

Van bedrijfsfitness naar integraal gezondheidsmanagement

Jos Sanders, Jan Fekke Ybema en Rob Gründemann

In dit artikel beschrijven we aan de hand van de literatuur in het kort de geschiedenis van gezondheidsbeleid in organisaties. We beginnen daarbij in de Verenigde Staten met training op het gebied van gezond werken en bedrijfsfitnessprogramma's en gaan via gezondheidsbevordering op de werkplek naar integraal gezondheidsmanagement in Nederland. Integraal Gezondheidsmanagement, kortweg IGM, betekent dat bedrijfsactiviteiten systematisch worden gemanaged met het doel de gezondheid van mens en organisatie te bevorderen. IGM is géén tool of instrument, maar veel meer een managementfilosofie. Een filosofie die vraagt om verschuivingen in het huidige denken over gezondheidsbeleid. Een filosofie ook die niet beperkt blijft tot wat er binnen een organisatie gebeurt op het gebied van gezondheidsbeleid maar zich ook uitstrekt over haar omgeving. Ook leveranciers, klanten en bijvoorbeeld gezinsleden van werknemers worden met IGM bereikt.

Op basis van een drietal empirische studies waarin een instrument – de IGM-meter – is gebruikt om ontwikkelingen op zeven verschillende IGM-lijnen te bepalen geven we in dit artikel een beeld van de ontwikkeling van IGM bij organisaties in Nederland. Daarbij kijken we naar ontwikkelingen volgens werkgevers, ontwikkelingen volgens de arbodiensten en naar ontwikkelingen volgens werknemers. In het laatste onderzoek hebben we ook gekeken naar de samenhang tussen ontwikkelingen op IGM en een aantal effectmaten zoals ziekteverzuim, medische consumptie enzovoorts. Causale verbanden kunnen we niet leggen omdat we cross-sectioneel onderzoek hebben gedaan, maar het lijkt erop dat werknemers die hun werkgever hoger scoren op activiteiten op het gebied van IGM er op vele terreinen beter voor staan dan werknemers die hun werkgever een wat minder positieve score geven. De eerste groep werknemers verzuimt niet alleen minder vaak, maar ook minder lang, heeft minder klachten aan bewegingsapparaat, minder burnout-risico, minder depressieve gevoelens en voelt zich in het

Drs. J.M.A.F. Sanders is personeelwetenschapper en adviseur/onderzoeker bij TNO.

Dr. J.F. Ybema is sociaal psycholoog en werkt als senior onderzoeker/adviseur bij TNO.

Dr. R.W.M. Gründemann is teamleider Personeelsbeleid bij TNO.

algemeen gezonder. Bovendien gebruiken deze werknemers ook minder vaak medicijnen en gaan zij minder vaak langs bij zorgverleners als de huisarts, de bedrijfsarts of specialist. We eindigen dit artikel met een korte beschouwing en werpen een blik vooruit op de toekomst van het Integrale Gezondheidsmanagement.

Gezondheid kan worden beschouwd als een vitale menselijke waarde. Dat geldt voor individuen, omdat gezondheid hen in staat stelt om zelfstandig inkomen te genereren, maar dat geldt ook voor bedrijven, voor wie de gezondheid van werknemers een belangrijke voorwaarde is om

als organisatie productief en innovatief te kunnen zijn en nationaal en internationaal te kunnen concurreren. In de Nederlandse samenleving zijn gezonde mensen nodig om de arbeidsparticipatie te bevorderen en de internationale concurrentiepositie van de Nederlandse econo-

mie te bewaken. Een goede gezondheid van burgers is bovendien van cruciaal belang om de kosten van de gezondheidszorg zoveel mogelijk in de hand te houden en het Nederlandse zorgstelsel ook in de toekomst betaalbaar te houden.

Gezondheid kan worden beschouwd als een vitale menselijke waarde

In de Amerikaanse literatuur wordt al sinds de jaren zestig veel aandacht besteed aan programma's die gericht zijn op de bevordering van gezondheid op het werk. Die aandacht is er in Europa en in Nederland feitelijk pas sinds het eind van de jaren tachtig. Het meeste beleid dat bedrijven sindsdien in Nederland hebben gevoerd was curatief van aard. Zo was er aandacht voor werkaanpassingen, de aanschaf van hulpmiddelen of de beperking van de werklust. In de meeste gevallen was het beleid echter gericht op de werknemers die 'iets' hadden. Zuiver preventieve activiteiten, zoals aandacht voor meer beweging, gezonde voeding, de ontwikkeling van 'gezonde' producten of het voeren van beleid dat niet alleen gericht is op het bewaken van de gezondheid van medewerkers, maar ook op de bevordering van gezondheid en het welbevinden in positieve zin, hebben lange tijd weinig tot geen aandacht gekregen. Initiatieven die zijn genomen waren in ieder geval beleidsmatig nauwelijks afgestemd op datgene wat al aan curatieve activiteiten plaatsvond.

Sinds het midden van de jaren negentig is de aandacht voor gezondheidsbeleid in Europa en Nederland toegenomen (European Foundation, 1997; Baart, 2003). Ook preventie kreeg daarbij meer aandacht. Evaluatiestudies van het Centrum GBW laten zien dat gezondheidsprogramma's vooral positieve effecten hebben en dat ze alleen al om die reden meer aandacht verdienen (Baart, 2003). Een actief ge-

zondheidsbeleid van bedrijven kan volgens het Centrum GBW vooral in de werksituatie een belangrijk kader vormen om verzuim te beperken en de werktevredenheid op te voeren. Uit een studie van Singh et al. (2002) blijkt echter ook dat deze activiteiten tot dusverre nog nauwelijks integraal worden opgepakt en dat ze zelden op een structurele wijze in de bedrijfsvoering zijn geworteld.

Om betere integratie en een meer structurele aanpak mede vorm te geven en bedrijven te ondersteunen bij de ontwikkeling van hun integrale visie en aanpak als het gaat om gezondheidsbevordering heeft TNO in samenwerking met het NIGZ het Integraal Gezondheidsmanagement (IGM) ontwikkeld. IGM is het systematisch managen van de effecten van de bedrijfsactiviteiten op de (volks)gezondheid en dat gaat verder dan het stimuleren van beweging van werknemers of het verzorgen van gezonde voeding. Het gaat daarbij ook om een gezonde fysieke en sociale werkomgeving en om een gezond primair proces. Daarnaast worden ook gezinsleden van medewerkers bij IGM betrokken, ‘gezonde’ maatschappelijke activiteiten worden gestimuleerd en door gezonde producten en diensten te leveren heeft een bedrijf een bijdrage in de gezondheidspositie van de consument. IGM integreert in die zin dan ook elementen van het Kwaliteitsmanagement, strategisch HRM, Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen én Gezondheidsbevordering op de werkplek.

In dit artikel laten we zien waar IGM vandaan komt, wat het is en uit welke elementen het is opgebouwd en wat de aanleiding is geweest om ermee aan de slag te gaan. Op basis van drie empirische studies met de IGM-meter bij werkgevers, werknemers en arbodiensten geven we vervolgens een beeld van de ontwikkeling van IGM bij bedrijven in Nederland. We eindigen dit artikel met een korte beschouwing.

Strategisch gezondheidsbeleid op de werkplek

Gezondheid van werknemers staat al zo'n driekwart eeuw in de belangstelling, zo laat een literatuurstudie van Gebhardt en Crump (1990) zien. Al in 1925 publiceert Schirmer de eerste resultaten van een onderzoek naar de inzet van gezondheidsprogramma's in het bedrijfsleven. Tot de jaren vijftig bestonden die programma's vooral uit het geven van onderwijs en training over gezondheid en gezond leven aan werknemers. Daarna kwam daar aandacht voor gezondheid als criterium bij de selectie van nieuw personeel bij. Vervolgens begeleiding van werknemers met bijvoorbeeld alcoholproblemen en beleid dat gericht was op de bestrijding van besmettelijke ziekten (Fuchs en Richards, 1985). Hoewel er in de jaren vijftig steeds meer werkgeversaandacht kwam voor programma's om de gezondheid van werknemers te verbeteren was er nog nauwelijks sprake van een oprecht commitment van

het management. De meeste programma's werden zwaar gesubsidieerd en van de kant van de werkgever werd er nauwelijks tijd, geld of ruimte beschikbaar gesteld. Ook werden nog nauwelijks veranderingen doorgevoerd in de manier waarop dagelijks werd gewerkt (Ardell, 1985) en als die veranderingen al plaatsvonden, dan was dat niet om ziekte te voorkómen.

