

53/
39

Gezondheidsbevordering op de werkplek

Toekomstig element van bedrijfsvoering

Redactie:
Paul Baart
Gerard Roerink
Marianne Selie

Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden



NIA1094998

GEZONDHEIDSBEVORDERING OP DE WERKPLEK

TOEKOMSTIG ELEMENT VAN BEDRIJFSVOERING

Over:

stand van zaken, opinies en behoeften

leefstijl; roken, drinken en bewegen

psychische werkdruk

ziekteverzuim

GBW- voorbeeldprojecten

scholing en training

de toekomst van gezondheidsbevordering op de werkplek

*CENTRUM GEZONDHEIDSBEVORDERING OP DE WERKPLEK, C-GBW
NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN, NIA*

COLOFON

Uitgave van het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA
Eerste druk, 1996
ISBN 90-6365-117-1

Samenstelling: P. Baart en G. Roerink, Centrum gezondheidsbevordering op de
werkplek
Eindredactie: M. Selie
Ontwerp omslag: Nijst Communicatie
Foto's: Chris Pennarts
Illustratie kaders: Josje van Koppen

Dit boek werd mogelijk gemaakt door het Ministerie van Welzijn, Volksge-
zondheid en Sport

Te bestellen bij:
NIA
Klantenservice Informatiegroep
Postbus 75665
1070 AR Amsterdam
tel: (020) 54 98 404
fax: (020) 64 43 102

Copyright © NIA, 1996
Behoudens de in of krachtens de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen
mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook
zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever, het Neder-
lands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA.

VOORWOORD

Werken is gezond. Mensen die langdurig ziek of werkloos zijn geweest, zullen dat beamen. Maar mensen die werken, kunnen ook ziek worden van of door hun werk. Denk maar aan het werken met gevaarlijke stoffen, werken onder grote tijdsdruk en te weinig tijd hebben voor beweging. Het realiseren van een gezonde werkplek en het bevorderen van een gezonde leefstijl zijn van groot belang om mensen die werken ook gezond te houden. Kortom, gezondheidsbevordering op de werkplek is heel belangrijk.



Dit boek biedt een overzicht van de stand van zaken van gezondheidsbevordering op de werkplek in Nederland, gelardeerd met enkele voorbeelden uit het buitenland. Ook geeft het veel informatie vanuit verschillende disciplines over thema's, methoden en praktijkvoorbeelden van gezondheidsbevordering op de werkplek.

Gezondheidsbevordering op de werkplek, afgekort GBW, zou een vanzelfsprekend onderdeel moeten zijn van een gezonde bedrijfsvoering. Werkgevers en werknemers hebben een groeiende belangstelling voor de relatie tussen werk en gezondheid. Ook de arbodiensten willen zich meer gaan toeleggen op de uitvoering van GBW-taken. Dit blijkt onder andere uit een enquête waarover u meer kunt lezen in één van de hoofdstukken in dit boek.

Het verbeteren van de gezondheidstoestand van de inwoners van Nederland is de hoofddoelstelling van het Ministerie van VWS. Hierbij hecht ik grote waarde aan een goed preventiebeleid, want nog altijd is 'voorkomen beter dan genezen'. Gelukkig zien we in onze samenleving een groeiend gezondheidsbewustzijn en beseffen we meer en meer dat de zorg voor onze gezondheid ieders verantwoordelijkheid is. Dit boek getuigt ervan en laat zien hoe werkgevers en werknemers hun verantwoordelijkheid kunnen nemen voor een goede gezondheid.

Een gezond mens in een gezonde werkomgeving. Ik hoop dat dit boek de betrokkenen zal inspireren om hieraan een positieve bijdrage te leveren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

A handwritten signature in dark ink, which appears to read 'E. Borst-Eilers'. The signature is fluid and cursive, with a horizontal line underneath.

dr. E. Borst-Eilers

INHOUD

Voorwoord	5
<i>Door Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dr. E. Borst-Eilers</i>	
Inleiding	9
<i>Door drs. P. Baart en drs. G. Roerink</i>	
GBW; de stand van zaken in Nederland	15
<i>Door drs. I. van den Borne</i>	
Leefstijlorganisaties en gezondheidsbevordering op de werkplek	
• Inleiding	34
<i>Door M. Selie en drs. G. Roerink</i>	
• Nederlands Astma Fonds	36
• Nederlandse Hartstichting	38
<i>Door drs. R. Kuppens en A.B.A.M. Bruens-Van 't Hullenaar</i>	
• Nederlandse Kankerbestrijding	40
• Vereniging van Integrale Kankercentra	42
<i>Door drs. A.I. Haartsen</i>	
• Stichting Volksgezondheid en Roken	48
<i>Door drs. G. Zeeman</i>	
• Stichting Alcohol Consultancy Nederland	57
<i>Door ir. D.A. Bijl en ir. M.T.A. Bakker</i>	
• Stichting Aidsfonds	65
• Voorlichtingsbureau voor de Voeding	71
<i>Door drs. M. Baan</i>	
• NOC* NSF, Sector Sport	76
<i>Door A.W.A.M. van der Velden en H.A.M. Oude Vrielink</i>	
• Stichting Pandora, arbeid en gezondheidsbevordering	79
<i>Door R. Ketelaar</i>	
Vrouwen, gezondheid en Werk	83
<i>Door Dr. E. Offers</i>	
Wat valt er te leren van de arbeidsproblemen van psychiatrische cliënten?	94
<i>Door Dr. J. Zeelen</i>	
Voorbeeldprojecten:	
• Social marketing implications of comprehensive workplace health promotion: a decade of experience in reaching out to the Canadian worker	104
<i>Door B. Dooner</i>	

• Health promotion at the workplace <i>Door V. Borg</i>	112
• Workplace health promotion in Ireland <i>Door dr. R. Wynne</i>	124
• Naar een integrale aanpak van GBW <i>Door dr. P. Janssen e.a.</i>	134
Overheid, ziektekostenverzekeraars en GBW:	
• De relatie tussen gezondheidsbevordering op de werkplek en ziektekostenverzekering <i>Door H. Wiegel</i>	143
• VWS-beleid in perspectief <i>Door drs. P. van den Broek</i>	149
• Gezondheidsbevordering op de werkplek: visie van SZW <i>Door drs. R. Laterveer</i>	159
Methodiek voor gezondheidsbevordering op de werkplek:	
• De uitvoering van een integraal gezondheidsbevorderings- programma: de noodzakelijke deskundigheden <i>Door Prof. dr. F. Nijhuis</i>	167
• Planmatige gezondheidsvoorlichting in de arbeidssituatie <i>Door Prof. dr. H. de Vries en dr. M. Willemsen</i>	178
• Van geïsoleerde initiatieven naar totale bedrijfsgezondheids- programma's <i>Door prof. S. Maes</i>	187
• Arbeidsomstandigheden en GBW <i>Door Prof.dr. J.T. Allegro</i>	197
• Methodische aspecten van gezondheidsbevordering op het werk <i>Door drs. R. Gründemann</i>	204
• Gezondheidsbevordering op de werkplek: opleiden voor uitvoeren <i>Door drs. J. Dam</i>	209
Tot Slot	
Gezondheidsbevordering op de werkplek: kansen voor de toekomst	230
Adressenlijst	237

INLEIDING

Door drs. P. Baart en drs. G. Roerink

Het aantal arbo-regels wordt in het nieuwe arbeidsomstandighedenbesluit drastisch teruggebracht. Steeds meer laat de terugtrekkende overheid de verantwoordelijkheid voor veiligheid, gezondheid en welzijn over aan organisaties zelf. Daar staat tegenover dat voor de meeste Nederlanders (60%) gezondheid het belangrijkste in het leven is, zoals het Centraal Plan Bureau onlangs concludeerde in haar rapport 'Patiënt en professie'. De conclusie kan zijn dat zowel werkgevers als werknemers meer aandacht zullen geven aan een goede gezondheid op de werkplek. Daar is alle reden toe.

Er komt een einde aan de lifetime-employment, het uitzendwerk neemt enorm toe (10 % van de beroepsbevolking), de arbeidsvoorwaarden worden steeds meer geïndividualiseerd en steeds meer werknemers zullen de sociale steun van collega's gaan missen. Dit komt door langere bedrijfstijden waardoor collega's op andere tijden werken en door thuis- en telewerken. De werkbelasting neemt toe: werken als het werk erom vraagt (flexibele arbeidscontracten), meerdere werknemers op één plek (desksharing), en steeds meer mensen met twee banen.

Gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW) is een nieuw fenomeen in het arbeidsomstandighedenbeleid in Nederland. Dit boek geeft een overzicht van de GBW in Nederland op dit moment, aangevuld met enkele voorbeelden uit het buitenland. Vanuit verschillende invalshoeken en disciplines zijn auteurs gevraagd om kort in te gaan op aspecten die volgens hen van belang zijn bij gezondheidsbevordering op de werkplek.

Het Centrum GBW

Dit boek is een onderdeel van de activiteiten van het Centrum GBW. In het eerste jaar van haar bestaan wil het Centrum een overzicht bieden van de stand van zaken met betrekking tot gezondheidsbevordering op de werkplek. Verder wordt gewerkt aan een overzicht van GBW-producten en GBW-aanbieders. Ook wordt uitgebreid onderzocht hoe de verschillende betrokkenen GBW ontwikkelen en gebruiken.

Het centrum is opgericht door De Nederlandse Hartstichting, het Nederlands Astmafonds en de Nederlandse Kankerbestrijding KWF. Doel van het Centrum GBW is te bewerkstelligen dat gezondheidsbevordering op de werkplek een

vanzelfsprekend onderdeel wordt van de bedrijfsvoering van ondernemingen. Over de activiteiten van het centrum kunt u in de diverse artikelen in dit boek iets lezen.

In het laatste hoofdstuk zullen we enkele ontwikkelingen voor de komende tijd formuleren. Dit boek moet immers een stand van zaken geven zodat, naast de analyses die worden uitgevoerd, de doelen voor de komende tijd verder kunnen worden ingevuld. Over de resultaten van die analyses zullen we op verschillende andere manieren rapporteren. We gaan nu eerst in op het waarom van gezondheidsbevordering op de werkplek.

Waarom gezondheidsbevordering op de werkplek?

Werkende mensen zijn relatief gezond en dat willen we zo houden. Werk heeft een positieve invloed op gezondheid en welzijn van mensen. Het biedt ondermeer structuur aan het dagelijkse leven en het is een belangrijke bron van sociale contacten. Daar staat tegenover dat het werk ook oorzaak kan zijn van ziekte. Werknemers zijn immers niet altijd in staat om te voldoen aan de eisen die vanuit het werk aan hen worden gesteld. De belangrijkste redenen voor arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn aandoeningen aan het bewegingsapparaat en psychische klachten. De oorzaken van deze problemen liggen voornamelijk in de arbeidssituatie (arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden en arbeidsverhoudingen). Maar ook een ongezonde leefstijl kan er toe bijdragen dat iemand sneller overbelast raakt door het werk (Damoiseaux et al, 1993).

De werkplek is een goede en voor de hand liggende plaats om de gezondheid van werknemers te beïnvloeden. Gedurende een lange periode brengen veel mensen daar een belangrijk deel van hun tijd door. Er kan gebruik gemaakt worden van bestaande structuren en communicatiekanalen binnen het bedrijf. De sociale steun van collega's is een belangrijke factor bij veranderingen van gedrag en omstandigheden. En tenslotte is het werk van belang omdat het mogelijk is met een zekere mate van continuïteit dezelfde doelgroep te benaderen. Bij GBW gaat het om programma's die een gezonde leefstijl bij werknemers bewerkstelligen én om programma's die een gezonde werkplek (de vermindering van gezondheidsrisico's) mogelijk maken. Activiteiten gericht op leefstijlverandering kunnen immers alleen effectief zijn als ze ondersteund worden door activiteiten die gericht zijn op verbetering van de arbeidssituatie en als ze onderdeel uitmaken van een brede aanpak, gericht op verbetering van de kwaliteit van de arbeid. Het is duidelijk dat er veel dingen tegelijk moeten gebeuren. Dat kan niet zonder beleid.

Onder gezondheidsbevordering op de werkplek verstaan wij dan ook een systematische reeks stappen om in een arbeidsorganisatie te zorgen voor een ge-

zonde werkplek en gezonde werknemers. Het staat voor zowel de verandering van gedrag als de verbetering van de werkplek.

GBW als element van bedrijfsvoering

Verschillende overheidsmaatregelen ondersteunen de aandacht voor gezondheidsbevordering op de werkplek. De Arbowet schept een kader voor een klimaat binnen bedrijven dat gericht is op de ontwikkeling in de preventieve gezondheidszorg. Maar ook de recente veranderingen in de ziektewet stimuleren werknemers en werkgevers om meer werk te maken van gezondheid in hun bedrijf en onderneming.

Diverse bedrijven en instellingen in Nederland hebben inmiddels stappen ondernomen om te zorgen voor gezondere werknemers door het instellen van een rookbeleid, het creëren van een fitness-ruimte, het opzetten van een alcoholbeleid, zorgen voor gezonde voeding in de bedrijfskantine en het ontwikkelen van stress-programma's. Dit alles in combinatie met het bevorderen van een gezonde werkomgeving.

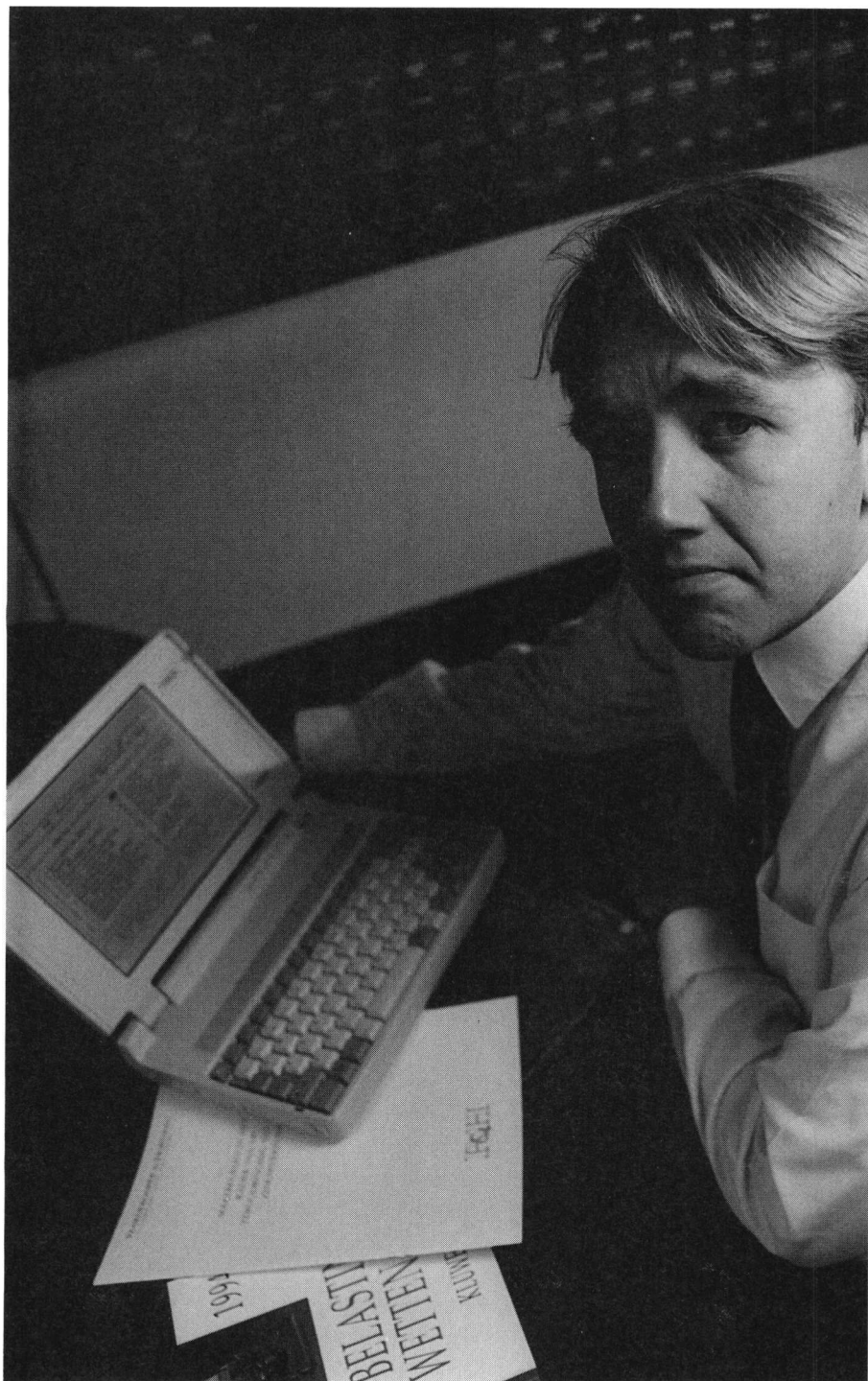
Het is belangrijk voor de ontwikkeling van GBW dat het management van arbeidsorganisaties (in)ziet dat invoering van goed en verantwoord opgezette gezondheidsprogramma's ook daadwerkelijk positieve effecten zullen hebben. Het is daarom belangrijk te laten zien dat er succesvolle gezondheidsbevorderingsprogramma's zijn. Daarom zijn er enkele van deze programma's opgenomen in dit overzicht.

Wat is er te vinden in dit boek?

Dit boek is samengesteld uit bijdragen van verschillende auteurs. De artikelen zijn afzonderlijk te lezen. Dit boek wil niet suggereren dat er op dit moment in Nederland sprake is van een gericht beleid op het gebied van GBW.

Vanuit verschillende disciplines en invalshoeken wordt GBW beschreven en in relatie gebracht met bijvoorbeeld het arbeidsomstandighedenbeleid en de bedrijfsvoering in het algemeen. Zo komen zowel wetenschappelijke als theoretische beschouwingen over GBW aan de orde, al dan niet gebaseerd op voorbeelden van interventies in bedrijven en instellingen. Er worden methodische aspecten van gezondheidsbevordering op de werkplek beschreven, de noodzakelijke deskundigheden voor de uitvoering van een integraal gezondheidsbevorderingsprogramma en beschrijvingen van de integrale aanpak bij interventies in bedrijven. Deze interventies zijn hoofdzakelijk geïsoleerde initiatieven.

In dit boek wordt, aan de hand van enkele voorbeelden, een analyse gegeven over de overgang van geïsoleerde initiatieven naar totale bedrijfsgezondheidsprogramma's. Over een planmatige gezondheidbevordering in de arbeidssitu-



atie is ook een bijdrage opgenomen. Ook de deskundigheidsbevordering door middel van effectief opleiden via trainingsspecificaties wordt belicht. In een aantal hoofdstukken worden relaties gelegd tussen GBW en andere thema's. Zo wordt de relatie tussen GBW en de ziektekosten onder de loep genomen, de relatie tussen vrouwen, gezondheid en werk, de leermomenten voor GBW en de arbeidsproblemen van mensen met psychiatrische problemen. Ook wordt de relatie van GBW en het arbeidsomstandighedenbeleid belicht. Medewerkers van de ministeries VWS en SZW geven hun visie op de ontwikkeling van GBW en de plaats die het inneemt in het overheidsbeleid. Uit het buitenland kwamen enkele bijdragen over de ervaringen met GBW-projecten en wordt onder andere gewerkt met "social marketing" strategieën.

In het eerste deel worden enkele thema's aan de orde gesteld. Inge van den Borne gaat dieper in op de resultaten van de GBW-Nipo enquête die begin dit jaar is gehouden onder verschillende groepen van betrokkenen. Onder auspiciën van Marianne Selie en Gerard Roerink passeren organisaties de revue die zich richten op de verandering van de leefstijl van mensen en instituten met GBW-projectervaring. Uit dit overzicht blijkt dat er op tal van onderwerpen al effectieve programma's zijn ontworpen.

Daarna gaan enkele auteurs in op interessante thema's van deze tijd. Ellen Offers gaat in op het thema 'Vrouwen en werk', en Jacques Zeelen initieert een discussie over de mogelijkheden en misschien onmogelijkheden van werkwijzen met betrekking tot psychische arbeidsproblemen.

Naast een overzicht van de stand van zaken in Nederland wordt u een blik gegunt over de grens. Een drietal buitenlandse experts is bereid gevonden om de markante ontwikkelingen in hun land te beschrijven. U vindt een bijdrage uit Ierland van een van de voormannen van GBW in Europa, dr. Wynne. Verder is er een bijdrage van Borg uit Denemarken waarin verslag wordt gedaan van een project bij de legofabrieken en vanuit Canada geeft Dooner een overzicht van de ontwikkelingen van GBW door het Health Canada programma. De reeks voorbeelden wordt besloten door Janssen die vanuit het eigen land een korte samenvatting geeft van de methodische stappen die men destilleerde uit een viertal projecten en onderzoeken in Nederland.

Ook andere spelers op het veld van werk en gezondheid hebben belangen bij de ontwikkelingen van GBW. De recente ontwikkelingen in de Ziektewet maken duidelijk dat verzekeraars en diverse ministeries de ontwikkeling van GBW op de voet zullen volgen. Als eerste gaat Hans Wiegel, voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland in op de mogelijkheden en kansen van verzekeraars bij GBW.

Gezondheidsbevordering op de werkplek betreft vele deelterreinen van het overheidsbeleid. Dat vereist facetbeleid. Petra van den Broek geeft de positie van het Ministerie van Volksgezondheid weer en Laterveer doet dat voor het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Na gezien te hebben dat er verschillende binnen- en buitenlandse ervaringen zijn met programma's voor gezondheidsbevordering op de werkplek en de positie van verzekeraars en overheid, is het belangrijk na te gaan op welke manieren deze programma's werkzaam kunnen zijn. Verschillende auteurs gaan daarop in. Zij beschrijven allen hun ervaringen en leggen verschillende accenten.

Frans Nijhuis benadrukt naast inhoudelijke- ook de kosten-effectiviteit van programma's. De Vries gaat in op planmatige gezondheidsvoorlichting in de arbeidssituatie. Stan Maes benadrukt het noodzakelijke eigenstandige en integrale karakter van GBW programma's. Jacques Allegro ziet daarentegen GBW activiteiten als een aanvulling en versterking van het ziekteverzuimbeleid. Rob Gründemann ontwerpt een methodiek voor GBW die door Hans Dam vervolgens wordt omgezet in een scholingsprogramma voor GBW professionals.

In een korte epiloog schetsen wij enkele trends in gezondheidsbevordering op de werkplek en geven enkele thema's en ontwikkelingen die de komende tijd verder ontwikkeld zullen moeten worden. We schetsen hier een stand van zaken met als doel gezondheidsbevordering op de werkplek in de toekomst verder te ontwikkelen.

Voor de ontwikkeling van GBW is het nodig dat veel mensen in en om arbeidsorganisaties meewerken aan het maken en optimaliseren van programma's die een gezonde leefstijl van mensen simuleren. Een gezonde werkplek is daarbij een belangrijke voorwaarde. De auteurs geven daartoe een aanzet.

Paul Baart studeerde Andragogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen. Nadien volgde hij post doctorale opleidingen op het gebied van veranderingsprocessen in organisaties. Hij werkte als manager bij instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en gaf trainingen in profit en nonprofitorganisaties. Méér dan twintig jaar heeft hij zich beziggehouden met preventie, gezondheidsvoorlichting en gezondheidsopleidingen in, met name, de geestelijke gezondheidszorg. Hij heeft regelmatig gepubliceerd in vak- en publiekstijdschriften over, met name, de relatie arbeid en geestelijke gezondheidszorg. Vanaf 1995 is hij directeur van het Centrum Gezondheidsbevordering op de Werkplek.

Gerard Roerink studeerde Gezondheidswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht. Zijn afstudeerrichting was Beleid en Beheer van Gezondheidsvoorzieningen. Nadien was hij werkzaam als beleidsmedewerker volksgezondheid en vervulde vervolgens enkele marketingfuncties voor uitgeverijen. Hij verrichtte ondermeer marktonderzoek in diverse sectoren van de maatschappij, waaronder de arbo-wereld. Sinds 1995 is hij werkzaam als projectcoördinator bij het Centrum Gezondheidsbevordering op de Werkplek.

GBW, DE STAND VAN ZAKEN IN NEDERLAND

Door drs. I.F.H. van den Borne

Inge van den Borne is sinds april 1995 werkzaam bij het Centrum GBW als projectmedewerker. Vanaf april 1996 is zij aangesteld als projectleider. Voordat zij kwam werken bij het Centrum GBW studeerde zij Gezondheidswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg. Van deze studierichting rondde zij met succes de afstudeerrichtingen Bewegingswetenschappen en Gezondheidsvoorzorg en -opvoeding af.

Om een breed inzicht te krijgen in de stand van zaken met betrekking tot gezondheidsbevordering op de werkplek in Nederland heeft het Centrum GBW een onderzoek uit laten voeren door het NIPO. Door middel van dit onderzoek heeft het Centrum GBW getracht een antwoord te krijgen op onder andere de volgende vragen:

- In hoeverre is men in Nederland bekend met de term GBW?
- Wat gebeurt er reeds op het terrein van gezondheidsbevordering in bedrijven en wie zijn daarbij betrokken?
- Welke behoeften bestaan er ten aanzien van GBW? Wat verwacht men van het Centrum GBW?

Met dit onderzoek wil het Centrum GBW zich tevens een fundament verschaffen waarop de uitvoering van haar taken kan worden gebaseerd.

In dit onderzoek zijn zes segmenten als doelgroep opgenomen, te weten werkgevers, werknemers, partners van werknemers, arbodiensten, overige aanbieders en zorgverzekeraars. De vragenlijsten voor elk van de zes doelgroepsegmenten zijn ontwikkeld in samenwerking met de sectie 'Gezondheid en Welzijn' van het IVA.

Uit het onderzoek blijkt duidelijk dat er véél belangstelling voor gezondheidsbevordering op de werkplek is bij alle zes de doelgroepen. Vooral aan de aanbodzijde (arbodiensten, overige aanbieders en zorgverzekeraars) is men al druk bezig met GBW. Maar ook vanuit bedrijven en instellingen bestaat een toenemende belangstelling voor GBW, zo vindt 60% van de werkgevers dat GBW een vast onderdeel uit zou moeten maken van het arbobeleid.

Ondanks dat men veel belang hecht aan GBW, moeten er nog wel enkele barrières worden overwonnen. Zo is betrokkenheid van zowel werkgevers als werknemers van evident belang, maar ook de tijd- en geldkwestie heeft een grote invloed op het wel of niet actief bezig zijn met GBW. Wil GBW succesvol zijn, dan moeten deze basisaspecten goed geregeld zijn.

Vooral de aanbodzijde wil zich in de toekomst met GBW bezig gaan houden. Zij denkt daarbij vooral aan programma's gericht op stress, roken en bewegen. Aan de vraagzijde is men iets terughoudender waar het gaat om GBW. Ook al ziet men zeer duidelijk de belangen ervan in, de barrières worden nog tamelijk groot bevonden.

De rol die het Centrum GBW kan spelen in de stimulatie van GBW is vooral:

- het geven van advies en begeleiding
- het bevorderen van de deskundigheid
- het verschaffen van informatie en voorlichting over GBW
- het aanbieden van concrete GBW-programma's

Inleiding en doelstelling

Het Centrum GBW ontwikkelt in samenwerking met andere organisaties concrete programma's voor gezondheidsbevordering op de werkplek. Ook probeert het Centrum GBW voorwaarden te scheppen die het bedrijven of instellingen en dienstverlenende instanties op het gebied van arbo- en gezondheidszorg mogelijk maakt dergelijke programma's te ontwikkelen en ook te implementeren. Als middel hiertoe ontwikkelt het Centrum ondermeer producten en methodieken, verzorgt zij scholingen en trainingen, vergaart zij documentatie en geeft zij voorlichting.

Bij het Centrum GBW bestaat behoefte aan een breed inzicht in de stand van zaken met betrekking tot gezondheidsbevordering op de werkplek in Nederland. Om deze vraag te beantwoorden is niet alleen het boek dat u nu in handen heeft samengesteld, maar heeft het Centrum GBW ook een onderzoek uit laten voeren door het NIPO, het marktonderzoeksinstituut uit Amsterdam. De voorbereidingen voor dit onderzoek zijn begonnen in september 1995. In januari en februari 1996 heeft het onderzoek vervolgens daadwerkelijk plaats gevonden.

Met dit onderzoek heeft het Centrum GBW geprobeerd een antwoord te krijgen op onder andere de volgende deelvragen:

- In hoeverre is men in Nederland bekend met het begrip GBW?
- Welk besef bestaat er binnen bedrijven en instellingen over de samenhang

tussen gedrag en gezondheid waarop de arbeidssituatie van invloed is?

- Wat gebeurt er al op het terrein van gezondheidsbevordering in bedrijven en wie zijn daarbij betrokken?
- In hoeverre is er sprake van afstemming en coördinatie tussen bij GBW betrokken partijen?
- Welke behoeften bestaan er ten aanzien van GBW?
- Wat verwacht men van het Centrum GBW?

Naast het verkrijgen van een overzicht van de stand van zaken met betrekking tot GBW in Nederland, wil het Centrum GBW zich met dit onderzoek tevens een fundament verschaffen waarop de uitvoering van haar taken kan worden gebaseerd. Op basis van informatie over verschillen tussen sectoren en specifieke gezondheidsbevorderende thema's waar ontwikkelingen al ver zijn gevorderd of juist zijn achtergebleven, kunnen nadere beslissingen worden genomen omtrent het toekomstige beleid van het Centrum GBW.

Doelgroepen

De doelgroepen van dit onderzoek zijn te scheiden in een vraag- en een aanbodzijde. Onder de vraagzijde vallen de segmenten werkgevers, werknemers en partners van werknemers. De partners van werknemers zijn ook onderzocht omdat er een belangrijke wisselwerking bestaat tussen de thuissituatie en de situatie op het werk. De individuele leefstijl in de thuissituatie heeft direct gevolgen voor de werksituatie en omgekeerd. En werknemers vertellen hun partners vaak hoe hun dag is geweest en wat er allemaal schort op de werkplek. Partners van werknemers kunnen dus beschikken over waardevolle informatie met betrekking tot werkomstandigheden.

Wat betreft de aanbodzijde zijn er een groot aantal verschillende instanties die GBW-programma's ontwikkelen en aanbieden. Segmenten uit de aanbodzijde die in dit onderzoek zijn opgenomen zijn ten eerste de arbodiensten. Hierbij gaat het om meervoudige diensten die meestal op structurele basis voor meerdere bedrijven of instellingen werken en om enkelvoudige diensten, die zijn ontstaan binnen één bedrijf en ook alleen voor dat bedrijf werken. Ook de categorie overige aanbieders is opgenomen. Dit betreft particuliere adviesbureaus en GVO- en preventie-afdelingen waar GGD-en en Thuiszorgorganisaties respectievelijk Riagg's en CAD's over beschikken. Deze afdelingen werken incidenteel, soms in samenwerking met een arbodienst of particulier bureau, voor bedrijven of instellingen. Als derde segment aan de aanbodzijde zijn de zorgverzekeraars opgenomen, die in toenemende mate samenwerking aangaan met dienstverlenende instanties op het terrein van arbozorg.

Vragenlijsten

De vragenlijsten voor dit onderzoek zijn ontwikkeld in samenwerking met de sectie 'Gezondheid en Welzijn' van het IVA, Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies te Tilburg. Het IVA is een onafhankelijk instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek, gelieerd aan de Katholieke Universiteit Brabant.

Voor elk van de zes doelgroepsegmenten is een aparte vragenlijst ontwikkeld. In deze vragenlijsten zijn vragen opgenomen over het bedrijf van de respondent zelf, over GBW (wat is er al aan gedaan en wat vindt men ervan), over determinanten voor het uitvoeren van GBW-activiteiten en over de behoeften aan GBW-activiteiten. De vragenlijsten onderscheiden zich voornamelijk in het gedeelte met vragen over het bedrijf van de respondent zelf. De vragen over de andere onderwerpen komen min of meer overeen, maar zijn natuurlijk wel aangepast aan de omstandigheden en ontwikkelingen in de verschillende doelgroepsegmenten.

Respons

Aan het onderzoek hebben in totaal 1104 werkgevers, 753 werknemers, 303 partners van werknemers, 84 arbodiensten, 60 overige aanbieders en 19 zorgverzekeraars meegewerkt.

Resultaten vraagzijde

Werkgevers

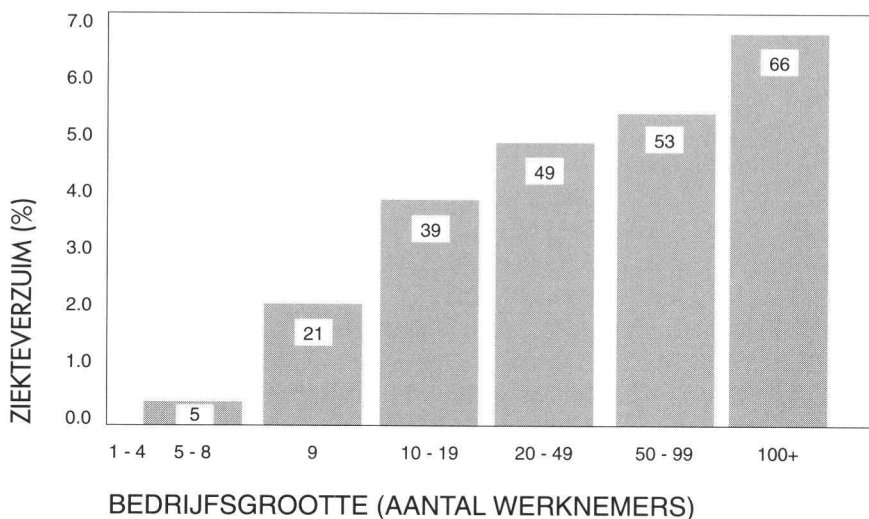
Naarmate een benaderd bedrijf meer werknemers telt, wordt vaker het hoofd of een medewerker van de afdeling PZ of P&O geïnterviewd. Naarmate een bedrijf daarentegen minder werknemers telt, is de directeur steeds vaker degene die geïnterviewd wordt.

Dit resultaat kan gezien worden in relatie tot de rol die een arbodienst in een bedrijf vervult. In kleine bedrijven, waar de directeur degene is die over arbo en gezondheid gaat, is de functie van een arbodienst-functionaris naast adviseur steeds meer die van een stafmedewerker. In de grotere bedrijven, waar een hoofd PZ of P&O over arbo en gezondheid gaat, is de rol van een arbodienst-functionaris meer en meer die van een adviseur.

Zoals is te verwachten, zijn bijna alle grote bedrijven (100+) aangesloten bij een arbodienst. Van de kleine bedrijven (1-4 werknemers) heeft zich echter pas een kwart aangesloten.

Uit het onderzoek blijkt dat grotere bedrijven hogere ziekteverzuimpercentages hebben. Dit is weergegeven in figuur 1.

Figuur 1: Ziekteverzuimpercentages per bedrijfsgrootte.



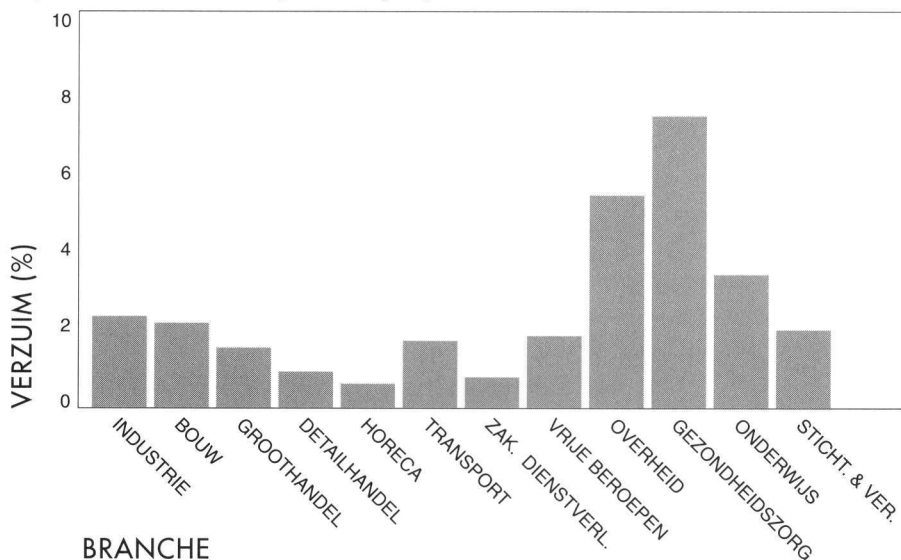
- Van alle ondervraagde werkgevers heeft 16% al van GBW gehoord. 81% zegt nog te weinig van GBW af te weten.
- Nog maar een heel klein deel is betrokken geweest, momenteel betrokken of heeft concrete plannen voor GBW. Zoals verwacht zijn het vooral de grotere bedrijven (50+ werknemers) die al met GBW bezig zijn. Het gaat dan vooral om activiteiten gericht op roken, bewegen en voeding. Bij de activiteiten gericht op roken ging het vooral om regelgeving, voorlichting en advies. Bij bewegen betrof het voornamelijk projecten, cursussen en bedrijfsfitness. Bij voeding bestonden de activiteiten voornamelijk uit projecten, voorlichting en gezonder eten in de bedrijfskantine. De GBW-activiteiten die tot nu toe uitgevoerd zijn, worden over het algemeen positief tot zeer positief beoordeeld.
- Werkgevers hechten veel belang aan GBW, ongeacht de bedrijfsgrootte. De belangen liggen volgens hen vooral in het verbeteren van de arbeidsomstandigheden, het verhogen van de gezondheid en het welzijn van werknemers, het voorkomen van ziekteverzuim, het versterken van het arbobeleid en het verbeteren van de sfeer. 64% vindt GBW een nuttige aanvulling op het basispakket van arbodiensten en 62% vindt dat men zich beter profileert indien men GBW aanbiedt aan werknemers. Ruim de helft vindt dan ook dat GBW een vast onderdeel uit zou moeten maken van het arbobe-

leid. Dus ook meer dan de helft van alle werkgevers onderstrepen de doelstelling van het Centrum GBW.

- Werkgevers vinden vooral de directie/het bestuur van een bedrijf of instelling de aangewezen persoon voor het initiëren van GBW. De helft van alle werkgevers vindt ook dat werkgevers GBW moeten financieren, 15% is van mening dat de overheid dit moet doen en een nog kleiner gedeelte vindt dat werkgevers en werknemers dit samen zouden moeten doen.
- Werkgevers denken dat het geven van meer informatie over GBW, een hoog ziekteverzuim, het betrekken van werknemers bij GBW en een directie die achter GBW staat de invoering van GBW-beleid bevorderen. Belemmerende factoren voor GBW zijn daarentegen het gebrek aan financiën en het gebrek aan belangstelling voor GBW bij werknemers. Bovendien kost het teveel werktijd.
- Ongeveer een derde van de werkgevers zou graag meer aan GBW willen doen. Toch denkt slechts 16% van hen zich in de toekomst met GBW bezig te gaan houden. Ook hier zijn het vooral de grotere bedrijven die dit willen. Daarbij wordt vooral gedacht aan programma's/activiteiten gericht op bewegen, stress en roken.
Werkgevers stellen wel enige voorwaarden voordat zij aan GBW gaan doen. Zij vinden dat werknemers en management betrokken moeten zijn bij en belangstelling moeten hebben voor GBW en er moet geld en tijd voor beschikbaar zijn.
Van het Centrum GBW verwachten werkgevers vooral informatie en voorlichting over GBW, advies en begeleiding bij GBW en een aanbod van concrete GBW-programma's.

Vooral bedrijven uit de branches overheid, gezondheidszorg en onderwijs zijn bij een arbodienst aangesloten. Zoals blijkt uit figuur 2, zijn de ziekteverzuimpercentages in deze branches (overheid, gezondheidszorg en onderwijs) veel hoger dan in de overige branches.

Figuur 2: Ziekteverzuimpercentages per branche.



Opvallend is dat vooral de branches met de hoogste verzuimpercentages (overheid, gezondheidszorg, onderwijs en stichtingen en verenigingen) betrokken zijn geweest bij, momenteel betrokken zijn bij of concrete plannen hebben tot GBW. Dit zijn tevens de branches die in de dagelijkse praktijk de meeste vragen op GBW-gebied tegenkomen. En het zijn tevens de branches die de meeste mogelijkheden zien in de koppeling van GBW aan de reguliere arbotaken.

Voor de branches onderwijs, overheid en gezondheidszorg zou het hebben van meer financiering de belangrijkste bevorderende factor zijn voor GBW. Deze branches zijn overtuigd van het nut van GBW, maar kunnen door gebrek aan geld hier niet zoveel aandacht aan besteden als zij wel zouden willen. De branches gezondheidszorg en onderwijs zien beduidend vaker in plaats van de directie de Arbocommissie/coördinator, het lijnmanagement en de afdeling P&O of PZ de aangewezen initiator voor GBW-activiteiten.

In de nabije toekomst zijn het ook vooral de branches overheid, gezondheidszorg, onderwijs en stichtingen en verenigingen die zich meer met GBW bezig willen gaan houden.

In de bouw, het onderwijs en de detailhandel is opvallend minder behoefte aan activiteiten gericht op bewegen. In het onderwijs is (niet tegen de verwachtingen in) beduidend meer behoefte aan activiteiten gericht op stress.

Belangrijkste conclusies werkgevers:

- 16% heeft van de term GBW gehoord
- 9% is bezig met GBW (vooral roken, bewegen en voeding)
- werkgevers hechten veel belang aan GBW
- 60% vindt dat GBW een vast onderdeel uit zou moeten maken van het arbobeleid
- meer informatie over GBW, een hoog ziekteverzuim, het betrekken van werknemers bij GBW en een directie die achter GBW staat stimuleert GBW
- gebrek aan financiën, gebrek aan belangstelling voor GBW bij werknemers en het in beslag nemen van teveel werktijd belemmeren GBW
- 16% wil in de nabije toekomst meer aan GBW gaan doen (vooral bewegen, stress en roken)
- verwachtingen ten aanzien van het Centrum GBW: vooral informatie en voorlichting over GBW, advies en begeleiding bij GBW en een aanbod van concrete GBW-programma's
- de ziekteverzuimpercentages in de branches overheid, gezondheidszorg en onderwijs zijn hoger dan in de overige branches
- dit zijn ook de branches die zich het meeste bezig houden met GBW, die in de dagelijkse praktijk de meeste vragen op GBW-gebied tegenkomen en die de meeste mogelijkheden zien in de koppeling van GBW aan de reguliere arbotaken
- in de nabije toekomst zijn het vooral de branches overheid, gezondheidszorg, onderwijs en stichtingen en verenigingen die zich meer met GBW bezig willen gaan houden
- in de bouw, het onderwijs en de detailhandel is opvallend minder behoefte aan activiteiten gericht op bewegen
- in het onderwijs is beduidend meer behoefte aan activiteiten gericht op stress

Werknemers

Er zijn 594 mannen en 159 vrouwen geïnterviewd. De deelnemers zijn evenredig verdeeld per leeftijdscategorie. Hun opleidingsniveau is vooral HBO/WO (37%), MBO (22%) en LBO (20%). De geïnterviewden werken vooral in hogere en middelbare functies en zijn gemiddeld 9,7 jaar werkzaam in de huidige functie.

Bijna alle werknemers voelen zich over het algemeen gezond tot erg gezond. Toch heeft een derde van de werknemers wel eens lichamelijke of psychische klachten gehad die men in verband bracht met het werk. 10% van alle werknemers heeft door deze klachten ook vaak tot heel vaak verzuimd.

Ongeveer de helft van alle werknemers vindt dat zij zelf veel tot heel veel moeite doen om gezondheidsrisico's op het werk te beperken. Dit zelfde aantal vindt dat ook de werkgever de nodige moeite doet de gezondheidsrisico's op het werk te beperken.

Veel werknemers kennen het begrip GBW nog niet. Na een korte uitleg vinden wel bijna alle werknemers GBW nuttig voor zichzelf. Ruim de helft zegt dat GBW op zijn/haar werkplek op zijn plaats zou zijn en dat werknemers zelf ook aan GBW kunnen doen. 85% geeft te kennen nog te weinig van GBW af te weten.

29% van de werknemers heeft momenteel of in het verleden wel eens te maken gehad met GBW-activiteiten, vooral met betrekking tot roken, bewegen en voeding. Bij de activiteiten gericht op roken ging het dan vooral om regelgeving, voorlichting en advies. Wat betreft beweging om projecten en een sport/bewegingsaanbod (bv. bedrijfsfitness). Bij voeding draaide het vooral om projecten, voorlichting en een gezonder aanbod in bedrijfskantines. De al uitgevoerde GBW-activiteiten worden eensluidend positief tot zeer positief beoordeeld door werknemers.

Werknemers zien een groot belang in GBW. Zij denken daarbij vooral aan het verbeteren van de eigen gezondheid, het zich beter voelen, fitter zijn, ziekten voorkomen en er op het werk beter tegenaan kunnen.

38% van de werknemers praat regelmatig tot vaak met collega's over gezondheidsproblemen op het werk. De helft van alle werknemers praat ook weleens met collega's over hoe deze gezondheidsproblemen aangepakt zouden kunnen worden.

Tijdens zulke gesprekken komen werknemers zelf tot de conclusie dat gezondheidsproblemen voorkomen kunnen worden door meer aan sport te doen, door betere werkomstandigheden, door het opzetten van een algemeen gezondheidbeleid, door het geven van stresstrainingen en door gezond voedsel aan te bieden in de bedrijfskantines.

Het initiatief tot GBW-activiteiten moet volgens werknemers vooral door de directie en de afdeling P&O en PZ genomen worden. De meeste werknemers vinden dat de werkgever GBW moet financieren. Een klein gedeelte vindt dat werkgevers en werknemers dit samen moeten doen.

Werknemers denken dat door het verstrekken van informatie over GBW, door het actief betrekken van werknemers bij GBW en door de activiteiten onder werktijd te organiseren de betrokkenheid van werknemers bij GBW bevordert

wordt. Factoren die hun betrokkenheid bij GBW belemmeren zijn het niet voldoende bekend zijn met GBW. Ook neemt het naar hun mening te veel werktijd in beslag.

De helft van alle werknemers zegt zeker deel te zullen nemen aan GBW-activiteiten als het bedrijf die aanbiedt, 41% zal dit misschien doen.

Belangrijkste conclusies werknemers:

- een derde heeft wel eens lichamelijke of psychische klachten die men in verband brengt met werk
- 10% heeft door deze klachten vaak tot heel vaak verzuimd
- veel werknemers kennen het begrip GBW nog niet
- na een korte uitleg vinden bijna alle werknemers GBW nuttig
- 29% heeft te maken (gehad) met GBW (vooral roken, bewegen en voeding)
- werknemers zien een groot belang in GBW
- ongeveer de helft praat weleens met collega's over hoe gezondheidsproblemen aangepakt zouden kunnen worden
- gezondheidsproblemen kunnen voorkomen worden door meer aan sport te doen, door betere werkomstandigheden, door het opzetten van een algemeen gezondheidsbeleid, door het geven van stresstrainingen en door gezond voedsel aan te bieden in de bedrijfskantines
- meer informatie, het actief betrekken van werknemers bij GBW en het organiseren van GBW-activiteiten onder werktijd stimuleert de betrokkenheid van werknemers bij GBW
- het niet voldoende bekend zijn met GBW en het in beslag nemen van te veel werktijd belemmeren GBW
- de helft zal in de nabije toekomst zeker deelnemen aan GBW-activiteiten, 41% misschien

Partners van hoofdkostwinnaars

In deze groep zijn 13 mannen en 290 vrouwen geïnterviewd. 51% van de geïnterviewden is zelf ook werkzaam.

Ook 90% van de partners beoordeelt de gezondheid van de hoofdkostwinner (werknemer) als gezond tot erg gezond. Toch heeft 40% van de hoofdkostwinners volgens hun partners wel eens lichamelijke of psychische klachten door het werk. 6% verzuimt vaak tot heel vaak naar aanleiding van deze klachten. Ongeveer de helft van de partners vindt dat de hoofdkostwinner zelf veel tot

heel veel doet aan het beperken van de gezondheidsrisico's op het werk. Ook de werkgevers van de hoofdkostwinners doen dit in de helft van de gevallen.

Veel partners van werknemers kennen het begrip GBW nog niet. Na een korte uitleg vinden bijna alle partners GBW nuttig. Ongeveer 60% van alle partners zegt dat de hoofdkostwinner zelf persoonlijk veel baat zal hebben bij GBW. 70% denkt dat het imago van het bedrijf waar de hoofdkostwinner werkt verbeterd wordt wanneer dit bedrijf zich meer met GBW gaat bezig houden. 14% van de bedrijven waar de hoofdkostwinners werken heeft volgens hun partners aan GBW gedaan, doet momenteel wat aan GBW of heeft concrete plannen tot GBW. Het draait dan vooral om activiteiten gericht op roken, beweging en stress.

61% van de partners vindt dat er meer aan GBW moet worden gedaan in het bedrijf van de hoofdkostwinner om de gezondheid van de hoofdkostwinners te bevorderen. Er moet vooral meer aandacht besteed worden aan stress. Ook bewegen en ergonomie zijn belangrijke punten van aandacht.

Belangrijkste conclusies partners hoofdkostwinners:

- 40% van de hoofdkostwinners heeft volgens hun partners wel eens lichamelijke of psychische klachten door het werk
- 6% verzuimt vaak tot heel vaak naar aanleiding van deze klachten
- veel partners van hoofdkostwinners kennen het begrip GBW nog niet
- na een korte uitleg vinden bijna alle partners GBW nuttig
- 14% van de bedrijven waar de hoofdkostwinners werken is bezig met GBW (vooral roken, beweging en stress)
- 61% vindt dat er meer aan GBW moet worden gedaan om de gezondheid van de hoofdkostwinners te bevorderen (vooral stress, bewegen en ergonomie)

Resultaten aanbodzijde

Voor wat betreft de aanbodzijde zijn de volgende resultaten van belang.

Arbodiensten

Van de geïnterviewde arbodiensten maakt 82% deel uit van een koepel. Er is voornamelijk gesproken met directeuren, vestigingsmanagers en bedrijfsartsen.

Van alle ondervraagde arbodiensten heeft 42% al van GBW gehoord en zegt 60% nog te weinig van GBW af te weten.

Toch is 86% van de arbodiensten al bezig geweest met, momenteel bezig of heeft concrete plannen voor GBW. Het draait dan vooral om activiteiten gericht op het gebied van roken, stress, bewegen en alcohol.

De al uitgevoerde GBW-activiteiten hadden vaak een structurele aanpak en waren geen op zichzelf staande activiteiten. Bij de activiteiten gericht op roken ging het vooral om het geven van advies, mondelinge voorlichting en projecten. Bij stress betrof het voornamelijk cursussen. Als men activiteiten organiseert op het vlak van bewegen draait het vooral om projecten, mondelinge voorlichting en cursussen. Bij alcohol bestaan de activiteiten voornamelijk uit het geven van mondelinge voorlichting, advies en projecten. De GBW-activiteiten die tot nu toe door arbodiensten zijn uitgevoerd, worden over het algemeen positief beoordeeld door deze arbodiensten.

Arbodiensten zien een groot belang in GBW. Dit belang ligt volgens hen vooral in de verbreding van de zorg ten aanzien van bedrijven, het gevoelig maken van bedrijven voor een preventieve benadering, het versterken van de eigen positie van de dienst, het beter inspelen op vragen vanuit bedrijven, bevordering van de deskundigheid van de eigen dienst en het verwerven van een betere concurrentiepositie ten opzichte van andere arbodiensten. Slechts één van de geïnterviewde arbodiensten ziet absoluut geen belang in GBW. Zij vindt GBW een zaak van het bedrijf zelf.

Eén van de belangen die arbodiensten in GBW zien is het beter kunnen inspelen op vragen vanuit bedrijven. Ruim de helft van alle arbodiensten blijkt regelmatig tot vaak GBW-vragen vanuit bedrijven en instellingen te krijgen. 80% van alle arbodiensten kan hier of zou hier ook op in kunnen spelen. De andere arbodiensten kunnen dit niet door het ontbreken van voldoende kennis over GBW, te weinig deskundigheid binnen de arbodienst, gebrek aan financiële middelen en mankracht en het niet in huis hebben van een GBW-aanbod.

Maar liefst 83% van alle arbodiensten vindt dat GBW tot hun takenpakket hoort. Tweederde deel is van mening dat GBW een nuttige aanvulling op de reguliere taken van een arbodienst is. De mogelijkheden om GBW aan de reguliere taken van een arbodienst te koppelen ziet men vooral in opname van GBW in het arbo-jaarplan, gebruik maken van de resultaten van een PAGO bij het opzetten van GBW-activiteiten en met GBW-activiteiten aansluiten bij de gegevens van de risico-inventarisatie en -evaluatie. Voor het opzetten en uitvoeren van GBW-activiteiten zal 70% van de arbodiensten samenwerking zoeken met andere instanties. Men denkt dan vooral aan de landelijke instellingen (onder andere het Astma Fonds, de Nederlandse Hartstichting, de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF en organisaties die een gezonde leefstijl bevorderen).

Arbodiensten vinden vooral de afdeling P&O of PZ, de directie of de arbocommissie het meest geschikte aanspreekpunt binnen een instelling of organisatie voor de ontplooiing van GBW-activiteiten. Bij de arbodiensten zelf zijn het vooral de bedrijfsartsen, de bedrijfsverpleegkundigen en arbo-adviseurs die in aanmerking komen om zich bezig te houden met GBW. Arbodiensten zijn het er over eens dat voornamelijk werkgevers GBW zouden moeten financieren.

Arbodiensten zijn in de veronderstelling dat het geven van meer informatie over GBW aan zowel arbodiensten zelf als aan bedrijven, de opname van GBW in het beleid van ondernemingen zal bevorderen.

Factoren die daarentegen GBW belemmeren, zijn het niet beschikken over voldoende financiën, het gebrek aan informatie en kennis over GBW bij werkgevers, te weinig *commitment* bij het management van bedrijven, het ontbreken van een draagvlak binnen de bedrijven en het onbekend zijn met eenduidige onderzoeksresultaten over de (positieve) effecten van GBW.

Op dit moment zou ruim de helft van de arbodiensten zich eigenlijk meer met GBW bezig willen houden. Slechts 11% twijfelt om diverse redenen nog over de invoering van GBW-activiteiten. In de nabije toekomst wil zelfs 90% van alle arbodiensten meer aan GBW gaan doen. Zij denken dan vooral aan activiteiten op het gebied van stress, roken en bewegen.

Arbodiensten stellen echter ook voorwaarden aan het opnemen van GBW in hun activiteiten. Zij vinden dat er vraag en draagvlak in een organisatie aanwezig moet zijn, de financiën moeten geregeld zijn en ze willen beschikken over meer kennis en deskundigheid op het gebied van GBW. Daar is dan ook een belangrijke taak voor het Centrum GBW weggelegd. En dat is tevens een taak die de arbodiensten van het Centrum GBW verwachten, namelijk het geven van informatie en voorlichting over GBW, het geven van advies, begeleiding en het bevorderen van de deskundigheid van arbodiensten en het aanbieden van concrete GBW-programma's en activiteiten.

Belangrijkste conclusies arbodiensten

- 42% heeft van de term GBW gehoord
- 86% is bezig met GBW (vooral roken, stress, bewegen en alcohol)
- arbodiensten zien groot belang in GBW
- meer informatie over GBW stimuleert GBW
- gebrek aan financiën, geen draagvlak binnen bedrijven en geen bekendheid met positieve effecten van GBW belemmeren GBW

- 90% wil zich in nabije toekomst met GBW gaan bezighouden (vooral stress, roken en bewegen)
- behoefte aan meer kennis en deskundigheid op het gebied van GBW en concrete GBW-programma's, men ziet dit ook als duidelijke taken voor het Centrum GBW

Overige aanbieders

In dit segment zijn 8 particuliere adviesbureaus, 7 CAD's, 19 Riaggs en 26 GGD-en geïnterviewd. De adviesbureau's hebben, als het gaat om GBW-activiteiten, de meeste bedrijven als klant.

Van deze aanbieders heeft 32% al van de term GBW gehoord. Na een korte toelichting begrijpt ongeveer de helft ook wat er met GBW wordt bedoeld. 68% zegt graag meer te willen weten over GBW.

78% van de overige aanbieders is al bezig geweest met, momenteel bezig of heeft concrete plannen voor GBW. Hierbij gaat het vooral om activiteiten met betrekking tot stress, roken en bewegen.

De al uitgevoerde GBW-activiteiten hadden ook hier vaak een structurele aanpak en waren geen op zichzelf staande activiteiten. Bij de activiteiten gericht op stress ging het vooral om cursussen. Bij roken betrof het voornamelijk cursussen en mondelinge voorlichting. Als men activiteiten organiseert op het vlak van bewegen draait het vooral om projecten en cursussen.

Stress-activiteiten worden voornamelijk door de Riagg's uitgevoerd. Het zijn vooral de GGD-en die zich bezighouden met activiteiten gericht op roken op de werkplek. Bewegingsprogramma's worden voornamelijk uitgevoerd en opgezet door particuliere adviesbureau's en GGD-en.

Opvallend is dat wanneer het om stress gaat de activiteiten over het algemeen zelfstandig worden uitgevoerd. Waar het gaat om roken en beweging zoekt men daarentegen in de helft van de gevallen samenwerking met andere organisaties.

De aanbieders met de minste werknemers richten zich beduidend minder op integrale GBW-programma's. Aanbieders met 100 of meer werknemers richten zich daarentegen opvallend meer op stress-activiteiten dan de overige aanbieders met minder dan 100 werknemers.

De al uitgevoerde activiteiten worden over het algemeen positief tot zeer positief beoordeeld door de aanbieders zelf.

Ook deze aanbieders zien een groot belang in GBW. Vooral de Riaggs vinden dat zij door het aanbieden van GBW-activiteiten bedrijven gevoelig kunnen maken voor een preventieve benadering. De CAD's en particuliere adviesbureau's zijn van mening dat zij met GBW vooral de zorg ten aanzien van bedrij-

ven kunnen verbreden. De particuliere adviesbureau's zijn tevens van mening dat men met GBW beter in kan spelen op vragen vanuit bedrijven. Ook zijn alle deze aanbieders ervan overtuigd dat men met behulp van GBW de deskundigheid binnen de eigen instelling bevordert. De zorg ten aanzien van bedrijven verbreden en het beter inspelen op vragen vanuit bedrijven is vooral voor de kleinste aanbieders (1 - 19 werknemers) belangrijk.

Voor de particuliere adviesbureau's zijn van mening dat zij door het aanbieden van GBW beter in kunnen springen op vragen vanuit bedrijven. Ongeveer een derde van alle aanbieders zegt regelmatig tot vaak GBW-vragen van bedrijven en instellingen te krijgen. Ongeveer 60% van alle aanbieders (vooral particuliere adviesbureau's, GGD-en en Riaggs) kan of zou aan deze vragen kunnen voldoen. Wanneer men dit niet kan, komt dat vooral door een gebrek aan kennis en deskundigheid. De kleinste aanbieders (1 - 19 werknemers) noemen dit gebrek aan kennis vaker als reden voor het niet kunnen inspelen op GBW-vragen dan de grotere aanbieders (20+ werknemers).

Het overgrote deel is van mening dat GBW een nuttige aanvulling is op de zorg voor arbeidsomstandigheden in bedrijven. Zij vinden GBW dan ook absoluut niet overbodig. Vooral particuliere adviesbureau's, Riaggs en GGD-en vinden dat GBW een integraal onderdeel van het gezondheidsbeleid van bedrijven en instellingen zou moeten zijn. Zij onderstrepen hiermee de doelstelling van het Centrum GBW. Ongeveer de helft van de aanbieders vindt dat GBW zich kan verheugen in een toenemende belangstelling vanuit bedrijven en instellingen.

Ook voor deze aanbieders is het meest geschikte aanspreekpunt voor GBW in bedrijven de afdeling P&O en PZ, de directie en de arbocommissie. Onder de aanbieders zelf zijn het vooral de GVO-functionarissen, de A&O-deskundigen en de personeelsfunctionarissen die het meest in aanmerking komen zich bezig te houden met GBW-activiteiten. 68% van de aanbieders vindt dat werkgevers GBW zouden moeten financieren.

De overige aanbieders zijn in de veronderstelling dat het geven van meer informatie over GBW en het belichten van de voordelen/positieve effecten van GBW de invoering van GBW in het beleid van ondernemingen zal bevorderen. Factoren die daarentegen GBW belemmeren, zijn het niet beschikken over geld, tijd en voldoende kennis bij werkgevers.

Op dit moment zou de helft van de aanbieders graag meer aan GBW doen. In de nabije toekomst willen zelfs alle particuliere adviesbureau's en ongeveer driekwart van de CAD's, Riaggs en GGD-en zich met GBW gaan bezighouden. Het zijn voornamelijk de instellingen met 20 of meer werknemers die dit willen. De overige aanbieders denken bij GBW vooral aan activiteiten gericht op

stress (Riaggs), roken en bewegen. 75% van hen wil graag samenwerking zoeken met vooral arbodiensten en landelijke instellingen voor het opzetten van GBW-activiteiten.

Ook deze aanbieders stellen voorwaarden aan het opnemen van GBW-activiteiten in hun aanbod. Zij stellen, net als arbodiensten, dat er vraag naar en draagvlak voor GBW moet zijn binnen een bedrijf of instelling. De financiën moeten geregeld zijn en er moet tijd voor worden vrijgemaakt in een bedrijf. Deze aanbieders verwachten van het Centrum GBW vooral informatie en voorlichting over GBW, advies, begeleiding en deskundigheidsbevordering en het aantonen en bekend maken van de effecten van GBW.

Belangrijkste conclusies overige aanbieders:

- 32% heeft van de term GBW gehoord
- 78% is bezig met GBW (vooral stress, roken en bewegen)
- overige aanbieders zien groot belang in GBW
- GBW kan zich verheugen in een toenemende belangstelling vanuit bedrijven en instellingen
- meer informatie over GBW en belichten van de voordelen/positieve effecten van GBW stimuleert GBW
- gebrek aan financiën, tijd en kennis bij werkgevers belemmert GBW
- in nabije toekomst willen alle particuliere adviesbureaus en ongeveer driekwart van de CAD's, Riagg's en GGD-en zich met GBW gaan bezighouden (vooral stress (Riagg's), roken en bewegen)
- behoefte aan informatie en voorlichting over GBW, advies, begeleiding en deskundigheidsbevordering en informatie over de effecten van GBW, men ziet dit ook als duidelijke taken voor het Centrum GBW

Zorgverzekeraars

Bij de interviews met zorgverzekeraars is voornamelijk gepraat met afdelingshoofden en medisch adviseurs.

Van alle zorgverzekeraars heeft nog maar 11% van GBW gehoord. Na een korte uitleg van het begrip GBW begrijpt meer dan de helft wel wat er mee wordt bedoeld. 64% zegt nog te weinig informatie en kennis over GBW in huis te hebben. Toch is iets minder dan de helft van alle zorgverzekeraars al bezig met geweest met, momenteel bezig of heeft concrete plannen voor GBW. Het gaat dan vooral om integrale programma's en activiteiten gericht op roken en stress.

Ook zorgverzekeraars hechten veel belang aan GBW. Voor hen ligt dit belang vooral in een beperking van de schadelast door GBW, een verbreding van de zorg ten aanzien van bedrijven en het preventief bezig zijn ten aanzien van ziekten en aandoeningen. 63% van de zorgverzekeraars denkt zich beter te kunnen profileren met GBW.

Slechts een klein gedeelte van de zorgverzekeraars krijgt regelmatig tot vaak GBW-vragen vanuit bedrijven of instellingen. Ruim de helft van alle zorgverzekeraars kan of zou op deze vragen in kunnen springen. Kan men dit niet, dan is dat voornamelijk te wijten aan een gebrek aan kennis over en ervaring met GBW.

Ruim de helft van alle zorgverzekeraars is van mening dat GBW tot hun takenpakket behoort en dat het een nuttige aanvulling is op het pakket dat zij nu aanbieden. Volgens 42% van de zorgverzekeraars betekent GBW primaire preventie van ziekten en aandoeningen en moet het als zodanig tot de kernactiviteiten van een zorgverzekeraar worden gerekend. Voor het opzetten en uitvoeren van GBW-activiteiten wil meer dan de helft van de zorgverzekeraars graag samenwerken met arbodiensten.

Zorgverzekeraars vinden vooral de afdeling P&O en PZ en de financieel/commercieel manager het meest geschikte aanspreekpunt binnen bedrijven en instellingen voor de ontplooiing van GBW-activiteiten. Bij de verzekeringsmaatschappijen zelf is deze taak vooral weggelegd voor het hoofd PZ/P&O en het hoofd Zorg. Naast arbodiensten en overige aanbieders zijn ook de zorgverzekeraars van mening dat werkgevers GBW zouden moeten financieren.

Zorgverzekeraars zijn ervan overtuigd dat een bedrijfsleiding die zich sterk maakt voor GBW en het verspreiden van positieve/zichtbare resultaten van GBW, het opnemen van GBW in het beleid van ondernemingen zal bevorderen. Factoren die GBW belemmeren zijn daarentegen het ontbreken van kennis over GBW bij zowel zorgverzekeraars als werkgevers en het gebrek aan financiën. Vanaf nu of in de nabije toekomst wil iets minder dan de helft van de zorgverzekeraars zich meer bezig gaan houden met GBW. Verzekeraars denken dan vooral aan activiteiten en programma's op het gebied van integrale GBW en stress. Zij stellen wel enige voorwaarden waaraan moet worden voldaan, willen zorgverzekeraars GBW-activiteiten binnen bedrijven en instellingen gaan opzetten. Zo vinden zij dat hun kennis en deskundigheid moet worden vergroot en dat er binnen bedrijven en instellingen een draagvlak voor GBW gecreëerd moet worden. Het Centrum GBW zou hieraan kunnen bijdragen door het geven van advies en begeleiding en bevordering van de deskundigheid en door het verschaffen van informatie en voorlichting over GBW. Ook zou het Centrum gerichte GBW-programma's aan kunnen bieden.

Belangrijkste conclusies zorgverzekeraars:

- 11% heeft van de term GBW gehoord
- 64% heeft nog te weinig informatie en kennis over GBW in huis
- iets minder dan de helft is bezig met GBW (vooral integrale programma's, roken en stress)
- zorgverzekeraars hechten veel belang aan GBW
- volgens 42% van de zorgverzekeraars betekent GBW primaire preventie van ziekten en aandoeningen en moet het als zodanig tot de kernactiviteiten van een zorgverzekeraar worden gerekend
- een bedrijfsleiding die zich sterk maakt voor GBW en het verspreiden van positieve/zichtbare resultaten van GBW stimuleert GBW
- het ontbreken van kennis over GBW bij zowel zorgverzekeraars als werkgevers en het gebrek aan financiën belemmeren GBW
- iets minder dan de helft wil zich in de nabije toekomst met GBW gaan bezighouden (vooral integrale GBW en stress)
- behoefte aan meer kennis en deskundigheid en een draagvlak voor GBW bij bedrijven
- taken Centrum GBW zijn vooral het geven van advies, begeleiding en bevordering van de deskundigheid, het verschaffen van informatie en voorlichting over GBW en het aanbieden van concrete GBW-programma's

Conclusie

Over het algemeen is er door allerlei omstandigheden, waaronder recente ontwikkelingen in de wetgeving en een hoog ziekteverzuim, véél belangstelling voor gezondheidsbevordering op de werkplek, zo mag worden geconcludeerd. GBW is inmiddels een redelijk bekende term geworden, vooral aan de aanbodzijde. Maar ook vanuit bedrijven en instellingen bestaat een toenemende belangstelling voor GBW, zo vindt nu al 60% van de werkgevers dat GBW een vast onderdeel uit zou moeten maken van het arbo-beleid.

Aan de aanbodzijde is men al druk bezig met GBW. Het gaat dan met name om activiteiten gericht op roken, stress, bewegen en alcohol.

Zowel aan de aanbod- als aan de vraagzijde hecht men veel belang aan GBW. Maar om daadwerkelijk aan GBW te kunnen doen moeten wel enkele barrières worden overwonnen. Zo is betrokkenheid van zowel werkgevers als werknemers van evident belang. Om dit te bereiken is het noodzakelijk dat werkgevers en werknemers voldoende kennis en informatie over GBW hebben.

Ook de tijd- en geldkwestie heeft een grote invloed op het wel of niet actief

bezig zijn met GBW. Het niet bekend zijn met de positieve resultaten van GBW speelt ook een rol. Wil GBW succesvol zijn, dan moeten deze basisaspecten goed geregeld zijn.

