

Sturen op eigen regie van werknemers op gezondheid

Een noodzakelijke paradox

Tinka van Vuuren
Mathilde Lub
Frans Marcelissen

Veel organisaties staan voor de vraag wat er gedaan kan worden om de eigen regie bij medewerkers op het gebied van gezondheid te stimuleren (Meulenkamp, 2015; Van Vuuren, Ybema, Neessen, Marcelissen & Van Dam, 2015). Zowel binnen de maatschappij als binnen organisaties wordt van personen gevraagd dat ze zelf de touwtjes in handen nemen. Hierbij stellen organisaties zich de vraag hoe zij medewerkers kunnen motiveren om ook op het gebied van gezondheid zelf verantwoordelijkheid te nemen (Ministerie SZW, 2012; Van Vuuren, Smit & Wolswijk, 2016). Daarnaast willen organisaties ook graag inzicht in hoe het op dit moment gesteld is met de eigen verantwoordelijkheid van de medewerkers op hun gezondheid (Van Vuuren e.a., 2016). Dit artikel gaat in op individuele en organisatorische factoren die van invloed zijn op de eigen regie van werknemers op hun gezondheid. Dit beschrijven we aan de hand van een model dat we hebben ontwikkeld op grond van een literatuurstudie en vervolgens hebben getoetst in een empirisch onderzoek onder ruim 1000 werknemers van vier organisaties in de zakelijke dienstverlening. Uit dit onderzoek blijkt dat het bewustzijn van werknemers van het belang van de eigen rol het meeste invloed heeft op de eigen regie. Er zijn verder aanzienlijke verschillen tussen bedrijven in de mate waarin werknemers zelf de regie nemen.

Inleiding

Vitaal naar de toekomst

Momenteel treffen bedrijven in toenemende mate maatregelen om hun medewerkers gezond en vitaal te krijgen en te houden. Zo signaleert TNO (Kraan & Sanders, 2016) een stijging in het aantal maatregelen gericht op langer doorwerken van het personeel van 32% van de vestigingen in 2010 naar 40% in 2014. Een voorbeeld van dergelijke maatregelen zijn interventies op het gebied van bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning (BRAVO). Bedrijven willen van curatie en focus op ziekteverzuim verschuiven naar preventie en amplitie en focus op bevlogenheid (Van Vuuren, 2012). Amplitie staat voor versterken, vergroten en vermeerderen (Ouweneel, Schaufeli & LeBlanc, 2009). Bedrijven willen stimuleren dat er duurzame gedragsverandering op gang komt bij hun

Prof. dr. Tinka van Vuuren is hoogleraar Vitaliteitsmanagement aan de Open Universiteit en consultant bij Loyalis Kennis & Consult.

Drs. Mathilde Lub is consultant bij Leefstijl Training & Coaching. Zij richt zich op zelfsturing in organisaties.

Dr. Frans Marcelisen is adviseur/onderzoeker/opleider bij DigiPsy.

medewerkers; een knop die bij de medewerkers om gaat en om blijft. Dit is niet voor niets, want de noodzaak om als werknemer goed voor jezelf te zorgen is er overduidelijk. Werknemers moeten langer doorwerken en dat kan alleen als zij gezond zijn.

Het individu aan zet

Wat organisaties zich meer dan vroeger realiseren is dat gezondheid en vitaliteit vooral individueel gestuurd wordt (Ministerie SZW, 2012; Van Vuuren e.a., 2016). Natuurlijk kunnen organisaties allerlei maatregelen en faciliteiten aanbieden – en dat doen ze ook in ruime mate - maar de uiteindelijke keuze wat een individuele medewerker gaat doen, kan de medewerker alleen zelf maken. Eigen verantwoordelijkheid nemen – zelf het stuur in handen nemen, keuzes maken en tot actie komen en het gezonde gedrag blijven vertonen – noemen wij ‘eigen regie’.

In de context van een organisatie

Gedragsverandering is een individueel vraagstuk en doet een groot beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Op de eigen regie dus. Maar organisaties hebben daarbij een evident belang. Dit roept de volgende vragen op: Hoe kunnen organisaties die regie versterken? Hoe kunnen werkgevers stimuleren dat medewerkers zélf het roer in handen nemen om gezond gedrag te vertonen? Welke factoren zijn daarop van invloed? Met deze vragen zitten we middenin een noodzakelijke paradox: sturen op eigen regie. Werkgevers willen dat medewerkers het zelf doen, maar willen hen ook een zetje geven. In opdracht van Zilveren Kruis Achmea hebben wij onderzoek gedaan naar de eigen regie van werknemers op gezondheid.

Centrale onderzoeksvraag

In deze bijdrage beantwoorden wij de centrale vraag van dit onderzoek: Wat beïnvloedt de eigen regie van werknemers op hun gezondheid? Om deze vraag te beantwoorden zijn we gestart met een literatuurstudie. We hebben onderzocht welke individuele en organisatorische factoren van invloed zijn op het nemen van eigen regie op gezondheid door werknemers. Voorbeelden van organisatorische factoren zijn de mogelijkheden die de organisatie biedt om de gezondheid te bevorderen en de mate waarin de werknemers geïnformeerd worden over het gezondheidsbeleid. De uitkomsten hiervan hebben we verwerkt in een nieuw model voor Eigen regie op gezondheid dat we hier presenteren. Dit model hebben we getoetst door middel van empirisch onderzoek onder ruim 1000 werknemers van zeven organisatie-onderdelen in vier organisaties in de zakelijke dienstverlening.

Literatuurstudie

Eigen regie op gezondheid

Eigen regie nemen betekent dat medewerkers zelfleiderschap vertonen. Zelf-leiderschap is volgens Van Dorssen (2015) jezelf zodanig beïnvloeden dat je optimaal gemotiveerd bent, je eigen richting bepaalt en optimaal presteert (zie ook Neck & Houghton, 2006; Manz, 1986; Van Dorssen, Van Vuuren & Veld, 2015). Neck en Houghton (2006) onderscheiden drie

soorten strategieën om jezelf te beïnvloeden. Dit kan door middel van strategieën gericht op het eigen gedrag, het eigen constructieve denkpatroon en op het verkrijgen van natuurlijke beloningen. Voorbeelden van strategieën gericht op het eigen gedrag zijn het jezelf motiveren om taken te verrichten die misschien saai of moeilijk zijn, maar die toch moeten gebeuren, of het inbouwen van reminders in het werk en het jezelf belonen wanneer een stap voorwaarts is gemaakt. Een voorbeeld van strategieën gericht op het eigen constructieve denkpatroon is het aanpassen van de eigen (negatieve) overtuigingen en aannames zoals in 'het glas is niet half leeg, maar half vol'. Strategieën gericht op het verkrijgen van natuurlijke beloningen zijn bijvoorbeeld het ondernemen van activiteiten die leuk en plezierig zijn, waardoor men zich competent voelt en waarvoor men intrinsiek gemotiveerd is (Neck & Houghton, 2006).