Vanaf de jaren zeventig werd in de Verenigde Staten duidelijk dat de steeds 'zittender' leefstijl van de Amerikanen in steeds grotere mate ging bijdragen aan de prevalentie van gezondheidsproblemen. Uit verschillende studies uit de jaren tachtig (Harris, 1980; Matarazzo et al.,

1984) blijkt dat het doen van zittend werk risico's met zich meebrengt voor de gezondheid (waar onder hart- en vaatziekten). Doordat de werkgever de kosten die met de gezondheidsproblemen van de werknemers samenhangen steeds verder zag stijgen (inclusief de kosten van de

*IGM is géén tool of instrument,
het is een managementfilosofie*

door de werkgever betaalde ziektekostenverzekering) trad er in de jaren zeventig en tachtig langzaam een kentering op in de manier waarop werkgevers dachten over de gezondheid van hun werknemers. Werkgevers gingen, zij het noodgedwongen, op zoek naar manieren om de stijgende kosten zoveel mogelijk te drukken. Bedrijven die daarbij voorop liepen waren bijvoorbeeld Xerox en Pepsico. Het waren dus vooral deze grote bedrijven die een begin maakten met bedrijfsfitnessprogramma's (Conrad, 1987). Veel fitnessprogramma's en initiatieven werden geëvalueerd en ze bleken niet alleen gezondheidsrisico's te beperken (Pfaffenbarger et al., 1986). Ook liepen werknemers minder blessures op, waren zij gemotiveerder, verzuimden zij minder en was hun productiviteit hoger (zie bijvoorbeeld: Bruce, 1984; Sharkey, 1986). Het besef dat een gezonde leefstijl en vooral de opgezette fitness programma's zoveel positieve effecten sorteerden leidde in de Verenigde Staten tot een flinke toename van de aandacht en het enthousiasme van werkgevers en overheid voor fitness. In 1972 publiceerde de presidentiële raad voor fysieke fitheid en sport (PCPFS) een uitgebreid rapport waarin de positieve effecten van programma's gericht op de gezondheidsbevordering van werknemers werden beschreven (North American Rockwell en Phillips Petroleum Co., 1972). Dit rapport werd in twee nationale congressen aan het bedrijfsleven gepresenteerd. Volgens richtte de PCPFS in 1974 de American Association of Fitness Directors in Business and Industry (AAFDBI) op. Deze vereniging (tegenwoordig Association for Fitness in Business) droeg er, vooral door het verspreiden van informatie en promotiemateriaal en het houden van congressen in belangrijke mate toe bij dat steeds meer bedrijven zelf gezondheidsprogramma's gingen financieren (Barnes, 1983).

Onder invloed van de AAFDBI en de vele onderzoeksrapporten waarin de positieve gevolgen van gezondheids- en fitnessprogramma's werden beschreven, startten private en publieke partijen met het integreren van fitnessprogramma's in de bedrijfsstrategie om de kosten van ziekte van de werknemers te beperken. Het effect was groot, want waar in 1979 nog geen 3 procent van de bedrijven met meer dan 250 werknemers een fitnessprogramma had, bedroeg dat percentage in 1985 al bijna 33 procent (Karch, 1987). Bovendien verspreidde het enthousiasme zich over alle bedrijfssectoren, van de grote Fortune 500 bedrijven tot kleine lokale overheidsinstellingen (brandweer en politie) (Bernacki en Braun, 1984). Vooral de kostenbesparingen, het verbeteren van de gezondheid van werknemers, het verhogen van de productiviteit en het verbeteren van de relaties tussen management en werkvloer bleken voor werkgevers belangrijke redenen om fitnessprogramma's te integreren (Wilbur, 1983; Gebhardt et al., 1987).

Gezondheidsbevordering in Europa en Nederland

In tegenstelling tot de grote hoeveelheid literatuur die in de Verenigde Staten vanaf begin jaren zeventig tot stand kwam rond de bevordering van de gezondheid van werknemers en de positieve effecten ervan op gezondheid, verzuim et cetera, bleef het in Europa lang stil rond het thema. Een enkel initiatief van de World Health Organisation (WHO) en een paar projecten en congressen in Duitsland daargelaten (Haus en Rosenbrock, 1984), kreeg Europa pas vanaf 1989 (European Foundation, 1997), aandacht voor de bevordering van gezondheid op de werkplek. In dat jaar startte de EU met een onderzoeksprogramma dat erop gericht was meer inzicht te krijgen in de mate waarin er in de verschillende Europese lidstaten aandacht bestond voor gezondheidsbevordering op de werkplek, wat die aandacht dan inhield, wat de rol was van de sociale partners, hoe een en ander was ingebed in de nationale wetgeving (Wynne, 2001). Het programma, dat werd uitgevoerd door de European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions is in 1997 afgerond. Belangrijkste conclusies waren vooral dat in de jaren negentig grote sprongen voorwaarts zijn gemaakt als het gaat om gezondheidsbevordering op de werkplek. Niet alleen zijn internationale organisaties als de EU en de WHO veel actiever geworden, maar ook de lidstaten laten veel meer activiteit zien, met Finland en het Maintenance of Workability (Peltomäki et al., 1999) programma voorop. In 1996 werd vervolgens een Europees netwerk rond gezondheidsbevordering op de werkplek in het leven geroepen. In dit netwerk hebben inmiddels vertegenwoordigers van 28 landen zitting (www.enwhp.org).

*Ook de gezinsleden van medewerkers
worden bij IGM betrokken*

In Nederland werd in 1995 het Centrum voor Gezondheidsbevordering op de Werkplek (GBW) opgericht. Dit centrum werd in het leven geroepen door de Nederlandse Hartstichting, het Astmafonds en het Koningin Wilhelmina Fonds. Het Centrum GBW is sinds 1 februari 2003 onderdeel van het Nationale Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Mede door de inspanningen en de voorlichting van het Centrum GBW, maar uiteraard ook onder invloed van studies uit binnen- en buitenland die aantonen dat programma's voor gezondheids-

bevordering op de werkplek renderen (zie bijvoorbeeld: CLBC, 2002; Chapman, 1996; Peltomäki et al., 1999), erkent het Nederlandse bedrijfsleven in toenemende mate dat een goed gezondheidsbeleid ook voor hen rendeert (VNO/NCW, 2001). Werkgevers vinden gezonde medewerkers van belang voor de continuïteit, de

In Nederland is weinig onderzoek verricht naar effectiviteit van gezondheidsbevorderende programma's

productiviteit en de innovativiteit van een onderneming en een goed gezondheidsbeleid blijkt daaraan bij te dragen. Ook in de laatste jaren is in Nederland veel aandacht besteed aan gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW). Metingen die TNS NIPO al sinds 1996 verricht laten zien dat de bekendheid van werkgevers met GBW vooral de laatste paar jaren toeneemt en dat driekwart van de werkgevers en de meerderheid van de werknemers GBW van belang vindt. Reden voor de werkgevers om met GBW aan de slag te gaan is vooral het beperken van het ziekteverzuim. Werknemers doen mee om hun gezondheid te bevorderen. Uit de laatste meting blijkt overigens ook dat werkgevers steeds positiever zijn geworden over GBW. Werknemers zijn juist wat negatiever geworden (Pelgrim, 2004). Uit verschillende studies blijkt ook dat vooral grote bedrijven bezig zijn met GBW en dat vooral programma's om bewegen te stimuleren en roken te beperken populair zijn. Slechts bij een enkel bedrijf is sprake van integrale programma's, die gericht zijn op de gehele leefstijl van werknemers (Singh et al., 2002).

Tot nu toe is in Nederland nog weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van de gezondheidsbevorderende programma's of elementen ervan. Voorbeelden van bedrijven die hun initiatieven grondig evalueren zijn al helemaal schaars en daar waar wel is geëvalueerd wordt meestal geen gebruik gemaakt van controlegroepen, zodat gevonden effecten niet eenduidig zijn toe te wijzen aan interventies c.q. gezondheidsbevorderende programma's (Singh et al., 2002). Er zijn, voor zover ons bekend, twee uitzonderingen. In beide gevallen gaat het om voorbeeldprojecten uitgevoerd in de periode 1991-1995, uitgevoerd in opdracht van de Ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Volksgezondheid, Welzijn en Sport met subsidie van de centrale arbeidsongeschiktheidsfondsen.

