

Gezondheidsmanagement in de praktijk volgens IM

INTERVENTION MAPPING BIJ GEZONDHEIDSINTERVENTIES IN ORGANISATIES

Aandacht voor gezondheid van medewerkers: geen bedrijf ontkomt eraan. Maar hoe zorg je er als arbeidsprofessional voor dat die aandacht ook de gewenste resultaten oplevert?

In zes interviews met verschillende organisaties werd de praktijk aanpak van een gezondheidsinterventie vergeleken met de methode Intervention Mapping (IM). De belangrijkste conclusie is dat IM kan helpen de werkwijze te systematiseren. Dat vermindert het beroep dat bij gezondheidsinterventies vaak gedaan wordt op de flexibiliteit van mens en organisatie.

Fruit is gezond. Tenminste, als je de suikers, de bestrijdingsmiddelen en de eigenwijze rups die zich onverhoopt door de strenge selectie heen vrut niet meerekent. Zo is het ook met gezondheidsbeleid in organisaties: de bedoeling is in principe goed, maar indien niet zorgvuldig vormgegeven en geborgd krijgt men er, in overdrachtelijke zin, buikpijn van. Net zoals voor fruit, is er ook voor het ontwikkelen van gezondheidsbeleid een keur aan normen en richtlijnen, bijvoorbeeld de normen van NEN en het Integraal Gezondheidsmanagement van TNO. De trend daarbij is dat gezondheidsbeleid geïntegreerd wordt in het bredere bedrijfsbeleid. De daadwerkelijke uitvoering van het gezondheidsbeleid neemt vervolgens de vorm aan van een (bij voorkeur samenhangend) pakket van gezondheidsinterventies.

Een praktisch kader dat personeels- en arbeidsprofessionals in organisaties kan helpen deze interventies systematisch te doen, is het Intervention Mapping Protocol (IM). Binnen het vakgebied gezondheidspsycho-

logie is deze methode ontwikkeld in een poging meer eenduidigheid te creëren in de interventiemethodiek die gezondheidsbevorderaars hanteren. Een systematische manier van werken kan bovendien bijdragen aan de effectiviteit van de interventie, dat wil zeggen: de verandering gaat in de gewenste richting. Ondanks de voordelen van eenduidigheid en effectiviteit bij systematisch werken, lijkt dit echter (nog) niet de standaard bij arbeidsprofessionals.

Randvoorwaarden. Een raamwerk voor de planning en ontwikkeling van effectieve gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevorderingsprogramma's, dat

was wat Kay Bartholomew en collega's - grondleggers van de IM-methode - voor ogen hadden (2006). IM moet gezondheidsprofessionals in elke denkbare functie, helpen de hele weg van interventieontwikkeling in kaart te brengen: van de (h) erkenning van een probleem tot het identificeren en uittesten van oplossingen. Drie randvoorwaarden in de aanpak borgen de ontwikkeling van een effectieve interventie: probleemoriëntatie, betrokkenheid en iteratie (zie figuur 1).

Ten eerste is het uitgangspunt bij IM probleemgeoriënteerd. Het gaat om het voorkomen of oplossen van een (gezondheids) probleem. De eindgebruikers van een interventie en eventuele andere relevante stakeholders, worden ten tweede betrokken bij de ontwikkeling van de interventie (betrokkenheid/draagvlak). En ten derde, de IM-stappen bieden ruimte voor herhaling tot een optimale interventie is ontwikkeld voor een specifieke situatie (iteratief proces).

Als deze randvoorwaarden zijn geborgd, kunnen de eerste stappen gezet worden. IM bestaat uit zes stappen, die voor het huidige onderzoek werden vereenvoudigd tot vier fasen: inventarisatie, toepassing, implementatie en behoud (zie figuur 1). In de inventarisatiefase gaat de gezondheidsbevorderaar op zoek naar de gedragsdeterminanten van het probleem. Met andere woorden: wat ligt ten grondslag aan het probleem? Het uitgangspunt is namelijk dat (on)gezondheid het resultaat is van diverse determinanten. Daarbij onderzoekt de professional ook welke factoren deze gedragsdeterminanten beïnvloeden. Op basis van bijvoorbeeld literatuur over het pro-