Hier richten wij ons op eigen regie nemen op gezondheid. Veel werknemers vertonen ongezond gedrag, zoals roken, overmatig alcoholgebruik en weinig bewegen. Dit gedrag schaadt hun gezondheid en bepaalt direct en indirect hun prestaties op de werkvloer (Eysink, Hamberg-van Reenen & Lambooij, 2008).

Verandering van leefstijlgedragingen, ook wel bekend onder de noemer BRAVO, lijkt een aangewezen manier om de gezondheid te bevorderen (Proper & Van Mechelen, 2005). BRAVO staat voor (meer) Bewegen, (stoppen met) Roken, (matig gebruik van) Alcohol, (gezonde) Voeding en (voldoende) Ontspanning. Eigen regie nemen op gezondheid betreft jezelf zodanig beïnvloeden dat je optimaal gemotiveerd bent om gezonde activiteiten te ondernemen, je eigen richting bepaalt en optimaal gezonde activiteiten onderneemt.

Gedragsverandering

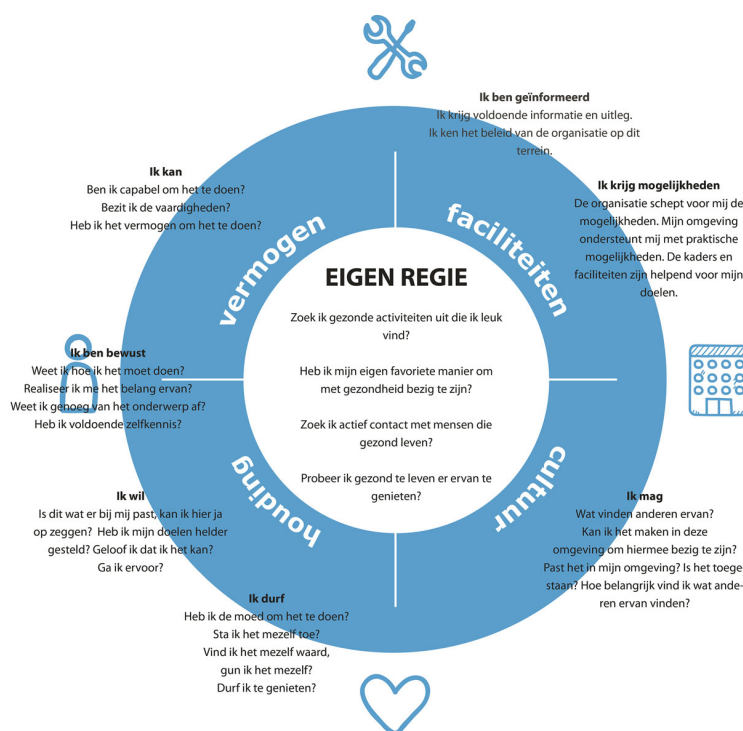
In de literatuur over gezondheidspsychologie zijn er diverse modellen die gaan over het verklaren van (gezondheids-) gedrag. Eén van deze theorieën is de Theorie van Gepland Gedrag van Ajzen (1991). In deze theorie speelt de gedragsintentie de belangrijkste rol. Onder de gedragsintentie wordt verstaan in hoeverre mensen van plan zijn bepaald gedrag te gaan vertonen. De gedragsintentie kan worden voorspeld aan de hand van de attitude ten opzichte van dat gedrag, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole. De attitude betreft de houding van iemand over een bepaald gedrag. Deze houding vormt iemand meestal door het afwegen van de voor- en nadelen van dat gedrag (Ajzen, 1991). De Vries en Mudde (1998) werken de subjectieve norm uit in drie typen van sociale invloeden: sociale normen, waargenomen gedrag van anderen en directe druk of steun om bepaald gedrag uit te voeren. De waargenomen gedragscontrole (ook wel genoemde de eigeneffectiviteitsverwachting) wordt gevormd door de inschatting van iemand in hoeverre hij of zij zich in staat acht het gewenste gedrag te vertonen (Ajzen, 1991). Kort gezegd, komt de Theorie van Gepland Gedrag van Ajzen er op neer dat mensen van plan zijn bepaald gedrag te vertonen als zij dat willen (houding), denken dat te kunnen (gedragscontrole) en de steun van hun omgeving (sociale norm) daarvoor hebben.

HR-praktijken

Deze drie aspecten komen voor een deel terug in het AMO model van Appelbaum, Bailey, Berg en Kalleberg (2000) over HR-praktijken. Het AMO model geeft aan welke instrumenten helpen om de betrokkenheid en als gevolg daarvan de prestaties van werknemers te bevorderen. AMO staat voor Abilities, Motivation en Opportunity. Dit model stelt dat goed personeelsbeleid drie kerntaken heeft: zorgen dat de medewerkers kunnen wat zij moeten doen (Abilities), willen wat zij moeten doen (Motivation) en de kans krijgen om te doen wat zij moeten doen (Opportunity). HR-praktijken dienen er dus toe bij te dragen dat werknemers het gewenste gedrag kunnen, willen vertonen en de gelegenheid daarvoor hebben.

Model: "Eigen regie op gezondheid"

In de context van organisaties gaat het stimuleren van eigen regie op gezondheid om het bieden van voorwaarden voor gezonde activiteiten van de werknemer op individueel niveau, en om het stimuleren dat het gezond gedrag wordt uitgevoerd. Zowel individuele als organisatorische factoren zijn van invloed op de eigen regie van de werknemers. Deze twee invalshoeken zijn terug te vinden in de linker- respectievelijk rechterzijde van het Eigen regie-model dat wij hebben ontwikkeld. Daarin maken we verder onderscheid tussen zichtbare en tastbare factoren enerzijds en niet zichtbare factoren anderzijds. Deze tweedeling komt tot uitdrukking in respectievelijk de bovenkant en onderkant van het model. We hanteren het model niet als elkaar uitsluitende of opeenvolgende fasen, maar in overeenstemming met de visie van Littell en Girvin (2002) als aspecten die samen bepalen of werknemers de regie over hun gezondheid en vitaliteit (kunnen) nemen. Zo zijn we gekomen tot vier kwadranten: vermogen en houding op individueel niveau en faciliteiten en cultuur op organisatieniveau (zie figuur 1).