Allereerst gaat het om het project 'Gezond werken aan gezondheid'. Dit project liep van 1992 tot en met 1994 in het Waterlandziekenhuis te Purmerend en is geëvalueerd door niet alleen de medewerkers van het Waterlandziekenhuis te bevragen, maar ook een steekproef van werknemers van een ander ziekenhuis (controlegroep) (Lourijzen et al., 1996). Werknemers van het ziekenhuis waar maatregelen in het kader van 'Gezond werken aan gezondheid' zijn genomen zijn na afloop van het project positiever over de werkkring, de taakhoud en de emotionele belasting dan de werknemers in het ziekenhuis waar geen maatregelen werden genomen. Bovendien zijn er minder klachten over de beschikbaarheid van hulpmiddelen, het functioneren van het werkoverleg en het geïnformeerd worden door de leiding. Ook in de omgang met zieke werknemers, de arbeidsomstandigheden, de betrokkenheid bij het verbeteren van de werksituatie en de sfeer op het werk zijn verbeteringen opgetreden. Ten slotte is het ziekteverzuim door de maatregelen in het kader van 'Gezond werken aan gezondheid' gedaald ten opzichte van het 'controle' ziekenhuis en het sectoraal gemiddelde.

Een tweede voorbeeldproject (Lendfers et al., 1996) is uitgevoerd in de bouwsector onder de noemer 'Bouwen aan gezond werken'. Een project dat liep van 1991 tot en met 1995 bij Nelissen, van Egteren Bouw Zuid BV te Heerlen. Ook bij dit project is gebruik gemaakt van een controlebedrijf. De leidinggevenden in het bedrijf waar maatregelen werden genomen oordelen na afloop van het project beduidend gunstiger over de organisatie van het werk, de betrokkenheid, de sociale verhoudingen, het overleg, de samenwerking en de waardering, de verzuimbegeleiding en het veiligheidsbeleid. Bouwplaatspersoneel van het bedrijf waar maatregelen zijn genomen zagen verbeteringen in de begeleiding bij ziekte, de regelmogelijkheden, het veiligheidsgedrag en het overleg en de samenwerking. Bovendien blijken de ervaren belasting en de gezondheid verbeterd voor de werknemers voor wie maatregelen zijn genomen. Daar staat tegenover dat meer klachten worden geuit over de tijdsdruk en de voorzieningen op het werk. Daarnaast is er een daling van het ziekteverzuim van zowel leidinggevenden als bouwplaatspersoneel.

*IGM zit vooral ook tussen de oren
van de medewerkers*

Naast de échte effect-evaluatiestudies waarbij gebruik wordt gemaakt van controlegroepen of controlebedrijven is in het verleden veel gewerkt met voorbeeldbedrijven om te laten zien hoe succesvol initiatieven van bedrijven om de gezondheid van werknemers te bevorderen zijn of zijn geweest (zie bijvoorbeeld Van Gorp en Schaufeli, 1996) (zie noot 1). Daarbij wordt echter geen gebruik gemaakt van het quasi-experimentele onderzoeksdesign (geen controlegroepen of -bedrijven), zo-

dat niet hard kan worden gemaakt dat effecten ook toe te wijzen zijn aan maatregelen. De beide evaluatiestudies die hier worden beschreven leveren echter een vrij eenduidig en vrij overtuigend bewijs dat een integrale benadering van gezondheid haar vruchten afwerpt.

Integraal Gezondheidsmanagement

GBW richt zich op het bevorderen van de gezondheid van werknemers en bedrijf en het doel van de activiteiten is dat die gezondheid een vanzelfsprekend onderdeel wordt van de bedrijfsvoering (Baart, 2003). GBW beperkt zich echter in principe tot de werkplek. Leveranciers, klanten en bijvoorbeeld het leefmilieu rondom bedrijfspanden blijven daarmee ongemoeid. Om bedrijven verder te helpen met het integraal managen van de effecten van gezondheid op de bedrijfsvoering en vice versa is TNO aan het begin van deze eeuw in samenwerking met NIGZ gestart met de ontwikkeling van een systeem van Integraal Gezondheidsmanagement (IGM) (zie ook: Zwetsloot et al., 2003a; Zwetsloot et al., 2003b; Gründemann et al., 2003). Dit project is gefinancierd door het ministerie van VWS. Aanleiding voor de ontwikkeling van dit systeem is vooral dat het tot voor kort ontbrak aan een integrale benadering van gezondheidsbeleid, waarin kwaliteitsmanagement, maatschappelijk verantwoord ondernemen en gezondheid samenkomen. IGM integreert alle activiteiten die in het kader van GBW passen, maar gaat verder dan dat door ook nadrukkelijk het milieu en de effecten van producten en diensten daarop mee te nemen en de bijdrage aan een prettig en gezond leefklimaat in en rond een bedrijf, een wijk of bijvoorbeeld een regio centraal te stellen.

Integraal Gezondheidsmanagement wordt gedefinieerd als *het systematisch managen van de bedrijfsactiviteiten met het doel de gezondheid van mensen en organisatie te bevorderen* (Zwetsloot et al., 2003a; Gründemann et al., 2003). Dat betekent dat bedrijven die IGM in de praktijk brengen niet alleen goed zorgen voor de eigen mensen, maar dat zij ook goed zorgen voor mensen in de omgeving van het bedrijf en dat zij stimuleren dat werknemers goed voor zichzelf en voor elkaar zorgen. IGM richt zich dus op alle activiteiten van een organisatie die verband houden met gezondheid in het algemeen. Daarbij kan het gaan om de gezondheid van medewerkers, maar bijvoorbeeld ook om de gezondheid van gezinsleden van medewerkers, omwonenden of klanten. Dat betekent ook dat elementen van IGM niet alleen teruggevonden kunnen worden in het arbo- en verzuimbeleid van bedrijven, maar ook in het personeelsbeleid, het inkoopbeleid, het verkoopbeleid of het productieproces. Het ontwikkelen van IGM is dan ook onmogelijk als gezondheid voor het management géén centrale issue is. De filosofie van het management is in die zin minstens zo belangrijk als het managen van het aspect gezondheid op zich.

IGM als managementfilosofie

IGM is als gezegd geen tool, instrument, product of actie maar het is een continu proces dat voortdurend aandacht behoeft. IGM zit vooral ook tussen de oren van de medewerkers en het management en het moet zich daar dus ook in grote mate ontwikkelen. Het is dan ook zeker niet zo dat een organisatie IGM zomaar kan implementeren. Het is als gezegd veel meer een filosofie dan een methode of instrument.

Ontwikkeling van IGM binnen bedrijven betekent dan ook eerst en vooral dat heersende paradigma's rond gezondheidsbeleid moeten worden verlaten. Zwetsloot en Pot (2004) wijzen erop dat een revolutie in het denken over gezondheidsbeleid een vijftal belangrijke 'shifts' noodzakelijk maakt. Allereerst moeten organisaties zich minder richten op operationele probleemoplossing en risicoreductie en meer op de positieve bijdrage die gezondheid kan leveren binnen een bedrijf (imago, sfeer et cetera.). Daarnaast moet gezondheid niet langer louter worden geassocieerd met medische problemen, maar vooral met motivatie en productiviteit. Deze 'shift' moet ertoe bijdragen dat managers zich meer verantwoordelijk gaan voelen voor de gezondheid van het personeel omdat die gezondheid deels het bedrijfsresultaat bepaalt. Als derde verschuiving noemen Zwetsloot en Pot de verschuiving van gefragmenteerde activiteiten gericht tegen ziekte en verzuim naar een integrale benadering van het strategische belang van gezondheid. Gezondheid moet meer worden opgevat als een continuüm waarbij wordt uitgegaan van mogelijkheden, inzetbaarheid en employability in plaats van handicaps en verzuim. Een vierde 'shift' betreft de verschuiving van aandacht voor mensen met gezondheidsproblemen c.q. specifieke 'doelgroepen' naar aandacht voor de gezondheid van alle mensen en alle werknemers. Ten slotte moeten de investeringen die worden gedaan in de gezondheid van werknemers, bedrijf en samenleving niet langer worden gezien als kosten maar veel meer als een investering en een manier om waarde aan de organisatie toe te voegen.

Arbodiensten worden beperkt betrokken bij de ontwikkeling van IGM

De beschreven verschuivingen in het denken over gezondheid zijn volgens Zwetsloot en Pot niet alleen relevant voor bedrijven die zelf aan de slag willen met IGM. Ook andere belanghebbenden zullen zich moeten kunnen vinden in de nieuwe kijk op gezondheid en beleid daaromheen. Vooral overheden, vakbonden, arbodiensten en brancheorganisaties kunnen een enorme stimulans vormen voor het totstandkomen van IGM. Inventariserend onderzoek (Zwetsloot et al., 2003b; Gründemann et al., 2003) heeft laten zien dat de Ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en Volksgezondheid, Welzijn

en Sport (VWS), werkgeversverenigingen VNO/NCW en MKB Nederland en werknemersverenigingen een duidelijke toegevoegde waarde zien in IGM. AWWN, CNV BedrijvenBond en FNV Bondgenoten sluiten een recent verschenen rapport (AWWN, 2005) over een gezamenlijk project met de titel 'gezondheidsbeleid in de onderneming' af met de mededeling dat zij de komende jaren extra willen investeren in instrumenten om tot goede en stimulerende afspraken rond gezondheidsbeleid te komen. Daarmee staat gezondheidsbeleid hoog op de agenda van de sociale partners.