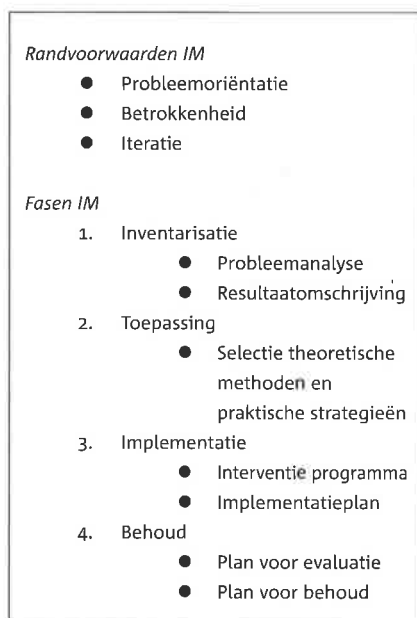


Fig 1. **Bewerking intervention mapping (im)**



Deventer Ziekenhuis wilde fit de nieuwbouw in.

bleem, bedrijfs- en branchegegevens en meningen van experts/eindgebruikers komt de professional tot een shortlist van determinanten en factoren die (het) belangrijk(st) en (meest) veranderbaar zijn.

De resultaten van deze stap worden bovendien geplaatst in een causaal model waarin de relaties tussen bepalers (determinanten) en beïnvloeders (factoren) van het gedrag beschreven worden. Vervolgens omschrijft de gezondheidsbevorderaar, samen met de stakeholders, welk concreet resultaat een interventie moet hebben. In fase twee, toepassing, wordt een selectie gemaakt van theoretische gedragsveranderingsmodellen en praktische strategieën die het probleem helpen op te lossen. In fase drie wordt met behulp van de gedragsmodellen en praktische strategieën, een interventieprogramma opgesteld dat de determinanten aanpakt en zo tot het gewenste resultaat leidt. Een plan voor behoud van het effect van de interventie en een plan voor evaluatie (fase vier) sluiten het IM-proces af.

Checklist. In de periode september 2009 tot februari 2010 vonden zes interviews plaats met arbeids- en gezondheidsprofessionals in de rechtshandhaving, de zorg-, energie- en postsector. Het doel was meer te weten te komen over de manier

waarop organisaties gezondheidsinterventies ontwikkelen. De rode draad door het vraaggesprek was steeds de bewerking van het IM-protocol, dat voor het huidige artikel in een praktische checklist is vertaald (zie figuur 2). De professional werd gevraagd naar een praktijkvoorbeeld van een gezondheidsinterventie die ze ontwikkelden en implementeerden, denk aan de

Traploopweek of een cursus Tiltechniek (zie figuur 3 voor een overzicht van de interventies). Welke overeenkomsten en verschillen in aanpak vonden we tussen de methode en de praktijkaanpak?

Interventies. Alle zes organisaties ontwikkelden een interventie om een bepaald probleem aan te pakken (zie tabel 1). Een probleem werd bijvoorbeeld geconstateerd door de bedrijfsarts die tijdens zijn spreekuur veel klachten aan het bewegingsapparaat zag (TNT). Maar een probleem kon ook ingegeven zijn door bedrijfseconomische redenen: bijvoorbeeld het huidige ziekteverzuimpercentage (ZNWV) of voorspellingen over de toekomstige opbouw van de werknemerspopulatie (Deventer Ziekenhuis).

In de mate waarin relevante stakeholders werden betrokken bij de ontwikkeling van de interventie verschilden de organisaties sterk. Het Waterland Ziekenhuis ontwikkelde de beweeginterventie Keep on Moving volledig samen met een projectgroep van werknemers: 'twee fysiotherapeuten, medewerkers van inkoop, de keuken en het secretariaat'. De beweeginterventie van het Deventer Ziekenhuis werd 'een succes door de betrokkenheid van werknemers'. Dit terwijl het beweeg- en reïntegratieprogramma >>

