolle implementatie van IGM te bewerkstelligen. De urgentie om tijd en energie in het IGM-concept te steken vermindert dan gemakkelijk. Dit kan tot vertraging leiden. Het is zaak om bij de implementatie van IGM vooral goed aan te sluiten bij de strategische doelen en organisatie ontwikkelingen en juist gezondheidsinitiatieven te stimuleren die daaraan bijdragen.
- Gezondheid vanuit een breed perspectief benaderen, wordt als positief ervaren (OCW).
- Bij het toepassen van de IGM methodiek dient een vertaalslag richting het bedrijf te worden gemaakt, zodat de taal en incentives aansluiten bij belevingswereld van het bedrijf.

6.3 Fase 2: Starten met IGM

Bij het starten met IGM gaat het om een gezamenlijk interactief proces met alle relevante betrokkenen waarin de stand van zaken met betrekking tot IGM wordt beoordeeld en ambities voor verbetering worden vastgesteld. Vervolgens worden dan de taken en verantwoordelijkheden voor de realisatie bepaald. Dit kan worden verwoord in een startnotitie. Van belang is dat de het management volledig achter de verwoorde visie staat, en ook andere sleutel actoren zich erin kunnen vinden. Lopende gezondheidsactiviteiten kunnen in beeld worden gebracht. Met behulp van de IGM Meter wordt de uitgangssituatie op de verschillende ontwikkelingslijnen bepaald.

Doelen van deze fase:

- Ontwikkelen van een gezamenlijke visie op het belang van gezondheid voor de organisatie.
- Vaststellen uitgangssituatie, ambities en beleidslijn ten aanzien van IGM.
- Instemming en betrokkenheid van alle partijen.
- Afspraken maken over de verdeling van verantwoordelijkheden.

Het is belangrijk dat de directie het plan van aanpak vaststelt. Dat was – op verschillende manieren in alle vier de pilotorganisaties het geval- in drie gevallen (VWS, OCW, WLZ) was dat al bij de startbijeenkomst het geval.

Tijdens de startbijeenkomsten is de IGM-Meter (de uitgebreide versie dan wel de verkorte MKB vorm) ingebracht en besproken. Deze leidde tot zinvolle discussies

waarin het IGM-concept voor partijen ging leven en gemakkelijker aan het dagelijkse werk kon worden gekoppeld.

Een drietal organisaties (OCW, Arbo Unie, WLZ) kozen in eerste instantie voor het implementeren van IGM in een beperkt aantal afdelingen of regio's. Het oogmerk was steeds de aanpak in een later stadium over de gehele organisatie verbreden (olievlekwerking).

Punten van aandacht bij het starten van IGM

- Neem voldoende tijd voor het gebruiken van de IGM-Meter en de hiermee gepaard gaande discussies. Hierdoor wordt het IGM-concept duidelijker, spreekt het meer aan en neemt het draagvlak toe.
- Als de MKB variant van de IGM Meter wordt gebruikt: laat de betrokkenen breder denken dan in dat instrument: de ontwikkelingslijnen omvatten meer dan daar is aangegeven, en dit kan de discussie verrijken en verdiepen.
- Zorg dat de IGM-trekkers voldoende tijd hebben voor hun activiteiten en vermijd zo mogelijk personele wisselingen hierin. (VWS, OCW).
- Leg ook duidelijke verantwoordelijkheden bij de afdelingen zelf (WLZ, Arbo Unie, OCW).
- Gezondheidswinst *sec* is voor het management nauwelijks relevant. Juist de uitdaging om de verbinding te maken tussen gezondheid en bedrijfsperformance kan het management triggeren.
- Formuleer vooraf een heldere IGM doelstelling. Op basis daarvan kan een strategie worden gekozen (bijvoorbeeld gericht op efficiëntie of cultuur) (OCW).
- IGM is een abstractie. Daarom is het last om er 'leken' zelfstandig mee aan de slag te laten gaan. Enige begeleiding is wenselijk (OCW).
- Voor een succesvolle implementatie van IGM zouden video- en PowerPoint presentaties en voorbeelden van concrete en succesvolle activiteiten kunnen helpen actoren te motiveren (OCW).
- Alleen bij de VWS pilot is de lange versie van de IGM meter gebruikt. Dit leidde tot veel discussie. Op zich gaf het veel duidelijkheid over het referentiekader en per ontwikkelingslijn kon een duidelijke omschrijving worden gegeven van de vereisten wat bruikbare input opleverde voor het plan van aanpak. De vraagstelling leidde nog wel tot meer discussie dan wenselijk is in een beslisproces.

6.4 Fase 3: Het opstellen van het plan van aanpak

In de fase van het opstellen van het Plan van Aanpak worden implementatieplannen voor de verschillende deeltrajecten opgesteld. Lijn managers, staf (P&O, Arbo) en medewerkers en eventueel externe partijen (Arbo?) kunnen hierbij vertegenwoordigd zijn. De voortgang van de verschillende deeltrajecten dient periodiek besproken te worden in het managementteam of de directie. Op deze wijze blijft men goed op de hoogte van de ontwikkelingen in de deeltrajecten en kan er voor een goede afstemming gezorgd worden.

Bij het Ministerie van OCW bleek het opstellen van implementatieplannen op basis van de ingevulde IGM-meter lastig. Beslissingen die meerdere niveaus beslaan, kosten tijd en het stellen van concrete doelen, het toekennen van bevoegdheden en verantwoordelijkheden leidden er al gauw toe dat keuzes uitgesteld worden (hetgeen zelfs kan leiden tot afstel).

Een ander dilemma is hoe maak je die plannen: top-down, of bottom-up? In de praktijk werden vaak mengvormen toegepast, (WLZ) maar soms varieerde dit binnen één organisatie per afdeling (OCW, AU). Bij een top-down benadering hoort ook eerder één plan voor de gehele organisatie terwijl een bottom-up aanpak eerder leidt tot maatwerk en betrokkenheid per afdeling.

Bij decentrale aanpak is het wel belangrijk dat ervaringen goed worden uitgewisseld, en dat iemand tot taak heeft dat te bewaken c.q. ervoor te zorgen.

Bij het WLZ bleek het zinnig om per activiteit heldere prestatie indicatoren te ontwikkelen. Dit leidt tot meer concrete doelen en maakt het ook mogelijk de voortgang beter te monitoren (en zo nodig corrigerende maatregelen te nemen).