In de toekomst willen vooral arbodiensten en overige aanbieders zich meer gaan bezighouden met GBW. Zij denken dan vooral aan programma's gericht op stress, roken en bewegen. Om GBW toe te passen hebben zij wel behoefte aan meer kennis en deskundigheid op het gebied van GBW, informatie over de effecten van GBW en concrete GBW-programma's.

Ongeveer de helft van de verzekeraars wil zich met GBW gaan bezighouden. Zij denken dan vooral aan integrale GBW-programma's en activiteiten gericht op stress. Zorgverzekeraars hebben ook behoefte aan meer kennis en deskundigheid op het gebied van GBW en een draagvlak voor GBW bij bedrijven. Aan de vraagzijde is men iets terughoudender waar het gaat om GBW. Ook al ziet men zeer duidelijk de belangen ervan in, de barrières zijn hier nog tamelijk groot. Vooral de geld- en tijdskwestie speelt een grote rol. De werkgevers die zich sowieso wel met GBW bezig willen gaan houden hebben vooral belangstelling voor activiteiten gericht op bewegen, stress en roken. Ongeveer de helft van alle werknemers zegt zeker mee te zullen gaan doen aan deze activiteiten. De andere helft twijfelt nog. Werknemers zijn zelf van mening dat gezondheidsproblemen voorkomen kunnen worden door meer aan sport te doen, door betere werkomstandigheden, door het opzetten van een algemeen gezondheidsbeleid, door het geven van stresstrainingen en door gezond voedsel aan te bieden in de bedrijfskantines.

Partners van werknemers vinden dat er vooral meer aandacht besteedt moet worden aan de gezondheid van werknemers waar het stress, bewegen en ergonomie betreft.

Uit het onderzoek blijkt dat van het Centrum GBW vooral de volgende taken verwacht worden:

- het geven van advies en begeleiding
- het bevorderen van de deskundigheid
- het verschaffen van informatie en voorlichting over GBW
- het aanbieden van concrete GBW-programma's.

Al met al is er dus nog heel wat werk aan de winkel voor het Centrum GBW. En daar zullen wij ons in de komende jaren dan ook volledig voor inzetten. Wij zijn ervan overtuigd dat u nog van ons zult horen!

Literatuur

Tabellenrapport Gezondheidsbevordering op de Werkplek
NIPO, Amsterdam.

LEEFSTIJLORGANISATIES EN GEZONDHEIDSBEVORDERING OP DE WERKPLEK

Door M. Selie en drs. G. Roerink

Marianne Selie is freelance journalist. Zij is onder andere werkzaam voor de Nederlandse Hartstichting, het Nederlands Astmafonds en de Amsterdamse Hogeschool voor de Kunsten.

Uit het recent verschenen rapport: 'Patiënt en professie' van het Sociaal Cultureel Planbureau blijkt dat een goede gezondheid voor zestig procent van de Nederlanders het belangrijkste in het leven is. Dat is twee keer zoveel als dertig jaar geleden toen 'een goed huwelijksleven' nog bovenaan stond.

Toch resulteert de gezondheidsgedachte niet automatisch in een gezonde leefstijl of gezond gedrag. Vreemd genoeg blijken mensen die gezondheid als het kostbaarste bezit beschouwen hier niet meer voor over te hebben dan anderen, al wordt dat wel vaak gedacht. Dat komt voor een deel uit onwetendheid; mensen weten niet altijd even goed hoe ze hun gezondheid moeten verbeteren. Echter ook een omstandigheid als de werksituatie bevordert de gezondheid niet vanzelf. Er bestaat een verband tussen de leefstijl thuis en de leefstijl op het werk. Uit ziekteverzuimonderzoek komt naar voren dat persoons- en niet-werkkenmerken een ongeveer even grote rol in het verzuim lijken te spelen als werk en werkomstandigheden (Smulders, 1993 et al)

Bij kenmerken die niet met het werk samenhangen, kan gedacht worden aan problemen in de privésituatie, aangeboren afwijkingen en ongevallen thuis, in het verkeer of tijdens het sporten. Maar ook bepaalde leefstijlaspecten, zoals roken, ongezonde voeding, (overmatig)alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit en stress staan in verband met ziekte en arbeidsongeschiktheid.

Inleiding

In Nederland houdt een aantal organisaties zich actief bezig met het bevorderen van een gezonde leefstijl. De activiteiten zijn veelal gericht op preventieve

activiteiten om ongezond gedrag als roken, te veel alcohol drinken, te weinig bewegen, slechte voeding, te veel stress en het risico van contact met gevaarlijke stoffen terug te brengen. Deze gezondheidsrisico's komen ook voor op de werkplek.

In dit hoofdstuk bieden wij een overzicht van de preventieve activiteiten die diverse organisaties hebben uitgevoerd of nog gaan uitvoeren in relatie tot de werkplek. Hiertoe hebben diverse leefstijlorganisaties bijdragen geleverd. De volgende organisaties komen aan bod:

- 
- Nederlands Astma Fonds
 - Nederlandse Hartstichting
 - Nederlandse Kankerbestrijding/KWF
 - Vereniging van Integrale Kankercentra
 - Stichting Volksgezondheid en Roken
 - Stichting Alcohol Consultancy Nederland
 - Stichting Aidsfonds
 - Voorlichtingsbureau voor de Voeding
 - NOC* NSF, Sector Sport
 - Stichting Pandora

In de volgende hoofdstukken belichten deze organisaties wat zij doen en op welke manier zij betrokken zijn bij gezondheidsbevordering op het werk. Eerst komen het Nederlands Astma Fonds, de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Kankerbestrijding aan bod. Dit zijn de drie organisaties die gezamenlijk het Centrum Gezondheidsbevordering op de Werkplek hebben opgericht.

NEDERLANDS ASTMA FONDS (NAF)

Het Astmafonds komt op voor de belangen van mensen met astma, chronische bronchitis of longemfyseem ('carapatiënten'). De activiteiten lopen uiteen van scholing van hulpverleners tot maatschappelijke hulpverlening voor patiënten en voorlichting aan zowel publiek als patiënten en hulpverleners. Ook subsidieert het NAF activiteiten van derden, waaronder wetenschappelijke onderzoeksprojecten en zorgontwikkelingsprojecten.

Relatie tussen Cara en de werksituatie is tweeërlei:

1. Productieprocessen of werkomstandigheden die inherent zijn aan een bepaald beroep veroorzaken klachten of verergeren deze, bijvoorbeeld bakkers-astma of beroepsastma bij isocynaatwerkers. Vaak is de enige oplossing een dergelijk beroep niet te kiezen. GBW moet gericht zijn op relatief gemakkelijk realiseerbare veranderingen op de werkplek.
2. Carapatiënten merken een verergering van hun klachten of ervaren problemen door veranderbare situaties op het werk. Door bewustwording en goede voorlichting kunnen deze problemen verminderen of worden voorkomen.

De belangrijkste problemen zijn:

- Een rokerige werkomgeving; voor alle carapatiënten is het inademen van rook schadelijk.
- Een overmaat aan allergenen in de inademingslucht zoals huisstofmijt, schimmels en pollen. Dit kan samenhangen met een stoffige omgeving, collega's die thuis huisdieren hebben, of met een luchtbehandelingsinstallatie (schimmelvorming in filters).
- Prikkelende stoffen op de werkplek, zoals sommige lijmen, verf, parfum, formaldehyde en schoonmaakmiddelen.
- Carapatiënten hebben een iets hoger en/of regelmatig terugkerend kortdurend ziekteverzuim. Astma-aanvallen vinden nogal eens 's nachts plaats. Door het ontbreken van ziekteverschijnselen overdag wordt het ziekteverzuim soms met scepsis bekeken door chefs en collega's.
- Het klachtenpatroon bij carapatiënten is individueel bepaald; klachten hebben bij iedereen een andere oorzaak. Dit is voor collega's en chefs verwarrend. Patiënten ontmoeten hierdoor veel onbegrip.

Cara en bedrijfsgezondheidszorg

Het Astma Fonds liet een uitvoerige studie verrichten naar de mogelijkheden van vroegtijdige herkenning van Cara in de bedrijfsgezondheidszorg. Uit dit rapport, dat eind 1992 is gepubliceerd, bleek dat een aanzienlijk deel van Cara werkgerelateerd kan zijn. Er zijn echter te weinig gegevens voorhanden die inzicht verschaffen over de mate waarin (werkgerelateerde) Cara leidt tot arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid. In het rapport wordt gepleit voor een vervolgonderzoek naar de relatie Cara en arbeidsuitval (Post, Burdorf en Heederik, *Vroegtijdige herkenning van chronische specifieke respiratoire aandoeningen in de bedrijfsgezondheidszorg*, Nederlands Astmafonds, 1992)

Er zijn nog geen speciale Cara-programma's

Het Astmafonds heeft tot nog toe geen speciale programma's ontwikkeld voor voorlichting op de werkplek. Caraprogramma's, of het aanvullen van algemene GBW-programma's met maatregelen voor carapatiënten, zullen in samenwerking met het Centrum GBW vorm gaan krijgen.

DE NEDERLANDSE HARTSTICHTING

door Mw. drs. R. Kuppens en Mw. A.B.A.M. Bruens-Van 't Hullenaar

Hart- en vaatziekten veroorzaken op aanzienlijke schaal ziekteverzuim. Preventie kan ondermeer bereikt worden door beïnvloeding van de leefstijl. Voor hart- en vaatziekten zijn de leefstijlfactoren roken, voeding, beweging en stress van belang. De werkplek is bij uitstek geschikt om preventieve activiteiten te ondernemen; daar kan immers een groot deel van de bevolking worden bereikt. Sinds eind jaren 70 is de Nederlandse Hartstichting actief met gezondheidsbevordering op de werkplek.

Bedrijfsrestaurants

De Hartstichting besteedde veel aandacht aan het bevorderen van een evenwichtig voedselaanbod in bedrijfsrestaurants. Er kwamen saladebuffets en het aanbod werd meer gevarieerd.

Om gezonde voedselkeuzen te kunnen maken heeft de Hartstichting het actiepakket 'Lekker en Gezond' ontwikkeld waarmee cateringmanagers een actieweek over gezonde voeding kunnen organiseren. Tijdens deze actieweek worden werknemers gestimuleerd om een gezonde lunch te kiezen. De evaluatie van de actieweek in 1995 was positief. 58% van de cateringmanagers gaf aan dat werknemers tijdens de actieweek gezondere producten kozen.

In Nederland is bij circa 45% van de volwassen mannen en circa 35% van de volwassen vrouwen sprake van overgewicht. Omdat overgewicht het risico op het krijgen van hart- en vaatziekten verhoogt, is voor bedrijven een groepscurcus 'Gezond Gewicht' ontwikkeld, gericht op gewichtsvermindering en het aanleren van gezondere eetgewoonten bij met name mannelijke deelnemers.

Niet roken en minder bewegen

In de jaren tachtig groeide de aandacht voor niet roken in het bedrijf. Er kwamen rookvrije ruimtes en er werden delen van het bedrijfsrestaurant ingericht voor niet rokers.

Ook de belangstelling voor meer bewegen groeide. De Verenigde Staten waren hierbij het grote voorbeeld. In het begin van de jaren negentig voerde de Hartstichting een pilotproject uit bij een district van de Rijkspolitie. Het belangrijkste doel was uiteraard verbetering van de fysieke conditie. De deelnemers aan het fitnessprogramma scoorden in de nameting aanmerkelijk beter op alle on-

derdelen van het fitheidsprofiel. Er werd helaas geen significante relatie aangetoond tussen deelname aan fitness en het ziekteverzuim. Wel was er een duidelijke positieve invloed op de werkrelatie met chefs en collega's. Ook de tevredenheid over en betrokkenheid bij het werk was groter.

De tijd is rijp voor een geïntegreerde aanpak

De Nederlandse Hartstichting adviseerde gedurende een groot aantal jaren bedrijven op het gebied van gezondheidsbevorderende activiteiten. Bij diverse bedrijven zijn behoeftepeilingen gedaan en op basis daarvan is een actieplan opgesteld. Tot voor kort kenden de activiteiten van de Hartstichting bij het bedrijfsleven voornamelijk een themagerichte benadering: de ene keer was het thema 'roken', een andere keer 'gezonde voeding'.

De Hartstichting acht de tijd echter rijp om met een geïntegreerde aanpak de leefstijl te gaan bevorderen.

Voor dit doel is een pakket ontwikkeld waarmee arbodiensten en bedrijven de behoefte aan preventieve activiteiten op de werkplek kunnen inventariseren.

DE NEDERLANDSE KANKERBESTRIJDING (KWF)

De Nederlandse Kankerbestrijding besteedt haar gelden aan het stimuleren van onderzoek, aan patiëntenbegeleiding, onderwijs en opleiding en het geven van voorlichting.

Die voorlichting betreft onder andere advisering over leefstijl-factoren die samenhangen met kanker. In de Europese Kankercode zijn deze factoren samengevat. Op basis van de adviezen uit deze Kankercode voert de Kankerbestrijding een aantal campagnes: 'Zon wijzer', 'Werk wijzer', 'Eet wijzer' en 'Wees wijzer' (over vroegtijdige ontdekking). We geven hier een beknopt overzicht van enkele GBW-activiteiten die de Nederlandse Kankerbestrijding in de loop van de tijd heeft uitgevoerd:

- Sinds 1987 zijn de bedrijfsgeneeskundige diensten en militaire gezondheidszorg opgenomen in het mailingbestand voor nieuwe preventieve voorlichtingsbrochures.
- In 1990 startte de campagne 'Werk Wijzer' over kankerverwekkende stoffen. Aansluitend werd in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden en CEW (huidige vereniging van Integrale Kankercentra, VvIK) een GBW-project ontwikkeld over het invoeren van een beleid omtrent toxische stoffen.
- In 1994 was er een eerste benadering van buitenwerkers in het kader van het project 'Zon Wijzer'.
- In 1995 werd in samenwerking met Wilma Bouw BV en het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden een pilot gestart van 'Zon Wijzer'. Als onderdeel van het arbeidsomstandighedenbeleid van de onderneming werd voorlichting gegeven aan bouwvakkers over bescherming tegen teveel zon.

Aanleiding tot deze proef is het feit dat buitenwerkers een verhoogde kans op huidkanker hebben. Ter ondersteuning van de voorlichting aan de betrokken bouwvakkers zijn zonnecrème en speciale T-shirts en petjes met nekbescherming verstrekt. In 1996 vindt er nu een follow-up van deze pilot plaats.

Het besluit 'kankerverwekkende stoffen en processen'

De Kankerbestrijding gaf in samenwerking met het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de brochure 'Wijzer werken met kankerverwekkende stoffen' uit, met voorlichting over het verantwoord werken met kankerverwek-

kende stoffen en het nemen van goede beschermende maatregelen. Sinds een aantal jaren geldt in Nederland en voor alle landen van de Europese Unie, dat kankerverwekkende stoffen op het werk zoveel mogelijk moeten worden vervangen door minder gevaarlijke stoffen. Is vervanging niet mogelijk, dan moet blootstelling aan deze stoffen op andere manieren worden tegengegaan. Bovendien moet de werkgever op grond van de Arbowet de werknemers goed over de mogelijke risico's voorlichten, zo goed mogelijke werkomstandigheden scheppen en de werknemers inlichten over beschermende maatregelen. Vanwege de bijzondere risico's die aan het werken met kankerverwekkende stoffen kleven moet de blootstelling aan dergelijke stoffen zoveel mogelijk vermeden worden en moeten deze stoffen zoveel mogelijk worden vervangen. Een en ander is vastgelegd in het Besluit 'kankerverwekkende stoffen en processen' dat in 1994 van kracht werd.

Alleen als de werkgever goed kan motiveren dat vervanging van dergelijke stoffen technisch niet mogelijk is en dat gebruik voor het bedrijf noodzakelijk is, mogen kankerverwekkende stoffen worden gebruikt. In dit geval moeten wel zodanig beschermende en andere voorzorgsmaatregelen worden getroffen, die werknemers optimaal beschermen tegen blootstelling aan deze stoffen. Verder gelden ook hier uiteraard de verplichtingen van de werkgever vanuit de Arbowet zoals de risico-inventarisatie en -evaluatie en het bieden van gelegenheid voor een periodiek-arbeidsgeneeskundig-onderzoek.

VERENIGING VAN INTEGRALE KANKERCENTRA (VVIK)

Door drs. A.I. Haartsen, hoofd bureau gezondheidprogramma's van het VvIK

Waarom gezondheidsprogramma's?

De Vereniging van Integrale Kankercentra (VvIK) behartigt de gemeenschappelijke belangen van de negen Nederlandse Kankercentra. Het bureau gezondheidsprogramma's voor bedrijven van de VvIK begeleidt sinds 1991 bedrijven bij het opzetten van gezondheidsbevorderende programma's. Deze activiteit is voortgekomen uit de wetenschap dat ziekte en sterfte in deze tijd voornamelijk bepaald worden door onze leefgewoonten. De Europese Unie (EU) heeft een Europese Kankercode ontwikkeld waarin een aantal leefregels zijn geformuleerd. De EU heeft in 1991 de integrale Kankercentra gevraagd om op basis van deze leefregels effectieve modelprogramma's te ontwikkelen voor bedrijven. Inmiddels zijn de modelprogramma's grotendeels gereed. Onderwerpen die aan bod komen zijn: roken, voeding, alcohol, bewegen, stress, zonnen en omgaan met gevaarlijke stoffen.

Ruime ervaring

De VvIK heeft de afgelopen jaren tevens ruime ervaring opgedaan met het implementeren van deze programma's. Tot nu toe werd er gewerkt met ongeveer 60 grote bedrijven in Nederland en België waaronder Fuji, Shell, Rabobank, Academisch Ziekenhuis Utrecht. De meeste vraag gaat uit naar niet-rokenprogramma's. Daarnaast is er een toenemende vraag naar programma's op het terrein van voeding en psychische belasting. De programma's zijn gevarieerd en effectief. Medewerkers geven steeds hoge waarderingcijfers. Alle programma's gericht op de verbetering van de gezondheid van de medewerkers vinden plaats op basis van vrijwilligheid. In dit artikel komt de manier van werken van de VvIK aan bod geïllustreerd door een aantal voorbeelden uit de praktijk.

Commitment van groot belang

Een eerste voorwaarde voor succes is dat er binnen het bedrijf voldoende draagvlak is voor het opstarten van een gezondheidsprogramma. Een zorgvuldige discussie met beslisser is dan ook vaak een eerste essentiële stap. Alleen zo bereik je dat het programma niet blijft steken in losse activiteiten maar wer-

kelijk een onderdeel wordt van de bedrijfscultuur. Het opbouwen van dit commitment is een belangrijke eerste stap in het gezondheidsprogramma.

Een praktijkvoorbeeld:

Een groot overheidsbedrijf heeft de VvIK gevraagd te helpen bij het motiveren van het topmanagement voor gezondheidsprogramma's. Er is gekozen voor een methode waarbij de managers geconfronteerd werden met hun eigen gezondheid, waarbij de relatie tussen werk en gezondheid besproken werd en waar het belang van gezondheidsbevordering voor de gehele organisatie aangegeven werd. Het resultaat was dat alle managers enthousiast waren over de methode. Op hun verzoek is een vervolgdag georganiseerd voor het, door de managers geselecteerde, middenkader waarin aan de orde kwam hoe gezondheidsprogramma's georganiseerd kunnen worden en wie welke rol daarin zou kunnen hebben. Op dit moment wordt gewerkt aan de implementatie van gezondheidsbevordering bij deze organisatie.

Een goede projectorganisatie

De tweede stap is een goede organisatie van het programma. Er blijken een aantal kritische succesfactoren te zijn: Installeer een goede projectleiding; verzamel feiten over risico's; problemen en behoeften van medewerkers; let op toonzetting (vermijd betutteling); laat duidelijk de goede bedoelingen merken (gezondheid is jullie verantwoordelijkheid, wij zullen mogelijkheden scheppen voor diegenen die hun gezondheid willen bevorderen); houdt rekening met de individuele verschillen tussen mensen, dus bouw variatie in methoden in; streef naar korte-termijn-succesjes en plan voor de lange termijn; laat voortgang zichtbaar zijn voor iedereen.

Een praktijkvoorbeeld:

Een arbodienst van een grote bank wil haar dienstverlening uitbreiden met gezondheidsprogramma's om daarmee een integraal aanbod te kunnen doen aan haar klanten. De VvIK is ingeschakeld om deze dienst te helpen bij het tot stand brengen van een concreet aanbod op het terrein van stress, bewegen, houding, roken, alcohol en voeding. Tevens zijn procedures ontwikkeld om het hele proces van advisering aan klanten vorm te geven (van diagnose, behoeften peilingen, onderhandelingen, interventies en evaluatie). Deze arbodienst is nu in staat om tegemoet te komen aan de wensen van haar klanten.

Gezondheidsonderzoek

Steeds weer blijkt het belangrijk te zijn de wensen en behoeften van de medewerkers in kaart te brengen. Hoeveel belangstelling is er voor gezondheid, hoeveel behoefte is er om gedrag te veranderen, bestaat er een draagvlak voor

beleidsmaatregelen? Met een vooronderzoek is antwoord op deze vragen te krijgen. Bovendien zijn de antwoorden bepalend voor de verdere aanpak.

Een praktijkvoorbeeld

De centrale leiding van een groot industrieel concern wil een rookbeleid instellen, zoals een rookverbod tijdens vergaderingen en in de kantines. Uit de resultaten van de enquête bij een van de vestigingen blijkt echter dat er onder de medewerkers zeer weinig steun is voor deze maatregelen. Dit geldt zowel voor de rokers als de niet-rokers. In deze vestiging blijken de niet-rokers zeer tolerant te zijn ten opzichte van de rokers: “ze moeten toch ergens kunnen roken”. De vestigingsmanager besluit op basis van de enquête-resultaten eerst een voorlichtingscampagne te starten over passief roken en tevens de (vele) rokers te stimuleren te stoppen met roken. Over een jaar zal deze vestiging opnieuw bekijken of het draagvlak voor regelgeving is toegenomen.

Plan van aanpak

Op basis van de resultaten van het gezondheidsonderzoek kan de werkgroep een plan van aanpak uitwerken. De Vvik geeft gerichte aanbevelingen hiervoor op basis van het vooronderzoek en de ervaringen van andere bedrijven. Het plan van aanpak besteedt ook ruime aandacht aan de communicatie. Communicatie kan elk gezondheidsprogramma maken of breken. Iedereen in het bedrijf moet weten wat er gebeurt zodat men zich voor activiteiten kan inschrijven of zijn gedrag kan aanpassen. Met de juiste toonzetting is eventuele weerstand te ondervangen.

Een praktijkvoorbeeld

Vaak kiest een bedrijf een speciale slogan als kapstok. Deze uitspraak geeft het kader aan van het programma. Zo koos een chemisch concern de uitspraak “een rookvrije werkomgeving, een kwestie van gezond verstand”, een bankinstelling “Gezond in de Bank”, de belastingdienst “Gezond Belast” en een farmaceutisch bedrijf “alcohol en werk, dat werkt niet”.

Evaluatie en continuïteit

Veelal worden de programma's na een jaar geëvalueerd en in vele gevallen gecontinueerd in het volgende jaar. In het navolgende leest u een aantal voorbeelden van specifieke programma's die de VvIK in de afgelopen jaren heeft uitgevoerd.

Praktijkvoorbeeld integraal gezondheidsprogramma

Een bedrijf met 1300 medewerkers heeft de VvIK ingeschakeld om te helpen een gezondheidsbevorderend beleid te implementeren als onderdeel van het

sociaal beleid. Gestart is met een vooronderzoek, middels interviews en vragenlijsten en op basis daarvan is met medewerkers van het bedrijf een plan van aanpak voor meerdere jaren opgesteld. De volgende onderwerpen kwamen aan de orde: bewegen, roken, alcohol, voeding en psychische belasting. Afdeling Personeelszaken was trekker van het programma, de bedrijfsarts participeerde intensief. Gedurende drie jaar zijn metingen verricht. Hieruit bleek dat er een significante afname van het aantal rokers was. Tevens bleek dat de groep mensen die aan bewegingsactiviteiten deelnam een daling in het ziekteverzuim liet zien, terwijl het verzuim bij de rest van de populatie licht steeg. Daarnaast is op organisatieniveau een rookbeleid en een alcoholbeleid geïntroduceerd en is het aanbod in het bedrijfsrestaurant verbeterd. Het personeel beoordeelde de interventies als stimulerend en leuk.

Praktijkvoorbeeld implementatie rookbeleid

Een groot bedrijf (3500 medewerkers) wil een streng rookbeleid implementeren zonder al teveel weerstand bij het personeel. Aan de VvIK is gevraagd dit proces te begeleiden. Eerst zijn feiten verzameld die vergeleken werden met een grote referentiegroep. Op basis van deze feiten werd samen met een groep sleutelpersonen van het bedrijf een beleid vastgesteld, met concrete doelen. Gekozen werd voor een gefaseerde aanpak, waarbij eerst positieve aandacht gegenereerd zou worden. Met behulp van een afgewogen informatie-campagne is gewerkt aan een milde cultuur waar niet-rokers en rokers meer begrip kregen voor elkaars positie. Vervolgens hebben 150 mensen meegedaan aan cursussen om van het roken af te komen. Uiteindelijk is 25% van het aantal rokers gestopt met roken en is het beleid zonder al te grote weerstand geïmplementeerd.

Praktijkvoorbeeld evaluatie rookbeleid

In november 1993 werd in een research-laboratorium in het westen van het land een, door de Commissie Veiligheid, Gezondheid, Welzijn en Milieu en de Ondernemingsraad, in overleg met onder andere de bedrijfsgezondheidsdienst, een rookbeleid van kracht. Er kwam een rookverbod voor het hele gebouw met uitzondering van die plaatsen **waar** roken expliciet is toegestaan (de rookruimtes) en in die ruimtes waar alléén rokers werken. Na één jaar werd het rookbeleid in samenwerking met de VvIK en de Rijksuniversiteit Limburg geëvalueerd en werden aanbevelingen gedaan. De meeste medewerkers konden zich goed vinden in het geformuleerde rookbeleid, zo bleek. De naleving van het beleid en de kwaliteit van de rookruimtes moest verbeterd worden.

Praktijkvoorbeeld stress

Een afdeling van een groot chemisch concern wilde na een reorganisatie zicht krijgen op de psychische belasting van de medewerkers. Aan de VvIK is gevraagd om hierbij te assisteren. Eerst is een workshop georganiseerd met het

doel het onderzoek dat door de leiding gewenst werd aan te kondigen en het waarom ervan toe te lichten. Vervolgens is bij de hele afdeling de Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid afgenomen. Bij de interpretatie van de gegevens is samengewerkt met de ontwerper van deze vragenlijst. De aanbevelingen uit het onderzoek zijn gerapporteerd aan de gehele afdeling. Inmiddels is gebleken dat er op het terrein van de communicatie verbeteringen zijn doorgevoerd en dat personen die een groot risico liepen om in de ziektewet te belanden tijdig in contact met de hulpverlening zijn gebracht. Over een jaar zal weer een meting worden verricht.

Praktijkvoorbeeld gevaarlijke stoffen beleid

Een groot onderhoudsbedrijf heeft geparticipeerd aan een onderzoek naar de werking van de methode *kankerverwekkende stoffenbeleid*. Samen met het NIA en het KWF heeft de VvIK een methode ontworpen om integraal te werken aan het gevaarlijke stoffenbeleid. De interventiemethode vond plaats op 3 niveau's: wetgeving (de methode toetst de bedrijfssituatie aan de wettelijke verplichtingen), beleid (het aanpakken van risico's die voortkomen uit blootstelling aan gevaarlijke stoffen) en het mogelijk maken, bevorderen en behouden van gezond en veilig gedrag van medewerkers. Het resultaat van de methode bij dit bedrijf was dat daadwerkelijk verbeteringen in het gevaarlijke stoffenbeleid zijn ingevoerd, zodat het bedrijf voldeed aan de wettelijke verplichtingen. De interventiemethode op het gedrag van medewerkers bleek iets te weinig intensief om significante effecten te kunnen bepalen.

KORTOM

De VvIK ondersteunt bedrijven actief bij het implemeteren van gezondheidsprogramma's. Centraal hierbij staat de procesbegeleiding. Daarnaast kunnen bedrijven bij de VvIK terecht voor concrete interventies, waarbij de VvIK samenwerkt met bijvoorbeeld Stivoro, Hartstichting, VoVo en Rijksuniversiteit Limburg.

Enkele voorbeelden van interventies die de VvIK levert:

- Vooronderzoek en evaluaties (roken, alcohol, voeding, psychische belasting, beweging, gevaarlijke stoffen).
- Trainingen aan arbodiensten om werknemers te adviseren op het terrein van leefgewoonten.
- Trainingen aan medewerkers om ze te helpen hun gedrag te veranderen (stoppen met roken, stress-management, gewichtsreductie, verantwoord bewegen, omgaan met gevaarlijke stoffen).
- Trainingen aan leidinggevenden om vroegtijdig problemen te ontdekken op

het terrein van psychische belasting en alcoholgebruik.

- Voorlichtingswanden, waarbij schriftelijke en mondelinge informatie beschikbaar is.
- Metingen van gezondheidsgedrag.
- Individuele advisering (dieet, stress, beweging, houding).

STICHTING VOLKSGEZONDHEID EN ROKEN (STIVORO)

Door drs. G. Zeeman, beleidsmedewerker van Stivoro

Stivoro is, evenals het Centrum GBW, een initiatief van de drie moederorganisaties: het Nederlands Astmafonds, de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF.

De doelstelling van Stivoro is 'bevordering van de gezondheid in de relatie tot roken en het bestrijden van tabaksgebruik in het bijzonder'. Stivoro probeert dit doel ondermeer te bereiken door het geven van voorlichting, het financieren van wetenschappelijk onderzoek, het opstellen van continu-programma's, gevraagde en ongevraagde advisering aan overheid en andere organisaties, het verlenen van steun bij ontwenning en samenwerking met andere organisaties in binnen- en buitenland.

Roken en werk

Op uiteenlopende wijzen kan 'roken' een actueel onderwerp worden in een bedrijf. Of het nu vanwege de brandveiligheid is, stofarme productieprocessen, werknemers die klagen over rookoverlast of een bedrijfsarts die een slechtere gezondheidstoestand bij de rokende werknemers signaleert, elk bedrijf wordt in feite gedwongen na te denken over het omgaan met roken in de bedrijfssituatie. In sommige gevallen resulteert dit in rookbeleid, in andere gevallen wordt er niets gedaan. In het geval van brandveiligheid en stofarme productieprocessen worden meestal adequate maatregelen getroffen. In andere gevallen is de prikkel om in actie te komen veel kleiner. Soms vindt men het probleem niet belangrijk genoeg voor actie. Soms vindt men beperkingen op het roken betuttelend. Het kan ook zijn dat personen die actie zouden moeten ondernemen zelf roken en eigen gedrag en professioneel handelen niet los van elkaar kunnen zien. In een aantal gevallen heeft het niet in actie komen te maken met niet weten hoe het probleem aan te pakken.

Dit laatste hoeft geen belemmering meer te zijn omdat programma's, interventies, strategieën en deskundige adviseurs voorhanden zijn. Ook zijn er inmiddels tal van bedrijven die ervaring hebben met niet-rokenbeleid om rookoverlast te voorkomen en het stoppen-met-roken te stimuleren. In principe is het opzetten en invoeren van huisregels ter beperking van het roken een eenvoudige zaak. Het is alleen zaak de juiste stappen in de juiste volgorde te zetten. Het opzetten en uitvoeren van een stoppen-met-rokenprogramma is wat inge-

wikkelder. Maar ook hier kan met wat investering van tijd en het op beperkte schaal inwinnen van deskundige externe advisering veel worden bereikt. Beide trajecten, het invoeren van huisregels en het stimuleren van het stoppen met roken moeten niet los van elkaar worden gezien. Beide trajecten beïnvloeden elkaar. Zo hebben maatregelen die de mogelijkheid om in het bedrijf te roken beperken, effect op de motivatie om met roken op te houden. Sommigen zien deze beperkingen als een mooie aanleiding om te gaan stoppen. Andere rokers vinden na verloop van tijd deze maatregelen plezierig omdat ze merken dat ze minder zijn gaan roken. Het werkt ook andersom. Rokers die stoppen zijn gebaat bij een omgeving waar weinig of niet gerookt wordt. Dit voorkomt terugval. Het is daarom aan te bevelen beide trajecten gelijktijdig te starten en waar mogelijk op elkaar af te stemmen.

Voorwaarden voor effectief niet-rokenbeleid

Voor het opzetten van een niet-rokenprogramma is de onvoorwaardelijke steun van de top van het bedrijf van belang. Een duidelijk zichtbaar commitment kan het programma een belangrijke impuls geven. Bedrijfsartsen en bedrijfsverpleegkundigen spelen hierin met hun autoriteit op gezondheidsgebied een belangrijke rol.

Een andere belangrijke voorwaarde is het beschikken over goede argumenten om iets aan roken te doen. Alhoewel de initiatiefnemer zelf voldoende overtuigd is van de noodzaak aandacht aan roken te besteden, zijn voor het verkrijgen van steun en voor het besluitvormingsproces goede argumenten nodig.

Enkele argumenten voor een effectief niet-rokenbeleid:

- Minder tot geen (manifeste of latente) irritatie over het gedwongen meerroken. Uit onderzoek van de Stichting Volksgezondheid en Roken blijkt dat 80% van de rokers en 79% van de niet-rokers vinden dat "niet-rokers doorgaans hinder ondervinden van de rook van anderen".
- Minder werknemers met luchtwegen die door meerroken slechter functioneren. Werknemers die tijdens hun werk meer dan 20 jaar aan een rokerige atmosfeer zijn blootgesteld, vertonen dezelfde stoornis in longfunctie als inhalerende lichte rokers (1-10 sigaretten per dag).
- Reductie van gezondheidsschade door meerroken. Het aantal niet-rokers dat in Nederland elk jaar aan longkanker ten gevolge van meerroken overlijdt, ligt rond de 200.
- Reductie van gezondheidsschade door roken. De gezondheidsschade door roken, die groter is naarmate men meer rookt, leidt tot het voortijdig overlijden van 30.000 Nederlanders.

- Minder ziekteverzuim (op termijn). Onderzoek toont aan dat het ziekteverzuim onder rokers groter is dan onder niet-rokers.
- Minder produktieverlies door roken en ziekte ten gevolge van roken. Vaak wordt gesteld dat roken arbeidstijd kost en daardoor produktieverlies betekent. Een ander vaak gebruikt argument is dat gezonde (fitte) werknemers zich lekkerder voelen en daardoor produktiever zijn.
- Door roken veroorzaakte ziektes kunnen ertoe leiden dat werknemers het arbeidsproces voortijdig verlaten, wat voor de organisatie het verlies van menselijk kapitaal betekent.
- Afname van brandgevaar. Onderzoek van de Stichting Consument en Veiligheid toont aan dat 5% van de branden in Nederland wordt veroorzaakt door roken.
- Verlaging van onderhoudskosten (schoonmaak en reparatie) ten gevolge van door roken veroorzaakte schade: teer- en nicotine-aanslag, brandplekken, storingen in apparatuur die gevoelig is voor stofdeeltjes.
- De representatieve waarde van bedrijfsruimten stijgt. Door de afnemende acceptatie van het roken wordt niet-roken steeds vaker als iets positiefs gezien en roken als iets dat negatief is.
- Een gunstig effect op het bedrijfsimago 'gezond bedrijf' krijgt een tweeledige betekenis.
- Sommige verzekeringsmaatschappijen geven premiereductie aan niet-rokers.

Voor het oplossen van rookoverlast is vaak een traject van jaren nodig. Maatregelen om het roken te beperken worden gefaseerd ingevoerd omdat ontstaan en creëren van draagvlak voor vergaande maatregelen tijd vergt. Slechts in enkele gevallen - strak en centraal geleide niet al te grote organisaties - werkt een non-sense-aanpak van het direct invoeren van vergaande rookverboden. Bij het terugdringen van het aantal rokers in het bedrijf kan een eenmalig programma beduidende effecten hebben. Voor behoud van behaalde effecten en het realiseren van significante resultaten zijn echter activiteiten over een reeks van jaren nodig.

Plan van aanpak

Om te komen tot een succesvol niet-rokenbeleid kunt u de zaken het beste systematisch aanpakken. De hieronder beschreven werkwijze zal u helpen op een effectieve wijze een nieuw beleid te ontwikkelen en vervolgens in te voeren. Hierbij wordt er van uitgegaan dat de gewenste situatie wellicht pas in fasen na een aantal jaren bereikt kan worden. Gedurende die periode zal er steeds, zij het met wisselende intensiteit, aandacht voor het probleem moeten zijn.

Om het probleem 'roken' op de agenda van het bedrijf te krijgen, kunt u beginnen met de meningen in uw directe omgeving te peilen. U kunt het ook in een werkbespreking aan de orde stellen of leidinggevendenden hierover benaderen. Als duidelijk is dat men iets aan het probleem wil doen dan kunnen de volgende stappen worden gezet.

1. Een werkgroep vormen

De eerste stap is te kijken wie betrokken moeten zijn bij de totstandkoming en invoering van het nieuwe beleid. Een goede oplossing is het samenstellen van een werkgroep waarin vertegenwoordigers uit de meest betrokken geledingen van het bedrijf plaatsnemen. Te denken valt aan iemand uit de ondernemingsraad, de arbocommissie, de bedrijfsgezondheidsdienst, afdeling communicatie en het management. Zo'n werkgroep heeft veel voordelen. De inbreng van veel geledingen van het bedrijf is gewaarborgd, wat de kwaliteit van het nieuwe beleid ten goede komt en het draagvlak binnen het bedrijf vergroot. Omdat er een speciale werkgroep is die zich gedurende een langere periode met dit probleem bezighoudt, is de kans klein dat het onderwerp van de agenda verdwijnt voordat er een goede oplossing is bereikt

2. Het probleem inventariseren

Een goede inventarisatie van het probleem schept op veel punten helderheid:

- Hoeveel mensen roken, wat roken ze en hoeveel roken ze?
- Hoeveel mensen ondervinden hinder van andermans rook en waar en hoe vaak komt dat voor?
- Hoeveel steun is er voor bepaalde oplossingen?
- Hoe groot is de behoefte aan informatie over passief roken, de voordelen van stoppen en over stoppen met roken?
- Hoeveel werknemers willen stoppen en zouden daar graag steun bij krijgen van het bedrijf?
- Van wie en waar in het bedrijf is de meeste weerstand te verwachten?

De meest voor de hand liggende wijze om deze gegevens op tafel te krijgen is het houden van een enquête. Een inventarisatie levert niet alleen belangrijke gegevens op, het geeft werknemers tevens de gelegenheid hun mening te uiten en het vergroot het draagvlak. Het nieuwe beleid is immers gebaseerd op gegevens die werknemers zelf hebben aangedragen. Om een indruk te krijgen van de weerstanden tegen een strenger niet-rokenbeleid zijn gesprekken met sleutelfiguren in de organisatie zinvol.

3. Het maken van een beleidsplan

Aan de hand van de gegevens van deze inventarisatie en de uitgangspunten voor een goed niet-rokenbeleid (zie kaders) kan de werkgroep een beleidsplan opstellen. Een belangrijke afweging is te bepalen waar accenten worden

gelegd: op het terugdringen van het passief roken of op het stimuleren van het stoppen met roken. Dit is afhankelijk van welke problematiek zich het meest aandient en hoe men de activiteiten op elkaar wil afstemmen. Zo kan men bijvoorbeeld eerst huisregels invoeren en als begeleiding daarvan stoppen met roken-ondersteuning aanbieden. Een andere mogelijkheid is activiteiten te ont-plooien om het aantal rokers terug te dringen en daarnaast geleidelijk de huis-regels voor roken aan te scherpen. Hieronder worden voor het opstellen van het passief-rokenbeleid en het stoppen-met-rokenbeleid richtlijnen gegeven. Na de totstandkoming van het beleidsplan kan het ter becommentariëring en goedkeuring de gangbare weg door de organisatie maken.

Het passief-rokenbeleid

Voor beleid om het meerroken op de werkplek te reguleren is bij niet-rokers en rokers veel steun te vinden. 84% van de niet-rokers en 74% van de rokers vindt dat iedere werknemer in Nederland zijn/haar werk moet kunnen doen zonder daarbij hinder te hebben van tabaksrook.

Uitgangspunten voor een goed passief-rokenbeleid

- Elke werknemer behoort zijn werk te kunnen doen in een rookvrije omgeving.
- Geen enkele werknemer of bezoeker mag zonder eigen toedoen worden blootgesteld aan tabaksrook.
- Een goed niet-rokenbeleid laat oplossingen niet afhangen van onderlinge afspraken maar bepaalt per ruimte of er wel of niet gerookt mag worden.
- Ventilatie-oplossingen zijn vaak duur en niet afdoende; er moet bij voorkeur gestreefd worden naar rookvrije ruimten.
- Rookgedoogzones moeten ingericht worden voor de mogelijkheid om er te roken en niet voor sociale functies.
- Speciale rookruimtes bieden rokers de gelegenheid toch in het gebouw te roken en verkleinen de kans dat er gerookt wordt op plaatsen waar het niet is toegestaan

Als blijkt dat er veel weerstand is tegen maatregelen die het roken verder beperken, kan voor een gefaseerde invoering worden gekozen. Het is beter in eerste instantie minder vergaande maatregelen te hebben die worden nageleefd, dan ideale maatregelen waar men zich niet aan houdt. De ideale situatie is dan iets waar in fasen naar toe wordt gewerkt.

De naleving van de huisregels voor het roken is vooral afhankelijk van duidelijke regels, sociale controle en medewerking van leidinggevendenden die mensen op overtredingen aanspreken. Speciale sancties voor overtredingen van de huisregels voor niet-roken verdienen niet de voorkeur. Men kan twifelen aan het effect en men loopt hiermee het risico het nieuwe beleid in een negatief daglicht te stellen. Aansluiting zoeken bij de manier waarop andere overtredingen van de huisregels worden afgehandeld verdient de voorkeur.

Het stoppen-met-rokenbeleid

Eenderde van de rokers overweegt te stoppen. Tweederde heeft ooit geprobeerd te stoppen. Activiteiten om het stoppen met roken te stimuleren en te ondersteunen sluiten aan bij de behoefte van veel werknemers.

Aandacht voor stoppen met roken past in het gezondheidsbeleid van een organisatie. Het rookgedrag van de werknemer wordt immers mede bepaald door hoe binnen de organisatie met roken wordt omgesprongen. Zo gaan werknemers gemakkelijker roken of blijven ze roken als roken min of meer tot de organisatiecultuur hoort. Als ex-rokers op veel plaatsen geconfronteerd worden met roken en rookwaar, wordt het volhouden van het niet roken moeilijker. Ook kunnen er in de organisatie factoren zijn die de schadelijkheid van rookgedrag kunnen versterken. Zo kan blootstelling aan bepaalde bij het productieproces vrijkomende stoffen in combinatie met roken extra schade veroorzaken.

Uitgangspunten voor een goed stoppen-met-rokenbeleid

- Een campagnematige aanpak met een gezamenlijk stopmoment werkt het beste. De stimulans van het gezamenlijk met hetzelfde bezig te zijn werkt op deze wijze zo optimaal mogelijk.
- Gezien de diversiteit in behoefte aan ondersteuning bij het stoppen, is het van belang de ondersteuning te variëren naar soort en intensiteit.
- Om het resultaat van de activiteiten vast te houden en uit te bouwen is een meerjaren aanpak van belang.
- Om het programma jaar na jaar aantrekkelijk te houden, is het van belang de inhoud te variëren.
- Verankering van de activiteiten in het gezondheidsbeleid en in de organisatie is van belang. Draagvlak bij leidinggevendenden vergroot de sociale steun en daarmee het succes van de activiteiten. Betrokkenheid van bedrijfsartsen en verpleegkundigen levert professionele ondersteuning voor gedragsverandering.

4. De invoering

De kans op een succesvolle invoering neemt toe als u aan dit onderdeel veel aandacht besteedt. Hierin zijn twee punten van belang, het bedenken van een strategie en het opstellen van een communicatieplan. Hoe kunnen gestelde doelen het effectiefst worden bereikt en welke communicatie is daarvoor nodig?

Overwegingen voor het vaststellen van de strategieën geven we hieronder.

Eerst echter noemen we belangrijke punten in het communicatieplan:

- De communicatiekanalen die kunnen worden gebruikt om er voor te zorgen dat iedereen op de hoogte wordt gebracht.
- De personen en/of groepen in de organisatie die apart moeten worden benaderd en geïnformeerd.
- De wijze waarop gecommuniceerd wordt (wie, wat, waar en wanneer).

Activiteiten om het passief-roken terug te dringen

Bij het bedenken van een strategie voor het invoeren van huisregels voor het roken, komen de volgende punten aan de orde:

Ondersteuning bij stoppen met roken

Regels die de mogelijkheden om te roken beperken, wekken bij veel rokers de behoefte om maar helemaal met roken te stoppen. Deze rokers zijn eigenlijk wel blij met deze extra motivatie in de vorm van regels. Alhoewel de meeste rokers zelfstandig kunnen stoppen, is een deel gebaat bij ondersteuning. Bijvoorbeeld in de vorm van een groepscursus of begeleiding door de bedrijfsgezondheidskundige dienst, eventueel aangevuld met nicotinekauwgom of -pleisters. Met het aanbieden van deze dienstverlening plaatst u tevens de maatregelen die het roken inperken in een vriendelijker daglicht.

Overwinnen van weerstanden

Weerstand tegen regels die het roken beperken komen voor een belangrijk deel voort uit gebrek aan informatie over:

- de omvang van het probleem
- de redenen van de organisatie om iets aan dit probleem te doen
- de voordelen van de nieuwe regels voor de organisatie en de personen die daarin functioneren

Ervoor zorgen dat deze informatie helder wordt gecommuniceerd is dan ook van groot belang. Daarnaast kunt u personen of groepen met veel weerstand apart benaderen in een gesprek of in een informatiebijeenkomst.

Signaalmateriaal

Met signaalmateriaal kunt u helder maken of er in een bepaalde ruimte wel of niet mag worden gerookt. Bij de Stichting Volksgezondheid en Roken zijn hiervoor gratis stickers verkrijgbaar, die dit op verschillende manieren duidelijk maken.

Informeren van leidinggevenden

Omdat leidinggevenden een belangrijke rol vervullen in het handhaven van de regels is het van belang dat ze achter het nieuwe beleid staan en hierover en over de achtergronden goed geïnformeerd zijn. U kunt overwegen hiervoor een speciale bijeenkomst te organiseren. Vooral als het om een grote organisatie gaat of om een organisatie met veel gebouwen is zo'n bijeenkomst aan te bevelen.

Ludieke activiteiten

Voorkomen moet worden dat discussies over roken en ook de activiteiten van het bedrijf op dit terrein een drammerig en moraliserend karakter krijgen. Met leuke en speelse activiteiten worden vooral de voordelen van het nieuwe beleid benadrukt. Hierbij kan gedacht worden aan eenvoudige acties op de dag van de invoering zoals het neerzetten van bloemen, het uitdelen van fruit met een kaartje waarop medewerking wordt gevraagd voor het handhaven van de nieuwe regels of de toezegging van de directie dat elke rookvrij verklaarde ruimte wordt opgeknapt of voorzien van nieuwe planten.

Een belangrijk aandachtspunt bij het opstellen van het communicatieplan is de lengte van de periode tussen de aankondiging van de nieuwe regels en de invoering. Iedereen moet de gelegenheid krijgen zich erop in te stellen, maar het mag ook niet te lang duren. Een richtlijn is deze periode niet korter te maken dan 3 maanden en niet langer dan 6 maanden.

Activiteiten om het stoppen met roken te stimuleren

Bij het bedenken van een strategie is aandacht voor de volgende punten van belang.

Onderdelen in het stoppen-met-roken programma

Het stoppen-met-roken programma kent onderdelen die informerend van karakter zijn zoals informatiewanden, informatiebijeenkomsten en hand-outs. Ook bestaan er onderdelen die een meer ondersteunend karakter hebben zoals een stoppen met roken-cursus, advisering door een bedrijfsarts en advisering op maat. Afhankelijk van de enquête-resultaten en de wensen en kenmerken van de organisatie moet hier een keus worden gemaakt.

Aantrekkelijkheid

Het programma moet zo zijn samengesteld dat het aantrekkelijk is en een uitdaging vormt om er aan mee te doen.

Participatie

Het programma moet zo zijn opgebouwd dat zoveel mogelijk werknemers zullen participeren. Dit is te bereiken door een gevarieerd samengesteld programma en een brede intensieve communicatie naar de werknemers.

Feedback

Door werknemers feedback te geven over het verloop van de activiteiten ontstaat betrokkenheid. Dit heeft een positief effect op gedragsverandering en gedragsbehoud. Zo kunnen ervaringen van gestopte werknemers erg leerzaam en stimulerend zijn.

In de communicatie over het programma is het van belang dat zoveel mogelijk werknemers worden bereikt. Naast het aantal werknemers dat deelneemt aan de georganiseerde activiteiten (bijvoorbeeld een cursus), is er een grote groep die gaat stoppen naar aanleiding van de communicatie over stoppen met roken in de organisatie. Verder zorgt een intensieve communicatie ervoor dat het onderwerp gaat leven en er sociale steun ontstaat voor stoppen met roken.

5. Evaluatie

Na de invoering van huisregels voor roken is het zaak de knelpunten te inventariseren en te kijken hoe overtredingen van de regels kunnen worden voorkomen.

Na enige tijd, bijvoorbeeld na een half jaar, moet de werking van het nieuwe beleid geëvalueerd worden. Op grond daarvan kunnen de volgende stappen worden gezet in de richting van een bedrijf waar niemand nog hinder of schade ondervindt van andermans rook.

Voor de stoppen-met-roken activiteiten is het van belang te evalueren hoe het programma is ontvangen en wat de effecten zijn. Zo kan het programma voor het volgende jaar ontwikkeld worden en kan worden vastgesteld in hoeverre de doelstellingen (in percentage rokers) zijn gehaald.

STICHTING ALCOHOL CONSULTANCY NEDERLAND (ALCON)

Door ir. D.A. Bijl en ir. M.T.A. Bakker

Zowel nationaal als internationaal besteden bedrijven aandacht aan de preventie van alcoholproblemen. Daar zijn verschillende redenen voor. Vanuit de Arbo-wetgeving kunnen bedrijven het thema 'alcohol en werk' een plaats geven in bijvoorbeeld een risico-inventarisatie. De relatie veiligheid en 'fitness for duty' en alcoholgebruik wordt hierin gelegd.

Ook komt het voor dat bedrijven vanuit een sociaal-beleid zorg besteden aan het vroegtijdig signaleren en begeleiden van medewerkers met een alcoholprobleem. Hierbij staat het behoud van de betrokken werknemer centraal.

Alcoholgebruik en effecten

In Nederland drinkt ongeveer 80 à 85% van de bevolking van 15 jaar en ouder regelmatig iets alcoholisch. De drinkers drinken per persoon jaarlijks zo'n 950 à 1000 glazen alcoholica. Voor een groot deel van hen levert dat persoonlijk noch sociaal nadelen op. Onder de drinkende populatie is echter een aanzienlijk deel dat als gevolg van (overmatig) alcoholgebruik af en toe of vaker problemen heeft (op verschillende terreinen). De schattingen lopen uiteen, maar het gaat in Nederland mogelijk om ongeveer 600.000 mensen die zoveel drinken dat hierdoor problemen ontstaat op lichamelijk, psychisch of sociaal terrein. Zo'n 250.000 van hen hebben te kampen met een daadwerkelijk verslavingsprobleem (Van den Brink en Roelofs, 1995). De life-time diagnose 'alcoholafhankelijkheid' zou volgens deze auteurs zelfs 17% kunnen zijn.

Of het nu gaat om de gevolgen van een avondje doorzakken of om de consequenties van een ernstig en slepend alcoholprobleem, de gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn niet beperkt tot een bepaalde situatie of tijdstip.

Ook weinig alcohol kan invloed hebben op de gezondheid en het persoonlijk functioneren en onder bepaalde omstandigheden op de veiligheid van de persoon en zijn/haar omgeving. Met name in het verkeer en in de arbeidssituatie kan dat tot uiting komen.

Het is zelfs mogelijk dat als gevolg van arbeidsomstandigheden het (overmatig) gebruik van alcohol in de hand wordt gewerkt. Ook kan het zijn dat een werknemer stress 'opvangt' door het gebruik van alcohol, een zogenaamde 'coping' of zelfmedicatie.

Risicofactoren voor gebruik van alcohol op de werkplek

Onderzoek van Gründemann (1988) bracht de volgende risicofactoren aan het licht wat betreft alcoholgebruik op de werkplek:

- de beschikbaarheid van alcohol
- er is een groot aantal gelegenheden om te drinken op het werk
- er is sociale druk om mee te drinken
- het voorbeeldgedrag van management

Uit ander Nederlands onderzoek (onderdeel van een ILO project, Bijl, 1993) blijkt dat met name het doorbrengen van vrije tijd en quasi-vrije tijd en de aanwezigheid van louter mannelijke collega's op de werkplek als risico-factoren worden beschouwd voor overmatig alcoholgebruik en alcoholproblemen. Dit komt bijvoorbeeld voor in het internationale wegtransport, de scheepvaart, de olie-exploitatie en het leger. Voorts maakt de literatuur melding van het verband tussen alcoholgebruik en stress en risicovol werk. Ook zou warm, stoffig en monotoon werk dorstig maken.

De gevolgen van overmatig alcoholgebruik voor het werk

Uit verschillende internationale en Nederlandse onderzoeken naar de consequenties van drinken voor het werk en uit praktijkervaringen kwamen de volgende gegevens naar voren.

- Als gevolg van overmatig gebruik (veelal geoperationaliseerd als > 6 glazen per dag) is het ziekteverzuim 2 tot 6 keer hoger dan bij matig gebruik (Boogaard, 1986). Bij onderzoek onder gemeenteambtenaren bleek het verzuim van stevige drinkers anderhalf keer hoger te zijn dan van matige drinkers (Van Deursen, 1988). De Zwart (1987) toonde aan, in een onderzoek naar de werkervaringen van mensen met alcoholproblemen, dat in het jaar voorafgaande aan de ambulante hulpverlening het verzuim van de werknemer 4 keer hoger lag dan gemiddeld.
- Het NEI berekende in 1990 dat het ziekteverzuim dat in verband staat met alcoholgebruik een jaarlijkse schadepost van circa 600 miljoen gulden oplevert voor het Nederlands bedrijfsleven (Meijer en Tjioe, 1990). Volgens Deursen blijkt het verband tussen verzuim en alcoholconsumptie U-vormig te zijn. Het verzuim van matige alcoholgebruikers ligt lager dan dat van geheelonthouders. Zeer excessieve drinkers en geheelonthouders blijken evenveel te verzuimen.
- Aangenomen wordt dat 10 tot 30% van de bedrijfsongevallen samenhangt met alcoholgebruik. Moll van Charante (1990) spreekt in een Nederlandse studie over 17%.

- Probleemdrinkers hebben een 2 tot 4 keer grotere kans om bij een ongeval betrokken te raken. Voor ernstige ongevallen ligt dit risico zelfs hoger. Bedrijfsongevallen onder invloed van alcohol gebeuren vaker in de aanloop naar of in de eerste uren van de dienst en na de middagpauze (Boogaard, 1986).
- Gemiddeld genomen ervaart zo'n 3 tot 6 % van de beroepsbevolking een alcoholprobleem. Er is ooit berekend dat iemand die regelmatig overmatig drinkt kosten veroorzaakt ten grootte van 25% van het bruto salaris. Anders gezegd dat hij voor ongeveer 75% van zijn kunnen functioneert. Stel dat een bedrijf 5% probleemgevallen heeft dan leidt dat tot loonderving van 1,25% van de totale bruto loonsom.
- Van de WAO ingeschrevenen geeft 13% aan problemen met alcohol te hebben. Bij 5% is er zelfs sprake van ernstige problemen (Standhardt e.a., 1987).

Bedrijfshulpverlening is zeer effectief

Een alcoholprobleem is niet een op zichzelf staand verschijnsel. Er wordt wel gesproken van een bio-psycho-sociale aandoening (Brink en Roelofs, 1995). Het is een resultante van een multifactoriale wisselwerking tussen mens, middel en milieu. Er is reden om vanuit de werksituatie te handelen met betrekking tot alcoholproblemen. De gevolgen kunnen daar namelijk ernstig zijn, het bieden van hulp en begeleiding vanuit de werksituatie blijkt veelal effectief en vroegtijdig interveniëren lijkt daar goede mogelijkheden te hebben.

Uit Nederlandse en buitenlandse ervaringen blijkt dat bedrijfshulpverlening ruwweg twee keer effectiever is dan wanneer de werksituatie niet betrokken wordt in de hulpverlening. Bovendien is de motivatie tot probleemoplossing groter indien betrokkene werk heeft en wil houden.

Uiteraard spelen voor een bedrijf ook het kostenaspect en veiligheidsoverwegingen een rol bij bedrijfsmatige alcoholpreventie. Doelen van beleid zijn dan ook het behoud van de veiligheid, het voorkomen van verzuim, het voorkomen van het verlies van know-how en het bewaken van de kwaliteit en de productiviteit.

Niet altijd zijn concrete problemen de aanleiding voor een alcoholbeleid. Steeds vaker vinden directies dat aandacht voor alcohol past bij de maatschappelijke verantwoordelijkheid van het bedrijf, de zorg voor behoud of bevordering van gezondheid en veiligheid van werknemers en kwaliteit van het werk.

In deze gevallen maakt een alcoholbeleid bijvoorbeeld deel uit van arbeidsomstandighedenbeleid, kwaliteitsbeleid, veiligheidsbeleid, sociaal beleid of gezondheidsbevorderingsbeleid. Activiteiten kunnen ook gerelateerd zijn aan het streven naar 'fitness for duty'.



De gevolgen van alcohol kunnen ernstig zijn en bedrijven tot grote financiële en sociale kosten brengen. De vraag is dan: wat moet er worden gedaan?. De zaak droogleggen? Het antwoord hierop is: "Soms wel, maar in ieder geval is dat niet voldoende." Zeker als veiligheidseisen zodanig zijn dat men zich niets kan veroorloven (bijvoorbeeld in de transport of de procesindustrie). Dan moet er meer gebeuren.

Landelijke aandacht voor alcohol en werk

De afgelopen tien jaar is er het nodige gedaan in Nederland op het terrein van alcohol en werk. Zowel door grote bedrijven als door organisaties als ALCON, STIVA, het Netwerk Alcoholpreventie in Bedrijven (waarin ALCON, NeVIV en CAD's samenwerken), private aanbieders van hulp en preventie als VVIK, IHRM en Consistent, het Bedrijvenplatform Alcohol en Werk, de ministeries VWS en SZW, het LCG en Centrum GBW, en verschillende universiteiten. Vanuit het volksgezondheidsbeleid van de overheid wordt sinds 1985 het Alcohol Voorlichtings Plan uitgevoerd, gericht op matiging van alcoholgebruik. Een zelfstandig onderdeel van dit beleid vormt de preventie van alcoholproblemen op het werk. De stichting Alcon heeft hierbij speciale taken toegewezen gekregen (Balemans, 1994).

Voormalig minister van SZW De Vries gaf in 1994 aan dat alcohol voor het bedrijfsleven ernstige problemen kan veroorzaken, problemen die kunnen worden teruggedrongen en voorkomen (De Vries, 1994).

De oplossingen hiervoor moeten op decentraal en zelfs op bedrijfsniveau worden gezocht, in het overleg tussen werkgevers en werknemers. De overheid stelt voorwaarden vast en heeft verder een terughoudende rol.

De uitwerking op bedrijfsniveau kan plaatsvinden op basis van twee principes:

- Arbeidsomstandigheden kunnen specifieke risico's opleveren voor het gebruik van alcohol, drugs en medicijnen.
- Het gebruik van alcohol, drugs en medicijnen kan specifieke risico's hebben voor veiligheid en gezondheid van de betrokkene, collega's en de werkomgeving.

Binnen risicovolle bedrijven en bij risicovolle functies dient nader aandacht te worden besteed aan alcohol, drugs en medicijnen, zo stelt de Arbowet. In de verplichte risicoinventarisatie en -evaluatie (RI&E) dient dit onderzocht te worden. Echter, ook hierbij geldt dat de overheid niet gedetailleerd omschrijft welke inhoud daaraan gegeven moet worden en op welke wijze gecontroleerd kan worden of de juiste aandacht aan dit aspect is besteed. Op het niveau van de organisatie wordt dat zelfstandig bepaald.

Preventie van alcoholproblemen op het werk

Anno 1995 zijn er veel regionale organisaties die op meer of minder professionele wijze bedrijven een aanbod doen ter preventie van alcoholproblemen. Alcon werkt sinds 1994 samen met de NeVIV en de meerderheid van de CAD's in het Netwerk Alcoholpreventie in Bedrijven (NAB). Dit netwerk heeft als taak het optimaliseren en profileren van activiteiten ter preventie van alcoholproblemen in bedrijven. Dit betekent dat de aandacht uitgaat naar het stimuleren van onderzoek, het verhogen van de kwaliteit van de diensten en het gezamenlijk ontwikkelen en aanbieden van producten/diensten. De activiteiten hebben betrekking op secundaire preventie van alcoholproblemen, in het verlengde waarvan ook primaire preventieve activiteiten worden ontplooid. Het totaal aan activiteiten laat zich scharen onder de noemer van een alcoholbeleid.

De doelstellingen van een alcoholbeleid zijn veelal:

- Het voorkomen en terugdringen van functioneringsproblemen als gevolg van alcoholmisbruik.
- Het bevorderen van de gezondheid, de veiligheid en het welzijn van de medewerkers.
- Het verminderen van de financiële kosten.
- Het bevorderen van de kwaliteit en productiviteit.

Met betrekking tot een bedrijfs-alcoholbeleid zijn de volgende onderdelen te onderscheiden:

- risico-inventarisatie binnen bedrijf
- audits van bestaand beleid, visies, regels, gewoonten en activiteiten, ervaring en registratie van gevolgen van alcoholgebruik, gevolgd door advies voor toekomstig beleid
- opzetten en introduceren van een bedrijfs-alcoholbeleid
- voorlichting aan werknemers
- vroegtijdige signalering en bespreking van problemen in relatie tot alcoholgebruik
- scholing in signaleren, interveniëren en begeleiden van alcohol en eventuele drugs- of medicijnproblemen
- analyse van individuele problemen en motivatie voor verandering, bijvoorbeeld via een methodiek als Doorlichting Voorlichting Alcoholgebruik (DVA)
- externe hulpverlening en begeleiding aan probleemdrinkers
- samenwerking met externe hulpverlenende organisaties

Deze onderdelen worden meestal opgezet en uitgewerkt door een interne bedrijfswerkgroep. Het neemt vaak enkele jaren (de ervaring leert 2 à 3 jaar) in beslag voordat er voldoende draagvlak is en er daadwerkelijk een beleid is ingevoerd, dat door directie en de OR is goedgekeurd. In die periode hebben er meestal de nodige activiteiten plaatsgevonden.

De rol van de arbodienst

Met name voor arbodiensten zijn er verschillende mogelijkheden om met de instellingen voor de verslavingszorg samen te werken. Zij kunnen zowel op regionaal als op landelijk niveau afspraken maken om de genoemde onderdelen (onder andere een risico-inventarisatie) al dan niet gezamenlijk ten uitvoer te brengen. Het zijn vooral bedrijfsverpleegkundigen, bedrijfsartsen, veiligheidskundigen, arbo-deskundigen en bedrijfsmaatschappelijke deskundigen die met bedrijven samenwerken en een inventariserende, onderzoekende, adviserende, en een uitvoerende (gezondheidsbevorderende) functie hebben.

Langzaam leren CAD's en arbodiensten elkaar kennen. Maar hier ligt nog veel terrein braak.

Gezondheidsbevordering op de werkplek

In het kader van gezondheidsbevordering op de werkplek werkt Alcon samen met de Vereniging van Integrale Kankercentra (VVIK). Hierbij ligt, vanuit een gezondheidvisie, de nadruk op het bevorderen van verantwoord alcoholgebruik. Deze doelstelling stuit bij bedrijven op weinig weerstand. Dit is mede gebaseerd op het feit dat activiteiten een positieve uitstraling hebben.

De toekomst

Er vanuit gaande dat alcoholische dranken, gezien hun positieve functies in het sociale leven, blijvend worden gedronken door een groot aantal mensen, zal de aandacht in het bedrijfsleven met name moeten liggen in:

- Het voorkomen van problemen, deels via voorlichting en informatieoverdracht. Zeker wanneer dat gebeurt vanuit een breder gezondheidsconcept kunnen dergelijke activiteiten op een warm onthaal rekenen en daardoor zinvol en effectief zijn.
- Tijdig ingrijpen bij problemen.

Internationale samenwerking

Ook internationaal krijgt alcohol- en drugsproblematiek op de werkplek in toenemende mate aandacht. Zo bestaan er internationale richtlijnen vanuit de ILO (uitgave van een Code of Practice) met Alcon als samenwerkende Nederlandse organisatie. Daarnaast bestaan er programma's van de UNDCP (United Nations Drug Control Program), de World Health Organisation (WHO) en de Europese Unie. Bovendien worden er vanuit de alcoholindustrie activiteiten ondernomen middels de STIVA in Nederland en de Amsterdam Group voor Europa. Door onderlinge afstemming en samenwerking kan bedrijfsmatige aandacht voor alcohol (en tevens drugs en medicijnen) vorm krijgen en houden in gezondheids-, veiligheids- en sociaal-beleid.

Literatuur

- Baemans, A.W.M. *Alcohol en werk; standpunt van de overheid*. Lezing in kader van studiedag alcohol en werk te Rotterdam Hilton Hotel. Nederlands Studie Centrum, 1994.
- Boogaard, J.F., Glastra en P.P.A. Peters. *Alcohol en arbeidsomstandigheden*, Een literatuuronderzoek. Directoraat Generaal van de Arbeid. Voorburg, 1986.
- Brink, W. van den en H. Roelofs. *Alcoholproblemen*. In: Psychologische problemen en de werksituatie. Redactie J.J.G. van den Klink. NIA, Amsterdam, 1995.
- Bijl, D.A. *Alcohol and Drugs in the workplace: Attitudes, policies and programmes in the Netherlands*. ALCON, Soest, 1993.
- Deursen C.G.L. van, H.F.L. Garretsen en A.F. Algra. *Gezondheid, leefstijl en ziekteverzuim bij Rotterdamse gemeenteambtenaren*. GGD Rotterdam, 1988.
- Gründemann, R.W.M. *Alcoholgebruik onder de Nederlandse beroepsbevolking*. Vervolgonderzoek alcohol en werk, deel I en II. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, NIPG en TNO, Leiden, 1988 en maart 1989.
- Meijer, J.W., B.K. Tjioe. *Maatschappelijke kosten alcoholmisbruik en tabaksgebruik*. Stichting Nederlands Economisch Instituut, Rotterdam, 1990.
- Moll van Charante. *Perceptual acuity and the risk of industrial accidents*. American Journal of Epidemiology, vol. 131, no. 4, 1990.
- Standhardt, W.G., G.C. Vijverberg en S.G. Hekkert. *Signalering van alcoholproblematiek in de verzekeringsgeneeskunde*, Resultaten van een onderzoek bij enkele GAK-kantoren en een BGD in Drenthe. SWOAD, Utrecht, 1987.
- Vries, B. de. Openingtekst van minister SZW op studiedag *alcohol en werk* 13 januari 1994, te Rotterdam Hilton Hotel, Nederlands Studie Centrum, 1994.
- Zwart, W.M. de. *Werkervaringen van mensen met alcoholproblemen*. SWOAD, Utrecht, 1987.

STICHTING AIDSFONDS

Deze informatie is gebaseerd op de brochure: 'Aids tussen negen en vijf', een publikatie van de Projektgroep Publiekscampagne Aids/Soa.

Ziek of niet ziek?

Als een van de werknemers een collega of leidinggevende op de hoogte brengt van zijn of haar hiv-infectie, dan kan dat als een donderslag bij heldere hemel komen. Hij of zij hoeft namelijk helemaal niet ziek te zijn, en hoeft dat voorlopig ook niet te worden. Zo iemand ziet er vaak heel gezond uit en is in de meeste gevallen volledig arbeidsgeschikt. Iemand kan drie, zes, tien of soms vijftien jaar seropositief zijn voordat de diagnose aids gesteld wordt. Het immuunsysteem is dan zo ver afgebroken dat het lichaam zich niet meer kan weren tegen infecties van bijvoorbeeld longen, hersenen of darmen. Ook kan er een vorm van kanker ontstaan, met name op de huid. Het ziektebeeld is echter bij iedereen anders. De periode tussen de hiv-infectie en de diagnose aids is gemiddeld acht à tien jaar, maar verschilt van persoon tot persoon. De overlevingsduur na de diagnose aids is ongeveer twee jaar.