| <i>Randvoorwaarden</i> |
|---|
| ● Is de interventie probleem-georiënteerd? |
| ● Is er betrokkenheid/draagvlak gecreëerd onder stakeholders? |
| ● Is er in de ontwikkeling van de gezondheidsinterventie ruimte geweest voor iteratie (herhaling tot een optimum is bereikt)? |
| <i>Fase 1: Inventarisatie – probleemanalyse en resultaatomschrijving</i> |
| ● Zijn de determinanten van het (on)gezonde gedrag/probleem vastgesteld? |
| ● Zijn de beoogde uitkomsten van de maatregelen vooraf vastgesteld? |
| <i>Fase 2: Toepassing - theoretische modellen/praktische strategieën</i> |
| ● Zijn er modellen toegepast om de maatregelen vorm te geven? |
| ● Zijn er (evidence based) strategieën gebruikt? |
| <i>Fase 3: Implementatie – interventieprogramma en implementatieplan</i> |
| ● Is er een interventieprogramma opgesteld? |
| ● Is er een implementatieplan opgesteld? |
| <i>Fase 4: Behoud - plan voor evaluatie en behoud</i> |
| ● Zijn er stappen gezet om de maatregelen te evalueren? |
| ● Zijn er stappen gezet om het (positieve) effect van de maatregelen te behouden? |

Fig 2. Checklist im

>> Bewegen voor Herstel van de Politie Utrecht vormgegeven werd door de gezondheidsprofessionals binnen de organisatie, die 'enorm tegen de stroom moesten inzwemen' om voet aan de grond te krijgen. De vraag over iteraties (herhalingen) in het ontwikkelproces van een gezondheidsinterventie, bleek niet helder gesteld in de interviews. De antwoorden zijn daarom ook niet meegenomen in de resultaatbeschrijving.

Fase 1: inventarisatie. Het op te lossen probleem was in de meeste gevallen helder. De determinanten en factoren van het probleem werden daarentegen niet door alle organisaties vooraf helder omschreven (tabel 1). Bij TNT werd een inventieve manier gevonden om dit wel te doen; in samenwerking met de leidinggevende, werknemers en een gespecialiseerde organisatie werd de betreffende vestiging een hele dag gefilmd, waarbij (vooral) het tilgedrag van werknemers in beeld werd gebracht.

Andere organisaties kwamen tijdens het uitvoeren van de interventie achter determinanten van het probleem. Zo ontdekten de gezondheidsprofessionals van de Politie Utrecht dat een instabiele thuissituatie

Voorbeelden bij rechts-handhaving. Plus zorg-, energie- en postsector.

of een heftig voorval tijdens het werk (bijv. schietpartij) een rol hadden gespeeld bij uitval. Elke organisatie had wel een globaal idee van de gewenste uitkomsten van de interventie, maar wat er precies veranderd moest zijn na implementatie was vaak niet duidelijk. De regel van voortschrijdend inzicht leek van toepassing.

Fase 2: toepassing. Enkele organisaties ontwikkelden de interventie met een duidelijke theorie in het achterhoofd (tabel 1), zoals bijvoorbeeld de Politie Utrecht die een driehoeksrelatie van 'lichaam, emotie/stress en voeding' om-

schreef. Het Waterland Ziekenhuis maakte vooraf gebruik van de belasting/belastbaarheidstheorie en het ZNWV keek naar leefstijl als leerproces (van onbewust onbekwaam naar onbewust bekwaam). In hoeverre lieten deze organisaties zich leiden door (bewezen) strategieën om het probleem aan te pakken? Vooral voor de bewegingsprogramma's werden bewust strategieën ingezet; zo werd het positieve effect van hardlopen als strategie genoemd (Politie Utrecht) en de strategie van bewegen om het hele gestel te beïnvloeden (DZ). De overige organisaties hanteerden uiteraard ook strategieën, maar de keuze voor een strategie werd niet bewust gebaseerd op eerder behaalde resultaten uit de wetenschap of bijvoorbeeld goed practices van andere organisaties.