Figuur 1: Model Eigen regie op gezondheid

Binnen deze kwadranten maken we nog nader onderscheid naar verschillende aspecten van de werknemer dan wel organisatie. Vermogen gaat om het kunnen. Houding betreft zowel zich bewust zijn waarom het belangrijk is het gedrag te laten zien en willen, als het gedrag durven te laten zien. Faciliteiten gaat over de maatregelen en de informatie van organisaties om het gezondheidsgedrag van hun werknemers te bevorderen. Cultuur gaat over de ruimte in organisaties om het gezondheidsgedrag te mogen laten zien. In totaal zeven bevorderende en/of belemmerende factoren voor een gezonde leefstijl (vier van de werknemer en drie van de werkgever) hebben we een plek gegeven in ons model. Hieronder lichten we ze één voor één nader toe.

Vermogen: ik kan

Kunnen betreft de verwachting die iemand van zichzelf heeft of hij in staat is bepaald gedrag uit te voeren (self-efficacy; Bandura 1986). Deze verwachting is gebaseerd op iemands oordeel of hij of zij de capaciteiten heeft om het gedrag uit te voeren en fysiek en mentaal in staat is om dit te doen. Rongen, Robroek en Burdorf (2014a) vinden dat dit inderdaad van belang is om deel te nemen aan een bedrijfs-gezondheidsprogramma: hoe hoger de mate van self-efficacy, hoe groter de intentie om deel te nemen aan een gezondheidsprogramma.

Overigens is het bewustzijn dat men de vermogens heeft net zo belangrijk als de vermogens zelf. Dat is de reden dat in het model “ik ben bewust” niet alleen bij “houding” is geplaatst, maar ook gedeeltelijk bij “vermogen”.

Houding: ik ben bewust

Dit gaat erover dat werknemers zich ervan bewust zijn waarom het zo belangrijk is dat ze gezond gedrag te vertonen. Daarom komt bewustzijn vaak terug in gedragsveranderingsmodellen. Een voorbeeld hiervan is het Health Belief Model (Rosenstock, 1974). De kern van het Health Belief Model is dat het ervan uitgaat dat mensen bepaald gedrag gaan vertonen als zij denken dat zij vatbaar zijn voor een gezondheidsrisico. De angst voor ernstige gevolgen – en hoop op verbetering wanneer zij hun gedrag aanpassen – is een belangrijke katalysator. Wanneer de waargenomen voordelen van gezond gedrag groter zijn dan de waargenomen risico's, zullen mensen volgens het Health Belief Model hun gedrag dus gaan veranderen. Ook het Transtheoretisch Model van Prochaska, DiClemente en Norcross (1992) gaat uit van het belang van bewustwording. In dit model stellen zij dat gedragsverandering een proces is en dat een persoon ten behoeve van gedragsverandering verschillende tijdsgebonden fasen doorloopt. De al eerder genoemde Littell en Girvin (2002) bestrijden echter dat deze stadia volgordekelijk verlopen. Uit hun meta-analyse gebaseerd op 87 onderzoeken blijkt dat geen enkel onderzoek laat zien dat mensen alle motivatiestadia moeten doorlopen voordat zij daadwerkelijk veranderen. Gedragsverandering is dus geen lineair proces (kennis – houding/intentie – gedrag) (Pol & Swankhuisen, 2013).

Houding: ik wil

Willen gaat over intrinsieke motivatie. Van Scheppingen (2014) constateert in haar proefschrift dat intrinsieke motivatie van belang is voor het vertonen van een gezonde leef- en werkstijl. Zij vindt dat als mensen de waarde van gezondheid internaliseren dit goed is voor hun gezondheidsgedrag.

Houding: ik durf

Durven gaat over het proactief kansen herkennen en er vervolgens naar handelen, initiatief laten zien en doorgaan tot het gelukt is (Bateman & Crant, 1993). Pro-actieve werknemers gaan actief op zoek naar mogelijkheden om hun gezondheid te verbeteren in plaats van passief af te wachten.

Cultuur: ik mag

De modellen over gedragsverandering (Ajzen, 1991; De Vries & Mudde, 1998) leren ons dat sociale normen, waargenomen gedrag van anderen en directe druk of steun om bepaald gedrag uit te voeren van belang zijn om gezondheidsgedrag te vertonen. Mensen dienen te ervaren dat zij het gedrag mogen laten zien. Van Scheppingen (2014) komt dan ook in haar proefschrift tot de slotsom dat zelfsturing van een gezonde werk- en leefstijl niet kan zonder een ondersteunende context. Seifert, Chapman, Hart en Perez (2012) stellen dat medewerkers een bedrijfsgezondheidscultuur nodig hebben om hen te ondersteunen om zelf hun doelen te bepalen, hun kennis te verbeteren en hun eigen concrete actiestappen te zetten om hun gezondheid te verbeteren. Door middel van een dergelijke gezondheidscultuur kunnen werknemers, volgens Seifert et al. (2012) hun eigen intrinsieke waarden ontwikkelen die bijdragen tot het bereiken van hun gezondheidsdoelen.

Faciliteiten: ik ben geïnformeerd

Uit onderzoek naar beleid en activiteiten op het gebied van duurzame inzetbaarheid bij Nederlandse universiteiten (Van Vuuren & Semeijn, 2013), blijkt dat deze al over veel instrumenten en maatregelen beschikken om duurzame inzetbaarheid te bevorderen. Maar universiteiten zouden de instrumenten nog optimaler bekend kunnen maken en beter kunnen benutten. Van Vuuren en Semeijn (2013) concluderen op grond hiervan dat het in huis hebben van maatregelen nog niet genoeg is. Dan hebben de organisaties slechts “brons”. Willen organisaties ook “goud” behalen, dan dienen werknemers deze maatregelen daadwerkelijk te benutten. Daarvoor is het nodig dat organisaties “zilver” hebben: de maatregelen moeten ook bekend zijn. Organisaties dienen hun medewerkers daarom te informeren over het belang van het nemen van maatregelen en het aanbod aan maatregelen om zo van brons, via zilver naar goud te komen.

Faciliteiten: ik krijg mogelijkheden

Veel werkgevers bieden werknemers allerlei bedrijfsgezondheidsprogramma's aan met als doel om het gezondheidsgedrag van hun medewerkers te bevorderen (Van Vuuren et al, 2015). Onderzoek laat zien dat dergelijke gezondheidsprogramma's daadwerkelijk kunnen bijdragen

aan het verbeteren van de leefstijl van werknemers. Ook verhogen ze de productiviteit op het werk en verlagen het ziekteverzuim (Rongen et al., 2014b). Wel zijn de effecten van zulke bedrijfsgezondheidsprogramma's vaak klein (Rongen et al., 2013). Daarnaast is de deelname meestal bescheiden, ondanks het feit dat de meeste werknemers positief zijn over bevordering van de gezondheid op het werk (Rongen et al., 2014b).