Maar toch, u krijgt binnen uw bedrijf te maken met hiv en in de toekomst wellicht aids. Het is uw taak een klimaat te scheppen waarin iemand met hiv of aids zo lang en zo prettig mogelijk aan het werk kan blijven omdat hij daar in de meeste gevallen gewoon toe in staat is en omdat hij dat in bijna alle gevallen zelf heel graag wil. Juist als je een ernstige ziekte hebt, kan werk bijdragen aan de zin van het bestaan.

Het *ziekteverzuim van seropositieven* is, voor zover het al voorkomt, vaker het gevolg van een zware psychische belasting dan van lichamelijk ziek zijn. Overigens valt er over de mate van verzuim weinig te voorspellen. Gebleken is dat de één nog geruime tijd volop meedraait, terwijl de ander al vrij snel na de uitslag van de aidstest (de hiv-anti-stoffentest) niet meer in staat is te werken. Het enige wat gedaan kan worden is samen met de betrokkene naar oplossingen zoeken. Een andere functie? Minder uren? Andere diensten? Thuis werken? Of voorlopig maar 'ns kijken hoe het gaat? Belangrijk is dat u luistert en regelmatig belangstelling toont.

Het kan gebeuren dat iemand die seropositief is om *geheimhouding* vraagt. Dat is een privacyrecht dat een personeelsmedewerker of een chef uiteraard respecteert, maar het maakt de inspanningen om hem in z'n werksituatie tege- moet te komen wél een stuk zwaarder. Is een medewerker eenmaal ziek, dan

wordt geheimhouding lastig. Collega's zullen vragen gaan stellen omdat ze op bezoek willen gaan, omdat ze bezorgd zijn of omdat ze ervan balen dat ze hem steeds maar weer moeten vervangen. Het is in ieder geval belangrijk contact te houden met de werknemer met hiv en in overleg met de betrokkene te bepalen welke maatregelen voor geheimhouding, bezoek en functie-invulling wenselijk zijn.

Mocht geheimhouding niet langer nodig zijn, dan is dit ook het moment om begrip bij de medewerkers te kweken door ze te informeren, door vooroordelen en angsten weg te nemen en door ze voor te bereiden op een eventuele terugkeer van hun collega.

Reacties van collega's

Als mensen vermoeden of weten dat een collega met hiv geïnfecteerd is, kan dat onrust veroorzaken. Angst en vooroordelen spelen daarbij een rol. Emoties kunnen hoog oplopen, zeker samen met de angst voor overdracht van hiv. Die angst is wel begrijpelijk maar berust vaak op misverstanden. Hiv wordt geassocieerd met (homo)seksualiteit en druggebruik. Taboes en vooroordelen kunnen leiden tot onbegrip, maar gelukkig kunnen angst, taboes en vooroordelen op allerlei manieren worden weggenomen. Adequate voorlichting is erg belangrijk. Dit kan natuurlijk alleen als er geen verzoek om geheimhouding ligt, en als de werknemer met hiv/aids toestemming geeft voor voorlichting. Eén keer voorlichting geven is overigens niet genoeg.

Tijdens en na de voorlichtingsbijeenkomst hebben de medewerkers tijd en ruimte nodig om over hun emoties te spreken en vragen te stellen. Het kan nodig zijn de hulp in te roepen van een externe deskundige op het gebied van aidsvoorlichting. Via de Aids-Infolijn kan hulp of advies bij de voorlichting worden verkregen.

Aids in de voedingssector, horeca en gezondheidszorg

Kunnen mensen met een hiv-infectie werken in de voedingssector, horeca of gezondheidszorg? Op deze vraag geeft het Aids Fonds een duidelijk, bevestigend antwoord; zonder besmettingsgevaar voor consumenten, patiënten of collega's.

Natuurlijk gaan we er hierbij van uit dat men zich houdt aan algemeen geldende hygiënische richtlijnen. Dat zijn voorschriften die er niet zozeer zijn ter voorkoming van overdracht van hiv, maar vooral van alle andere infectieziekten.

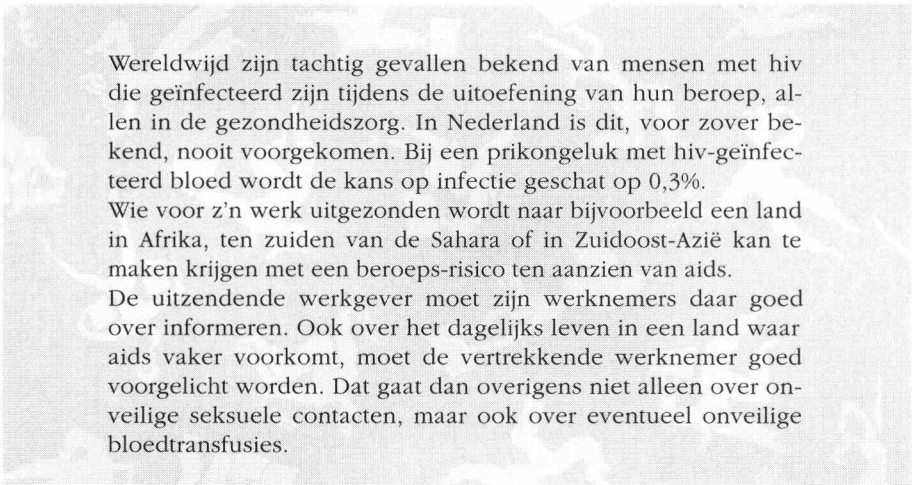
Men kan echter niet geïnfecteerd raken door hetzelfde servies of bestek uit de kantine of door dezelfde telefoon te gebruiken. Niet door naar hetzelfde toilet te gaan. Niet door een insektebeet. Niet door niesvocht. Niet door te kussen of aan te raken. En niet door welke vorm van sociaal contact dan ook.

Hiv als beroepsrisico

Wat is het risico dat iemand bij de uitoefening van zijn beroep loopt om met hiv geïnfecteerd te raken? In de gezondheidszorg hebben mensen te maken met een kleine kans op infectie, zolang het tenminste gaat om mensen die in aanraking komen met bloed. Dat kunnen artsen zijn, verpleegkundigen, tandartsen, o.k.-assistenten en laboranten.

Die medewerkers kunnen worden geadviseerd de algemene hygiëne te verbeteren. Per afdeling kunnen standaardmaatregelen worden getroffen om contact met bloed te voorkomen.

Ook voor medewerkers die slechts incidenteel risico lopen, zoals politieagenten, gevangenvaarders of medewerkers van een bedrijfs-EHBO, gelden deze maatregelen. Duidelijke hygiënerichtlijnen voorkomen ook hier besmettingsgevaar. Als er door een ongeval op het werk kans is op overdracht van hiv moeten zowel het slachtoffer als degene die te hulp schiet goed worden opvangen, bij voorkeur door de bedrijfsarts. Deze zal de betrokkene(n) informeren over de aannemelijkheid van infectie en de mogelijkheid van een aidstest.



Wereldwijd zijn tachtig gevallen bekend van mensen met hiv die geïnfecteerd zijn tijdens de uitoefening van hun beroep, allen in de gezondheidszorg. In Nederland is dit, voor zover bekend, nooit voorgekomen. Bij een prikongeluk met hiv-geïnfecteerd bloed wordt de kans op infectie geschat op 0,3%.

Wie voor z'n werk uitgezonden wordt naar bijvoorbeeld een land in Afrika, ten zuiden van de Sahara of in Zuidoost-Azië kan te maken krijgen met een beroeps-risico ten aanzien van aids.

De uitzendende werkgever moet zijn werknemers daar goed over informeren. Ook over het dagelijks leven in een land waar aids vaker voorkomt, moet de vertrekkende werknemer goed voorgelicht worden. Dat gaat dan overigens niet alleen over onveilige seksuele contacten, maar ook over eventueel onveilige bloedtransfusies.

Bedrijfsbeleid voor aids

Grotere bedrijven hebben een beleid met betrekking tot chronisch zieken. Daarmee is men voorbereid op de problemen die u tegenkomt bij het integreren en in het arbeidsproces houden van mensen met gezondheidsproblemen. Een paragraaf over omgaan met hiv/aids in de werksituatie mag in een dergelijk beleidsplan niet ontbreken. Voor de sectoren waar een kleine of een incidentele kans is op een hiv-infectie geldt dat zo'n beleid natuurlijk óók toegepast moet zijn op dat risico. De Arbowet vraagt bedrijven uit die sectoren dan ook een inventarisatie en evaluatie te maken van onder andere het hiv-infec-

tierisico. Naar aanleiding daarvan kan een beleid ter voorkoming van infectie worden ontwikkeld. Het beleid voor werknemers met hiv/aids kan, gezien het wisselende ziekteverloop, slechts als basis dienen. Bovendien is de uitvoering afhankelijk van de manier waarop de betrokkene zelf met de infectie omgaat.

Aanbevelingen voor het opstellen van beleid omtrent werknemers met hiv/aids

- Werknemers met hiv/aids behouden hun functie en werken zolang als hun conditie dit toelaat. Een hiv-infectie op zich is geen ziekte en ook aids houdt lang niet altijd arbeidsongeschiktheid in.
De werkgever heeft een inspanningsverplichting om voor werknemers met hiv of aids het werk zodanig aan te passen, dat zij zo lang mogelijk kunnen blijven functioneren. Zo kan bijvoorbeeld het takenpakket worden gewijzigd, het aantal uren worden verminderd of kunnen onregelmatige diensten worden geschrapt. Ook moet vervanging worden geregeld voor de periodes dat de werknemer ziek is.
Werknemers met hiv/aids die problemen hebben om het werk vol te houden, kunnen een vertrouwenspersoon binnen het bedrijf raadplegen. Deze vertrouwenspersoon moet misschien speciaal worden benoemd en bij alle werknemers bekend worden gemaakt. Hij/zij zal zich inspannen om de werkomstandigheden aan te passen aan de fysieke en mentale mogelijkheden van de desbetreffende werknemer.
- De vertrouwenspersoon en het verantwoordelijke management zijn verplicht tot geheimhouding, als de hiv-geïnfecteerde werknemer dat wil.
- Wanneer een werknemer met hiv/aids of geruchten daarover aanleiding geven tot ongewenste reacties van collega's, klanten en anderen, dient het management zich in te spannen om bijvoorbeeld voorlichting te (laten) geven. Voorlichting over aids naar aanleiding van een werknemer met hiv/aids heeft de uitdrukkelijke toestemming van de werknemer nodig. Als dat nodig is, kan voorlichting worden herhaald of kunnen individuele gesprekken worden gevoerd met collega's.

Subsidies en regelingen bij het aannemen van personeel

Om het gemakkelijker te maken om iemand die (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt is in dienst te nemen kan een beroep worden gedaan op subsidies en regelingen. Bijvoorbeeld vrijstelling van eigen risico voor de ziektewet, loonkostensubsidie, tegemoetkoming in kosten voor voorzieningen op de werkplek, een proefplaatsing. De bedrijfsverenigingen en het GAK kunnen hierover meer informatie verstrekken.

Volgens de Arbowet, artikel 6 is de werkgever verplicht om de werknemers bij indiensttreding te informeren over risico's in verband met het werk en over de daartegen te nemen maatregelen. Dit betekent dat voorlichting moet worden gegeven over de risico's en de preventieve maatregelen. Dit moet voor de aanvang van de werkzaamheden gebeuren, maar ook periodiek worden herhaald. De werknemer heeft volgens artikel 12 van de Arbowet de plicht om voorzichtig en zorgvuldig te werken.

Sinds 1994 geldt er tevens een Besluit biologische agentia, waarin de hierboven genoemde bepalingen ten aanzien van de risico's door biologische factoren in het werk nog explicieter worden geformuleerd. Is er in een werksituatie kans op contact met bloed, dan is het goed dat de werkgever zich verdiept in deze bepalingen. De deskundige (arbo)dienst kan inhoudelijk adviseren over de te nemen maatregelen en over de voorlichtingsactiviteiten.

Voorlichting betreffende preventie van hiv-infecties en de werkgroepinfectiepreventie (WIP)

(Door Thea Daha-Vuurpijl, hygiëniste Werkgroep Infectiepreventie)

Zowel in Nederland als in het buitenland is een belangrijke toename geconstateerd van het aantal ziekenhuisinfecties, waardoor de aandacht voor infectiepreventie toenam. Tijdens de vele congressen en symposia gewijd aan het gesignaleerde probleem kwam men tot de conclusie dat er behoefte bestond aan wetenschappelijk onderzoek en aan hygiënerichtlijnen.

Uit een groot Amerikaans onderzoek, het 'SENIC-report', bleek dat 33% van de ziekenhuisinfecties voorkomen zou kunnen worden wanneer ieder ziekenhuis een goed functionerende infectiecommissie zou hebben, een hygiënist per 300 bedden in dienst zou nemen en de beschikking zou hebben over hygiënerichtlijnen. In het verleden maakte iedere hygiënist zijn eigen lokale richtlijnen en voorschriften, wat als een zeer tijdrovende bezigheid werd ervaren omdat daarbij de voor het gebied van hygiëne in Nederland aanwezige kennis en de onderzoeksresultaten niet optimaal werden benut.

Dit was voor de Vereniging voor Infectieziekten aanleiding om in 1981 het initiatief te nemen tot het oprichten van de Werkgroep Infectiepreventie, waarin de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, de Nederlandse Vereniging voor Microbiologie en de Vereniging voor Hygiënisten in de Gezondheidszorg samenwerken.

De primaire doelstelling van de WIP was om up-to-date en op literatuur gebaseerde richtlijnen te publiceren voor alle Nederlandse ziekenhuizen. Later werden deze ook gemaakt voor verpleeghuizen en voor de Verstandelijk Gehandicaptenzorg.

De richtlijnen van de WIP

De WIP maakt algemene- en afdelingsgebonden richtlijnen, waaronder richtlijnen betreffende preventie van HIV-besmettingen in de intramurale gezondheidszorg, accidenteel bloedcontact, HIV-infectiepreventie in laboratoria, tuberculosebeleid etc. Om de richtlijnen up-to-date te houden, moeten alle richtlijnen iedere vijf jaar worden herzien.

Behalve richtlijnen voor ziekenhuizen heeft de WIP ook richtlijnen gemaakt voor verpleeghuizen. Momenteel worden richtlijnen voor de verstandelijk gehandicaptenzorg ontwikkeld. In totaal zijn er nu 52 richtlijnen te verkrijgen.

De WIP-richtlijnen worden op verzoek toegezonden tegen betaling van kopieer- en portokosten. In Nederland is bijna ieder ziekenhuis en verpleeghuis geabonneerd op de richtlijnen.

De status van de WIP-richtlijnen

In 1992 besloot de Geneeskundige Hoofdinspectie de WIP-richtlijnen te verheffen tot Nederlandse standaarden. Dit wil zeggen dat de richtlijnen als criterium worden gebruikt tijdens het bezoek van de Inspectie aan zieken- en verpleeghuizen.

De WIP-richtlijnen beschrijven de optimale maatregelen om infecties in zieken- en verpleeghuizen te voorkomen. Ze vormen een raamwerk dat iedere instelling slechts na kritische overweging en aanpassing aan de eigen situatie zal kunnen hanteren. Ook al worden ze periodiek herzien zijn de richtlijnen altijd een momentopname van de wetenschappelijke inzichten en overeenstemming op een bepaald gebied. Weloverwogen afwijken van de richtlijnen is dus heel goed mogelijk en in sommige situaties zelfs gewenst. De richtlijnen zijn geen inerte wettelijke voorschriften. Wel bevatten ze alle inhoudelijke bouwstenen voor een instellings- of afdelingsprotocol en zijn een eerste kennisbron voor de aanpak van de preventie van infecties in de dagelijkse praktijk.

VOORLICHTINGSBUREAU VOOR DE VOEDING (VOVO)

Door drs. M. Baan

Gezonde volwassenen en met name gezonde volwassen mannen vormen een bevolkingsgroep die niet altijd even goed toegankelijk is voor de voedingsvoorlichting. Gezien de gegevens over de voedselconsumptie en het voorkomen van aan voeding gerelateerde gezondheidsrisicofactoren bij deze groepen is voedingsvoorlichting voor hen echter zeker op zijn plaats.

Voorlichting tijdens de werksituatie

De werksituatie lijkt een geëigend kanaal om gezonde volwassenen en in het bijzonder gezonde volwassen mannen te bereiken met voedingsvoorlichting. Zo hebben enkele onderzoeken de effectiviteit van voedingsvoorlichting op de werkplek aangetoond (Hoeksma, 1989; Classen, 1990). Uit de resultaten hiervan blijkt dat voedingsvoorlichting, ondersteund door een gezond aanbod in de kantine, positieve effecten kan hebben op het voedingsgedrag en het serumcholesterolgehalte van de werknemers. Ook voedingsgerichte voorlichtingsactiviteiten zoals bijvoorbeeld gewichtsreductieprogramma's kunnen effect hebben op de mate van overgewicht van de werknemers (Weerd, 1991).

Voedingsvoorlichting via de werksituatie is erop gericht gezonde voedingsgewoonten te bevorderen van de werknemers. Zo kan een bijdrage worden geleverd aan het verminderen van het risico op vroegtijdige ziekte en arbeidsongeschiktheid.

VoVo en arbeidsomstandigheden

In het kader van het bevorderen van gezonde voedingsgewoonten tijdens de werksituatie heeft het bureau zich tot nu toe met name op de voedselverstreking gericht. Elementen daarbij zijn:

- Advisering met betrekking tot het aanbod in de bedrijfsrestaurants, zodat de werknemer in staat wordt gesteld een verantwoorde voedselkeuze te maken.
- Advisering omtrent de bewaking van de totale kwaliteit van de voedselverzorging in een bedrijf, waaronder de zorg voor een goede hygiëne.

Zo heeft het Voorlichtingsbureau voor bedrijfsrestaurants een aantal aanbevelingen en richtlijnen op het terrein van de voedselverstrekking opgesteld. De richtlijnen hebben betrekking op (Oosten, 1994):

- Menuplanning: variatie, verschillende produkten per gerech-
tengroep (incl. snacks), afwisseling van menu's, menukaart.
- Organisatie: hygiënisch handelen, inkoop, ontvangst, opslag,
bereiden, uitserveren, afwassen, afvalverwerking, onderhoud
en reinigen.

De GBW-activiteiten van het VoVo

Omdat voeding in relatie tot arbeidsomstandigheden een relatief nieuw werkveld betreft heeft het VoVo zich het afgelopen jaar op dit terrein georiënteerd. Een aantal activiteiten zijn in dit kader uitgevoerd: literatuurstudie, diepte-interviews, marktonderzoek en studiemiddagen. Met subsidie van de Nederlandse Kankerbestrijding zijn de mogelijkheden geïnventariseerd van gezondheidsbevordering op de werkplek voor wat betreft de leefstijlfactor voeding.

Literatuurstudie

Naast een analyse van vakbladen en publikaties op het gebied van de effectiviteit van voedingsvoorlichting op de werkplek is onder meer gekeken naar de invloed van de arbeidsomstandigheden op het voedingsgedrag.

Uit een onderzoek uitgevoerd door de Vrije Universiteit van Amsterdam (Knibbe, 1993) blijkt dat onregelmatige en afwijkende arbeidstijden de gezondheid en het voedingspatroon negatief kunnen beïnvloeden. Ploegdienstwerkers hebben een vergrote kans op gastro-intestinale klachten. Dit zijn klachten die het maag-darmkanaal betreffen, zoals diarree, constipatie en maagzweer.

Diepte-interviews

Het wegvervoer is een bedrijfstak waar het voorlichtingsbureau al een aantal jaren goede contacten mee heeft. Er zijn individuele diepte-interviews gehouden met vier bedrijfsartsen en twee bedrijfsverpleegkundigen die voornamelijk binnen deze sector werkzaam waren. Doel van deze gesprekken was onder andere te achterhalen welke wensen bedrijfsartsen en -verpleegkundigen, werkzaam ten behoeve van het wegvervoer, hebben ten aanzien van de te ontwikkelen studiemiddagen. Uit deze diepte-interviews kwam onder andere naar voren dat de ondervraagde bedrijfsartsen en -verpleegkundigen het onderwerp voeding van groot belang vinden voor chauffeurs. Meer informatie hierover is te vinden in het verslag 'De bedrijfsgezondheidszorg en het wegvervoer' (Baan, 1995).

Marktonderzoek

Door middel van een marktonderzoek is nagegaan in welke mate voedingsaspecten in het werkterrein van bedrijfsartsen en bedrijfsverpleegkundigen voorkomen, welke voedingsaspecten dit zijn, of er behoefte is aan bijscholing op dit gebied en of er behoefte is aan ondersteunend voorlichtingsmateriaal.

De onderzoekspopulatie bestond uit bedrijfsartsen en bedrijfsverpleegkundigen die werkzaam waren bij interne en externe arbodiensten. Zij spelen namelijk een centrale rol bij gezondheidsbevordering via de werkplek omdat ze dichtbij de doelgroep staan. Ook zijn zij in staat hun advisering aan te passen aan de specifieke situatie in het betreffende bedrijf of bedrijfstak.

Bij alle respondenten is telefonisch een vragenlijst afgenomen. In de vragenlijst werd ingegaan op zowel de huidige als op de gewenste situatie. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de meeste respondenten regelmatig aan voeding gerelateerde gezondheidsrisico's bij werknemers tegenkomen. Het gaat hier in de meeste gevallen om overgewicht, een te hoog serumcholesterolgehalte, hypertensie en maag- en darmklachten. Tweederde van de respondenten laat weten voeding een belangrijk aandachtsgebied te vinden.

Bij activiteiten gericht op het verbeteren van voedingsgedrag van werknemers kan een onderscheid gemaakt worden tussen individuele en groepsgerichte preventieve activiteiten. Zo verstrekt bijna driekwart van alle ondervraagden in enigerlei vorm individuele voedingsadviezen. Eénderde van alle respondenten heeft in het verleden wel eens groepsgerichte voorlichtingsactiviteiten georganiseerd voor de werknemers of is betrokken geweest bij de ontwikkeling ervan. Vooral interne arbodiensten blijken dergelijke activiteiten te organiseren.

Bijna de helft van de respondenten geeft aan behoefte te hebben aan bijscholing. Verreweg de meeste respondenten prefereren een bijscholing in de vorm van een studiedag. Meer dan driekwart van de deelnemers aan het onderzoek blijkt behoefte te hebben aan materiaal ter ondersteuning van de voorlichting. Het gaat hier vooral om een checklist voor het beoordelen van de voeding en om voorlichtingsmaterialen over de volgende onderwerpen: gezonde voeding, overgewicht, hypertensie, verhoogd cholesterol, maag- en darmklachten en het aanbod en de verzorging van voeding in het bedrijfsrestaurant. Op grond van deze resultaten mag gesteld worden dat voeding in het werk van bedrijfsartsen en bedrijfsverpleegkundigen een niet onbelangrijke plaats inneemt en dat de respondenten duidelijk behoefte hebben aan materialen ter ondersteuning van de voorlichting en aan bijscholing.

Aanbevolen wordt deze voorlichtingsmaterialen te ontwikkelen en ze te implementeren door middel van studiedagen.

Het bureau zal zich in eerste instantie inzetten om in de in het onderzoek gesignaleerde behoefte te voorzien. Bedrijfsartsen en -verpleegkundigen zullen gericht worden benaderd met het thema 'voeding' in het kader van hun beroepsuitoefening. Meer informatie over het onderzoek is te vinden in het rapport 'Voeding in de bedrijfsgezondheidszorg' (Baan, 1995).

Studie-middagen

Voor bedrijfsartsen en bedrijfsverpleegkundigen werkzaam ten behoeve van het wegvervoer is begin 1996 een aantal studiemiddagen over voeding georganiseerd. De aanleiding voor deze studiemiddagen was onder andere een onderzoek naar het eetpatroon van internationaal rijdende beroepschauffeurs. Dit onderzoek is uitgevoerd door de vakgroep Humane Voeding van de Landbouwniversiteit Wageningen in samenwerking met het VoVo, Bedrijfsgezondheidszorg Wegvervoer (BGZ-wegvervoer) en Les Routiers Européens.

Onder andere bleek dat de onderzochte beroepschauffeurs vaker dan gemiddeld te maken hebben met overgewicht en maag- en darmstoornissen (Jansen, 1993).

Als follow-up hebben BGZ-wegvervoer en het Voorlichtingsbureau geconcludeerd dat het zinvol is om de bedrijfsartsen en -verpleegkundigen die werkzaam zijn ten behoeve van het wegvervoer nader bij het onderwerp voeding te betrekken. Daarom is besloten een aantal studiemiddagen te organiseren voor bedrijfsartsen en bedrijfsverpleegkundigen die voor het wegvervoer werkzaam zijn.

Conclusie

Aandacht voor voedingsgedrag van de werknemers vloeit dus enerzijds voort uit de negatieve gevolgen van een ongezonde voeding op de gezondheid en het werk van werknemers. Anderzijds uit de negatieve gevolgen van het werk van werknemers op voedingsgedrag, zoals bijvoorbeeld onregelmatige en afwijkende arbeidstijden. Bedrijven en instellingen zijn er dus bij gebaat voedingsvoorlichting op de werkplek te geven. Het Voorlichtingsbureau voor de Voeding kan hen hierbij ondersteunen.

Literatuur

- Baan, M.J.M.L. *De bedrijfsgezondheidszorg en het wegvervoer: een aantal oriënterende gesprekken met bedrijfsartsen en -verpleegkundigen*. Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Den Haag, juli 1995.
- Baan, M.J.M.L. *Voeding in de bedrijfsgezondheidszorg; een inventarisatie en behoefte-onderzoek onder bedrijfsartsen en bedrijfsverpleegkundigen*. Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Den Haag, december 1995.
- Classen, A.C.C. *Voedingsvoorlichting in (een) bedrijf*. GGD West-Veluwe/Vallei, Ede, 1990.
- Hoeksma, E.H. *Wat is het effect van voedingsvoorlichting in een bedrijf: evaluatie-onderzoek van een GVO-programma*. Amsterdamse bedrijfsartsen opleiding Corvu, 1989.
- Knibbe, N.E., Buitendijk, I., Kemper, H.C.G. Eten wat de klok schaft? Biedt de voeding een mogelijkheid tot preventie van gastro-intestinale klachten

bij ploegendienstwerkers. *Ned. Tijdschr. Diëtisten*, 1993; 6: 126-9.

- Oosten, H.M. van. *Wegrestaurants, aanbevelingen en richtlijnen voor een goed menu en de organisatie van wegrestaurants*. Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Den Haag, 1994.
- Janssen, M. Vries, O. de, Blauw Y. Voedingsgewoonten van chauffeurs langs de weg. *Voeding en Voorlichting*, 1993; 11: 6-7.
- Weerdt, I. de. e.a. *GVO in de arbeidssituatie: overzicht van activiteiten en effecten*. Landelijk Centrum GVO, Utrecht, mei 1991.

NOC*NSF, SEKTOR SPORT EN GEZONDHEID

Door A.W.A.M. van der Velden en H.A.M. Oude Vrielink

*NOC*NCF houdt zich bezig met Active Living gezondheidsprogramma's. Active Living houdt een gezonde leefstijl in, met als uitgangspunt sportief bewegen. Active Living wordt ook in relatie gebracht met andere gezondheidsbevorderende- en risicofactoren zoals voeding, rookgedrag, alcoholconsumptie en stressreacties.*

*Active Living is een concept dat oorspronkelijk afkomstig is uit Canada. In Nederland werkte het toenmalig Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid (tegenwoordig NOC*NSF, sector Sport en Gezondheid) het Active Living concept uit voor de Nederlandse situatie. Active Living kan gezien worden als een geïntegreerd programma gericht op de verbetering van de leefstijl.*

Een paar kenmerken van een Active Living programma zijn:

- Het bewegen binnen het Active Living programma kan allerlei vormen van lichamelijke activiteit inhouden, zoals sporten, wandelen, maar ook bijvoorbeeld tuinieren en dansen. Daarnaast dient het bewegen onderdeel uit te maken van het dagelijks leefpatroon.
- Het begrip Active Living heeft niet alleen te maken met de uitvoering van bewegingsactiviteiten, maar ook met de bereidheid om gezondheidsbevorderende maatregelen in het dagelijks leefpatroon in te passen. In feite is het streven gericht op een blijvende leefstijlverandering.
- De Active Living gezondheidsprogramma's zijn vooral gericht op inactieve werknemers, met de bedoeling een gezonde leefstijl te bevorderen. Ter bepaling van de beginsituatie worden de deelnemers getest op fitheids- en gezondheidsparameters. Ook kan een psychologische test gericht op de werkbeleving afgenomen worden. Hierop aansluitend vindt individuele en bedrijfsadvisering plaats.
- De basis van het Active Living interventie-programma wordt gevormd door het persoonlijk logboek en periodieke begeleiding door de consulent Active Living. Wanneer bij de deelnemers een grote behoefte is om bewegingsprogramma's te volgen, is de mogelijkheid aanwezig om deze aan te bieden.

Mede afhankelijk van de project-doelstellingen van het bedrijf, worden specifieke cursussen verzorgd op het gebied van voeding, ergonomie, omgaan met stress, roken en alcoholgebruik.

Het effect van een Active Living programma op het ziekteverzuim

Om te achterhalen of Active Living resulteert in een positief effect op het ziekteverzuim en om na te gaan wat deelname aan het programma financieel oplevert voor het bedrijf, is een onderzoek uitgevoerd bij een productiebedrijf waar Active Living in 1993 is ingevoerd. Het interventiepakket bestond uit halfjaarlijkse fitheids- en gezondheidstesten en begeleiding met behulp van logboek en consulent.

Wat waren de resultaten van het Active Living Programma?

Tussen Active Living deelnemers en niet-deelnemers bestond geen verschil in meldingsfrequentie wat betreft ziekteverzuim. Het Active Living programma blijkt wél een positieve invloed te hebben op het verzuimpercentage. Bij de deelnemers is sprake van een daling van 7,2 naar 3,9 procent. Dit in tegenstelling tot de stijging bij de niet-deelnemers van 6,2 naar 7,3 procent. Hieruit blijkt dat de deelnemers korter verzuimen dan niet-deelnemers. Dit effect is voornamelijk bij de jonge deelnemers waar te nemen.

Het effect van Active Living op de verzuimkosten is bepaald aan de hand van een kosten-batenanalyse voor het gehele bedrijf. Voor het gehele bedrijf zijn de verzuimkosten vanaf 1993 gedaald. Mede als gevolg van de invoering van de Wet TZ en de nieuwe Arbowet per 1 januari 1994 blijken zowel de totale verzuimkosten als de verzuimkosten per werknemer af te nemen. Omdat het verzuimpercentage bij de deelnemers lager is in vergelijking met het gemiddelde van het bedrijf, kan gesteld worden dat het Active Living programma een positieve invloed heeft op deze verzuimkosten.

Literatuur

- Lourijzen, E. en Wortel, E. (1994). *Toekomst voor leefstijlprogramma's op de werkplek?* Arbeidsomstandigheden, 1, 7-10.
- Velden, A.W.A.M. van der (1995). *De economische effecten van een gezondheidsbevorderend programma*. Maastricht: Doctoraalscriptie in het kader van de studie Beleid en Beheer.
- Weerdt, I. de (1990). *Gezonde leefstijl bevorderen via de arbeidssituatie*. Tijdschrift gezondheidsvoorlichting, 6, 6-8.

- Weerdt, I. de, Burg, A. van, Wieberink, L. en Jonkers, R. (1991) *GVO in de arbeidssituatie: overzicht van activiteiten en effecten*. Utrecht: Landelijk Centrum GVO.
- Willemsen, M., Vasse, R. en de Vries, H. (1993). *Gezondheidsbevordering in de arbeidssituatie*. In: Damoiseaux, V., Molen, H.T. van der en Kok, G.J. (eds).

STICHTING PANDORA, ARBEID EN GEZONDHEIDSBEVORDERING

Door R. Ketelaar, beleidsmedewerker Stichting Pandora

Stichting Pandora houdt zich vanaf 1964 bezig met het verbeteren van de maatschappelijke positie van (ex-)cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De stichting geeft voorlichting waarbij altijd het perspectief van (ex-)cliënten uitgangspunt is.

Daarnaast houdt Pandora zich bezig met beleidsbeïnvloeding. De stichting reageert gevraagd en ongevraagd op beleidsvoorstellen van de overheid en instellingen. Soms heeft beleidsbeïnvloeding voorlichtende aspecten, bijvoorbeeld in de vele contacten met de media en in rapportages als Maatwerk. In dit rapport wordt aandacht gevraagd voor de in de GGZ (nog steeds) voorkomende knelpunten.

Tenslotte is de Stichting Pandora initiatiefnemer van het Breed Platform Verzekeringen (BPV). In het BPV bundelen twaalf organisaties van (chronisch) zieken hun krachten op het terrein van verzekeringen, arbeid en arbeidsongeschiktheid. Ook het BPV heeft een voorlichtende en beleidsbeïnvloedende rol.

Visie op leefstijl

Vanuit haar belangrijkste doelstelling bestrijkt de Stichting Pandora het brede terrein van de geestelijke gezondheid(szorg) en maatschappelijke integratie, gezien vanuit de ervaringen van (ex-)cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. In de voorlichting komt dit tot uiting in een combinatie tussen harde, feitelijke informatie (bijvoorbeeld: rechtspositie in de GGZ) en zachte, subjectieve informatie (bijvoorbeeld: op welke manier wordt tegemoet gekomen aan (wettelijk verankerde) rechten?). De doelgroepen van de Stichting Pandora zijn divers. Het gaat onder andere om (ex)cliënten in de GGZ, GGZ-hulpverleners, andere hulpverleners, hulpverleners in opleiding, beleidsmakers en het 'algemeen publiek'.

Wat betreft de arbeidssituatie rekent de stichting onder andere werkgevers, keuringsartsen, arbeidsdeskundigen, sociaal verzekeringsgeneeskundigen, personeelsfunctionarissen en medewerkers van arbodiensten tot haar doelgroepen.

Elke 'interventie' van Stichting Pandora is gericht op leefstijl en leefstijlbevordering. De ene keer kan het gaan om mondelinge of schriftelijke informatie, die (ex-)cliënten weerbaarder maakt en zo zorgt dat zij beter voor zichzelf op

kunnen komen. De volgende keer gaat het om het zichtbaar maken van de problemen, die mensen ondervinden als zij ooit met de geestelijke gezondheidszorg in aanraking zijn geweest. Ook probeert Pandora de maatschappelijke acceptatie te verbeteren door te laten zien dat psychische problemen en daaruit voortvloeiend gedrag een onderdeel zijn van onze samenleving. Tenslotte laat Pandora zien welke consequenties voorgenomen beleid heeft of kan hebben voor een kwetsbare groep.

Leefstijlbevordering is, kort samengevat, een logisch uitvloeisel van de doelstelling van de Stichting Pandora.

Preventie

We leven in een samenleving die, vanwege een grote complexiteit, veel negatieve invloeden heeft op de geestelijke gezondheid. Een voorbeeld: economische ontwikkelingen leiden (en hebben geleid) bijvoorbeeld tot uitstoot uit het arbeidsproces. Niet alleen de uitstoot levert voor de vele ontslagen werknemers psychische problemen op, ook de 'achterblijvers' op de werkplek worden erdoor geraakt. Van hen wordt vaak een grotere produktie verwacht, de werkdruk neemt soms geweldig toe.

Aan de andere kant hebben we te maken met een van individu tot individu verschillende 'psychische belastbaarheid'. Waar de een ogenschijnlijk fluitend overheen stapt, ervaart een ander een onaanvaardbare, ziekmakende druk. Preventie heeft alleen zin als de omgevingsfactoren de genomen preventieve maatregelen ondersteunen. Op het terrein van geestelijke gezondheid is daarvan te weinig sprake; preventie is er vooral op gericht om mensen 'uit te rusten voor hun taak', zonder dat wordt stilgestaan bij de vraag hoe acceptabel die taak nog is.

Werk en gezondheidsbevordering

Het hebben van betaald werk heeft een aantal positieve aspecten. Het verleent een zekere economische basis, het geeft 'status' en vaak een 'goed gevoel'. Daar tegenover staat de trend dat werkenden steeds zwaarder belast raken. Velen ervaren in en rond hun werk invloed op hun psychisch welzijn. Stress is waarschijnlijk de bekendste klacht van werknemers.

Stress als verzamelnaam voor hoge werkdruk, slecht functionerende organisaties, gebrek aan begeleiding, bedrijfsreorganisaties en -sluitingen, structureel overwerk, niet-loyale collega's en veel meer ellende. Stichting Pandora is van mening dat gezondheidsbevordering op het werk erop gericht moet zijn om uitval te voorkomen. Het bespreekbaar maken van de ervaringen van werknemers is het uitgangspunt. De arbeidssituatie verschilt daarin feitelijk niet van enige andere situatie.

Arbeidsongeschiktheid om psychische redenen

Arbeidsongeschiktheid om psychische redenen heeft - mogelijk zelfs in toenevende mate - een zeer negatieve connotatie. Toch heeft vrijwel elke Nederlander wel eens met psychische problemen te maken (gehad). Iedereen heeft of zelf of in de nabije omgeving wel eens ervaren wat het is om deskundige hulp te moeten zoeken. Het gaat om het herkennen en erkennen van psychische problemen. Als herkenning en erkenning hebben plaatsgevonden, kunnen verschillende wegen bewandeld worden om de negatieve gevolgen weg te nemen. Die kunnen variëren van praten over de problemen en hun (vermoedelijke) oorzaken via gas terugnemen/rust nemen, ontspannende activiteiten ontplooiën tot het zoeken van, al dan niet professionele, hulp.

In de arbeidssituatie ligt het daarbij voor de hand dat bedrijven en instellingen faciliteiten ter beschikking hebben om te voorkomen dat mensen langdurig arbeidsongeschikt raken om psychische redenen. De aard van de faciliteiten kan van organisatie tot organisatie verschillen. Te denken valt aan ontspanningsmogelijkheden, open communicatie in overlegsituaties, maatschappelijk werk en het bevorderen van collegialiteit.

Aparte aandacht moet worden besteed aan werkaanpassingen voor mensen die overbelast dreigen te raken of voor mensen die kortere of langere tijd om psychische redenen uit het arbeidsproces zijn geraakt. Het realiseren van werkaanpassingen is vaak veel eenvoudiger dan men in eerste instantie verwacht. Het kan gaan om aanpassing van werkzaamheden, het bieden van ruimere pauzes of aangepaste werktijden, om nadrukkelijker overleg en begeleiding en bijvoorbeeld (na een langdurige arbeidsongeschiktheid) om het op therapeutische basis weer opbouwen van werkritme. Bij het bepalen van de wenselijke werkaanpassingen kan overleg en samenwerking met verschillende disciplines (zoals arbeidsdeskundige en bedrijfsmaatschappelijk werkende) leiden tot een 'arbeidsplek op maat'.

Tot slot

Natuurlijk is Stichting Pandora er veel aan gelegen om haar primaire doelgroep, (ex-)cliënten in de GGZ, zo klein mogelijk te maken en te houden. Gezondheidsbevordering op de werkplek kan daarbij een voorname rol spelen. Dat alles kan echter niet wegnemen dat het treurig gesteld is met de kansen op de arbeidsmarkt als je in aanraking bent (geweest) met de geestelijke gezondheidszorg. Stichting Pandora zal waar mogelijk haar steentje bijdragen aan gezondheidsbevordering op de werkplek, maar de eerste zorg blijft het verbeteren van de positie van een groep mensen die maar moeilijk aan een werkplek kunnen komen.

Literatuur

- *Luistert u nog wel eens naar uzelf?*, een brochure over wat u (niet) moet doen bij psychische klachten, Stichting Pandora, januari 1995.
- *Zelfs de bezigste bever bijt weleens op z'n nagels*, een gids voor het behouden van werk bij psychische problemen, Stichting Pandora, december 1994.
- *Zelfs na de langste winterslaap doet een beer nog wel eens een dutje*, brochure over (arbeids)reïntegratie, Stichting Pandora, 1996.
- *Maatwerk, knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg*, Stichting Pandora, mei 1995
- *Wie dit leest is gek*, leerlingenbrochure en docentenhandleiding, Stichting Pandora, 1994.
- Uit het leven gegrepen, *5 documentaire films over mensen met psychische problemen*: Wim (de vlucht naar zee), Eddy (eindeloze eeuwigheid), Pythia (de vuurproef), Toos (het overkomt je) en Levenslied, Pandora Productie, 1992, regie: Froukje Bos. Levenslied duurt 90 minuten, de andere 4 documentaires elk 50 minuten.
- *Knipselkrant Psychiatrie en Maatschappij*, verschijnt 10x per jaar, Stichting Pandora.
- *Wegwijs in de geestelijke gezondheidszorg*, een praktische gids voor patiënten en hun omgeving, Uitgeverij Kosmos, Utrecht, 1992, ISBN 90 215 1863 5.
- *Omgaan met verandering*, eerste researchverslag in het kader van het project Beyond Profit: welvaart en winst, een heroverweging, over omgaan met verandering, de invloed van de economie op de samenleving en de rol van het (top)management, research: Froukje Bos, Stichting Pandora, 1995.

VROUWEN, GEZONDHEID EN WERK

Door E. Offers

Ellen Offers is als universitair docent werkzaam bij de Interfacultaire Werkgroep Emancipatievraagstukken Vrouwenstudies van de Rijksuniversiteit Groningen. Samen met Annelies Jorna schreef zij onder andere het boek 'Jonge vrouwen werken aan hun toekomst'.

In 1993 was het ziekteverzuim van vrouwen 8,3% en dat van mannen 7,2% ¹⁾ Het relatief hoge ziekteverzuim van vrouwen wordt vaak geweten aan hun conditie of aan de houding van vrouwen ten aanzien van hun werk. Vrouwen zouden bijvoorbeeld minder stressbestendig zijn dan mannen en hun kinderen belangrijker vinden dan hun werk. Het één leidt tot sneller ziek worden, het ander tot zich sneller ziekmelden. Ellen Offers stelt dit toeschrijven van het relatief hoge ziekteverzuim aan kenmerken van vrouwen ter discussie.

Uitgangspunt van haar betoog is de relatie tussen de gezondheid van werknemers en de kwaliteit van hun arbeid. In verschillende onderzoeken is aangetoond dat naarmate de kwaliteit van de arbeid beter is, het ziekteverzuim en afkeuringspercentage lager is (zie bijvoorbeeld Vaas/Mossink 1995).

In dit kader stelt Offers twee zaken aan de orde. In de eerste plaats vraagt zij zich af of het begrip 'kwaliteit van de arbeid' een sekseneutraal begrip is, of dat er voor vrouwen andere of extra eisen aan arbeid gesteld moeten worden dan aan mannen. Ook stelt ze de vraag of het relatief hoge ziekteverzuim van vrouwen veroorzaakt wordt door het feit dat vrouwen te vinden zijn in banen met een slechtere kwaliteit dan mannen. Op de eerste vraag is het antwoord ontkennend. Op de tweede is het antwoord echter bevestigend, en dat verklaart op een plausibele manier het relatief hoge ziekteverzuim van vrouwen. Offers besluit met de vraag welke maatregelen getroffen zouden kunnen worden ten behoeve van een gezonde werkplek voor vrouwen.

1) Deze cijfers zijn exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof. Bron: tabel 4.1.1, Ctsv, november 1995.



Kwaliteit van de arbeid en sekse

Aan het begrip 'kwaliteit van de arbeid' onderscheiden we in het algemeen vier aspecten: beloning, werkzekerheid, kwalificatie en belasting. Van deze vier aspecten wordt met name de relatie van kwalificatie en belasting met de gezondheid van werknemers erkend (Vaas/Mossink 1995). Indirect, via de criteria kwalificatie en belasting, kan echter ook werkzekerheid een belangrijke invloed hebben op de gezondheid. Hoewel van beloning een sterk motiverende werking kan uitgaan, wat wellicht ziekte(verzuim) vermindert, is de relatie tussen beloning en gezondheid van werknemers minder duidelijk. Wat betreft de bespreking van het begrip kwaliteit van de arbeid beperk ik me daarom tot de aspecten kwalificatie, belasting en waar relevant werkzekerheid.

Bij het aspect 'kwalificatie' als criterium voor het beoordelen van de kwaliteit van de arbeid gaat het om de mogelijkheden tot het benutten en ontwikkelen van kennis en vaardigheden in de arbeidssituatie. Een belangrijke voorwaarde voor de aanwezigheid van kwalificatiemogelijkheden is de mate waarin er binnen de functie een beroep gedaan wordt op verschillende kwalificaties, zoals op kwalificaties voor het uitoefenen van de primaire arbeidstaak, communicatieve vaardigheden en kennis en vaardigheden voor het nemen van meer organisatorische beslissingen (Christis 1991). ²⁾

De mogelijkheden tot het benutten en ontwikkelen van kwalificaties kunnen in de eerste plaats gelokaliseerd worden in de taken die werknemers in hun huidige functie verrichten. Omdat een werknemer zich ontwikkelt zullen echter na verloop van tijd de kwalificatiemogelijkheden afnemen; de werknemer zal een steeds groter deel van zijn of haar werk routinematig uitvoeren. Het is daarom belangrijk dat er in de arbeidsorganisatie (of daarbuiten) mogelijkheden zijn om door te stromen naar een andere functie met een hoger kwalificatieniveau, of waarin een beroep gedaan wordt op andere kwalificaties. In dit kader is het tevens van belang dat er bij de (toekomstige) functie passende opleidingsmogelijkheden aanwezig zijn (Jorna/Offers 1994).

De relatie van het aspect 'werkzekerheid' met de kwalificatiemogelijkheden in een functie is tweërlei. Enerzijds wordt er in functies met geringe kwalificatiemogelijkheden vaker gebruik gemaakt van tijdelijk personeel. Geringe kwalificatiemogelijkheden gaan namelijk vaak samen met lage kwalificatie-eisen voor de functie. Hierdoor is de inwisselbaarheid van personeel groot, waardoor een grote mate van externe flexibiliteit mogelijk is. Tevens hebben tijdelijke medewerkers in veel arbeidsorganisaties minder opleidings- en interne doorstroommogelijkheden dan vast personeel. Voor personeel dat niet in dienst is van de

2) Dit wordt de volledigheid van een functie genoemd (Christis 1991). Naast de aard van de te gebruiken kwalificaties dient er in de functie sprake te zijn van een evenwichtige verdeling wat betreft het niveau van de taken. Dit ter voorkoming van psychische klachten, die zowel het gevolg kunnen zijn van een teveel aan moeilijke (overbelasting) als een teveel aan makkelijke taken (onderbelasting). Het is hierom dat in de arbeidsomstandighedenwet gesteld wordt dat monotone, routinematige (vaak kortcyclische) arbeid vermeden moet worden (Arbowet artikel 3, lid h).

organisatie, bijvoorbeeld uitzendkrachten, geldt dit in versterkte mate. Bij het definiëren van criteria voor het beoordelen van de kwaliteit van de arbeid wordt uitgegaan van de belangen van werknemers. Het criterium kwalificatie komt van oorsprong voort uit het belang dat het arbeidsvermogen van de werknemer z'n waarde behoudt of in waarde toeneemt. Sinds de jaren zestig is daaraan de wens van werknemers zich te ontplooien toegevoegd. Is er gezien deze belangen een verschil tussen vrouwen en mannen wat betreft de eisen die aan de kwalificatiemogelijkheden in hun arbeidssituatie gesteld kunnen worden? Vanuit de algemeen aanvaarde opvatting dat zowel vrouwen als mannen toegang moeten kunnen hebben tot een betaalde beroepsloopbaan ³⁾ durf ik te stellen van niet. Voor zowel vrouwen als mannen zijn een goede positie op de arbeidsmarkt en optimale ontplooiingsmogelijkheden van belang.

Balansproblemen

Het aspect 'belasting' kan voor een belangrijk deel als de aanwezigheid van balansproblemen gedefinieerd worden (Christis 1988, 1989). Het gaat hier om de verenigbaarheid van de problemen die iemand in de werksituatie tegenkomt (regelvereisten) en de organisatorische mogelijkheden om die problemen op te lossen (regelmogelijkheden).⁴⁾ Een discrepantie tussen de regelvereisten en -mogelijkheden kan zowel leiden tot fysieke als tot psychische overbelasting.

Balansproblemen kunnen in de eerste plaats voorkomen bij de uitvoering van arbeidstaken, bijvoorbeeld als een werknemer in zijn of haar werk geconfronteerd wordt met bepaalde storingen, maar onvoldoende mogelijkheden heeft deze op te lossen. Daarnaast kunnen balansproblemen voortkomen uit de interactieverhoudingen op de werkplek en uit de mate waarin de arbeidstaken afgestemd zijn op het leven buiten de betaalde arbeid (Christis 1989). Het zijn met name deze terreinen waaruit verschillen tussen (groepen van) werknemers naar voren komen.

De interactieverhoudingen op de werkplek kunnen werknemers voor balansproblemen plaatsen als ze geconfronteerd worden met onredelijk of discrimi-

3) Deze opvattingen zijn in Nederland - onder invloed van de groeiende welvaart, democratiseringsbewegingen en veranderde sekseverhoudingen in de jaren vijftig/zestig, langzamerhand gemeengoed geworden. Daarvoor heerste de opvatting dat een betaalde beroepsloopbaan voor vrouwen niet nastrevenswaardig was. De inhoud van het werk werd daarom van ondergeschikt belang gevonden (zie bijvoorbeeld Jorna/Offers, 1994). In het overheidsbeleid komt dit tot uitdrukking in de nadruk die gelegd wordt op het vergroten van de arbeidsparticipatie van vrouwen (zie bijvoorbeeld Emancipatiebeleid... 1995). Arbeidsparticipatie wordt beschouwd als een voorwaarde voor emancipatie, zowel door de financiële zelfstandigheid die erdoor verkregen wordt, als door de invloed die ermee verworven wordt in het publieke domein en in de privésituatie.

4) Het gaat hier uitdrukkelijk niet om individuele kenmerken van mensen, maar om kenmerken van de organisatie van het werk, inclusief de onbetaalde arbeid in de privésfeer.

nerend gedrag van leidinggevers en/of collega's, terwijl ze daar onvoldoende tegen in het geweer kunnen komen. Het risico op dit soort balansproblemen wordt beïnvloed door de formele positie van de werknemer in de organisatie. Voor iemand met een tijdelijke aanstelling is het bijvoorbeeld riskanter zich te verweren tegen onredelijke eisen van een leidinggevende dan voor een collega met een vast contract. Ook de getalsverhoudingen tussen verschillende groepen werknemers, bijvoorbeeld vrouwen en mannen, in de werksituatie kunnen de interactieverhoudingen beïnvloeden. Het hebben van collega's die op grond van hun achtergrondkenmerken of positie in een overeenkomstige positie verkeren, verhoogt de kans op medestanders in conflicten.⁵⁾

Tenslotte kunnen balansproblemen voortkomen uit discrepanties tussen de manier waarop de arbeid georganiseerd is en de manier waarop het leven buiten de arbeid georganiseerd is. In het algemeen zijn werktijden, de arbeidsduur en -intensiteit afgestemd op werknemers die thuis verzorgd worden. Dit plaatst mensen die zichzelf en eventueel ook anderen verzorgen voor problemen (Christis 1988).

In principe is er geen verschil tussen vrouwen en mannen wat betreft het risico op balansproblemen. Zowel vrouwen als mannen kunnen te maken krijgen met problemen bij het uitvoeren van de arbeidstaak, in de interactieverhoudingen en bij de combinatie van betaald werk met taken in de privésfeer. In de praktijk verschilt echter de positie van vrouwen op de arbeidsmarkt van die van mannen en zijn vrouwen vaker verantwoordelijk voor taken in de privésfeer. Vrouwen werken gemiddeld in lagere functies dan mannen en bezetten veelal functies met een geringere werkzekerheid (zie ook de volgende paragraaf). Hierdoor is hun positie in de interactieverhoudingen vaak zwakker dan die van mannen, waardoor het risico op balansproblemen groter is. Ook het feit dat er in de organisatie van de arbeid vaak weinig rekening wordt gehouden met de eisen die het privéleven aan werknemers stelt valt in de praktijk vooral nadelig uit voor vrouwen. Gewijzigde sekseverhoudingen en het toenemende aantal alleenstaanden leiden er echter toe, dat ook steeds meer mannen hierdoor balansproblemen ondervinden.

De OECD (1991) beveelt in dit kader aan meer rekening te houden met de zorgtaken van werknemers en ook minister Melkert besteedt in de nieuwe Arbeidstijdenwet expliciet aandacht aan de mogelijkheden die werknemers, ongeacht hun geslacht, moeten hebben voor het verrichten van zorgtaken in de privésfeer. Dat steeds meer mannen geconfronteerd worden met problemen bij het combineren van een betaalde baan en zorgtaken in de privésfeer blijkt ook uit een toenemende roep van hun kant om faciliteiten die dit mogelijk maken.⁶⁾

5) Seksuele intimidatie kan als balansprobleem, voortkomend uit de interactieverhoudingen op de werkplek, gedefinieerd worden. Sinds 1 oktober 1994 is in de Arbowet een bepaling opgenomen die werkgevers verplicht hun werknemers zoveel mogelijk te beschermen tegen seksuele intimidatie en de nadelige gevolgen ervan.

Fysieke en psychische overbelasting zijn niet altijd een gevolg van balansproblemen. In sommige arbeidssituaties is door de aard van de werkzaamheden sprake van veiligheids- en gezondheidsrisico's, bijvoorbeeld bij het werken met gevaarlijke stoffen of op plaatsen waar het risico op lichamelijk letsel groot is. Hoewel de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) in een uitgebreide regelgeving voorziet, die aangeeft welk risico aanvaardbaar is, kunnen dit soort omstandigheden een behoorlijke belasting vormen.⁷⁾ Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het werken in een lawaaierige omgeving, het veelvuldig tillen van de maximaal toegestane gewichten en onaangename temperaturen. Naast de puur belastende aspecten van deze omstandigheden kan de dreiging van gevaar in arbeidssituaties extra stress opleveren, bijvoorbeeld als een kleine fout grote gevolgen kan hebben of als er in de werksituatie een grote kans is op confrontaties met agressieve mensen.

Gemiddeld zijn vrouwen fysiek minder sterk dan mannen. Fysiek belastend werk zou daarom vaker gezondheidsproblemen kunnen opleveren voor vrouwen dan voor mannen. In de regelgeving op dit terrein (Arbowet, Besluit Fysieke Belasting)⁸⁾ worden echter geen aparte normen gesteld voor vrouwen en mannen, maar ondervangt men het probleem van verschillende fysieke belastbaarheid door de algemene bepaling dat iemand geen gezondheidsproblemen mag ondervinden als gevolg van het werk.⁹⁾

Als het werk wel risico's voor de gezondheid oplevert, zal de werkgever hieraan iets moeten doen door middel van het aanpassen van het werk of het beschikbaar stellen van hulpmiddelen. Bij goed werkgeverschap zal hierdoor dus geen ziekteverzuim ontstaan. Wel is er aparte regelgeving voor zwangere werkneemsters: Besluit Zwangere Werkneemsters. Werkzaamheden die geen of aanvaarde risico's inhouden voor een gewone werknemer, kunnen wel gevaarlijk zijn voor een foetus, bijvoorbeeld het werken met teratogene stoffen of met grote stralingsrisico's. In het besluit zijn tevens normen opgenomen voor fysieke belasting. Indien een werkneemster door zwangerschap bepaalde werkzaamheden niet kan verrichten is de werkgever verplicht tijdelijk vervangende werkzaamheden aan te bieden. Ook hierdoor wordt dus ziekteverzuim voorkomen.

6) In 1993 vond bijvoorbeeld het Noordelijk Openbaar Debat 'Over mannen, werken en zorgen' plaats.

7) De Arbowet en de hierop berustende veiligheidsbesluiten en de Arbeidswet 1919 en de hierop berustende arbeidsbesluiten.

8) Op dit moment (januari 1996) ontbreken overigens de zogenaamde P-bladen, die beleidsregels bevatten voor de uitvoering van het besluit Fysieke Belasting.

9) Achterliggende gedachte bij het niet stellen van aparte normen voor vrouwen en mannen is dat zowel voor een bepaald percentage vrouwen als voor een (waarschijnlijk lager) percentage mannen de gestelde normen te hoog zullen zijn. De wijze waarop het besluit nu geformuleerd is, verplicht dus de werkgever maatregelen te nemen, onafhankelijk van of het een man of een vrouw betreft. Wel stelt de wetgever in dit kader dat aandacht voor vrouwen nodig is.

Op basis van het voorgaande kunnen we concluderen dat er in principe geen andere kwaliteitseisen voor vrouwen gesteld hoeven te worden aan betaalde arbeid dan voor mannen. Blijft de vraag waar het relatief hoge ziekteverzuim van vrouwen door veroorzaakt wordt. In het voorgaande kwamen reeds enkele verwijzingen naar de positie van vrouwen in betaalde en onbetaalde arbeid voor. In de volgende paragraaf bekijk ik meer systematisch in hoeverre deze positie verschilt van die van mannen en of deze verschillen het verschil in ziekteverzuim kunnen verklaren.

Sekse-segregatie en kwaliteit van de arbeid

In deze paragraaf ga ik achtereenvolgens in op de seksspecifieke segregatie van de arbeidsmarkt, de werkzekerheid van vrouwen en mannen en de verdeling van betaalde en onbetaalde arbeid tussen de seksen. Centraal staat de relatie die de positie van vrouwen heeft met de kwaliteit van hun arbeid.¹⁰⁾ Het verschijnsel dat bepaalde delen van de arbeidsmarkt getalsmatig gedomineerd worden door mannen en andere delen door vrouwen wordt seksspecifieke segregatie genoemd. Hierbinnen wordt onderscheid gemaakt tussen horizontale segregatie en verticale segregatie. Horizontale sekse-segregatie komt tot uitdrukking in de segregatie naar sector of beroep. Ik beperk me hier tot de verdeling over bedrijfs- en beroepstakken.

Verdeling van mannen en vrouwen over bedrijfs- en beroepstakken, 1993, in %

bedrijfstak	M	V	beroepstak	M	V
landbouw en visserij	77	33	wetenschappelijke e.a. vakspecialisten, kunstenaars	58	42
delfstoffenwinning	100	-	beleidvoerende en hogere leidinggevende functies	86	14
industrie	81	19	administratieve functies	42	58
openbare nutsbedrijven	86	14	commerciële functies	59	41
bouwnijverheid/ installatie bedrijven	94	6	dienstverlenende functies	35	65
handel/hotel/restaurantwezen en reparatiebedrijven	59	41	agrarische beroepen, vissers e.d.	80	20
transport/opslag/ communicatiebedrijven	80	20	ambachts/industrie/ transport beroepen e.d.	92	8
bank/verzekeringswezen en zakelijke dienstverlening	63	37	militairen	99	-
overige dienstverlening	46	54			
totaal	64	36	totaal	64	36

Bron: Enquête Beroepsbevolking 1993, tabel 28 (CBS 1994)

Hoewel de tabel op pagina 89 zeer globale gegevens bevat en de segregatie binnen bedrijfs- en beroepstakken er niet zichtbaar mee gemaakt kan worden, blijkt er wel uit dat de seksen niet evenredig vertegenwoordigd zijn in de verschillende sectoren en beroepen.¹¹⁾ Vrouwen zijn oververtegenwoordigd in de overige dienstverlening, waar bijvoorbeeld de gezondheidszorg, het welzijnswerk, het onderwijs en de overheid onder vallen, en in de handel en horeca. Bij de beroepen blijken vrouwen vooral te vinden te zijn in wetenschappelijke en specialistische (vooral de (para)medische beroepen en het onderwijs), dienstverlenende (huishoudelijke, schoonmaak en verzorgende functies), commerciële (vooral winkelbedienden en verkopers) en administratieve functies.

Een eenduidige uitspraak over de kwaliteit van de arbeid in de sectoren of beroepen waar vrouwen oververtegenwoordigd zijn kan ik op basis van deze globale gegevens niet geven. Wel blijkt uit cijfers van het College van Toezicht Sociale Verzekeringen (1995) dat in de niet-commerciële dienstverlening, waaronder de gezondheidszorg en het overheidsapparaat vallen, het ziekteverzuim relatief hoog is (in 1993 9,9%, wat 2,3% hoger is dan het gemiddelde van 7,6%). Aangezien ongeveer de helft van het aantal werkzame vrouwen in deze sector werkt zal dit het gemiddelde ziekteverzuimcijfer van vrouwen zeker in negatieve zin beïnvloeden (CBS 1994).

Uit de tabel blijkt tevens dat vrouwen ondervertegenwoordigd zijn in beleidsvoerende en hogere leidinggevende functies. Ondanks dat het opleidings- en ambitieniveau van vrouwen sterk gestegen is, lukt het vrouwen nog maar spaarzaam door te dringen tot hogere functies.¹²⁾ Deze ondervertegenwoordiging van vrouwen op hogere functieniveaus en oververtegenwoordiging in de lagere regionen van de arbeidsmarkt wordt verticale seksesegregatie genoemd. Het is waarschijnlijk dat ook deze verticale seksesegregatie het ziekteverzuim van vrouwen negatief beïnvloedt. In lagere functies is veelal sprake van minder autonomie, waardoor de regelmogelijkheden beperkter zijn, en het risico van balansproblemen groter. Daarmee samenhangend zijn er in lagere functies vaak minder kwalificatiemogelijkheden. Onderbelasting die hierdoor optreedt heeft vaak een negatieve invloed op het probleemoplossend vermogen (Thijssen 1988) en verhoogt daardoor de kans op balansproblemen. Daarnaast kunnen door deze onderbelasting burn-out symptomen ontstaan. Eerder noemde ik al dat de positie in de organisatie invloed heeft op de mate waarin werkne-

10) Voor een uitgebreide verhandeling over de positie van vrouwen verwijs ik naar Hoofhiemstra/Niphuis-Nell (1993).

11) Tijdens spreekt van oververtegenwoordiging van vrouwen/mannen als het aandeel van vrouwen/mannen in een bepaald beroep/sector groter is dan het aantal vrouwen/mannen in de beroepsbevolking plus 15% (Tijdens 1989). Er is dus een oververtegenwoordiging van vrouwen als er meer dan 41% vrouwen werken, bij mannen ligt de grens bij 75%.

12) Het gemiddelde onderwijsniveau van jongens en meisjes die het onderwijs verlaten is nagenoeg gelijk (Niphuis-Nell, 1992).

mers het risico lopen geconfronteerd te worden met balansproblemen voortkomend uit de interactieverhoudingen. Bekend is bijvoorbeeld dat bij seksuele intimidatie de dader meestal iemand is met een hogere functie dan het slachtoffer.

In de vorige paragraaf werd duidelijk dat werkzekerheid, indirect, van invloed is op de kwaliteit van de arbeid. In 1993 had 12% van de vrouwen en 5% van de mannen in loondienst een flexibele arbeidsrelatie, dat wil zeggen een dienstverband waarin geen vaste arbeidsduur is overeengekomen (afroepcontracten, nul-urencontracten en dergelijke) en/of waarin een arbeidscontract van korter dan één jaar is afgesloten (bijvoorbeeld tijdelijke contracten, uitzendwerk) (CBS 1994). We zagen dat werknemers met een geringe werkzekerheid een groter risico hebben op balansproblemen bij de uitvoering van hun werk en in de interactieverhoudingen. Ook van de positie in de werkgelegenheidsverhoudingen blijkt dus een negatief effect uit te gaan op de kwaliteit van de arbeid van vrouwen.

Tenslotte de positie van vrouwen in de privésfeer. Hoewel vrouwen massaal de arbeidsmarkt betraden (in 1960 behoorde 23% van de vrouwen van 15 tot 65 jaar tot de beroepsbevolking, in 1993 47%)¹³⁾, is hun aandeel in de onbetaalde arbeid in de privésfeer nauwelijks verminderd. Vrouwen besteedden in 1990 ruim twee keer zoveel tijd aan huishoudelijke en gezinstaken dan mannen. Doordat vrouwen vaker parttime werken dan mannen, verschilt echter het totaal aantal betaald en onbetaald gewerkte uren van vrouwen en mannen nauwelijks (SCP 1994). Ondanks deze - in uren gemeten - gelijke belasting van vrouwen en mannen, zal duidelijk zijn dat vrouwen wel vaker met afstemmingsproblemen te maken hebben dan mannen. Zij bewegen zich als het ware tussen de vereisten van twee werkkringen, een werkring binnens- en een buitenshuis. De kans dat ze balansproblemen tegenkomen is daardoor groter dan die van mannen.

Uit het voorgaande blijkt dat vrouwen en mannen niet evenredig over arbeidsmarktsectoren, beroepen en functieniveaus verdeeld zijn. Vrouwen werken hierdoor vaker in functies met geringe kwalificatiemogelijkheden en met een groter risico op onder- of overbelasting. De kwaliteit van de arbeid van vrouwen is hierdoor, gemiddeld genomen, slechter dan die van mannen. Dit wordt nog eens versterkt doordat ruim twee keer zoveel vrouwen als mannen een flexibele arbeidsrelatie hebben en vrouwen vaker dan mannen geconfronteerd worden met balansproblemen voortkomend uit de afstemming van de betaalde

13) De definities van de beroepsbevolking in de verschillende jaren verschillen iets van elkaar. In het cijfer van 1960 zijn alleen vrouwen meegerekend die geen onderwijs volgen of die meer dan 15 uur werken of voor werk beschikbaar zijn (CBS 1982). Het cijfer van 1993 bevat iedereen die 12 uur of meer werkt of beschikbaar is voor betaalde arbeid (CBS 1994).

baan op het privéleven. Deze verschillen tussen vrouwen en mannen en de systematische samenhang ervan met de kwaliteit van de arbeid, bieden een betere verklaring voor het relatief hoge ziekteverzuim van vrouwen dan de conditie van vrouwen of hun houding ten aanzien van werk. Tevens bieden ze betere aanknopingspunten voor beleid dat erop gericht is het ziekteverzuim (van vrouwen) te verminderen.

Een gezonde werkplek voor vrouwen

Ten behoeve van de gezondheid (c.q. de belangen) van vrouwen hoeven dus geen andere eisen aan de kwaliteit van de arbeid gesteld worden dan de kwaliteitseisen die normaliter gehanteerd worden. Echter, vrouwen bezetten veelal functies met een slechtere kwaliteit dan mannen en dat vormt een plausibele verklaring van het relatief hoge ziekteverzuim van vrouwen.

Beleid dat erop gericht is het ziekteverzuim van vrouwen te verminderen zou in dit licht twee, elkaar deels overlappende invalshoeken moeten hebben. In de eerste plaats zal een verbetering van de kwaliteit van de arbeid, inclusief werkzekerheid en afstemming van baan en privéleven in functies met een slechte kwaliteit leiden tot een daling van het ziekteverzuim, ook van vrouwen.

In de tweede plaats is aandacht voor de specifieke positie van vrouwen op de arbeidsmarkt van belang. Het gaat hier bijvoorbeeld om het bevorderen van de toegang van vrouwen tot de kwalitatief betere, vaak hogere functies; een kritische beschouwing van flexibilisering, met name in zogenaamde vrouwenfuncties; en het tegengaan van directe vormen van discriminatie, zoals seksuele intimidatie.

Tenslotte is het - overigens niet alleen voor vrouwen, maar ook voor mannen met zorgtaken - van belang faciliteiten te creëren voor het combineren van een betaalde baan met taken in de privésfeer. Hierbij is het met name belangrijk, dat werknemers die gebruikmaken van 'ouderschapsvoorzieningen', zoals ouderschapsverlof of een (tijdelijke) verkorting van de werkweek hiervan geen nadelige gevolgen van ondervinden in hun loopbaan.

Literatuur

- CBS (1982). *Arbeidskrachtentelling 1979 deel 1*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- CBS (1994). *Enquête Beroepsbevolking 1993*. Voorburg/Heerlen.
- Christis, J. (1988). Psychische arbeidsbelasting. In: *Gedrag en Organisatie*. Jrg.1, nr. 4, 55-72.
- Christis, J. (1989). Arbeidsprocesdiscussie en sociotechniek. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*. Jrg. 5, nr. 2, 43-59.