IGM langs zeven ontwikkelingslijnen

IGM ontwikkelt zich langs zeven 'lijnen', die direct kunnen worden gerelateerd aan factoren binnen een organisatie. Schema 1 geeft een overzicht van deze ontwikkelingslijnen (Zwetsloot en Pot, 2004). De beschreven ontwikkelingslijnen zijn direct te relateren aan de negen aandachtsgebieden van het INK kwaliteitsmodel (Instituut Nederlandse Kwaliteit, 2001), wat aangeeft dat ook IGM uitgaat van beheersbare factoren aan de ene kant en beïnvloedbare resultaten aan de andere.

IGM en Arbobeleid

Arbomanagement en arbobeleid in brede zin wordt omschreven als het streven naar optimale kwaliteit van de arbeid, nauw gekoppeld aan de bedrijfsvoering (Visser & Zwetsloot, 2003). In de praktijk van veel bedrijven omhelst arbomanagement echter niet veel meer dan het voldoen aan de minimum wettelijk gestelde eisen aan arbeidsomstandigheden. IGM sluit aan bij de oorspronkelijke, bredere, opvatting. Binnen IGM gaat het echter niet om het naleven van minimale wettelijke vereisten. IGM is een filosofie. Een gedachtegang die niet zozeer vanuit de bedrijfsvoering of de kwaliteit van arbeid vertrekt, maar vanuit gezondheid. Gezondheid van organisatie, medewerker, processen en producten.

Investeren in gezonde werknemers moet niet gezien worden als kosten

IGM en Verzuimbeleid

Verzuimbeleid is het beleid dat gericht is op het terugdringen van het verzuim en het begeleiden van werknemers die zich ziek melden. Het vertrekpunt bij verzuimbeleid is altijd verzuim. Verzuimbeleid is dan ook in de meeste Nederlandse organisaties meer gedragsgericht dan gezondheidsgericht. Dat betekent meer gericht op het verhogen van de verzuimdrempel, zodat grijs en zwart verzuim kan worden ingeperkt. In een enkel geval zijn maatregelen ook nog gericht op het bespoedigen van betermeldingen of aanpassingen in de werksituatie van werknemers. Begeleiding is er door de bank genomen alleen voor de mensen die zich ziek hebben gemeld. Aandacht voor bevordering van de

Gezondheid als strategisch thema	Gezondheid in het primaire proces	Een gezonde fysieke werkomgeving	Een gezonde sociale werkomgeving	Gezonde mensen	Een gezonde relatie met de directe leefomgeving	Gezonde producten en/of diensten
Gericht op een gezonde bedrijfsvoering	Gericht op gezonde (werk) processen met ontwikkelingsmogelijkheden voor werknemers	Gericht op veilige werkplekken en het beperken van risico's en gevaren	Gericht op een gezond werkklimaat, gezonde verhoudingen en gezond contact met de sociale omgeving	Gericht op de opwaardering van het menselijke kapitaal, zowel fysiek als mentaal en het verkrijgen van een gezond arbeidsleger	Gericht op positieve bijdrage in de directe omgeving en een gezond imago	Gericht op het leveren van producten en diensten die de gezondheid van klanten en anderen positief beïnvloeden
Gezondheid als kernwaarde in (het strategisch management van) de organisatie	Functionies worden aangepast op basis van kwaliteiten en mogelijkheden van de mensen	Ontwerp van werkplekken en correcties	Goed leiderschap	Goed leiderschap en betrokkenheid	Samenwerking met partners in de productieketen en andere bedrijven als het gaat om gezondheid, gezond gedrag en maatschappelijke verantwoordelijkheid	Strategische keuze als het gaat om product/markt combinaties
Inzicht in effecten van bedrijfsvoering op gezondheid in het algemeen	Anticiperend op technologische en organisatorische ontwikkelingen	Een goede match tussen individuele capaciteiten, ambitie en werkinhoud	Bedrijfscultuur waarin aandacht voor gezondheid wordt beloond	Bij voorkeur investeringen in alle individuen, niet zozeer doelgroepen	(Her)ontwerpen en (her)posicioneren van producten en diensten	

Schema 1. De zeven ontwikkelingslijnen van Integraal Gezondheidsmanagement.

gezondheid in het algemeen en dus wellicht ook het voorkomen van het zogeheten witte verzuim (het jaarlijkse griepje of de sportblessure) is echter zeldzaam. IGM gaat een stap verder dan verzuimbeleid. IGM is primair gericht op bevorderen van de gezondheid van alle werknemers en zelfs meer dan dat, want ook de gezondheid van gezinsleden, van de omwonenden van de organisatie en van leveranciers en klanten staat centraal in IGM.

De IGM-meter

De IGM-meter (Gründemann et al., 2003) bouwt voort op de methode en kwaliteitscriteria voor gezondheidsbevordering op het werk (GBW) (Wynne et al., 1997; Centrum GBW, 2001) en de criteria en indicatoren die zijn opgesteld in het kader van het WHO-programma 'Good Practices in Health, Environment and Safety Management in Enterprises (GP HESME) (Baranski en Zwetsloot, 1999). De zeven ontwikkelingslijnen van IGM vormen echter de basis voor de IGM-meter, die is gebruikt in de drie onderzoeken die we in dit artikel kort bespreken. Met de IGM-meter heeft TNO in samenwerking met het NIGZ een methode ontwikkeld die concepten, methoden en instrumenten op het gebied van gezondheidsbevordering op het werk (GBW) aan bijvoorbeeld employabilitybeleid, arbo- en verzuimbeleid en personeelsbeleid koppelt (Gründemann en de Vries, 2002). De IGM meter verschaft op die manier inzicht in de mate waarin een organisatie gezondheid heeft geïntegreerd in haar beleid. Bovendien doet de IGM-meter dienst als analyse- en verbeterinstrument bij het verder vorm geven aan de IGM-methodiek.

IGM de stand van zaken

Aan de hand van drie verschillende onderzoeken wordt besproken in hoeverre IGM op dit moment vorm heeft gekregen. In deze drie onderzoeken hebben wij gebruik gemaakt van de hierboven beschreven IGM-meter om de stand van zaken op de zeven ontwikkelingslijnen van IGM te bepalen. In het eerste onderzoek hebben we werknemers gevraagd

naar hun mening over de ontwikkeling van IGM binnen hun organisatie. Daarbij kijken we bovendien naar de belangrijkste verschillen tussen bedrijven waarvan de werknemers aangeven dat IGM al wat verder is ontwikkeld en bedrijven die, volgens de werknemers, nog weinig of

*IGM gaat een stap verder
dan verzuimbeleid*

niets doen aan IGM. We beschrijven daartoe de samenhang tussen de score op de IGM-meter aan de ene kant en de verzuimfrequentie en -duur, de zelfgerapporteerde gezondheid van werknemers, het geneesmiddelengebruik, de zorgconsumptie (bezoek aan huisarts of specialist), de mate waarin lichamelijke klachten zich voordoen, burnout- en

stressgevoelens bij werknemers en de arbeidstevredenheid aan de andere kant.

Het tweede onderzoek, is een onderzoek onder bedrijfsartsen en arbodiensten. Gevraagd is in te schatten hoever de bij hen aangesloten bedrijven zijn als het gaat om IGM. Omdat uit vooronderzoek is gebleken dat werkgevers een duidelijke rol weggelegd zien voor de arbodiensten is bovendien gevraagd in hoeverre arbodiensten zich door de werkgever betrokken weten bij de totstandkoming van IGM.

Het derde is een onderzoek onder werkgevers en meer specifiek HR-managers. Hen hebben we gevraagd aan te geven hoever zij zelf denken te zijn met de ontwikkeling van IGM.

Werknemersonderzoek

Onderzoek in het kader van de AVG-monitor 2004

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft TNO in mei 2004 de eerste van in totaal drie (zie noot 2) metingen uitgevoerd in het kader van de Arbo, Verzuim en Gezondheidsmonitor (AVG-monitor) (Sanders en Ybema, 2004). Intomart/Gfk heeft in opdracht van TNO uit haar internetpanel (50.000 personen) een aselechte steekproef getrokken van 3.100 personen. Deze personen zijn allen in loondienst werkzaam en tussen de 15 en 64 jaar oud. Onder deze personen is vervolgens via een link in een e-mail een online-enquête uitgezet. Aan deze enquête is door ruim 2500 respondenten deelgenomen.