Onderzoeksvragen

Het doel van deze bijdrage is om te onderzoeken welke individuele en organisatorische factoren van invloed zijn op de eigen regie van werknemers op hun gezondheid. De onderzoeksvragen zijn: Wat is het aandeel werknemers dat eigen regie neemt op hun gezondheid? Welke individuele factoren hangen samen met de mate waarin werknemers eigen regie nemen op hun gezondheid? Welke organisatorische factoren hangen samen met de mate waarin werknemers eigen regie nemen op hun gezondheid? En in hoeverre blijven deze verbanden bestaan, als gecontroleerd wordt voor het soort organisatie waar de werknemers uit afkomstig zijn, hun geslacht, leeftijd en opleiding?

Deze onderzoeksvragen worden beantwoord aan de hand van data die wij hebben verzameld door middel van een vragenlijstonderzoek onder ruim 1000 werknemers in de zakelijke dienstverlening.

Methode

Steekproef en gegevensverzameling

De gegevens voor deze studie zijn verzameld onder ruim 1000 werknemers van zeven organisatieonderdelen van vier organisaties in de zakelijke dienstverlening in Nederland. Deze zeven onderdelen betroffen het onderdeel Operations van een grote verzekeraar, de HR afdeling van deze verzekeraar, twee lokale vestigingen van een bank, twee regionale onderdelen van een installatiebedrijf en een beveiligingsbedrijf. De vragenlijst is online verspreid. In totaal zijn 1254 ingevulde vragenlijsten ontvangen. Na het verwijderen van alle vragenlijsten die gedeeltelijk waren ingevuld, bleven er 1013 (vrijwel) volledige ingevulde vragenlijsten over (responsratio 51%). De steekproef bevatte 434 mannen (43%) en 579 vrouwen (57%). Bijna de helft (45%) van de werknemers heeft een HBO of hogere opleiding. De gemiddelde leeftijd van de werknemers was 42,5 jaar. Gemiddeld waren de werknemers 16 jaar in dienst. Gegevens voor deze studie zijn verzameld in opdracht van Zilveren Kruis met als doel inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn op het nemen van eigen regie door werknemers op hun vitaliteit en gezondheid. Alle deelnemers kregen een individuele terugkoppeling en advies. Aan de opdrachtgever en de deelnemende organisaties zijn enkel geaggregeerde gegevens teruggekoppeld en geen resultaten van individuele respondenten. De vragenlijst werd vergezeld van informatie die het doel van de studie uitlegde en vertrouwelijkheid en anonimiteit verzekerde van de gegevens.

Variabelen

De volgende variabelen zijn gemeten:

Eigen regie op gezondheid en vitaliteit: Deze schaal is een bewerking van

een schaal die natuurlijke beloningen strategieën (Natural Rewards Strategies) meet en ontwikkeld is door Neck en Houghton (2002). De schaal bestaat uit vier items en een voorbeelditem is “Ik probeer zoveel mogelijk gezond te leven op een manier dat ik ervan geniet”. Cronbachs alpha is 0,76.

Bevorderende en/of belemmerende factoren voor een gezonde leefstijl:

- **Kunnen:** Omdat we in het algemeen wilden achterhalen of de werknemers in staat waren om gezond te bewegen, te eten en te ontspannen, kozen we er voor als een generieke indicatie hiervoor het Werkvermogen te gebruiken. Aan hand van vijf items van de Index Werkvermogen is gemeten in welke mate de medewerkers geestelijk en lichamelijk in staat zijn om hun huidige werk uit te voeren (Tuomi, Ilmarinen, Jahkola, Katajarinne en Tulkki, 2006). Cronbachs alpha is 0,71.
- **Willen:** Aan de hand van 15 items is gevraagd naar de mate waarin men beweging, gezonde voeding of ontspanning prettig en nodig vindt. Een voorbeelditem is “Ik vind het niet nodig (ik vind dat ik genoeg beweeg)”. Cronbachs alpha is 0,67.
- **Durven:** Door middel van vijf items is de mate waarin de werknemers een proactieve houding hebben gemeten (Seibert, Crant & Kraimer, 1999). Een voorbeeld hiervan is: “Als ik geloof in een idee, kan niets of niemand me ervan weerhouden het te realiseren”. Cronbachs alpha is 0,78.
- **Bewust zijn belang gezondheid:** Vier items meten de mate waarin de medewerkers zich bewust zijn van hun eigen rol voor hun gezondheid, bijvoorbeeld: “Ik voel me verantwoordelijk voor mijn eigen gezondheid” (Health Locus of Control; Rongen, Robroek & Burdorf, 2014a). Cronbachs alpha is 0,80.
- **Mogen:** Om inzicht te krijgen in de gezondheidscultuur vragen we hier naar de overtuigingen van de werknemers over gezondheidsbevordering in de organisatie (Rongen et al., 2014b). Deze schaal bestaat uit vier items en meet de mate waarin de werknemers er mee instemmen dat hun werkgever hun gezondheid bevordert (Rongen et al., 2014b). Een voorbeelditem is: “Het is goed dat de werkgever probeert de gezondheid van de werknemers te verbeteren”. Een ander voorbeelditem is “Het is goed om collega’s te stimuleren tot een gezonde leefstijl”. Cronbachs alpha is 0,69.
- **Mogelijkheden krijgen:** Deze schaal telt vier items en meet de mate waarin de werknemers ervaren dat hun organisatie hen faciliteiten biedt om hun gezondheid te bevorderen (Rongen et al., 2014b). Een voorbeelditem is: “Er zijn voldoende faciliteiten binnen de organisatie om aan mijn gezondheid te werken (bijvoorbeeld gezonde voeding in kantine, sportschool etc)”. Cronbachs alpha is 0,77.
- **Geïnformeerd worden:** Drie items meten de mate waarin medewerkers geïnformeerd worden over het gezondheidsbeleid (Ron-

gen et al., 2014b). Een voorbeelditem is: “Ik weet wat het huidige beleid van de organisatie is met betrekking tot gezondheid/vitaliteit”. Cronbachs alpha is 0,60.

Controlevariabelen

Als controlevariabelen zijn meegenomen: Organisatie-onderdeel waar men werkt, Leeftijd (in jaren), Opleidingsniveau (1 = Basisonderwijs, tot 7 = Wetenschappelijk Onderwijs) Geslacht (0 = man, 1 = vrouw).