- Christis, Jac (1991). Socio-techniek en Arbo-wet: geestelijke gezondheid op de werkplek. In: Postgroep : onderweg naar nieuwe fabrieken en kantoren. Deventer: Kluwer, 151-173.
- Ctsv (College van toezicht sociale verzekeringen), *Ontwikkeling ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, 2e kwartaal 1995*. Zoetermeer, november 1995.
- *Emancipatiebeleid in uitvoering. Koersbepaling van het emancipatiebeleid na 1995* (november 1995). Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Hooghiemstra, B.T.J. & M. Niphuis-Nell (1993). *Sociale Atlas van de vrouw. Deel 2: Arbeid, inkomen en faciliteiten om werken en de zorg voor kinderen te combineren*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, VUGA.
- Jorna, Annelies & Ellen Offers (1994). *Jonge vrouwen werken aan hun toekomst. De invloed van de kwaliteit van de arbeid op de loopbaanontwikkeling van laaggeschoolde jonge vrouwen*. Amsterdam: SUA.
- Niphuis-Nell, M. (1992). *De emancipatie van meisjes en jonge vrouwen*. Den Haag: SCP/VUGA.
- OECD (1991). *Shaping Structural Change; the role of women*. Parijs.
- SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau) (1994). *Sociale en Culturele Verkenningen 1994*. Rijswijk.
- Thijssen, J.G.L. (1988). Het leren van de verouderde werknemer in veranderende organisaties. In: J.M. Pieters (red.), *Onderzoek naar leren en instructie in arbeidsorganisaties*. Enschede: Onderzoeksthmagroep Onderwijsleerprocessen.
- Tijdens, Kea (1989). *Automatisering en vrouwenarbeid: een studie over beroepssegregatie op de arbeidsmarkt in de administratieve beroepen en in het bankwezen*. Amsterdam: Van Arkel; Utrecht: Stichting Informatica Congressen.
- Vaas, S. & J.C.M. Mossink (1995). *De weba-methode. Deel 3: De aanpak van verbetering van organisatie en arbeid*. Alphen aan den Rijn/Zaventem: Samson.

WAT VALT ER TE LEREN VAN DE ARBEIDSPROBLEMEN VAN PSYCHIATRISCHE CLIËNTEN?

Door J. Zeelen

Dr. Jacques Zeelen (1951) is universitair hoofddocent bij de afdeling Andragogie van de Rijksuniversiteit Groningen. Hij is onderzoekscoördinator van het onderzoeksprogramma 'Rehabilitatievraagstukken in de geestelijke gezondheidszorg'. Samen met zijn collega Dr. Laurenz Veendrick is hij betrokken bij het onderzoeksproject van het GBW 'Preventie van werkstress door het bevorderen van de psychische gezondheid in de werksituatie'.

In deze bijdrage doet Jacques Zeelen suggesties voor de methodische aanpak van psychische werkdruk. De ervaringen met de arbeidsproblemen van mensen met psychiatrische problemen staan in zijn artikel centraal. Zeelen erkent dat het hierbij niet om een representatieve invalshoek gaat. Echter, hij gaat van de vooronderstelling uit dat de ervaringen met deze groep mensen inzichten kunnen opleveren voor een bredere groep werknemers die met psychische werkdruk worden geconfronteerd.

In eerste instantie gaat hij in op enkele veel voorkomende arbeidsproblemen van deze groep. Aan de orde komen: de sociale verhoudingen op het werk, de feedback op werkzaamheden, de invulling van arbeidstaken, copingstrategieën en afstemmingsproblemen tussen individuele kwalificaties en de vereisten vanuit de arbeidssituatie.

De methodische suggesties die Zeelen vervolgens doet hebben betrekking op drie domeinen: de begeleiding van de individuele werknemer, het aanbrengen van veranderingen in de arbeidssituatie en het ontwikkelen van netwerken.

Hij concludeert dat het bij de verdere uitwerking van manieren om de psychische werkdruk terug te dringen zou moeten gaan om een combinatie van individuerichte methoden en omgevingsgerichte strategieën.

Ook voor een bredere groep werknemers die met psychische werkdruk geconfronteerd worden zou wel eens de weg van individuerichte werkwijzen, zoals het leren omgaan met werk

stress en het veranderen van leefstijl te smal kunnen blijken te zijn. Om effectiever preventieve maatregelen te kunnen nemen moet meer aandacht worden besteed aan omgevingsgerichte strategieën.

Inleiding

Nederland is een uniek land. Dit heeft niet alleen betrekking op onze tulpen, dijken en schaatsevenementen. Ook als het gaat om hoe wij met het arbeidsvraagstuk omgaan, nemen wij internationaal gesproken een vrij opvallende positie in. In Nederland hebben we te maken met een bijzondere combinatie van twee verschijnselen: een hoge arbeidsproductiviteit en een lage arbeidsparticipatie per hoofd van de bevolking. In de discussie over de WAO wijst menigeen op de risico's van deze combinatie. Hierbij brengt men zowel financieel-economische argumenten (te weinig mensen verdienen het geld voor te veel improductieven), gezondheidsinhoudelijke argumenten (te hoog werktempo en andere belastende omstandigheden eisen hun tol) en maatschappelijke-politieke argumenten (vroegtijdige uitsluiting en verscherpte tweedeling) in stelling.

Extra aandacht gaat in deze discussie uit naar de sterke toename van mensen die vanwege psychische redenen in de WAO terecht komen. Eveneens wijst menigeen op de - ook in dit verband - kwetsbare positie van groepen als vrouwen, etnische minderheden en gehandicapten.

Vanwege deze discussie wordt gaandeweg meer gewerkt aan mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde problemen. Er gaat veel aandacht uit naar de ontwikkeling van (preventieve) werkwijzen om het ziekteverzuim terug te dringen. Hierbij worden programma's ontwikkeld op het gebied van het omgaan met werkstress en het veranderen van leefstijlen.

Daarnaast komt de herintegratie van de zojuist genoemde kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt meer in beeld. In het hele land doet men ervaringen op met allerlei vormen van arbeidsoriëntatie, toeleiding, herintreding en herintegratie.

De overal in ons land opgerichte arbodiensten spelen als het gaat om het terugdringen van het ziekteverzuim en de verbetering van arbeidsomstandigheden een belangrijke rol. Met name inzake het terugdringen van psychische werkdruk bestaat er bij deze arbodiensten een groeiende behoefte aan werkzame methodieken (GBW, 1996). In de praktijk blijkt steeds weer dat het omgaan met psychische werkdruk complexe oplossingen vraagt. Bij andere belastende factoren in arbeidssituaties, zoals lawaai en gevaarlijke stoffen, kunnen veelal via nauwkeurig te omschrijven materiële ingrepen of verscherping van

de voorschriften gezondheidsbevorderende initiatieven worden genomen. Bij psychische werkdruk ligt een en ander ingewikkelder. Daarbij gaat het om het psychisch disfunctioneren van mensen in relatie tot belastende arbeidstaken, arbeidsomstandigheden en arbeidsverhoudingen.

In deze bijdrage doe ik vanuit een specifieke invalshoek, te weten de ervaringen met de herintegratie van psychiatrische cliënten, enkele suggesties die voor de ontwikkeling van die nieuwe werkwijzen van belang kunnen zijn. Vanzelfsprekend is hier geen sprake van een representatieve invalshoek. De groep die in deze bijdrage centraal staat, vormt slechts een deel (10%) van de grote groep die vanwege psychische problemen arbeidsongeschikt zijn geworden. Daarnaast zijn het zeker niet allemaal mensen waarbij de arbeidssituatie de hoofdoorzaak vormt van hun psychische problematiek. Het gaat veelal om complexe samenhangen tussen psychische, sociale en biologische factoren. Desalniettemin ga ik hier van de vooronderstelling uit dat de ervaringen met de arbeidsproblemen van deze mensen vruchtbare inzichten kunnen opleveren voor de ontwikkeling van preventieve werkwijzen ten behoeve van een bredere groep werknemers. Juist vanwege hun grotere gevoeligheid zouden scherper sleutelkwesties betreffende de psychische problemen in de werksituatie in beeld kunnen komen. Anders gezegd: mensen met psychiatrische problemen zouden wel eens een goede neus kunnen hebben voor slechte arbeidsomstandigheden (Van Weeghel en Zeelen, 1990).

Mensen met een psychiatrische achtergrond

Voor een nadere plaatsbepaling is het van belang eerst even iets te zeggen over wie we het eigenlijk hebben als we spreken over psychiatrische cliënten (Swildens, 1995).

We hebben het dan bijvoorbeeld over Els Jansen. Zij is 29 jaar en is in dagbehandeling geweest bij een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Het was de eerste keer dat zij met de psychiatrie in aanraking kwam. Zij had problemen thuis en op het werk: slapeloosheid, paniek- en angstaanvallen.

Na verschillende therapieën en een periode van tien maanden in de ziektewet wil ze nu wel terug naar haar oude baan, op kantoor bij een verzekeringsmaatschappij. “Maar”, zo zegt ze, “dan niet meer op dezelfde afdeling.” Ze had namelijk een moeizame relatie met haar chef. Ze is bang dat ze elders in het bedrijf geen kans krijgt “omdat ze mij toch maar een lastig mens vinden”.

Wim van der Velden is een ander voorbeeld: hij is 36 jaar, werkt op een bank en heeft het op zichzelf naar z'n zin. Gemiddeld een keer per jaar heeft hij last van psychiatrische verschijnselen. Hij voelt dat goed aankomen, zodat een en ander niet escaleert. Hij heeft een goed contact met een psychiater van de RIAGG en veel steun van zijn vriendin. Behalve de personeelschef weet niemand dat hij een psychiatrisch verleden heeft. De laatste tijd gaat het iets min-

der. Hij meldt zich vaker ziek. Hij krijgt het steeds benauwder en hij vreest bij de verwachte reorganisatie op de bank zijn baan te zullen verliezen.

Ik noem ook Gea Lamberts (27 jaar). Ze woont zelfstandig, heeft last van drankproblemen maar hoort ook af en toe stemmen in haar hoofd. Ze heeft contact met een Riagg in haar woonplaats. Eigenlijk zou ze het liefst in de nabije toekomst een boetiek willen opzetten. Vaak weet ze echter niet wat ze wil. Ze denkt dat ze nergens voor deugt, vindt dat ze te veel thuis zit "en die stemmen worden dan alleen maar erger".

We zouden tenslotte ook Frank van der Horst kunnen opvoeren. Hij is 45 jaar en maakt een erg passieve indruk. Hij heeft geen vrienden. Hij woont in een beschermende woonvorm op het platteland. Tien jaar geleden werkte hij nog bij een sociale werkplaats. Toen de werkdruk toenam kon hij het werk daar niet meer aan. Hij zegt echter ook dat hij weggepest is: "Als ze weten dat je van de psychiatrie bent, krijg je heel wat naar je hoofd." Na jaren niets om handen te hebben gehad, wil hij wel weer iets gaan doen. Werken lijkt hem wel wat, maar dan niet voor vijf dagen in de week zoals bij de sociale werkplaats. Soms denkt hij dat werk niet voor hem is weggelegd. "Maar ja", zo zegt hij, "de dagen zijn zo lang."

Arbeidsproblemen van psychiatrische cliënten

Voordat we nader ingaan op de arbeidsproblemen van deze groep is het van belang twee opmerkingen te maken.

In de eerste plaats zijn psychiatrische cliënten geen wezens van een andere planeet, maar medeburgers die voor een belangrijk deel dezelfde soort problemen hebben als mensen die niet met psychiatrische problemen kampen. Algemeen erkende psychische belastende arbeidssituaties zoals bijvoorbeeld een combinatie van te hoge werkdruk met te weinig regelmogelijkheden, spelen dus ook bij mensen met psychiatrische problemen een belangrijke rol.

In de tweede plaats is de groep van psychiatrische cliënten een uiterst divers gezelschap waarbij men algemene stereotyperingen dient te vermijden; de voorbeelden hierboven vormen daar een illustratie van. Bij alle uitspraken die gedaan worden blijft het van belang de invalshoek van de individuele verschillen in het vizier te houden.

Met deze twee gedachten in het achterhoofd wijs ik op de volgende aspecten die vaak onderdeel uitmaken van de arbeidsproblemen van mensen met psychiatrische problemen.

Een centrale plaats wordt ingenomen door de sociale verhoudingen op het werk. Uit praktijkervaringen en onderzoek blijkt steeds weer dat de menselijke verhoudingen met chefs en collega's vaak uitmaken of het werk psychisch belastend is (Zeelen e.a., 1994). Dit vinden we terug bij de eerder gegeven voorbeelden. Het kan gaan om de relatie met chefs, zoals bij Els Janssen die bij

een verzekeringsmaatschappij werkt. Maar ook de onderlinge verhoudingen tussen collega's worden vaak als kern van de arbeidsproblematiek ervaren. Hierbij kunnen allerlei vormen van uitsluiting en stigmatisering plaats vinden. Dit kan variëren van dubbelzinnige grapjes in de pauzes tot openlijke stigmatisering van mensen die met de psychiatrie in aanraking zijn geweest; dit werd door Frank van der Horst in de sociale werkplaats ervaren. Kortom: de sociale verhoudingen op het werk spelen een sleutelrol. Het lijkt wel of pas daarna andere factoren als arbeidstempo, handelingsruimte, de mate van afwisseling en de status van het werk van invloed zijn (Swildens, 1995).

Ander onderzoek laat zien dat mensen met psychiatrische problemen slechter functioneren als ze geen eenduidige informatie krijgen over hun geleverde prestaties. Het werkt daarentegen positief als zij heldere feedback krijgen van werkbegeleiders.

Wat de invulling van arbeidstaken betreft is voorzichtigheid geboden om algemene uitspraken te doen. Wèl is uit onderzoek gebleken dat veel psychiatrische cliënten moeilijkheden hebben met processen van informatieverwerking die vaak deel uitmaken van verschillende soorten arbeidstaken. Dit wordt voor een deel geweten aan het bestaan van cognitieve functiestoornissen. Het is echter eveneens bekend dat ook de sociale context en de mate waarin men zich op zijn gemak voelt (de sociaal-emotionele aspecten) de cognitieve prestaties kunnen beïnvloeden (Van der Meer e.a. 1995). Mensen met psychiatrische problemen kunnen in principe voor elk soort werk in aanmerking komen; daarover bestaat consensus. In het geval van herintegratie na een langere periode van werkloosheid moeten taken echter in eerste instantie beperkt en doorzichtig zijn. Begeleiders en collega's moeten indien nodig rugdekking kunnen geven.

Een ander specifiek punt dat door mensen met psychiatrische problemen vaak genoemd wordt is de behoefte om zich bij het optreden van spanningen tijdelijk even te kunnen terugtrekken, of om tijdelijk werk te doen dat minder een beroep doet op hun sociale vaardigheden. In tegenstelling tot bijvoorbeeld mensen met lichamelijke handicaps blijkt dat bij mensen met psychiatrische problemen schommelingen bestaan in het niveau van functioneren. Hele goede periodes kunnen soms onderbroken worden door mindere tijden. Zoals het voorbeeld van Wim van der Velden op de bank laat zien, voelen ze dat zelf soms heel goed aankomen en kunnen ze tijdig de nodige maatregelen nemen. Dit doen ze bijvoorbeeld door meer medicijnen te gebruiken, minder hooi op hun vork te nemen of door wat beter op hun nachtrust te letten. Dergelijke handelwijzen, copingstrategieën genoemd, blijken zeer essentieel te zijn om zich in werksituaties te kunnen handhaven (Van Weeghel, 1995).

Overigens is overbelasting niet het enige probleem. Het ontbreken van uitdagingen in het werk kan eveneens een negatieve invloed op het functioneren uitoefenen. Lange tijd is gedacht dat het er vooral om gaat overbelasting zo veel mogelijk te vermijden. Echter, de eenvoudige en monotone arbeid die jarenlang binnen de psychiatrische arbeidstherapie werd aangeboden heeft juist voor velen een negatieve uitwerking gehad. Net als bij andere werknemers gaat het er ook bij mensen met psychiatrische problemen steeds om een optimale afstemming te vinden tussen hun individuele kwalificaties en de vereisten vanuit de arbeidssituatie.

Methodische suggesties

De vraag is nu, wat in het licht van de gesignaleerde arbeidsproblemen goede werkwijzen zouden kunnen zijn om hier iets aan te doen.

In de afgelopen periode is veel ervaring opgedaan met de herintegratie van mensen met psychiatrische problemen in het arbeidsproces. Deze praktijken worden binnen de geestelijke gezondheidszorg aangeduid met de term arbeidsrehabilitatie. Het is niet eenvoudig om deze werkwijzen op hoofdpunten samen te vatten. Welke werkwijze geschikt is hangt voor een deel af van de fase waarin de cliënt zich bevindt. Onze voorbeelden laten zien dat die situaties nogal uiteenlopend kunnen zijn. Het maakt immers nogal verschil of het erom gaat Gea Lamberts, die graag een boetiek zou willen opzetten, na een lange periode weer aan het werk te helpen of om Wim van der Velden ondersteuning te bieden bij het zich kunnen handhaven op zijn werk op de bank. Daarnaast wordt de werkwijze ook bepaald door de aard en de positie van de professional die bij de begeleiding van de werknemer betrokken is. Er bestaan vanzelfsprekend de nodige verschillen in aanpak tussen een bedrijfsmaatschappelijk werker, een medewerker van personeelszaken of professionals van 'buiten', zoals een jobcoach, een psychotherapeut van het Riagg of een ergotherapeut uit een psychiatrisch ziekenhuis.

In deze bijdrage wil ik mij beperken tot het noemen van enkele saillante punten die voor al die betrokkenen van belang kunnen zijn. Deze punten hebben betrekking op (a) het gebied van de begeleiding van de individuele werknemer, (b) de mogelijke veranderingen in de werksituatie en (c) de netwerkontwikkeling.

a. De begeleiding van de individuele werknemer

Aansluiten bij de copingstrategieën van de werknemers zelf

Zoals ik eerder aangaf kunnen mensen zelf vaak heel goed aangeven in welke richting naar oplossingen gezocht moet worden. Vanzelfsprekend kunnen begeleiders daar het een en ander aan toevoegen. Het aanleren

Methodische aanwijzingen voor het aanpassen van werksituaties

Werksfeer verbeteren

- Voorlichting en educatie personeelsleden en chefs.
- Bijvoorbeeld: sfeer in de pauzes bespreekbaar maken.

Betere afstemming van de werkeisen op de kennis en vaardigheden van de werknemer

- Betere instructie op de werkplek.
- Bijscholing
- Tijdelijk ergens anders vaardigheden laten trainen.
- Taakverandering
- Meer met anderen laten samenwerken door het invoegen van werkzaamheden waarbij contacten met anderen nodig zijn.
- Minder met anderen laten samenwerken door werkzaamheden uit de taak te halen, waarbij contact met anderen gelegd moet worden.
- Collega's laten helpen.

Autonomie vergroten

- Meer vrijheid geven om de methode van werken te bepalen, bijvoorbeeld door na verloop van tijd de methode niet in details vast te leggen.
- Meer vrijheid geven om het eigen werktempo te bepalen.

Tijdsdruk verminderen

- Meer tijd geven voor taken.
- Werklast verminderen.
- Afhankelijkheid van anderen verminderen, bijvoorbeeld door het inbouwen van buffers.

Verantwoordelijkheid veranderen

- Minder of meer verantwoordelijkheid in de taak inbouwen.
- Verantwoordelijkheden duidelijker afbaken.

Informatievoorziening verbeteren

- Meer informatie geven over de taak, de gewenste en geleverde kwaliteit en kwantiteit van het werk van de werknemer.

Afwisseling verbeteren

- Afwisseling van gemakkelijke en moeilijke werkzaamheden beter variëren.

Werk- en rusttijden veranderen

- Korte pauzes inlassen tussen verschillende werkzaamheden.
- Mogelijkheden creëren om zich kort te kunnen terugtrekken.
- Werkdag verkorten.
- Aanvangstijd niet te vroeg kiezen.

- * Het spreekt voor zich dat in elk individueel geval gewikt en gewogen moet worden hoe deze mogelijke aanpassingen toegepast en geconcretiseerd kunnen worden.

Uit: D. van der Meer e.a. (1995), Werken aan arbeidsproblemen, pag 115-116.

van aanvullende strategieën is van groot belang. Het devies moet zijn om in ieder geval bestaande competenties te benutten.

Vermijden van standaardprogramma's

Begeleidingsvormen moeten afgestemd worden op de bijzondere positie

van de werknemer. Het gaat niet om het leveren van een confectiepak, maar om het ontwerpen van een op individuele maat gesneden werkwijze. Het gaat om het bieden van continue ondersteuning, die qua intensiteit en omvang flexibel dient te zijn.

Rekening houden met terugval

Bij de begeleiding van werknemers die met psychiatrische problemen kampen, geldt dat het uitsluitend denken in voortdurende vooruitgang snel afgestraft wordt. Het gaat er juist om ondersteuning te bieden bij een wisselend niveau van functioneren, waarbij mindere perioden geen uitzondering maar juist regel zijn.

Aandacht voor ontwikkelingsmogelijkheden maar ook acceptatie van psychische beperkingen

Tijdens de begeleiding moet men de kunst verstaan om zowel verandingsprocessen bij de werknemer te stimuleren als ook oog te hebben voor die kanten van het psychisch functioneren die in feite blijvende beperkingen vormen.

b. Het aanbrengen van veranderingen in de arbeidssituatie

Zoals ik eerder aangaf, gaat het om het vinden van een balans tussen individuele arbeidskwalificaties en de vereisten vanuit de arbeidssituatie. Met het oog op de eerder genoemde arbeidsproblemen zouden voor wat betreft de aanpassingen van de werksituatie de volgende wegen kunnen worden bewandeld:

c. Het ontwikkelen van netwerken

Naast de individuele begeleiding en de aanpassingen in de werksituatie is nog een derde domein van belang. Als het gaat om mensen met psychiatrische problemen in arbeidssituaties dan komt vroeg of laat de afstemming tussen de arbeidswereld en de hulpverleningssector in beeld. Het voorbeeld van Wim van der Velden laat zien dat een goede afstemming tussen zijn personeelschef en de psychiater van het Riagg van groot belang is om het hoofd boven water te houden. Maar niet alleen de kwaliteit van de afstemming tussen professionals is in zo'n geval essentieel. In de moeilijke fase waar Wim in verkeert zou het ook wel eens van doorslaggevend belang kunnen zijn dat ook zijn vriendin bij een aantal afspraken wordt betrokken.

Het omgaan met dergelijke netwerken vereist van alle betrokkenen een grote mate van zorgvuldigheid, waarbij ieders eigen verantwoordelijkheid

duidelijk moet zijn. Een personeelschef heeft een andere verantwoordelijkheid dan de betrokken hulpverlener. Belangrijk is in dit verband de omgang met persoonlijke informatie. In het geval van Wim is er voor gekozen dat binnen het bedrijf alleen de personeelschef weet heeft van zijn psychiatrische achtergrond. Langs deze weg probeert men het risico van stigmatisering te verminderen.

Bij het ontwikkelen van werkwijzen om met psychiatrische problemen in de arbeidssituatie om te gaan, is het ook nodig verder uit te werken op welke manier men het beste dergelijke netwerken kan gebruiken. In het geval van Els Jansen zou bijvoorbeeld een andere werkwijze kunnen worden gevolgd. Op initiatief van een hulpverlener uit het psychiatrisch ziekenhuis kan een 'jobcoach' worden ingezet die Els gaat begeleiden als ze na tien maanden weer teruggaat naar haar baan op kantoor bij de verzekeringsmaatschappij. In overleg met personeelszaken wordt ze geplaatst op een andere afdeling. De jobcoach biedt continue ondersteuning al naar gelang de behoefte. Extra aandacht wordt besteed aan de relatie met de leidinggevende van de afdeling. Regelmatig wordt samen met personeelszaken een tussenbalans opgemaakt.

Slotopmerkingen

Wat valt er nu te leren van de geschetste ervaringen met de arbeidsproblemen van psychiatrische cliënten? In eerste instantie kan men deze bijdrage vooral opvatten als het op een rij zetten van enkele specifieke arbeidsproblemen van een specifieke doelgroep. Immers, er zou geconcludeerd kunnen worden dat het bij mensen met psychiatrische problemen om uiterst kwetsbare werknemers gaat die *overgevoelig* zouden reageren op betrekkelijk normale arbeidsomstandigheden. De ervaringen die opgedaan zijn met werkwijzen om daar verbetering in aan te brengen zouden dan betrekkelijk weinig betekenen voor andere werknemers die op het psychische vlak veel robuuster en weerbaarder zijn.

Aan de andere kant denk ik - en toekomstig onderzoek zou dat kunnen uitwijzen - dat er nogal wat aanknopingspunten bestaan om de geschetste ervaringen met de arbeidsproblemen van psychiatrische cliënten vruchtbaar te maken voor een bredere groep werknemers die met psychische werkdruk te maken hebben.

In ieder geval kunnen we concluderen dat het bij de verdere uitwerking van werkwijzen voor het terugdringen van psychische werkdruk zou moeten gaan om een combinatie van individuerichte methoden en omgevingsgerichte strategieën. Ook voor een bredere groep werknemers die met psychische werkdruk geconfronteerd worden, zou wel eens de weg van individuerichte werkwijzen, zoals het leren omgaan met werkstress en het veranderen van leefstijl,

te smal kunnen blijken te zijn. Er zou meer aandacht moeten uitgaan naar omgevingsgerichte strategieën, niet in de laatste plaats om effectiever preventieve maatregelen te kunnen nemen. In het kader van het terugdringen van het ziekteverzuim zou het voor een bredere groep werknemers van vitaal belang kunnen zijn om veranderingen aan te brengen in de sociale verhoudingen op het werk. (Bijvoorbeeld ten aanzien van het functioneren van leidinggevenden of de cultuur op de werkplek.) Ook op de andere genoemde aandachtspunten en werkwijzen (op het gebied van de begeleiding van de individuele werknemer, de aanpassingen in de werksituatie en het gebruik van netwerken) kan verder doorgeborduurd worden.

Een verandering ten goede kan dus niet uitsluitend van de individuele werknemer zelf worden verwacht. Onder het huidige gesternte van het arbeidsbestel waaronder de bovengenoemde werkwijzen in praktijk moeten worden gebracht, is het perspectief hiervoor allesbehalve rooskleurig.

Met name de privatisering van de ziektewet zou wel eens veel interessante pogingen tot herintegratie van kwetsbare groepen in de wielen kunnen rijden.

De verwachting is immers dat werkgevers nòg strenger gaan selecteren. Het is niet ondenkbaar dat de ziekte(verzuim)geschiedenis van de werknemer bij het in dienst nemen een van de belangrijkste criteria gaat worden.

Het is dan ook nog maar de vraag hoeveel werkgevers er anno 1996 zitten te wachten op mensen als Els Jansen, Wim van der Velden, Gea Lamberts of Frank van der Horst.

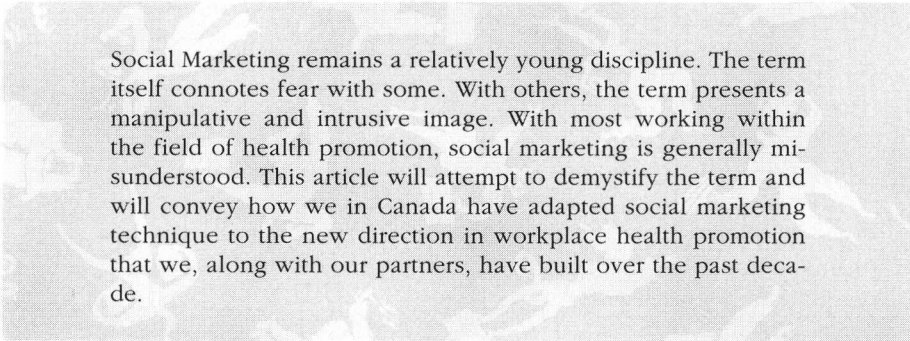
Literatuur

- Centrum gezondheidsbevordering op de werkplek (1996). *Preventie van werkstress door het bevorderen van de psychische gezondheid in de werksituatie* (onderzoeksvoorstel). Den Haag: GBW
- Meer, D. van der, A. Kinébanian, C. Thomas en J. Zeelen (1995). *Werken aan arbeids-problemen. Methodische richtlijnen voor arbeidsrehabilitatie en dagbesteding*. Utrecht: Lemma
- Swildens, W. (1995). *Zorg voor werk en dagbesteding. Een onderzoek naar een regionale aanpak voor mensen met een psychiatrische achtergrond* (proefschrift). Groningen: Wolters-Noordhoff
- Weeghel, J. van en J. Zeelen (1990). *Arbeidsrehabilitatie in een vernieuwde geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Lemma
- Weeghel, J. van (1995). *Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten* (proefschrift). Utrecht: SWP
- Zeelen, J., E. Seyfried en J. van Weeghel (red.)(1994). *Vocational rehabilitation in mental health. Concepts, results and developments*. Utrecht: Lemma

SOCIAL MARKETING IMPLICATIONS OF COMPREHENSIVE WORKPLACE HEALTH PROMOTION: A DECADE OF EXPERIENCE IN REACHING OUT TO THE CANADIAN WORKER

Door B. Dooner

The majority of Bob Dooner's work experience took place in the private sector. Approximately fourteen of these years was as a manager within a corporate enterprise. His public service career began with the Department of Indian Affairs where he spent three years. He joined Health Canada first as a senior consultant with the Operation Lifestyle Program. In 1984 he was appointed Chief of the newly formed Health Promotion in the Workplace Unit and later Chief, Work and Education Health Promotion. In the course of a decade, he and his staff have taken a lead role to change direction of the workplace health field in Canada. He has also served as advisor to several EC countries, to the European Foundation for Living and Working Conditions, Dublin and to the WHO, Geneva. He took early retirement from Health Canada in 1995 to establish his own small business: Bob Dooner Consulting, where he continues to work in the field both within Canada and internationally.



Social Marketing remains a relatively young discipline. The term itself connotes fear with some. With others, the term presents a manipulative and intrusive image. With most working within the field of health promotion, social marketing is generally misunderstood. This article will attempt to demystify the term and will convey how we in Canada have adapted social marketing technique to the new direction in workplace health promotion that we, along with our partners, have built over the past decade.

Background

When we began our work ten years ago, health promotion was a new term. Strategies centred on print and electronic media. All too often these were pa-

ternalistic and accusatory in tone, often blaming the victim. Non-media efforts were applied through single issue lifestyle programs, eg. fitness, diet etc.

Workplace health promotion was no exception. In workplaces, health promotion meant a fitness, safety, lifestyle or employee assistance program. Each program operated independently of the other; few recognized needs and wants of special groups within employee populations, eg. shift workers; the single parent; the field worker; the manager/foreman. Basic psychosocial needs of workers were not addressed. Important values such as sense of self-worth, confidence and self-efficacy were not acknowledged as being within the domain of workplace health promotion. The consequence of all of this was that *employees* perceived programs as being incapable of responding to important areas of need as perceived by them. *Owners of enterprises* viewed programs as totally irrelevant to their business operations; *health service providers* did not really understand the interconnection between health practice (lifestyle), environmental and personal resource issues. Furthermore, hard-to-reach groups such as employees of small enterprises were not able to access programs that would meet their unique needs. A new direction was needed. We also recognized that to be successful, a multi-year marketing and communication strategy would have to be an integral part of this new direction.

A New Direction

We began by creating program and marketing goals and objectives. Theoretical concepts were then developed to outline how goals and objectives might be put into practice. We then proceeded to solidify this theoretical base through development and testing of workplace models for large, medium and small enterprises as well as draft resource materials that would support model implementation. We also began to develop partnerships with provincial governments and with health/business agencies. This was done by working in consultation with key players within six large enterprise and in five community test sites. An action research approach was used throughout the four year period of testing.

What did we discover during this period about the contemporary workforce and the environment in which it works? We learned that change is the one constant in today's work world and that employee needs centred on having the capacity to adapt both individually and collectively. Working people wanted a balanced life - however both life and work refused to cooperate. The push-pull dynamic inherent with working life was generating unprecedented personal and organizational stress for workers and their families. Of these stressors, 'high pressure' (having too much to do in too short a time over too long a period) PLUS 'low control' (having too little influence over one's per-

sonal health and over day-to-day organization of work) appeared to be worse than other stressors with regard to their effect on mental and physical health. When combined with home stress and lack of social support, the cumulative impact of these stressors became even more harmful. These findings remain true to this day.

What did we discover about how best to respond to these needs? We learned that programs should involve a flexible, guided process of study and action regarding a broad range of employee needs and risks as identified by employees themselves. Employees and other key players within each enterprise/community should participate in all phases of the process. Programs should recognize individual, family and workplace influences on employee health. Health needs (and related policy and program responses) should harmonize with major policies and strategies of the *business/human resource* side of the enterprise. Finally, we learned that workplace responses should be coordinated with health initiatives occurring in the wider community.

The four years of experimentation and adaptation resulted in a framework consisting of guiding principles and avenues which we have named the *Workplace Health System* (WHS). The WHS provides each workplace with foundation on which to build its own workplace program. It is on this common foundation that all program models have evolved. The WHS is the *raison d'être* for the partner network. It also provides the consistent reference point that facilitates directing and integrating all activities toward achieving unified program and marketing goals and objectives.

Overview - Implications of social marketing theory on comprehensive workplace health promotion

Philip Kotler and Gerald Zaltman in an article published in the *Journal of Marketing* entitled *Social Marketing: An Approach to Planned Social Change* have been acknowledged as first coining the term 'social marketing'. Their rationale was that many organizations are in the business of selling ideas as opposed to products. Thus 1971 is the year traditionally credited with the birth of social marketing.

Social marketing is simply a series of promotions designed to influence social change. It adopts techniques from (product) marketing - research, targeting, positioning, message design and testing, etc. It is a way of thinking; focus is on the people we want to influence. It is knowing what the people/groups we want to influence both need and want. It matches information, programs and services that respond to people's needs and wants. It offers an array of strategies and techniques for reaching out to people in the right way and at the right time. Planning and management are essential elements of social marketing.

In his article: *Social Marketing: Where It's Come From; Where It's Going* published in the Winter 1988-89 edition of Health Promotion magazine, Eric Young, at the time, Director, Manifest Communications, Toronto, Canada, made several poignant observations about social marketing theory. Three of his observations are especially relevant to workplace health promotion.

1. "That is not to say that social marketing has to be glitzy; it doesn't necessarily have to imitate the most fashionable advertisements, rock videos, or computer games. What it does have to do is gain and hold its audience's attention in a very competitive communications environment, to stimulate interest where there may have been none before, and to position and present an issue in such a way that an audience will find it relevant, interesting and understandable."
2. "Social marketing will always have to contend with the complexities of real life. In fact, it is the essential point about social marketing that it has to base its strategies on the real-life situations, the real interests, needs and problems of the very real people it works to assist."
3. "On a less dramatic note, but one consistent with the above, I think social marketing will find its way down to the community level much more than it has done to date. This means that community-based programmers will have to develop greater expertise in social marketing. The community is fertile ground for social marketing initiatives, opening up opportunities for the kind of action that would be impossible at the national level."

A Practical Consideration to be Guided By When Applying Social Marketing Techniques to the Implementation of Comprehensive Workplace Health Programs:

In their books Kotler and Zaltman explain how marketing strategies vary in comprehensiveness in direct relationship to the complexity of the challenges at hand. For example, a more basic level of strategy would be required to encourage people to visit their physician in order to upgrade their DPTP inoculations. People generally understand the value of this - the unpleasantness lasts for only a few hours. At the other extreme, it would take a diverse, coordinated and integrated set of program strategies (each strategic component intended to fill its proper role) to change social perceptions concerning issues involving strong personal/ethical convictions. Altering views on abortion would be an example of this. It is therefore important to distinguish between the variables and the challenges associated with each type of campaign.

It is most important to realize that within this stratum of complexity, workplace health promotion (encouraging, supporting and enabling people to alter behaviour) is positioned second only (in degree of complexity) to an ethical/moral type of strategy. If one accepts this reality, programmers will *resist* strategies that consist of only print packages, print media or electronic media. This is why single issue marketing strategies, like single issue (lifestyle) program approaches have not worked.

Comprehensive workplace health promotion, by reason of the challenge at hand requires a person-to-person type of strategy.

Applying Social Marketing Techniques to Canada's Workplace Health System

The first half of the decade during which the WHS evolved, entailed setting program and marketing and communication goals and objectives; developing a theoretical framework (WHS) that would guide this direction; building upon this framework to develop and test program models in six large enterprises and in five communities; developing and testing needs assessments and draft resource materials consistent with model design; and building a national network of partners.

From the outset of our work, we have considered program and marketing considerations as one. If one does not have a solid, credible program (product), achieving marketing success is difficult. If, on the other hand, one has a program that is responsive to needs and wants of potential users, most of the marketing challenge has been met. This is why we first focused on our program (product).

Testing program models, needs assessments and resource materials in live-lab situations enabled us to sort out what were the important areas of needs and wants of employees, of labor representatives and of the various managements. All key participants were consistently involved throughout the testing process. On-site testing, adaptation and development gave my colleagues and I confidence that workplace health promotion was plausible. Most importantly, the collective body of practical knowledge that was gathered over time finally provided the basis for the credibility for what has emerged as the WHS and its program models eg. large; small; educational and farm enterprises. A well grounded program and the credibility associated with it as perceived by people/groups you want to reach is a vital ingredient of sound marketing.

A full training package and other support resource tools were also developed. Partners told us these were necessary to support implementation. Health agency and other partners within our network are too busy these days to develop their own, especially in the current climate of down-sizing, re-engineering and

other cost-cutting. Together we developed core tools required to do the job. We also made sure that partners were well trained. This is important from both program and marketing perspectives in order to maintain consistency of context, message and general direction with respect to comprehensive workplace health promotion.

We had to both anticipate and deal with program and marketing problems/roadblocks that could impede implementation. These included two key areas: program evaluation and the issues concerning program costs. We have responded to both of these through program and communications strategies. The important point here is that we faced up to major problems with the result that we have either eliminated or lessened potential negative impact, thereby enhancing probability for achieving program and marketing goals.

Results from our work

The most important gain that we have made is the CREDIBILITY earned with owners/managers, with local labor unions and with employees who participate. The WHS is generally recognized as a comprehensive, flexible and resourceful approach. It enables workplaces to coordinate existing programs; to integrate new program responses to meet other employee needs; and to more effectively tailor programs that respond to identified needs of their own employees.

WHS models are now in place in over 100 large enterprises and in hundreds of small enterprises within the small business and farm business sectors. Approximately 170,000 individuals have completed needs assessments that in turn serve as basis for both multi-year Health Plans and yearly Action Plans (program activities). The growing Partner Network consists of over 100 trained Provincial and Local Partners.

The WHS Training Package is being adapted to become a WHS Certification Program. This will open access to private sector entrepreneurs as well as have significant impact on future growth of the Partner Network.

An array of core program and communication resources have been developed and tested. Of special note are: (1) an adaptable needs assessment instrument that reflects broad-based needs of employees (health practices; social and physical environment; personal resources) that is easily affordable to any medium or large enterprise; and (2) a simplified evaluation methodology that guides the lay user through an easy-to-manage process.

A Data Stewardship Committee is in progress for purpose of creating a public use file from our ever increasing needs assessment data base. This file will

provide a vehicle for customized data analysis by members of the Partner Network. As well, a WHS Tracking System will gather worksite program activity information nationally so all within the Partner Network can share ideas as well as learn from each other.

Information is also shared amongst Partners through a quarterly newsletter; through access to an electronic information network; and through annual meetings of partners.

Conclusion

Much of the perceived 'magic' of marketing is myth. In fact, it requires good planning, creativity and common sense, while making use of the tools/techniques that are available. There should be an ongoing interconnection between decision-making and implementation involving program and marketing strategy. Because social marketing can make such an enormous contribution to the field of workplace health promotion, we should know more about it.

The 1989 Marketing and Communication Strategy prepared as part of our workplace direction was very comprehensive, making use of all print and electronic media. The best formula as it turned out, was a basic communication strategy that involved establishing: a well grounded program that responded to the self-identified needs of employees, employers and their families; credibility and trust amongst the key people upon whom we would rely by involving them throughout the process of development; core resource materials to support the efforts of implementors; training implementors about program content and on how best to 'sell' the program; and a communications network to keep all within the Partner Network informed and updated as well as to enable partners to communicate with each other.

A decade of experience in reaching out to the Canadian worker has enabled us to reach the following overall conclusion. A well grounded comprehensive program represents at least 70 percent of marketing success. The remaining 30 percent is dependent upon human factors - on sound marketing/communications practice such as knowledge of the program (product) by the salesperson; on the quality of training the salesperson receives; on the ability of the salesperson to relate the program to the needs of the enterprise; and on the ability of the salesperson to empathize with the needs and concerns of the listener and to position the message accordingly.

As well, we have learned that establishing a new direction in workplace health promotion requires a vision and an understanding of the various key players. This was followed by 'getting our act together' and by detailed testing and

adaptation of program and marketing theory until both the WHS and its models finally emerged.

The greatest lesson that experience taught us was that by consistently focusing attention on the needs and wants of key players, our initial perceptions significantly changed. Throughout the journey, we were obliged to always bridge the gap between program-marketing theory and practicality. This meant never taking the next step until the challenge at hand was resolved with a practical and affordable response. It is not by coincidence this lesson is one that is perhaps the most often repeated in both the program development and social marketing literature.

HEALTH PROMOTION AT THE WORKPLACE

Results from the Lego 'Hearthy Health' project

By V. Borg

Vilhelm Borg is a work psychologist at The National Institute of Occupational Health in Denmark. He also works as an Organizational psychologist at the Danish Institute of Group Analysis.

In this article Vilhelm Borg will give some reasons to explain why it is effective to make an effort to promote health at the workplace - compared to other settings. A health promotion programme often consists of the following types of activities which can support each other: information, training of skills and changes of the environment. The results from a health promotion programme at Lego in Billund ('Hearthy Health') are explained. Lego is one of the largest companies in Denmark.

The project 'Hearthy Health' must be regarded as a successful model project in health promotion at the workplace. During only two years substantial changes in activities and lifestyle factors were achieved:

- 25% of the employees participated in class-activities. The exercise-activities have been varied and extensive. An increasing number of employees exercise everyday.
- The smoking-cessation-courses had fine results, 35% had not smoked for a year. In the total workforce smoking cessation increased during the intervention period. Formal smoking rules have not been worked out, but informal smoking rules have developed in certain departments.
- Substantial changes have taken place in the canteen. Reasonable results were achieved during the weight-control-courses.
- Stress-management courses are started up. No environmental changes have been made to reduce stress during this project. Other working environment projects and projects concerning organisational development of the company take place.

There are several reasons for expecting that an effort to promote health at the workplace will be more effective than efforts made in other settings:

- a. Health is directly influenced by several conditions at the workplace. By

changing the working environment health can be improved.

- b. Many people are regularly gathered; it is possible to influence the daily activities of a large number of persons.
- c. The environment is deliberately planned and an effort to promote health can be integrated in other activities.
- d. Health promotion is of interest for the management due to reduced costs in connection with sick-leave and efficiency in connection with increased motivation and productivity.

A health promotion programme often consists of the following types of activities, which can mutually support each other:

- 1. Information concerning health and disease and how to prevent disease and promote health.
- 2. Training in skills which are included in promotion of a person's own health
- 3. Changes in the environment, including the working environment, facilities, regulations etc.

Table 1

	Information	Training	Environmental change
Smoking	about health effects of smoking	smoking-cessation-courses, self-help material	smoking regulations and restrictions
Exercise	about the importance of physical activity	physical training classes	premises
Nutrition	about health effects of food and composition of healthy food	cookery classes	changes in the canteen food
Stress	about health effects of stress	stress management classes	changes in the working environment and development of the organisation

In other countries, especially the USA, much experience has been made with health promotion at the workplace. In Denmark, only few evaluated projects exist. A model project at the Lego factories will be described below ¹⁾.

Model project at the Lego Group

During a period of two years, from 1992 to 1994, a health promotion project took place at Lego in Billund, one of the largest companies in Denmark. The

1). Review of international studies can be found in V. Borg; Sundhedsfremmeprogrammer på arbejdspladsen (Health promotion programmes at the workplace). Copenhagen 1993.

project started on the initiative of The National Board of Health. The purpose of the project was to develop and test efforts in connection with risk factors for heart diseases. The project included a mass-strategy aimed at all employees in the company. Furthermore, it was important that the project took place in a company with special possibilities for making health promotion; the effort strongly depends on the formal and informal structure of the company. The project was named 'Project on Hearty Health', and it was initiated by the industrial health centre at Lego and the cooperation board of Lego. The National Board of Health participated together with The Heart Association, The National Food Agency and The Council of Tobacco-related Damages in the elaboration of the project's activities. These organisations have contributed to the project with advisers.

The project is a model project which was to be evaluated so the experience from the project could be used in similar projects in other companies. Methods used to evaluate effects and processes were repeated cross-sectional studies using questionnaires in 1992 and 1994,²⁾ interviews with the management and randomly selected employees from four areas of the organisation, interviews with the project management, employees from the department of information, canteen-employees and instructors³⁾. The project consisted of four main areas which are assumed to cause heart diseases: smoking, exercise, nutrition and stress.

Efforts made in connection with smoking

Stop smoking

12 smoking-cessation-courses were arranged. Each course consisted of ten lessons. The first nine lessons took place within half a year and the tenth lesson was held one year after the beginning. Each lesson took about two hours, and they dealt with group sessions, theory about smoking, food and exercise. The participants received relevant material and appliances: a 'diary', fag-end glass, tie pin, an t-shirts after half a year without smoking. Price for participation: £5.

2. A.D. Olsen: Hjertelig sundhed i Lego Gruppen. Evaluering af en sundhedsfremmende indsats på arbejdspladsen 1. (Hearty Health at LEGO. An evaluation of a health promotion programme at the workplace 1) Copenhagen 1995.

3. V. Borg: Hjertelig sundhed i Lego Gruppen. Evaluering af en sundhedsfremmende indsats på arbejdspladsen 2. (Hearty Health at LEGO. An evaluation of a health promotion programme at the workplace 2) Copenhagen 1995.

The positive factors in these kind of courses are:

1. The frequency of meetings is adapted to the strong craving for smoking.
2. The solidarity/pressure in the group contributes to maintain the change.
3. The buddy system which means that you call each other if you feel a relapse coming.
4. Knowledge of damaging effects.
5. Motivation increases when the registration is formal.
6. Making a contract at the beginning of the course helps to maintain motivation during the process.
7. Use of symbols and feed-back: flags and rounds of applause..

141 persons were enrolled in the first 12 courses. Of this 21 quickly dropped out as they did not turn up or only joined one lesson and then began smoking again. 37 of the other participants dropped out during the half-year-course. This means that 83 participants completed the course and that the quitting rate was 58 when the course ended.

A survey regarding one-year-smoking-cessation has been made. 99 answers out of 125 mailed questionnaires came back (response rate was 79 %). Of these, 44 participants said that they were still not smoking.

If we assume that the non-responders have started smoking again the cessation percentage is 35 after half a year from end of course. If we calculate with the same frequency of cessation among the non-responders as among the responders we will see a cessation percentage of 44 (see table 2). Out of the 141 participant 31% stopped smoking. It can then be concluded that the one year cessation percentage (six months after end of course) is between 31% and 44%. This result is surprisingly high and is much higher than what has been accomplished in other settings where efforts have been made to quit smoking.

Table 2 Smoking cessation, results: cessation at the end of the course and cessation after one year (half a year after end of course)

Time	Early drop out during the course	Drop out	Completed	Cessation percentage
The courses (N=141)	21	37	83	58%
One year cessation (N=125)			44	35%

A decrease in the number of smokers has been seen in the total workforce of Lego. The proportion of smokers among women at Lego has dropped from 37% in 1992 to 30% in 1994 and the proportion of men has dropped from 42% to 35%. Among the Danish population the proportion of smokers has dropped from 44% in 1987 to 39% in 1994.⁴⁾ This means that the reduction among Lego employees during two years has been larger than the reduction among the Danish population during a period of seven years.

At the same time the proportion of men at Lego who are heavy smokers has decreased.⁵⁾ This is different from the rest of the Danish population in which the prevalence of heavy smokers has been constant. In 1994, 6% of all employees at Lego said that they had stopped smoking within the last two years compared to 3% in 1992.⁶⁾

Smoking rules and restrictions

Negotiations have been made to work out smoking rules, 'smoking policy' at Lego. A suggestion concerning guidelines has been presented for the co-operation boards, respectively white collar workers and blue collar workers. It was suggested that agreements concerning smoking rules were discussed and reached voluntarily in all departments. The aim is to make a consensus between smokers and non-smokers. There was no backing for guidelines in the blue collar workers's co-operation board but the white collar workers's co-operation board agreed on that further work should be made and that a memorandum book should be worked out and promoted at the workplace.

The management did not want to put down in writing rules for the employees's conduct in connection with a project. One takes it slow and does not speed up things. The management does not want a conflict due to such matters. The management does not see it as a problem that a smoking policy or smoking rules have not been decided on.

A smoking policy or smoking rules has not been established for the company in general. In several departments unwritten rules and standards have been made in consideration of the non-smokers, and they try to avoid conflicts between smokers and non-smokers. It seems as if a lasting change of standards takes place in the various departments, but they all do it in a different pace.

Among the blue collar workers the interest in introducing smoking rules is doubtful. Also non-smokers think it is a disadvantage to make smoking and non-smoking areas. This will lead to a division and worsening of the relationship between colleagues.

4. M. Kj  ller et al.: Sundhed og sygelighed i Danmark i 1994. Copenhagen: DIKE 1995. (Health and disease in Denmark in 1994).

5. A.D. Olsen, page 72.

6. A.D. Olsen, page 73.

Efforts made to inform about nutrition and overweight

Weight control

The weight-control-courses covered ten lessons of two hours. The content of this course was weighing, group sessions, theory and exercise. Nine courses have taken place, each with ten to twelve participants.

Evaluations of six courses with 68 participants have been made. 18 participants did not show up or dropped out. At the end of the course, 50% of the participants had lost 5% or more in weight. One and a half year after end of course 44% had maintained a loss of weight and 21% had maintained a loss of weight of more than 5%. After one and a half year 10% experienced an increase of weight. Seven participants (10%) gained between a 0.5 kilogramme and 4.5 kilogramme in weight, an average of 2.6 kilogramme.

Table 3 Loss of weight among participants in the weight control course in the project 'Hearty Health' (N=68)

	End of course 3 months		Follow-up 8-10 months		Follow-up 15-18 months	
More than 10%	14	21%	11	16%	8	12%
5-10%	17	25%	9	13%	6	9%
0-5%	17	25%	14	21%	16	24%
Loss of weight	48	71%	34	50%	30	44%
Increase of weight	3	4%	3	4%	7	10%
Drop out	17		31		31	

Among all Lego employees the share of overweight employees has remained constant in the period 1992 to 1994 ⁷⁾ whereas the share of overweight people in the Danish population has increased from 31% in 1987 to 36% in 1994.⁸⁾ Overweight is defined as BMI > 30 kg/m²

Changes in the canteen

The purpose of the changes in the canteen has been to offer healthier food and still to offer food which most people prefer. However, no radical changes should be made. No policy of changes has been written down from the beginning. Influence is better than arm-twisting, i.e.: a soft and long-suffering approach would be the most effective.

7. A.D. Olsen, page 79.

8. M. Kjøller, page 98.

The following things have been changed:

- Slices of bread and butter: no mayonnaise on the bread, low-fat remoulade and low-fat slices of meat, fresh vegetables, less butter and optional thickness of bread.
- 'Green' plate: always 'hearty healthy', coarse bread and fruit.
- Salad: ordinary and low-fat salad dressing.
- Dinner: Nourishment has been calculated and changed in 10 of the most popular dinners so they are healthier and still 'the same'.

During the project:

- The sale of full-cream milk has decreased from 60 bottles per day to 45 bottles whereas the sale of low-fat milk has increased from 175 bottles to 225 per day and buttermilk has increased from 60 bottles to 90 per day
- The sale of soda water has decreased from 375 bottles per day to 225
- The sale of Danish has dropped by a 1/3
- The sale of cakes has dropped by a 1/5
- There has been an increase in the sale of fruit/vegetables by approximately 50%
- The sale of tobacco has dropped by 10-15%
- The sale of coffee has dropped and the sale of tea has increased (no changes of the price during the project)

A number of things indicate that the food from the canteen has become more healthy. At the same time we can see that some changes take place more slowly, especially changes from traditional dinners to more healthy food.

The canteen has been a very visible element in the project of 'Hearthy Health'. All interviewed persons had an opinion about the canteen and could tell us about discussions among their colleagues. The changes in the canteen were received with a positive, open mind. However, it is said that some subgroups say that the food can not nourish people with physical work. A minority of employees says that the changes are not sufficient. They also say that the intentions are fine but that the realization has decreased over time.

Efforts made to increase physical exercise

Exercise has definitely been the largest part of the project and also the most visible part. When you talk with people they often equate health and exercise. The efforts made to increase physical exercise have been very extensive and varied. In a number of the activities the social aspect has been dominant and the direct relevance for health has been minimal. The aim was to offer various activities covering most employees's need for exercise. Thereby, the chances for motivating as many employees as possible to exercise more were the largest and furthermore to experience the joy of exercising.

Most of the activities in the project were connected with exercise. The most popular sport was aerobics. In aerobics the distribution by sex was more skewed (more women participated) than in other parts of the project. Some exercise-activities like bowling, swimming, volleyball and fitness were used by more men than women.

The number of Lego employees who exercise has increased from 1992 to 1994. This increase covers all age groups and both men and women. It is especially the age group over 44 years old⁹⁾ which has experienced an increase.

Efforts made to control stress

Stress management courses

The purpose of the courses was to :

- Make the participants aware of their own stress reactions
- To teach the participants methods to influence their own stress reactions
- To teach the participants to be aware of things in the environment which have influence on their stress reactions
- To teach the participants some methods to recognize and participate more actively in the dynamics of the group

The course consisted of ten lessons of two hours and included theory, group sessions and practice i.e. physical exercise. Three courses have been arranged.

Intervention in the working environment

An initiative to improve the psychic working environment in some departments has not yet been carried out. There is a great interest in such a project among the shop stewards but some of the employees who were interviewed were uncertain about this project. One employee said that "stress is political" and this can be the reason why the project has not been carried out yet. In the company, several projects have been started to improve the working environment while it has been difficult to make an effort though the Health Promotion Project. This might be due to the fact that such improvements take longer time to prepare than the two-years period available, but also that changes in the environment do not fit into a project in which voluntariness is important.

9) A.D. Olsen, page 67.

Participation

Participation according to gender, age and employment group

25% of the employees participated in the project. Participation has varied quite a lot in the different departments of the organisation. In five of the areas participation was relatively low (<20% of the employees), whereas seven areas had relatively high participation (>30% of the employees). These areas were defined according to Lego's cooperation organisation and each area had its own coordinator in the project 'Hearthy Health'. If one compares the areas consisting of mostly white collar workers with areas consisting of blue collar workers one finds that participation is generally higher in departments with many white collar workers than in departments with blue collar workers (see table 4).

Table 4 Degree of participation for white collar workers and blue collar workers (number of areas)

	Salaried workers	Mixed areas	Hourly-paid workers	Total
Low participation <20%		1	4	5
Middle 20%-30%	3		2	5
High participation >30%	4	2	1	7
Total	7	3	7	17

Besides taking part in class activities many employees have participated in activities such as meetings, events during the campaign weeks and events in the departments.

Women participated more often than men. Considering the gender distribution among the employees at Lego we find that the frequency of participation for women was 78% higher than for men. However, this was not the case with the stop smoking-courses in which more men than women participated.

The only age group with a low frequency of participation was the group consisting of men over 45. This was not the case for women for whom the frequency of participation was equal in the three age groups.

Motives for participation and for non-participation in the project's activities

Among the motives for participating in the project, the motive to improve one's own health was not very pronounced. This is how one of the employees explains it, and how this employee perceives the situation among his colleagues. Other motives for participating are seen more often, namely the desire

to participate in the activity just for the cause of the activity or a desire for convivial gathering in connection with the activity.

Reasons for not participating are little time or lack of motivation. Some of the employees who did not participate in any activities state that they were interested but they could not manage to do it. One could say that this interest shows a potential for participation. Activities elsewhere were also mentioned by the employees.

Only few employees say that they do not believe that participation in the activities affects the health. They say that they want to decide for themselves, or that they live happily together with their unhealthy habits.

The project 'Hearthy Health' in the Lego organisation

The management has supported the project with various resources, but this project has not been a necessity for the company to the same degree as to improve quality. Health promotion is considered a part of the personnel management which aims at creating offers for the employees in various fields. Lego is not involved in making any health policy, which is also manifested by the effort made in the canteen and the efforts made against smoking; in both cases it is an attempt to increase the offers to the employees and not to challenge the employees to change their behaviour. The shop stewards do not find the project important and necessary. For them, the project is in clash with attempt to improve the working environment.

It has been an important project as it was something the whole company could talk about; no matter what position, title or working hours they had. The project was influenced by the company's culture and its way of functioning. No fuss was being made if a person did not behave in accordance with the project, as the project was regarded as an offer to the employees.

The project has had a positive effect on the image of the company and there has not been any negative information in connection with the project. But the company is not interested in "being fanatically healthy" as other companies might be. Lego dissociates itself from those companies who prohibit smoking. Therefore, Lego does not advertise with being a 'healthy' company. There has to be room for everybody and there are no advantages for those who are more healthy than others. One shall not "wallow in" health and when information concerning the project is worked out one must try not to sound too "holier-than-thou".

Lego wants to be known for its many offers to the employees: education, pension etcetera. Thereby health promotion is a part of the manpower policy. It is "a fine balance when deciding how to interfere in the employees's lives". Obviously, it is not all employees who want to do something or have the energy to do it. One must recognize that it can be a problem to make these groups interested, but it is also limited what one shall do about it.

The barrier between white collar workers and blue collar workers has been an obstruction; the conditions for participation have been better for the white collar workers than for blue collar workers. This has created 'envy' among the blue collar workers and this can be one of the reasons why they have not participated to the same extent in the project. The blue collar workers find it unfair and can't understand that it hasn't been possible to use 'surplus' working time from a 40-hours working week when participating in the project's activities.

Furthermore, it has been an obstacle that the project has been perceived as "the active employees' project".

A number of the activities has no direct relevance to health, e.g. isolated activities in a special field. But they certainly have been useful, and they seemed to have a motivating effect on lasting activities. Furthermore, the social network has been strengthened, and it has been a way to improve the social 'climate'.

It has also been an obstacle that it is social norm that you do not interfere in other employees's participation or appeal to them. The fear of being regarded as "holier-than-thou" has been very pronounced.

In the organisation of the Lego Group a number of conditions promoted the project:

1. The company has provided the resources necessary: premises, time to co-ordinate and voluntary instructors, employment of project workers
2. The management has supported the project in relation to the employees
3. Within certain fields the working hours were flexible and this has encouraged the employees to participate
4. Local activities have taken place near the working place
5. The realization of the project depended on active coordinators and other initiatives, e.g. 'fiery souls'
6. The managers of the company participated in team activities
7. Professional management and consultation supported the activities
8. A large number of employees were engaged in coordinating various areas within the company
9. Voluntary instructors among the employees took part in the project as a part of their normal working hours

Some conditions in the company which have hampered the project:

1. Uncertainty and disagreements in some areas concerning the function of the co-operation boards. Within some areas of the company the goals of the project lacked or they were uncertain. Furthermore, there was a lack of criteria of success.

2. Problems in connection with the way the project was decided. It was decided by the management and great activity began from 'the bottom of the organisation'. The groups in the middle of the organisation have not been involved and several employees feel that they have not been heard. They felt that they have to administrate what other employees have decided and they feel it gives them problems when performing their job.
3. Lack of flexibility for some groups, especially in the production departments.
4. Shift work in the production departments has hampered a common contribution and it has made the coordinators's contact to the workers difficult if they did not work on the same shift.
5. Some of the departments in the organisation were very small (less than 50 employees) and this has made it difficult to start up common activities.
6. Uncertainty about the coordinator's role in being advisers and initiators.

Evaluation of the project 'Hearthy Health' as a model project

The project 'Hearthy Health' must be regarded as a successfull model project in health promotion at the workplace. The results indicate that important changes in lifestyle factors can be made during a relatively short period.

In short time (1½-2 years) the participation in team activities was 25%, and also additional participation in single-standing activities took place.

- The exercise activity has been varied and extensive. Many employees have started to exercise every day.
- The smoking-cessation-courses had fine results. Many employees quitted smoking. On the other hand no formal rules were made against smoking, but informal smoking rules have been developed in some departments.
- Substantial changes have taken place in the canteen. Reasonable results were achieved during the weight-control-courses.
- Courses in learning how to manage stress were started up. No environmental changes have been made to reduce stress during this project. Other working environment projects and projects concerning organisational development of the company take place.

WORKPLACE HEALTH PROMOTION IN IRELAND

By R. Wynne

Richard Wynne (Ph.D.) has worked in the area of occupational psychology as a researcher and consultant since 1981. He is a founder Director of the Work Research Centre and is responsible for projects in the areas of workplace health and wellbeing human factors in IT systems and teleworking. In recent times he has been working in the area of teleworking and is actively involved in the Tel-det project (which is surveying the demand and supply factors for teleworking in the European Union) and the Twin project (networking telecentres for the disabled). He will also be involved in the Employ project, which is examining the extent and nature of teleworking in human areas in Europe.

This chapter outlines the current status of workplace health promotion in Ireland. It first details some of the relevant features of the Irish economy, and then characterises the kinds of workplace health promotion which currently take place. Drawing on a national survey and a number of case studies of good practice which have been undertaken, it concludes with a number of projections for the future development of workplace health promotion.

Introduction: A note on definitions

In this paper, a broad definition of workplace health promotion underlies the discussion of health activities in the Irish workplace. Specifically, a definition based on the five WHO principles of approach to health promotion (WHO), adapted for use in the workplace (Wynne and Clarkin, 1992) is used. It states that workplace health promotion:

- Can be applied across all groups in the workplace.
- Combines diverse methods of approach.
- Is not solely a medical activity, but should be part of work organisation and working conditions.
- Seeks effective worker participation.
- Is directed at the underlying causes of ill health.

However, it should be emphasised that this definition is not current either amongst professionals in the area, and most certainly not amongst company practitioners, who generally have no academic interest in the area. Furthermore, most workplace health initiatives do not meet all of these criteria, but they do serve to focus on what might be termed the 'ideal type' of workplace health promotion.

The Irish economy

In order to understand the way in which workplace health promotion is becoming established in Ireland, an understanding of the social and economic context is needed. Relevant features of the Irish economy include the small size of most companies in the private sector (90% of the workforce are employed in companies of less than 20 employees), the absence of a heavy industry sector (for example, there are no sizeable heavy engineering, shipbuilding or metallurgy sectors), most sizeable industrial employment being owned by overseas multinationals, and a relatively high proportion of the labour force being employed in the agricultural sector. Given that most health promotion activities take place in larger organisations in Europe (Wynne and Clarkin, 1992), the background economic conditions which favour the development of workplace health promotion exist only in a few of the larger companies.

Workplace participation

One of the prerequisites for effective workplace health promotion is to have meaningful worker participation in the process of establishing a programme. However, in Ireland there is no strong tradition of workforce participation at enterprise level, though at a national level there has been a partnership between Government, employers and trade unions for the past decade in relation to the setting of policy on economic and social issues which most commentators agree has worked well.

Though the situation with regard to this issue varies considerably within enterprises, it can be stated that co-operation at this level with respect to industrial relations issues seems to be high (strikes have been at record lows for the past number of years). In addition, evidence from case studies of best practice indicates that there is often a very high level of what might be termed informal participation, where workers are extensively consulted and informed about developments by project leaders.

Health promotion agencies

There are only three statutory agencies in Ireland which are theoretically concerned with workplace health promotion. These are the Health Promotion Unit (HPU) of the Ministry of Health, the regional health agencies and the Health and Safety Authority (HSA). The HPU have only recently become interested in the workplace as a setting for health promotion - they published a strategy do-

cument in 1995, which focuses on the major killer diseases - heart disease and cancer. However, as yet, they have no significant presence on the ground, and it is not yet clear how they intend to operationalise their strategy.

The seven regional health authorities are currently in the process of appointing health promotion officers with responsibility for promulgating health promotion activities throughout their region. However, it is not yet clear to what extent their brief will extend to cover workplace health promotion. In addition, at least one of the Health Boards has developed a health promotion programme for their own staff.

The primary function of the HSA is to develop policy and to monitor the health and safety of employees with regard to occupational risks. While their official brief does not extend beyond traditional health and safety issues, they have nonetheless taken an interest in the area, though this interest is largely confined to unofficial information gathering and moral support for workplace health promotion initiatives. However, they have played a major role in relation to training of health and safety personnel, especially with regard to developing a common curriculum for all health and safety personnel. This curriculum contains a module devoted to workplace health promotion.

In addition to the statutory agencies, a number of voluntary agencies (e.g. the Irish heart Foundation, the Irish Cancer Society) have been active in the area. However, the activities of these organisations largely consist of health education activities which happen to take place at the workplace.

Finally, there have been some isolated health promotion projects which have stemmed from student research. The newly established (1991) school of health promotion in University College Galway has spawned a number of action research projects.

Legislation

Legislation in Ireland, as in many European countries, does not specifically refer to workplace health promotion. However, the 1989 Health, Safety and Welfare at Work Act, together with regulations which have updated the legislative background in line with the Framework Directive, is broadly supportive of workplace health promotion. (Provisions relating to rights of access to information and training, and the need to address health threats emanating from the work environment in its fullest sense, and methods of working enable a broader approach to workplace health to be taken).

However, there is little evidence that the body of legislation has played a role in promoting workplace health activities which go beyond statutory responsibilities. Indeed, there is some evidence that even traditional health and safety activities are by no means universally applied.

Types of workplace health promotion in Ireland

Three broad approaches to workplace health promotion can be identified in Ireland. These might be loosely be called the US inspired approach, the health education approach and lastly, a pragmatic approach. Though none of these approaches are especially widespread, examples of these types can be fairly easily identified.

The US inspired approach

Much of the workplace health promotion practice in the US can be characterised as being single issue based, and focused on the modification of individual behaviour. Many US corporations have developed in-house health promotion programmes which emanate from this tradition (the Johnson & Johnson 'Live for Life' programme is perhaps the best known). These programmes tend to be applied throughout all of the companies operations worldwide (though in many cases, programmes are made available and are not compulsory), and US corporations operating in Ireland are no exception to this trend. As there are a disproportionately high number of US companies operating in Ireland, the spread of the US inspired model is also relatively high, though it should be emphasised that many of the company subsidiaries are quite small in terms of numbers employed.

Companies such as IBM, Johnson & Johnson and DuPont operate programmes based on their proprietary health promotion programmes in Ireland. Others, notably Fruit of the Loom and Digital, have such programmes, but they have modified or extended them to take account of local conditions. In doing so they have tended to move beyond the original philosophy and activities of these programmes.

The Health Education Approach

Related to the US inspired approach, but generally instigated from different sources, is what might be termed the health education approach. This generally consists of the provision of health education material by outside agencies (e.g. the HPU, the Irish Cancer Society, the Irish Heart Foundation) to the workplace. Generally this approach, which consists of the export of standard material into a context which it takes no account of, is the most prevalent. Dealing with issues such as heart health, diet, smoking, and fitness, this approach focuses almost exclusively with the levels of awareness of the individual, and seeks to alter behaviour by the provision of information.

The pragmatic approach

There is also an approach to workplace health promotion which might best be described as pragmatic. These workplace health activities would almost never be termed 'health promotion' by those involved, as they tend to emanate from

no discernible conceptual tradition in the area, and as yet this terms does not have wide currency.

In general, these approaches constitute workplace responses to specific health or health related problems which might arise. Examples of this type can be found in company responses to such issues as workplace stress, shiftwork related problems and so on. While these types of activity do not meet all of the criteria of workplace health promotion outlined in the introduction to this chapter, they do meet some of them, which is no more than most health initiatives at work do.

Other relevant workplace health initiatives

In addition to types of approach, there are also a number of workplace based movements which are relevant here. The most important of these concerns the EPA movement (Employee Assistance programmes). This movement, which originated in the US, consists essentially of a confidential referral service. These programmes may also provide counselling and advice. Generally run by company personnel, their original focus was on dealing with problem drinking, but many have extended their activities to deal with other general health and behaviour issues such as stress, drug abuse and gambling. Perhaps their most interesting feature is that they do not confine their activities to dealing with the individual - they also intervene at the level of company policy and may also provide support at the family level also.

The prevalence of workplace health promotion in Ireland

In 1991 and 1992 a nationwide survey of health activities in the workplace was undertaken by Wynne and Clarkin as part of a Europe-wide research programme in the area, funded by the European Foundation for the Improvement of Living conditions. This research, *inter alia*, examined the prevalence of a wide range of health activities, the extent to which health improvement was a motivation in their taking place, and the mechanisms whereby they become established. For reasons of space only the data concerning the prevalence of health activity will be examined here.

In this survey more than 800 public and private sector companies were surveyed, with almost 150 replying. This high level of non-response can be taken as an indication that only the companies which were most active responded to the survey. More than 80% of the enterprises employed less than 500 people, with 20% employing less than 50 people.