Doel van de AVG-monitor is te bekijken in hoeverre elementen uit het werkgeversbeleid gericht op gezondheidsbevordering effectief zijn. Als één van de elementen van het werkgeversbeleid rondom arbo, gezondheid en verzuim is een maat voor Integraal Gezondheidsmanagement in het onderzoek opgenomen. De schaal die we in de AVG-monitor gebruiken om te bepalen in hoeverre werknemers vinden dat gezondheid centraal staat in het beleid van een bedrijf, is gebaseerd op de al eerder besproken IGM-meter. In deze vragenlijst hebben wij voor de beknopte variant van de meter gekozen die uit tien items bestaat.

Ontwikkelingen in IGM volgens de werknemers

Werknemers geven hun bedrijf gemiddeld een 3,2 op een schaal van 1 tot en met 5 voor de mate waarin gezondheid centraal wordt gesteld in de bedrijfsvoering. Kijken we naar de afzonderlijke items dan zien we dat vooral de gezondheid en veiligheid van de werknemers aandacht krijgt. Ruim 60 procent van de werknemers denkt dat in hun organisatie alle medewerkers gezond en veilig werkgedrag belangrijk vinden. De gezondheid van gezinsleden van medewerkers krijgt minder aan-

In het bedrijf/de vestiging waar ik werk:	N	(volledig) Oneens %	Neutraal %	(volledig) Eens
• Vinden alle medewerkers gezond en veilig werkgedrag belangrijk	2261	11	27	61
• Wordt bij de aanschaf van materialen (meubels, machines) voldoende rekening gehouden met de gezondheid van medewerkers	2302	18	24	58
• Worden voldoende inspanningen geleverd om de gezondheid van medewerkers te beschermen	2315	18	29	52
• Is gezondheid een belangrijk onderdeel van de bedrijfsvoering	2290	20	31	49
• Is elke werkplek gezond en veilig ontworpen	2342	27	29	44
• Wordt goede voorlichting gegeven over het gezondheidsbeleid	2273	29	34	38
• Worden producten gemaakt of diensten geleverd die bijdragen aan de gezondheid van onze klanten	2075	32	34	35
• Worden gezonde en milieuvriendelijke grondstoffen producten/diensten geproduceerd/geleverd	2046	30	38	32
• Worden initiatieven op het terrein van sport, cultuur, milieu, gezondheid en welzijn actief ondersteund	2251	43	27	31
• Wordt actief beleid gevoerd om de gezondheid van medewerkers en gezinsleden van medewerkers te bevorderen	2233	43	32	25
	Gemiddelde	N	Min	Max
IGM-schaal ($\alpha = 0,90$)	3,2	2398	1	5
				SD
				,76

Tabel 1. Scores op de IGM-schaal in de Monitor Arbo- Verzuim en Gezondheid 2004.

dacht. Slechts een kwart van de werknemers ziet op dat gebied actief beleid van de werkgever. Ook ondersteuning van initiatieven op het gebied van sport, milieu, gezondheid en welzijn krijgt volgens bijna de helft van de werknemers geen tot weinig aandacht van de werkgevers. Vermeldenswaard is ten slotte dat bijna 30 procent van de werknemers de voorlichting over het gezondheidsbeleid van hun bedrijf onvoldoende vindt (zie tabel 1).

Vertalen we dit naar de ontwikkelingslijnen die we bij IGM onderscheiden dan zien we dat volgens de werknemers in hun organisatie vooral de gezonde fysieke werkomgeving en gezonde sociale werkomgeving goed zijn ontwikkeld. Op de lijnen gezonde relatie met de directe leefomgeving en gezonde producten en/of diensten zijn de werkgevers nog niet zo ver, aldus de werknemers.

Samenhang met effectmaten

Uit het onderzoek van TNO (Sanders en Ybema, 2004) blijkt dat de score die werknemers hun bedrijf geven voor de ontwikkelingen op IGM gebied samenhangt met enkele belangrijke effectmaten. Omdat

Effectmaten	Pearson's r	Significantie
Medicijngebruik	-0,055	**
Zorgconsumptie	-0,050	*
Klachten fysiek	-0,098	**
Tevredenheid	0,258	**
Verzuimfrequentie	-0,071	**
Verzuimduur	-0,087	**
Verzuim	-0,130	**
Gezondheid	0,164	**
Depressieve gevoelens	-0,153	**
Burnout risico	-0,267	**

** = Significant op 99% niveau (tweezijdig)
 * = Significant op 95% niveau (tweezijdig)

Tabel 2. Correlatie tussen score op de IGM-meter en effectmaten.

we vooralsnog slechts gegevens beschikbaar hebben uit crosssectioneel onderzoek kunnen we geen conclusies trekken over het al dan niet verbeteren van de situatie binnen een bedrijf (bijvoorbeeld minder verzuim of een betere gezondheid van werknemers) door ontwikkelingen op het gebied van IGM. We kunnen echter op basis van de correlaties in tabel 2 wel concluderen dat de bedrijven waar IGM, volgens de werknemer, verder is ontwikkeld er op een aantal belangrijke effectmaten beter voorstaan dan bedrijven waar werknemers de ontwikkelingen op IGM minder positief inschatten.

Uit tabel 2 blijkt allereerst dat werknemers van bedrijven die hoger scoren op de IGM-meter minder vaak en minder lang verzuimen. Ook blijkt dat zij zich gezonder en meer tevreden voelen, zij minder geneesmiddelen gebruiken en minder vaak een bezoek brengen aan een zorgverlener. Ten slotte blijkt een hogere score op de meter samen te gaan met minder klachten aan het bewegingsapparaat, minder depressieve gevoelens en een geringer risico op burnout. Bij deze resultaten hoort de kanttekening dat de gevonden correlaties weliswaar allemaal significant zijn, maar niet heel hoog.

Op basis van deze ene meting kunnen we niet aangeven in hoeverre een verdere ontwikkeling op één of meer ontwikkelingslijnen van de IGM-meter dé oorzaak is van een dalend verzuim, een betere gezondheidsbeleving of een afname van de fysieke klachten. Het is immers zeer wel mogelijk dat niet het ontwikkelen van IGM ervoor zorgt dat werknemers zich gezonder voelen, minder verzuimen enzovoorts, maar dat juist 'gezondere' bedrijven eerder een begin maken met ontwikkelingen op het gebied van IGM. De gevonden eenduidige samenhang tussen enerzijds hoge scores op de IGM-meter en anderzijds een lager verzuim, een betere gezondheid enzovoorts wijst er wel op dat ontwikkelingen in het gezondheidsbeleid samengaan met een hogere mate

van gezondheid van een organisatie, onder meer tot uitdrukking komend in laag verzuim.

Arbodiensten

Uit verkennende interviews (Gründemann et al., 2003) en workshops rond het thema IGM blijkt dat werkgevers een belangrijke rol weggelegd zien voor arbodiensten als het gaat om het vormgeven aan IGM. Aan deze rol wordt volgens diezelfde werkgevers echter nog niet voldoende inhoud gegeven. Arbobeleid is in de meeste organisaties nog altijd vooral gericht op het voldoen aan de minimum wettelijke normen. In de hedendaagse literatuur rond arbo-management wordt het begrip arbo echter

steeds breder gebruikt en omvat het vooral het streven naar een optimale kwaliteit van de arbeid. Het ligt daarom voor de hand dat de koppeling van arbobeleid met de algemene bedrijfsvoering steeds explicieter wordt. Arbodiensten gaan zich daartoe steeds sterker richten op kwalita-

Veel oudere werknemers zijn net zo inzetbaar als hun jongere collega's

tieve dienstverlening. Zij gaan bovendien steeds meer vraaggestuurd opereren, mede omdat hun kennis over de sectoren en bedrijven die zij tot hun klantenkring rekenen toeneemt. Arbodiensten zouden zich echter ook steeds meer moeten gaan profileren als volwaardig partner in het vormgeven aan (integraal) gezondheidsmanagement.

Onderzoek in het kader van het Arbo-dienstenpanel 2004

In 2004 heeft TNO aan 86 Arbo-diensten enkele vragen voorgelegd over IGM. In de vijfde peiling van het jaarlijkse Arbo-dienstenpanel (Van Amstel & Van Putten, 2004). De vragen werden voorgelegd om te inventariseren hoe ver bedrijven volgens de diensten zijn gevorderd als het gaat om IGM, maar ook om te bekijken of en in welke mate arbodiensten betrokken worden bij het in- en uitvoeren van elementen ervan. Uiteindelijk hebben 85 arbodiensten de vragen ingevuld. Deze diensten hebben in totaal bijna drie miljoen van de in totaal ruim zes miljoen werknemers in Nederland onder zorg. Bij de diensten werken bijna 1300 van de 2200 bedrijfsartsen.