Punten van aandacht bij het opstellen van het plan van aanpak:

- Zoek bij het formuleren van de plannen naar de toegevoegde waarde bezien van organisatiebelang ten aanzien van de gewenste opbrengsten en bijbehorende gezondheidsinitiatieven. Maak het management daarvoor verantwoordelijk.
- Als het management de verantwoordelijkheid neemt en de doelstellingen vanuit strategisch belang worden geformuleerd kunnen de plannen in relatief korte tijd worden gemaakt (WLZ en Arbo Unie), terwijl dat anders (erg) lang kan duren (VWS, OCW).
- Het is belangrijk, maar ook lastig om IGM verbeterpunten en doelstellingen door middel van prestatie-indicatoren meetbaar te maken. Tegelijkertijd wordt het hierdoor wel concreet (WLZ).
- Breng voor het formuleren van IGM-prestatieindicatoren in kaart welke indicatorensets in de organisatie reeds gebruikt worden. Voorkom dubbel-monitoring en onnodig werk (WLZ).
- Zorg er voor dat bij het formuleren van IGM verbeterpunten zoveel mogelijk wordt aangehaakt bij al bestaande processen en procedures (WLZ). Haak ook aan bij bestaande overlegmomenten en werkgroepen.
- Door IGM zowel op centraal als op decentraal niveau te starten overstijgt het niveau van een project en leidt het tot betrokkenheid van de gehele organisatie. Het krijgt hierdoor zowel een plek in de bedrijfsvoering als in de aansturing (WLZ).
- Zorg dat in de fase van plannen maken een duidelijk kader voor de participanten wordt aangegeven. Het gaat dan om de vervolgstappen en hoe die te maken zijn (WLZ).

6.5 Fase 4: Implementeren (doen), het uitvoeren van het plan van aanpak

Om het plan van aanpak goed uit te voeren, zijn middelen, faciliteiten en menskracht nodig. Uit de plannen moet duidelijk blijken welke doelstellingen hoe bereikt dienen te worden: wie, wat, wanneer en hoe. Om de implementatie goed te laten verlopen, moeten de betrokkenen geïnformeerd worden over doel en aard van de activiteiten, wanneer ze gepland zijn en welke procedures daarbij worden gevolgd. Verder dient het geheel goed gemonitord te worden.

Reorganisaties (AU, OCW), kunnen er gemakkelijk toe leiden dat “pauzes” worden ingelast, en de uitvoering van IGM plannen wordt vertraagd (voor IGM gold dat voor de planning ook al in de allereerste fase tijdens het opstarten)

Al met al geldt voor alle pilots dat ze nog in het beginstadium van de implementatiefase staan.

Punten van aandacht bij de implementatie:

- Een actieve betrokkenheid van het management en andere belanghebbenden, ook in de implementatiefase, is van belang voor een goede inbedding van IGM en afstemming van activiteiten. Hierdoor wordt de toegevoegde waarde van IGM duidelijker en kan verzilverd worden.
- Een plan alleen is nog niet voldoende om tot voortvarende uitvoering te komen. (VWS).
- Denk aan de tweede, pragmatische lijn van de IGM methodiek: schep ruimte voor eigen initiatief (OCW).
- De sleutelfiguren zijn essentieel om IGM succesvol te kunnen implementeren, personele wisselingen kunnen verstoringen werken (VWS, OCW).

6.6 Fase 5: Het evalueren en bijstellen van IGM activiteiten

Vanuit de IGM methodiek ligt in deze fase de nadruk op de evaluatie van het totaal. Dat was op de datum van afsluiten van het project voor de pilots nog niet aan de orde. Wel was het zinvol met alle pilotorganisaties het pilotverloop te evalueren.

De punten uit die evaluaties zijn in de paragrafen hierboven al verwerkt, voor zover zij op één specifieke fase betrekking hadden.

Voor alle fasen geldt daarnaast:

- Indien de meerwaarde in termen van bedrijfsperformance (en eventueel de financiële meerwaarde) van IGM onvoldoende expliciet wordt gemaakt, kan dit voor het management reden zijn om het niet op te pakken (VWS).
- Het werken met leernetwerkbijeenkomsten waarin ervaringen zijn uitgewisseld, is als zeer positief ervaren. Ook in de organisatie zelf zou een vergelijkbare structuur opgezet kunnen worden (OCW).

Aan de hand van het introduceren en implementeren van IGM doe je als organisatie op het gebied van gezondheid en vitaliteit veel inzichten op (VWS). Inhoudelijk sluit IGM goed aan op de onderwerpen ‘arbeidsomstandigheden, verzuim en re-integratie’ (OCW). Tegelijkertijd is het een andere wijze van kijken die meer buiten de kaders van de organisatie reikt (WLZ). Door IGM kom je losser te staan van het verzuimdenken en is de focus naast ziekten vooral ook op de werkenden gericht (en daarmee een directere mogelijkheid om de verbinding te maken met bedrijfsvoering, productiviteit en innovatie) (Arbo Unie).

Dat IGM middels een aantal pilots is neergezet, is door de organisaties als overwegend positief ervaren. Het betekent dat er met de begeleidende instanties (TNO en NIGZ) overleg kon plaatsvinden en dat er tijdens de leernetwerkbijeenkomsten waar alle pilotorganisaties bijeen kwamen, ervaringen uitgewisseld konden worden. ‘Een zinnige opzet’, aldus de deelnemers.

Het is zinvol als er een breder repertoire van implementatie strategieën voorhanden komt (bijvoorbeeld een culturaanpak voor IGM). Te denken valt aan strategieën gebaseerd op zowel rationaliteit, normen en waarden, belangen, macht en dwang, als van inspireren en motiveren. Maar ook aan strategieën waarbij naast beleidsformulering meer aandacht is voor concrete bottom-up initiatieven.

Voor sommige organisaties is het belangrijk dat IGM goed aansluit bij bestaande management systemen of instrumenten, zoals: INK Model, Balanced Score Card, of

werken met Kritische Prestatie Indicatoren. Deze relaties zijn in sommige pilots wel wat uitgewerkt (zoals het werken met KPI's in WLZ), maar op andere punten kan dit nog verder worden uitgewerkt.

7 Beantwoording van concrete onderzoeksvragen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vijf concrete onderzoeksvragen die waren geformuleerd in hoofdstuk twee, namelijk:

1. Spreekt de methodiek het management en ook de medewerkers aan?
2. Is de methodiek zelfstandig te gebruiken binnen het bedrijf?
3. In hoeverre voldoet de huidige IGM Methodiek voor het strategisch verankeren van gezondheidsmanagement?
4. Op welke punten behoeft de IGM Methodiek aanpassing en/of aanvulling?
5. Op welke punten behoeft het IGM concept aanpassing en/of aanvulling?

7.1 Spreekt de methodiek managers en medewerkers aan?

In deze paragraaf wordt ingegaan op de aanspreekbaarheid voor managers en werknemers.