Table 1 below describes the data concerning the prevalence of workplace health activities. In this Table three indices of prevalence are provided. The first column refers to the frequency of potentially health related activities

within the respondent enterprises, the second column refers to the frequency with which health improvement was a consideration in these health activities taking place. The third column ('health index') indicates the proportion of health activities which had health improvement as part of their reason for establishment. This measure provides an index of the extent to which enterprises are aware of the health improvement potential of an activity and also of the presence of multiple motivations for health related activity taking place.

The most important findings here are that the activities with the highest prevalence relate to health and safety, while the activities with the highest health index concern health screening activities. Though not taking place with lowest frequency, activities from the area of organisational change have by far the lowest health index. This probably indicates that there is a lack of awareness that these activities have a potential to improve health.

These findings show the emphasis which Irish workplace have on traditional health and safety activities. However, even though the figures for prevalence of activities are probably overstated compared to the general population, there was some evidence that health promotion activities, in whatever form, are beginning to take place (for example, 47.1% of companies run health education programmes, 9.4% have stress control programmes).

Despite this level of interest, however, there was little evidence that Irish companies have a developed view of what constitutes workplace health promotion, with few realising the potential of organisational change programmes to impact positively on worker health.

Table 1 The prevalence of health activities at the workplace in Ireland

Health activity	Occurrence	Health consideration	Health index
<i>Health Screening</i>			
Executive screening	44.9	27.6	61.5
Screening for all staff	42.0	31.8	75.7
Screening for at risk staff	22.5	18.1	80.4
Average	36.5	25.8	70.7
<i>Promoting healthy behaviour</i>			
Alcohol/substance misuse policy	39.1	27.5	70.3
Smoking policy/programme	49.3	25.4	51.5
Healthy eating policy	30.4	16.6	54.6
Exercise facilities	28.3	10.1	35.7
Exercise classes	10.1	5.0	49.5
Rest facilities	55.8	23.1	41.4
Health education programmes	47.1	31.9	67.7
Average	37.2	19.9	53.5

Health activity	Occurrence	Health consideration	Health index
<i>Organisational change</i>			
Redesign of shift schedules	15.2	6.5	42.8
Working time flexibility	58.0	23.9	41.2
Job design programmes	24.6	7.2	29.3
Human resource management training	59.0	15.9	26.9
Work organisation programmes	26.8	5.6	20.9
Average	36.7	11.8	32.2
<i>Social and welfare services</i>			
Counselling support	28.3	19.0	67.1
Stress control programmes	9.4	6.5	69.1
Welfare support programmes	31.2	19.5	62.5
Support programmes (e.g. EAP, GA)	25.4	18.1	71.3
Community and social programmes	26.8	8.0	29.9
Average	24.2	14.2	58.7
<i>Safety and the physical work environment</i>			
Toxic substance control	45.7	34.8	76.1
Introducing machine guards	65.9	52.8	80.1
Protective clothing and equipment	75.4	54.3	72.0
Automation of hazardous processes	33.3	21.7	65.2
Changes to:			
Individual workspaces	60.9	28.3	46.5
Lighting	76.1	40.6	53.4
Heating/air conditioning	73.2	44.9	61.3
Ventilation	68.1	45.6	67.0
Interior design	57.2	27.5	48.1
Noise reduction	55.8	36.9	66.1
Average	61.2	38.7	63.2

Examples of workplace health promotion in Ireland

As mentioned before, most examples of workplace health promotion to be found in Ireland do not conform to all of the principles of approach outlined in the introduction. However, there have been a number of innovative approaches to health and health-related problems which manifest themselves in the workplace. Perhaps the best example of this is provided by Fruit of the Loom, a US multinational operating on both sides of the border in the North-west of Ireland (Wynne, 1990).

Fruit of the Loom set up in Ireland in 1988 through the creation of a joint venture operation with a local company called McCarters, which had been in operation in the small town of Buncrana (population c. 4000) for more than 50

years. In the start-up phase employment increased from about 400 to approximately 2500 within the space of eighteen months in an area whose economy had hitherto been largely rural based and which had a low level of economic development. This development placed great strain on the local labour market and new workers came to the factories from well beyond the natural hinterland of the town. In essence, the local economy rapidly evolved into a wage based economy, and most of these wages were being earned by young people with no family responsibilities.

In general, the increased level of economic activity had major positive effects on the life of the town and its immediate surroundings, but the changes had a number of unforeseen negative spin-offs, where the town saw the emergence of alcohol and gambling related problems among the younger workforce. In addition, there was the beginnings of a soft drugs problem.

The company response to these issues were especially innovative, as they did not seek to treat the symptoms of the problem, rather they developed two interventions which attacked the causes. Firstly, they developed an educational intervention specifically for the local second-level schools, from where they were drawing much of their workforce. This educational programme focused on issues such as money management, which was seen to be at the root of the negative effects of a wage economy.

The second intervention was to invite into the company premises on pay day a range of local financial institutions which encouraged workers to save their money. Also involved in this initiative were agencies such as travel agents and educational institutions which pointed the way to alternative uses for workers wages.

It should be noted that these initiatives did not constitute the sum of Fruit of the Loom-McCarters health activities. In addition to this innovative programme, they were also running a proprietary off-the-shelf programme which US headquarters had supplied and a range of other activities (e.g. women's health programmes) for which a need had become apparent due to the activities of the occupational health department. Though these activities were not part of a coherent, planned and integrated workplace health promotion programme, they did exhibit the qualities of being needs based and being directed at the underlying causes of ill health.

Another example of interesting practice is provided by Digital, which operated three plants in Ireland. What is especially interesting here is the way in which worker participation was organised and the way in which employee needs were assessed.

Digital have their own proprietary health promotion programme, which like many others of this type, focuses on developing a range of lifestyle interventions. Though the economic incentive for developing such programmes does not exist in Ireland, unlike in the US, (employers do not bear the costs of the

general health of the workforce), this programme was nonetheless offered to all of the Digital sites.

Digital, in common with many hi-tech US multinationals operating in Ireland, do not have trade unions representing the workforce. Nonetheless, workers have the opportunity to participate fully in workplace initiatives through a number of means. Firstly, there are a series of shop-floor meetings held on a regular basis which ensure that on the one hand, information passes down the hierarchy, while it also ensures that information passes upwards. In addition, extensive use is also made of the company's internal e-mail system, where any employee is able to be in contact with any other.

Both of these vehicles were used to for purposes of establishing the workplace health promotion programme. Firstly, contact was made with company headquarters in relation to finding out about the proprietary programme. In addition, the views of people experienced in running the programme in other countries were sought. Then when the general possibilities provided by the programme became clear, the shopfloor meetings were used to personally explain the programme to employees, and to gain feedback on what activities were popular. The e-mail system was also used to publicise the programme and to gain feedback on the issues raised. Thereafter, the programme ran along familiar lines, with evaluation of activities and feedback of results, preceding a second cycle of the programme.

While the actual vehicles for ensuring participation in the Digital case are not typical of cases of workplace health promotion, the efforts made to utilise existing workplace structures to consult and inform are fairly common. They show that it is not necessary to have formal participation structures in order for effective participation to take place.

Future prospects for workplace health promotion in Ireland

The future prospects for workplace health promotion in Ireland appear relatively bright, or at minimum, it can be stated with reasonable certainty that workplace health promotion is likely to increase in prevalence. Some of the factors which make this situation likely include:

- Increased economic prosperity.
- Increased numbers of qualified graduates with competence in the area.
- Increased awareness among society at large of the need for preventive approaches to illness.
- Increased levels of support by the statutory agencies.

Against these positive factors, there are a range of barriers to the development of workplace health promotion which still need to be addressed. These include:

- Lack of methodologies to bring workplace health promotion to small and medium enterprises, and especially micro-enterprises
- Lack of clear responsibilities in the area

Relatively high levels of indifference to the concept among some of the major stakeholders and a lack of awareness amongst most.

Despite these problems, the situation in Ireland has developed considerably in the past decade. From a situation where much health and safety legislation dated back to the last century and another jurisdiction, and where the majority of the workforce were not even covered by this legislation, the debate has now moved on from the provision of basic protection to issues such as best practice for a growing number of enterprises. If as much progress is made over the next ten years as has been made over the last, then workplace health promotion will have a bright future in Ireland.

References

- Wynne, R. and Clarkin, N. (1992). *Under Construction - Building for health in the EC workplace*. Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities.
- Wynne, R. and Clarkin, N. (1991). *Innovative workplace action for health - Mechanisms for establishing initiatives*. Dublin. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Working paper, 90-4030-28.
- Wynne, R. (1990). *Innovative workplace action for health - An overview of the Irish situation*. Dublin. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- World Health Organisation (1984). *Health promotion - A discussion document on the concept and principles*. World health Organisation, Copenhagen.

NAAR EEN INTEGRALE AANPAK VAN GBW

Door P. Janssen e.a.

Peter Janssen is werkzaam als Universitair Docent aan de Rijksuniversiteit Limburg bij de vakgroep Medische Psychologie. Hij verricht onderzoek op het gebied van arbeid, motivatie en gezondheid binnen de onderzoeksgroep BGI (Bedrijfs Gezondheidskundige Interventies) en coördineert het onderwijs op het gebied van personeelsmanagement. Daarnaast nam hij deel als adviseur in een vierjarig project naar gezondheidsbevordering op de werkplek en in een project gericht op organisatie ontwikkeling in een instelling in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Hij schreef recent een boek over integrale gezondheidsbevordering op het werk en is betrokken bij de ontwikkeling van een opleiding voor Arbeids- en Organisatie-deskundige voor arbodiensten.

Peter Janssen gaat in op de vraag hoe aandacht kan worden gegeven aan veiligheid, gezondheid en welzijn op de werkplek. Hij beargumenteert dat deze aandacht van strategische betekenis is voor de bedrijfsvoering van de moderne arbeidsorganisaties. Knelpunten op dit gebied gaan immers gepaard met extra kosten en ook bestaat wettelijk gezien sturing om gericht aandacht aan veiligheid, gezondheid en welzijn (VGW) te besteden.

Janssen stelt dat een gestructureerde werkwijze nodig is om tot goede resultaten te komen. Aan de hand van een succesvol verlopen GBW-praktijkvoorbeeld uit de bouwwereld geeft hij aan hoe zo'n project werkt. Tenslotte bespreekt hij enkele implicaties voor organisaties en arbodiensten. Janssen wijst op de kans op terugval en de noodzaak om aandacht te geven aan de continuering van verbeteringen en, meer in het algemeen, aan het onderhoud van de organisatie.

Inleiding

Veel instellingen en bedrijven zijn al langere tijd bezig met verzuimbeleid, maar de praktijk leert dat het vooral op het punt van preventie vaak geen gemakkelijke opgave is om het beleid te vertalen in concrete initiatieven. Vaak is er sprake van ad-hoc beleid en is er geen of maar in beperkte mate sprake van een inbedding in, of koppeling tussen arbo-beleid en het personeelsbeleid.

Om de bevordering van veiligheid, welzijn en gezondheid zo goed mogelijk vorm te geven, kunnen organisaties onder meer een beroep doen op gecertificeerde arbodiensten.

Kenmerkend voor het nieuwe stelsel van bedrijfsgezondheidskundige begeleiding is dat het, meer dan voorheen, uitgaat van een arbo-brede en interdisciplinaire benadering van veiligheid, gezondheid en welzijn in de arbeidssituatie (cf. P-190). Onderzoek, activiteiten en maatregelen moeten op elkaar afgestemd worden en een integraal karakter hebben: de aanpak moet zowel preventief als curatief zijn, en behalve op de werksituatie (arbeidsinhoud -omstandigheden, -voorwaarden en -verhoudingen) is de aandacht ook gericht op de feitelijke gezondheid en het gezondheids- en veiligheidsgedrag van werknemers zelf. Een dergelijke veelomvattende taak vraagt om een gedegen en gestructureerde aanpak.

Integrale gezondheidsbevordering op de werkplek

Al langere tijd is men in bedrijven en instellingen (vaak samen met onderzoekers) bezig geweest met de ontwikkeling van programma's op het gebied van veiligheid, gezondheid en welzijn. In de Verenigde Staten heeft evaluatie-onderzoek uitgewezen dat veruit de meeste onderzochte programma's als succesvol beschouwd konden worden (cf. Pelletier, 1993).

Veel van de Amerikaanse gezondheidsbevorderende programma's richten zich op de eerste plaats op gezondheidsbevordering in termen van *gezondere leefgewoonten*, zoals fitness, stoppen met roken en gezonde voeding. In Nederland (en dat geldt ook voor de rest van Europa) is hieraan in verhouding minder aandacht besteed (cf. Willemsen, Vasse & de Vries, 1993; de Weerdt & van Burg, 1991).

Ook is er, vaak vanuit andere invalshoeken, veel ervaring opgedaan in *het verbeteren van belastende factoren in de werksituatie*. Dit geldt zowel ten aanzien van samenwerking en structuur van organisaties (cf. Cummings & Huse, 1987; Moorhead & Griffin, 1995), de inhoud van het werk (cf. Hackman & Oldham, 1980; Algera, 1989; Buyse, 1987; Koopman-Iwema, 1986) alsmede ten opzichte van arbeidsomstandigheden zoals veiligheid, ergonomie (cf. Hoyos & Zimolong, 1988; Peterson, 1988; Ridley, 1991; Dul, 1991), werklast en roostering (cf. De Vries-Griever, et.al., 1994) of werkstress (cf. Marcelissen, Madsen & Schlattman, 1988; Jankanish, 1992).

Verschillende voorbeelden van gezondheidsbevorderings-projecten op het werk in Europa zijn tenslotte beschreven door Wynne en Clarkin (1992).

Op grond van deze ervaringen nam de overtuiging toe dat gezondheidsbevordering op het werk het meest effect heeft als men de aanpak zowel richt op verbeteringen in de werksituatie als op het bevorderen van gezonde leefgewoonten en de vermindering van verzuim- en risicogedrag. Het geïntegreerde denkkader

ziekteverzuim (cf. Smulders & Veerman, 1993) en het model 'arbeid, stress en gezondheid' (cf. Kompier & Marcelissen, 1990) geven deze visie helder weer. Hoewel er bewijs bestaat voor gunstige effecten van programma's die zich richten op de bevordering van de gezondheid in het werk, wijzen Gehlbach en Mundt (1994) er op dat er verschillende methodologische valkuilen bestaan bij de evaluatie van dergelijke programma's. Zij manen tot voorzichtigheid bij het snel trekken van conclusies. Ook wijzen zij op de kans op terugloop van resultaten als men niet systematisch aandacht blijft geven aan het verminderen van risicogedrag. Zij pleiten voor meer follow-up onderzoek.

Voorbeeldprojecten; een gestructureerde aanpak

Om een integrale aanpak nader uit te werken werden in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, WVC en de fondsen Aaf/Aof, verschillende voorbeeldprojecten uitgevoerd.¹⁾ De projecten vonden plaats in vier verschillende (typen) organisaties: een bouwbedrijf (utiliteitsbouw), een algemeen streekziekenhuis, een RIAGG en een productiebedrijf van (niet elektronische) huishoudelijke artikelen.

Het centrale doel was de ontwikkeling van een naar andere organisaties te vertalen aanpak om veiligheid, gezondheid en welzijn van werknemers in organisaties te bevorderen.

De uitgangspunten hierbij waren: verbetering van de arbeidssituatie, bevordering van gezond en veilig gedrag bij werknemers, verbetering van de begeleiding bij verzuim en de bevordering van reïntegratie en welzijn van het personeel. Een en ander moest resulteren in een reductie van verzuim, ongevallen en WAO toetreding.

Aan de volgende punten werd aandacht besteed:

- Het vastleggen van arbozorgstructuur (taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van al degenen die zich op enigerlei wijze met de gezondheid, de veiligheid en het welzijn van de werknemers bezighouden).
- Inventarisatie van veiligheids-, gezondheids- en welzijnsrisico's.
- Samenwerking met interne en/of externe deskundigen en deskundige diensten.
- Actieve terugdringing ziekteverzuim: sociaal medische begeleiding, controle en verzuimgesprekken.

1) Het project "bouwen aan gezond werken" werd in de periode januari 1992 - december 1995 uitgevoerd bij een middelgroot bouwbedrijf (159 werknemers) door een onderzoeksteam van de RL, onder leiding van Prof. Dr. F. Nijhuis. Het tweede project: "gezonder werken aan gezondheid" werd in dezelfde periode uitgevoerd door een team van het TNO-PG onder leiding van Prof. Dr. M. Kompier in een algemeen ziekenhuis (circa 800 medewerkers). Het derde project werd uitgevoerd in de Regionale Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, onder leiding van Prof. Dr. W.B. Schaufeli, (Universiteit Utrecht) en het vierde project, dat aan de bovengenoemde drie projecten voorafging, werd verricht onder leiding van Prof. dr. S. Maes (Rijksuniversiteit Leiden), bij een producent van huishoudelijke artikelen.

- Reïntegratie en aanpassen van de arbeid aan de veranderende mogelijkheden van de werknemers (bijvoorbeeld van chronisch zieken, gehandicapten en ouderen).
- Periodieke risico inventarisatie.
- Verbetering van kwaliteit van de arbeidsinhoud, -voorwaarden, -omstandigheden, -verhoudingen en veiligheid.
- Veranderen van ongezond en onveilig gedrag.
- Periodiek bedrijfsgezondheidskundig onderzoek en -spreekuur.

Bij de uitwerking van een integrale aanpak onderscheiden we vaak een vijftal stappen. De stappen kennen in principe een vaste volgorde.

Stap 1: Erkennen van startcondities en creëren van draagvlak.

Stap 2: Diagnose van de uitgangssituatie.

Stap 3: Vaststellen van veranderingsdoelen en strategieën.

Stap 4: Interventieplanning en implementatie.

Stap 5: Evaluatie en zorgdragen voor continuïteit.

Cruciaal voor het welslagen van deze aanpak is dat zij gedragen wordt door de organisatie. Een actieve participatie van zowel het management als het overige personeel is nodig.

(De heer Gründemannn gaat in zijn bijdrage nader in op deze fasen.)

'Bouwen aan gezonder werken'

Een bouwbedrijf met 159 personeelsleden gaf aan bereid te zijn om gedurende vier jaar systematisch en intensief te willen investeren in gezonder werken. Na een contract te hebben afgesloten ten aanzien van de wederzijdse verplichtingen en bijdragen, werd begonnen met de samenstelling van een stuurgroep. Hierin namen representanten van alle geledingen in de organisatie deel, inclusief een van de directeurs.

Binnen deze stuurgroep werden vervolgens afspraken gemaakt voor een globale risico inventarisatie. Zo moest blijken welke VGW aspecten nadere aandacht nodig hadden. Werkplekonderzoek was al uitgevoerd en had geen ernstige problemen laten zien op het vlak van veiligheid.

De risico inventarisatie richtte zich dan ook meer op andere mogelijke knelpunten, de arbozorgstructuur, de werkinhoud, de omstandigheden (voor zover niet reeds bekeken), de verhoudingen en de voorwaarden en het voorkomen van gezondheidsklachten. Ook werden de verzuimgegevens belicht en werd het verloop bestudeerd. Deze aanpak werd in eerste instantie verricht via documenten-analyse, zoals interviews met sleutelfunctionarissen, de Arbo-audit en verzuimdata uit het personeelsbestand.



Deze globale RIE wees uit dat er knelpunten bestonden ten aanzien van sociale verhoudingen; communicatie en samenwerking; werkdruk; fysieke belasting en dat er behoefte was aan programma's rond gezonder leven.

Vervolgens werd een uitvoerig vragenlijst-onderzoek verricht bij alle personeelsleden. Deze studie, die gericht was op het krijgen van een preciezer beeld van de omvang van geschetste problemen, bevestigde de resultaten van de globale RIE en bood voldoende houvast om knelpunten te bepalen en te prioriteren.

Nadat al tijdens de globale RIE was begonnen met projecten rond verzuimcontrole en -begeleiding werden nog vier deelprojecten gestart.

Het eerste project was gericht op het verbeteren van de *sociale verhoudingen*, overleg en samenwerking. Hiervoor werd eerst in een werkgroep nog eens nader onderzoek verricht naar oorzaken, gevolgen en oplossingen. Op basis van de aanbevelingen van de werkgroep werd vervolgens mede met behulp van een extern adviesbureau de communicatiestructuur aangepast, een cursus communicatie en werkoverleg voor leidinggevenden gegeven, een training werkoverleg voor bouwplaatsmedewerkers en uitvoerders aangeboden en er werd werkoverleg ingevoerd op de bouwplaats.

Voor het aanpakken van *werkstress* werden wederom eerst oorzaken, gevolgen en mogelijke oplossingen nader geïnventariseerd in een werkgroep. Besloten werd vervolgens om door een extern adviesbureau een training stressmanagement te laten geven aan leidinggevenden.

Vervolgens werd aandacht gegeven aan de problemen rond *fysieke belasting* van bouwplaatsmedewerkers. Ook hiervoor werd een werkgroep samengesteld die, meer in detail, oorzaken, gevolgen en oplossingen inventariseerde. Twee documenten en een poster werden samengesteld met tips om risico-gedrag op de bouwplaats te beperken en er werd een proefproject gestart om te komen tot meer ergonomisch verantwoorde werkwijzen. Tenslotte kregen de belangstellenden ondersteuning van externe deskundigen op het gebied van '*gezonde voeding*' en '*stoppen met roken*' ondersteuning.

Op die punten waar interventies waren verricht vond een aanmerkelijk vermindering van klachten plaats, zo bleek uit de evaluatie. In dit opzicht bleek de aanpak zeer succesvol. Ook waren de personeelsleden zich bewuster geworden van veiligheids-, gezondheid- en welzijnsrisico's. Het lerend vermogen in de organisatie was gegroeid als het ging om het voorkomen en aanpakken van knelpunten.

Daarnaast nam het ziekteverzuim af gedurende het project, maar deze daling was uiteindelijk niet groter dan bij vergelijkbare bedrijven. Door de veranderende wetgeving werd ook bij andere bedrijven veel op dit punt gedaan. Hiervoor viel dus niet te controleren. De aandacht voor leefstijl bleef tenslotte wat achter bij de aandacht voor de direct-aan-werk gerelateerde problematiek.

Gunstige resultaten werden ook in de andere voorbeeldprojecten gerapporteerd (ziekenhuis, RIAGG en productiebedrijf van huishoudelijke artikelen). Deze projecten hebben geleid tot gunstige ontwikkelingen binnen de betreffende organisaties.

In het project van het productiebedrijf van huishoudelijke artikelen is overigens óók ten opzichte van leefstijl veel ondernomen. Meer informatie over de verschillende projecten is te vinden in de rapporten van Lendfers et. al. (1996), Lourijzen, et. al. (1996), van Gorp et. al. (1996) en Maes et. al. (1994) en in het boek 'Gezonder werken: minder verzuim' (cf. Janssen et. al, 1996).

Hoe nu verder?

Zowel de literatuur als de praktijkprojecten wijzen erop dat systematisch aandacht geven aan gezonder werken - in de brede zin van het woord - zowel direct als indirect gunstige effecten heeft op de werkbeleving én op de omvang van het ziekteverzuim.

Mede door dat laatste kan er een kosten-besparing gerealiseerd worden. Maar ook de niet direct meetbare effecten van deze aanpak zijn van belang. Uit de evaluaties van deze projecten (cf. Lendfers et. al., 1996; Lourijzen, et. al., 1996; van Gorp et. al., 1996 en Maes, et. al., 1994) wordt duidelijk dat men zich binnen de experimentele organisaties bewuster is geworden van knelpunten op VGW gebied, dat deze zaken beter besproken kunnen worden en dat het leervermogen toeneemt. Men begint meer samenhangen te zien tussen knelpunten onderling en tussen de oplossingen en effecten daarvan.

Ook werd duidelijk dat systematisch werken aan veiligheid, gezondheid en welzijn aanzienlijke inspanningen vraagt van de organisatie. Het continueren vraagt voortdurend aandacht. Het is daarbij van belang dat er in de organisatie sleutel-functionarissen aangewezen zijn die VGW tot hun vaste takenpakket rekenen.

Ook is het belangrijk dat het management deze functionarissen ondersteunt, dat VGW onderdeel uitmaakt van werkoverleg, jaaroverzichten en plannen en dat het integraal deel uitmaakt van het organisatiebeleid en dat er geld wordt gereserveerd voor dit type van 'onderhoud'. Arbodiensten kunnen bedrijven helpen in hun streven naar gezonder werken door het verrichten van een goede RIE, door professionele ondersteuning te bieden bij de aanpak en uitvoering van knelpunten en door het bieden van (sociaal) medische begeleiding.

Het is verstandig om regelmatig een RIE uit te voeren. (Bijvoorbeeld eenmaal per jaar of per twee jaar). Daarmee blijft de aandacht voor VGW aanwezig en wordt men geprikkeld om regelmatig na te gaan of en welke verbeteringen nodig zijn. Een machine heeft onderhoud nodig en dat geldt ook voor een organisatie. Door op de bovenbeschreven manier veiligheid, gezondheid en welzijn van personeel te optimaliseren wordt een goede basis gelegd voor motivatie en prestaties. Ook worden onnodige kosten die de verwaarlozing van deze aspecten nu eenmaal met zich meebrengt geminimaliseerd.

Literatuur

- *Arbo en verzuimbeleid. De wettelijke basis voor de zorg naar arbeidsomstandigheden en het terugdringen van verzuim nader toegelicht.* Publicatieblad 190. Den Haag: Sdu Servicecentrum Uitgeverijen.
- Algera, (1989). *Taakkenmerken.* In: P.J. Drenth, Hk. Thierry & Ch.J. de Wolff (red.), Nieuw Handboek Arbeids en Organisatie Psychologie 2.2 (pp. 1-30). Houten: Boon, Staffleu & van Loghum.
- Buyse, J.J. (1987). *Kwaliteit van werk en organisatie op de productievloer: een integrale studie op micro nivo.* Ongepubliceerde dissertatie. Nijmegen: KUN.
- Cummings, T.C. & Huse, E.F. (1987) *Organizational development and change.* New York: West Publ Comp.
- Doorewaard, J.A.C.M. & de Nijs, W.F. (1992). *Integraal management.* Leiden: Stenfert Kroese.
- Dul, J. (1991). *Vademecum ergonomie.* Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- Gehlbach, S.H. & Mundt, K.A. (1994). *Evaluating worksite health programs.* Journal of Ambulatory Care Management. 17 (2), 82-91.
- van Gorp, K. & Schaufeli, W.B. (1996). *Een gezonde geest in een gezonde organisatie: Aanzet tot burnout preventie in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.* Den Haag: VUGA.
- Hackman, J.R. & Oldham, G.R. (1980). *Work re-design.* Reading, M.A.: Addison Wesley.
- Hoyes, C.G. & Zimolong, B. (1988). *Occupational safety and accident prevention:* Amsterdam: Elsevier.
- Jankanish, M.B. (1992). *Conditions of work digest: preventing stress at work.:* Geneve: International Labour office.
- Janssen, P.P.M. et. al. (1996). *Gezonder werken: minder verzuim: een handleiding voor integrale gezondheidsbevordering op het werk,* Amsterdam. NIA.
- Kompier, M.A.J. & Marcelissen, F.H.G. (1990). *Handboek werkstress.* Amsterdam: NIA.
- Koopman-Iwema, A. (1986). *Automatiseren is reorganiseren:* Deventer: Kluwer bedrijfswetenschappen.
- Kwantes, J.H. & Hoogendijk, L. (1995). *De arbowet compleet.* Amsterdam: NIA.
- Lendfers, M., Nijhuis, F.J.N., de Jong, A. & Janssen, P.P.M. (1996). (in voorbereiding) *Bouwen aan gezonder werken: een voorbeeld van integrale gezondheidsbevordering in de bouw.* Den Haag: VUGA.
- Lourijzen, E.C.M.P., Gründemann, R.W.M. & Kompier, M.A.J. (1996). *Gezonder werken aan gezondheid: een voorbeeld van integrale gezondheidsbevordering in de gezondheidszorg.* Den Haag: VUGA.

- Maes, S. et. al. (1994). *Gezonder werken bij Brabantia: effecten van een totaal bedrijfsgezondheidsprogramma*. Den Haag: Sdu.
- Marcelissen, F. Madsen, A. & Schlatman, M. (1988). *Werkstress voorkomen en bestrijden: een inventarisatie van activiteiten in het Nederlandse bedrijfsleven*. Den Haag: Ministerie van SZW.
- Moorhead, G. & Griffin, R.W. (1995). *Organizational behavior*. Boston: Houghton Mifflin.
- Pelletier, K.R. (1993). *A Review and analysis of the health and cost effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite: 1991-1993 update*. American Journal of Health Promotion, 8(1), 50-62.
- Peterson, D. (1988). *Safety management. A human approach*. Goshen, NY: Aloran Inc.
- Ridley (1991): *Safety at work*. London: Butterworth.
- Smulders, P.G.W. & Veerman, T.J. (1993). *Handboek ziekteverzuim*. 's Gravenhage: Delwel.
- De Vries Griever, A.H.G., Bloemendaal, A., Blok, A.J., Grunveld, J.E. Jong, de M. & Ouwerkerk, R. van. (1994). *Op weg naar gezonde dienstroosters*. Utrecht: NZI.
- Weerdt, J. de & Burg, A., van (1991). *GVO in de arbeidssituatie: overzicht van activiteiten en effecten*. Utrecht: LC-GVO.
- Willemsen, M., Vasse, R. & de Vries, H. (1993). *Gezondheidsbevordering in de arbeidssituatie*. In: V. Damoiseaux, H.T. van der Molen & G.J. Kok, (Red.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: van Gorcum/Heerlen OU.
- Wynne, R. & Clarkin, N. (1992). *Under construction: building for health in the EC workplace*. Dublin: Loughlinston House.

DE RELATIE TUSSEN GEZONDHEIDSBEVORDERING OP DE WERKPLEK EN ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

Door H. Wiegel

Hans Wiegel was van 1977 tot 1981 Vice-Minister-president en Minister van Binnenlandse Zaken. Van 1982 tot 1994 was hij Commissaris der Koningin in de provincie Friesland. Momenteel is hij voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland.

De heer Wiegel schetst op basis van een kort overzicht van verleden, heden en toekomst van de ziektekostenverzekeringen welk belang zorgverzekeraars hadden en hebben bij het stimuleren van een in alle opzichten gezond werkklimaat. Dat doet hij in samenhang met de ontwikkeling van de sociale zekerheid.

In het onderdeel dat gericht is op de nabije toekomst brengt hij enkele trends in de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars in beeld; de fusies tussen ziekenfondsen, de schaalvergroting in de sector van de particuliere ziektekostenverzekeraars en het naar elkaar toegroeien van ziekenfondsen en particuliere verzekeringen. Ook de veranderende positie van de werkgever en de 'all-care' trend in de bedrijfstak komen aan bod. Tenslotte vraagt hij aandacht voor enkele onderwerpen die vanuit een maatschappelijk oogpunt zorgvuldige afweging verdienen.

Hoe was het

In de na-oorlogse ontwikkeling van Nederland in de richting van een verzorgingsstaat is in ons land, anders dan in de ons omringende landen, de sociale ziektekostenverzekering vanouds in opzet en uitvoering niet gekoppeld aan de ziektegeldverzekering.

Hoewel zowel de Ziekenfondswet als de Ziektewet werknemersverzekeringen zijn, geschiedt de uitvoering van beide wetten door verschillende organen. Weliswaar zijn er verbanden, met name doordat de premie grotendeels wordt geïnd door de bedrijfsverenigingen, maar niet zodanig dat de beide verzeke-

ringen kunnen worden gezien als communicerende vaten. De ontwikkelingen in beide sectoren van de sociale zekerheid werden niet financieel en beleidsmatig met elkaar in verband gebracht. De politiek verantwoordelijke organen (de wetgever) en de uitvoeringsorganen hadden daar simpelweg niet veel aandacht voor, laat staan dat ze er belang bij hadden. Dit geldt overigens niet alleen voor de relatie tussen Ziektewet en Ziekenfondswet, maar ook voor andere wettelijke inkomensdervingsverzekeringen als de AAW en WAO.

Binnen het domein van de ziektekostenverzekeringen kennen we het onderscheid tussen de wettelijke ziekenfondsverzekering, de publiekrechtelijke ziektekostenverzekering voor ambtenaren en de private of particuliere verzekering. Aanvankelijk bestonden tussen deze vormen grote verschillen. Niet alleen voor wat betreft de toegang en de wijze van premieheffing, maar ook in de sfeer van de aanspraken of vergoedingen. Niettemin stel ik vast dat er binnen deze drie vormen in ieder geval buitengewoon weinig was geregeld over aanspraken gericht op preventie; dat hadden deze drie vormen gemeenschappelijk.

Zowel in de privaatrechtelijke verzekering, waarbij de aanspraken zijn gebaseerd op de polis, als bij de sociale ziektekostenverzekering (de ziekenfondswet en de algemene wet bijzondere ziektekosten) is het recht op zorg of de vergoeding van de kosten van de zorg doorgaans beperkt tot de kosten van behandeling. De primaire verantwoordelijkheid voor de collectieve preventie ligt op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid bij de gemeenten. Soms is preventie in de sociale ziektekostenverzekering zelfs expliciet uitgesloten, zoals het preventief gebruik van bandages bij sportbeoefening. Anderzijds zijn preventieprogramma's ook niet geheel afwezig; hierbij kunnen we denken aan de periodieke controle bij de tandarts, de vaccinatieprogramma's, de gezondheidsvoorlichting en -opleidingsactiviteiten van de kruisorganisatie en de subsidieprogramma's op basis van de Wet Financiering Volksverzekeringen. Tenslotte wordt ook het bij wet ingestelde preventiefonds (in de toekomst ZON; Zorg Onderzoek Nederland, red.) voor een belangrijk deel financieel gevoed vanuit de AWBZ.

Terugkijkend stel ik vast dat de formele bevoegdheid en het belang van zorgverzekeraars om op grote schaal te investeren in preventieve activiteiten in het algemeen, en in gezondheidsbevordering op de werkplek in het bijzonder nogal beperkt was.

Hoe is het

Na anderhalf jaar paars kabinetsbeleid kunnen we constateren dat van de plannen van het vorige kabinet om te komen tot één ruime volksverzekering tegen ziektekosten niets meer over is.

In plaats daarvan is een ontwikkeling in gang gezet die de verschillende systemen naar elkaar laat toegroeien. Deze ontwikkeling wordt ook wel aangeduid als het streven naar convergentie. De noodzaak om het totale stelsel fundamenteel te herzien wordt veel minder aanwezig geacht dan de noodzaak om binnen de bestaande stelsels knelpunten op te heffen. Dat kan door convergentie, maar tegelijkertijd is ook het publieke debat gestart over de vraag of de huidige verdeling van de bevolking tussen ziekenfonds en particuliere verzekering nog wel correct is.

Als wij de bedrijfsvoering van de zorgverzekeraars bezien dan is een aantal belangrijke trends zichtbaar.

1. In de eerste plaats vond er sinds 1990 een omvangrijke fusiegolf plaats in deze sector. De ziekenfondsen hebben sinds 1 januari 1992 geen regionale monopolieposities meer en moesten vanaf dat moment onderling concurreren om de verzekerden. Dit heeft voor een belangrijke impuls tot schaalvergroting gezorgd, met als gevolg vele fusies tussen ziekenfondsen.
2. Ook in de kring van de particuliere ziektekostenverzekeraars is door fusie, samenwerking of afstoting van portefeuilles een proces van schaalvergroting in gang gezet. Tegelijkertijd zijn de beide segmenten, ziekenfonds en particulier, naar elkaar toe gaan groeien. Deze samenwerkingsverbanden maken op hun beurt weer deel uit van ondernemingen. Ondernemingen die overigens niet alleen een totaal verzekeringspakket bieden, maar soms ook door samenwerking met banken of andere financiële instellingen tot een concept komen waarbij totale financiële dienstverlening aan de klant kan worden aangeboden.
3. Naast de ontwikkeling naar totale financiële dienstverlening (all finance) lijkt ook nog een andere trend zichtbaar. Op basis van de recente ontwikkelingen in het publieke domein van de sociale zekerheid, in het bijzonder de wetten Terugdringing Ziekteverzuim/ARBO, de ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheid lijkt het erop dat er een grotere samenhang komt in de inkomensdervingsverzekeringen bij arbeidsongeschiktheid, de arbozorg en de ziektekostenverzekering. Deze ontwikkeling wordt in de bedrijfstak ook wel aangeduid als 'all care'.
4. Tenslotte wijs ik op de veranderende positie van de werkgever. In het verleden werden onderwerpen collectief op grond van volks- of werknemersverzekeringen geregeld. Binnenkort komen ze in het overleg met vakbonden over een CAO of met ondernemingsraden over de arbeidsvoorwaarden uitdrukkelijk aan de orde. Via collectieve contracten met verzekeraars zullen niet alleen de ziektekosten, maar ook ziekengeld en arbeidsongeschiktheidsregelingen tot stand komen.

Vooraf deze ontwikkelingen hebben geleid tot nieuwe, geïntegreerde producten van verzekeraars. Waarbij tussen verzekeraars onderling maar ook op het niveau van de assurantie-tussenpersonen stevig wordt geconcurrereerd.

Aan het begin van deze bijdrage constateerde ik dat de zorgverzekeraars traditioneel weinig initiatief ontwikkelden op het terrein van preventie en gezondheidsbevordering.

Echter, in samenhang met het toenemende belang van de werkgever als klant van de verzekeraars kan worden geconstateerd dat er de laatste jaren wel initiatieven zijn ontwikkeld; ontwikkelingen die er op wijzen dat het belang en de bereidheid van zorgverzekeraars om te investeren in Gezondheidsbevordering op de werkvloer toeneemt.

Zo zijn er verzekeraars die werkgevers fitnessprogramma's voor hun werknemers bieden met als doel de algemene lichamelijke conditie te verbeteren, en/of vormen van bedrijfsfysiotherapie. Ook zijn er initiatieven om de bestaande capaciteitsproblemen in de zorg, zoals het bestaan van wachtlijsten, te verminderen of op te lossen.

Daarmee is vanzelfsprekend in de eerste plaats het belang van de verzekerde gediend. Zijn gezondheidsprobleem dient zo snel als redelijkerwijs mogelijk is, adequaat te worden aangepakt. Door het verkorten van de behandeltijd, het voorkomen van zorg die onnodig en het stimuleren van een grotere doelmatigheid in de zorg kan een versnelde rentegratie in het arbeidsproces worden bevorderd.

Zorgverzekeraars hebben er zowel op bedrijfseconomische gronden als op basis van de wetgeving die ze uitvoeren belang bij de verleende zorg zo doelmatig en efficiënt mogelijk te laten zijn. Uit de Verenigde Staten waaiden ontwikkelingen als 'managed care' en 'disease management' over. Duidelijk is, dat men veel meer dan vroeger probeert samenhang in de zorgverlening te bewerkstelligen.

Hoe wordt het

Begin 1996 is de *Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsverplichting Bij Ziekte* door de Eerste Kamer goedgekeurd. De daarbij grotendeels opgeheven Ziektewet werd vervangen door een loondoorbetalingsverplichting van één jaar van de werkgever. De verantwoordelijkheid voor het ziekteverzuim komt zo veel meer dan in het verleden op het niveau van de ondernemingen te liggen. Daarmee komt de mogelijkheid voor een grotere samenhang tussen ziektekosten en ziekengeld binnen bereik.

Als gevolg van de *Wet Terugdringing Ziekteverzuim*, de wijzigingen in de Arbeidsomstandighedenwet en de opkomst van de arbodiensten is een sterk verhoogde aandacht voor het ziekteverzuim zichtbaar geworden.

Door het verhoogde financieel belang van de werkgever zijn bij het terugdringen van dit verzuim opvallende resultaten geboekt. Het belang van werkgevers, werknemers, arbodiensten en verzekeraars bij een goede beheersing van het ziekteverzuim neemt waarschijnlijk nog meer toe met de uitbreiding van de loondoorbetalingsverplichting tot één jaar. Absolute voorwaarde om dat beleid daadwerkelijk gestalte te geven is een goede preventie, onder meer door risicoanalyse, het stimuleren van gezond gedrag en het creëren van een goed werkklimaat.

De nieuwe ordening die zich aftekent vraagt van alle betrokkenen een verantwoorde opstelling. Voor een drietal onderwerpen vraag ik in het bijzonder de aandacht.

1. In de eerste plaats moeten we ervoor waken dat de nieuwe wetgeving er niet toe leidt dat de toegang tot de arbeidsmarkt voor mensen met een gezondheidsprobleem of -risico wordt belemmerd. Terecht vraagt onder meer de artsenorganisatie KNMG nadrukkelijk de aandacht voor dit aspect. Het is dan ook goed dat er rond de inhoud van bijvoorbeeld aanstellingskeuringen duidelijke protocollen tot stand komen die nauwkeurig afbakenen met welk doel de keuring wordt verricht, en welke conclusies aan het resultaat kunnen worden verbonden.
2. Een tweede aspect heeft te maken met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Van partijen mag worden verwacht dat bij het gebruik van gegevens, en in het bijzonder medische gegevens, de beschermingsregels van de Wet op de Persoonsregistraties en de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst in acht worden genomen. Voorkomen moet worden dat persoonsgegevens, anders dan met instemming van de betrokkene, voor andere doelen worden gebruikt dan waarvoor zij verzameld zijn.
3. Een derde belangrijk onderwerp is de afbakening van taken tussen enerzijds de behandelende sector (huisartsen, specialisten, fysiotherapeuten) en adviserend geneeskundigen, bedrijfsartsen en arbodiensten anderzijds. De hierboven geschetste ontwikkelingen leiden er ongetwijfeld toe dat de raakvlakken aanmerkelijk zullen toenemen. Op dit raakvlak moet het belang van de patiënt en diens bijzondere vertrouwensrelatie met de behandelend arts voorop staan. Als dit uitgangspunt in acht wordt genomen kan de samenwerking met respect voor ieders verantwoordelijkheden een duidelijke meerwaarde hebben.

Tot slot

Uit de weergegeven trends blijkt het grote belang van een goede samenhang tussen preventie, ziektekostenverzekeringen en inkomensdervingsverzekerin-

gen. De wijzigingen in de sociale zekerheid en in het stelsel van ziektekostenverzekeringen bieden zorgverzekeraars mogelijkheden en een belang om daadwerkelijk te investeren in een gezond werkklimaat. Investerings in het vóórkomen van een beroep op de zorg kunnen een belangrijke bijdrage leveren om de zorg waar nodig voor iedereen - werkend of niet-werkend, oud of jong - toegankelijk te houden.

VWS-BELEID IN PERSPECTIEF

Door Mw. drs. P.J.C. van den Broek

Arbeids- en organisatiepsychologe Petra van den Broek van het ministerie VWS was binnen het ministerie achtereenvolgens werkzaam in een functie bij het Directoraat-Generaal Welzijn en bij Volksgezondheid. Vanaf eind 1995 is zij daar beleidsmedewerker op de afdeling die zich met preventiebeleid bezighoudt.

Het verbeteren van de gezondheidstoestand van inwoners van Nederland is hoofddoelstelling van het ministerie van VWS. Een aanknopingspunt daarvoor is de werkplek.

In dit artikel merkt Petra van den Broek de kwaliteit van de arbeid, de leefstijl en het zorgsysteem aan als belangrijke en beïnvloedbare determinanten van gezondheid op de werkplek. Vervolgens bespreekt zij enkele voorbeelden van het VWS-beleid, voorzover dit betrekking heeft op de werkplek. In een beschouwing geeft zij verder het belang aan van samenwerking op het gebied van GBW tussen en binnen ministeries en met andere partners.

Voor een hoog werktempo moet je fit zijn

Inwoners van Nederland zijn gemiddeld gesproken gezond (RIVM 1993). Nederlandse werknemers zijn gemiddeld nog gezonder. Je moet ook wel fit zijn om het hoge werktempo aan te kunnen: de arbeidsproductiviteit in ons land is hoog, wat niet alleen aan technologische, maar ook aan persoonsgebonden factoren te danken is.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) draagt aan die arbeidsproductiviteit bij door middel van het beleid op het gebied van preventieve en curatieve zorg, welzijn en sport. Het primaat van het arbeidsomstandighedenbeleid ligt bij de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). De minister van VWS voert op dit terrein 'facetbeleid'; het gaat hier om een sectoroverschrijdend aspect van volksgezondheidsbeleid.

In dit artikel geef ik de overheidsvisie op dit onderwerp weer. Ik zal dat doen op persoonlijke titel en vanuit VWS-perspectief. De heer Laterveer geeft elders in deze bundel zijn visie op GBW vanuit het ministerie van SZW.

Leidraad van mijn verhaal is: welk beleid voert het ministerie van VWS op het gebied van gezondheidsbevordering op de werkplek?

Uitgangspunten en doelstellingen van VWS-beleid; gezondheid is een intrinsieke waarde.

Belangrijkste vindplaats voor een *beschrijving* van de huidige prioriteiten in het volksgezondheidsbeleid is de nota 'Gezond en wel' (Ministerie van VWS 1994). Deze nota kent een groot belang toe aan preventiebeleid. Hiermee zet de minister een trend voort die al eerder zichtbaar was in voorgaande nota's als 'Gezondheid met beleid' (Ministerie van WVC 1991) en de nota 'Preventiebeleid voor de Volksgezondheid' (Ministerie van WVC 1992). 'Gezond en wel' is gebaseerd op gegevens uit de 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning' (RIVM 1993), waarin de huidige gezondheidstoestand, trends uit het verleden en waar mogelijk verwachte toekomstige ontwikkelingen zijn beschreven.

Uitgangspunt voor het huidige beleid is, dat de inwoners van Nederland gemiddeld gesproken een goede gezondheid en hoge levensverwachting hebben. Dit brengt echter mee dat ook het aantal mensen met chronische aandoeningen en beperkingen stijgt: de laatste levensjaren worden veelal niet in goede gezondheid doorgebracht (RIVM 1993, p.34).

Een ander probleem is dat er aanzienlijke gezondheidsverschillen bestaan tussen mensen met hogere en lagere opleidings-, inkomens- en beroepsniveaus. Zo bedraagt het verschil in gezonde levensverwachting tussen mannen met een hogere en lagere opleiding zo'n 11 jaar (Mackenbach 1994).

Arbeid wordt naast het welvaartspeel en het onderwijsniveau beschouwd als één van de factoren die van invloed zijn op zowel gezondheid als welzijn.

De minister ziet gezondheid als een intrinsieke waarde; het verbeteren van de gezondheidstoestand van inwoners van Nederland staat centraal. Vanzelfsprekend draagt het ministerie ook bij aan kabinetstaken als terugdringen van het ziekteverzuim.

Verder geldt het adagium 'voorkomen is beter dan genezen'. De aandacht van VWS voor de preventie van ziekten is in de laatste jaren sterk toegenomen en dat weerspiegelt het groeiende gezondheidsbewustzijn in de samenleving.

Voor het kabinet is het verbeteren van de gezondheidstoestand *hoofddoel van het beleid* voor de volksgezondheid (ministerie VWS 1994). Om dit te bereiken streeft het ministerie naar het verlengen van de gezonde levensverwachting, het voorkomen van vermijdbare sterfte en het verhogen van de kwaliteit van leven van mensen met een langdurige ziekte of handicap.

Bij elk van deze doelstellingen moet het beleid erop gericht zijn om maatregelen te treffen op de plekken waar de meeste 'winst' kan worden behaald; het gaat daarbij in belangrijke mate om het bereiken van sociaal zwakkere groepen. Het meest effectief zijn naar verwachting maatregelen gericht op de pre-

ventie van longkanker, ongevallen, CARA, coronaire hartziekten, beroerte en infectieziekten.

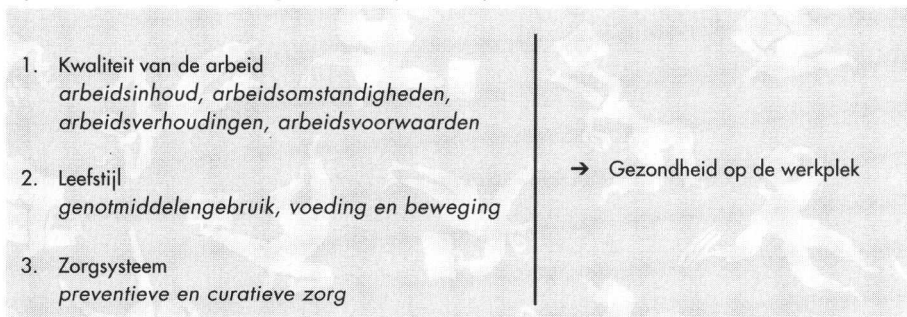
Aan de curatieve kant is één van de hoofdlijnen van beleid: het bevorderen van de doelmatigheid in de curatieve zorg. Onder andere houdt dit in dat het ministerie de positie van de huisarts als poortwachter van de zorg versterkt. Daarnaast streven we een verdergaande integratie van de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis na, en een intensivering van de intra- en extramurale zorg.

De relatie tussen arbeid en gezondheid

Het centrum GBW stelt in haar projectenplan 1996: 'Gezondheidsbevordering op de werkplek richt zich op het bevorderen van de gezondheid van mensen die werken, de kwaliteit van hun werkplek en de omstandigheden waaronder zij werken'. Het centrum kiest dus voor een brede benadering, waarbinnen niet alleen persoonsgebonden leefstijlfactoren maar ook de kwaliteit van de werkplek aandacht krijgt. De derde belangrijke factor is het zorg- en preventiesysteem dat de werknemer omringt. Deze drie factoren kunnen we zien als beïnvloedbare intermediairen voor een goede gezondheid.

In een eenvoudig schema ziet de relatie tussen arbeid, leefstijl en gezondheid er als volgt uit:

Figuur 1 Determinanten van gezondheid op de werkplek



Toelichting op figuur 1:

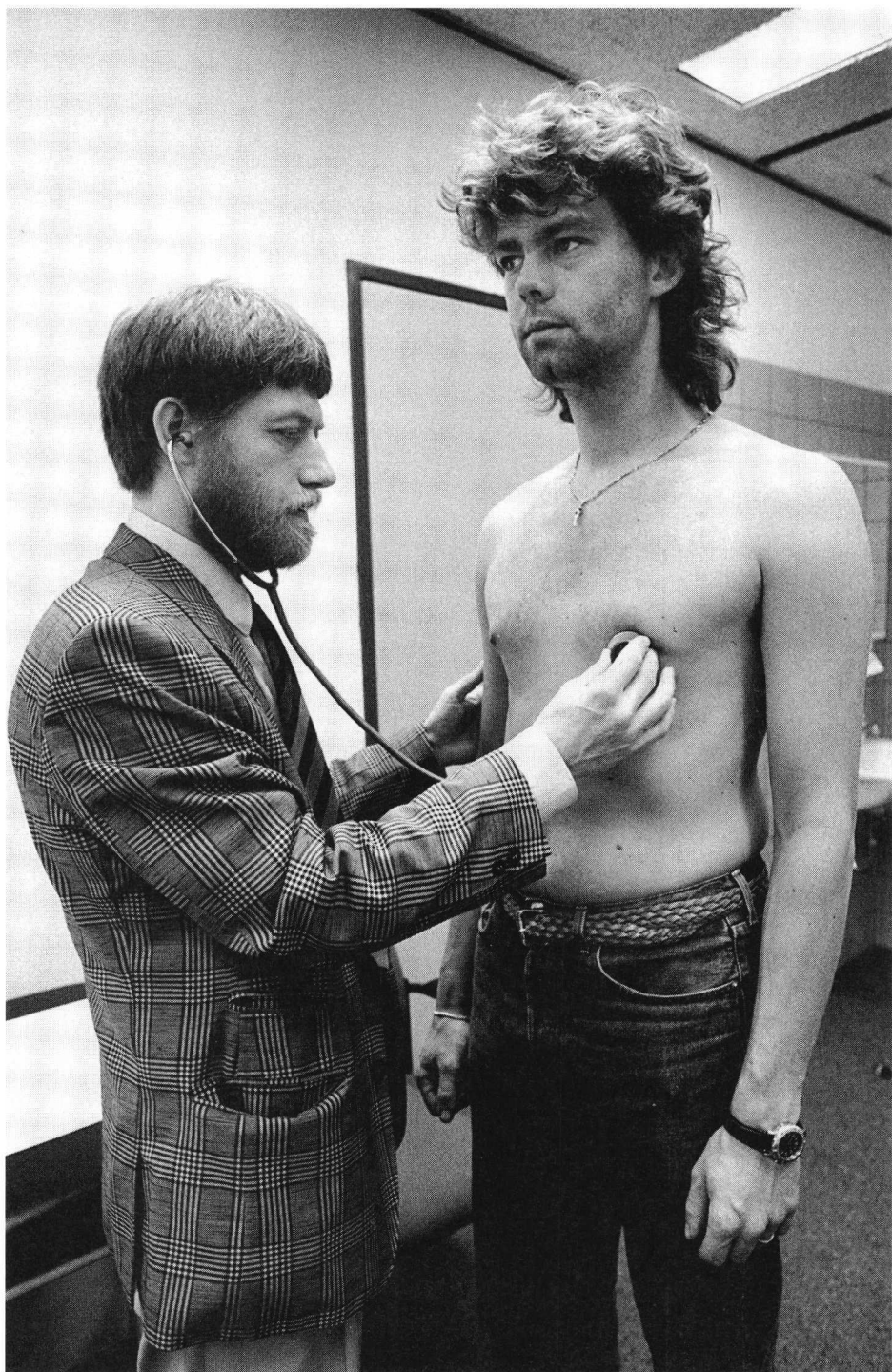
Dit schema geeft drie determinanten van gezondheid op de werkplek weer.

Ad 1. Aspecten van kwaliteit van de arbeid zijn:

- de arbeidsinhoud: soort taken, afwisseling, duur van de taken, lichamelijke en geestelijke belasting
- arbeidsomstandigheden: chemische, fysische en biologische omstandigheden
- arbeidsverhoudingen: sociaal klimaat, managementstijl
- arbeidsvoorwaarden: beloning, werktijden.

Ad 2. Bij leefstijl denken we aan voedselkeuze, gebruik van genotmiddelen en lichaamsbeweging, maar ook aan gedrag in het verkeer of op het werk.

Ad 3. Onder het zorgsysteem valt het totale gezondheidszorgsysteem op preventief en curatief gebied. Wat betreft preventie kunnen we denken aan zaken als gezondheidsvoorlichting, opsporing van ziekten en vaccinaties. De curatieve sector omvat alle activitei-



ten die gericht zijn op het herstel en de verzorging van hen die al patiënt zijn. Arbo-diensten kunnen ook worden gerekend tot het zorgsysteem.

‘Gezondheid op de werkplek’ tenslotte betreft de gezondheidstoestand van werknemers en valt grofweg in tweeën uiteen: de geestelijke en lichamelijke. Voor een omschrijving van het begrip ‘gezondheid’ wil ik terugvallen op de definitie van de World Health Organisation in 1948 : ‘Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity’.

Elk van de bepalende factoren van gezondheid op de werkplek kan een aangrijpingspunt zijn om de gezondheidstoestand van werknemers te bevorderen. Dat geldt voor afzonderlijke bedrijven, maar ook voor de overheid. De volgende paragraaf grijpt voor het beschrijven van overheidsmaatregelen op het schema in figuur 1 terug.

VWS en Gezondheidsbevordering op de werkplek

Bij elk van de drie hierboven genoemde determinanten van gezondheid op de werkplek speelt het ministerie van VWS een rol, zij het met verschillende intensiteit. Zoals ik in de inleiding aangaf, vallen de arbeidsomstandigheden onder de eerste verantwoordelijkheid van de Minister van Sociale Zaken. Het Ministerie van VWS houdt zich in eerste instantie met leefstijlfactoren en de preventieve en curatieve zorg bezig. In de organisatie en inhoudelijke ontwikkeling van de bedrijfsgeneeskundige zorg heeft daarentegen het ministerie van SZW het voortouw.

Wat is nu de kern van het beleid op het gebied van arbeid en gezondheid van VWS? Op de eerste plaats huldigen we het geheel in de tijdgeest passende uitgangspunt ‘werken is gezond’. Zo stelt de nota ‘Gezond en Wel’ (p. 8): ‘Het kabinet beoogt het aantal mensen met betaald werk te vergroten. Arbeids-participatie bevordert de maatschappelijke samenhang en heeft een gunstige invloed op gezondheid en welbevinden. Arbeidsparticipatie is de beste garantie voor maatschappelijke participatie’.

Dat werkloosheid sterk negatieve gevolgen voor de gezondheid heeft wordt ondersteund door een literatuuronderzoek van Wilson en Walker (1993). Hierin tonen Wilson en Walker onder andere aan dat voor werkloze mannen hogere mortaliteitscijfers gelden, voornamelijk veroorzaakt door zelfmoord en longkanker. Bij het bevorderen van de arbeidsparticipatie heeft VWS bijzondere aandacht voor chronisch zieken en gehandicapten. Voor hen kan arbeid een belangrijke bijdrage leveren aan het ‘doorbreken van de vicieuze cirkel tussen het niet hebben van betaald werk en het hebben van gezondheidsklachten’ (Ministerie van VWS 1995, p. 8). Ook het Ministerie van SZW onderschrijft dit. Het stelt onder meer: ‘de grotere verantwoordelijkheid van de werkgever voor

ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid mag er niet toe leiden dat mensen met een relatief hoog arbeidsongeschiktheidsrisico uit het arbeidsproces worden geweerd' (Ministerie van SZW 1995, p. 54).

Verder is VWS alert op mogelijk schadelijke invloeden van de arbeid (inhoud, omstandigheden, verhoudingen, voorwaarden) op de gezondheid. Dit krijgt zowel vorm in reactie op beleidsvoorstellen van andere departementen als in ondersteuning van gerichte projecten.

Voorbeelden van beleid

Veelal staat het stimuleren van projecten, onderzoeken en campagnes centraal, op andere punten is wetgeving een belangrijk beleidsinstrument.

Ik groepeer de voorbeelden van VWS-beleid op het gebied van GBW rond de determinanten die genoemd zijn in paragraaf 3: kwaliteit van de arbeid, leefstijl en het zorgsysteem.

Kwaliteit van de arbeid: het ministerie stimuleert veel onderzoek

Op het gebied van arbeidsomstandigheden en gezondheid stimuleerde het ministerie van WVC/VWS de afgelopen jaren verschillende onderzoeken. Daarbij was er in de meeste gevallen samenwerking met het ministerie van SZW. Zo heeft het ministerie onderzoeken mede-gefinancierd op het gebied van stress en fysieke belasting en naar sportblessures als oorzaak van ziekteverzuim. Ook wordt er in Europees verband onderzoek gedaan naar rentegratie van mensen met rugklachten.

Een aantal onderzoeken - waarvan enkele elders in deze bundel zijn beschreven - is onder gezamenlijke regie als 'voorbeeldproject' uitgevoerd. Het is de bedoeling om in de komende tijd de praktische winst die bedrijven met de resultaten van deze onderzoeken kunnen behalen over te dragen in de vorm van een werkboek.

Overigens: vanaf 1996 programmeert en financiert het ministerie het onderzoek niet meer rechtstreeks. Dit gaat nu via de organisatie Zorg Onderzoek Nederland (ZON). Zij coördineert en programmeert het VWS-budget voor projecten, experimenten en onderzoek.

De invloed van leefstijlen: roken, alcoholgebruik, beweging en voeding

De leefwijze - of leefstijl - van mensen draagt in belangrijke mate bij aan het voorkomen van de meeste ziekten uit de 'top-10 van verloren levensjaren' (RIVM 2003, p.111). Zo wordt aangenomen dat roken de belangrijkste determinant van longkanker is, dat roken, beweging, alcoholmisbruik en voeding een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van coronaire hartziekten en dat bij verkeersongevallen vaak alcohol en geneesmiddelen in het spel zijn.

Het ministerie draagt aan het bevorderen van een gezonde leefstijl bij door financiering van (projecten van) instanties die zich met leefstijlen in het alge-

meen en met aspecten van gezondheidsbevordering op de werkplek bezighouden. Voorbeelden zijn roken, alcoholgebruik, voeding en sport.

Roken is enerzijds te zien als leefstijlfactor (voor degene die rookt), anderzijds als arbeidsomstandigheid (voor degene die meerookt). De nadruk in beleid voor werknemers ligt op het laatste aspect.

Hierbij volgt de minister van SZW het uitgangspunt dat iedereen zijn werk moet kunnen doen zonder daarbij hinder, overlast of gezondheidsschade te ondervinden (artikel 3 en 4 van de Arbowet) en dat belangen van niet-rokers daarbij voorop dienen te staan. Werkgevers en werknemers in de Stichting van de Arbeid onderschrijven dit beleid.

Echter, de Arbowet legt de verantwoordelijkheid voor het voeren van een arbo-beleid, waaronder een rookbeleid, primair op ondernemingsniveau. In uiterste instantie kan een werknemer een klacht indienen bij de Inspectiedienst SZW. Onlangs is de minister van VWS een campagne begonnen ter verbetering van het naleven van het rookverbod in openbare gebouwen. Hierbij is er ook aandacht voor de positie van werknemers. Verder wil het ministerie de beschikbaarheid van tabak terugdringen en het rookverbod in openbare ruimten aanscherpen.

Wat betreft alcoholgebruik steekt het ministerie veel energie in grootschalige voorlichtingscampagnes, uitgevoerd door het bureau Alcohol Voorlichtingsplan. Het bureau Alcon heeft in opdracht van VWS voor bedrijven een programma opgezet dat helpt om een alcoholbeleidsplan op te zetten. Hierbij blijkt de werkplek een goede benaderingsplaats te zijn voor mensen met alcoholproblemen; hier kunnen mensen worden bereikt in een fase dat het alcoholprobleem nog niet zo groot is geworden dat werken niet meer mogelijk is. Op het gebied van voeding initieert het ministerie campagnes ter vermindering van vetconsumptie en ter bevordering van het groente- en fruitgebruik. Het Voorlichtingsbureau voor de Voeding, dat voor een gedeelte functioneert met een basissubsidie van VWS, adviseert onder meer bedrijfscaterers over gezonde voeding en voert projecten uit die gericht zijn op bedrijfsartsen.

De huidige minister en staatssecretaris van VWS hebben het stimuleren van sporten hoog in het vaandel staan. Een grootschalig project in dit verband is het NOC/NSF-project 'Nederland in Beweging'. Meer specifiek voor bedrijven is een onderzoek naar de invloed op de gezondheid van het fietsen in het woon-werkverkeer. Dit onderzoek is in samenwerking met het ministerie van Verkeer en Waterstaat gefinancierd. Praktisch afgerond is ook een onderzoek naar de financiële gevolgen van sportstimuleringsprogramma's door bedrijven. En verder is er tenslotte nog het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid dat per 1 januari 1996 is opgenomen in het NOC-NSF. Dit instituut voert 'Active Living' programma's uit die als doel hebben een meer actieve leefstijl te bevorderen bij inactieve werknemers.

Het zorgsysteem: streven naar doelmatigheidsverbetering, netwerkontwikkeling en kennisuitwisseling

Het systeem van preventieve en curatieve zorg is belangrijk voor de gezondheidstoestand van werknemers: het bepaalt bijvoorbeeld of, en na hoeveel tijd, mensen weer op hun werk kunnen verschijnen na ziekte. Wachtlijsten voor bepaalde behandelingen zouden bijvoorbeeld een langer dan noodzakelijk verzuim met zich meebrengen. Initiatieven om snellere medische hulp aan werknemers beschikbaar te stellen, kunnen echter leiden tot een 'gezondheidszorg van twee snelheden'.

Om ongewenste effecten daarvan te vermijden, heeft het ministerie van VWS samen met de KNMG medio december 1995 een conferentie georganiseerd, waarin met belanghebbenden is gediscussieerd over de voorwaarden waaronder eventuele snellere hulpverlening voor werknemers acceptabel zou kunnen zijn.

Doelmatigheidsverbetering, netwerkontwikkeling en kennisuitwisseling dragen bij aan het reduceren van wachttijden in de zorg (Ministerie van VWS 1994, p.33). Het ministerie van VWS spant zich in om juist langs deze weg de wachttijden te reduceren.

Toekomstig VWS-beleid: we blijven ons nadrukkelijk inzetten voor GBW

Welke beleidsvoornemens van VWS kan men voor de toekomst verwachten?

Op de eerste plaats blijft er nadrukkelijke aandacht bestaan voor gezondheidsbevordering op de werkplek bij het facet-beleid van VWS. Er zal daarbij intensiever worden samengewerkt door de departementen VWS en SZW.

Op de tweede plaats vraagt het ministerie in de onderzoeksprogrammering blijvend aandacht voor gezondheidsbevordering op de werkplek. Zoals gezegd zijn veel taken overgedragen aan de organisatie ZON, maar het ministerie wordt wel betrokken bij de programmering van diverse fondsen. Voor VWS is de relatie arbeid en gezondheid een belangrijk aandachtspunt in de programmering van de ZON. Hierbij denk ik bijvoorbeeld aan het op stapel staande programma 'Samenwerken bij sociaal-medische begeleiding' dat ten doel heeft de samenwerking tussen verzuimbegeleiders en behandelaars te bevorderen.

Binnen het programma 'chronische ziekten en pijnbestrijding' wordt een deelprogramma rond arbeidsgebonden problematiek opgenomen waarbinnen verbetering van de arbeidsparticipatie, de gezondheidsrisico's van arbeid en de ontwikkeling van (preventieve) interventies centraal staan.

Op de derde plaats zet het ministerie zich ook in internationaal verband nadrukkelijk in voor gezondheidsbevordering op de werkplek. 'Europa' is immers óók op dit terrein van steeds groter belang, bijvoorbeeld in het doorwerken van regelgeving, in onderzoek en bij voorlichtingsactiviteiten.

Beschouwing: De overheid trekt zich niet terug maar denkt mee

Mij viel bij het schetsen van het VWS-beleid inzake GBW een paar zaken op. Duidelijk blijkt bijvoorbeeld dat het huidige kabinet 'werk, werk, werk' voorop heeft staan: arbeid wordt als positieve zaak gezien, niet alleen uit financieel-economische motieven maar óók omdat het goed is voor de mens.

Echter, het feit blijft dat veel mensen niet participeren op de arbeidsmarkt omdat zij niet kunnen of hoeven te werken of omdat er voor hen simpelweg geen werk is. Eenzijdige nadruk op het belang van werk voor gezondheid en welbevinden brengt het gevaar met zich mee dat er aan andere mogelijkheden om te participeren in de samenleving minder belang wordt gehecht. Daarbij kunnen we denken aan zaken als vrijwilligerswerk, sociaal-cultureel werk en sportbeoefening. In het arbeidsomstandighedenbeleid wordt terecht de verbinding tussen gezondheid en welzijn gelegd in de slogan 'veiligheid, gezondheid en welzijn op de werkplek'. Ook het ministerie van VWS wil het beleid ter bevordering van de gezondheid breder aanpakken: eigenlijk gaat het om het bevorderen van gezondheid én welzijn. Waar het paarse kabinet de schuttingen tussen de departementen omver probeert te trekken, is het van belang dat dat ook binnen de ministeries gebeurt.

Overigens: er is een verschil in de gezondheidswinst die bedrijven kunnen behalen bij hun werknemers, en de gezondheidswinst die te halen is bij de Nederlandse bevolking in het algemeen. Arbeidsongeschiktheidscijfers geven aan dat de belangrijkste oorzaken van verzuim liggen op het gebied van psychische ziekten en ziekten van het bewegingsapparaat. Deze categorieën zijn samen verantwoordelijk voor tweederde van het ziekteverzuim. Maatregelen op deze terreinen hebben dan ook, uitgaande van de beïnvloedbaarheid van beide oorzaken, waarschijnlijk het grootste effect op het ziekteverzuim. Echter, Lourijsen en Gründemann (1991) constateerden bij een enquête onder 800 bedrijven dat bijvoorbeeld activiteiten op het gebied van stress - een belangrijke veroorzaker van ziekteverzuim op psychische gronden - slechts in beperkte mate plaatsvinden.

In het preventief gezondheidsbeleid van de bevolking als geheel staan leefstijlfactoren centraal, dus niet de psychische ziekten en ziekten van het bewegingsapparaat maar infectieziekten, coronaire hartziekten, longkanker en suikerziekte. Een voorbarige conclusie hieruit is, dat slimme werkgevers zich vooral moeten richten op de psychische en fysieke belastende factoren van de arbeidsplaats en dat het ministerie juist de leefstijl van mensen centraal moet stellen. Gelukkig is dit niet het geval. Werkgevers realiseren zich dat fitte werknemers 'langer meegaan' en VWS richt zich niet alleen maar op de ziekten waar volgens de statistieken de grootste theoretische gezondheidswinst te halen valt.