Fase 3: implementatie. Elke organisatie maakte een beschrijving dat de ingrediënten van de interventie beschreef (tabel 1). Dit interventieplan was niet altijd 'volledig' af voorafgaand aan implementatie van de interventie, maar bleek een soort dynamisch plan dat zichzelf verbeterde terwijl het werd uitgevoerd (Politie Utrecht). Daarentegen leek geen enkele organisatie lang stil te staan bij het

| | DZ | WLZ | ZNWV | Politie Utrecht | TenneT | TNT |
|---------------------------------------|---------------------|----------------|-----------------|----------------------|------------------------------|-----------------|
| Praktijkvoorbeeld (naam interventie) | Fit de Nieuwbouw in | Keep on Moving | Gezondheidsweek | Bewegen voor herstel | Preventief Medisch Onderzoek | Til-interventie |
| Randvoorwaarden | | | | | | |
| Probleemoriëntatie | +/- | ++ | ++ | ++ | +/- | ++ |
| Betrokkenheid | ++ | ++ | - | - | - | + |
| Iteraties | | | | | | |
| Fase 1: Inventarisatie | | | | | | |
| Inventarisatie determinanten/factoren | - | + | ++ | + | ++ | ++ |
| Inventarisatie uitkomsten | + | + | + | +/- | +/- | . |
| Fase 2: Toepassing | | | | | | |
| Toepassing modellen | - | ++ | - | +/- | + | . |
| Toepassing strategieën | ++ | . | . | ++ | . | + |
| Fase 3: Implementatie | | | | | | |
| Interventieplan | + | + | + | + | + | . |
| Implementatieplan | - | - | - | - | - | . |
| Fase 4: Behoud | | | | | | |
| Evaluatieplan | - | + | +/- | +/- | ++ | . |
| Plan voor behoud | - | + | - | + | + | + |

++ (Zeer) veel aandacht aan besteed; + Aan voldaan; +/- Enigszins aan voldaan, ruimte voor verbetering; - Niet aan voldaan; -- Op geen enkele wijze overwogen; . Niet (voldoende) uitgevraagd in interview

Tabel 1. Vergelijking praktijkaanpak organisaties (verticaal) met theoretische aanpak IM (horizontaal)

Deventer Ziekenhuis (DZ) - Fit de nieuwbouw in

= fit-test en bewegingsprogramma om duurzame inzetbaarheid van werknemers te bevorderen

Waterland Ziekenhuis (WLZ) - Keep on Moving

= bewegingsprogramma om teruglopende fysieke belastbaarheid bij werknemers te ondervangen

Zorggroep Noordwest Veluwe (ZNWV) - Gezondheidsweken

= evenement om werknemer bewust te maken van leefstijl en te wijzen op regelmogelijkheden binnen organisatie

Politie Utrecht - Bewegen voor Herstel

= traject voor reïntegratie en uitvalpreventie bij risicogroep werknemers, met een focus op het verbeteren van de (m.n. fysieke) gezondheid

TenneT - Preventief Medisch Onderzoek en Health check

= periodiek gezondheidsonderzoek en sportkeuring uitgevoerd door arbodienst, ter bevordering van gezonde, productieve en inzetbare medewerkers

TNT - Tilinterventie

= interventie op de werkvloer van een vestiging, ter bevordering van het bewustzijn ten aanzien van de eigen tilhouding

Fig 3. Overzicht gezondheidsinterventies

opstellen van een concreet plan voor implementatie van de interventie: wie doet wat, waar, wanneer en hoe? Nadenken over de manier van implementatie en de daadwerkelijke implementatie gebeurden vaak gelijktijdig, om praktische redenen.

Fase 4: behoud. Er werd vooraf bijna nooit een plan voor evaluatie opgesteld door de geïnterviewde organisaties (tabel 1). Na afloop van het programma werd vaak wel even stil gestaan bij de interventie. Een evaluatie die echter gemakkelijk spaak liep door bijvoorbeeld het ontbreken van een controlegroep (Politie Utrecht) of informeel van aard was, zoals de samenvatting in het personeelsblad van ZNWV in samenwerking met de deelnemers aan workshops tijdens de Gezondheidsweek. In het geval van TenneT echter is de evaluatie juist weer volledig geformaliseerd, wat alles te maken heeft met de wettelijke verplichting van een PMO. TenneT gebruikt bovendien de resultaten uit de RI&E om het PMO aan te passen aan de actuele situatie in de organisatie, een strategie die de effectiviteit van de interventie borgt.