7.1.1 Aanspreekbaarheid voor managers

Voor managers moet het duidelijk zijn dat investeren in gezondheid ook daadwerkelijk iets gaat opleveren voor de organisatie en dat IGM een toegevoegde waarde biedt die een nieuwe investering rechtvaardigt; louter gezondheidswinsten zijn hiervoor doorgaans niet voldoende.

Terwijl het IGM concept zoals in 2003 gedefinieerd, zich vooral richtte op de impact van bedrijfsvoering op gezondheid, blijkt het voor managers primair om de andere kant te draaien: de impact van gezondheid op de bedrijfsvoering. Het concept spreekt waarschijnlijk beter aan als daarbij goed wordt aangesloten.

Reorganisaties leiden al snel tot minder hoge management prioriteit voor IGM. Dit zou te maken kunnen hebben met het gebrek aan aangetoonde toegevoegde (strategische) waarde van IGM. Als managers IGM ervaren als iets wat ook nog moet (een soort verplichting, niet echt belangrijk), verdwijnt de interesse vanzelf -zeker in tijden van reorganisaties. Maar als managers de overtuiging hebben dat dit de weg naar de toekomst is, kan men een reorganisatie juist gebruiken als vehikel om met IGM aan de slag te gaan en bij te dragen aan de gewenste veranderingen (Zwetsloot & Van Scheppingen 2005).

Meerwaarde wordt door managers gezien in het bespreken van gezondheid vanuit diverse perspectieven in relatie tot de organisatie en mensen. Wat doet gezondheid in de organisatie? Voor het WLZ geldt bijvoorbeeld dat gezondheid primair impact heeft richting patiënten. Daarnaast heeft het ook impact richting medewerkers (Waterlandziekenhuis). Iets vergelijkbaars geldt ook voor VWS.

Managers beoordelen IGM in het algemeen als kwalitatief goed en interessant. Argumenten om met IGM te starten zijn bijvoorbeeld gehoor geven aan het initiatief van de medezeggenschap en behoefte aan structuur (OCW). Practice what you preach. (VWS, AU, WLZ). WLZ wil door middel van IGM continuïteit bieden en strategische borging van gezondheid.

Arbo Unie ziet IGM naast de toegevoegde waarde die het voor de eigen organisatie kan hebben en de effecten daarvan op de medewerkers, als mogelijkheid voor een nieuwe propositie voor haar klanten.

Vanuit de methodiek is het betrekken van de top van de organisatie een belangrijke randvoorwaarde. Dit is lastig als de cultuur er niet naar is om de top er actief bij te betrekken, zoals bij VWS.

Managers zijn sleutelfiguren bij het formuleren beleid, het beïnvloeden van de cultuur, en het creëren van financiële ruimte. Daarnaast kan op afdelingsniveau verantwoordelijkheid worden neergelegd voor uitvoering van gezondheidsbevorderende activiteiten. Op een dergelijke manier wordt het van de grond krijgen van IGM waarschijnlijk vergemakkelijkt.

Aandachtspunt is dat bij aanwezigheid van meerdere afdelingen dikwijls geen onafhankelijke beleidsbeslissingen worden kunnen genomen. Voorkomen moet worden dat de diverse niveaus op elkaar gaan zitten wachten.

7.1.2 *Aanspreekbaarheid medewerkers*

Het IGM concept is nogal abstract. Het is geen ideaal “label” om activiteiten mee te labelen, of om over te communiceren met/op de werkvloer. Een OR gaf bijvoorbeeld aan dat de term ‘welzijn’ erin ontbreekt. Er zou geen automatische associatie met ‘mental health’ zijn. De benaming van de ontwikkelingslijnen is zonder toelichting en actieve communicatie over de inhoud (wellicht gekoppeld aan de ‘IGM-meter’ niet zondermeer duidelijk voor de medewerkers.

Betrokkenheid van de medewerkers is essentieel voor IGM. Het gaat er ondermeer om dat werknemers zelf de verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid, en die van hun directe collega’s, nemen. Aandacht voor de persoonlijke waarde van gezondheid (bijvoorbeeld in termen van onafhankelijkheid, zelfstandigheid, het vermogen tot duurzaam verwerven van inkomsten en de betekenis voor het privé leven) kan sterker benadrukt worden.

7.2 Is de methodiek zelfstandig te gebruiken?

Zelfwerkzaamheid van organisaties met betrekking tot IGM lijkt goed mogelijk, maar alleen als er aan bepaalde voorwaarden is voldaan. Het WLZ had al een eerder project (OWAG) gerealiseerd, en bewustzijn en betrokkenheid waren daarom al aanwezig. Binnen OCW bleek echter dat de diverse directies ondersteuning nodig hadden. Het concept IGM is nogal abstract, en zonder begeleiding is niet zondermeer duidelijk wat men ermee kan.

Veel zal staan of vallen met (1e) het daadwerkelijke commitment van het hoogste management en (2e) met de kwaliteiten (inhoudelijk en communicatief) en mogelijkheden (tijd, middelen) die de interne trekker tot zijn/haar beschikking heeft.

De methodiek is weinig praktisch. Zonder praktische voorbeelden en training van een aantal sleutelpersonen is de methodiek in de huidige vorm niet zelfstandig bruikbaar.

Het valt te overwegen om “IGM trekkers” te voren een training van enkele dagen te geven, om hun goed voor te bereiden op hun taken. De suggestie van WLZ was om een begeleiderprofiel voor IGM als expliciet als onderdeel van de methodiek op te nemen.

Tenslotte is het belangrijk of de organisatie al ervaring heeft opgedaan met andere (management) systeem aanpakken en/of cultuurveranderingstrajecten.

7.3 Is de methodiek geschikt voor het strategische verankeren van IGM?

In deze paragraaf zijn de conclusies verwoord met betrekking tot de strategische verankering van IGM.

Op basis van de pilots blijkt dat IGM een meerwaarde kan hebben bij het realiseren van een strategisch verankerd gezondheidsmanagement met een positieve insteek. Dit gaat echter niet vanzelf. Het vergt expliciete aandacht van het management (en van externe begeleiders).

De keuze voor activiteiten binnen de pilotorganisaties richtte zich vooral op het versterken van gezondheid als strategisch thema, leiderschap, cultuur en gedrag, en leefstijl. De strategische verankering behoorde dus stevast tot een van de belangrijkste zaken in de pilots. Daarmee is niet gezegd dat het altijd goed zat met de strategische verankering. Binnen VWS werd het voornamelijk door de Beleidsdirectie als strategisch thema gezien, en ook wel door enkele individuele medewerkers van DPO. Bij OCW werd gezondheidsmanagement als strategisch thema gezien, maar bij uitvoering liep men vast op zaken die bij grote organisaties centraal geregeld moeten worden. Bij Arbo Unie en Waterland Ziekenhuis was het commitment van de top het duidelijkste aanwezig, mede omdat men het ziet als versterkend voor de kernactiviteiten van de organisatie.