Tenslotte de rol van de overheid. De laatste jaren vormden termen als marktwerking, privatisering en deregulering de leidraad voor het overheidsfunctioneren. Dit is langzaam aan het veranderen: de beleidsopvatting lijkt nu meer in de richting van de overheid als 'meedenker' te gaan. Hierbij is de overheid geen eenzijdige voorschrijver van gedrag - maar zij trekt zich ook niet terug. Eerder is de overheid een initiator en stimulator van processen bij derden, zoals werkgevers en werknemers. Een en ander biedt volgens mij perspectief voor de toekomst, zeker op het gevoelige en op de persoon ingrijpende gebied van gezondheidsbevordering op de werkplek.

Literatuur

- Centrum gezondheidsbevordering op de werkplek (1995a). *Projectenplan 1995/1996*. Niet gepubliceerd.
- Centrum gezondheidsbevordering op de werkplek (1995). *Gezondheid werkt. Beknopte informatie over gezondheidsbevordering op de werkplek*. Den Haag, Centrum gezondheidsbevordering op de werkplek.
- Lourijzen, E. en Grundeman, R. (1991). Gezonde leefstijl bevorderen via de arbeidssituatie. *Tijdschrift gezondheidsvoorlichting*, jrg. 8 , nr. 9, p. 13-14.
- Mackenbach, J.P. (1994). *Ongezonde verschillen; over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland*. Assen, Van Gorcum.
- Ministerie SZW (1995). *Sociale nota 1996*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995-1996, 24 402, nr. 2.
- Ministerie VWS (1995). *Gezond en Wel. Volksgezondheidsbeleid 1995-1998*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 24 126, nrs. 1-2. Den Haag, STOA Uitgeverij Plantijnstraat.
- Ministerie WVC (1991). *Gezondheid met beleid. Nota gezondheidsbeleid 1992*. Tweede kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22 459, nr. 1. Den Haag, SDU Uitgeverij Plantijnstraat.
- Ministerie WVC (1992). *Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Praktische keuzen voor de jaren negentig*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993. 2284, nr. 1. Den Haag, SDU Uitgeverij Plantijnstraat.
- RIVM (1993). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. Den Haag, SDU Uitgeverij Plantijnstraat.
- Wilson, S.H. en Walker, G.M. (1993). Unemployment and health: a review. *Public Health*, 107, p.153-162.

GEZONDHEIDSBEVORDERING OP DE WERKPLEK: VISIE VAN SZW

Door drs. R. Laterveer

Bestuurs- en politiek socioloog Rob Laterveer is sinds 1 januari 1995 directeur Arbeidsomstandigheden bij het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Daarvoor was hij ruim vijf jaar districtshoofd van de Arbeidsinspectie in Breda.

De heer Laterveer gaat onder andere in op het doel van de directie Arbeidsomstandigheden van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW); zorgen voor kwalitatief goede arbeid en het voorkomen van uitval door arbeid.

Een aantal recente ontwikkelingen op het terrein van arbeidsomstandigheden resulteren erin dat werkgevers en werknemers in toenemende mate financieel gestimuleerd worden iets aan gezondheid en ziekteverzuim te gaan doen. Zij worden daar ook in toenemende mate verantwoordelijk voor gemaakt, terwijl de overheid zich terugtrekt op kerntaken. De overheid heeft zich ten doel gesteld randvoorwaarden te scheppen om de sociale partners in staat te stellen die verantwoordelijkheid te nemen. Via wetgeving en handhaving zorgt de overheid voor de spelregels.

Laterveer stelt dat gezonde werknemers voor bedrijven en maatschappij steeds belangrijker worden. De overheid heeft door middel van een aantal aanvullende regelingen echter ook oog voor mensen die minder gezond zijn en toch aan het werk willen.

De laatste jaren zijn er binnen arbeidsomstandigheden een aantal 'nieuwe' problemen aan de orde gekomen: met name op het gebied van werkstress en fysieke belasting. Via voorbeeldprojecten werd duidelijk dat een aanpak hiervan voor bedrijven financieel voordelig uitpakt. In de toekomst wil het ministerie via een netwerkgerichte aanpak arbeidsomstandigheden op branche-niveau meer onder de aandacht van de bedrijven brengen. De ontwikkelingen op het terrein van arbeidsomstandigheden zullen via een monitor-programma gevolgd worden.

Inleiding

Zoals in de bijdrage van het ministerie van VWS wordt opgemerkt is de gemiddelde Nederlandse werknemer een gezond persoon. Vanuit het werkkterrein van SZW moeten we regelmatig constateren dat dit niet alleen dankzij, maar vaak ook ondanks het werk is. Veel mensen worden ziek van hun werk. Dit is een probleem voor de hele maatschappij, omdat de kosten van sociale zekerheid en gezondheidszorg te hoog oplopen. Op het gezondheidszorg-deel gaat mevrouw Van den Broek van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in, elders in dit boek. Ik ga in op de arbeidscomponent.

Doelstellingen van het ministerie van SZW en enkele recente ontwikkelingen op het terrein van arbeidsomstandigheden

De hoofddoelstellingen van SZW zijn:

- Het bevorderen van deelname aan betaalde, kwalitatief goede arbeid. Verder probeert het ministerie de onvrijwillige uitval uit arbeid te voorkomen.
- Het waarborgen van een basisvoorziening ten aanzien van het inkomen zolang iemand onvrijwillig geheel of gedeeltelijk zonder arbeid is. Datzelfde geldt ook voor de periode nadat de pensioengerechtigde leeftijd is bereikt.

De bijdrage van de directie Arbeidsomstandigheden aan deze doelstellingen ligt met name op het terrein van kwalitatief goede arbeid en het voorkomen van uitval. Op het terrein van het arbeidsomstandighedenbeleid zijn een aantal trends zichtbaar:

- De overheid trekt zich terug op kerntaken: werkgevers en werknemers worden steeds sterker op hun eigen verantwoordelijkheid aangesproken
- Een beweging van tot in detail uitgewerkte normen naar meer globale normen
- In plaats van middelformulering (voorschrijven wat een bedrijf moet doen) kiest de overheid steeds meer voor doelformulering (voorschrijven welk doel een bedrijf moet bereiken)
- Kosten worden meer gelegd op de plaats waar ze gemaakt worden ('de vervuiler betaalt').

Deze trends resulteerden in een aantal (voorgenomen) wetsvoorstellen, c.q. -wijzigingen:

1. Recente wijzigingen van de Arbowet

Relatief nieuw zijn de verplichting tot het voeren van een ziekteverzuimbeleid en het opstellen van een risico-inventarisatie en -evaluatie met daaraan gekoppeld de 2/6-weken doorbetaling bij ziekte (sinds 1 januari 1994) en de aansluiting bij een gecertificeerde arbodienst (1 april 1996 resp. 1 januari 1998) (Riet Paap, 1994).

2. Nieuw Arbobesluit

Het nieuwe Arbobesluit, dat waarschijnlijk in de loop van 1996 van kracht wordt, gaat 35 'oude' veiligheidsbesluiten vervangen. In het Arbobesluit zijn de oude besluiten opgeschoond en worden de hierboven beschreven doelformulering en de meer globale normen concreet gemaakt (Boere, 1996).

3. Verdere maatregelen met de Ziektewet

Begin 1996 heeft het kabinet de doorbetalingsverplichting van twee/zes weken uitgebreid tot een heel jaar: de Wet Uitbreiding Loondoorbetaling Bij Ziekte (WULBZ).

4. WAO-maatregelen

De WAO-maatregelen van het vorige kabinet hadden tot gevolg dat werknemers minder makkelijk kunnen afvloeien naar de WAO, en dat meer voormalig WAO-ers nu op zoek zijn naar een baan.

5. SER-adviesaanvraag 'Heroriëntatie arbobeleid en arbowet'

Bovengenoemde trends hebben ook geleid tot een bredere heroriëntatie op het arbo-beleid en arbowet dan in de omschreven wetswijzigingen. Daarom gaat begin 1996 een adviesaanvraag naar de SER waarin voorstellen worden gedaan om het arbo-beleid en de arbowet te wijzigen.

Belangrijkste punten zijn: een verdere versterking van de ontwikkeling naar doelvoorschriften, meer maatwerk op bedrijfs- en bedrijfstakniveau en het invoeren van bestuurlijke boetes in het handhavingstraject (Ministerie SZW, 1996).

Aldus worden werkgevers én werknemers in toenemende mate financieel gestimuleerd iets aan gezondheid/ziekteverzuim te gaan doen. Zij worden daar ook in toenemende mate zélf verantwoordelijk voor gemaakt, terwijl de overheid zich terugtrekt op kerntaken.

Taken behorend tot de competentie van SZW

Iedereen weet inmiddels dat de overheid zich terugtrekt op kerntaken. Maar wat zijn dan die kerntaken op het terrein van arbeidsomstandigheden? In de Sociale Nota van 1996 staat: 'Hoewel de gedachtenvorming over de rol van de overheid nog niet is afgerond, bestaat er al wel consensus over de taken die in elk geval tot haar competentie blijven behoren:

- Het stellen van een algemene zorgplicht aan de werkgever.
- Het zorgen dat de kosten van slechte arbeidsomstandigheden en de baten van de verbetering op de juiste plaats terecht komen.
- Het bepalen van de belangrijkste spelregels, zoals de risico-inventarisatie en -evaluatie, de verplichte advisering door een arbodienst en de medezeg-

genschap van de werknemers.

- Het toezicht op de certificatie van arbodiensten.
- De zorg voor het op peil houden van de kennis-infrastructuur' (ministerie SZW, 1995).

De overheid heeft zich dus tot doel gesteld de randvoorwaarden te scheppen om het de sociale partners mogelijk te maken hun eigen verantwoordelijkheid te nemen. De spelregels, neergelegd in de Arbowet en het arbobesluit, zijn een belangrijk onderdeel daarvan. Door deze wetgeving waarborgt de overheid een minimumniveau van arbeidsbescherming voor iedereen. Door middel van handhaving door de inspectiedienst I-SZW van het ministerie (voorheen de Arbeidsinspectie) zorgt het ministerie voor controle op de wetgeving.

Gezonde werknemers zijn van groot belang. Zowel voor de maatschappij als voor de individuele bedrijven. Gezonde werknemers vertegenwoordigen een economische waarde. Het kabinet streeft naar een gezonde bevolking. Het primaat hiervoor ligt bij het ministerie van VWS. Het ministerie van SZW draagt bij door met name het gezond houden van de *werkende* mens door middel van het verbeteren van arbeidsomstandigheden. De winst, die te halen is uit verbetering van de arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen, arbeidsinhoud en arbeidsvoorwaarden, is aanzienlijk.

Meest in het oog springend en daarom ook belangrijkste aangrijpingspunt van de financiële prikkels is het ziekteverzuim. Uit onderzoek blijkt dat alleen al het aandacht besteden aan arbeidsomstandigheden leidt tot een lager verzuim. Werknemers die zich serieus genomen voelen, voelen zich meer betrokken bij het bedrijf en verzuimen daardoor minder.

Naast winst door verzuimreductie is motivatie van werknemers en minder verloop een belangrijke reden iets te doen aan arbeidsomstandigheden. De brede definitie van de World Health Organisation dat gezondheid niet slechts het ontbreken van ziekte (en dus ziekteverzuim) is, maar een toestand van totaal lichamelijk, mentaal en sociaal 'wel'-zijn sluit hierbij goed aan. Een gezonde werknemer is meer dan een werknemer die alleen maar 'niet ziek' is. De aspecten motivatie en verloop worden wel vaak genoemd, maar nog maar zelden is in onderzoek aangetoond, dat dit effect ook daadwerkelijk optreedt. Daarom is in opdracht van het ministerie onderzoek gaande naar dit aspect. In dit onderzoek wordt geprobeerd een prijskaartje te hangen aan deze 'winst-posten' (Konings, 1995). Recent is nog een aspect naar boven gekomen dat bij kan dragen tot het 'verdiene' op het verbeteren van arbeidsomstandigheden. Een gezonde en gemotiveerde werknemer is namelijk ook een meer innovatieve werknemer. Versterking van het innovatievermogen via het verbeteren van arbeidsomstandigheden blijkt een reële optie (Dhondt, 1996).

Selectie op gezondheid is onwenselijk

Het door de werkgever laten betalen van loon bij ziekte heeft in de afgelopen twee jaar ook geleid tot het zogenaamde 'selecteren bij de poort'. Werkgevers laten in toenemende mate sollicitanten medisch keuren en nemen minder snel iemand aan waarbij ook maar enige twijfel bestaat over zijn of haar gezondheid. Dit is een onwenselijke ontwikkeling. Het selecteren op gezondheid leidt tot een groep mensen die niet aan de bak komen; niet en in de naaste toekomst niet.

Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is zich hiervan bij het ontwerpen van de maatregelen wel degelijk bewust geweest. Tegelijk met het afschaffen van de malus-regeling (de boete voor werkgevers waarvan werknemers in de WAO terechtkomen) werden er regelingen van kracht om de reïntegratie van chronisch zieken en (ex-)WAO-ers te bevorderen. (Wet AMBER, Afschaffing Malus en Bevordering Reïntegratie).

In deze wet zijn financiële prikkels voor zowel werkgevers als werknemers gericht op het behoud of aanvaarding van werk geregeld. Op grond van al bestaande regelingen is subsidie voor het aanpassen van werkplekken mogelijk. Verder is in de WULBZ geregeld dat (ex-)WAO-ers twee jaar lang wél een ziekte-uitkering betaald krijgen.

Het ministerie van SZW zorgt via subsidie voor deskundigheidsbevordering op het gebied van chronisch zieken. Dit doet zij via de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ). Uit onderzoek is bijvoorbeeld bekend dat chronisch zieken en (ex-)WAO-ers vaak juist een laag ziekteverzuim hebben.

Tenslotte is vanuit het ministerie van SZW gestimuleerd dat de sociale partners, patiënten- en consumentenorganisaties en de medische beroepsgroepen zelf afspraken hebben gemaakt omtrent het hanteren van aanstellingskeuringen. In juli 1995 heeft dit geresulteerd in een, door alle partijen onderschreven, protocol. In 1997 zal een evaluatie van dit protocol plaatsvinden.

Activiteiten op het GBW-terrein van het ministerie; voorbeeldprojecten

Van oudsher lag bij het ministerie van SZW meer nadruk op arbeidsomstandigheden in 'engere' zin: vooral op het terrein van veiligheid en gezondheid voor zover het chemische en fysische belasting betrof. In historisch perspectief was dit logisch, daar lagen immers de grootste problemen. De grootste winst was te halen bij het veiliger en gezonder maken van de werkplek. En er is ook veel winst gehaald in de afgelopen honderd jaar! Echter, door het weghalen van de risico's op deze gebieden en door allerlei andere ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, zoals de steeds maar toenemende produktiestijging, kwamen er 'nieuwe' arboproblemen naar boven. Zoals bijvoorbeeld werkstress en fysieke belasting.

Bij deze 'nieuwe' arboproblemen bleek de interactie tussen thuis en werk veel

groter dan in de meer traditionele onderwerpen. Dit was (en is) ook heel sterk de perceptie van werkgevers: werknemers zouden 'medeschuldig' zijn aan hun ziekworden. Een bredere aanpak bleek nodig.

Een aantal jaren geleden heeft het ministerie van SZW (samen met WVC/VWS en de arbeidsongeschiktheidsfondsen) daarom opdracht gegeven voor een aantal voorbeeldprojecten, waarbij meer aandacht is voor deze brede aanpak. (Zie voor een beschrijving van één van deze projecten het artikel van Peter Janssen et.al.)(Maes, 1994).

Naast het uitgebreid kijken naar de arbeidscomponent en wat daar aan verbeterd kon worden zijn in deze projecten ook leefstijlaspecten behandeld. Cursussen stressmanagement, betere ziekteverzuimbegeleiding, stoppen met roken, en verder meer aandacht voor communicatie, gezondere voeding en meer bewegen zijn voorbeelden daarvan. En het blijkt te werken! De deelnemende bedrijven gaven een duidelijke daling van het ziekteverzuim te zien. Zelfs zò'n sterke daling dat de kosten-batenverhouding positief uitvalt. De stelling 'er is geld te verdienen met het verbeteren van arbeidsomstandigheden' blijkt bij deze projecten inderdaad waar te zijn.

De positie van SZW in de toekomst; de rol van katalysator

Zoals ik hiervoor heb geschetst vindt de overheid dat de verantwoordelijkheid voor het verbeteren van arbeidsomstandigheden primair bij de actoren ligt.

Daarbij is het te verwachten dat werkgever(sorganisaties) en werknemers(orga-nisaties) vooral op branche-niveau invulling gaan geven aan deze verbeteringen. Uit gevoerde discussies met de sociale partners blijkt vaak dat zij wel bereid zijn stappen te zetten op het gebied van het verbeteren van arbeidsom-standigheden, maar vaak in een rituele herhaling van standpunten tegenover elkaar blijven hangen. Een derde partij is dan nodig om ontwikkelingen te blijven stimuleren en de partijen met elkaar in gesprek te blijven houden.

De overheid wil waar nodig deze rol van katalysator vervullen. Via een zoge-noemde 'netwerkgerichte aanpak' hoopt de overheid initiatieven in de goede richting te ondersteunen (Bosch, 1995).

De eerste stappen zijn gezet, de voorbeelden gegeven, nu moet het op de werkplek voortgezet worden! De betrokken onderzoekers hebben een stappenplan voor een integrale benadering van 'gezond werken' uit de projecten gedestilleerd in het boek 'Gezonder werken, minder verzuim', dat in 1996 uit zal komen bij het NIA (Janssen, 1996). Arbodiensten en bedrijven kunnen met dit boek gezamenlijk aan het werk om de arbeidsomstandigheden te verbeteren.

Monitor

Ondertussen is de overheid dit jaar begonnen met het ontwikkelen van een monitor op het gebied van arbeidsomstandigheden.

Wat is een monitor? In officiële termen is een monitor een cijfermatig instrument dat gericht die elementen in de beleidsomgeving bewaakt die de gebruiker van de monitor kritiek acht voor de realisatie van die beleidsdoelstellingen van SZW waarvoor hij/zij verantwoordelijk is.

Kort en simpel gezegd: we houden de cijfertjes in de gaten. Hoeveel mensen staan er bloot aan schadelijk geluid? Hoeveel beroepsziekten komen er voor? Wat is het ziekteverzuim? Deze cijfers geven voor het ministerie aan of we op de goede weg zijn. En dus komen we er zo achter of onze maatregelen het effect sorteren dat we willen. Als dit wel het geval is kunnen we door op de ingeslagen weg. Is dit niet zo, dan kunnen aanpassingen gepleegd worden. Waarna ook dat weer gemonitord kan worden.

Voor wat betreft leefstijlaspecten voert SZW overigens geen specifiek beleid; voor roken en alcohol geeft de Arbowet voldoende aanknopingspunten. Voor het overige komt de stimulans voor de bedrijven uit de financiële prikkels. De arbodiensten kunnen hierin een ondersteunende rol spelen.

Slotbeschouwing

Werk is goed voor de mens. Werkende mensen zijn in het algemeen gezonder dan niet-werkende mensen. Werk zorgt ervoor dat je je betrokken voelt bij de maatschappij, en het zorgt voor een hogere zelfwaardering. Maar zoals ik al schetste: werk kan ook ongezonde aspecten hebben. Alle berichten lijken er soms op te wijzen dat dit de overheid steeds minder kan schelen. Dat laatste is echter niet het geval!

Wel heeft het ministerie van SZW geleerd van het verleden. De moderne maatschappij vraagt om een overheid die niet meer alles precies aan bedrijven voorschrijft. Werkgevers en werknemers moeten het verbeteren van arbeidsomstandigheden in hun eigen bedrijf meer als hun eigen verantwoordelijkheid voelen en ook de vruchten ervan zelf kunnen plukken. Anders zijn er in een bedrijf altijd belangrijker zaken die eerst de aandacht vragen.

Een andere aanpak is dus nodig. De eerste stappen zijn gezet, werkgevers zijn meer verantwoordelijk gemaakt, ook financieel. De regels worden in de naaste toekomst duidelijker in het nieuwe arbobesluit. En verder wordt veel gedaan aan het werkelijk laten slagen van nieuw beleid. Gezamenlijk zullen al deze nieuwe wegen leiden tot betere arbeidsomstandigheden in bedrijven.

Literatuur

- Boere, mr. A.H.M. en mw.mr. T.C. Hoogvliet (1996), *Voorstel Arbobesluit*, Samsom uitgeverij, Alphen aan den Rijn.
- Bosch, L.H.M. en E.T.M. te Brake (1995), *Netwerkgerichte aanpak op het gebied van fysieke belasting en stress*, VUGA uitgeverij, Den Haag.
- Dhondt, Steven et.al. (1996), *Innovatie en arbeid*, VUGA uitgeverij, Den Haag.
- Elderen, T.M.T. van et.al (1995), *Chronisch zieken (on)beperkt aan het werk*, VUGA uitgeverij, Den Haag.
- Janssen, P. et.al. (1996), *Gezonder werken: minder verzuim*, een handleiding voor integrale gezondheidsbevordering op het werk, NIA, Amsterdam.
- Konings, J. de et.al. (1995), *Economische aspecten van arbeidsomstandigheden*, VUGA uitgeverij, Den Haag.
- Maes, S. et.al. (1994), *Gezonder werken bij Brabantia*, SDU Uitgeverij Plantijnstraat, Den Haag.
- Ministerie SZW (1995), *Sociale Nota 1996*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1995-1996, 24 402, nr. 2.
- Ministerie SZW (1996), *SER adviesaanvraag Heroriëntatie Arbobeleid en Arbowedet*, 1996.
- Riet Paap, mr. K.W. van (1994), *Arbidsomstandighedenwet*, Tjeenk Willink, Zwolle.

DE UITVOERING VAN EEN INTEGRAAL GEZONDHEIDSBEVORDERINGSPROGRAMMA: DE NOODZAKELIJKE DESKUNDIGHEDEN

Door Prof. dr. F.J.N. Nijhuis

Frans Nijhuis is vanaf 1980 in dienst bij de Faculteit der Gezondheidswetenschappen (vakgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg) van de Rijksuniversiteit Limburg. Sinds 1 juli 1994 is hij buitengewoon hoogleraar op het gebied van arbeid en gezondheid. Hij is voorzitter van het bestuur van het instituut 'Health' en leider van de divisie 'Work and Health'.

Binnen de divisie 'Work and Health' wordt ondermeer onderzoek gedaan naar ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie. Ook is hij programmaleider van het onderwijsprogramma 'Arbeid en Gezondheid' binnen de Faculteit der Gezondheidswetenschappen en programmadirecteur van een post-hogere opleiding 'Arbeids- en Organisatiedeskundige Arbodienst'.

Bij de preventie van verzuim en arbeidsongeschiktheid wordt het steeds belangrijker om te kiezen voor een brede gezondheidkundige benadering. Een dergelijke integrale GBW-benadering kan gericht zijn op zowel werkgerelateerde als leefstijl-gerelateerde factoren die de gezondheid, veiligheid en het welzijn positief dan wel negatief beïnvloeden.

De uitvoering van een integraal gezondheidsbevorderingsprogramma overstijgt de deskundigheden van de individuele professionals die op het gebied van arbeid en gezondheid werkzaam zijn. Vandaar dat een goede coördinatie en afstemming van activiteiten van de diverse arbo-deskundigen noodzakelijk is. Daarnaast beschrijft Frans Nijhuis dat, gezien de brede aanpak en de gerichtheid op de verandering van zowel de werkomgeving als het gezondheids- en veiligheidsgedrag, een planmatige aanpak noodzakelijk is.

De zorg voor gezondheid, veiligheid en welzijn moet een permanent karakter krijgen. Het is belangrijk dat werknemers en andere betrokkenen daartoe worden gemotiveerd.

Praktijk-onderzoek heeft laten zien dat een dergelijke integrale aanpak niet alleen succes heeft met betrekking tot het vergroten van de aandacht voor gezondheid, veiligheid en welzijn, maar ook kosten-effectief kan zijn.

Inleiding: Verzuim en ongevallen hebben meestal niet één enkele oorzaak

Waarschijnlijk worden in bedrijven steeds meer activiteiten ondernomen om te voorkomen dat werknemers onnodig uitvallen door ziekte of ongeval (Vijgen, 1995). Eerst waren de activiteiten gericht op een betere begeleiding bij en controle van het verzuim. In tweede instantie zullen, zoals nu ook bij een aantal bedrijven daadwerkelijk gebeurt, meer omvangrijke programma's ontwikkeld worden. Het gaat hier om programma's die zijn gericht op de preventie van ziekte, niet-welbevinden en ongevallen, en op het bevorderen van veiligheid, gezondheid en welzijn.

Verzuim en ongevallen hebben meestal niet één enkele oorzaak, dat is het uitgangspunt bij deze laatste groep programma's. Een groot aantal factoren speelt tegelijkertijd een rol. Dit kunnen factoren zijn in de arbeids- of privé-situatie, maar ook de wijze waarop de gezondheidszorg georganiseerd is (wachtijden bijvoorbeeld) kunnen een rol spelen.

Een groot aantal onderzoeken liet zien dat organisatie- en werkgebonden factoren een belangrijke bijdrage leveren aan de omvang van het verzuim en het arbeidsongeschiktheidsrisico (Philipsen, 1969; Nijhuis en Soeters, 1982; Grosfeld, 1988; Smulders en Veerman, 1993). Daarnaast zijn individuele factoren en leefstijlkenmerken (ik noem hier roken, conditie, gewicht, coping-stijl) van invloed op het ontstaan van verzuim en arbeidsongeschiktheid (Schröer e.a., 1983; Schalk, 1989; Bertera, 1991).

Effectief beleid gericht op het verminderen van het verzuim en arbeidsongeschiktheidsrisico vraagt daarom om een benadering die is gericht op verbeteringen in de werksituatie en op de wijze waarop werknemers met hun gezondheid omgaan. Dergelijke benaderingen kunnen getypeerd worden als integrale gezondheidsbevorderende programma's.

Kosten-baten analyses hebben laten zien dat dergelijke programma's aanzienlijk meer opleveren dan dat zij kosten (Lendfers e.a, 1996; Lourijssen e.a, 1996; Cooper and Liukkonen, 1996). Daarmee kunnen deze gezondheidsbevorderende programma's een belangrijke factor worden voor organisaties bij de beïnvloeding van verzuim en arbeidsongeschiktheid. Bovendien komt deze vorm van integrale gezondheidsbevorderingsprogramma's tegemoet aan de kritiek die vooral geuit wordt op de klassieke Japanse en Amerikaanse Health Promotion programma's gericht op de werkplek. Deze Amerikaanse en Japanse programma's zijn vooral gericht zijn op de individuele leefstijl, op het gedrag van de werknemer zelf en houden geen rekening met de belasting door de arbeidssituatie. Terwijl bekend is dat specifieke belastingsfactoren in de arbeidssituatie een verhoogd verzuim- en arbeidsongeschiktheidsrisico met zich meebrengen en dat er interacties aanwezig zijn tussen bepaalde leefstijlen en een belasting in de werksituatie. Zo blijkt bijvoorbeeld het alcoholgebruik toe te

nemen narmate de eigen werkzaamheden meer als stressvol ervaren worden (Vasse, 1996).

Een dergelijke integrale benadering vraagt, afhankelijk van de beoogde interventie, om diverse deskundigheden. Daarvoor is de inzet noodzakelijk van een groot aantal deskundigheden die op de een of andere manier betrokken zijn bij veiligheid, gezondheid en welzijn in de arbeid. Daarbij kan ondermeer gedacht worden aan: personeelsconsulenten, bedrijfsmaatschappelijk werkers, veiligheidskundigen, arbeidshygiënisten, ergonomen, bedrijfsverpleegkundigen, bedrijfsartsen en arbeids- en organisatiepsychologen, fysiotherapeuten en aan artsen binnen de curatieve zorg (huisartsen, specialisten).

Integrale gezondheidsbevorderingsprogramma's vragen om een adequate afstemming en integratie van de benodigde deskundigheden. Arbodiensten zijn in staat om deze diverse deskundigheden te leveren en zorg te dragen voor de noodzakelijke coördinatie van de diverse activiteiten. In dit hoofdstuk zal, aan de hand van enkele praktijk-voorbeelden, ingegaan worden op de mogelijke bijdragen vanuit die deskundigheden met betrekking tot de bevordering en bescherming van veiligheid, gezondheid en welzijn in de arbeid en de samenwerking tussen deze diverse deskundigen.

Object van verandering

Gezondheidsbevordering op de werkplek betekent dat de omstandigheden waaronder gewerkt wordt op een zodanige wijze worden vormgegeven, dat deze de veiligheid, gezondheid en het welzijn niet schaden. Waar mogelijk leiden zij zelfs tot een verbetering van veiligheid, gezondheid en welzijn (Nijhuis, 1995). Tegelijkertijd wordt door middel van gezondheidsbevordering getracht het gedrag en de verantwoordelijkheid van werknemers met betrekking tot hun eigen veiligheid, gezondheid en welzijn te veranderen, leidend tot een bescherming en bevordering hiervan; óók buiten de werksituatie.

Deze doelstelling kan naar een groot aantal activiteiten verwijzen; direct aan de arbeidssituatie gerelateerde activiteiten, maar ook activiteiten die daar slechts indirect aan gerelateerd zijn. Activiteiten die gevraagd worden van de werkgever maar óók van de werknemer.

Schematisch worden voorbeelden van dergelijke veranderingsactiviteiten binnen een geïntegreerd gezondheidsbevorderingsprogramma samengevat in figuur 1.

Figuur 1. Veranderingsactiviteiten van een geïntegreerd gezondheidsprogramma

	Gerelateerd aan de arbeidssituatie	
	Direct	Indirect
werkgever	Vergroten zorg voor VGW tot uitdrukking komend in onder meer: - vermindering van de belasting in de werksituatie - reïntegratie-activiteiten - vergroten veiligheidsmaatregelen - verbetering van de organisatie	Creëren van voorzieningen om veiligheid, gezondheid en welzijn (VGW) te beschermen en te bevorderen, door onder meer: - rookbeleid - alcoholbeleid - kantinebeleid (voeding) - ondersteuning leefstijlprogramma's
werknemer	Vergroten zorg voor de eigen VGW, door onder andere: - herkennen van belastende factoren - voorkomen overbelasting - aanleren van vaardigheden en werkwijzen - signaleren van onveilige en ongezonde situaties - gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen	Beïnvloeden van eigen gezondheidsgedrag: - leefstijl (voeding, roken, alcohol) - omgaan met stress - beperking risico-gedrag (veiligheidsnormen)

Zoals uit figuur 1 blijkt is er een grote variatie in beïnvloedbare aspecten en factoren. Het is dus duidelijk dat interventies met betrekking tot die genoemde aspecten en factoren door verschillende deskundigheden vormgegeven moeten worden. Tegelijkertijd vraagt een dergelijk programma om een afstemming tussen die activiteiten. Ook moet er sprake zijn van een visie en beleid vanuit de werkgever of de organisatie om het gezondheidsbevorderingsbeleid in het bredere organisatie-beleid te integreren.

Relevante deskundigheden voor GBW-programma's

De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van een GBW-programma ligt uiteindelijk bij de werkgever. Die kan zich daarin bij laten staan door een aantal deskundigen. Deze deskundigen kunnen binnen het eigen bedrijf aanwezig zijn, kunnen werkzaam zijn bij een arbodienst of kunnen afkomstig zijn uit andere organisaties (brancheverenigingen, gespecialiseerde bureau's en dergelijke).

Deskundigen uit het eigen bedrijf

Welke deskundigheden binnen een organisatie afwezig zijn hangt onder meer af van de omvang van de organisatie. In dit kader zullen een aantal relevante deskundigheden op het arbo-terrein beschreven worden. Indien deze deskundigheden niet binnen de eigen organisatie aanwezig zijn kunnen deze deskundigheden via bijvoorbeeld een arbodienst aangetrokken worden.

Veel activiteiten met betrekking tot de coördinatie van een GBW-programma kunnen gedaan worden door bijvoorbeeld een (van de) *stafmedewerkers personeels- of sociaal beleid*. Deze moet zorg dragen voor een adequate afstemming van de diverse activiteiten, bewaakt de uitvoering van de diverse programma-onderdelen en draagt zorg voor de voorlichting aan werknemers.

Integrale GBW-programma's hebben ook betrekking op structurele verbeteringen in de werksituatie. Daarvoor kan gebruik gemaakt worden van een *arbeids-hygiënist*, die specialist is in werkplekonderzoek (onder andere met betrekking tot geluid, klimaat en chemische stoffen) en de veiligheidskundige.

In de afstemming tussen de specifieke eisen die de werkplek stelt en de belastbaarheid van de werknemer kan de ergonoom een belangrijke functie vervullen.

Deskundigen uit de arbodienst

Arbodiensten zijn gecertificeerde diensten die op basis van een contract specifieke diensten leveren aan organisaties. Er is een minimaal pakket waarvoor de werkgever in elk geval een contract met een arbodienst moet afsluiten:

1. Het ondersteunen bij de risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E).
2. Ondersteuning bij de begeleiding van zieke werknemers.
3. Uitvoeren van periodiek medisch onderzoek.
4. Het houden van een bedrijfsgezondheidskundig spreekuur.
5. Het adviseren en samenwerken met betrekking tot en waar nodig uitvoeren van maatregelen gericht op de bescherming en bevordering van de veiligheid, gezondheid en het welzijn van werknemers.

Op basis van deze taken moet de arbodienst de factoren inventariseren die leiden tot aantasting van de gezondheid, veiligheid en welzijn. Vanuit preventief oogpunt heeft de arbodienst de mogelijkheden om gezondheidsbevorderende activiteiten te initiëren, uit te voeren of te coördineren. Vanuit de arbodienst is onder meer de bedrijfsarts in staat aan te geven in hoeverre de arbeidssituatie gezondheidsbedreigend is, maar ook in hoeverre de werknemer door zijn eigen handelen en gedrag zijn gezondheid kan bevorderen. De arbodienst kan daardoor een spilfunctie in het ontwikkelen en uitvoeren van GBW-programma's. Dat wil echter niet zeggen dat zij op dit moment ook over alle deskundigheden beschikt om de diverse GBW-programma-onderdelen ook zelf uit te voeren. Zij is echter wel in staat om de noodzaak van - en behoefte aan - GBW-programma's te inventariseren en om samen met de organisatie het GBW-programma vorm te geven.

Binnen de arbodienst zijn tenminste vier deskundigheden aanwezig die een bijdrage kunnen leveren aan een GBW-programma, namelijk:

- De *bedrijfsarts* en/of *verzekeringsarts*, die vaak een coördinerende functie heeft voor de verschillende activiteiten vanuit de arbodienst naar het bedrijf.
- De *arbeids- en organisatiekundige*, die vooral deskundig is op het terrein van verzuimanalyse, -beheersing en -preventie, op het gebied van de arbeidsinhoud en arbeidsorganisatie en bovendien beschikt de A&O-deskundige over kennis en vaardigheden op het gebied van onderzoek, projectmanagement en implementatie- en veranderingsstrategieën.
- De *arbeidshygiënist* en *veiligheidskundige*.

Vaak zijn binnen de arbodienst ook *bedrijfsverpleegkundigen* aangesteld die onder meer de bedrijfsarts kunnen ondersteunen (bijv. bij werkplekonderzoek). Ook kunnen zij individuele en groepsvoorlichting met betrekking tot (het omgaan met) werkgerelateerde risico's verzorgen.

Binnen het raamwerk van de Arbowet wordt door de werkgever bepaald welke deskundigen voor welke taken worden ingezet; het aantal in te zetten externe deskundigen en hun takenpakket moet afgestemd zijn op de risico's binnen de organisatie en op de beschikbaarheid van interne deskundigheid.

Externe deskundigen

Voor specifieke onderdelen van een GBW-programma kunnen externe deskundigen worden. Ik denk daarbij aan stafmedewerkers bij *branche-verenigingen*, die in het algemeen goed op de hoogte zijn van specifieke risico's in de eigen sector en vaak op de hoogte zijn van preventieve programma's bij andere bedrijven of organisaties. Maar ook kan daarbij gedacht worden aan bureau's die zich specifiek bezighouden met voeding, stress-management, organisatieveranderingsprojecten, communicatie-verbetering en dergelijke.

De uitvoering van een GBW-programma

Het zal duidelijk zijn dat bij de uitvoering van een GBW-programma de diverse deskundigen niet afzonderlijk moeten werken. De coördinatie van het GBW-programma en het op elkaar afstemmen van de diverse programma-onderdelen moet plaats hebben vanuit het bedrijf, eventueel gezamenlijk met een deskundige dienst, zoals een arbodienst.

Vandaar dat ik deze paragraaf begin met de positie van de werkgever. Vervolgens ga ik in op de daadwerkelijke uitvoering en de continuering van een GBW-programma.

De organisatie/werkgever neemt bij het ontwikkelen van een GBW-programma een centrale plaats in. Een geïntegreerd gezondheidsprogramma is namelijk

een programma van en voor het bedrijf. Dit impliceert dat een dergelijk programma een onderdeel vormt van het VGW-beleid in die organisatie. Als het programma los staat van het VGW-beleid, of als het programma expliciet buiten de organisatie vormgegeven wordt (bijvoorbeeld door een arbodienst), zal de kans op succes slechts gering zijn (Lendfers e.a., 1996; Vasse, 1996; Janssen e.a., 1996).

Dit betekent dat binnen een organisatie personen verantwoordelijk gesteld moeten worden voor het uitvoeren van dergelijke programma's. Zij krijgen een eigen budget en 'produkt-afspraken'. De organisatie-verantwoordelijke voor een geïntegreerd gezondheidsprogramma moet in staat zijn om die structurele wijzigingen aan te kaarten of te initiëren die noodzakelijk zijn om een integraal gezondheidsprogramma te ondersteunen. Een stoppen-met-roken-actie moet begeleid worden door structurele maatregelen (rook-ruimten en dergelijke). Een gezonde-voedings-actie moet ook gepaard gaan met activiteiten gericht op een verandering van het eventuele kantine-aanbod.

Een stress-management-programma moet begeleid worden door veranderingen in de werksituatie, wat niet anders kan gebeuren dan op basis van besluiten van het management. Vandaar dat een dergelijk gezondheidsbevorderingsprogramma onderdeel moet uitmaken van de organisatie als geheel.

Daartoe heeft de betreffende organisatie-verantwoordelijke voldoende ondersteuning nodig van het hogere en lagere management. Ook is het belangrijk dat hij actief met de organisatie communiceert zodat het programma blijft leven in de organisatie. Noodzakelijk daarbij is een begeleidingscommissie bestaande uit het hogere en het lagere management en uit werknemers. Deze commissie wordt aangevuld met 'vaste' externe deskundigen zoals medewerkers van de arbodienst.

Ik heb nu een positie-bepaling gegeven van een dergelijk programma en zal vervolgens op basis van de - noodzakelijk planmatige (zie ook: Janssen e.a., 1996) - aanpak de inbreng van andere disciplines bespreken.

Diagnose van de uitgangssituatie

In een organisatie is vaak al veel bekend over de factoren, zowel over werk- als individu-gerelateerde factoren, die van invloed zijn op veiligheid, gezondheid en welzijn. Gedacht kan daarbij worden aan:

- ziekteverzuimgegevens
- de risico-inventarisatie en -evaluatie
- uitkomsten van PAGO's (periodiek arbeidsgezondheidkundig onderzoek)
- contacten met de bedrijfsarts (spreekuur, verzuimbegeleiding)

Veelal zijn deze aspecten wel in geautomatiseerde systemen of dossiers opgeslagen. Ze worden echter niet systematisch, in onderling verband, geanalyse-

seerd. Bij dat laatste kan de arbodienst een effectieve ondersteuning bieden. Deze ondersteuning kan van de bedrijfsarts komen, die op basis van spreekuur, verzuimbegeleiding en PAGO's weet welke gezondheidsproblemen belangrijk zijn. De inbreng van de A&O-deskundige (arbeids- en organisatiedeskundige) van de arbodienst is ook belangrijk omdat deze bij uitstek in staat is om, samen met de bedrijfsarts, een meer gesystematiseerde diagnose van de uitgangssituatie te maken en om op basis daarvan oplossingen en actieplannen te ontwikkelen. Ook kan op basis van de combinatie van bevindingen door de VGW-deskundigen in het bedrijf en de arbodienst bepaald worden op welke punten nadere analyses gedaan moeten worden of waar meer informatie nodig is. In het laatste geval is hij in staat om aan te geven op welke manier deze informatie het best verkregen kan worden (interviews, survey's, vragenlijsten) en door wie deze aanvullende analyses uitgevoerd kunnen worden.

Het veranderen van gezondheidsgedrag, arbeidsomstandigheden en arbeidssituatie

Op basis van de diagnose moet vanuit de organisatie een plan ontwikkeld worden. De diagnose biedt aangrijpingspunten, zowel op structureel als individueel niveau. Bij het vaststellen van een prioriteitsvolgorde kan een aantal uitgangspunten geformuleerd worden, zoals: ernst, veranderbaarheid, noodzaak vanuit de regelgeving (zie Janssen e.a., 1996).

In dit hoofdstuk zullen we ons beperken tot veranderingen gericht op het beïnvloeden van gezondheidsgedrag en op het beïnvloeden van de daaraan gerelateerde arbeidsomstandigheden en van de arbeidssituatie.

De eerste fase bij het beïnvloeden van het gezondheidsgedrag is het *motiveren van werknemers* met betrekking tot hun eigen gezondheidsgedrag. Daarbij is het belangrijk om verder te bouwen op tradities en gewoonten binnen de bestaande kaders. Een van de mogelijkheden is het motiveren met behulp van een individueel gezondheidsprofiel (Vasse, 1996). Een individueel gezondheidsprofiel beschrijft in hoeverre het gezondheidsgedrag van iemand zich onderscheidt van het gezondheidsgedrag van andere medewerkers, en in hoeverre dit gedrag specifieke gezondheidsrisico's met zich mee brengt. Het gezondheidsprofiel is een uitwerking van Health Risk Appraisals (HRA) zoals deze in de VS ontwikkeld zijn (Fielding, 1989; Dunton, 1992). Omdat een gezondheidsprofiel informatie geeft over het eigen gezondheidsgedrag en de effecten ervan, geeft het werknemers meer inzicht in leefstijl gerelateerde factoren die de gezondheid beïnvloeden en in de mogelijkheden om dit gedrag te veranderen. Daarmee is het gezondheidsprofiel zowel bewustmakend als motiverend tot verandering.

Een dergelijk gezondheidsprofiel kan een uitwerking zijn van of een vervolg zijn op de voorlichting die al door bedrijfsarts of door bedrijfsverpleegkundige

in het kader van periodieke onderzoeken gegeven worden. De effectiviteit van een dergelijk gezondheidsprofiel staat of valt bij de mogelijkheid om binnen of buiten de werksituatie actief te participeren. Arbodiensten beschikken meestal niet over de noodzakelijke deskundigheden om dergelijke gezondheidsbevorderingsprogramma's uit te voeren maar vanuit de arbodienst is men wel in staat om aan te geven op welke wijze aan de gesignaleerde behoefte aan gezondheidsbevorderingsprogramma's beantwoord kan worden en welke deskundigheden daartoe ingehuurd kunnen worden.

Natuurlijk moeten deze activiteiten in direct overleg en in een goede afstemming met de overige activiteiten van de arbodienst plaatsvinden. Bovendien moet ervoor gezorgd worden dat de arbeidssituatie en de arbeidsomstandigheden gewijzigd worden. Ook moet de werknemer aangesproken worden op zijn gedrag met betrekking tot zijn veiligheid, gezondheid en welzijn.

Wordt bijvoorbeeld in de analyse een stress-probleem gesignaleerd, dan is de A&O-deskundige van de arbodienst in staat om aan te geven op welke wijze het werk anders georganiseerd kan worden om minder stress te veroorzaken (verandering van de werkorganisatie, vergroting autonomie, beperking van de werkdruk) en welk stress-management programma eventueel uitgevoerd dient te worden om werknemers te trainen m.b.t. de individuele vaardigheden, die noodzakelijk zijn om beter met de aanwezige werk-stress om te kunnen gaan (assertiviteit, time-management, conflict-hantering, etc.).

Wordt een probleem geconstateerd met betrekking tot het veelvuldig tillen, dan kan de bedrijfsarts of bedrijfsverpleegkundige aangeven hoe de tilbelasting in het werk beperkt kan worden, zowel op individueel niveau (vergroting van de individuele vaardigheden door bijvoorbeeld een tiltraining) als in de organisatie en uitvoering van het werk (veranderingen in de arbeidsomstandigheden, hulpmiddelen en dergelijke).

Als gekozen wordt voor een anti-rook cursus, dan kan de bedrijfsarts of bedrijfsverpleegkundige in contacten met de werknemers rokers individueel motiveren om een dergelijke cursus te volgen, maar ook aangeven welke activiteiten in de organisatie op structureel niveau ondernomen moeten worden.

Continuering van een GBW-programma: de arbodienst coördineert zoveel mogelijk activiteiten

Voor de continuering van een GBW-programma is vooral de organisatie verantwoordelijk. De interne deskundigen van de organisatie hebben in overleg met de arbodienst een belangrijke taak bij het behouden van deze activiteiten. Duidelijk is dat de opzet van een GBW-programma zodanig dient te zijn dat de arbodienst zoveel mogelijk van de gevraagde activiteiten in haar eigen activiteiten coördineert. Zij beschikt over deskundigheden om het gevoerde GBW-beleid te evalueren (bijvoorbeeld de A&O-deskundige), om nieuwe impulsen te geven aan zowel structurele veranderingen in de werksituatie (bijvoorbeeld

door de arbeidshygiëniste, de veiligheidskundige, de ergonoom). Ook heeft zij ervaringen met structurele voorlichtingsactiviteiten op groepsniveau (bijvoorbeeld door de bedrijfsverpleegkundige) en met voorlichting op individueel niveau (bijvoorbeeld door de bedrijfsarts) in het kader van verzuimbegeleiding of in het kader van periodiek arbeidsgezondheidkundig onderzoek.

Evaluatie: GBW-programma's zijn kosten-effectief

GBW-programma's bieden een integraal programma, gericht op de bevordering van veiligheid, gezondheid en welzijn en op de preventie van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Het integrale karakter van GBW eist een multidisciplinaire aanpak waarbij de inbreng van de diverse disciplines op het gebied van veiligheid, gezondheid en welzijn noodzakelijk is.

Als bedrijven erin slagen om een dergelijk programma - gericht op zowel structurele verbetering in de arbeidsinhoud, -verhoudingen, -omstandigheden en -voorwaarden als op het verbeteren van de eigen verantwoordelijkheid van werknemers voor hun veiligheid, gezondheid en welzijn - te realiseren, dan blijkt in de praktijk een dergelijk programma kosten-effectief te zijn (Cooper and Liukkonen, 1996).

Literatuur

- Bertera, R.L. (1991). *The effects of behavioral risks on absenteeism and health-care costs in the workplace*. J. of Occup. Med., 1119-1124.
- Cooper, C.L., Liukkonen, P. and Cartwright, S. (1996). *Assessing the benefits of stress prevention at company level*. (in press)
- Dunton, S. (1992). *An introduction to Health Risk Appraisal at the workplace*. In: Mayer, J.P. and J.K. David (ed.). *Worksite Health Promotion*. Lansing: Michigan Dep. of Public Health, 19-73.
- Fielding, J.E. (1989). *Frequency of Health Risk Assessment activities at U.S. worksites*. American J. of Preventive Medicine, 5, 73-81.
- Grosfeld, J.A.M. (1988). *De voorspelbaarheid van de individuele verzuimduur*. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
- Janssen, P.P.M., Nijhuis, F.J.N. e.a. (1996). *Gezonder werken: minder verzuim*. Een handleiding voor integrale gezondheidsbevordering op het werk. Amsterdam: NIA.
- Lendfers, M.L., Nijhuis, F., Jong de, A. en Janssen P. (1996). *Bouwen aan gezond werken. Een voorbeeld van integrale gezondheidsbevordering in de bouw*. 's Gravenhage: VUGA.
- Lourijzen, E.C.M.P., Gründeman, R.W.M. & Kompier, M.A.J. (1996). *Gezond werken aan gezondheid: de integrale aanpak in een ziekenhuis*. Amsterdam: VUGA. 's Gravenhage: VUGA.
- Nijhuis, F. en J. Soeters (1983). *Werk en Ziekte*. Interne publicatie RL, Maastricht.

- Nijhuis, F.J.N. (1995). *De paradoxale gezondheidseffecten van arbeid: Van gezondheidsbedreiging naar gezondheidsbevordering*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, Inaugurale Rede.
- Philipsen, H. (1969). *Afwezigheid wegens ziekte*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Schalk, M.J.D. (1989). *Determinanten van kortdurend ziekteverzuim*. 's Gravenhage: Delwel.
- Schröer, C., J. Soeters, F. Nijhuis en H. Philipsen (1984). *Werk en Ziekte II. Verslag van een enquête onder werknemers van 51 industriële en niet-industriële organisaties in Zuid-Limburg*. Maastricht.
- Schröer, C., J. Soeters, F. Nijhuis en H. Philipsen (1984). *Werk en Ziekte II. Tabellenboek*. Maastricht.
- Smulders, P.G.W., Veerman T. (red.) (1993). *Handboek Ziekteverzuim*. Gids voor de bedrijfspraktijk. 's Gravenhage: Delwel.
- Vasse, R. (1996). *The development, implementation and evaluation of two work-site programs aimed at prevention of alcoholism*. Maastricht, dissertatie.
- Vijgen, J. (1995). *Een jaar 'terugdringing ziekteverzuim'. Effecten en neven-effecten van de financiële prikkels in de Ziektewet*. Zoetermeer: College van Toezicht Sociale Verzekeringen.

PLANMATIGE GEZONDHEIDSVOORLICHTING IN DE ARBEIDSSITUATIE

Door H. de Vries en M. Willemsen

Hein de Vries en Marc Willemsen zijn als onderzoeker verbonden aan de door de Nederlandse Kankerbestrijding en Nederlandse Hartstichting gesubsidieerde ABC Kankerpreventieprojecten van de Vakgroep Gezondheidsvoorlichting van de Rijksuniversiteit Limburg.

Hein de Vries participeerde in diverse GBW-projecten, waaronder (samen met Marc Willemsen) in een 'stoppen met roken'-programma voor Telecom-medewerkers en een fitnessprogramma voor de rijkspolitie.

In 1996 promoveert Marc Willemsen op de effectiviteit van stoppen-met-roken programma's voor de Nederlandse arbeidssituatie. Na zijn promotie zal hij zich als postdoc met onderzoek op het gebied van roken en de arbeidssituatie blijven bezighouden.

Er is toenemende interesse voor gezondheidsbevorderende programma's in de arbeidssituatie. De effectiviteit van dergelijke programma's hangt sterk samen met de planmatigheid waarmee programma's ontwikkeld en ingevoerd worden.

In deze bijdrage presenteren Marc Willemsen en Hein de Vries een planningsmodel waarmee gezondheidsbevorderingsprogramma's systematisch kunnen worden afgestemd op geconstateerde gezondheidsproblemen en waarmee programma's stap-voor-stap kunnen worden afgestemd op de kenmerken en behoeften van een bedrijf. Zij illustreren het gebruik van het planningsmodel aan de hand van het probleem 'rookoverlast op de werkplek'.

Inleiding: Planmatige voorlichting is een belangrijke voorwaarde voor effectiviteit

Er is toenemende interesse voor gezondheidsbevorderende programma's op de werkplek. Dat heeft onder andere te maken met de invoering van de Arbowet in 1990. Verder biedt de werkplek voor gezondheidsvoorlichters een interessante mogelijkheid om een deel van de Nederlandse bevolking te bereiken dat mogelijk via andere kanalen minder goed bereikt wordt. Immers, veel Neder-

landers brengen een groot deel van hun tijd door op de werkplek. Gezondheidsbevorderingsprogramma's voor de arbeidssituatie richten zich zowel op het gedrag van individuele werknemers als op gezondheidsbedreigende factoren in de arbeidsomgeving.

Voor het realiseren en invoeren van dergelijke programma's zijn verschillende groepen belangrijk, zoals individuele werknemers, het management binnen afdelingen, het management van het bedrijf, de bedrijfsgezondheidsdienst en de ondernemingsraad. Het onderscheiden van verschillende doelgroepen is nodig om programma's goed te laten aansluiten bij de werknemers. Afstemming met intermediairen en betrokken bedrijfsfunctionarissen is belangrijk voor de acceptatie van het programma - zodat het ook werkelijk in de praktijk zal worden gebruikt. Inzichten uit de gezondheidsbevordering en gezondheidspsychologie tonen aan dat het belangrijk is dat de ontwikkeling en invoering van programma's op het gebied van gezondheidsvoorlichting (GVO) planmatig plaatsvindt. Planmatigheid is namelijk een belangrijk voor de effectiviteit. Een planmatige strategie kenmerkt zich door het gebruik van een planningsmodel. In dat planningsmodel worden de verschillend relevante fasen in het invoeringsproces geanalyseerd. In het onderstaande wordt een planningsmodel gepresenteerd en wordt het gebruik ervan geïllustreerd aan de hand van het probleem 'rookoverlast op de werkplek'.

Het ABC-planningsmodel: analyse, beïnvloeding en continuering

Het ABC-planningsmodel (De Vries, 1992) onderscheidt drie fasen (zie Figuur 1):

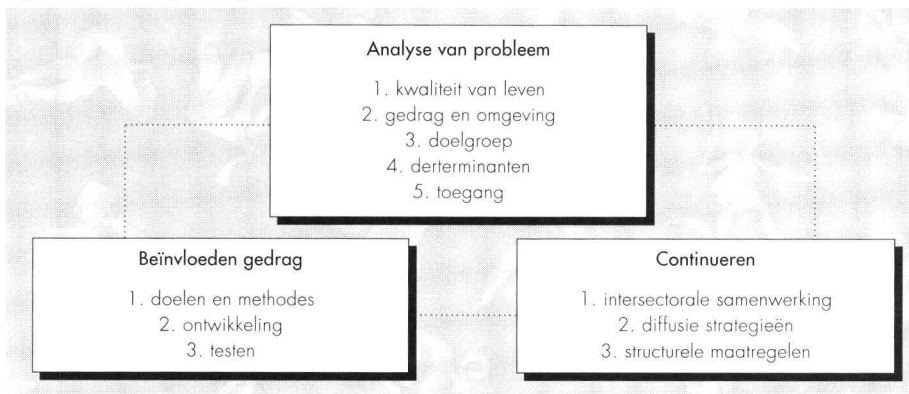
A. de analyse van het gezondheidsprobleem

B. de *beïnvloeding* van het gedrag

C. de *continuering* van voorlichting

Essentieel is dat elke fase en de stappen binnen een fase zorgvuldig worden gepland en geëvalueerd.

Figuur 1: het ABC-planningsmodel



Analyse van het probleem

De eerste stap is de analyse van de gezondheidsproblemen in relatie tot sociale problemen van een bepaalde populatie. Deze probleemanalyse wordt ook wel een analyse naar de kwaliteit van het leven van een bepaalde populatie genoemd (Green & Kreuter, 1991). Kortom: er wordt gekeken hoe ernstig een bepaald probleem is, hoeveel mensen er last van hebben en wat de consequenties ervan zijn. Deze analyse kan gebeuren op basis van al bestaande gegevens en interviews.

Zo is in het geval van rookoverlast na een arbo-risicoinventarisatie geconstateerd dat veel werknemers last hebben van geïrriteerde luchtwegen (gezondheidsprobleem). Ook waren er veel klachten over mee-roken (sociaal probleem).

Deze problemen werden vervolgens geanalyseerd in het licht van ziekteverzuimgegevens, overige gezondheidsklachten en sociale problemen. Daarna werd geconstateerd dat roken op het werk een probleem is met relatief grote sociale gevolgen (onrust op de werkplek) en lichamelijke gevolgen voor met name niet-rokers met astmatische aanleg, maar met relatief geringe gevolgen voor ziekteverzuim. Roken vergroot weliswaar de kans op hart-en vaatziekten, kanker en chronische long-aandoeningen, maar de bijdrage van deze ziekten aan ziekteverzuim is relatief gering. De prioriteit werd daarom gelegd bij het wegnemen van de rookverlast.

De tweede stap, de *gedragsanalyse*, richt zich op de vraag in hoeverre het probleem wordt veroorzaakt door menselijk gedrag en/of omgevingsfactoren. Als het eigen menselijk gedrag een belangrijke rol speelt, betekent dit dat het probleem mogelijk door gedragsverandering via voorlichting kan worden beïnvloed. Het is dan belangrijk om na te gaan wat het gewenste gedrag is waarmee het probleem kan worden verminderd.

Eén aangrijpingspunt voor interventies is het stimuleren van rokers om met roken te stoppen. In het geval van het roken-probleem moet worden nagegaan of de overlast mogelijk óók veroorzaakt kan zijn door een slecht binnenklimaat, inadequate ventilatie en dergelijke. Als dat het geval is moeten deze problemen worden weggenomen vóórdat het gedrag (roken tijdens het werk) kan worden veranderd. Verder is het belangrijk om te proberen niet-rokers te beschermen voor omgevingstabaksrook.

De derde stap, de *doelgroepanalyse*, is de identificatie van groepen mensen die zich ongezond gedragen. Zij hebben namelijk een verhoogd risico om later gezondheidsproblemen te ontwikkelen. Ook is het belangrijk om na te gaan voor welke groepen er een probleem is, omdat problemen soms wel door één groep worden herkend maar niet door andere groepen.

De rook-overlast bleek bijvoorbeeld het grootst op bepaalde afdelingen, waar relatief veel gerookt werd en waar rokers en niet-rokers de werkplek deelden. Ook in kantines was er veel overlast; er waren geen aparte rook-ruimten. Verder was het belangrijk om te constateren dat de ondernemingsraad voor de

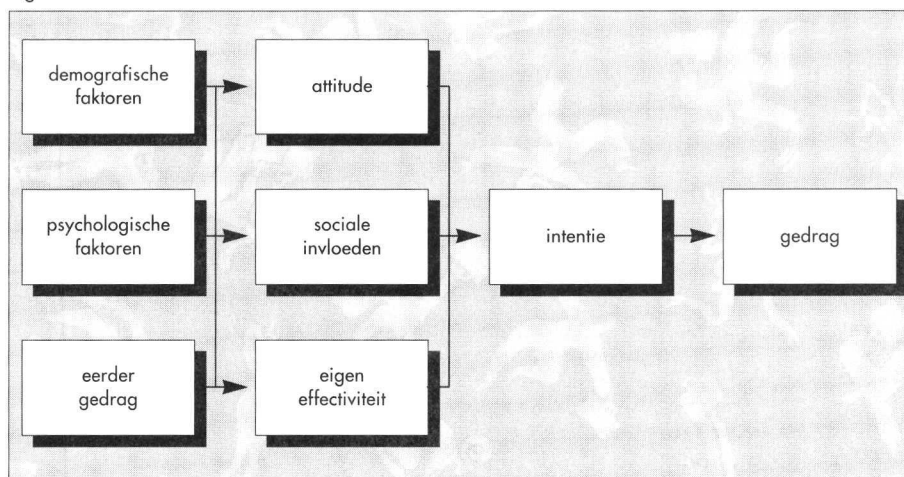
belangen van zowel niet-rokers als rokers wilde opkomen. Dat betekende dat niet-rokers een afdoende bescherming moesten krijgen, maar dat rokers wèl de mogelijkheid moesten krijgen om op het werk te roken.

De vierde stap, de *determinantenanalyse*, is het analyseren van de gedragsdeterminanten. De meeste determinanten-modellen, zoals het ASE-model (De Vries, 1993) maken een onderscheid tussen drie factoren: de voor- en nadelen die mensen koppelen aan een gedrag (de attitude), de sociale invloeden die mensen ervaren (de sociale norm, het voorbeeldgedrag van anderen, en de sociale druk of steun die ze ervaren van anderen om bijvoorbeeld te roken of te stoppen met roken) (zie figuur 2).

In het geval van roken op het werk bleek bijvoorbeeld dat de sociale invloed van collega's minder belangrijk is dan die van de partner en familie (Willemssen e.a., 1996). Roken wordt door werknemers als privé-gedrag gezien dat buiten de invloedssfeer van het werk valt. De toonzetting van de interventie moet hiermee rekening houden om weerstand bij werknemers te voorkomen. In de vijfde stap, de *toegangsanalyse* wordt nagegaan hoe het beste toegang kan worden verkregen tot de doelgroep om hen te motiveren hun gedrag te veranderen.

Een behoeftebepaling maakte bijvoorbeeld duidelijk dat een meerderheid van zowel rokers als niet-rokers voorstander was van een rookverbod voor het bedrijf, met uitzondering van speciaal in te richten rook-ruimten (Willemsen, Genders en De Vries, 1995). Ook bleek dat een kwart van de rokers geïnteresseerd was in ondersteuning bij het stoppen met roken. Behoeftbepalingen kunnen ook worden gebruikt voor het analyseren van de problemen binnen het bedrijf (bijvoorbeeld rookprevalentie bepalen). Ook kunnen ze worden gebruikt als nul-meting voor onderzoek naar de effectiviteit van gezondheidsbevorderende interventies.

Figuur 2: het ASE-model



Hoe kan problematisch gedrag worden veranderd?

De resultaten van de probleemanalyse verschaffen de ingrediënten voor het formuleren van ideeën hoe problematisch gedrag kan worden veranderd.

De eerste stap is een heldere formulering van de doelen en methodes: welke gedragingen wil men veranderen en hoe: door voorlichting, structurele maatregelen of een combinatie van beide?

Echter, soms blijken bij nalezing van voorlichtingsprogramma's de doelen van een interventie niet helder te zijn, waardoor de benodigde methodes onduidelijk zijn en het lastig is na te gaan of de interventie geslaagd is.

De probleem-analyse leidde in het geval van het de rookoverlast tot een combinatie van voorzieningen (inrichten speciale rookruimten en verbeteringen aanbrengen aan bestaande ventilatie), regelgeving (rookverbod voor het bedrijf, met uitzondering van rookruimten) en voorlichting (stimuleren van rokers om met roken te stoppen, onder meer door deel te nemen aan een stoppen-met-roken programma dat binnen het bedrijf wordt aangeboden).

De tweede stap, de *programma-ontwikkeling*, is de ontwikkeling van de interventie. Bij deze ontwikkeling moet worden gelet op een viertal voorlichtingsvariabelen: de kenmerken van de doelgroep, de boodschap die men wil overdragen, de voorlichtingskanalen en de intermediären (bron) die men wil gebruiken om de boodschap over te brengen. Bovendien moet de informatie door de werknemers worden ontvangen en begrepen voordat zij hun gedrag kunnen veranderen.

Als de vier voorlichtingsvariabelen worden afgezet tegen deze fases van gedragsverandering dan ontstaat een matrix met 24 cellen met bijbehorende vragen die helpen bij de ontwikkeling van het programma (zie figuur 3).

In het geval van roken werd bijvoorbeeld geconstateerd dat de meeste werknemers niet gemotiveerd waren om te stoppen met roken, maar dat er ook werknemers waren die daartoe wel gemotiveerd waren; zij hadden dus een positieve intentie. Een deel hiervan had al concrete plannen om met roken te stoppen. Voor elk van deze groepen werd een apart voorlichtingstraject opgesteld. Zo werden bijvoorbeeld informatiewanden bij de ingang van gebouwen opgesteld met voorlichting over stoppen met roken (attitudeverandering bij niet-gemotiveerden) en informatie over het stop-programma (voor gemotiveerden). Via een brief aan alle werknemers werden rokers die overwogen om te stoppen uitgenodigd om aan een gratis stoppen-met-roken cursus deel te nemen.

Als het programma klaar is, moet ze eerst worden gepretest om na te gaan of alles wel zo loopt zoals gedacht. Pretesten kost niet veel tijd, maar voorkomt veel ellende.

Figuur 3: De programma matrix

Fase	Doelgroep	Boodschap	Kanaal	Bron
aandacht	cel 1: wat trekt aandacht van de doelgroep?	cel 2: welke boodschap trekt aandacht?	cel 3: welke kanalen trekken aandacht?	cel 4: welke personen trekken aandacht?
begrip	cel 5: wat bevordert begrip bij de doelgroep?	cel 6: hoe is boodschap begrijpelijk?	cel 7: welke kanalen verge- makkelijken begrip?	cel 8: welke personen kunnen de begrip- elijkheid bevorderen?
attitude	cel 9: welke kenmerken van doelgroep beïnvloeden de attitude?	cel 10: welke boodschappen bevorderen een positieve attitude?	cel 11: via welke kanalen kan positieve attitude worden gecreëerd?	cel 12: welke bronnen kunnen attitude- informatie geven
sociale invloeden	cel 13: ervaart doelgroep sociale steun of tegenwerking?	cel 14: welke boodschap creëert gevoel van sociale ondersteuning?	cel 15: welke kanalen zijn nodig voor percepties van sociale steun?	cel 16: welke personen kunnen informatie geven over sociale steun?
eigen- effectiviteit	cel 17: heeft de doelgroep hoge eigen effectiviteit?	cel 18: welke boodschap creëert hoge eigen effectiviteit?	cel 19: welke kanalen bevorderen ontstaan eigen effectiviteit?	cel 20: welke personen bevorderen hoge eigen effectiviteit?
gedrag	cel 21: welke vaardigheden heeft persoon nodig?	cel 22: welke boodschappen voor vaardigheden?	cel 23: welke kanalen zijn nodig?	cel 24: welke personen zijn nodig voor leren van vaardigheden?

De derde stap, de *programma testing*, is het testen van de effectiviteit van een interventie. Een goede effect-evaluatie wordt gekenmerkt door het hebben van een experimentele- en een controlegroep: de resultaten van een groep van bedrijven die de interventie heeft gehad worden vergeleken met die van bedrijven die deze interventie niet kregen.

Voor het krijgen van betrouwbare gegevens is het belangrijk dat de toewijzing van bedrijven aan een experimentele of controlegroep per toeval gebeurt (randomisatie). Als er geen randomisatie plaatsvindt, is de kans groot dat er in de experimentele groep bedrijven meedoen die al van te voren uiterst gemotiveerd waren om mee te doen. Dergelijke bedrijven zullen zich veel meer inspannen. Het gevolg is dan dat je niet weet of de effecten kunnen worden toegeschreven aan de grote motivatie van het bedrijf of aan het nieuwe programma.

Kortom, evaluatie is erg belangrijk en voorkomt dat bedrijven programma's gaan invoeren die niet of een tegengestelde werking hebben. Uit een recent onderzoek naar de effectiviteit van een stoppen-met-roken programma bij

werknemers van PTT-Telecom bleek dat na drie maanden 11% van de deelnemers was gestopt met roken, tegenover 2% in een controleconditie (Willemsen & De Vries, 1993). Uit een vervolgonderzoek bleek het experimentele programma op de lange duur (na 12 maanden) niet beter te zijn dan het controleprogramma (9% versus 8%) (Willemsen & De Vries, 1995). Hieruit trokken wij de les dat programma's gecontinueerd moeten worden over meerdere jaren om langetermijn effecten te bereiken.

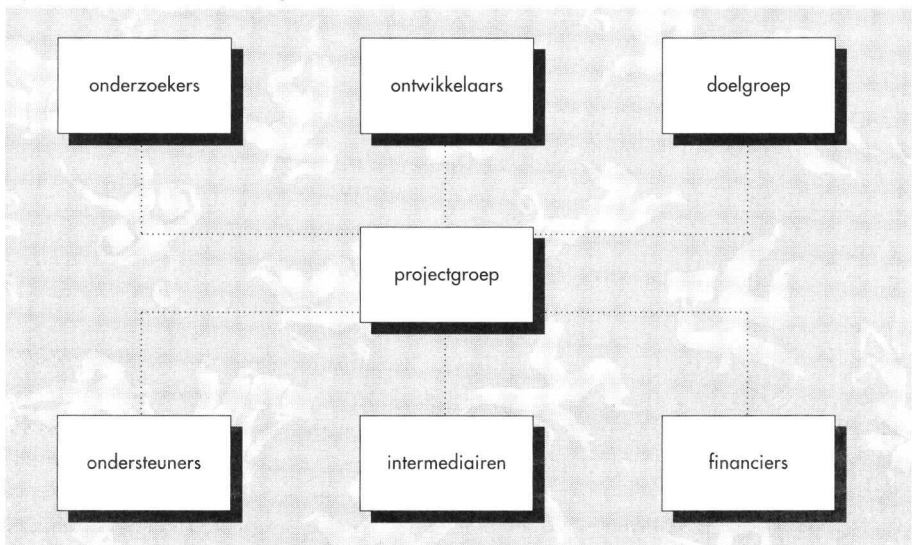
Welke factoren zijn verantwoordelijk voor een succesvolle continuering?