Ontwikkelingen in IGM volgens de arbodiensten

In tabel 3 geven we een overzicht van de stand van zaken voor wat betreft IGM volgens de arbodiensten. De overall gemiddelde score van 3,1 geeft aan dat volgens de arbodiensten maar iets meer dan de helft van de bedrijven elementen van IGM heeft doorgevoerd. De helft van de arbodiensten geeft aan dat gezondheid bij een minderheid van de aangesloten bedrijven als kernwaarde wordt gezien. Ook gezonde producten en de zorg voor de gezondheid van de directe leefomgeving krijgt bij de aangesloten bedrijven nog maar weinig aandacht, aldus de

Bij ons is hiervan sprake bij :	Geen van de bedrijven %	Een minderheid %	Ongeveer de helft %	Het merendeel %	Alle bedrijven %
• Gezondheid is een kernwaarde voor de organisatie.					
• Deze gedachte is geëxpliciteerd en men handelt er naar in de gehele organisatie.	7	43	18	14	16
• De werkomgeving is op een gezonde en veilige manier ontworpen en vormgegeven.	1	14	28	38	15
• Bij de keuze en aanschaf van materiaal wordt rekening gehouden met de gezondheid v.d. medewerkers	1	13	24	41	16
• Aandacht voor een goede werksfeer en gezond/veilig gedrag is onderdeel van de bedrijfscultuur: zowel management als medewerkers dragen hieraan bij	1	15	42	23	15
• Aandacht voor de gezondheid van medewerkers is geïntegreerd in de dagelijkse werkzaamheden en maakt onderdeel uit van het beleid	5	35	27	15	16
• De organisatie voert actief beleid ten aanzien van de gezondheid van de directe leefomgeving	7	41	22	14	14
• De organisatie produceert gezonde producten en/of diensten of stimuleert dit bij andere organisaties. De organisatie draagt de boodschap van het belang van gezonde producten en/of diensten uit	23	41	11	7	11
IGM-schaal ($\alpha = 0,90$)	Gemiddelde 3,1	N 86	Min 1,00	Max 5,00	SD 0,89

Tabel 3. Integraal Gezondheidsmanagement (IGM): In hoeverre is hiervan sprake bij bedrijven volgens de Arbodiensten.

arbodiensten. Veel meer aandacht krijgt bijvoorbeeld het gezonde en veilige ontwerp van de werkomgeving. Ook wordt volgens de arbodiensten door een ruime meerderheid van de aangesloten bedrijven de gezondheid van medewerkers meegewogen bij de aanschaf van materialen en hulpmiddelen. Vertalen we deze resultaten door naar de ontwikkelingslijnen die we bij IGM onderscheiden dan zien we hetzelfde beeld als in het werk-nemersonderzoek. Vooral de lijnen gezonde fysieke werkomgeving en gezonde sociale werkomgeving zijn volgens de arbodiensten ontwikkeld. Ontwikkeling op de lijnen gezonde relatie met de directe leefomgeving en gezonde producten en/of diensten blijven echter ook volgens de arbodiensten achter.

Betrokkenheid van de arbodiensten bij IGM

Tabel 4 laat zien dat arbodiensten door de werkgevers nog maar in beperkte mate worden betrokken bij het invoeren van en het uitvoering geven aan IGM. Dat is verwonderlijk, omdat uit interviews en gesprekken in het kader van IGM juist bleek dat werkgevers vinden dat

Hierbij zijn wij betrokken bij:	Geen van de bedrijven %	Een minderheid %	Ongeveer de helft %	Het merendeel %	Alle bedrijven %
• Invoering van IGM in de organisatie	14	42	10	14	16
• De uitvoering van maatregelen gericht op verbetering v.d. gezondheid v.d. medewerkers in de organisatie (zoals bv. adviezen over leefstijl)	13	47	8	13	16
• De uitvoering van maatregelen gericht op de verbetering v.d. gezondheid v.d. klanten/afnemers d.m.v. gezondere producten en/of diensten van de organisatie	34	36	9	11	8
• De uitvoering van maatregelen gericht op de verbetering v.d. gezondheid van de directe leefomgeving van de organisatie	24	41	8	9	13
	Gemiddelde	N	Min	Max	SD
IGM-Betrokkenheidsschaal (a = 0,87)	2,5	86	1,00	5,00	1,11

Tabel 4. In hoeverre zijn arbodiensten betrokken bij de in- en uitvoering van IGM?

arbodiensten een belangrijke rol te vervullen hebben als het gaat om het inrichten van gezondheidsbeleid. Waar we dus zouden verwachten dat de werkgever de arbodiensten nauw betreft bij IGM, is dat volgens de arbodiensten nog maar in beperkte mate het geval. Slechts 30 procent van de arbodiensten geeft aan dat meer dan de helft van de bedrijven die zij onder zorg hebben hen betreft bij de invoering van IGM. In de uitvoering van maatregelen gericht op de gezondheid van klanten en afnemers of de directe leefomgeving van de organisatie, maakt een nog kleiner deel van de werkgevers gebruik van de diensten van de arbodienst. Dat kan overigens ook betekenen dat bedrijven hier zelf geen maatregelen op nemen. Uit het onderzoek onder werknemers blijkt immers dat bedrijven meer aandacht hebben voor de gezondheid van de eigen werknemers dan voor de directe leefomgeving.

De vier items in tabel 4 zijn ook op te vatten als een schaal voor de betrokkenheid van arbodiensten bij de in- en uitvoering van IGM bij aangesloten bedrijven. Overall wordt een gemiddelde score van 2,5 genoteerd, wat betekent dat de meeste arbodiensten bij minder dan de helft van de bij hen onder zorg staande bedrijven zijn betrokken bij de in- en uitvoering van IGM.

Werkgevers

In 2004 is een vragenlijstonderzoek uitgezet onder de abonnees van de Gids voor Personeelsmanagement (Van Dalen & Gründemann, 2004). Het gaat dan om vertegenwoordigers van organisaties, grotendeels afkomstig uit de P&O- en HRM-hoek. In het onderzoek is de

uitgebreide IGM-meter gebruikt om een beeld te krijgen van de stand van zaken voor wat betreft de invoering van IGM in de verschillende organisaties. Deze uitgebreide meter bestaat uit 26 items (Gründemann et al., 2003). In tabel 5 staan de resultaten van dit onderzoek vermeld. Uit hoofde van de leesbaarheid hebben we ervoor gekozen in tabel 5 niet voor alle afzonderlijke items de resultaten weer te geven, maar deze te clusteren naar de zeven ontwikkelingslijnen. De 26 items zijn wel op te vatten als één schaal voor de stand van zaken rondom IGM. De scores op deze IGM-schaal zijn weergegeven in tabel 5.

Scores op de IGM-meter

De ondervraagde werkgevers geven zichzelf gemiddeld een 4 op de IGM-meter. Dat betekent dat deze werkgevers zichzelf vrij hoog inschatten als het gaat om de mate waarin IGM heeft vorm gekregen. Ook ten opzichte van het oordeel van de werknemers en dat van de arbodiensten is de score van 4 hoog. Werknemers scoorden de werkgever niet hoger dan een 3,1. Ook de arbodiensten waren minder positief. Volgens hen is niet meer dan de helft van de aangesloten bedrijven met IGM bezig.

Ontwikkelingen in IGM volgens vertegenwoordigers van bedrijven

In tabel 5 geven we per ontwikkelingslijn aan in hoeverre vertegenwoordigers van bedrijven zich herkennen in de stellingen die betrekking hebben op die lijn. Werkgevers herkennen zich vooral in de stellingen die betrekking hebben op de ontwikkelingslijn 'gezonde werknemers'. Zo voldoen vrijwel alle bedrijven aan de verplichtingen zoals gesteld door de Wet verbetering poortwachter en wordt in vrijwel alle bedrijven de werkplek of de werkinhoud indien nodig aangepast aan de werknemer. Ook op de ontwikkelingslijnen gezonde fysieke en gezonde sociale werkomgeving scoren de werkgevers hoog. In bijna iedere organisatie wordt volgens de organisaties zelf aandacht besteed aan de gezonde en veilige werkomgeving. Bovendien wordt bij de aan-

Ontwikkelingslijn	N	Oneens %	Neutraal %	Eens %	
Gezonde mensen	78	0	8	92	
Gezonde fysieke werkomgeving	78	0	10	90	
Gezonde sociale werkomgeving	78	0	17	83	
Gezond primair proces	78	4	15	81	
Gezondheid als strategisch thema	78	4	21	76	
Gezonde producten en diensten	78	17	47	36	
Gezonde relatie met de directe leefomgeving	78	41	40	19	
	Gemiddelde	N	Min	Max	SD
IGM-schaal werkgevers ($\alpha = 0,88$)	4,0	71	2,89	4,92	,46

Tabel 5. In hoeverre zijn vertegenwoordigers van bedrijven het eens met de uitspraken die betrekking hebben op de onderstaande ontwikkelingslijnen in de IGM-methodiek, 2004.

schaf van nieuwe materialen of producten goed gelet op de gezondheid en veiligheid van medewerkers. Ook aanpassing van werk of werkplek is in verreweg de meeste organisaties geen probleem, aldus de werkgevers. Leidinggevenden en medewerkers ten slotte zijn zich volgens een grote meerderheid van de respondenten bewust van het belang van gezond en veilig werkgedrag.