Het is ook het gemakkelijkst om de ontwikkelingslijn vitale en gezonde mensen met concrete activiteiten vorm te geven. Het projectmatige karakter van de pilots kan onbedoeld hebben bijgedragen aan de focus op concrete activiteiten (met beoogde zichtbare resultaten). Andere belangrijke ontwikkelingsmogelijkheden, bijvoorbeeld gezondheid in relatie tot leiderschap, cultuur en gedrag zijn minder gemakkelijk in concrete activiteiten te vertalen (en pasten ook minder goed bij de vrij rationeel planmatige aanpak van de pilots. Men miste methoden om ook daar concreet handen en voeten aan te geven.

Daadwerkelijke verantwoordelijkheid van het (lijn) management draagt bij aan de voortvarendheid waarmee gewerkt wordt aan IGM activiteiten en inbedding van IGM (zie het WLZ en Arbo Unie). Dit uit zich onder meer in de keuze van initiatieven met een directe toegevoegde waarde vanuit strategisch bedrijfsbelang en maatwerk waarin diverse afdelingen verschillende keuzes maken. Dit heeft meerwaarde ten opzichte van een systematische en lineair ingericht project waarin plannen door een projectteam worden ingegeven zonder managementverantwoordelijkheid.

Bij dit alles blijft wat onduidelijk in hoeverre het commitment van de top zich in de loop van de pilotprojecten positief of negatief ontwikkelde; zeker is dat er al bij aanvang van het project grote verschillen in commitment van de top waren. Daarmee blijft de vraag of de methodiek tot betere de strategische verankering van gezondheidsmanagement heeft geleid, moeilijk te beantwoorden.

7.4 Op welke punten heeft de IGM methodiek aanpassing of aanvulling?

Uit de evaluatie van de diverse fasen, maar vooral de wervingsfase blijkt dat met name de toegevoegde waarde vanuit strategische organisatiebelang, de verbinding met organisatieontwikkeling, de samenhang met andere managementsystemen en concrete voorbeelden bijdragen aan het noodzakelijke commitment voor IGM vanuit de top van een organisatie. Zonder een duidelijk inzicht in de toegevoegde waarde van IGM blijkt het lastig IGM te implementeren. De methodiek zou hiervoor uitgebreid kunnen worden met een business case aanpak, die in elke fase wordt ingezet.

De Systeemaanpak (hoofddlijn in de methodiek)

De IGM methodiek is in sterke mate opgezet vanuit een “systeembenadering”, waarin de rationele aanpak, (Deming cycle, stappen plannen) centraal staat. Met die aanpak is op zich zelf niets mis, maar deze is niet in alle situaties het meest effectief: er is simpelweg behoefte aan een breder repertoire aan strategieën om IGM in te voeren.

Dat kwam enerzijds tot uiting tijdens de leernetwerk bijeenkomst waar een grote interesse bleek voor een aanpak die directer intervineert op (versterking van het) leiderschap en verandering van de cultuur.

Anderzijds bleek tijdens diverse pilots (en in sommige gevallen zelfs al in de wervingsfase) dat al veel organisaties allerlei plannen hebben en er moeite mee hebben om die ook werkelijk uit te voeren. Nog meer plannen maken heeft dan weinig zin. Planmatig te werk gaan blijkt in sommige situaties enthousiasme te kunnen remmen, en soms tot vertragende discussies over verantwoordelijkheden te leiden (die vertragend kunnen werken op de uitvoering).

De pragmatische lijn

De IGM methodiek kent een tweede, pragmatische lijn. Voor deze lijn – die meer aanknopingspunten biedt om in te spelen op zaken die in de organisatie leven – en die potentieel ook eerder tot een cultuurverandering zal leiden, zijn in de in 2004 ontwikkelde methodiek feitelijk geen instrumenten ontwikkeld. Daar is wel behoefte aan.

De IGM meter

De IGM meter is een vrij uitgebreid meetinstrument. Het is in de vier pilots maar één maal in die vorm gebruikt (alleen VWS). De verkorte versie is gebruikersvriendelijker, maar heeft een aantal beperkingen – met name met betrekking tot betrouwbaarheid en volledigheid. Door ontwikkeling van de IGM meter naar een instrument dat èn gebruiksvriendelijk èn betrouwbaar is, is zeker wenselijk.

De startnotitie

Binnen drie van de vier pilots is een startnotitie opgesteld waar het management zich aan heeft gecommitteerd.

Het hebben van een startnotitie is nog geen garantie dat het concept ook in de praktijk wordt gedragen en ondersteund door het management. Bij het ministerie van VWS is het concept bijvoorbeeld volledig overgedragen aan DP&O en zijn geen afspraken ten aanzien van uitvoering op managementniveau gemaakt.

Het is niet zo dat het management actief taken moet uitvoeren voor een succesvolle implementatie van IGM maar een meer nadrukkelijke bijdrage en eindverantwoordelijkheid is noodzakelijk om te voorkomen dat het concept op de tekentafel blijft liggen en sterk afhankelijk is van een aanwezige en enthousiaste trekker.

Het ontbreken van een startnotitie betekent niet dat het management onvoldoende betrokken is bij de keuze voor IGM. Het Waterlandziekenhuis is bijvoorbeeld de enige pilot waar de startnotitie ontbreekt, maar waar wel een stevig draagvlak bij de OR, Raad van Bestuur en management aanwezig is. De meerwaarde is besproken en het management heeft zich ook in de praktijk gecommitteerd aan het plan.

De overige instrumenten

Veel andere instrumenten uit de IGM methodiek zijn niet of nauwelijks gebruikt. De pilotorganisaties hadden er vaak niet zo veel behoefte aan – of beschikten zelf al over vergelijkbare instrumenten. Daarmee is niet gezegd dat deze instrumenten niet zouden werken of onzinnig zijn maar ze zijn kennelijk voor de praktijk minder belangrijk.

Netwerkaanpak

De netwerkaanpak van IGM is een interessante ontwikkeling (GEPOMA voorbeeld) Er is sprake van kruisbestuiving, men stimuleert en enthousiasmeert elkaar, men leert van elkaar. Daarnaast ziet men mogelijkheden om kennis en diensten gezamenlijk in te kopen. Vooral voor MKB bedrijven is dit een interessante ontwikkeling.