Analyses

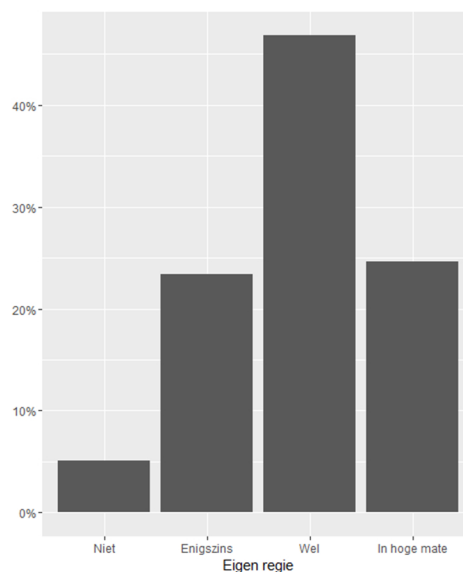
De resultaten worden verkregen door rechte tellingen om te laten zien hoe groot het aandeel werknemers is dat eigen regie neemt op hun gezondheid en door middel van correlaties om de samenhang van variabelen in kaart te brengen en multiple hiërarchische regressieanalyse, om te toetsen of de door ons verwachte verbanden ook naar voren komen uit de data. Voor verschillen tussen de organisatie-onderdelen is gecorrigeerd door middel van dummy-variabelen. In deze hiërarchische regressieanalyses op eigen regie op gezondheid hebben we in de eerste stap de dummy-variabelen voor het organisatieonderdeel waar men werkzaam was, opgenomen en in de tweede stap demografische variabelen zoals opleidingsniveau, geslacht en leeftijd en in de derde stap de bevorderende en/of belemmerende factoren.

Resultaten

Hoeveel werknemers nemen er eigen regie op gezondheid?

Figuur 2 laat zien dat gemiddeld 70 tot 75% van de werknemers eigen regie neemt op gezondheid. Dit zijn werknemers die:

- proberen gezond te leven op een manier dat zij ervan genieten.
- gezonde activiteiten uitzoeken die zij ook graag doen.
- hun eigen favoriete manier zoeken om met hun gezondheid bezig te zijn.
- actief contact zoeken met mensen die gezond leven.



Figuur 2: Eigen regie op gezondheid

Verband met eigen regie op gezondheid

In tabel 1 zijn de verschillen in de mate dat de werknemers eigen regie hebben op hun gezondheid (op een schaal van 1 tot 10) weergegeven wat betreft opleidingsniveau, geslacht en organisatieonderdeel. Verschillen naar leeftijd zijn niet opgenomen omdat Eigen regie niet significant correleert (-.03) met leeftijd.

Verschillen in Eigen regie op gezondheid		Gem	Std	N	Sign
Bedrijf	Bedrijf 1	7.47	1.18	607	
	Bedrijf 2	7.63	1.27	28	
	Bedrijf 3	7.31	1.06	40	
	Bedrijf 4	7.57	1.27	42	
	Bedrijf 5	7.62	1.11	178	
	Bedrijf 6	8.03	0.97	88	
	Bedrijf 7	7.16	1.52	259	F=5.62, df=6, **
Wat is de hoogste opleiding die u met een diploma heeft afgesloten?	Lager onderwijs (basisonderwijs)	7.19	2.07	6	
	Lager beroepsonderwijs	7.3	0.93	31	
	Middelbaar algemeen onderwijs	7.33	1.02	72	
	Middelbaar beroepsonderwijs	7.39	1.24	353	
	Voortgezet algemeen onderwijs	7.32	1.2	107	
	Hoger beroepsonderwijs	7.66	1.23	337	
	Wetenschappelijk onderwijs	7.87	1.2	107	F=3.92, df=6, **
Geslacht	Vrouw	7.61	1.12	581	
	Man	7.38	1.34	437	F=9.15, df=1, **

Tabel 1: Verschillen in Eigen regie op gezondheid

Uit Tabel 1 blijkt dat de controlevariabelen geslacht en opleidingsniveau een significant verband met eigen regie hebben. Vrouwen en hoger opgeleiden nemen meer eigen regie op hun gezondheid dan mannen en lager opgeleiden. Ook verschillen tussen de zeven organisatie-onderdelen zijn significant.

Tabel 2 laat zien dat de onderzochte bevorderende en/of belemmerende factoren alle significant samen hangen met eigen regie op gezondheid.

	Eigen regie
Bewust zijn	0,44
Kunnen	0,16
Durven	0,27
Willen	0,34
Mogen	0,34
Mogelijkheden krijgen	0,19
Geïnformeerd worden	0,22

Tabel 2 Verband Eigen regie op gezondheid met bevorderende en/of belemmerende factoren (Pearson's correlaties: alle verbanden zijn significant op $p < 0,01$)

Voorspelling van eigen regie op gezondheid

Met behulp van regressieanalyse is nagegaan in hoeverre de bevorderde en /of belemmerende factoren voor een gezonde leefstijl nog steeds samenhangen met meer eigen regie op gezondheid als hierbij wordt gecontroleerd voor de leeftijd, het geslacht, het opleidingsniveau van de werknemers en het organisatie-onderdeel waar werknemers werken. Tevens wordt hierbij gecorrigeerd voor hun onderlinge samenhang. Tabel 3 toont de resultaten van deze (hiërarchische) regressieanalyses.

		Model 0	Model 1	Model 2
Model 0: Bedrijfsonderdelen	Bedrijf 1	Ns	Ns	Ns
	Bedrijf 2	,066*	,072**	,071**
	Bedrijf 3	Ns	Ns	Ns
	Bedrijf 4	Ns	Ns	Ns
	Bedrijf 5	,063*	,067*	,059*
	Bedrijf 6	,059*	,067*	,068*
	Bedrijf 7	Ns	Ns	Ns
Model 1: Achtergrondvariabelen	Leeftijd		-,108**	-,084**
	Geslacht		,093**	,103**
	Opleiding		,10**	Ns
Model 2: Gedragsvariabelen	Bewustzijn			,308***
	Mogen			,167***
	Willen			,164***
	Geïnformeerd worden			,101**
	Kunnen			,093**
	Durven			,083**
	Mogelijkheden krijgen			Ns
R ²		0,05	0,15	0,31
ΔR^2			0,10**	0,16**

*** p<0,001 **p<0,01, * p< 0,05

Tabel 3: Resultaten van de hiërarchische regressiemodellen met eigen regie op gezondheid als afhankelijke variabele (gestandaardiseerde β 's)

Tabel 3 toont dat er dan nog steeds een redelijk tot sterk verband is tussen eigen regie en kunnen, bewust zijn, willen, durven, mogen, en informeren. Mogelijkheden krijgen blijkt geen unieke bijdrage te leveren aan de mate waarin de werknemers eigen regie nemen op hun gezondheid, naast de andere bevorderende en/of belemmerende factoren voor een gezonde leefstijl zoals geïnformeerd worden over de mogelijkheden die de organisatie biedt. In totaal wordt bijna een derde van de variantie in eigen regie verklaard door de gedrags- en controlevariabelen. In drie organisatie-onderdelen verschillen werknemers significant van de gemiddelde eigen regie op gezondheid. Werknemers in organisatie-onderdeel 2 (een HR afdeling van een grote verzekeraar) en organisatie-onderdeel 5 en 6 (twee lokale banken) nemen meer eigen regie op gezondheid dan gemiddeld het geval is.