Succesvolle interventies kunnen op grote schaal worden toegepast. Niet alle succesvolle interventies worden echter gebruikt. Succesvolle continuering wordt bevorderd door een aantal factoren.

De eerste is intersectorale samenwerking: bij de voorbereiding is samengewerkt met andere belangrijke sectoren (stakeholders), waardoor er afstemming van behoeften tussen alle partijen heeft plaatsgevonden. Een goede methode hiervoor is de netwerkbenadering waarbij een onderscheid wordt gemaakt in hoofdgroepen van belanghebbenden (De Vries, 1993b; zie figuur 4).

De eerste groep betreft (externe) experts die de innovatie ontwikkelden (de ontwikkelaars). De tweede groep betaamt uit gebruikers (werknemers). De derde groep betreft de intermediairen: degenen die in de praktijk worden belast met het toepassen van het programma. In de vierde groep zijn de onderzoekers die het programma evalueren opgenomen. Soms is ook een vijfde groep

figuur 4: de netwerkbenadering



van ondersteuners noodzakelijk: mensen (meestal uit het middenkader) die kunnen helpen de ontwikkeling, evaluatie en implementatie gemakkelijk(er) te doen verlopen. Zij kunnen er bijvoorbeeld voor zorgen dat het onderwerp 'op de agenda blijft staan' of faciliteiten bieden. Tenslotte kan het verstandig zijn om ook een zesde groep op te nemen: de *financiers* van het programma.

Voor de tweede factor, de *diffusie*, is allereerst een analyse van de waargenomen voor- en nadelen van het nieuwe programma nodig. Op basis hiervan kan een verdere strategie worden ontwikkeld.

De derde factor is het creëren van *structurele maatregelen* die ervoor zorgen dat de kansen voor het gebruik van de interventie worden vergroot. Zo kan de Arbo-wetgeving ertoe bijdragen dat bedrijven systematisch meer aandacht besteden aan gezondheidsvoorlichting op de werkplek.

Planning: een circulair proces

De bovenstaande beschrijving suggereert dat het doorlopen van het planningsmodel een vaste volgorde heeft: eerste de probleemanalyse, dan de programma-ontwikkeling en tot slot de diffusie. Al eerder werd echter duidelijk dat het belangrijk is dat een voorlichtingscampagne gesteund wordt door verschillende belanghebbenden. Daarom is het vaak belangrijk om te starten met analyse van de betrokkenen en hen te betrekken bij het hele planningsproces. Op die manier kunnen zij het eens worden over belangrijke onderwerpen.

Het planningsproces kan dus worden opgevat als een circulair proces met verschillende startpunten. Interactie tussen de verschillende fasen is wenselijk. Als blijkt dat bepaalde groepen specifieke wensen hebben is het zinvol om hiermee bij de programma-ontwikkeling rekening te houden.

Literatuur

- De Vries, H. (1992). *Theorieën over voorlichting en gedragsverandering*. In: R.W. Meertens & J. von Grumbkow (Eds.) *Sociale Psychologie* 2e druk, Groningen: Wolters-Kluwer (pp. 147-164).
- De Vries, H. (1993a). *Determinanten van gedrag*. In: V. Damoiseaux, H.T. van der Molen & G.J. Kok (Eds.) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*, Assen: Van Gorcum (pp. 109-132).
- De Vries, H. (1993b). *Diffusie van interventies*. In: V. Damoiseaux, H.T. van der Molen & G.J. Kok (Eds.) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*, Assen: Van Gorcum (pp. 237-250).
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Palo Alto: Mayfield Publishing Company.
- Kok, G.J. (1985). *Een model van gedragsverandering via voorlichting*. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 71-76.

- Willemsen, M.C., & Vries, H. de. (1993). *Stoppen met roken via de werkplek*. Een onderzoek bij PTT-Telecom. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 71, 251-257.
- Willemsen, M.C. & De Vries, H. (1995) *Evaluation of a smoking cessation program consisting of a self-help method and a group program*. Tobacco Control, 5 (in druk).
- Willemsen, M.C., De Vries, H., & Genders, R. (1995). *Roken op het werk: Ervaren hinder en steun voor niet-rokenbeleid*. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 7, 448-454.
- Willemsen, M.C., De Vries, H., Van Breukelen, G., & Oldenburg, B. (1996) *Determinants of intention to quit smoking among Dutch employees: The influence of the social environment*. Preventive Medicine (in druk).

VAN GEÏSOLEERDE INITIATIEVEN NAAR TOTALE BEDRIJFSGEZONDHEIDS-PROGRAMMA'S

Door Prof. S. Maes

Klinisch psycholoog prof. Stan Maes is sinds 1990 hoogleraar Gezondheidspsychologie aan de Rijksuniversiteit Leiden. Hij was daarvoor hoogleraar Gezondheidspsychologie aan de K.U. Brabant. Hij was oprichter en eerste voorzitter van de European Health Psychology Society, alsmede voorzitter van de sectie gezondheidspsychologie van de Wereldorganisatie voor Toegepaste Psychologie (Health Psychology Division - IAAP). Hij is vice-voorzitter van de International Society of Health Psychology en voorzitter van de onderzoeksschool 'Psychology & Health'. Ook is hij redacteur van Gedrag en Gezondheid en van The International Review of Health Psychology. Stan Maes produceerde meer dan 150 wetenschappelijke publikaties over gezondheidsbevordering in scholen en bedrijven, de relatie tussen arts en patiënt en psychologische aspecten van medische ziektebeelden, ingrepen en onderzoeken.

Vanuit welke visie moeten gezondheidsprogramma's ontwikkeld worden om maximaal effect te bereiken? Prof. Stan Maes geeft voor het beantwoorden van die vraag een terugblik op de ontwikkeling van bedrijfsgezondheidsprogramma's. Hij gaat in op de Amerikaanse totaalprogramma's (bijvoorbeeld 'Live for Life'), die gemiddeld beter scoren op het vlak van de bevordering van gezonde leefgewoonten, en op Europese initiatieven, die vooral via een toename van de kwaliteit van de arbeid een reductie van arbeidsverzuim laten zien. Het veelomvattende bedrijfsgezondheidsprogramma 'Gezonder werken bij Brabantia' komt in dit artikel uitgebreid aan de orde.

Inleiding: De Nederlandse markt wordt overspoeld door geïsoleerde initiatieven

Ook in Nederlandse bedrijven ontstaat steeds meer belangstelling voor gezondheidsbevorderende programma's. Dit gebeurt naar aanleiding van het feit dat omvattende bedrijfsgezondheidsprogramma's in de Verenigde Staten niet

alleen een gunstige invloed blijken te hebben op de gezondheid van werknemers, maar ook op aspecten die vanuit een bedrijfseconomisch standpunt van belang zijn zoals werkverzuim, arbeidsverloop en produktie.

Het is echter opvallend dat de Nederlandse markt wordt overspoeld door geïsoleerde initiatieven; initiatieven die zich richten op welbepaalde aspecten als bedrijfsfitness, stress management, stoppen met roken, preventie en begeleiding van alcoholmisbruik, veiligheid of werkverzuim. Een dergelijke ontwikkeling is verontrustend omdat de pretenties van deze geïsoleerde programma's de gelimiteerde en tijdelijke effecten die zij kunnen hebben ver overstijgen. Bedrijven die op grond hiervan bijvoorbeeld denken dat zij werkverzuim effectief door bedrijfsfitness of stressmanagement-cursussen kunnen aanpakken, komen dan ook op de langere termijn bedrogen uit. Daardoor kan het geloof van het bedrijfsleven in gezondheidsbevorderende programma's ten onrechte afnemen.

De vraag moet dus worden gesteld: vanuit welke visie moeten bedrijfsgezondheidsprogramma's ontwikkeld worden om kostenbesparing en een verhoging van welzijn en gezondheid van werknemers te bereiken?

Vier generaties programma's; een terugblik

Een terugblik op de ontwikkeling van bedrijfsgezondheidsprogramma's kan helpen deze vraag te beantwoorden. Historisch gezien zijn grofweg vier generaties programma's te onderscheiden (Goldbeck, 1984). In een eerste generatie stond niet de gezondheid van werknemers voorop, maar veeleer de kwaliteit van produkten en veiligheidsaspecten. Voorbeelden hiervan zijn een rookverbod in de voedingsindustrie of bij verwerking van licht ontvlambare stoffen. Een tweede generatie richtte zich wel primair op welzijn en gezondheid, maar het ging daarbij vooral om geïsoleerde initiatieven voor managers, omdat men er ten onrechte vanuit ging dat vooral managers met stressvolle situaties worden geconfronteerd en dat dus bij deze groep de grootste gezondheidsproblemen te verwachten zijn. Voorbeelden zijn stressmanagement-trainingen of fysieke oefeningsprogramma's voor leidinggevenden alleen.

In een derde generatie werd een breder spectrum aan interventies op individueel niveau aangeboden, die bestemd waren voor alle werknemers met bepaalde gezondheidsrisico's. Het doel van deze interventies was daarom niet gericht op gezondheidsbevordering voor alle werknemers. Voorbeelden zijn programma's, die zich op basis van screening richten op de reductie van roken, hypertensie en het serum cholesterolniveau of op de reductie van rug- en hoofdpijnklachten. In een vierde (de huidige) generatie wordt de klemtoon gelegd op gezondheidsbevordering voor werknemers in de meest ruime zin van het woord (inclusief veiligheid en welzijn). Deze interventies situeren zich overigens zowel op het individuele als op het groeps- of organisatieniveau. De visie die aan de basis ligt van deze programma's is dat het onaanvaardbaar is om

inspanningen te vragen aan individuele werknemers om bijvoorbeeld hun leefstijl te veranderen zonder aanpassing van arbeidsomstandigheden. Stressmanagement voor werknemers is bijvoorbeeld enkel zinvol indien ook wordt getracht stressbronnen in de werksituatie op te sporen en te elimineren.

Amerikaanse totaalprogramma's: 'Live for Life', 'Staywell'

De Amerikaanse programma's, die vaak als lichtend voorbeeld worden geciteerd, zijn te beschouwen als vroege vierde generatie programma's. Zo ontwikkelde Johnson & Johnson het 'Live for Life' programma, dat reeds meer dan tien jaar geleden werd aangeboden aan 25.000 Johnson & Johnson werknemers in 43 vestigingen. Het programma richt zich vooral op het bevorderen van een gezonde leefstijl met als doel gezondheid van werknemers te bevorderen en langs deze weg bedrijfskosten, die verband houden met ziekte te drukken.

Het 'Live for Life' programma omvat interventies die zich richten op lichaamsbeweging, gezonde voeding, gewichtscontrole, stress management, stoppen met roken, bloeddruk controle, reductie van alcoholgebruik en adequaat gebruik van medische voorzieningen. Hoewel het hier gaat om programma's op individueel niveau, werden ook maatregelen op omgevingsniveau genomen ter ondersteuning van deze programma's. Voorbeelden hiervan zijn het creëren van een ruimte voor lichaamsbeweging op het werk, een anti-rookbeleid of een gezond voedselaanbod in de bedrijfskantines. Een jaar na de introductie bleek het programma gunstige effecten te hebben op fitheid, lichaamsgewicht, rookgedrag, ervaren stress, job-satisfactie en werkverzuim van werknemers (Wilbur, Hartwell & Piserchia, 1986).

Een ander bekend programma is het '*Staywell*'-programma van Control Data, dat qua aanpak vergelijkbaar is met het 'Live for Life' programma. Drie jaar na de introductie van dit programma werden gunstige interventie-effecten aangetoond voor overgewicht, roken, gezonde voeding, fitness, stress management en arbeidsenergie van werknemers (Naditch, 1986).

Deze en andere programma's hebben over de gehele Westerse wereld het optimisme over bedrijfsgezondheidsprogramma's doen toenemen. In de Verenigde Staten had dit tot gevolg dat 81% van de Amerikaanse bedrijven initiatieven op dit terrein ontwikkelde (US Department of Health and Human Services, 1992). Terborg (1986) noemt als resultaten van dergelijke programma's: verhoogde moraal van werknemers, een toenemende loyaliteit van werknemers ten opzichte van het bedrijf, verbeterde groepscohesie, verbeterd zelfbeeld, verbeterd organisatiebeeld, afname vermoeidheidsklachten, verhoogde inzet van werknemers, verhoogde produktiviteit, verbeterde werkrelaties, afname ongezonde leefgewoonten, verbeterde gezondheid, een grotere creativiteit van werknemers, een toename van het werktempo, daling van het aantal arbeidsongevallen en van het arbeidsverloop, daling van werkverzuim en van medische consumptie.

Hoewel dit lijkt op het verlanglijstje van alle werknemers en werkgevers moeten hierbij toch belangrijke kanttekeningen worden geplaatst.

Kanttekeningen bij de (vermeende) resultaten van Amerikaanse leefstijlprogramma's

Ten eerste gaat het bij Terborg om een eenzijdige optelling van alle mogelijke positieve effecten die door zeer uiteenlopende programma's werden bereikt. Geen enkel programma leverde al deze effecten samen op; een aantal programma's had sommige effecten en sommige programma's bleken ook volstrekt géén effect te hebben. Op de tweede plaats is er nogal wat kritiek geuit op de wijze waarop deze effecten werden aangetoond. Meestal ontbrak een echte controlegroep. Veel zogenaamde effecten werden bereikt door vergelijking van een groep deelnemers met een groep niet deelnemers. Als men weet dat dergelijke groepen meestal reeds voor de introductie van de interventie in het voordeel van de deelnemersgroep van elkaar verschillen, wordt het lijstje van Terborg minder indrukwekkend, om van andere methodologische bezwaren nog maar te zwijgen (Witherspoon & Wilson, 1990). Daar komt nog bij dat het meestal om korte termijn effecten gaat; onderzoeksgegevens zijn over langere termijn effecten nauwelijks voorhanden. Tenslotte verschilt ook de Europese situatie en maatschappijvisie grondig van de Amerikaanse. In de Verenigde Staten wordt de nadruk gelegd op individuele prestaties (dus op vermindering van ziekteverzuim en verhoging van produktie capaciteit via de reductie van ongezonde leefgewoonten) zonder aandacht te besteden aan de arbeidsomstandigheden, waar veel problemen van werknemers hun oorsprong vinden. Bovendien dragen Amerikaanse bedrijven in veel hogere mate bij aan gezondheidszorgkosten voor werknemers dan Europese bedrijven (Fielding, 1990). Alleen al daarom zijn de effecten van Amerikaanse leefstijlprogramma's niet zonder meer te realiseren in Europese bedrijven.

Vermijdbare fouten van Amerikaanse programma's

Uit de Amerikaanse ervaringen valt echter wel veel te leren. Pelletier (1986) heeft reeds meer dan tien jaar geleden gewezen op de belangrijkste vermijdbare fouten van Amerikaanse programma's, die de effectiviteit van bedrijfsgezondheidsprogramma's nadelig kunnen beïnvloeden. Daartoe horen: (1) het aanbieden van geïsoleerde deelprogramma's (als bijvoorbeeld bedrijfsfitness); (2) een groot enthousiasme in de beginfase zonder continuïteit; (3) het eenzijdig benadrukken van veranderingen op een individueel niveau zonder interventies op een omgevings- of organisatieniveau; (4) te veel nadruk op het proces en te weinig op de resultaten ('Kijk naar wat wij allemaal voor onze werknemers doen en niet wat wij daarmee bereiken'); (5) overdreven nadruk op kennis- en informatieoverdracht in plaats van op reële gedragsverandering; (6) een passieve in plaats van een actieve rol van werknemers.

Daarmee is de vraag van welke interventies meest effect te verwachten reeds ten dele beantwoord. Programma's van de eerste drie generaties kunnen slechts beperkte effecten hebben, omdat zij zich richtten op geïsoleerde gezondheidsdoelen en/of op een gedeelte van de bedrijfspopulatie. Het is merkwaardig dat sommige Nederlandse initiatieven nog steeds de kenmerken dragen van deze oudere programma's. De Amerikaanse programma's uit de vroege vierde generatie, die wel gezondheidsbevordering bij alle werknemers nastreven, maar zich vrijwel uitsluitend richten op leefstijlveranderingen, zijn een belangrijke stap in de ontwikkeling.

Veertien criteria voor de ontwikkeling van Europese bedrijfsgezondheidsprogramma's

Voor de Europese situatie is echter meer nodig. Enkele van programma's waarbij individuele leefstijlveranderingen gepaard gaan met wijziging van arbeidsomstandigheden kunnen stabiele effecten worden verwacht op gezondheids- en kostengerelateerde doelen. Van de omvangrijke literatuur met betrekking tot bedrijfsgezondheidsprogramma's is een aantal randvoorwaarden of criteria af te leiden, waardoor men zich bij de ontwikkeling van dergelijke programma's kan laten leiden. Deze criteria (Maes, 1990) zijn:

1. Gedragsverandering is geen gebeurtenis, maar een proces dat uit minimaal drie stadia bestaat: een motivatiefase, een initiële gedragsveranderingsfase en de fase van het gedragsbehoud. Er zijn daarom verschillende soorten interventies nodig; interventies die er respectievelijk op zijn gericht mensen te motiveren voor een bepaald veranderingsdoel, hen vaardigheden aan te reiken om een begin te maken met deze verandering en er voor te zorgen dat zij na een beginfase volhouden.
2. Initiatieven moeten laagdrempelig zijn. Dit betekent dat zij bij voorkeur gratis worden aangeboden, zoveel als mogelijk in werktijd en op de werkplek.
3. Veranderingsdoelen moeten voor alle werknemers haalbaar zijn en stapsgewijs worden bereikt.
4. Instructie aan werknemers moet zich niet alleen richten op wat moet veranderen, maar vooral op het hoe.
5. Er moet variatie bestaan in de aangeboden interventies.
6. Interventies moeten op meerdere niveaus zijn gericht, zowel op het individuele niveau als op het niveau van de arbeidsomstandigheden.
7. De samenhang van het programma moet helder zijn voor de deelnemers.
8. Er moet onvoorwaardelijke steun voor het programma bestaan van het topmanagement.
9. Er moet gebruik worden gemaakt van aanwezige sociale netwerken (werknemers moeten mede de programma's aanbieden).
10. Deelname berust op vrijwilligheid. Ook binnen het totale interventieaanbod moet op individueel niveau keuzevrijheid bestaan.

11. Activiteiten of initiatieven moeten intrinsieke waarde hebben (leuk zijn) voor de deelnemers.
12. Deelnemers mogen niet afhankelijk worden van externe begeleiders.
13. Er moet continuïteit bestaan in de interventies. Een bedrijfsgezondheidsprogramma moet niet worden geïntroduceerd voor een bepaalde periode, maar voor altijd.
14. Het programma moet flexibel zijn; het moet op grond van evaluatie kunnen worden bijgesteld.

Voor een meer uitgebreide beschrijving van deze principes met concrete aanwijzingen voor het opzetten van een totaal bedrijfsgezondheidsprogramma wordt verwezen naar de publikatie 'Gezondheid en Welzijn op het werk: aanwijzingen voor bedrijven' (Scholten, Verhoeven, Kittel & Maes, 1994).

Een Nederlands voorbeeld: Gezonder Werken bij Brabantia

Vanaf 1990 is bij Brabantia Nederland, een productiebedrijf in de metaalsector gespecialiseerd in het vervaardigen van niet-elektrische huishoudelijke apparaten, het project 'Gezonder Werken' van start gegaan, waarin is getracht deze visie in praktijk te brengen. Het project werd opgezet door de afdeling Gezondheidspsychologie van de Rijksuniversiteit Leiden in samenwerking met Brabantia en werd gesubsidieerd door de Ministeries voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De algemene doelen van het project waren bevordering van gezondheid, welzijn en veiligheid. Deze doelen sluiten aan bij de bepalingen zoals die zijn vastgelegd in de Arbeidsomstandighedenwet. De meer specifieke doelstellingen richtten zich op de bevordering van gezonde leefgewoonten en de verbetering van de kwaliteit van arbeid.

Om de doelstellingen te bereiken werd een diversiteit aan interventies ontwikkeld, die over een periode van drie jaar stapsgewijs werden aangeboden.

Om gezondheid en gezonde leefgewoonten van Brabantia-werknemers te bevorderen, werd werknemers de mogelijkheid geboden mee te doen aan lichaamsbeweging. Deze bewegingsbijeenkomsten vonden plaats in het bedrijf zelf. Daarnaast werden diverse gezondheidseducatieve activiteiten aangeboden. Zo vonden er onder andere bijeenkomsten plaats over gezonde voeding, (stoppen met) roken, alcoholgebruik en voorkomen van rugklachten. Ook werd in het bedrijf een gezondheidskermis gehouden en stond enkele weken in één van de productie-afdelingen een tentoonstelling opgesteld van de Nederlandse Hartstichting. Daarnaast werd het kantineassortiment gewijzigd en aangevuld met meer gezonde producten.

Wat betreft het verbeteren van de kwaliteit van arbeid werden maatregelen genomen om de inhoud en de organisatie van het werk te veranderen. Dit leidde

onder meer tot het meer volledig maken van functies (door uitbreiding van en variatie in taken), het vergroten van autonomie (bijvoorbeeld werknemers zelf de volgorde van werkzaamheden laten bepalen) en het verbeteren van contactmogelijkheden.

Aan leidinggevendenden werden trainingen in sociale vaardigheden, leiding geven en voeren van werkoverleg aangeboden.

In de looptijd van het project veranderde ook nog de organisatiestructuur van Brabantia en werd een begin gemaakt met het aanpassen van het beoordelings- en beloningssysteem.

Voorafgaand aan het aanbieden van de interventies vond een eerste onderzoeksmeting plaats (de zogenaamde voormeting). Vervolgens werden gedurende drie jaar jaarlijks nametingen verricht, die identiek waren aan de voormeting. Alle onderzoeksmetingen vonden zowel plaats in een experimentele groep (Brabantia vestiging Valkenswaard) als in een controle groep (Brabantia vestigingen Aalst en Roden).

De verwachting was dat de interventies zouden leiden tot bevordering van gezonde leefgewoonten, afname van gezondheidsrisico, algemene stressreacties en werkstress, verbetering van de kwaliteit van arbeid en daling van ziekteverzuim. Om na te gaan of dit inderdaad het geval was, werden de interventies enkel aangeboden in de experimentele vestiging Valkenswaard.

Bij Brabantia daalde het ziekteverzuim

De resultaten van het project Gezonder Werken bij Brabantia stemmen tot optimisme over de effecten van een dergelijk veelomvattend bedrijfsgezondheidsprogramma. De totaalbenadering, die in dit project is gerealiseerd, biedt goede voorwaarden om te komen tot gunstige effecten op gezondheidsrisico, algemene stressreacties, werkstress, kwaliteit van arbeid en ziekteverzuim.

De interventies gericht op leefgewoonten en gezondheid laten kort na de start een afname van gezondheidsrisico zien (dat wil zeggen de kans om binnen acht jaar hart- en vaatziekten te ontwikkelen). Ook algemene stressreacties (zoals angst en depressie) nemen af. Deze effecten op korte termijn zijn waarschijnlijk vooral toe te schrijven aan de interventie lichaamsbeweging. Als in de erop volgende jaren de omvang en intensiteit van de interventies op leefgewoonten en gezondheid afnemen en de nadruk steeds meer komt te liggen op het verbeteren van de kwaliteit van arbeid, blijken deze positieve effecten te verdwijnen. Invoering van veranderingen in inhoud en organisatie van de arbeid - vanaf het tweede interventiejaar - leidt in een eerste fase tot een zekere toename van algemene stressreacties en werkstress. Dit is op zich niet verwonderlijk omdat veranderingen altijd met een zekere spanning gepaard gaan. De verwachting is wel dat na verloop van tijd deze spanningen weer zullen afnemen om uiteindelijk te stabiliseren. De onderzoeksresultaten laten wel zien dat de ingevoerde veranderingen in het werk een blijvend gunstig effect hebben op de kwaliteit van arbeid.

Het belangrijkste onderzoeksresultaat is dat over de gehele looptijd van het project het ziekteverzuim in de experimentele groep meer daalt dan in de controle groep.

Voor een meer uitgebreide beschrijving van het project wordt verwezen naar de publikatie 'Gezonder Werken bij Brabantia' (Maes, Kittel, Scholten & Verhoeven, 1994).

Tot slot

Het is duidelijk dat de meest brede en meest stabiele effecten moeten worden verwacht van totaalprogramma's, die zich richten op het bevorderen van de gezondheid en de kwaliteit van arbeid van alle werknemers.

In de Verenigde Staten is vooral oog voor omvattende gezondheidsbevorderingsprogramma's. Zo stelt het Amerikaanse ministerie voor Volksgezondheid zich tot doel dat in het jaar 2000 minstens 85 % van de Amerikaanse bedrijven een gezondheidsbevorderend programma voor hun werknemers dienen aan te bieden. Daarbij gaat het bij voorkeur om een omvattend programma dat op de bevordering van diverse leefgewoonten en gezondheidsdoelen is gericht (US Department of Health and Human Services, 1993).

Bij de meer recente Europese programma's wordt meer nadruk gelegd op interventies die gericht zijn op arbeidsomstandigheden (het verhogen van de kwaliteit van arbeid). Wat betreft de verspreiding van bedrijfsgezondheidsprogramma's volgt Europa de VS op grote afstand. Een Europese overzichtsstudie naar de effecten van gezondheidsbevorderende programma's, die twee jaar geleden werd gepubliceerd omvat slechts zes Europese studies (Veen & Vereijken, 1994).

Later konden uit een meta-analyse over de effecten van Europese bedrijfsgezondheidsprojecten slechts 26 bruikbare effectstudies worden aangewezen, waarvan de meeste thema-gerichte interventies waren (Verhoeven, Scholten, Kittel & Maes, 1996).

Recentelijk zijn echter ook de resultaten beschikbaar van Europese totaalprogramma's, die zich in tegenstelling tot de Amerikaanse programma's vooral op de wijziging van arbeidsomstandigheden richten (Courijsen, Gründeman & Kompier, 1995; Dugdill & Springett, 1994; Maes, Kittel, Scholten & Verhoeven, 1994; Nijhuis e.a., 1995). De gevonden effecten liggen voor de hand: Amerikaanse programma's scoren gemiddeld beter op het vlak van de bevordering van gezonde leefgewoonten en lijken langs deze weg kostenbesparing op te leveren, terwijl recente Europese totaalprogramma's vooral via een toename van de kwaliteit van arbeid een reductie van arbeidsverzuim laten zien. Programma's waarin beide benaderingen een vergelijkbaar gewicht krijgen, zullen wellicht superieure effecten opleveren. In ieder geval is zowel voor de Amerikaanse en de Europese situatie duidelijk dat geïsoleerde programma's weinig zin hebben. Zij kunnen mogelijk wel een soort alibi vormen voor bedrijven,

die uit public relations overwegingen willen laten zien dat zij begaan zijn met de gezondheid van hun werknemers, maar zullen zelden tot brede, stabiele effecten leiden op het vlak van gezondheidsbevordering en kostenbesparing. Uiteraard hangt het succes van bedrijfsgezondheidsprogramma's af van de doelen die men zich daarbij stelt.

Als men deze programma's straks op een bredere schaal in het Nederlandse bedrijfsleven wil integreren moet daarbij rekening worden gehouden met alle betrokken partijen: werkgevers, werknemers, overheid en diverse belangenorganisaties. Alleen totaalprogramma's kunnen alle partijen herkenbare voordelen bieden. Goed evaluatieonderzoek, dat voor alle doelen ook een kosten-baten analyse omvat is daarbij een belangrijke vereiste (Pelletier, 1993).

Literatuur

- Dugdill, L. & Springett, J. (1994). *Evaluation of workplace health promotion: a review*. Health Education Journal, 53, 337-347.
- Fielding, J.E. (1990). *Worksite health promotion programs in the United States: progress, lessons and challenges*. Health Promotion International, 5(1), 75-84.
- Goldbeck, W.B. (1984). *Foreword*. In P. O'Donnel & T.H. Ainsworth (Eds.), *Health Promotion at the Workplace*, pp. v-viii. New York: John Wiley & Sons.
- Lourijzen, E., Gründemann, R. & Kompier, P. (1995). *The effects of a health promotion project in a hospital: A controlled longitudinal study*. In Research School Psychology and Health (Eds.), *Abstract Guide, First Dutch Conference on Psychology and Health*, pp. 151. Utrecht/Leiden/Tilburg: Research School Psychology and Health.
- Maes, S. 1990. *Theories and principles of health behaviour*. In P.J. Drenth, J.A. Sergeant & R.J. Takens (Eds.), *European Perspectives in Psychology*, Vol. 2: Clinical health, stress and anxiety, neuropsychology, psychophysiology, pp. 193-207. Chichester: John Wiley & Sons.
- Maes, S., Kittel, F., Scholten, H. & Verhoeven, C. (1994). *Gezonder werken bij Brabantia. Effecten van een totaal bedrijfsgezondheidsprogramma*. Den Haag: SDU.
- Naditch, M.P. (1986). Staywell: *Evolution of a behavioral medicine program in industry*. In M.F. Cataldo & T.J. Coates, T.J. (Eds.), *Health and Industry. A behavioral medicine perspective*, pp. 323-338. New York: John Wiley & Sons.
- Nijhuis, F., Lendfers, M.L., Jong, A., de, Janssen, P. & Ament, A. (1995). *Stress-related interventions in construction work*. Maastricht: Department of Medical Psychology, University of Limburg.
- Pelletier, K.R. (1986). *Healthy people in healthy places: Health promotion programs in the workplace*. In M.F. Cataldo & T.J. Coates, T.J. (Eds.), *Health*

and Industry. A behavioral medicine perspective, pp. 351-373. New York: John Wiley & Sons.

- Pelletier, K.R. (1993). *A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite: 1991-1993 update*. American Journal of Health Promotion, 8(1), 50-62.
- Scholten, H. Verhoeven, C., Kittel, F. & Maes, S. (1994). *Gezondheid en welzijn op de werkplek*. Utrecht: SWP.
- Terborg, J.R. (1986). *Health promotion at the worksite: A research challenge for personnel and human resource management*. Research in personnel and human management, 4, 225-267.
- US Department of Health and Human Services (1992). *1992 National survey of worksite health promotion activities: summary*. American Journal of Health Promotion, 7(6), 452-464.
- Veen, C.A. & Vereijken, C.J.M. (1994). *Promoting health at work*. A review of the effectiveness of health education and health promotion. Utrecht: Landelijk Centrum GVO.
- Verhoeven, C., Scholten, H., Kittel, F. & Maes, S. (in preparation). *Effects of European health promotion programmes at the worksite, a meta-analysis*. Leiden: Health Psychology Section, Leiden University.
- Wilbur, C.S., Hartwell, T.D. & Piserchia, P.V. (1986). *The Johnson & Johnson Live for Life program: Its organization and evaluation plan*. In M.F. Cataldo & T.J. Coates, T.J. (Eds.), *Health and Industry. A behavioral medicine perspective*, pp. 338-351. New York: John Wiley & Sons.
- Witherspoon, D. & B.R.A. Wilson (1990). *Evaluating research in worksite health promotion*. Health Values, 14(4), 22-28.

ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN EN GBW

Door Prof. dr. J. Allegro

*De heer Jacques Allegro (1940) is algemeen directeur van het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) te Amsterdam. Ook is hij als hoogle-
raar arbeids- en organisatiepsychologie verbonden aan de Rijksuniversiteit Lei-
den. Hij was betrokken bij een aantal grootschalige veranderingsprojecten in
de industrie en dienstverlening en hij publiceerde onder andere over humani-
sering van de arbeid, werk en gezondheid, ziekteverzuim en samen met ande-
ren over organisatie-ontwikkelingsstrategieën. Op dit moment is hij nauw be-
trokken bij de ontwikkelingen rond arbodiensten en de gezamenlijke aanpak
van arbeidsomstandigheden, kwaliteit en milieu.*

Jacques Allegro geeft aan hoe beleid met betrekking tot arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim een bijdrage levert aan gezondheidsbevordering op de werkplek. Daartoe beschrijft hij in de eerste plaats een theoretisch model over de invloed van arbeidsomstandigheden op gezondheid; het zogenaamde belasting/belastbaarheidsmodel (zie Van Dijk et al., 1990). Vervolgens stelt hij dat gezondheidsklachten niet zonder meer tot ziekteverzuim hoeven te leiden; hij doet dat aan de hand van het beslissingsmodel (Philipsen 1969, Smulders 1984). Beide modellen voegt hij samen tot één model dat een duidelijk handvat biedt om beleid met betrekking tot GBW te bevorderen.

Binnen dit geïntegreerde model profileert GBW zich het duidelijkst op de belastbaarheidskant, te weten het *individueel niveau* (riskante levensgewoonten, stress). Maar voor zover GBW zich direct bezig houdt met de arbeidsomstandigheden, onderscheid ze zich eigenlijk nauwelijks van arbo-beleid. Tenslotte vraagt de heer Allegro meer aandacht van GBW voor langdurig en chronisch zieken en reïntegrerende werknemers.

De oorzaken van ziekteverzuim

Het belasting/belastbaarheidsmodel brengt enerzijds de belastende factoren in de werksituatie en anderzijds de capaciteiten/kenmerken van personen met elkaar in relatie. Als deze uit balans zijn gedurende een langere periode ont-

staan er psychische- en fysieke gezondheidsklachten. Als beide in harmonie zijn ontstaat bij de betrokkenen daarentegen het positieve equivalent, te weten arbeidssatisfactie respectievelijk betrokkenheid.

De belastende factoren bestaan uit de volgende dimensies van arbeidsomstandigheden:

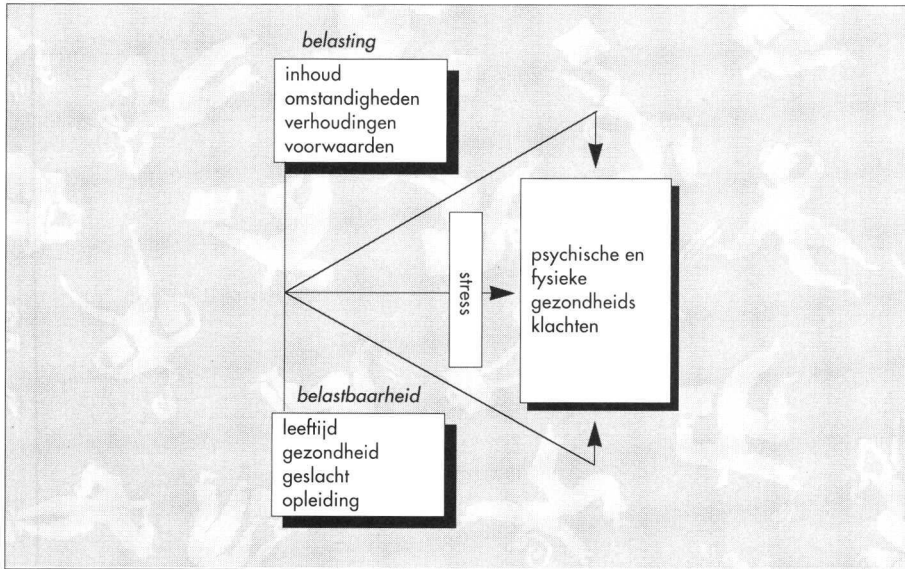
- arbeidsinhoud: autonomie, verantwoordelijkheid en afwisseling in het werk
- materiële arbeidsomstandigheden: chemische stoffen, onveilige situaties, te zwaar tillen, ergonomische aspecten
- arbeidsverhoudingen: relaties met chefs, collega's en ondergeschikten, maar ook de relatie met institutionele organen als ondernemingsraad en vakbeweging.
- arbeidsvoorwaarden: belonings- en carrière beleid, werving en selectie, werktijden en overig secundair en tertiair beleid.

Tegenover deze belastende factoren in de werksituatie staan de capaciteiten en kenmerken van personen:

- gezondheidstoestand
- leeftijd
- geslacht
- opleiding
- objectieve/subjectieve levenssituatie
- riskante levensgewoonten (roken, drinken, teveel eten)

Al deze factoren apart en in samenhang bepalen het verwerkingsvermogen van personen. Als dit verwerkingsvermogen de belastende factoren niet de baas kan ontstaan er klachten van psychische- en fysieke aard. Stressklachten spelen hier meer en meer een dominante rol (Kompier, 1991). Stresstheorieën vormen dan ook een nadere invulling van dit model. Sommige belastbaarheidsfactoren zijn op zich weer het gevolg van de disbalans. En zo ontstaat het schema dat op pagina 199 bovenaan staat.

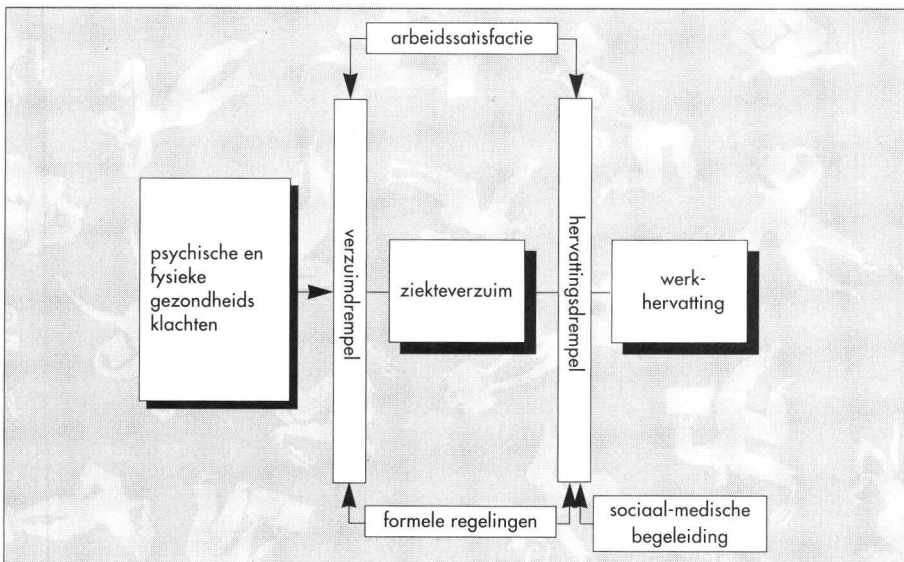
Het ontstaan van klachten hoeft echter niet te betekenen dat er ook ziekteverzuim ontstaat. Werknemers hebben namelijk een zekere vrijheid om zich bij gezondheidsklachten ziek te melden. Philipsen (1969) heeft laten zien hoe deze ziekmelding samenhangt met formele regelingen (Ziektewet en WAO-wetgeving) en behoefte aan verzuim. Deze laatste behoefte wordt bepaald door iemands satisfactie. Deze beide groepen bepalen wat Philipsen de ziekteverzuimdrempel heeft genoemd: hoe strenger de formele regeling en hoe hoger iemands satisfactie, hoe geringer de kans dat iemand zich ziekmeldt. Als iemand ziek is spelen dezelfde factoren een rol bij het beter worden. Hier spreken we over de hervattingsdrempel. Daarnaast komt er bij ziekteverzuim een geheel aan activiteiten tot stand vanuit het bedrijf, de arbodienst en de bedrijfsvereniging om iemand weer aan het werk te krijgen: de sociaal medische



begeleiding (zie Buijs, 1995). Dit houdt onder andere in:

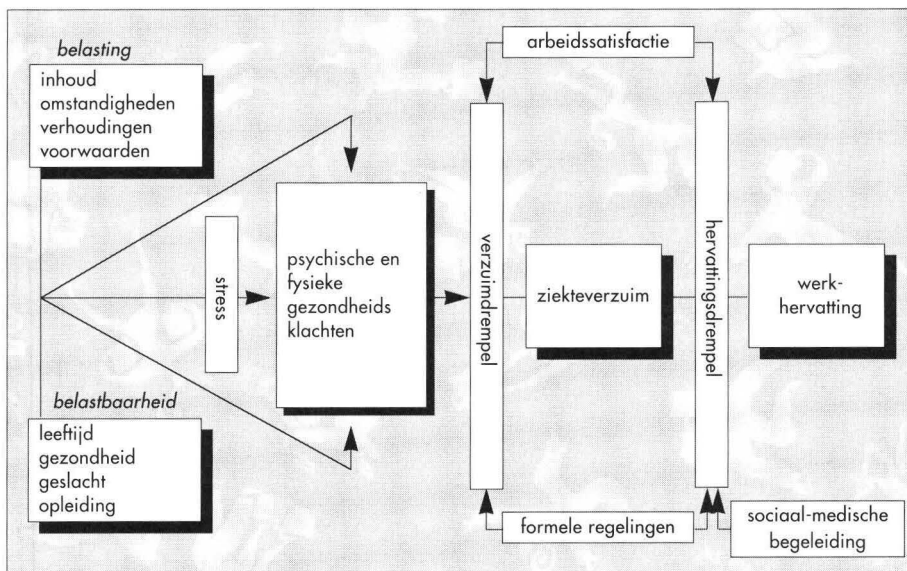
- het ziekmelden bij de directe chef
- verzuimbegeleiding door het bedrijf
- samenwerking arbodienst/verzekeringsarts
- instellen sociaal medische teams.

Zo ontstaat het volgende schema.





Als we schema 1 en schema 2 samenvoegen, ontstaat het volgende model:



Wat betekent dit nu voor het beleid met betrekking tot arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim? Wat betreft de arbeidsomstandigheden (de belastende factoren) ontwikkelen de bedrijven en instellingen, mede in het kader van de arbeidsomstandighedenwet, meer en meer beleid.

De wettelijk verplichte aansluiting bij een arbodienst is hierbij van grote betekenis, evenals de Risico Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E). Er is hier sprake van een nauwe samenhang met (personeels)beleid; beleid dat gericht is op de belastbaarheid van personen, gegeven de geëiste aandacht voor risicogroepen. Daar waar sprake is van een systematisch beleid (inclusief evaluatie) en als een en ander verloopt in een circulair proces, wordt er wel gesproken over een arbozorgsysteem (zie Zwetsloot en Allegro, 1995).

Ten aanzien van de formele regelingen merk ik op dat zij een zeer grote invloed hebben op het verzuimgedrag van mensen. De nieuwe wetgeving voor Terugdringing van het Ziekteverzuim (TZ), met belangrijke financiële prikkels voor de werkgever en een daardoor gestimuleerde verantwoordelijkheid van de werkgever voor het verzuimbeleid, heeft geleid tot een aanmerkelijke daling van het verzuim. (Namelijk met 1 à 1½ % (Knotter c.s., 1995)). De eerste resultaten van de nieuwe TZ/Arbowetgeving lijken positief (zie NGSZ/TNO, 1995). Inmiddels is de Ziektewet per 1 maart 1996 afgeschaft en vervangen door de veel verdergaande Wulbz (Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte).

Een negatieve consequentie is onder meer de selectie van gehandicapten en chronisch zieken.

Essentieel in het beleid met betrekking tot sociaal medische begeleiding is dat de verantwoordelijkheid steeds meer bij het (hoger en lager) management gelegd wordt en dat de diverse deskundigen vooral een ondersteunende rol spelen. De reïntegratie van langdurig zieken vormt een belangrijk, nog nader uit te kristalliseren beleidsterrein waarbij nieuwe disciplines een rol zullen gaan spelen.

Tot zover mijn korte uiteenzetting omtrent de oorzaken van- en het beleid met betrekking tot arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim.

GBW-beleid: belangrijk bij langdurig en chronisch zieken

Veel GBW-activiteiten richten zich op de dimensie 'riskante levensgewoonten' uit het belastbaarheidsblok. Ook wordt er (veel) aandacht besteedt aan stress, wat door een veel complexer geheel van oorzaken beïnvloedt wordt. Het gebruikelijke arbo-beleid besteed minder aandacht aan deze meer individueel gerichte activiteiten en daarom zijn GBW-activiteiten hier belangrijk.

Maar voor zover GBW zich direct bezighoudt met de arbeidsomstandigheden, onderscheidt ze zich eigenlijk nauwelijks van arbo-beleid. GBW zelf benadrukt vooral de gezonde werkplek en sluit daarbij de reeds duidelijk aanwijsbare risicofactoren uit. Dit onderscheid lijkt echter in de praktijk niet echt hard te maken.

Wat betreft het blok 'formele regelingen', waar de laatste jaren met succes sprake is van zeer vele veranderingen (er ligt veel meer verantwoordelijkheid bij de werkgever, mede door financiële prikkels) kunnen weinig directe GBW aspecten worden onderscheiden. Wat betreft GBW kan wel aan het verbieden van roken in openbare ruimtes gedacht worden. Of er nog meer specifieke wettelijke mogelijkheden haalbaar en wenselijk zijn is maar zeer de vraag. De reïntegratie van werknemers is een ander verhaal. Wat betreft sociaal medische begeleiding lijkt hier sprake te zijn van weinig activiteiten. Toch dienen we hier nadrukkelijk de vraag te stellen of meer specifieke GBW activiteiten juist voor zieke/reïntegrerende werknemers niet erg op hun plaats zouden zijn.

Literatuur

- Centrum GBW, *Gezondheid werkt*. GBW, 1995.
- Buijs, P., *Sociaal Medische Begeleiding*, NIA, 1995.
- Van Dijk, F.cs, *Herwaardering model belasting-belastbaarheid*, In: Tijdschr. Soc. Gez. 68 (1990), 1, 3-10.
- Knotter, M. e.a., *Hoe ziek is Nederland sinds TZ/Arbo*. NIA, 1995
- Kompier, M., *Arbeid, stress en gezondheid, de psycholoog*. April 1991
- Philipsen, H., *Afwezigheid wegens ziekte - dissertatie*. Groningen, 1969.

- Smulders, P., *Bedrijfskenmerken en ziekteverzuim in de jaren zestig en tachtig; een vergelijkende studie*. NIPG/TNO, 1984.
- NGSZ/TNO, *Evaluatie wetgeving arbo- en verzuimbeleid een jaar na invoering*. TNO/PG, Leiden 1995.
- Zwetsloot, G.I.J.M. en Allegro, J.T., *Organisatieveranderingen door managementsystemen voor voortdurende verbetering*, Gedrag & Organisatie 1994, 7, nr 6, p-352-367.

METHODISCHE ASPECTEN VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING OP HET WERK

Door R. Gründemann

Rob Gründemann werkt als senior projectleider in de Divisie Arbeid en Gezondheid van TNO Preventie en Gezondheid in Leiden. Hij is onder meer betrokken bij de ontwikkeling van de handleiding voor GBW-projecten voor arbodiensten en grotere bedrijven (in samenwerking met de Rijksuniversiteit Limburg en de Rijksuniversiteit Utrecht) en bij het opstellen van de Europese GBW-methodiek die ook bestemd is voor middelgrote en kleinere bedrijven (in samenwerking met onderzoekers uit Ierland, Spanje en Zweden). Daarnaast voerde hij voor bedrijven en branche-organisaties diverse adviesprojecten uit.

In samenwerking met het Centrum GBW werkt hij aan de ontwikkeling van een GBW-databank, aan het opstellen van kwaliteitscriteria voor GBW-programma's en materialen en aan de introductie van GBW binnen het Nederlandse onderwijs.

Op verzoek van de Europese Unie (DG V, Directoraat Gezondheid en Veiligheid) werken onderzoekers uit Ierland, Spanje, Zweden en Nederland aan de ontwikkeling van een Europese methodiek voor gezondheidsbevorderende activiteiten op het werk (GBW). Deze methodiek moet ook toepasbaar zijn voor het midden- en klein bedrijf. Voor Nederland participeert TNO Preventie en Gezondheid in dit project. Dit instituut maakt hierbij onder meer gebruik van de ervaringen opgedaan in een landelijk voorbeeldproject in de gezondheidszorg (Lourijsen, Gründemann & Kompier, 1996). Onlangs verscheen een eerste versie van de methodiek (Wynne et al, 1996). Het ligt in de bedoeling de methodiek dit jaar in de praktijk te testen. Een en ander zal worden opgenomen in de GBW-databank, die in de loop van dit jaar zal worden ontwikkeld. In zijn artikel gaat Rob Gründemann in op deze methodiek voor GBW. (Hans Dam gaat elders in dit boek in op de hieraan verbonden opleidingsspecificatie voor basis-, her- en bijscholing, red.)

Planmatig aandacht besteden aan gezondheid

Steeds meer bedrijven realiseren zich dat de kennis en ervaring van hun medewerkers in belangrijke mate de concurrentiekracht van hun organisatie be-

paald. Zij investeren onder andere in hun werknemers door deze trainingen en opleidingen te laten volgen. Daarnaast is het ook van groot belang om zorgvuldig met werknemers om te gaan. Dit is mogelijk door op een planmatige en systematische wijze aandacht te besteden aan de gezondheid van de werknemers. Hierbij moet niet worden gewacht tot gezondheidsproblemen zich bij de werknemers openbaren, maar moet worden uitgegaan van een preventieve aanpak van gezondheidsproblemen. (Kompier et al, 1996).

Een prettige bijeenkomstigheid is dat een dergelijke aanpak ook voor het bedrijf lucratief is omdat de baten beduidend groter zijn dan de kosten, zoals blijkt uit een onderzoek onder 1400 bedrijven in Europa (Wynne & Clarkin, 1992). In dit hoofdstuk wordt nader aangegeven hoe een dergelijk aanpak er uit zou moeten zijn en welke aspecten bijdragen aan het welslagen van deze activiteiten.

Aandachtspunten

Om gezondheidsbevordering op het werk op een adequate wijze aan te pakken moet onder meer met de volgende aspecten rekening worden gehouden:

Gezondheidsvisie

Een van de kernpunten van de in dit hoofdstuk beschreven methodiek is dat uitgegaan wordt van het individu als een geheel; de methode richt zich op alle factoren die de gezondheid van de persoon beïnvloeden. Hierbij gaat het niet alleen om de fysieke symptomen van ziekte, maar om de gehele psychologische en sociale gezondheid en het welbevinden van de persoon.

Participatie van werknemers

Het betrekken van werknemers bij gezondheidsbevorderende activiteiten op het werk moet een expliciet doel van het GBW-programma vormen. Gezondheidsbevorderend gedrag van werknemers kan niet van bovenaf worden opgelegd; werknemers moeten bij het gehele proces betrokken worden. Zo kan ook worden bereikt dat de getroffen maatregelen positief bijdragen aan de gezondheid van de werknemers.

Communicatie

Hierbij gaat het erom de partijen in een organisatie geïnformeerd te houden over de voortgang van het project; de deelnemers moeten op de hoogte gehouden worden van de ontwikkelingen in het project en het management moet worden betrokken bij de activiteiten. Met name dit laatste wordt bij gezondheidsbevorderende activiteiten nogal eens vergeten. Hierdoor ontberen activiteiten vaak de steun van de leiding van de organisatie en komen zij in de marge van de dagelijkse praktijk te staan.

Een evenwichtig pakket van maatregelen

Gezondheidsbevordering moet zich zowel op het individu als op de werksituatie richten. Met andere woorden: er is hier sprake van een integrale aanpak van de gezondheid. Zo'n aanpak heeft een positieve invloed op de geloofwaardigheid van het programma omdat hiermee aan alle mogelijke oorzaken van ziekte of een gebrek aan welzijn wordt gewerkt en niet aan één of enkele aspecten.

Opzet en uitvoering van GBW in vijf stappen

De methodiek voor gezondheidsbevordering op het werk is gebaseerd op de beleidscyclus van probleemoplossing en kent vijf stappen of fasen: het starten van het project, het identificeren van behoeften en problemen, het organiseren van een oplossing, het uitvoeren van maatregelen en de evaluatie / het vervolg.

1. De start van het project

Een veranderingskundig project vereist een goede start, en dat geldt ook voor een GBW-project. Gegeven de weerstand of onwetendheid omtrent gezondheidsbevordering op de werkplek is het essentieel dat een GBW-project op soepele wijze wordt geïntegreerd in de bestaande activiteiten van de organisatie en dat de eerste GBW-activiteiten op een breed draagvlak gebaseerd zijn. Eerst wordt vastgesteld of er binnen de organisatie voldoende draagvlak bestaat voor een GBW-project. Vervolgens kan een commissie of projectgroep gevormd worden met vertegenwoordigers van de belanghebbenden en mensen met voldoende expertise, tijd en interesse voor het programma. Anderzijds kan ook gebruik gemaakt worden van reeds bestaande structuren, zoals bijvoorbeeld een arbo- of VGW-commissie. (Veiligheid, gezondheid en welzijncommissie, red.) Het project moet in een vroeg stadium binnen de organisatie bekend gemaakt worden. Daarbij wordt aangegeven wat de doelen van het project zijn, wat er wanneer gaat gebeuren, en met welke middelen. Daarbij worden reële verwachtingen geschept, met duidelijke en reële doelen, gericht op zowel de werkomgeving als op de werknemer.

2. Identificeren van behoeften en problemen

In deze fase worden gegevens verzameld over de gezondheid en de gezondheidsproblemen van de werknemers (verzuim, ongevallen, leefstijl, omgevingsfactoren) en de wijze waarop de organisatie daarmee omgaat. De meeste van deze gegevens zijn vaak al voorhanden in de organisatie. Ter aanvulling kunnen vragenlijsten, checklists en interviews met werknemers en andere betrokkenen gebruikt worden. De gegevens geven een beeld van de aard en omvang van de problemen en de behoeften en geven een eerste indicatie van mogelijke oplossingen.

Het doel van deze fase is een zo volledig mogelijke diagnose te maken van problemen en behoeften binnen de organisatie, het opstellen van algemene doelen en het signaleren van mogelijke oplossingen.

Bij de probleemanalyse staan de persoonlijke voorkeuren van de werknemers voor activiteiten en de objectieve en subjectieve risico's in het werk centraal. Door in te haken op deze wensen en behoeften wordt ook een goede voorwaarde gecreëerd voor een optimale participatie van de werknemers in het programma.

3. Organiseren van oplossingen

In deze fase worden oplossingen gezocht voor de gesignaleerde behoeften en problemen. Het algemene doel van deze fase is de gesignaleerde problemen te evalueren, met behulp van creatieve technieken te zoeken naar oplossingen, deze op volgorde van prioriteit te zetten en op te nemen in een GBW-programma. Dit programma bevat een gedetailleerd draaiboek voor de activiteiten die in de volgende fase worden ingevoerd.

Ook hier is sprake van een aanpak waaraan de werknemers deelnemen. Dit gebeurt door middel van groepsessies waarin mogelijke oplossingen worden geïnventariseerd en besproken. Een en ander kan plaatsvinden in het reguliere werkoverleg, of in een specifiek daarvoor georganiseerde bijeenkomst. Het is belangrijk naar de ideeën van werknemers te luisteren, omdat zij vaak de beste en meest praktische ideeën hebben. Bovendien wordt daarmee een basis gelegd voor een actieve medewerking van de werknemers bij het invoeren van de oplossingen.

4. Uitvoering van maatregelen

Op basis van het in de vorige fase ontwikkelde plan van aanpak wordt nu het GBW-programma uitgevoerd. Voor iedere activiteit is vastgesteld welke doelen de activiteiten hebben, hoe deze doelen gerealiseerd kunnen worden en welke personen wat, wanneer en hoe gaan doen. Bij het uitvoeren van de maatregelen moet onder meer aandacht worden besteed aan het omgaan met weerstanden en de wijze waarop participatie van werknemers zoveel mogelijk bevorderd kan worden.

Om deze fase zo goed mogelijk te laten verlopen, worden de betrokkenen geïnformeerd over de aard van de activiteiten, de periode waarin deze plaats zullen vinden en de procedures die zij moeten volgen om hieraan deel te kunnen nemen.

Tenslotte worden de activiteiten tijdens de uitvoering gevolgd en beoordeeld. Door periodieke controle kan het programma aangepast worden aan onverwachte omstandigheden of ontwikkelingen. Evaluatie vindt plaats aan het eind van de activiteit, waarbij kan worden vastgesteld of de activiteiten aan de doelstelling heeft voldaan.

5. Evaluatie en vervolg

Aan het eind van het project wordt het gehele project geëvalueerd. Ook worden voorstellen gedaan voor een vervolg. Evaluatie van een GBW-project is belangrijk om vast te kunnen stellen of het project aan zijn doelstellingen heeft voldaan. Bovendien kunnen op basis van een evaluatie de kosten en baten van het project worden vastgesteld. Van belang is hierbij niet alleen te kijken naar de materiële kanten (zoals verminderd ziekteverzuim, verhoogde produktiviteit), maar ook naar de immateriële aspecten (zoals verbeterde verhoudingen op het werk, betere motivatie van de werknemers).

Door in ieder fase van het project aandacht te besteden aan de procesmatige aspecten, kunnen toekomstige activiteiten beter worden voorbereid en kan beter ingespeeld worden op de belemmerende en bevorderende factoren.

Bij de betrokkenen kan in dit verband worden geïnformeerd naar de opvattingen over verbeteringen in de opzet en uitvoering van de activiteiten. Hierdoor kan de belangstelling en de betrokkenheid van de verschillende partijen bij het project ook bij vervolgactiviteiten behouden worden. Een GBW-project kan immers niet als een éénmalige activiteit gezien worden. Gezondheidsbevordering op het werk dient een integraal onderdeel te vormen van het algemene ondernemingsbeleid.

Literatuur

- Gründemann RWM. *Innovative workplace action for health in the Netherlands*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1990.
- Gründemann RWM, Lourijen ECMP. *Innovative workplace action for health: mechanisms for establishing initiatives*. Netherlands. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992.
- Kompier MAJ, Gründemann RWM, Vink P, Smulders PGW (red.). *Aan de Slag! Tien praktijkvoorbeelden van succesvol verzuimmanagement*. Alphen aan de Rijn, Samson Bedrijfsinformatie, 1996.
- Lourijen ECMP, Gründemann RWM, Kompier MAJ. *Gezond werken aan gezondheid. Een voorbeeld van integrale gezondheidsbevordering in een ziekenhuis*. Den Haag: VUGA, 1996.
- Wynne R. *Workplace Health Promotion. A specification for training*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1994.
- Wynne R, Clarkin N. *Under Construction. Building for Health in the EC Workplace*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992.
- Wynne R, Clarkin N, Urlings I, Gründemann R, Jorda C, Moncada S, Lundberg B. *A Manual for Promoting Health Activity at Work*. Dublin, 1996.

GEZONDHEIDSBEVORDERING OP DE WERKPLEK: OPLEIDEN VOOR UITVOEREN

Door J. Dam

Bedrijfsarts J. Dam werkte vanaf 1987 bij het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO (thans TNO Preventie en Gezondheid) als cursusleider en programmaleider opleidingen Arbeid en Gezondheid. Daarnaast deed hij onderzoek op het thema 'functioneren van bedrijfsgezondheidszorg'. Bij het Centraal Orgaan Bedrijfsgezondheidszorg Onderwijs te Heerlen hield hij zich bezig met het opzetten van bedrijfsgezondheidszorg in het onderwijs en met kwaliteitstoetsing van arbodiensten.

Momenteel werkt hij bij de Netherlands School of Public Health als hoofd van de afdeling Occupational Health. Deze afdeling verzorgt de beroepsopleiding voor bedrijfs- en verzekeringsartsen en projectonderwijs.

Het formuleren van een trainingsspecificatie door de European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions gaf een belangrijke impuls aan de ontwikkeling van GBW. Deze trainingsspecificatie, die ook goed bruikbaar is voor de Nederlandse situatie, is bedoeld voor het ontwikkelen van trainingen voor effectieve GBW-effectiviteiten. Hans Dam pleit voor een actieve opstelling van de arbodiensten, onder andere omdat GBW kan worden beschouwd als een activiteit die hen op het lijf is geschreven. Arbodiensten beschikken al goeddeels over de noodzakelijke kennis om actief met GBW bezig te zijn. Het perspectief van waaruit de arbodienst GBW-activiteiten initieert is wèl voor verbetering vatbaar, aldus Dam.

Inleiding: Een fitte werknemer wordt minder snel ziek

Een samenleving is voor z'n voortbestaan in hoge mate afhankelijk van de produktiviteit van zijn leden. In de loop van de tijd zijn er allerlei maatregelen getroffen ter behoud van de 'workability', zoals de bescherming van de gezondheid van de werkende bevolking (arbeidsbescherming), maatregelen ter bevordering van herstel van de gezondheid (rehabilitatie) en instrumenten ter bevordering van terugkeer in de arbeid (reïntegratie in de arbeid). Artsen spelen hierin een sleutelrol die inmiddels is uitgegroeid tot een aparte tak van de

geneeskunde: sociaal geneeskundige arbeid en gezondheid.

In de zorg voor de gezondheid vinden we het streven naar deze doelstellingen terug in veel voorkomende taken als het uitvoeren van programmatische preventieprogramma's en sociaal medische beoordeling en begeleiding.

In deze benaderingswijze weerspiegelt zich de optiek dat gezondheid een natuurlijk gegeven is dat, al of niet door de arbeid, slechts bedreigd kan worden - en iemand kan ontvallen. De laatste jaren wint ook een andere gedachte terrein, namelijk dat de gezondheid ook bevorderd kan worden: een fitte werknemer loopt minder risico op ziekte.

In zekere zin kan deze benadering opgevat worden als de ultieme vorm van preventie. Hoewel niet expliciet, lijkt dit ook ten grondslag te liggen aan het volksgezondheidsprogramma rond 'Workplace Health Promotion' dat sedert enkele jaren door de Europese Unie wordt gepropageerd. In het kader van deze bijdrage wordt gezondheidsbevordering op de werkplek - hierna te noemen GBW - opgevat als het bevorderen van de gezondheid van werkenden op een gezonde werkplek.

Het programma van de Europese Unie is inmiddels, in opdracht van de European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, uitgewerkt tot een visie op het proces van GBW. Binnen het GBW proces worden uiteenlopende rollen en functies vervuld door verschillende betrokkenen, waaronder (arbo-)deskundigen. Het kent bij uitstek een multidisciplinaire benadering. Het betreffende document - 'Workplace Health Promotion, a specification for training' - lag ten grondslag aan deze bijdrage.

GBW: de thema's en de benaderingswijzen

De laatste jaren is er, met name vanuit de Verenigde Staten van Amerika, een reeks aan programma's ter bevordering van de gezondheid van werkenden overgewaaid. Ten dele betreft het programma's die zijn gericht op één ziekte of aspect, bijvoorbeeld hoge bloeddruk, lichaamsbeweging, overgewicht, roken en stress, soms ook betreft het programma's die bij voorkeur in onderlinge samenhang aangeboden worden. In het begin van de jaren 90 is in opdracht van het WHO regionaal kantoor voor Europa een survey uitgevoerd naar Health Promotion activiteiten bij grote bedrijven en naar Lifestyle and Health Risks at the Workplace.

In navolging van de Amerikaanse programma's zijn in Nederland vergelijkbare initiatieven ontplooid. Voor een deel zijn bestaande programma's vertaald voor de Nederlandse situatie. Daarnaast zijn er in dit kader andere benaderingswijzen ontwikkeld. Een voorbeeld is het Brabantia-project. Meer recent zijn door TNO Preventie en Gezondheid enkele projecten uitgevoerd waarin gezondheidsbevordering meer expliciet is gecombineerd met de bevordering van een gezonde werkplek, bijvoorbeeld het Waterland-project. Elders in dit Handboek treft u een uitvoerige beschrijving aan.

Het Europees perspectief: de conclusies van de WHO

In 1989 is op initiatief van het regionaal kantoor Europa van de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) een conferentie gehouden over leefstijl en gezondheidsrisico's op de werkplek. De conferentie had als doel meer samenhang te krijgen in beroepsgebonden en niet-beroepsgebonden (in dit geval leefstijl-) factoren om interventies te ontwikkelen die kunnen bijdragen aan de gezondheid van werkenden.

Dit waren de conclusies:

- Epidemiologische studies in het kader van bedrijfsgezondheidszorg bevatten weliswaar informatie over de leefstijl en andere sociaal-demografische factoren, maar zijn weinig bruikbaar omdat ze worden opgevat als modificatoren of versturende variabelen. Periodiek gezondheidsonderzoek is in principe een waardevolle bron van informatie, maar wordt voor gezondheidsbeleid-doeleinden te fragmentarisch en te weinig gestandaardiseerd verzameld.
- Wat betreft de relatie tussen maatschappelijk relevante problemen in relatie tot ziekte (zoals rookgedrag, alcohol- en drugsmisbruik, voedingsgewoonten, gebrek aan lichaamsbeweging en psycho-sociale belasting of stress) en in samenhang met werk zijn er weliswaar interacties, maar over de aard en de mate van de interactie is nog maar weinig bekend.
- Maar hoe dan ook: aan bedrijfsgezondheidszorg werd door de WHO een vitale rol toegedacht. Daarom werd aanbevolen bij epidemiologisch onderzoek in de bedrijfsgezondheidszorg meer aandacht te besteden aan leefstijl en andere niet-beroepsgebonden factoren.
- Daartoe moet, aldus de WHO, gezondheidkundig onderzoek meer gestandaardiseerd worden. Deze onderzoeken moeten meer tot voordeel van de gezondheid van de werkenden strekken. Bovendien zullen de uitkomsten in de toekomst beter moeten worden gekoppeld aan nationale statistieken, die in het verlengde daarvan meer beroepsgegevens in hun statistieken moeten opnemen.
- Gezondheidsbevorderende programma's moeten een integraal deel uitmaken van de bedrijfsgezondheidszorg. Daartoe heeft personeel in de bedrijfsgezondheidszorg na- en bijscholing nodig, in het bijzonder op het gebied van complexe kwesties als psychologische en sociale determinanten van gezondheid. De ontwikkeling van een meer holistische visie op de invloed van beroepsgebonden en niet-beroepsgebonden oorzaken van ziekte moet worden bevorderd, aldus de WHO.

De uitkomsten van 'Health Promotion at the worksite'

Tegelijkertijd is in opdracht van het regio kantoor Europa van de WHO een survey uitgevoerd naar Health Promotion at the Worksite. Het vragenlijst-onderzoek was gericht op (zeer) grote bedrijven in Europa. Aanleiding tot de studie was het idee dat zieke werknemers een aanzienlijke kostenpost met zich

meebrengen en dat gezondheidsbevordering bijdraagt aan de vermindering hiervan. De vooronderstelling was, dat juist bij deze grote organisaties en bedrijven kostenbesparing een drijfveer zou zijn in het ontplooiën van gezondheidsbevorderende activiteiten. Daardoor zouden zij een voorloper rol kunnen vervullen.

Wat was de opzet van dit onderzoek? Ruim 300 vragenlijsten van bedrijven in 30 landen zijn verwerkt. Vanuit Nederland is gerespondeerd door 13 van de 30 grootste bedrijven. Het betreft gezondheidsbevorderingsprogramma's die in de jaren 80 zijn verzorgd. Gezondheidsbevordering is in deze studie breed opgevat. Er zijn 11 issues onderscheiden, waaronder roken, fitness, voeding, alcohol/drugs, stress, gewicht, kanker en Ischemische Hart Ziekten.

Hier zijn de resultaten van de studie:

- In meer dan de helft van de bedrijven worden programma's uitgevoerd die betrekking hebben op roken en alcohol/druggebruik. Iets minder dan de helft van de bedrijven voert programma's uit rond fitness, Ischemische Hart Ziekten en voeding.
- Wat betreft de gebruikte methodes: in de meeste programma's wordt op de eerste plaats gebruik gemaakt van health counseling (persoonlijke gezondheidsadvisering). Op de tweede plaats staat het verspreiden van folders of brochures, met name bij antirook- en alcoholcampagnes. In plaats van brochures wordt ook wel gewerkt met posters en displays. Beïnvloeding van het bedrijfsbeleid wordt in een minderheid van de programma's en bedrijven als methode benut. Als het al gebeurt, is dat het meest frequent bij alcoholprogramma's en stress. Scholing of opleiding is de minst gebruikte methode bij de uitvoering van gezondheidsbevorderingsprogramma's. De respondenten geven aan dat zij de programma's die zij het afgelopen decennium hebben uitgevoerd ook van plan zijn in de toekomst uit te voeren.
- De meerderheid van de ondervraagde bedrijven voert beleid ten aanzien van gezondheidsbevordering. De aanwezigheid van formeel beleid is de beste voorspeller voor health promotion activiteiten. Hoe langer beleid bestaat, hoe meer activiteiten worden ondernomen.
- Ter ondersteuning van de activiteiten is wel of geen stafpersoneel aanwezig. Bedrijven zonder health promotion staf zijn beduidend minder actief in het uitvoeren van programma's. 'Hoe meer staf, hoe actiever' geldt overigens niet. Het optimum lijkt te liggen bij een tot vijf stafmedewerkers ten behoeve van de aansturing van gezondheidsbevorderingsprogramma's.
- Bedrijven die een (partiële) financiële ondersteuning van de overheid ontvangen zijn beduidend actiever dan zij die niets ontvangen.