Nuttige aanvullingen

In de IGM methodiek is nog onvoldoende aandacht voor de bedrijfskundige voordelen die men met IGM kan bereiken. Bij het WLZ is de Business Case methodiek gebruikt om deze kant beter voor het voetlicht te brengen. Het ontwikkelen van prestatie indicatoren – bij WLZ een belangrijke activiteit – past eveneens in deze lijn.

Een tweede punt dat hiermee samenhangt, is een methodiek voor een gerichte dialoog over de strategische meerwaarde van IGM. Door de TNO adviseurs is soms ervaring ingebracht die elders was ontwikkeld onder de term Strategisch Arbomanagement (Zwetsloot & Van Scheppingen 2005).

Behoefte aan een cultuuraanpak

Naast de systeem-aanpak is er behoefte aan een cultuur aanpak. In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat het kenmerk van de huidige methodiek is dat het kan worden gekarakteriseerd als een 'systeemaanpak'. Dat wil zeggen dat er veel nadruk ligt op systematiek, het vormgeven van elementen in het systeem (zoals de verantwoordelijkheden, bevoegdheden, plannen en borgingsprocedures etc.). Inmiddels is gebleken dat er naast een systeemaanpak zeker ook behoefte is aan een aanpak waarin cultuurverandering en organisatieleren meer centraal staan (zie verslag derde leernetwerkbijeenkomst IGM). Ook in het IGM-MKB traject is gebleken dat cultuuraspecten erg belangrijk zijn.

TNO is inmiddels gestart met de ontwikkeling van een 'cultuur en leren'- tool en er zijn reeds enkele organisaties die belangstelling voor deze aanpak hebben getoond.

Behoefte aan stuurinstrumenten

Een volgend punt is dat voor gezondheidsmanagement veelal aansluiting wordt gezocht bij bestaande managementsystemen zoals als Balanced Score Card of INK Model.

Investeren in gezondheid van mens en organisatie wordt dan liefst opgehangen aan bestaande systemen. Daarnaast is ook een meer algemene inbedding in de stuurmechanismen van de organisatie, bijvoorbeeld door het gebruik van performance indicatoren en integratie daarvan in de planning en control cyclus een interessante optie, die op termijn ook benchmarking zinvol maakt.

Het is de vraag hoe groot de vraag is naar IGM als een “stand alone” systeem (zoal nu in de methodiek het geval is). Aanvullende instrumenten om het gemakkelijker te kunnen integreren in het INK Model, de Balanced Score Card, en wellicht ook Investors in People zouden een nuttige aanvulling kunnen zijn op de huidige methodiek. Win-win situaties zouden wellicht mogelijk zijn met betrekking tot:

- **Verbeteren bedrijfsvoering** (bijvoorbeeld business case, economische opbrengsten, prestatie indicatoren, management betrokkenheid en leiderschap).
- **Human Resource Management** (bijvoorbeeld vergrijzing, combineren werk en privé, levenslang leren/employability, werkvermogen, stijl van leidinggeven).
- **Arbeidsomstandigheden** (bijvoorbeeld preventie activiteiten, Arbomanagement, belasting/belastbaarheid, rol arbodiensten).
- **Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen** (vooral de twee externe lijnen van IGM, arbeidsverhoudingen).
- **Goed Werkgeverschap en Goed Werknemerschap** (vooral koppeling aan lijn gezonde sociale werkomgeving).
- **Kwaliteitsmanagement** (koppeling aan INK/EFQM, terugdringen faalkosten).
- **Naar een innovatieve cultuur en sociale innovatie**, (dynamisch managen en organiseren, mentale wendbaarheid en creativiteit van managers en medewerkers)
- **Actief inkopen diensten en aansturen c.q. omgaan met dienstverleners** (leefstijl providers, arbodiensten, re-integratie bedrijven, bedrijfsmaatschappelijk werk etc.).
- **Veranderende rollen van sleutelpartijen** (managers het belang van gezondheid voor de bedrijfsvoering gaan onderkennen, medewerkers meer op eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid worden aangesproken, dienstverleners die niet alleen probleemoplosser zijn, maar waaraan ook wordt gevraagd een “medeontwikkelaar” te zijn).

Behoeft een goede mix van implementatie strategieën

Tenslotte zou in de methodiek het belang van een wisselwerking tussen top-down en bottom-up benaderingen meer aandacht kunnen krijgen. Er zijn nu weinig of geen instrumenten voorhanden voor het begeleiden van bottom-up initiatieven, en evenmin voor de afstemming van top-down en bottom-up benaderingen.

7.5 Op welke punten heeft het IGM concept aanpassing of aanvulling?

In deze paragraaf wordt geformuleerd, wat we uit de pilotprojecten kunnen leren met betrekking tot het concept IGM.

In de oorspronkelijke IGM definitie (2003) staat het managen van de ‘impact van de bedrijfsvoering op gezondheid’ centraal. Deze definitie heeft een beperkte bijstelling in het managen van de ‘wisselwerking tussen bedrijfsvoering en gezondheid’. Deze herdefiniëring is nodig om beter aan te sluiten bij de beleavingswereld van managers en om IGM bedrijfskundig beter in organisaties te kunnen verankeren. Het betekent expliciete aandacht voor de impact van gezondheid op de bedrijfsvoering.

Bijgestelde Definitie van IGM
Definitie 2003: Integraal Gezondheids Management is het systematisch managen van de effecten van de bedrijfsactiviteiten op de (volks)gezondheid (inclusief de gezondheid van de medewerkers), met het doel de gezondheid van mens en bedrijf te bevorderen.
Definitie 2006: Integraal Gezondheids Management is het systematisch managen van de <i>wisselwerking tussen</i> de bedrijfsactiviteiten en de (volks)gezondheid (inclusief de gezondheid van de medewerkers), met het doel de gezondheid van mens en bedrijf te bevorderen

Indertijd was ook een meer alledaagse omschrijving van IGM gemaakt. Deze zouden wij nu willen omvormen tot de volgende praktische definitie:

Van Integraal Gezondheids Management is sprake binnen een organisatie waar actieve aandacht is voor de gezondheid van de medewerkers en de stakeholders van de organisatie, op een manier dat dit bijdraagt aan een goede bedrijfsvoering.

De pilots geven aan dat het nodige commitment van het management niet primair ontstaat door gezondheidswinst als belangrijkste effectmaat te benoemen (en dus initiatieven met als beoogd effect gezondheid sec te definiëren), maar dat juist de bedrijfskundige opbrengsten het management aanspreken. Gezondheid is voor hen eerder middel dan doel.

Naast de formele definitie van IGM, is het belangrijk hoe het wordt begrepen.