Overeenkomst en verschillen. Traploopweek of tiltechniek.

Ook het Waterland Ziekenhuis koos een duurzame strategie: een 'regiegroep Leefstijl' volgt de 'voortgang en accenten van het bewegingsprogramma'.

Een (apart) plan voor behoud van de gewenste effecten van de interventie werd bijna nooit op voorhand gemaakt. De gezondheidsprofessional van de Politie Utrecht beschreef dat een plan voor behoud besloten lag in de manier waarop de interventie werd uitgevoerd: er werd gewerkt aan een manier van bewegen die paste bij het 'dagelijkse ritme' van de deelnemer. ZNWV gaf aan de interventie ook te organiseren vanuit 'goed werkgeverschap' zonder daar specifieke effecten van te verwachten die behouden moesten worden. Het Deventer Ziekenhuis ontwikkelde pas na de interventie een visie op gezondheidsbeleid (Integraal Gezondheidsmanagement), een plan voor behoud was dus ten tijde van de interventie nog niet aan de orde.

Fruitschaal. De belangrijkste les uit de interviews is dat in organisaties de regel van voortschrijdend inzicht van toepassing lijkt. Plan en uitvoering van een interventie vallen soms om praktische of financiële redenen samen. Dit doet een beroep op de flexibiliteit van mens en organisatie en heeft waarschijnlijk invloed op de uiteindelijke effectiviteit van de interventie. De systematiek van IM kan een voortdurende aanspraak op het aanpassingsvermogen van mensen en organisaties verminderen en is in die zin van toegevoegde waarde.

Ten tweede kan IM helpen om focus aan te brengen in het proces van de ontwikkeling van een gezondheidsinterventie, waardoor bijvoorbeeld het ontbreken van een plan voor implementatie, evaluatie en behoud tot het verleden behoort. De checklist uit het huidige onderzoek kan als startpunt gebruikt worden in het uitdenken van de ontwikkeling van gezondheidsinterventies.

Waarom IM in de beschreven vorm minder voorziet is het koppelen van een 'losse' gezondheidsinterventie aan het bredere gezondheidsbeleid en organisatiedoelstellingen. Deze koppeling is belangrijk om de interventie te verduurzamen. Keep on Moving (WLZ) maakte onderdeel uit van het bredere programma 'Vitaal Werken Aan Gezondheid' en de bedrijfsstrategie gezondheidsmanagement, een bevinding die nu geen plek krijgt in het hierboven geschetste. Hetzelfde geldt voor de overige organisaties (DZ, ZNWV, TNT, Politie Utrecht en TenneT). Om dit te ondervangen zou ten eerste bij de probleemanalyse (inventarisatiefase) onderscheid gemaakt kunnen worden tussen (gedrags)determinanten en factoren op werknemers-, werkproces- en organisatieniveau. Ten tweede zou een aparte vraag over de bijdrage van de interventie aan de organisatiedoelstellingen kunnen worden opgenomen in de checklist IM. Elke interventie zou moeten bijdragen aan een groter, coherent gezondheidsbeleid. Terugkomend op de metafoor aan het begin van dit artikel: fruit is gezond, maar zorg als organisatie dat je een fruitschaal inricht.

Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N.H. (2006). *Planning Health Promotion Programs - An intervention mapping approach (second edition)*. San Francisco, CA.: Jossey-Bass.

Roos Schelvis, Msc., schreef dit artikel in het kader van haar stage bij Berenschot, adviesgroep Management Development (HRM). De stage vond plaats ter afronding van de masteropleiding Health Psychology aan de Universiteit Leiden. Roos werkt momenteel bij TNO (Work & Health). Karen Oude Hengel, Msc., is onderzoeker bij TNO (Work & Health). Voor haar promotieonderzoek ontwikkelde zij met IM een interventie om duurzame inzetbaarheid te bevorderen onder werknemers in de bouwsector.