Verder blijkt dat opleidingsniveau niets meer toevoegt als rekening wordt gehouden met de bevorderende en/of belemmerende factoren voor een gezonde leeftijd. Maar dat de leeftijd dan juist wel van belang wordt. En geslacht blijft samenhangen met eigen regie: vrouwen nemen meer eigen regie dan mannen op hun gezondheid.

Deze verbanden laten zien dat medewerkers die goed de eigen regie nemen op gezondheid, worden gekenmerkt door het volgende:

- Zij zijn zich meer bewust van het belang om goed voor zichzelf te zorgen om gezond te blijven;
- Zij mogen naar hun gevoel meer: ze vinden dat het goed is om collega's te stimuleren om gezond te zijn;
- Zij willen meer gezond bewegen, eten en ontspannen.
- Zij zijn goed geïnformeerd en weten wat het huidige beleid van de organisatie is met betrekking tot gezondheid.
- Zij kunnen meer qua gezondheid: zijn lichamelijk en geestelijk beter in staat om te werken;
- Zij durven meer en ze zijn proactief.

Discussie

Ons onderzoek ging na welke individuele en organisatorische factoren van invloed zijn op de eigen regie van werknemers op hun gezondheid. Ook onderzochten we of de verbanden samenhangen met de organisaties waar de werknemers uit afkomstig zijn, hun geslacht, leeftijd en opleiding.

Uit het onderzoek blijkt dat in de zeven onderzochte organisatie-onderdelen afkomstig uit de vier organisaties uit de zakelijke dienstverlening gemiddeld 70 tot 75% van de werknemers eigen regie neemt op gezondheid. Daarnaast blijkt dat alle onderzochte individuele factoren samenhangen met de mate waarin werknemers eigen regie nemen op hun gezondheid. Dit zijn: de mate waarin zij dat *kunnen* qua gezondheid; de mate waarin werknemers zich *bewust zijn* van het belang om goed voor zichzelf te zorgen om gezond te blijven; de mate waarin zij gezond *willen* bewegen, eten en ontspannen en de mate waarin zij dat *durven* en *proactief* zijn.

Verder blijkt uit de regressieanalyse dat de volgende organisatorische factoren samen te hangen met de mate waarin werknemers eigen regie nemen op hun gezondheid: de mate waarin de werknemers vinden dat het *goed is* om collega's te stimuleren om gezond en vitaal te zijn (*mogen*) en de mate waarin werknemers zich *geïnformeerd voelen* over het huidige beleid van de organisatie met betrekking tot gezondheid. Alleen de mate dat werknemers vinden dat ze *mogelijkheden krijgen* om aan hun gezondheid te werken binnen hun organisatie blijkt naast de andere factoren geen extra variantie te verklaren. Kennelijk hangt deze factor te sterk samen met de andere factoren zoals geïnformeerd zijn over de geboden moge-

lijkheden om nog een afzonderlijke bijdrage te hebben. Ook komt uit ons onderzoek dat ongeacht de aard van het organisatie-onderdeel waar men werkt, man of vrouw zijn, de leeftijd en het opleidingsniveau, deze verbanden blijven bestaan.

Verder dat vrouwen meer eigen regie nemen dan mannen op hun gezondheid, ook als rekening wordt gehouden met leeftijd en opleiding en alle bevorderende en/of belemmerende factoren.

Tot slot blijkt dat de meeste variantie in eigen regie op gezondheid wordt verklaard door minder tastbare factoren binnen de kwadranten houding en cultuur. Er is een sterk positieve relatie tussen eigen regie en bewust zijn, willen en mogen.

Beperkingen

Een beperking van dit onderzoek is dat er sprake is zelfrapportages, dat wil zeggen dat alle concepten in de huidige studie gemeten zijn bij de werknemers zelf. De gevonden verbanden kunnen daardoor zijn vertekend. Dit heet ook wel mono-method bias (Podsakoff et al, 2003). Voor een deel is dit onvermijdbaar omdat wij geïnteresseerd zijn in de subjectieve beleving van de werknemers zelf. Bijvoorbeeld wij willen weten of de werknemers ervaren dat zij geïnformeerd zijn over het gezondheidsbeleid en niet of HR de werknemers wel of niet informatie hierover heeft verstrekt. Een subjectieve beleving maakt dat zelfs als HR informatie hierover heeft gegeven, de een aangeeft dit wel te weten en de ander in dezelfde organisatie niet. Tegenwoordig wordt daarom ook meer erkend dat voor het meten van dergelijke persoonlijke zaken zelfrapportage het meest geschikte middel is (Conway en Lance , 2010). Desondanks zou een vervolgstudie de zelfrapportages kunnen uitbreiden met het perspectief van andere betrokken partijen, zoals de leidinggevenden en/of HR.

Een tweede beperking is dat ons onderzoek cross-sectioneel van aard is waardoor wij geen causaliteit kunnen bepalen. We hebben de gegevens op één moment in de tijd verzameld, waardoor het niet mogelijk is om bij verbanden aan te geven wat oorzaak en wat gevolg is. Vervolgonderzoek is daarom aan te raden met longitudinale studies met meerdere metingen in de tijd. Hierdoor kan bijvoorbeeld worden nagegaan of het verband tussen eigen regie op gezondheid en kunnen qua gezondheid betekent dat werknemers die lichamelijk en geestelijk beter in staat zijn om te werken, daardoor meer eigen regie nemen op hun gezondheid of dat meer eigen regie nemen op de gezondheid tot gevolg heeft dat men qua gezondheid beter kan werken. Nu kunnen we alleen vaststellen dat er sprake is van een samenhang hiertussen.

Aanbevelingen voor de praktijk

Hieronder gaan we nader in hoe bewust zijn, willen en mogen te vergroten. Dit omdat deze drie factoren het meest van belang zijn in het nemen van eigen regie op de gezondheid. Onze aanbeveling is dus: Doe wat aan die drie factoren, want die blijken het belangrijkste. Dat wil uiteraard niet zeggen dat bijvoorbeeld het verstrekken van informatie over de geboden

maatregelen geen zinvolle besteding van middelen is: het blijkt alleen dat informatievoorziening minder effect heeft.

Bewust zijn

We vinden een positieve correlatie tussen bewust zijn en eigen regie. Daarbij gaat het hier om de mate waarin de medewerkers zich bewust zijn van hun eigen rol voor hun gezondheid. Hoe kan dit bewustzijn vergroot worden? Dit is hier niet direct onderzocht, maar het ligt voor de hand dat dit bewustzijn van de eigen rol bij de eigen gezondheid begint met gezondheidseducatie (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010). Kennen de werknemers de werking van voeding, weten zij wat het belang is van slaap en kennen zij de basisregels die er zijn over goed slapen? Naast deze feitenkennis, laat ons onderzoek zien dat het vervolgens van belang is om die kennis zo goed mogelijk te doen aansluiten bij de eigen beleving, dus om er subjectieve kennis van te maken. Dus geen algemene informatie, maar in gesprek gaan met de individuele werknemer over wat in zijn geval werkt. Wanneer werknemers beter weten dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid en dat dit voor hen van belang is, dan blijken ze meer eigen regie te nemen.