Vanuit de definitie van de WHO is Gezondheid evenzeer gericht op fysiek, mentaal als sociaal welbevinden. Het wordt echter vaak vooral als fysieke gezondheid opgevat. Het wordt dan al snel voornamelijk geassocieerd met verzuim en leefstijl. Het is daarom belangrijk om expliciet aandacht te besteden aan de mentale en sociale aspecten van gezondheid, als men het concept IGM communiceert.

Een interessant punt is de vraag naar de zinvolheid van de zeven lijnen die in het IGM concept zijn onderscheiden. Er is op zich zelf geen reden om te twijfelen aan het feit dat alle zeven lijnen van belang kunnen zijn. Wel hebben we in de pilots gezien dat de concrete activiteiten zich doorgaans concentreren op enkele lijnen, die men verder wil ontwikkelen. De keuze voor concrete activiteiten is versterkt door het projectmatige karakter van de pilot en de nadruk in de huidige methodiek op de systeemaanpak.

De extern gerichte lijnen (gericht op een gezonde relatie met de externe omgeving, en de gezondheidsimpact van producten en diensten) speelden op strategisch niveau zeker een grote rol (voor drie van de vier pilotorganisaties geldt dat gezondheid belangrijk is in hun primair proces, zeker ook extern gericht naar klanten en doelgroepen van beleid). Hoewel deze strategische noties zeker van belang waren bij de beslissing om als pilot mee te gaan doen, en ze vaak voor het management ook belangrijk bleven – leidde dit in de pilots (nog?) niet of nauwelijks tot gerichte activiteiten om die twee externe lijnen verder te ontwikkelen. De keuze voor concrete activiteiten is versterkt door het projectmatige karakter van de pilot en de nadruk in de huidige methodiek op de systeemaanpak.

8 Conclusies ten aanzien van de hoofdvraag

In dit hoofdstuk worden de hoofdconclusies gepresenteerd. We gaan in op de in hoofdstuk 2 geformuleerde hoofdvraag: In hoeverre is de IGM methodiek geschikt om IGM te implementeren, en in hoeverre behoeft het IGM concept aanpassing?

In de vorige hoofdstukken zijn de bevindingen met de IGM methodiek op een systematische manier geanalyseerd, en is weergegeven wat de implicaties daarvan zijn voor de definitie van het concept IGM.

Al met al zijn de pilotprojecten zeker leerzaam geweest, maar geen doorslaand succes. Al in de fase van werving van pilotorganisaties bleek dat dit moeizamer verliep dan was verwacht. Ook het verdere verloop van de pilots liep in een aantal gevallen - vooral bij de beide Ministeries- nogal traag.

Vanuit onderzoeksmatig oogpunt maakt dit de IGM pilots overigens niet minder interessant. Vaak valt er veel meer te leren uit iets wat niet volgens de verwachtingen verloopt, dan uit interventies die wel volgens verwachting verlopen (en daardoor wellicht een groter succes lijken).

De volgende vraag is dan of dit ook betekent dat de IGM methodiek en het IGM concept wel voldoende perspectief rijk zijn.

In de paragrafen 7.4 en 7.5 is deze vraag deels al impliciet beantwoord, door aan te geven wat de sterke en zwakke punten van de methodiek zijn, en door aan te geven op welke punten de methodiek en het concept aanvulling of aanpassing behoeven. Er zal gewerkt moeten worden aan verbetering van de methodiek en het concept om het instrument meer power te geven.

Deze vraag naar het perspectief van IGM is echter op basis van louter de vier pilotprojecten niet met voldoende zekerheid te beantwoorden. Maar als we de resultaten in een breder perspectief zien, valt daar wel met meer zekerheid iets over te zeggen.

8.1 Voortschrijdend inzicht vanuit parallele ontwikkelingen

De Nederlandse context is veranderd

De situatie in Nederland, met betrekking tot gezondheidsmanagement en gezondheidsinfrastructuur is veranderd. De situatie in veel bedrijven is nu: vrij laag verzuim. Daardoor is niet veel winst meer te behalen met verder investeren in “verzuimbeleid” (of arbo). Wel is er meer behoefte aan borging van verzuimbeleid, garanderen van continuïteit in aandacht voor gezondheid en/of verzuim, en het vitaal houden van mensen (inclusief oudere werknemers).

De impact van gezondheid op bedrijfsvoering, vooral de impact op uitstraling naar klanten, en op innovativiteit wordt steeds belangrijker. Dit bleek ondermeer uit de grote belangstelling voor het onderwerp “integratie in de bedrijfsvoering”: circa 2/3 van de deelnemers was de workshop over integratie in de bedrijfsvoering de eerste voorkeur.

Implementatie en boringstrategieën vragen expliciete aandacht

Met betrekking tot de implementatie van IGM is er behoefte aan (meer kennis over) verschillende aanpakken om gezondheid in de bedrijfsvoering te borgen.

Naast een systeemaanpak bestaat behoefte aan een cultuuraanpak. De IGM-lijn *sociale werkomgeving* kan hierbij een specifieke rol vervullen.

Om de continuïteit van aandacht aan gezondheid te borgen zijn er ontwikkelingen gaande om gezondheid(saspecten) op te nemen in sturingsmechanismen. Bij Philips, maar ook bij het Waterlandziekenhuis wordt er aan gedacht om aspecten die samenhangen met gezondheid op de bonus sheet van het management te krijgen. Er is behoefte aan adequate prestatie indicatoren die aantoonbaar ten goede komen aan gezondheid en gezonde bedrijfsvoering.

Concrete issues genereren aandacht en dynamiek

IGM is een integrale benadering welke door opvallende issues kan worden versterkt. Voorbeelden van vrij nieuwe zaken die spelen zijn ondermeer (a) het combineren van werk en zorg, (b) hoge algemene gezondheidsrisico's, die zich doen voelen in bedrijven, zoals obesitas, hoge bloeddruk, slaapproblemen, (c) het vitaliseren van chronisch zieken en integreren van mensen met beperkingen en gezondheid en (d) maatschappelijk verantwoord ondernemen (e) het opnemen van gezondheidsbevorderende activiteiten in een (collectief) zorgverzekeringspakket.

Ethische dilemma's zijn aan de orde

Diverse ethische dilemma's of aspecten blijken aan de orde te zijn. Enkele voorbeelden zijn: de verhouding tussen zeggenschap over de eigen gezondheid, en het bedrijfsbelang, leidt goede zorg voor werknemers niet tot een tweedeling in de zorg? En ook: tot hoever gaat de verantwoordelijkheid van bedrijven voor meer algemene gezondheidsaspecten (van obesitas tot HIV/AIDS)?