Werkgevers zijn minder positief als het gaat om de ontwikkeling op de lijnen gezonde relatie met directe leefomgeving en gezonde producten en diensten. Slechts 20 procent herkent zich in de stellingen rond de gezonde relatie met de directe leefomgeving. Vooral het stimuleren van uitvoeren van maatschappelijke taken is zeker nog geen issue. Slechts in 15 procent van de bedrijven is hiervoor aandacht. Ook van ondersteuning van sociale en maatschappelijke activiteiten (sport, milieu et cetera.) en beleid gericht op het gezin van medewerkers is bij een ruime meerderheid van de bedrijven niet echt sprake. De naar verhouding lage score op de ontwikkelingslijn gezonde producten en diensten is vooral toe te wijzen aan het feit dat het stimuleren van andere organisaties om aandacht te besteden aan gezonde producten en/of diensten voor de meeste organisaties geen issue is. Een ruime meerderheid van de organisaties in het onderzoek (64 procent) produceert naar eigen zeggen zelf wél gezonde producten en diensten.

Conclusie en discussie

In dit artikel laten we zien hoe werkgevers, werknemers en arbodiensten oordelen over het IGM-beleid in Nederlandse ondernemingen. Omdat we noch werknemers, noch arbodiensten kunnen koppelen aan de bevraagde werkgevers zijn harde conclusies niet verantwoord, maar het lijkt erop dat werkgevers positiever zijn over hun eigen ontwikkelingen op IGM dan de werknemers over die van hun werkgever en de arbodiensten over die van de bedrijven die zij onder contract hebben. Daarvoor is een aantal redenen denkbaar. Allereerst heeft de werkgever normaal gesproken een beter zicht op wat hij zoal aan gezondheidsbeleid ontwikkelt. Die inspanningen en initiatieven zullen niet allemaal ook bij werknemers en arbodiensten bekend zijn. Daarnaast zal er ook sprake zijn van een zekere mate van wat men noemt 'zelfdienende vertekening'. Werkgevers geven zichzelf over het algemeen graag het voordeel van de twijfel en scoren zichzelf wat positiever dan zij in werkelijkheid wellicht zijn.

Uiteindelijk gaat het er echter niet zozeer om of een werkgever zichzelf overschat of niet. En het gaat er ook niet om of werknemers en arbodiensten nu wel of niet voldoende zicht hebben of betrokken worden bij de ontwikkeling van IGM. Waar het om gaat is dat een menselijke kernwaarde als gezondheid de plaats lijkt te krijgen die het verdient in het strategische beleid van arbeidsorganisaties. Fysieke en

mentale gezondheid van de burgers is de sleutel tot een gezonde Nederlandse economie en als we de scores op de ontwikkelingslijnen van de IGM-meter erbij pakken dan blijkt al een aardige ontwikkeling op gang te zijn gebracht. Zeker daar waar het gaat om gezonde primaire processen, een gezonde fysieke en sociale werkomgeving en het stimuleren van de gezondheid van de eigen werknemer.

Minder aandacht gaat er vooralsnog uit naar de gezondheid van de externe omgeving. Andere organisaties worden niet of nauwelijks aangesproken op een gezonde en veilige productie, het uitvoeren van maatschappelijke taken (bijvoorbeeld mantelzorg) door medewerkers wordt nauwelijks gestimuleerd en ook de gezondheid van het gezin van medewerkers krijgt weinig aandacht. Al met al lijkt het minder voor de hand te liggen dat bedrijven zich bezighouden met de gezondheid van de afnemers van hun diensten of producten. Ook zien bedrijven het niet direct als hun taak om werknemers te stimuleren maatschappelijke taken op zich te nemen. Wellicht zijn als gevolg van de economische tegenwind van de laatste jaren bedrijven veeleer bezig met hun kerntaken en willen zij daarbij elk productief uurtje van de werknemer liever voor zichzelf houden.

De aandacht voor gezondheid, inzetbaarheid en vooral IGM is ook in het licht van de vergrijzing en de roep om het langer doorwerken van ouderen aan het arbeidsproces van belang. Recent onderzoek (Nauta et al., 2004) heeft aangetoond dat de relatie tussen leeftijd en gezondheid heel wat minder eenduidig is dan oorspronkelijk werd gedacht. Vooral de leefstijl, werkfactoren en langdurige fysieke belasting spelen een rol bij het achteruitgaan van de gezondheid en niet zozeer de leeftijd op zich. Bovendien is aangetoond dat als de gezondheid al achteruitgaat, ouderen daar minder moeite mee hebben en beter in staat zijn de lichamelijke beperkingen te compenseren door nieuwe werkstrategieën te ontwikkelen dan hun jongere collega's. Veel oudere werknemers zijn dus net zo inzetbaar als hun jongere collega's. Werkgevers moeten wel extra alert zijn wanneer werknemers al jarenlang fysiek zwaar en eentonig werk doen of wanneer werknemers een ongezonde leefstijl hebben. Omdat met IGM wordt beoogd ontwikkelingen op verschillende lijnen te managen, zoals fysieke en sociale werkomgeving en bijvoorbeeld leefstijl lijkt IGM een bruikbare filosofie om alle werknemers gezond en duurzaam inzetbaar te houden.

IGM is ook van belang in het licht van de vergrijzing

Vooralsnog lijken werkgevers nog maar weinig aansluiting te zoeken bij arbodiensten om IGM verder te ontwikkelen. De arbodiensten, die,

zo geven werkgevers zelf ook aan, een belangrijke rol zouden kunnen vervullen in de begeleiding van de werkgever bij de ontwikkeling van IGM, worden tot nog toe in zeer beperkte mate betrokken. Het is echter de vraag of dit ligt aan de arbodiensten die volgens de werkgever onvoldoende vraaggericht werken en eigenlijk alleen maar bijdragen aan het naleven van de minimum wettelijke normen uit de Arbo Wet of aan de werkgevers die de arbodiensten wellicht onderschatten en daarom onvoldoende gebruik maken van de bij die diensten aanwezige kennis en kunde.

Arbodiensten zouden zich echter (nog) meer kunnen profileren als volwaardig, maar vooral ook pro-actief partner in het vormgeven aan (integraal) gezondheidsmanagement. Werkgevers zouden meer moeten openstaan voor samenwerking met de arbodiensten en ook meer toenadering kunnen zoeken tot de sociale partners om zich te laten ondersteunen bij het opzetten van gezondheidsbeleid. Wellicht zouden werkgeversverenigingen, werknemersverenigingen en de grotere arbodiensten in samenwerking met de overheid afspraken kunnen maken omtrent ontwikkeling van IGM binnen branches. AWWN, CNV en FNV hebben aan het begin van dit jaar een belangrijke stap gezet door Gezondheidsbeleid voor de komende jaren hoog op de agenda te zetten.

SUMMARY

In this article we describe the history of health management in organisations. We start with US initiatives to train employees in working safely. These initiatives were first reported in the early 1920's. Via company fitness programs and health promotion in the workplace programs we end our description with the recent development of Integral Health Management in the Netherlands. Integral Health Management, or IHM (IGM in Dutch), means that everything a company does is being managed with the aim of promoting health. Not only employee health but also the health of customers, suppliers and the environment a company operates within. IHM is not a tool or an instrument that is implemented on a certain moment in time. It is more a management philosophy. A philosophy that demands certain shifts in the way managers nowadays think about health management. As stated IHM is not restricted to a company and its employees, but it also involves suppliers, customers and for instance family members of employees.

Next, we describe the results of three empirical studies we performed that involved measuring developments on the so-called IHM meter. In

this article we paint a picture of the current developments on IHM in the Netherlands according to employees, employers and representatives of the Occupational Health Services.