We raden HR daarom aan een combinatie van gezondheidseducatie en individuele beleving in te zetten om de bewustwording op dit gebied te vergroten. Onze data suggereren dat gezondheidsprogramma's (workshops, trainingen, vitaliteitscoaching of diëtistenprogramma's) die niet alleen aandacht schenken aan de feiten maar ook aan de subjectieve beleving, beter bijdragen bij aan het versterken van de eigen regie van werknemers.

Mogen

Medewerkers die het gevoel hebben dat gezond gedrag 'mag' – dat het erbij hoort in hun organisatie om met je gezondheid bezig te zijn – scoren beter op de eigen regie dan medewerkers die niet het idee hebben dat gezondheid onderdeel is van de organisatiecultuur. Wij adviseren organisaties hiermee rekening te houden bij hun keuzes rond hun gezondheidsbeleid. Veel (grotere) organisaties hebben een zorgvuldig samengestelde palet aan gezondheidsactiviteiten, alleen valt de deelnamegraad en het effect ervan vaak tegen (Rongen et al., 2014b). Op basis van de bevindingen is het nodig om de faciliteiten die ingezet worden, onderdeel uit te laten maken van de organisatiecultuur. Met andere woorden: Zorg dat je beschikbare middelen zichtbaar, tastbaar en voelbaar aanwezig zijn op de werkvloer. Dan zijn het niet slechts faciliteiten, maar worden ze onderdeel van "the way we work" en het tastbare bewijs van wat we met elkaar belangrijk vinden. Dat heeft een bewezen positieve relatie met de eigen regie. Er zijn prachtige voorbeelden van organisaties die vitaliteit op die manier in het hart van hun bedrijf hebben geplaatst. Zo heeft Achmea op al haar locaties hoog-laag tafels met deskbikes op hele zichtbare flexibele werkplekken neergezet. Daar wordt dankbaar gebruik van gemaakt én over gesproken. Ook worden

medewerkers steeds verleid om de trap te nemen, waarbij bordjes in het trappenhuis vertellen hoeveel calorieën je al hebt verbrand.

Een andere belangrijke factor in de beleefde organisatiecultuur is uiteraard de leidinggevende. In dit kader denken wij dat het voeren van de dialoog een belangrijke stap is om werknemers te laten ervaren dat de organisatie hun gezondheid serieus neemt, dat de leidinggevenden er oog voor hebben en dat leidinggevenden en HR het initiatief nemen als zij opmerken dat de gezondheid van de werknemer in het geding is.

Willen

Aansluitend bij de bevindingen van Van Scheppingen (2014) vinden wij een positief verband tussen de eigen regie en de intrinsieke motivatie om gezond te bewegen, te eten en te ontspannen. Gezond gedrag lijkt dus vooral “leuk” te moeten zijn. Ons onderzoek toont aan dat als gezond gedrag prettiger en gemakkelijker is dan ongezond gedrag, iedereen hier eerder voor kiest. Bijvoorbeeld wat betreft bewegen betekent dit dat het beter is als mensen ervaren dat bewegen leuk is: leuk voor nu en goed voor later. Dit omdat het nut van bewegen vaak niet direct te behalen is: vandaag gezond bewegen, levert niet morgen een strakker lijf op en moet daarom gezocht worden in het plezier van de activiteit zelf. Het stimuleren van zelfonderzoek om te ontdekken waar werknemers zelf baat zien in gezond gedrag kan een manier zijn om de individuele motivatiefactoren te vergroten.

Tot slot: De paradox

Wij menen dat het vergroten van eigen regie door de werknemers de beste manier is om de gezondheid en vitaliteit te stimuleren. En toch begrijpen we dat leidinggevenden en HR niet helemaal op hun handen willen zitten. Sturen op eigen regie is ogenschijnlijk paradoxaal, maar lijkt goed mogelijk als HR-adviseurs in hun plannen en activiteiten de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer centraal blijven stellen. In het gezondheidsbeleid, in de wijze waarop dienstverleners programma's aanbieden en in alle communicatie-uitingen dienen HR en leidinggevenden, volgens ons, duidelijk te maken dat de werknemer alleen zelf tot de best passende keuze kan komen. Niet omdat de werkgever zich er makkelijk vanaf wil maken, maar omdat HR en leidinggevenden de werknemers zo het beste faciliteren in hun ontwikkeling. Nauta (2011) houdt een pleidooi voor het maken van maatwerkafspraken (zogenaamde i-deals) tussen werknemer en werkgever vanuit de overtuiging dat alleen het individu zelf weet hoe hij optimaal tot zijn recht kan komen. Eigen regie is dan in feite een plicht; over paradox gesproken.

Leeftijd, karakter, persoonlijke geschiedenis, er zijn zeker soms redenen waarom medewerkers niet in beweging komen. En wat dan? Als werknemers zelf aan het stuur staan en zij ervoor kiezen om zich ongezond te gedragen, komt er dan ineens toch dwang om de hoek? Juist in deze weerbarstige dynamiek is het van belang dat werkgever en werknemer zich beide realiseren dat de eigen activiteiten het belangrijkste zijn om

gezondheid te bevorderen. Dan kunnen HR en leidinggevendenden helder uitleggen waarom zij staan voor gezondheid, waarom het van belang is voor individu en organisatie (en maatschappij) om gezond te leven. Vanuit die overtuiging kunnen HR-adviseurs helder maken dat zij veel kunnen doen om werknemers te ondersteunen om in actie te komen om gezond te leven, zonder de verantwoordelijkheid over te nemen. En sterker nog, HR-adviseurs kunnen de werknemers er op wijzen dat het wel in actie komen, werknemers nu veel plezier kan opleveren en op termijn veel resultaat. Eigen regie: leuk voor nu, goed voor later!

SUMMARY

Many organizations face the question what can be done to encourage employees to take control of their own health. This article looks at individual and organizational factors that impact the self-direction of employees of their health. We describe firstly a model that we have developed based on a literature review and secondly the test of this model in an empirical study of more than 1,000 employees from four organizations in business services. The study shows that the awareness of employees of the importance of their own role has the most influence on their self-direction. There are also significant differences among companies in the extent to which employees themselves take control of their health. The article ends with practical implications for HR.