Op basis van dit survey kunnen de condities worden bepaald waarbij de meeste kans op effectieve gezondheidsbevorderingsprogramma's ontstaat. Uiteraard zegt deze survey nog weinig over de aard van de programma's en hun

effectiviteit en evenmin iets over de kans op succes in het midden- en kleinbedrijf.

De aanbevelingen van 'Health promotion in the workplace, strategy options' In 1995 publiceerde het Europees kantoor van de WHO weer een document: Health promotion in the workplace, strategy options. Op basis van studies die tot dan toe (overwegend binnen Europa) zijn uitgevoerd onderstreept de WHO het belang van gezondheidsbevordering in het algemeen en op de werkplek in het bijzonder. De WHO doet daarin uiteraard een aantal aanbevelingen aan de overheid. Die moet bijvoorbeeld het voortouw nemen om het onderwerp op diverse agenda's te krijgen. Ook moet ze ondersteunende wetgeving invoeren, financiële prikkels ontwikkelen, intersectoriele samenwerking aanmoedigen en een zo groot mogelijke deelname aan gezondheidsbevorderende activiteiten bevorderen. Daarnaast adviseert de WHO om een ontwikkelingsprogramma te voorzien van monitoring en evaluatie activiteiten.

De WHO levert verder gegevens voor de implementatie van succesvolle programma's. Succesvolle programma's worden getypeerd door:

- Een zichtbare instemming door de leiding van het bedrijf.
- Betrokkenheid van de betrokken werknemers bij het ontwerpen van het GBW programma.
- Het waarborgen van vertrouwelijkheid.
- Het aanpakken van door werknemers ervaren relevante en belangrijke thema's.
- Adequate ondersteuning.
- Flexibiliteit van het programma zodat maatwerk kan worden geleverd.
- Het invoeren van eventuele restrictieve maatregelen of voordelen voor het gehele bedrijf.

Waarop moet de gezondheidsbevordering zich nu richten? Wat zijn de belangrijkste thema's of problemen rond de gezondheid van de werkende populatie? In een recente studie van het WHO European Centre for Environment and Health is een overzicht te vinden voor geheel Europa. Ik ga hier beperkt op in, omdat de Nederlandse situatie méér bepalend is voor de GBW- activiteiten die hier ontplooid kunnen of moeten worden. Het Europese perspectief is van belang omdat het voor een steeds groter deel de politieke agenda en het nationale overheidsbeleid bepaalt.

Volgens deze studie bestaat de top 5 van 'occupational health' problemen uit ongevallen, lawaai, chemische stoffen, niet ergonomisch handmatige arbeid en psychologische stress.

Het Nederlandse perspectief: geïntegreerde activiteiten zijn schaars

In het kader van dit hoofdstuk zal ik kort ingaan op de situatie in Nederland, omdat die elders in dit Handboek uitvoeriger aan de orde komen.

In 1990 is door TNO een inventarisatie gedaan naar GBW-achtige activiteiten. Onder de titel 'Innovative Workplace Action for Health in Nederland' is, in opdracht van de European Foundation, onderzocht welke activiteiten op dit moment plaats vinden. TNO onderscheidt activiteiten die zich richten op de gezondheid in relatie tot het werk, op gezondheid in het algemeen en op beide in een geïntegreerd kader. Activiteiten van de eerste soort zijn legio, die van de tweede soort al een stuk minder frequent, geïntegreerde activiteiten zijn zonder meer schaars. Als voorbeeld van een geïntegreerde aanpak brengt TNO het programma 'Gezonder werken' bij Brabantia over het voetlicht.

Het gaat hier om een totaal bedrijfsgezondheidsprogramma. Het is een goed voorbeeld van een meer integrale benadering van gezondheidsbevordering op de werkplek, omdat bij Brabantia niet alleen aandacht is besteed aan de beïnvloeding van de leefstijl, maar tegelijk ook aan het verbeteren van de werksituatie en aan het gezondheidsbeleid op het niveau van de organisatie als geheel. In dit programma worden aanknopingspunten gevonden voor de stellingname dat GBW een activiteit is van het bedrijf zelf, maar geïnitieerd en gedragen kan worden door de arbodienst.

Activiteiten die gericht zijn op de gezondheid in het algemeen worden toegelicht naar thema: er zijn programma's voor het terugdringen van tabaks- en alcoholgebruik, het stimuleren van gezonde voeding en op het bevorderen van beweging:

- TNO constateert dat acties voor het terugdringen van roken op het werk, met uitzondering van een rookverbod in openbare ruimten, weinig structureel plaats vinden.
- TNO trof alcoholbeleid slechts aan bij grote en zeer grote bedrijven.
- Van de inspanningen van de Nederlandse Hart Stichting door middel van hun programma 'light life' zijn nog geen resultaten bekend.
- Een ruimere verspreiding vinden de fitnessprogramma's. In het project van de PTT (KPN) wordt geconstateerd dat het 'bewegen programma' in relatie wordt gebracht met de werksituatie en het werkgedrag van de medewerkers. Het vergroten van de fitheid wordt gecombineerd met het besteden van aandacht aan werkhouding en werkmethoden.

Bij de meeste van de genoemde 'algemene gezondheids-programma's' is er, althans volgens de criteria die daarvoor zijn aangelegd, 'in mindere mate sprake van innovatie'. Alleen in het 'Brabantia-project' wordt op al deze dimensies gescoord. De door de European Foundation aangelegde criteria omvatten vijf dimensies. De actie moet:

- Toegepast kunnen worden op alle groepen van de beroepsbevolking.
- Gericht zijn op de onderliggende oorzaak van slechte gezondheid.

- Verschillende methoden van aanpak combineren.
- Gericht zijn op effectieve deelname van de werkenden zelf.
- Gericht zijn op een medische activiteit, op de organisatie van het werk en op de werkomstandigheden.

Gebrek aan kennis en deskundigheid vormen een belangrijk knelpunt

In vervolg op het onderzoek naar innovatieve activiteiten is door TNO Preventie en Gezondheid de Nederlandse bijdrage verzorgd aan het onderzoek naar gezondheidsbevorderende activiteiten op de werkplek in zeven Europese landen. Het onderzoek is gericht geweest op bedrijven met meer dan 100 werknemers; de respons op de enquête bedroeg circa 25%. Bedrijven melden gemiddeld ruim twaalf GBW activiteiten, waarvan zich tweederde richt op het werk en de werkomgeving en eenderde op de werknemer(s).

Van de eerste groep activiteiten scoren de meer 'traditionele, namelijk activiteiten gericht op veiligheid en aanpassing van de fysieke werkomgeving' hoog. De activiteiten zijn veel minder gericht op het verbeteren van de gezondheid van de werknemers in het algemeen. Volgens de auteurs 'moet geconstateerd worden dat dit soort activiteiten slechts in beperkte mate is doorgedrongen tot de praktijk; tegelijkertijd vormen gebrek aan kennis en deskundigheid een belangrijk knelpunt bij de ontwikkeling van activiteiten'. Verder tekenen zij uit de mond van de respondenten 'een beperkte deelname door en een geringe betrokkenheid van werknemers bij activiteiten' op.

Bedrijven laten zich over het algemeen positief uit over de (vermoede) opbrengsten van GBW activiteiten. Daarbij vonden de auteurs van TNO het opvallend dat zich in bedrijven die activiteiten ontwikkelen met het oog op een verhoging van de produktiviteit, de meeste GBW-activiteiten voordoen.

Uit de verrichte case-studies hebben de auteurs vier succesvolle aspecten geïdentificeerd: het hebben van een goede organisatiestructuur voor GBW (met vertegenwoordiging van het management, PZ en werknemers), het uitvoeren van een behoefte-onderzoek onder medewerkers, het formuleren van kwantitatieve doelen voor de programma's en de aanwezigheid van een netwerk van deskundigen zoals medici, veiligheidskundigen en voorlichters.

GBW: toepassing in Nederland

Het is van belang dat de huidige activiteiten van arbodiensten gaan sporen met de hierboven beschreven aanpak. Dat zal bepaald niet eenvoudig zijn, getuige de uitkomsten van de Nederlandse onderzoeken tot nog toe. Ook het feit dat GBW activiteiten zich vooral afspelen in grote bedrijven en Nederlandse werknemers voor het leeuwedeel werkzaam zijn in het midden- en kleinbedrijf, zal de uitdaging voor arbodiensten alleen maar groter maken.

Het proces van GBW is anders dan de benadering waarmee arbodiensten tot nu toe hun sporen hebben verdiend. Toch hecht ik grote waarde aan een rol van de arbodienst bij GBW, en ik verwacht zeker dat zij deze rol kunnen vervullen. Aan niet- arbeidsgebonden gezondheidsrisico's (zoals leefstijlfactoren en minder direct en alleen in het werk gelegen factoren als stress en - een gebrek aan - fitheid) hebben de arbodiensten het afgelopen decennium nauwelijks op een structurele manier aandacht besteed. Juist in de aanpak van deze factoren valt nog veel gezondheidswinst voor werknemers en economische winst voor bedrijven te halen. Een dienst van deskundigen die een directe relatie heeft met een selecte groep uit de bevolking, zoals dat bij de arbodiensten het geval is, is een essentieel middel om GBW te verspreiden. In het kader van de verbetering van de volksgezondheid binnen Europa zijn de verwachtingen hoog gespannen. Daarom ga ik uitvoeriger in op de gevolgen die de aanpak van GBW voor de arbodienst kan hebben.

De sterke kanten van de arbodienst

Arbodiensten hebben hun sporen verdiend waar het gaat om het voorkomen van door het beroep veroorzaakte ziekten. Via goed ontwikkelde analyse- en interventie-instrumenten leverden zij een belangrijke bijdrage aan de workability van de werkende bevolking. De instrumenten kunnen worden omschreven als 'risico-gerichte'. Vanuit het onderkennen en willen beheersen van de bekende risico's zijn strategieën ontwikkeld om op meerdere (bedrijfs)niveaus te in te grijpen. Arbodiensten zijn ook gewend om risico-bepaalde programmatische preventie uit te voeren, zoals een gehoorbeschermingsprogramma of periodiek arbeidsgezondheidkundig onderzoek (PAGO). Ze hebben de praktische ervaring om met belangentegenstellingen om te gaan en daarbinnen een modus te vinden om gezondheid op de beleidsagenda te krijgen of te houden. Arbodiensten hebben een organisatie en werkwijze waarbinnen uiteenlopende activiteiten door middel van een visie op gezondheid en arbeid in onderlinge samenhang worden uitgevoerd. Professionals van een arbodienst hebben onbelemmerd toegang tot alle niveaus van het bedrijf en ook dat is een sterke kant van de arbodienst.

Door recente verandering van de Arbeidsomstandighedenwet is er een redelijk fijnmazig netwerk van arbodiensten en arbo-units in de maak, waarbij dienstverlening dicht bij de werkplek plaatsvindt, met behoud van z'n laagdrempeligheid. Bovendien is door dezelfde wet geregeld dat er behalve medisch (de bedrijfsarts) en technisch personeel (de veiligheidskundigen en de arbeidshygiënist) ook gedragswetenschappelijk personeel (de arbeids- en organisatiekundige in arbodienstverlening) z'n intrede doet.

Ondanks de gedwongen winkelnering van bedrijven bij arbodiensten er zeker geen sprake is van maatschappelijke weerstand tegen deze wettelijke verplichting. Dat neemt niet weg dat er wat betreft de aard en de mate van de dienstverlening verbeteringen verwacht mogen worden.

De zwakke kanten van de arbodienst

De nadruk is de laatste jaren gelegd op het ziekteverzuim en de verplichte betrokkenheid van de arbodienst daarbij. Daardoor is de dienstverlening zich steeds meer gaan kenmerken door reactieve sociaal medische begeleiding: de werknemer meldt zich ziek of presenteert klachten, de daarop volgende begeleiding is overwegend individueel bepaald en gericht op terugkeer op het werk. Tegelijkertijd schoten de dataverwerkingssystemen tekort wat betreft het vinden van groepsmatige verbanden tussen klachten en aandoeningen enerzijds en factoren in het werk anderzijds.

Verder beschouwen arbodiensten als gevolg van eenzijdig op de werksituatie en het bedrijf gerichte wetgeving hun bemoeienis met gezondheid en ziekte uitsluitend als door het werk bepaald of, door de werkgever te beïnvloeden. Privé-omstandigheden spelen daarin geen belangrijke rol. De relatie met de overige onderdelen van de gezondheidszorg beperkt zich doorgaans dan ook tot het opvragen van gegevens ter beoordeling van de mogelijkheid het werk te hervatten. Arbodiensten zijn, of misschien kan nu beter gezegd worden, waren te klein om een eigen ontwikkelingsafdeling te onderhouden. Voor de ontwikkeling van instrumenten, methoden en normen (grenswaarde voor toelaatbare belasting) zijn ze afhankelijk van instituten die op hun beurt weer afhankelijk zijn van de overheid. Aan een hechte relatie tussen bedoelde instituten, de arbodiensten en hun klanten heeft het de laatste jaren behoorlijk ontbroken. Nog een zwakte is, dat de arbodienstverlening is gebaseerd op door arbodeskundigen vastgestelde noodzaak of vermeende behoefte. De diensten worden ontleend aan inventarisaties en evaluaties van gezondheidsrisico's waarvan zij de kennismacht bezitten. Helaas sporen de door deskundigen onderkende risico's niet altijd met door bedrijven ervaren problemen op het terrein van de gezondheid. Professionals in arbodiensten beschikken onvoldoende over de vaardigheid deze discrepantie in gemeenschappelijk voordeel om te zetten.

De sterke kanten overheersen

Ik concludeer dat de sterke kanten van de arbodienst overheersen ten opzichte van de zwakke kanten. Het zal nog de nodige tijd vragen de zwakke kanten om te buigen in sterke. Waarschijnlijk zal de verdere commercialisering van de arbodienstverlening en de verandering - lees privatisering - van ons sociaal zekerheidsstelsel het tempo van veranderen fors doen verhogen. Bedrijven krijgen steeds directer zicht op hun kosten voor het behoud van de gezondheid van werkenden en zullen steeds nadrukkelijker door particuliere verzekeringsmaatschappijen worden aangesproken op hun inspanningen ter voorkoming van ziekte en zorgconsumptie door hun verzekerden.

Juist in het licht van deze kosten/baten benadering kan GBW de sleutel zijn in de verandering van de denk- en werkwijze van professionals in arbodiensten. Er zijn sterke aanwijzingen dat GBW inspanningen meer opleveren dan ze kosten. Zoals ik al eerder aanstipte, zal na- en bijscholing van deze professionals een

essentiële voorwaarde zijn. Mede daarom is door het Centrum voor Gezondheids Bevordering op de Werkplek initiatief genomen tot het ontwikkelen van opleidingsprogramma's. Het lag voor de hand daarbij gebruik te maken van de 'Specification for Training'.

De trainingsspecificatie: opleiden voor een effectieve uitvoering

Met name onder invloed van de European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions is veel ontwikkelingswerk gedaan naar het opzetten en uitvoeren van GBW activiteiten. Dat heeft onder andere geresulteerd in een beschrijving van het GBW proces in termen van te vervullen rollen. De nu volgende opleidingsspecificatie wordt gebruikt in Nederland voor de ontwikkeling van een algemeen GBW-curriculum voor bijscholing van de vier disciplines binnen de arbodienst (arbo-arts, arbeids- en organisatiedeskundige, arbeidshygiënist, veiligheidskundige). Het is een gezamenlijk initiatief van het Centrum GBW, de Netherlands School of Public Health en TNO Preventie en Gezondheid. Op termijn hopen deze partijen GBW op brede schaal binnen het Nederlandse onderwijs te introduceren.

Ik ga in op de rollen die bij de afwikkeling van het GBW-proces van belang zijn, waarna ik beschrijf op welke manier inhoud zal worden gegeven aan concrete opleidingen. De eerste opleiding die mij voor ogen staat is een bijscholing voor arbodeskundigen die GBW actief willen uitvoeren.

De rollen worden gezien als functionele rollen, dat wil zeggen: ze zijn niet voorbehouden aan een specifieke functionaris of beroepsgroep. In principe kan ieder van deze rollen door een en dezelfde functionaris worden vervuld, zij het dat het in de praktijk van alle dag zelden zal voorkomen. GBW wordt gezien als een multidisciplinaire aangelegenheid.

Onderscheiden worden de rol van:

de voorstander of verdediger

Deze rol kan door iedereen met verstand van zaken over het GBW-proces worden vervuld. De rol bestaat uit het rechtvaardigen van GBW activiteiten. GBW wordt gezien als een normatieve interventie. Gezondheid en een gezonde werkplek zijn de norm. Degene die deze rol vervult dient dan ook te beschikken over overredingskracht.

de participant of werknemer

De deelnemer is niet object van GBW, maar participeert actief. In deze rol wordt actieve deelname aan alle stappen in het GBW proces verondersteld en niet alleen aan de uitvoering van een programma. Soms kan het voor een goede rolvervulling nodig zijn werknemers te motiveren of bewust te maken.

de beslisser

Van de beslisser wordt een actieve houding en ondersteuning verwacht. In deze rol worden beslissingen genomen en middelen ter beschikking gesteld. Meestal zal deze rol worden vervuld door het management.

de expert

Vanuit deze rol wordt het GBW proces met ter zake doende kennis en vaardigheden ondersteund. Hiertoe behoren kennis over arbeid en gezondheid, veiligheid en welzijn en onderzoeksvaardigheden. Vaak zal deze rol worden vervuld door een academisch geschoolde (arbo-)deskundige.

de leverancier

Degene die de gezondheidsbevorderende activiteit ontwikkelt en levert vervult deze rol. Het betreft programma's over specifieke thema's. Daarnaast onderhoudt de leverancier de relatie met de eventuele toeleveranciers (een externe instelling, zoals de Nederlandse Hart Stichting), en levert hij een bijdrage aan de behoefteanalyse. Deze rol zo belangrijk omdat ze het publieke gezicht van het programma bepaalt en daarmee de legitimatie ervan.

de veranderingskundige

Bijgedragen aan de doelstellingen van GBW, namelijk het veranderen van gedrag en het behoud van dit gedrag; dat is de rol van de veranderingskundige. Deze rol is van cruciaal belang gedurende het gehele GBW proces. De veranderingskundige moet in staat zijn om te gaan met groepen (werknemers), met organisatorische aspecten en met het management.

In principe kan iedere betrokken functionaris meerdere van deze rollen vervullen. De kans van slagen op een succesvol GBW proces is groter naarmate duidelijker is wie welke rol vervult en er sprake is van teamwork. Leden van zo'n team vertegenwoordigen het bedrijf, de doelgroep en eventuele externe betrokkenen. Een GBW programma dat uitsluitend door een arbodienst wordt bepleit, beslist, geleverd en uitgevoerd heeft een betrekkelijk kleine kans van slagen.

In ieder van deze rollen zijn specifieke kennis en vaardigheden van belang. Het voert te ver om alle nader omschreven onderwijsdoelen te bespreken zoals deze in de trainingsspecificatie zijn genoemd. Ik zal mij verder beperken tot de opleidingsdoelen voor zover die in dit stadium van ontwikkeling van GBW in Nederland van belang zijn. De trainingsspecificaties bieden echter de mogelijkheid tot een bredere aanpak. In Nederland proberen wij die benadering vorm te geven via een masterplan.

Een masterplan

In nauw overleg met het Centrum voor GezondheidsBevordering op de Werkplek werkt de NSPH aan een masterplan voor GBW-opleidingen rond GBW voor diverse doelgroepen. In de loop van de komende pakweg vier jaar worden opleidingen, cursussen of modules ontwikkeld over thema's en aspecten van GBW.

In eerste instantie denken we aan doelgroepen die al over relevante expertise beschikken of waarvan kan worden verwacht dat zij de rollen kunnen vervullen van 'voorzitter', 'expert' of 'leverancier'. Deze scholing wordt in eerste instantie als na- en bijscholing ontwikkeld. Daarna bevorderen we de opname van het opleidingsonderdeel in het reguliere onderwijs.

In tweede instantie denken we aan geselecteerde opleidingen in het initieel hoger onderwijs (universiteiten en hogescholen), omdat voorkennis of een positieve attitude van belang is bij het vervullen van de rollen 'beslissende', 'voorzitter' en 'veranderingskundige'.

Vervolgens denken we aan een onderwijspakket voor het reguliere onderwijs (HBO, MBO, de VBE sector). Hiermee wordt vooral de rol van 'werknemer' ondersteund. Tenslotte is het primair en secundair onderwijs aan de beurt.

Middels campagnes en projecten kan deze doelgroep worden bereikt.

Er is bewust gekozen voor een korte doorlooptijd om de initiatie van opleidingen en opleidingsproducten een campagne-achtig karakter te geven en omdat gezondheidsbevordering gedurende deze looptijd in het centrum van de belangstelling staat van de Europese Unie. Via een netwerk van instellingen voor GBW binnen Europa bestaat er de komende jaren de gelegenheid ervaringen en opleidingsprogramma's uit te wisselen.

Rollen voor de arbodienst

Gelet op de personele samenstelling van een arbodienst, de aard van de activiteiten van zo'n dienst en het feit dat gezondheid - in relatie tot het werk - de hoofdtaak is, kunnen de volgende rollen bij uitstek worden vervuld door medewerkers van de arbodienst: de voorzitter/verdediger, de expert, de veranderingskundige en ten dele de leverancier.

De arbodienst geeft zich daarbij rekenschap van enkele essentiële elementen van GBW:

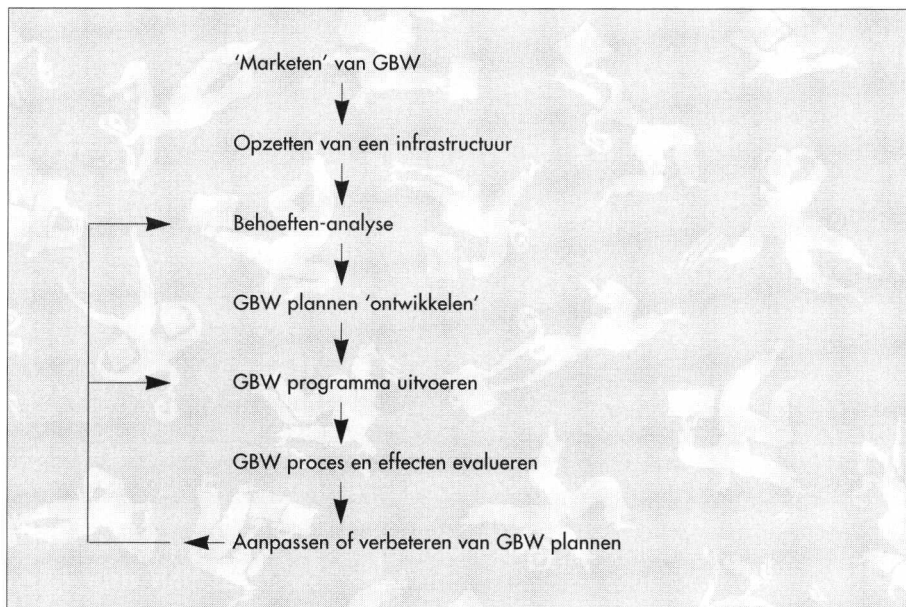
- 1) het uitvoeren van een behoeftenanalyse,
 - 2) participatie van werknemers,
 - 3) het bijdragen aan een multidisciplinair team en
 - 4) het scheppen van duidelijkheid over de rollen die moeten worden vervuld.
- Tegen de achtergrond van wat ik eerder aanwees als sterke en zwakke punten van de huidige arbodiensten, zullen zij zich vooral vragen moeten stellen. Wie initieert bijvoorbeeld een GBW proces of wat is de bijdrage van de arbodienst als voorzitter? Wie modereert het GBW proces of in hoeverre is het de taak van een arbodienst het GBW proces te leiden naar het beoogde doel? Is het de 'opdracht' van de arbodienst het GBW proces te trekken?

Volgens mij moet de arbodienst, zeker gezien de aanwezigheid van de arbeids- en organisatiedeskundige vooral stimulator zijn en ten aanzien van de uitvoering gepaste bescheidenheid in acht nemen.

Anders dan nu vaak het geval is, kan de arbodienst zich bij GBW minder beroepen op wettelijke normen en grenswaarde. Voorwaarde bij GBW is immers de aanwezigheid van een gezonde werkplek. De aansluitende GBW activiteiten vragen een ander soort interventie dan voorheen: het doelbewust veranderen van gedrag staat nu centraal. Daarvoor zijn andere kennis en vaardigheden nodig dan die waarover arbodeskundigen op dit moment beschikken. Dat geldt vooral voor de voorstander-rol en de veranderingskundige rol.

First things first

Vanuit het masterplan en de voorname rol die in eerste instantie wordt toebedacht aan arbodiensten wordt in 1996 gewerkt aan een nascholing voor artsen en andere 'bedrijfsadviseurs' werkzaam bij arbodiensten. Immers, van bedrijfsartsen zullen meestal de eerste stimulansen voor GBW-activiteiten moeten komen. In onderstaande kaders geef ik globaal aan welke kennis en vaardigheden volgens de trainingsspecificaties gewenst zijn. In de bestaande opleidingen voor arbodeskundigen en door ervaring zijn een aantal van de gewenste kwalificaties al bereikt.



Fase 1: het marketen of het aan de man brengen van GBW

Kennis en vaardigheidseisen voor 'marketen van GBW'

Als de arbodienst GBW 'aan de man' wil brengen kan dat vanuit de voorstander-rol of vanuit de expert-rol. De onderlinge rolverdeling is dat de expert optreedt als kennisbron voor de voorstander. Aan de voorstander worden kennis en vaardigheden vereist, zoals:

- kennis van het concept, baten, wettelijke kaders en proces van GBW
- marketing technieken
- presentatie vaardigheden
- schrijfvaardig
- 'verkoop' vaardig
- uitvoeren van organisatie analyse
- kunnen samenwerken

Het centrum GBW schreef in haar verslag van een conferentie in 1995: 'Arbodiensten zijn de vanzelfsprekende instantie om zich met GBW in bedrijven bezig te houden'. 'De arbodienst heeft behoefte aan instrumenten voor interventies op hoog niveau in de organisatie, omdat het de perfecte sluis is om gerichte programma's op de werkvloer te krijgen. Bedrijven zitten niet te wachten op weer andere instituten die zich met gezondheid op de werkplek bemoeien'.

Arbodiensten hebben zich jarenlang kunnen baseren op een door de wetgever omschreven takenpakket. Met de nieuwe Arbowet is dat verleden tijd. Daarom zullen die diensten zich meer moeten richten op een adequate marketing van producten en diensten. GBW hoort daar volgens mij bij. Arbodiensten zullen nog het nodige kunnen bijleren, waar het gaat om het 'aan de man brengen' van diensten die primair de gezondheid bevorderen. Voorwaarde is dan wel er tegelijk wordt gewerkt aan een gezonde werkplek. Complementaire vaardigheden, d.w.z. naast de risicogerichte benadering, zijn dan gewenst.

Fase 2: het opzetten van een (infra-)structuur voor GBW activiteiten.

Kennis en vaardigheidseisen bij het ontwikkelen van een infrastructuur

De tweede stap in het GBW proces is het opzetten van een infrastructuur voor GBW. Met name de veranderingskundige en de leverancier spelen hierin belangrijke rol. Uiteraard dient de 'beslissende' middelen en mankracht ter beschikking stellen en vooral het beleid ten aanzien van GBW te formaliseren. De leverancier zal kennis moeten hebben van projectmatig werken en vaardig zijn in organiseren. Van de veranderingskundige wordt de volgende kwaliteiten verwacht:

- sociale en organisatie psychologie
- projectmanagement
- organisatiekundige kennis
- kennis van arbeid en gezondheid
- kennis van ethiek van GBW
- vaardig in organisatie analyse
- in staat tot teambuilding
- communicatie vaardig
- vaardig in omgang met management
- bestuursvaardig

Om vanuit de positie van adviseur werksituaties in gezondheidkundig opzicht te verbeteren is een goede infrastructuur nodig. In het verleden is daarom aandacht besteed aan de rol van de ondernemingsraad of de 'VGW commissie'. Uit onderzoek blijkt dat de werknemers participatie bij arbo-aspecten betrekkelijk gering is. Voor GBW activiteiten is zo'n betrokkenheid essentieel. Met name mag een bijdrage worden verwacht van de nieuwe arbodiscipline, de 'arbeid- en organisatie deskundige in arbodienstverlening'. In de bestaande opleidingen wordt aan het opbouwen van een structurele samenwerking met het bedrijf en het opbouwen van een infrastructuur in het bedrijf al veel aandacht geschonken.

Fase 3: het uitvoeren van een behoefte-analyse

Kennis en vaardigheidseisen voor het uitvoeren van behoefte-analyse

De derde stap in het GBW proces is het uitvoeren van een behoefte-analyse. Deze fase is essentieel voor effectieve GBW. In deze fase is er vooral een rol weggelegd voor de expert. De voorstander kan een rol spelen als het animo onder werkmensen klein is. De leverancier speelt een rol waar het gaat om het interpreteren van de uitkomsten, om het programma te kunnen specificeren. Van de expert wordt de volgende kennis en vaardigheden verwacht:

- onderzoek methoden en technieken
- participeren onderzoek
- kennis van factoren op de werkplek die gezondheid kunnen beïnvloeden
- kennis van ethiek van onderzoek
- rapportage vaardigheden
- vaardig in het werken in teamverband
- communicatie vaardig
- presentatie vaardigheden
- procedures t.b.v. vertrouwelijkheid

Huidige arbodiensten besteden veel tijd en aandacht aan periodiek medisch onderzoek naar de beleving van de gezondheid en het werk (PAGO). Dit soort

onderzoek kent van origine een sterke gerichtheid op bekende risico's voor de gezondheid; de laatste jaren heeft een verbreding naar alle aspecten van gezondheid en arbeid plaatsgevonden. Toch wordt met het uitvoeren van behoefte onderzoek meer bedoeld dan het genoemde PAGO. Arbodiensten hebben nauwelijks ervaring met dit type onderzoek en met deze benadering van groepen werknemers.

Fase 4: Het ontwikkelen van GBW plannen of programma's

Kennis en vaardigheidseisen voor het 'ontwikkelen' van programma's

De vierde stap in het GBW proces bestaat uit het ontwikkelen of selecteren van programma's die van toepassing zijn in een specifieke situatie. De belangrijkste rollen in deze fase zijn de 'veranderingskundige' en de 'leverancier'. Daarnaast heeft de 'werknemer' een sleutelrol omdat deze tot taak heeft de uitkomsten van de behoefte-analyse te leggen naast de programma('s). Ook moet afstemming wordt bereikt met de mogelijkheden in de specifieke arbeidssituatie. Van de veranderingskundige worden de volgende kwalificaties verwacht:

- kennis van projectmanagement
- kennis van systeemtheorie
- kennis van beleidsontwikkeling
- kennis van terzake wetgeving
- vaardig in planning en probleemoplossing
- communicatie vaardig
- vaardig in bereiken van overeenstemming
- motivationele vaardigheden
- onderhandelingsvaardig
- rapportage vaardig

Fase 5: het implementeren van GBW programma's

Kennis en vaardigheidseisen voor het implementeren van programma's

De vijfde stap in het GBW proces bestaat uit het implementeren van de programma's. In deze fase is de belangrijkste rol weggelegd voor de 'leverancier'. Hij heeft tot taak de programma's uit te voeren en werknemers te motiveren eraan deel te nemen. De 'voorzitter' heeft tot taak over de activiteiten te publiceren. Daarnaast is een belangrijke rol weggelegd voor de 'veranderingskundige', omdat hierbij ook aandacht geschonken moet worden aan het laten beklijven van de verandering. In deze fase is nodig:

- kennis van GBW programma's
- kennis van volwassen educatie
- kennis van gedragsverandering
- kennis van de werkplek en de arbeid
- kennis van lokale gezondheidssysteem

- vaardig in groepswerk
- vaardig in organisatieverandering
- probleem oplossend vermogen
- werken in commissies
- communicatie-vaardig

Implementeren van programma's en adviezen is niet de sterkste kant van arbodeskundigen. Hoewel dit aspect van arbodienstverlening ruim over het voetlicht wordt gebracht, blijkt dat de inbreng van de adviseur meestal beperkt blijft tot het presenteren van het advies. Als continue adviseurs van het bedrijfsleven zullen arbodeskundigen juist op dit punt hun vaardigheden kunnen versterken, ook al 'leveren' zij vaak niet zelf een programma.

Fase 6: het uitvoeren van evaluatie onderzoek voor eventuele aanpassing van het plan

Kennis en vaardigheidseisen voor het uitvoeren van evaluatie-onderzoek

De zesde stap in het GBW proces bestaat uit het uitvoeren van evaluaties voor het zo nodig aanpassen of verbeteren van het GBW plan. In deze fase voert de leverancier een evaluatieprotocol uit. De 'veranderingskundige' leidt de evaluatiefase. De 'expert' ondersteunt deze fase door te adviseren over evaluatie-aspecten en -technieken. uiteraard wordt voor het uitvoeren van de evaluaties medewerking van de 'werknemer' verondersteld. De 'beslissers' bepaalt uiteindelijk de aanpassing o.a. door informatie over de evaluatie resultaten. De volgende kwalificaties zijn vereist:

- kennis van evaluatiemethoden
- kennis van mogelijke indicatoren
- kennis van het GBW programma
- kennis van evaluatietechnieken
- ontwerpen van evaluatieprotocollen
- administratieve vaardigheden
- vaardig in organisatie-analyse
- bestuursvaardigheden

Fase 7: het doorvoeren van de uitkomsten van de evaluatie resultaten

Kennis en vaardigheidseisen voor het doorvoeren van veranderingen in het programma

De zevende stap in het GBW proces is het doorvoeren van de resultaten van de evaluatie. Van de 'expert' wordt verwacht dat hij de resultaten mee helpt interpreteren. Van de 'leverancier' dat hij de aanpassing verwerkt, van de 'be-

slisser' dat hij zichtbaar betrokken is bij het veranderde programma. De grootste rol is is weggelegd voor de 'veranderingskundige'. Hij coördineert en stuurt de verandering van het programma aan en vergewist zich ervan dat alle betrokkenen worden geïnformeerd. Hiervoor is nodig:

- kennis van projectmanagement
- kennis van systeemtheorie
- kennis van beleidsontwikkeling
- kennis van gezondheidsdeterminanten
- kennis van wetgeving inzake arbeid en gezondheid
- planningsvaardigheden
- probleem oplossend vermogen
- motivationele vaardigheden
- communicatie en rapportage vaardig

Een concrete uitwerking

Het doel van de cursus/training is de deelnemers vertrouwd te maken met het GBW proces in samenhang met gebruikelijke arbodienstverlening. Daartoe wordt kennis omtrent het GBW proces en de daarin te vervullen rollen overgedragen en worden vaardigheden getraind die van essentiële betekenis zijn GBW te kunnen uitvoeren. Dit doel is uitgewerkt in de volgende leerdoelen.

Na afloop van de cursus/training kunnen de deelnemers:

- 1 Het GBW concept benoemen in relatie tot de gangbare arbodienstverlening.
- 2 De baten van GBW in een concreet geval benoemen.
- 3 De wettelijke kaders van GBW toepassen in een presentatie.
- 4 Een organisatieanalyse uitvoeren in een concreet geval.
- 5 Een GBW plan in de fasen van het GBW proces opstellen en zowel schriftelijk als mondeling presenteren aan management en werknemersvertegenwoordiging.
- 6 Een GBW plan van aanpak opstellen op basis van een overeengekomen probleemdefinitie die is ontleend aan de resultaten van de behoefte-analyse.
- 7 Een GBW plan als project definiëren waarbij in het bijzonder aandacht is besteed aan de georganiseerde betrokkenheid van andere arbodeskundige en vertegenwoordigers van het 'cliënt bedrijf'.
- 8 In een concrete situatie de ethische en professionele dilemma's bespreekbaar maken bij vertegenwoordigers van het bedrijf.
- 9 In een concrete situatie een bijeenkomst leiden waarin de betrokkenen in het GBW-project het plan van aanpak bijstellen aan de hand van gegeven evaluaties.
- 10 Twee gezondheidsbevorderingsprogramma's op maat maken voor gebruik in een GBW-project in een gegeven situatie.

- 11 Onderhandelen over en motiveren tot deelname van groepen werknemers aan een GBW programma.
- 12 Bevorderende en belemmerende factoren bij betrokkenen aan GBW beschrijven en bespreken met betrokkenen.
- 13 Een evaluatie-protocol opzetten dat is gericht op programma, proces en uitkomst.
- 14 De resultaten van een evaluatie-onderzoek interpreteren in een teamvergadering.

Als randvoorwaarde is gesteld dat de scholing niet langer duurt dan 4 dagen, waarvan 3 dagen worden besteedt aan vaardigheidstrainingen op aspecten van het GBW proces en een vierde dag wordt besteed aan het bespreken van individuele opdrachten die in de eigen praktijk zijn uitgevoerd en aan het bespreken van de leaner reports. Aan de cursus/training kunnen maximaal 12 personen deelnemen.

Het programma kent als opbouw per dagdeel:

Dagdeel 1	onderwerp:	Wat is GBW?
	inhoud:	over het GBW proces en de rollen; visie op arbodienstverlening
	leerdoelen:	1, 3, 5 en 10
	werkvormen:	inleiding en vragen over de leerstof
	onderwerp:	Hoe presenteert ik GBW?
	inhoud:	over het aan de man brengen van GBW aan werkgever, werknemers en collega-arbodeskundigen
Dagdeel 2	leerdoelen:	2, 3 en 7
	werkvormen:	training met acteurs
	onderwerp:	Hoe zet ik een GBW plan op?
	inhoud:	over het organiseren en plannen van een GBW programma; over samenwerking en afstemming met bestaande arbodienstverlening; over programma, proces en uitkomst variabelen
	leerdoelen:	1 en 5
	werkvormen:	workshop en training
Dagdeel 3	onderwerp:	Hoe betrek ik anderen bij GBW?
	inhoud:	over het initiëren van GBW; over het motiveren van het bedrijf bij GBW; over het meehelpen opzetten van een infrastructuur voor GBW; over het uitvoeren van behoeftenanalyses
	leerdoelen:	4, 5, 6 en 8
	werkvormen:	workshop en training
	onderwerp:	Hoe zet ik mijn eigen GBW project op?
	inhoud:	over projectmatig werken; over de rollen van de

	leerdoelen:	arbodeskundige; over belemmerende en bevorderende factoren; over het vaststellen van prestatie-indicatoren
	werkvormen:	4, 8, 10, 11 en 12 workshops
Dagdeel 4	onderwerp:	Hoe krijg ik instemming met het GBW plan van aanpak?
	inhoud:	over het verwerken van de resultaten van de behoefte-analyse; over het stellen van prioriteiten en het definiëren van het plan van aanpak in samenspraak met het bedrijf
	werkvorm:	leerdoelen: 5, 6 en 7 oefeningen met casuïstiek, trainen met acteurs
Dagdeel 5	onderwerp:	Hoe selecteer ik programma's voor GBW?
	inhoud:	over het gebruiken van bestaande gezondheidsbevorderingsprogramma's en het op maat maken in een GBW aanpak; over output metingen
	leerdoelen:	6, 7, 9 en 10
	werkvormen:	workshop met materiaal van bestaande programma's
Dagdeel 6	onderwerp:	Hoe bevorder ik deelname aan GBW?
	inhoud:	over het omgaan met weerstanden; over het uitvoeren van evaluaties; over het bijstellen van een project en een programma
	leerdoelen:	6, 7, 11 en 13
	werkvormen:	oefeningen, training
(na enkele maanden)		
Dagdeel 7	onderwerp:	Werkt GBW?
	inhoud:	over het bespreken van de uitgevoerde opdracht
	leerdoelen:	1-14
	werkvormen:	casuïstiek bespreking
Dagdeel 8	onderwerp:	Werkt de GBW-er?
	inhoud:	over de bespreken van de learner reports
	leerdoelen:	1-14
	werkvormen:	reflectief practicum

Coördinatie

GBW is volop in ontwikkeling. Dat geldt niet alleen voor de GBW proces benadering, maar ook voor specifieke methoden en technieken en voor in de arbeidssituatie bruikbare GBW programma's. GBW is immers meer dan het uitvoeren van 'GVO in het bedrijf', GBW is doelgerichte gedragsverandering naar een gezonde leefstijl op een gezonde werkplek. Dat is nieuw, hoewel u elders in dit handboek succesvolle buitenlandse voorbeelden aantreft van enige jaren terug. Ik denk dan in het bijzonder aan de Finse Tuttava.

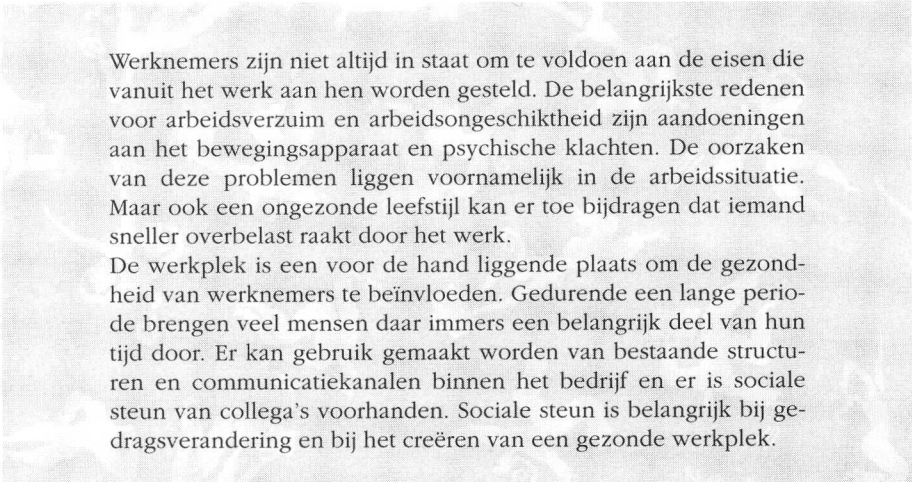
Gestimuleerd door een programma van de Europese Commissie zijn inmiddels enkele Europese netwerken ontstaan, waaronder een netwerk rond GBW activiteiten en een netwerk rond GBW opleidingen (het Users Network). Binnen Nederland wordt aan een vergelijkbaar netwerk gebouwd. Het Centrum GBW te Den Haag is letterlijk het centrum. Van daaruit worden respectievelijk methodiekontwikkeling en opleidingsactiviteiten gecoördineerd door TNO-PG te Leiden en de NSPH te Utrecht.

Literatuur

- Commissie van de Europese Gemeenschappen: *Mededeling van de commissie en voorstel voor een besluit van het europees parlement en de raad tot vaststelling van een communautair actieprogramma inzake gezondheidsbevordering, -voorlichting, -opvoeding en -opleiding volgens het actie kader voor de volksgezondheid*. Brussel: COM (94) 202 def, 94/0130 (COD), 01.06.1994
- *Workplace Health Promotion -a specification for training*. by Richard Wynne. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Working paper No.: WP/94/22/EN
- *Gezondheidsbevordering op de werkplek, een specificatie voor programma's* door Inge van den Borne (vert.). Den Haag: Centrum voor Gezondheidsbevordering op de werkplek, ongedateerd
- *Lifestyle and Health at the Workplace WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen: 1991
- *Health Promotion at the Worksite, a brief survey of large organizations in Europe* by R.A. Malzon and G.B. Lindsay. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: 1992
- *Health promotion at the workplace, Strategy options*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: 1995
- *Concern for Europe's Tomorrow, Health and Environment in the WHO European Region by WHO Centre for Environment and Health*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 1995
- Grundemann, Robert WM. *Innovative Workplace Action for Health in Nederland, verslag van een onderzoek*. Leiden: NIPG-TNO, 12 februari 1990
- Grundemann, RWM en ECMP Lourijsen. *Gezondheidsbevorderende activiteiten op het werk in Nederland, fase 2: De factoren die een rol spelen bij de ontwikkeling en de uitvoering van de activiteiten*. Leiden: NIPG-TNO, oktober 1991
- Hetty Scholten, Chris Verhoeven, France Kittel en Stan Maes. *Gezondheid en Welzijn op de werkplek*. Utrecht: uitgeverij SWP Utrecht, 1994
- *'n Visie op gezond werken. De ontwikkeling van gezondheidsbevordering op de werkplek. Verslag van een conferentie*. Den Haag: Centrum Gezondheidsbevordering op de werkplek, 23 mei 1995

TOT SLOT: GEZONDHEIDSBEVORDERING OP DE WERKPLEK: KANSEN VOOR DE TOEKOMST

Door drs. P. Baart en drs. G. Roerink.



Werknemers zijn niet altijd in staat om te voldoen aan de eisen die vanuit het werk aan hen worden gesteld. De belangrijkste redenen voor arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn aandoeningen aan het bewegingsapparaat en psychische klachten. De oorzaken van deze problemen liggen voornamelijk in de arbeidssituatie. Maar ook een ongezonde leefstijl kan er toe bijdragen dat iemand sneller overbelast raakt door het werk.

De werkplek is een voor de hand liggende plaats om de gezondheid van werknemers te beïnvloeden. Gedurende een lange periode brengen veel mensen daar immers een belangrijk deel van hun tijd door. Er kan gebruik gemaakt worden van bestaande structuren en communicatiekanalen binnen het bedrijf en er is sociale steun van collega's voorhanden. Sociale steun is belangrijk bij gedragsverandering en bij het creëren van een gezonde werkplek.

Afhankelijk van het perspectief zijn er argumenten te geven vóór of tégen de ontwikkeling van GBW. Het *economisch perspectief* lijkt de boventoon te voeren: wat kost het en wat levert het op? Een kosten-baten-analyse moet zeker gemaakt kunnen worden. Maar er zijn naast het economische perspectief ook andere gezichtspunten. Zo is er het *juridische perspectief*: 'gezondheid is privé; daar mag je vanuit de werksetting niet aankomen'.

Daartegenover staat dat de wettelijke aansprakelijkheid een juridisch en een economisch motief geven om dat juist wél te doen. In het *legislatieve perspectief* strijden de voor- en tegenargumenten met elkaar. Aan de ene kant worden zaken in het nieuwe arbeidsbesluit minder gedetailleerd geregeld zodat vaker gezegd kan worden dat onderwerpen niet in dat besluit staan. Maar aan de andere kant is het zo dat er, als er tenminste in de geest van de Arbowet of het Arbeidsbesluit wordt gehandeld, in de Arbowet zeker argumenten te vinden zijn voor een goed GBW-beleid.

Dan zijn er nog *bedrijfskundige argumenten*. Er zijn voorstanders van het centraal stellen van het primaire proces. Alles wat daar buiten valt behoort volgens hen niet tot de verantwoordelijkheden van een arbeidsorganisatie. Daar-

entegen gaan human resource management-systemen ervan uit dat het primaire proces alleen goed kan worden gestuurd door gebruik te maken van alle talenten van medewerkers in een arbeidsorganisatie, en dat het zeer belangrijk is om zorgvuldig met die bronnen om te gaan.

Tenslotte zijn er nog argumenten voor een goed gezondheids-bevorderend beleid vanuit de *technische* en *milieu-technische* hoek. Die zijn in dit boek niet of nauwelijks uitgewerkt. Dure technische aanpassingen zouden het vanuit dit perspectief niet aantrekkelijk maken om aan GBW te doen; economische argumenten doen hier opgeld. Een beleid met betrekking tot gevaarlijke stoffen, waarbij de nodige techniek komt kijken, is echter niet alleen uit economische motieven belangrijk maar ook vanuit ecologisch en medisch oogpunt. Dat geldt overigens ook voor de beperkingen van lawaai en gehoorbescherming. Tenslotte zijn er de specifiek *medische argumenten*. Roken is evident slecht en dat geldt ook voor overmatige en eenzijdige spierbelasting. Door omgang met gevaarlijke stoffen kan zich kanker ontwikkelen en hart- en vaatziekten kunnen het resultaat zijn van verkeerde voeding.

Tenslotte noemen we hier nog maar eens het motief van de meeste mensen in Nederland. Zij vinden gezondheid een van de meest belangrijke zaken in hun leven. Dit is het *menselijke of humane perspectief*.

Bedrijfsvoering

Gezondheidsbevordering op de werkplek is een complexe zaak waarbij het gaat om een systematische reeks stappen om in een arbeidsorganisatie te zorgen voor een gezonde werkplek en gezonde werknemers. Het Centrum GBW wil bewerkstelligen dat gezondheidsbevordering op de werkplek een vanzelfsprekend onderdeel wordt van de bedrijfsvoering van ondernemingen. Zonder iets af te doen aan de bijdragen in dit boek constateren wij dat dat nog lang niet het geval is.

Op welke manieren is gezondheid en gezondheidsbevordering van invloed op de bedrijfsvoering? GBW kan bijvoorbeeld een onderdeel zijn van het arbojaarplan. Arbeidsorganisaties hebben belang bij het verminderen van kosten als gevolg van ziekteverzuim, hoge ziektekosten en bedrijfsongevallen. Ook op andere (begrotings)posten zijn de effecten van gezondheidsbevordering terug te vinden. Daarbij kan gekeken naar de totale kosten voor personeel: lonen, uitkeringen bij ziekte, vervanging bij ziekte, verzekeringspremies en kosten voor personeelsmanagement. GBW voegt waarschijnlijk meer toe dan het kost. In de nabije toekomst moet duidelijk worden hoe de kosten en baten van een GBW-beleid eruit zien.

Door goede en verantwoord opgezette GBW-activiteiten worden kosten bespaard en krijgen medewerkers meer plezier in het werk, functioneren ze beter, verbetert de kwaliteit van het werk en verbetert ook het bedrijfsimago. GBW kan een agendapunt zijn bij functioneringsgesprekken en werk- en

teambesprekingen. Managers kunnen het op de agenda zetten om de motivatie van werknemers extra te stimuleren. GBW activiteiten voegen op die manier iets toe aan de kwaliteit van het werk én de kwaliteit van de manager.

Participatie

Diverse bedrijven en instellingen in Nederland hebben gezorgd voor gezondere werknemers door het instellen van een rookbeleid, het creëren van een fitness-ruimte, het opzetten van een alcoholbeleid, een gezonder voedingspakket in de bedrijfskantine en het aanbieden van stresscursussen. Participatie van werknemers is daarbij van doorslaggevend belang. Naast het in de Wet op de Ondernemingsraden vastgelegde recht op participatie in de besluitvorming in bedrijven is het erg belangrijk om participatie handen en voeten te geven in programma's op de werkplek. Het Centrum GBW besteedt daar in de nabije toekomst aandacht aan.

Scholing

Voor de ontwikkeling van goede programma's is het nodig dat binnen arbeidsorganisaties en ondersteunende instanties méér mensen deskundigheid ontwikkelen op het gebied van GBW. De programma's winnen aan kracht als de interventies integraal en op verschillende manieren worden uitgevoerd in samenwerking met alle betrokkenen. Met andere woorden: GBW werkt het best als het integraal, multidisciplinair en multimethodisch is.

Het scholingsplan dat Hans Dam in zijn artikel voorstelt zal verder aangevuld moeten worden met concrete lesprogramma's. Enkele daarvan zijn inmiddels in een vergevorderd stadium. Daarbij moet naast de al genoemde cursussen voor arbodiensten gedacht worden aan postdoctorale programma's op WO- en HBO-niveau. Het masterplan voor scholing op het gebied van GBW voorziet in een fase-gewijze opbouw van een programma dat gericht is op scholingen op alle denkbare niveaus.

Markt

Omdat er steeds meer effectieve GBW-programma's beschikbaar zijn, ontwikkelt zich een markt van GBW-produkten en aanbieders. Naast arbodiensten bieden verzekeraars en particuliere en commerciële organisaties hun diensten aan.

Uit de Nipo-enquête en de bijdrage van heer Wiegel blijkt dat verzekeraars een warme belangstelling hebben voor GBW. Op welke wijze zij dat vorm gaan geven is echter nog niet geheel duidelijk. Het Centrum GBW zal de verzekeraars uitnodigen hieraan actiever vorm te geven en daarover met ons van gedachten te wisselen.

Verder wordt er op dit moment gewerkt aan een databestand van GBW-producten en hun aanbieders. Binnenkort is dat overzicht klaar en kunnen we het aanbieden aan potentiële gebruikers; werkgevers en werknemers. Zij kunnen erin opzoeken wat voor hen van belang is.

Daarbij speelt echter een groot probleem. Hoe weet je nu of een aangeboden programma een goed produkt is, of het effectief is, kortom: of het kwaliteit heeft?

Kwaliteit

Voor de ontwikkeling van GBW is het erg belangrijk dat het management van arbeidsorganisaties inziet dat de invoering van een goed en verantwoord opgezet gezondheidsprogramma ook daadwerkelijk een positief effect zal hebben. Maar dan moeten die succesvolle gezondheidsbevorderingsprogramma's wel voorhanden zijn, of verder worden ontwikkeld.

In verschillende bijdragen is het begrip kwaliteit naar voren gekomen. Onder invloed van de International Standard Organisation is er al geruime aandacht voor kwaliteit op de werkplek. In opdracht van het Centrum GBW wordt door TNO-PG gewerkt aan een nadere invulling van kwaliteit van GBW producten. Ook het Europees Netwerk Gezondheidsbevordering op de Werkplek besteedt veel aandacht aan (het toetsen en ontwikkelen van) kwalitatief hoogstaande GBW-programma's. Het procesmatige karakter van GBW, de inbedding in de normale organisatie, participatie van werknemers en de effectiviteit van interventies zijn daarbij belangrijke onderwerpen.

Het buitenland

De Europese commissie heeft het initiatief genomen tot een actieprogramma gezondheidsbevordering. Een Europees Netwerk Gezondheidsbevordering op de Werkplek gaat daar onderdeel van uitmaken. Het heeft als doel de Europese Commissie te informeren over de ontwikkelingen in de landen van de Unie en ook gaat het netwerk uitwisseling van informatie tussen de verschillende landen tot stand brengen. Voor dit netwerk is het Centrum GBW het Nederlandse contactpunt.

Tot slot halen we in deze epiloog nog enkele trends naar voren.

Psychische werkdruk

Een zorgwekkende trend is de verhoging van uitval door psychische werkdruk. Dit heeft de afgelopen jaren zodanige vormen aangenomen dat het één van de belangrijkste oorzaken van arbeidsuitval is geworden. Een groot aantal Riagg's speelt bij de hulp van psychische werkdruk al een grote rol. We moeten echter niet alleen denken aan hulp bij al geconstateerde psychische klach-

ten; preventie door middel van een zorgvuldig overwogen psychisch gezondheidsbeleid is óók buitengewoon belangrijk. Voor mensen die in het arbeidsproces willen terugkeren moet een goed rehabilitatieplan aanwezig zijn.

Flexibilisering van de arbeid

Steeds meer werknemers werken op contractbasis. Life-time employment komt steeds minder voor en life-time enjoyment is niet altijd het gevolg. Zij hebben meer gezondheids- en welzijnsklachten dan niet-flexibele werknemers; flexiwerkers zijn veelal gedwongen om onder grote druk, in korte tijd, prestaties te leveren. Flexibele arbeid kan zekerheden van werknemers ernstig aantasten. Op lokaal niveau zullen er dus programma's ontwikkeld en opgezet moeten worden om flexiwerkers in hun onzekerheden bij te staan.

Ook uitzendkrachten werken soms onder moeilijker omstandigheden dan vaste werknemers. Zij blijken minder rechten te kunnen laten gelden op goede en voldoende beschermingsmiddelen en daardoor hebben ze een grotere kans slachtoffer te worden van een bedrijfsongeval.

Ook voor de werkgever kan het werken met flexibele arbeidskrachten op langere termijn nadelig zijn. Flexiwerkers hebben meestal een geringere betrokkenheid bij de organisatie dan vaste krachten en dat kan negatieve gevolgen hebben voor de prestaties. De werkgever bespaart op loonkosten maar op wat langere termijn kunnen door het veelvuldig inzetten van flexibele arbeidskrachten forse financieel-economische tegenvallers ontstaan.

Tenslotte is in dit verband de positie van vrouwen van groot belang. In haar artikel wees Ellen Offers op enkele voorwaarden waaraan werk voor vrouwen moet voldoen. Zij wijst erop dat meer flexibel werken ook voor vrouwen niet zonder meer de beste oplossing is als het gaat om het combineren van een betaalde baan met werk in de zorgsfeer.

Gehandicapten en chronisch zieken

Omdat gehandicapte en chronisch zieke werknemers een risico voor de werkgever vormen wordt vaak al in de sollicitatie-procedure geselecteerd. Veel chronisch zieken komen niet eens aan de aanstellingskeuring toe. Gezondheid is voor veel werkgevers een belangrijk selectiecriterium. Chronisch zieken kennen dan ook een aanzienlijk lagere arbeidsparticipatie dan gezonde mensen.

Arbeidsomstandighedenwet

Naast de wil van werkgevers om bijvoorbeeld ziektekosten te reduceren, heeft ook de verandering van de Arbowet in 1990 de belangstelling voor gezondheidsbevorderende programma's doen toenemen. Door de Arbowet is in Nederland een wettelijk kader geschapen dat werkgevers verplicht om de veiligheid, de gezondheid en het welzijn van werknemers te beschermen en te bevorderen. De zorg van de werkgever dient in een duidelijk beleid met bijbeho-

rend plan te geschieden en de werkgever moet zorgen voor voorlichting en onderricht.

Interessante aanknopingspunten voor GBW zijn 'preventie', 'voorlichting' en 'onderricht' binnen de Arbowet (artikel 6). Helaas zijn deze begrippen binnen de Arbowet slechts gekoppeld aan arbeidsomstandigheden. Hoewel er in beginsel ook aangrijpingspunten zijn voor leefstijlgerichte onderwerpen rond ziekteverzuim, worden die niet genoemd of bedoeld.

Vanuit leefstijl zijn er vooral raakvlakken met gezondheid, in enige mate met veiligheid (alcohol bij bedrijfsongevallen en roken in verband met brandgevaar) en in geringe mate met welzijn. Als aanscherping van de verplichte zorg voor een zo groot mogelijke veiligheid, een zo goed mogelijke bescherming van de gezondheid en de bevordering van het welzijn is bescherming tegen seksuele intimidatie, agressie en geweld, aan de Arbowet toegevoegd als bijzonder aandachtspunt. Een dergelijke bijzondere bepaling is in principe óók denkbaar voor leefstijlgerichte preventie. Gezien de deregulering ligt dit echter niet voor de hand.

Bij aanpak van ziekteverzuim gaat de aandacht met name uit naar de arbeidsomstandigheden. Door binnen de Arbowet meer aandacht voor leefstijl te krijgen wint de wet aan betekenis als basis voor een integrale, systematische en preventieve aanpak van ziekteverzuim. Aanknopingspunten hiervoor zijn de risico-inventarisatie en -evaluatie, het Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek, de ziektepreventie aan de hand van leefstijlfactoren (waarbij de privé- en werksfeer elkaar raken) en voorlichting en onderricht.

De stand van zaken

Inge van den Borne wees in haar artikel op de resultaten van de GBW-Nipo enquête. Méér dan 90% van de werkgevers ziet het belang in van GBW-activiteiten. Ook de werknemers en hun partners en de verzekeraars staan er positief tegenover. Om daadwerkelijk aan GBW te kunnen doen moeten wel enkele hindernissen worden genomen.

Betrokkenheid van zowel de werkgevers als de werknemers is van evident belang. Als GBW succesvol wil zijn dan moeten de basisaspecten 'tijd' en 'geld' goed geregeld zijn.

Uit de enquête blijkt verder dat er veel behoefte is aan informatie over GBW. Tijdens het Arbocongres 1996 in de Amsterdamse RAI werd een toenemende behoefte aan preventie en gezondheidsbevordering gesignaleerd.

Voor het Centrum GBW is de enquête niet alleen een manier geweest om te kijken wat de stand van zaken op dit moment is. Ook is het voor ons belangrijk om na te gaan waar de ontwikkelingsmogelijkheden liggen. In de toekomst kunnen de gegevens worden gebruikt om te zien of GBW zich in een goede richting ontwikkelt. Over enkele jaren zullen wij deze enquête dus laten herhalen.

Tot slot

Individuele waarden en normen maar ook bedrijfsculturen spelen binnen een GBW-programma een rol. Alleen met inachtneming en respect voor individuele normen en culturele aspecten binnen bedrijven heeft GBW kans van slagen. GBW-interventies moeten echter ook worden opgevat als doelgerichte verandering in een organisatie; het zijn ook interventies die van invloed zijn op de normen en waarden binnen de onderneming. Gezien het feit dat het grootste deel van de Nederlandse beroepsbevolking gezondheid tot een van de meest belangrijke zaken rekent, hoeft dat geen groot probleem te zijn; Gezondheid Moet. Vanuit de stand van zaken met betrekking tot GBW in Nederland willen wij daaraan nog slechts deze conclusie toevoegen: Gezondheid Werkt.

ADRESSENLIJST:

Centrum Gezondheidsbevordering op
de Werkplek
Johan van Oldenbarneveltlaan 9
2582 NE Den Haag
telefoon: 070 - 3552502
telefax: 070 - 3558399

Nederlandse Hartstichting
Bordewijklaan 3
Postbus 300
2501 CH DEN HAAG
Tel. 070 - 315 55 55
Fax 070 - 335 28 26
Infolijn: 06 - 30 00 30

Nederlandse Kankerbestrijding/KWF
Sophialaan 8
1075 BR AMSTERDAM
Tel. 020 - 570 05 00
Fax 020 - 675 03 02

Nederlands Astma Fonds
Speelkamp 28
Postbus 5
3830 AA LEUSDEN
Tel. 033 - 494 18 14
Fax 033 - 495 03 30

NOC*NSF, Sector Sport en Gezondheid
Papendallaan 60
Postbus 302
6800 AH ARNHEM
Tel. 026 - 483 44 00
Fax 026 - 483 47 32

Stichting Volksgezondheid en Roken
(Stivoro)
Johan van Oldenbarneveltlaan 9
Postbus 84370
2508 AJ DEN HAAG
Tel. 070 - 352 25 54
Fax 070 - 354 48 29

Vereniging van Integrale Kankercen-
tra (VvIK)
Catharijnesingel 499, Gebouw Trinde-
borch
Postbus 19001
3501 DA UTRECHT
Tel. 030 - 234 37 80
Fax 030 - 234 36 32

Voorlichtingsbureau voor de Voeding
(VoVo)
Jan Willem Frisolaan 13
Postbus 85700
2508 CK DEN HAAG
Tel. 070 - 351 08 88
Fax 070 - 350 42 59

Stichting Pandora
2e Constantijn Huygensstraat 77
Postbus 75622
1070 AP AMSTERDAM
Tel. 020 - 685 11 71
Fax 020 - 612 36 99

Stichting Alcohol Consultancy Nederland (ALCON)
Birkstraat 108
3768 HL SOEST
Tel. 035 - 603 03 34
Fax 035 - 603 00 84

Rijksuniversiteit Groningen (RUG)
Faculteit Andragogiek
Grote Rozenstraat 38
9712 TJ GRONINGEN
Tel. 050 - 363 65 18
Fax 050 - 363 65 21

Stichting Aidsfonds
Keizersgracht 390-392
1016 GB AMSTERDAM
Tel. 020 - 626 26 69
Fax 020 - 627 52 21
Aids-Infolijn, 06 - 022 22 20 (gratis, op werkdagen van 14.00 tot 22.00 uur).

Rijksuniversiteit Groningen (RUG)
Interfacultaire Werkgroep Emancipatievraagstukken/
Vrouwenstudies IWEV
Nieuwe Kijk in 't Jatstraat 70
9712 SK GRONINGEN
Tel. 050 - 363 62 31
Fax 050 - 363 62 26

Werkgroep Infectiepreventie
Academisch Ziekenhuis
E-4-P-50
Postbus 9600
2300 RC Leiden.
tel: 071-5266756 (te bereiken tussen 8 en 14 uur)

Netherlands School of Public Health (NSPH)
Admiraal Helfrichlaan 1
3527 KV UTRECHT
Tel. 030 - 291 32 32
Fax 030 - 291 32 42

Rijksuniversiteit Limburg (RL)
Vakgroep Medische Psychologie
Peter de Bijeplein 1
Postbus 616
6200 MD MAASTRICHT
Tel. 043 - 388 2222
Fax 043 - 367 0952

Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA)
De Boelelaan 30 - 32
Postbus 75665
1070 AR AMSTERDAM
Tel. 020 - 549 86 11
Fax 020 - 646 23 10

Rijksuniversiteit Limburg (RL)
Vakgroep Gezondheidsvoorlichting (GVO)
Peter de Bijeplein 1
Postbus 616
6200 MD MAASTRICHT
Tel. 043 - 388 24 06
Fax 043 - 367 10 32

TNO Preventie en Gezondheid
Wassenaarseweg 56, Gortergebouw
Postbus 2215
2301 CE LEIDEN
Tel. 071 - 518 17 72
Fax 071 - 518 19 20

Rijksuniversiteit Leiden
Vakgroep Klinische Gezondheidspsychologie
Wassenaarseweg 52, Kamer B.43
Postbus 9555
2300 RB LEIDEN
Tel. 071 - 527 37 37
Fax 071 - 527 36 19

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Gezondheidsbeleid
afdeling Consumentenveiligheid en Omgevingsrisico's
Sir Winston Churchilllaan 366-368
Postbus 3008
2280 MK RIJSWIJK
Tel. 070 - 340 67 09
Fax 070 - 340 54 54

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW)
afdeling ARBO/ATB
Anna van Hannoverstraat 4
Postbus 90801
2509 LV DEN HAAG
Tel. 070 - 333 56 78
Fax 070 - 333 40 26

Zorgverzekeraars Nederland
Prins Bernhardweg 69
Postbus 142
3990 DC HOUTEN
Tel. 030 - 698 84 67
Fax 030 - 698 83 33

Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB)
Entrada 202
1096 EE AMSTERDAM
Tel. 020 - 690 40 46
Fax 020 - 695 12 81

Universiteit van Amsterdam, Coronel Laboratorium
Meibergdreef 15
1105 AZ AMSTERDAM
Tel. 020 - 566 49 49

Mr. J. Robert Dooner
2170 Berwick Avenue
OTTAWA, Ontario K2C 0Y3
Canada
Tel. 00 1 - 613 224 08 36
Fax 00 1 - 613 224 88 06

WRC Work Research Centre Ltd.
Dr Richard Wynne
22, Northumberland Road
Dublin 4
Ireland
Tel. 00 353 - 1 668 39 88
Fax 00 353 - 1 668 31 42

National Institute of Occupational Health
Mr. Vilhelm Borg
Lerso Parkallé 105
DK 2100 COPENHAGEN
Denmark
Tel. 00 45 - 39 29 97 11
Fax 00 45 - 39 27 01 07

Werkende mensen zijn relatief gezond en dat moeten we zo houden. Werk heeft een positieve invloed op gezondheid en welzijn van mensen. Het biedt ondermeer structuur aan het dagelijks leven en het is een belangrijke bron van sociale contacten. Daar staat tegenover dat het werk ook oorzaak kan zijn van ziekte. Oorzaken liggen voornamelijk in de arbeidssituatie, maar ook een ongezonde leefstijl kan er toe bijdragen dat iemand sneller overbelast raakt door het werk.

Dit boek geeft een compleet beeld van de stand van zaken en toekomstverwachtingen rond 'Gezondheidsbevordering op de werkplek' in Nederland en van enkele ontwikkelingen in het buitenland. Centraal staan daarbij het bevorderen van een gezonde leefstijl van werknemers en het realiseren van een gezonde werkplek. Deze publicatie is met name bestemd voor managers, P&O-functionarissen, OR-leden en arbo-functionarissen. Vanuit verschillende invalshoeken en disciplines is door een groot aantal wetenschappers en andere deskundigen artikelen voor dit boek geschreven.

Het Centrum GBW - dat de redactie van dit boek verzorgde - is opgericht door De Nederlandse Hartstichting, het Nederlands Astmafonds en de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF. Via het Centrum GBW willen deze drie organisaties meer aandacht vragen voor gezondheidsbevordering op de werkplek om zodoende bij te kunnen dragen aan preventie van hart- en vaatziekten, kanker en cara. Door recente veranderingen in de Ziektewet, de WAO en de bedrijfsgezondheidszorg hebben werkgevers en werknemers meer dan voorheen belang bij een goede gezondheid en een gezonde werkomgeving. Het Centrum GBW stimuleert de GBW-bewustwording en wil dat GBW een vanzelfsprekend onderdeel wordt van de bedrijfsvoering van arbeidsorganisaties. Dit boek levert daar een belangrijke bijdrage aan.

Voor meer informatie over andere uitgaven van het NIA:

NIA klantenservice, Postbus 75665, 1070 AR Amsterdam, telefoon (020) 54 98 404



Centrum gezondheidbevordering op de werkplek