In the first study, the study among employees, we also looked at the relationship between developments on the IHM meter and a number of health-indicators, such as the duration and prevalence of sickness absence, medicine use and burnout risk. We have not been able to establish any causal relationships because we only use cross sectional data and no longitudinal panel data, but it seems as though employees that work in companies that score high on the IHM meter are significantly healthier than employees that work in companies that score low on the IHM meter. Not only is the first group less often absent because of sickness, the period in which they are absent is also significantly shorter, they use less medicine, they don't visit physicians or specialists as often, they feel healthier, they have a smaller risk of burn out and they less often feel depressed.

Although we are not able to draw conclusions on whether IHM developments positively affect sickness absence levels and other health indicators, we do strongly feel that developing IHM does have a positive impact on business operations as such. The results of our empirical studies certainly do point in that direction. We end this article by briefly describing TNO Work and Employment's vision on IHM and it's future as a management philosophy on strategic (HR) management.

Literatuur

- Amstel, R. van en Putten, D. van (2004), *Arbodienstenpanel: rapportage vijfde peiling: ervaringen met o.a de Wet verbetering poortwachter*. Hoofddorp, TNO Arbeid.
- Ardell, D.B. (1985), The history and future of wellness. *Health Values*, 9, 6, pp. 37-56.
- AWVN, CNV BedrijvenBond en FNV Bondgenoten (2005). *Gezondheidsbeleid in de onderneming*.
- Baart, P. et al. (2003), *Gezondheidsbevordering op de werkplek, een vanzelfsprekend element van bedrijfsvoering*. Woerden: NIGZ/GBW
- Barnes, L. (1983), AAFDBI: Bringing fitness to corporate America. *The physician and sportsmedicine*, 11, no. 1, pp. 127-133.
- Baranski, B. en Zwetsloot, G.I.J.M. (1999), Introduction to Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Enterprises; In: FIOSH Editors, *Health Management in Enterprises*, Berlijn: Publication Series from the Federal Institute for Occupational Safety and Health (FIOSH), Tb 110.
- Bernacki, E.J. en Baun, W.B. (1984), The relationship of job performance to exercise adherence in a corporate fitness program. *Journal of Occupational Medicine*, 26, 529-531.

- Bruce, R.A. (1984), Exercise, functional aerobic capacity and ageing: another viewpoint. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 16, pp. 8-13.
- Centrum GBW (2001), *Gezonde werknemers in gezonde organisaties. Kwaliteitscriteria voor Gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW)*. Woerden: Centrum GBW.
- Chapman, L.S. (1996), Meta evaluation of worksite health promotion economic return studies. *The Art of Health Promotion*, vol. 6, nr. 6.
- CLBC (2002), *Canadian Labour and Business Center, Twelve case studies on innovative workplace health initiatives; summary of key conclusions*. Ottawa: CLBC.
- Conrad, C.C. (1987), A chronology of the development of corporate fitness in the United States. *Fitness in Business*, 1, no. 5, pp. 156-166.
- Dalen, E.J. van en Gründemann, R.W.M. (2004), Arbeid en gezondheid. In: Schoemaker, M.J.R. Editor, *Jaarboek Personeelsmanagement 2005*. Deventer: Kluwer.
- European Foundation (1997), *Workplace Health Promotion in Europe*. Dublin: European Foundation.
- Fuchs, J.A. en Richards, J.E. (1985), The evolving concept of worksetting health promotion. *Health Values: Achieving High Level Wellness*, 9, No. 4, pp. 4-6.
- Gebhardt, D.L., Crump, C.E. en Frost, B.L. (1987), *Development and validation of physical performance tests, medical standards and fitness program for fire and law enforcement personnel*. Bethesda, MD: Advanced Research Resources Organization.
- Gebhardt, D.L. en Crump, C.E. (1990), Employee fitness and wellness programs in the workplace. *American Psychologist*, 45, No. 2, 262-272.
- Gorp, K. van en Schaufeli, W. (1996), *Een gezonde geest in een gezonde organisatie; een aanzet tot burnout-interventie in de ambulante GGZ*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Gründemann, R. en Vries, S. de (2002), *Gezond en duurzaam inzetbaar, employabilitybeleid in Nederland*. Hoofddorp: TNO.
- Gründemann, R., Piek, P., Zwetsloot, G. Scheppingen, A. van, Raaijmakers, T. en Vaandrager, L. (2003), *Integraal Gezondheidsmanagement; methodiek in ontwikkeling*. Hoofddorp: TNO/NIGZ.
- Harris, P.R. (1980), *Promoting health-preventing disease: Objectives for the nation*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Hauss, F.O. en Rosenbrock, R.D. (1984), Occupational health and safety in the Federal Republic of Germany: A case study of co-determination and health politics. *International Journal of Health Services*, 14, 279-287.
- Instituut Nederlandse Kwaliteit (2001), *Leren excelleren door een helder beeld van uw organisatie*. Zaltbommel: INK.
- Karch, R.C. (1987), Monitoring our progress. *Fitness in Business*, 1, no. 6, 231.
- Lendfers, M.L.G.H., Nijhuis, F.J.N., Jong, A.H.J. de en Janssen, P.P.M. (1996), *Bouwen aan gezond werken; een voorbeeld van integrale gezondheidsbevordering in de bouw*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Louijisen, E.C.M.P., Gründemann, R.W.M. en Kompier, M.A.J. (1996), *Gezond werken aan gezondheid; een voorbeeld van integrale gezondheidsbevordering in een ziekenhuis*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

- Matarazzo, J.D., Weiss, S.M., Herd, J.A., Miller, N.E. en Weiss, S.M. (1984), *Behavioral health: A handbook enhancement and disease prevention*. New York: Wiley.
- Nauta, A., Bruin, M. de en Cremer, R. (2004), *De mythe doorbroken, gezondheid en inzetbaarheid oudere werknemers*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- North American Rockwell en Phillips Petroleum Co. (1972), *Physical fitness in business and industry*. Washington, DC: President's council on Physical Fitness and Sports (PCPFS).
- Paffenbarger, R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L. en Hsieh, C. (1986), Physical activity, all cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314, pp. 605-614.
- Pelgrim, S. (2004), *GBW 4^e meting*. Amsterdam: TNS-NIPO.
- Peltomäki, O., Pohjanpää, K., Tuomi, K., Liira, J., Nykyri, E., Piirainen, H., Räsänen, K., Suurnäkki, T. en
- Husman, K. (1999), *The first national MWA barometer*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health.
- Regin, C. (1987), What the benefits industry is saying about fitness and health promotion. *Fitness in Business*, 1, No. 6, pp. 209-215.
- Sanders, J.M.A.F. en Ybema, J.F. (2004), *Gezonde werknemers: eerste meting Arbeid, Verzuim- en Gezondheidsmonitor*. Hoofddorp: TNO.
- Schirmer, C.A. (1925), Health programs in business concerns. *American Physical Education Review*, 30, 59-64.
- Sharkey, B.J. (1986), Functional vs. chronologic age. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 19, no. 2, pp. 174-177.
- Singh, A.S., Poppel, M.N.M. van, Seidell, J.C., Hirasings, R.A. en Mechelen, W. van (2002), Lichamelijke inactiviteit en ongezond voedingsgedrag onder werknemers. In: RVZ Editor, *Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies*, Zoetermeer: RVZ.
- Visser, R. en Zwetsloot, G. (2004), *Arbomanagement in bedrijven*. Deventer: Kluwer.
- VNO NCW (2001). *Renderend gezondheidsbeleid; handreiking voor ondernemingen*. Den Haag: VNO NCW.
- Wilbur, C.S. (1983), The Johnson & Johnson program. *Preventive Medicine*, 12, pp. 672-681.
- Wynne, R. (2001), Workplace Health Promotion in Europe (summary). Dublin: European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions.
- Wynne, R., Gründemann, R. en Moncada, S. (1997), *A manual for implementing workplace health action*. Dublin: Work Research Centre Ltd.
- Zwetsloot G., Gründemann R., Vaandrager L (2003), *IGM Definitiestudie*. Hoofddorp/Woerden: TNO Arbeid/NIGZ.
- Zwetsloot G., Gründemann R., Vaandrager L (2003), *Integraal Gezondheidsmanagement (IGM) Eindrapport*. Hoofddorp/Woerden: TNO Arbeid/NIGZ.
- Zwetsloot, G. en Pot, F. (2004), The business value of health management. *Journal of Business Ethics*, 55, no. 2, pp. 115-124.

Noten

1. Andere voorbeelden zijn te vinden op: Models of Good Practice van het Centrum GBW: <http://www.gbw.nl/wgmogp.html>.
De Kroon op het werk van de Commissie het Werkend Perspectief: <http://www.kroonophetwerk.nl>.
2. De tweede en derde meting worden in 2005 en 2006 gehouden.