Dit zijn dilemma's waarop geen eenduidige wetenschappelijke antwoorden mogelijk zijn, maar die om een open en respectvolle *dialog* tussen de betrokken vragen.

8.2 Waarde en perspectieven van IGM methodiek en concept

Waarde en perspectieven van het IGM concept

In het licht van bovenstaande ontwikkelingen, en ook op basis van kennis over ontwikkelingen in een aantal landen om ons heen (Duitsland, Zweden, Finland, Verenigde Staten) – waarover hier –omdat dit het bestek van dit project te buiten gaat – niet verder zal worden uitgewijd, komen wij tot de conclusie dat het IGM concept – op basis van de in paragraaf 6.5 aangepaste definitie, alleszins actueel is.

Het concept is echter primair een strategisch concept. Het is daarom minder geschikt als communicatie label. We zien dat diverse bedrijven naar hun werknemers en/of stakeholders een simpeler label gebruiken, zoals “de vitale organisatie”.

Waarde en perspectieven voor de IGM Methodiek

Een belangrijke hoofdconclusie van de IGM pilots is dat het steeds om een ontwikkelingsproces gaat. Gezondheid en vitaliteit kunnen mensen sterk aanspreken, zeker wanneer het op henzelf betrekking heeft. Het raakt immers belangrijke menselijke waarden.

De IGM methodiek zoals tijdens de pilots werd uitgetest, is – afgezien van de pragmatische lijn – sterk planmatig – en dus rationeel opgezet. Een impliciete aanname lijkt te zijn geweest, dat hiermee IGM als “product” was gedefinieerd, waarbij de pilots waren bedoeld om na te gaan of dit product voldoende aansloeg, en waar het eventuele aanpassing behoeft.

Dit is een te simpel uitgangspunt geweest. Zowel in de pilots als andere projecten die door TNO op dit vlak zijn uitgevoerd, kwam het proceskarakter nadrukkelijk naar boven. Het implementeren van IGM vraagt een proces, waarbij zowel management als medewerkers zich sterker berokken gaan voelen tot het concept.

Omdat er een grote variatie is in de aard van bedrijven in zowel bewustzijn als betrokkenheid is het een illusie om te denken dat één (standaard) methodiek zal kunnen volstaan om alle bedrijven en betrokkenen aan te spreken en te ondersteunen.

In het implementatie proces gaat het om een dynamische wisselwerking tussen daadwerkelijke betrokkenheid van de top van de organisatie en het faciliteren van sleutelpersonen en afdelingsinitiatieven.

Mede afhankelijk van de gezondheidsactiviteiten tot dan toe, de aard van de belangrijkste gezondheidsproblematiek in het bedrijf, de zichtbaarheid of onzichtbaarheid van de impact van gezondheid op de bedrijfsvoering en van de bedrijfscultuur zal een ander ontwikkelingstraject nodig zijn. Maar bovenal zullen de strategische doelstellingen van de organisatie, en de toegevoegde waarde van gezondheid voor het realiseren van die doelstellingen, alsmede de ambities van de organisatie met betrekking tot gezondheidsmanagement als zodanig van belang zijn.

Op de eerder genoemde stakeholderbijeenkomst IGM stelde de vertegenwoordiger van Philips heel expliciet: “wij verwachten van onze dienstverleners dat zij ontwikkelpartners zijn – en meer doen dan alleen standaard producten verkopen”.

In plaats van één (standaard) methodiek is er daarom behoefte aan een range van methodieken en instrumenten die kunnen worden toegepast. Bedrijven (en hun adviseurs) kunnen dan uit de range van methodieken datgene kiezen at voor een bepaalde organisatie zinvol is. Qua prioriteiten voor de aanvulling van de “toolbox” zijn in paragraaf 6.4 ondermeer genoemd: een business case aanpak⁴, een cultuur aanpak⁵ en ook het directer aanspreken van betrokkenen op hun persoonlijke betrokkenheid met betrekking tot gezondheid (van zichzelf en van anderen)⁶.

Daarnaast kan per ontwikkelingslijn een range aan gezondheidsbevorderende activiteiten benoemd worden om voor bedrijven het denkkader te concretiseren.

Een door het management onderschreven (gezondheids)beleid wordt gevolgd door een aansprekend gezondheidsprogramma. Bij het benoemen van activiteiten zijn de ontwikkelingslijnen richtinggevend.

⁴ TNO is in 2004 reeds gestart met de ontwikkeling van een business case aanpak – deze was/is echter nog niet geïntegreerd in de in de pilots uitgeteste IGM methodiek

⁵ TNO is in 2006 gestart met een cultuuraanpak IGM. De verwachting is dat deze binnenkort zal kunnen worden uitgetest.

⁶ In enkele adviestrajecten heeft TNO hiermee geëxperimenteerd- met goede resultaten. Dit laat zich echter lastig in een “methodiek” vastleggen.

8.3 Beperkingen van de pilotstudies

Het gezondheidkundige en bedrijfskundige effect van toepassing van de IGM methodiek kon in de pilotstudies niet of nauwelijks worden vastgesteld (wel in plannen, maar niet of nauwelijks in termen van feitelijke realisatie binnen de termijn van de pilots). Voor de toekomst zijn effectstudies daarom van groot belang.

Voor de toekomst is het stimuleren van IGM, en van het feitelijk gebruik van de IGM methodiek en instrumenten van belang (mainstreaming). Daarbij is ook een herkenbaar kenniscentrum (met website) wenselijk. Er is echter meer kennisontwikkeling nodig, alvorens de fase van “mainstreaming” kan worden bereikt. Naast ontwikkeling van aanvullende methodieken en tools zijn vooral de effectstudies en evaluaties van belang.

9 Referenties en aanbevolen literatuur

Gründemann, R. A. van Scheppingen, G. Dekker, F. Vos (2006). aanpak Integraal gezondheidsmanagement voor het MKB (aanpak IGM voor MKB). TNO en NIGZ 2006.

Piek P. & G.I.J.M. Zwetsloot (2003), Gezonde medewerkers, uitgangspunt of sluitstuk? In: De Vries S., A. Nauta en E. Wortel: Excelleren voor en door mensen: Theorie en Praktijk voor optimaal Human Resource Management, pp 160-178, Kluwer / Instituut Nederlandse Kwaliteit, Deventer/Zaltbommel.

Vos, F., A. van Scheppingen, R. Gründemann, G. Dekker (2006). Integraal gezondheidsmanagement voor het MKB. Evaluatieverslag. NIGZ en TNO 2006.