Literatuur

- Ajzen, I. (1991). "The theory of planned behavior". *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2): 179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Bateman, T., & Crant, J. (1993). The proactive component of organizational behavior: A measure and correlates. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 103-118.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Conway, J.M., & Lance, C.E. (2010). What reviewers should expect from authors regarding common method bias in organizational research. *Journal of Business and Psychology*, 25, 325-334. DOI: 10.1007/s10869-010-9181-6.
- De Vries, H. & Mudde, A. (1998). Predicting stage transitions for smoking cessation applying the Attitude – Social influence – Efficacy Model. *Psychology & Health*, 13, 369–385
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior. The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- Littell, J.H. & Girvin, H. (2002). Stages of change: A critique. *Behavior Modification*, 26, 223-272.

- Kraan, K. & Sanders, J. (2016). *Monitor Duurzame Inzetbaarheid. Resultaten 2014, Trends sinds 2010 en Methodologie*. Rapportage voor het Ministerie van SZW. Leiden, TNO.
- Manz, C. (1986). Toward an Expanded Theory of Self-Influence Processes in Organizations. *Academy of Management Review*, 11(3), 585–600.
- Meulenkamp, E. (2015). White paper vitaliteit en duurzame inzetbaarheid. Inspirerende praktijkverhalen. HR Community. Verkregen 24 juni 2016 van http://www.hrzone.nl/images/PDF/Whitepaper_Praktijkverhalen_Vitaliteit_Inzetbaarheid.pdf
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2012). Manifest duurzame inzetbaarheid. Verkregen op 24 juni 2016 van: http://www.duurzameinzetbaarheid.nl/2357/Manifest_100_bedrijven.pdf?v=0
- Nauta, A. (2011). *Tango op de werkvloer. Een nieuwe kijk op arbeidsrelaties*. Assen: Van Gorcum (102-114).
- Neck, C. P. & Houghton, J. D. (2006). Two decades of self-leadership theory and research: Past developments, present trends, and future possibilities. *Journal of Managerial Psychology*, 21(4), 270–295.
- Pol, B. & Swankhuisen, C. (2013). *Nieuwe aanpak in overheidscommunicatie. Mythen, misverstanden en mogelijkheden*. Bussum: Coutinho.
- Prochaska, J.O., DiClemente & Norcross (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Proper, K.I. & Van Mechelen, W. (2005). *Verandering naar gezond gedrag, hoe doen we dat?* In Proper, K.I., Bakker, I., Van Overbeek, K., Bergstra, B., Verheijden, M.W., Hopman-Rock, M. & Van Mechelen, W. (Eds.) *Naar een gericht BRAVO-beleid door bedrijfsartsen*, Amsterdam, Body@Work TNO-VUmc, blz. 7-8.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). *Gezondheid 2.0: U bent aan zet*. Den Haag. Verkregen 30 augustus 2016 van: https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_-_Gezondheid_2.0.pdf
- Rongen, A., Robroek, S.J.W. & Burdorf, A. (2014a). The importance of internal health beliefs for employees' participation in health promotion programs. *Preventive Medicine*, 67 (2014) 330–334
- Rongen, A., Robroek, S.J.W., van Ginkel, W., Lindeboom, D., Altink, B. & Burdorf, A. (2014b). Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: a six-month follow-up study. *BMC Public Health*, 14:573.
- Rongen, A., Robroek S.J., van Lenthe F.J., Burdorf A. (2013). Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(4):406–415.)
- Rosenstock, Irwin (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Behavior*, 2 (4): 328–335. doi:10.1177/109019817400200403
- Seibert, S.E., Crant, J.M., Kraimer, M.L. (1999). Proactive personality and career success. *Journal of Applied Psychology*, 84(3), 416-27.
- Seifert, C.M., Chapman, L.S., Hart, J.K. & Perez, P. (2012). Enhancing Intrinsic Motivation in Health Promotion and Wellness. *The Art of Health Promo-*

- tion, January/February 2012, DOI: 10.4278/ajhp.26.3.tahp.
- Tuomi K., Ilmarinen J., Jahkola M., Katajarinne L. & Tulkki, A. (2006). *Work Ability Index*. First reprint of the 2nd revised edition. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Van Dorssen, P. (2015). *Krachtige zorgprofessionals sturen zichzelf aan*. Symposium Stichting Transvorm: Florerend zelf-leiderschap – Zelf aan het stuur voor vitaliteit, Rosmalen.
- Van Dorssen, P., Van Vuuren, T., Veld, M. (2015). The mediating role of self-leadership between need for job autonomy and sustainable labour participation among healthcare professionals. In: Van Vuuren, T., *Motivating sustainable labour participation by building on self-determination theory*. Symposium organized for the 17th Conference of the European Association of Work and Organizational Psychology (EAWOP), Oslo, Norway, May 20nd-23th 2015.
- Van Scheppingen, A.R. (2014). *Fostering self-regulation in health in organisations*, proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Van Vuuren, T. (2012). Vitaliteitsmanagement: je hoeft niet ziek te zijn om beter te worden! Vergroot de duurzame inzetbaarheid van werknemers door hun vitaliteit, werkvermogen en employability te versterken. *Gedrag & Organisatie*, 25 (4), 400-418.
- Van Vuuren, T. & Marcelissen, F. (2013). Werkvermogen, vitaliteit en employability naar leeftijd en opleiding in het primair onderwijs. *Tijdschrift voor HRM*, 16, 2, 45-62, Van Vliet Uitgevers.
- Van Vuuren, T. & Semeijn, J. (2013). *Een employable personeelsbestand in het Wetenschappelijke Onderwijs: Het vergroten van het loopbaanpotentieel en de arbeidsmarktkansen van medewerkers: Welke maatregelen kunnen daarbij worden benut? Het adviesdeel: Uitkomsten van focusgroepbijeenkomsten bij vier universiteiten*. Onderzoek in opdracht van SoFoKles, Sociaal Fonds voor de Kennissector, Den Haag.
- Van Vuuren, T., Smit, A. & Wolswijk A. (2016) *Daadwerkelijk werk maken van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor duurzame inzetbaarheid in de VVT. Waarom nemen werkgevers én werknemers verantwoordelijkheid voor investeren in duurzame inzetbaarheid?* Onderzoek in opdracht van de Stichting Arbeidsmarkt en Opleidingsbeleid Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (A+O VVT), Heerlen: Loyalis Kennis & Consult.
- Van Vuuren, T., Ybema, J.F., Neessen, P., Marcelissen, F. & Van Dam, K. (2015). *Vitale, gezonde en duurzaam inzetbare werknemers in Limburgse organisaties*. Onderzoeksrapport voor de Provincie Limburg, Open Universiteit, Heerlen.
- WRR (2014). *Met kennis van gedrag beleid maken*. Den Haag/Amsterdam. Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid/ Amsterdam University Press.