Waisvisz-Vos, F., A. van Scheppingen, R. Gründemann, G. Dekker (2005): Integraal gezondheidsmanagement (IGM) voor het MKB: een verslag van het implementeren en uittesten van de methodiek. NIGZ en TNO 2005.

Waisvisz, F.S.M. (2005) Gezondheidsmanagement op het werk; Een integrale aanpak van gezondheid werkt. FactZ, september 2005.

Zwetsloot G.I.J.M. & A. van Scheppingen (2005), Van gezond werk wordt iedereen beter – Werkboek strategisch arbomanagement in Gemeenten, 72.pp., A+O Fonds Gemeenten, Den Haag. Deze is ook te downloaden via: http://www.aeno.nl/fileadmin/Arbo_verzuim_en_reintegratie/Documenten/Van_gezond_werk_wordt_iedereen_beter.pdf.

Zwetsloot G.I.J.M. & A. Starren (2004), Corporate Social Responsibility and Safety and Health at Work, Research Report from the European Agency for Safety and Health at Work, Issue 210, Bilbao, 131 pages.

Downloadable via:

http://agency.osha.eu.int/publications/reports/210/en/CSR_Report_EN.pdf.

Zwetsloot Gerard I.J.M. & Frank D. Pot (2004), The Business Value of Health, Journal of Business Ethics, **55**: 115-124, Special Issue on Social Dimensions of Organisational Excellence – EFQM-EOQ Convention 2003.

Zwetsloot G.I.J.M., R. Gründemann en L. Vaandrager (2003, red), Eindrapportage Integraal Gezondheids Management – Definitiestudie en Methodiekontwikkeling, TNO Rapport 14669/ TNO Arbeid i.s.m. NIGZ, Hoofddorp.

A Bijlage 1. Schema voor vastleggen gegevens pilots IGM (per fase)

Verloop geplande activiteiten

Welke activiteiten zijn volgens planning uitgevoerd/verlopen?
Welke geplande activiteiten zijn niet volgens planning verlopen (en waarom)?
Welke tools werden in deze periode gebruikt? Met welk resultaat?
Welke niet-geplande activiteiten bleken zinvol of nodig (en waarom)?
Zijn er eventueel deelprojecten gestart onder de IGM paraplu? Zo ja, dan svp kort beschrijven (en verloop volgen).

Proces verloop en lessons learned

Welke processen/activiteiten verliepen gemakkelijker/snelser dan voorzien (en waarom)?
Welke processen/activiteiten verliepen moeilijker/trager dan voorzien (en waarom)?
Welke dilemma's kwamen aan de orde?
Wat waren doorslaggevende argumenten bij keuzes voor een bepaalde invulling (of beperking)?
Waren externe factoren van invloed op het proces (zo ja welke en waarom)?
Welke (interne) randvoorwaarden waren van invloed op het proces en waarom?
Heeft deze fase geleid tot meer of minder enthousiasme voor het IGM concept en de IGM methodiek (eventueel met toelichting)?

Inhoudelijke aspecten

Wat stond er in deze fase inhoudelijk (Gezondheidsaspecten inclusief relatie met productiviteit en bedrijfsvoering, eventueel ook interpretaties van het IGM concept) centraal?
Waarin kwam dat tot uiting?

Actor perspectief

Welke actoren speelden een (positieve) sleutelrol (graag toelichten)?
Waren er actoren die een negatieve rol speelden (hoezo?) of niet betrokken waren terwijl dat wel nodig was?
Wat was/waren de rol(len) van de adviseur van TNO/NIGZ?
Hoe zijn proces en resultaten gecommuniceerd (en naar wie)?
Zijn er actoren waar een merkbare verandering van houding of gedrag is opgetreden?

Resultaten

Welke investeringen zijn tijdens dit traject/deze fase gedaan?

- Investerings in tijdsbesteding.
- Investerings in geld, diensten van derden etc.

Welke resultaten werden tijdens dit traject/deze fase gerealiseerd?

- Proces resultaten zoals commitments of projecten.
- Tastbare resultaten (gezondheidsverbeteringen, financiële opbrengsten, etc.).
- Niet-tastbare resultaten (cultuuromslag, gedragsverandering, verkregen inzichten, etc.).

Overige observaties

Wat was in deze fase het meest opvallend?

Het vastleggen van al deze data is gedaan door de procesbewaker/begeleider van TNO of NIGZ. Deze heeft de gegevens laten verifiëren (= vragen om commentaar, dat verwerken tot deze het er mee eens is) door de contactpersoon van de pilotorganisatie.

B Bijlage 2: Twee voorbeelden van praktische, inspirerende aanpakken

B1 Voorbeeld toegevoegde waarde van IGM in startnotitie

In de startnotitie is verwoord dat IGM waarde kan toevoegen aan de door de Arbo Unie gewenste organisatie ontwikkeling.

De IGM methodiek is ontwikkelingsgericht, waarbij de positieve waarde van gezondheid voorop staat, en waarbij handvatten en instrumenten worden aangereikt om het 'IGM' denken vanuit het management gericht in bewust handelen om te zetten (strategische verankering).

Bij Arbo Unie willen we aansluiten op bestaande initiatieven.

Waarom IGM bij Arbo Unie?

Arbo Unie ziet deze methodiek als een kans om op een systematische en gestructureerde wijze het eigen preventieve gezondheidsbeleid te verankeren in de organisatie (interne ambitie). Ten tweede wil Arbo Unie op termijn haar dienstverlening naar het bedrijfsleven verder ontwikkelen richting GM (externe ambitie).

B2 Managementcontract Waterland Ziekenhuis

In het Waterland Ziekenhuis zijn alle zeven IGM ontwikkelingslijnen geconcretiseerd en vertaald naar management opgaven en relevante indicatoren.

B. Primair Proces		
Algemeen: Innovatief, ontwikkelingsgericht; Klant/gastgericht; Primair proces = dat wat de klant/patiënt doorloopt, alle secundaire processen zijn direct ondersteunend. Derhalve afdelingsoverschrijdend denken. Balans tussen werkbelasting en fysieke(mentale) belastbaarheid		
Doelstelling: • Primair proces draagt bij aan een gezonde productiviteit • Iedere inwoner van de regio bezoekt bij voorkeur het WLZ		
Succesfactoren: • Voldoende mensen om het werk te doen • Mensen hebben voldoende regelmogelijkheden en kunnen het werk aan • Geen fouten/incidenten • Productiviteit: afspraken per afdeling (per afdeling verschillend)	PI: • Bezettingsgraad • Overwerk • werkdruk • Aantal fouten/klachten • Aantal behandelingen/week • Wachtlijstduur • Klantloyaliteit • Groei	Norm:
Acties: Productiviteitsafspraken maken		