

5

GEZONDHEID EN  
VITALITEIT



## HOOFDSTUK 5

# GEZONDHEID EN VITALITEIT

Josje S.E. Dijkers

### Inleiding

In dit hoofdstuk presenteren we de wetenschappelijke en professionele stand van zaken op het gebied van gezondheid en vitaliteit, om hier vervolgens enkele conclusies aan te verbinden die organisaties en professionals op dit gebied verder zouden kunnen helpen. Hiertoe definiëren we – na een meer algemene beschrijving van de maatschappelijke context van en ontwikkelingen rond dit thema – eerst de algemene begrippen gezondheid en vitaliteit, waarna verschillende perspectieven op gezondheidsbeleid worden gepresenteerd. Vervolgens zal worden ingegaan op de signalering en diagnose van gezondheid(srisico's) en verzuim, waarna nog wat specifiekere gekeken wordt naar de gezondheid van specifieke groepen werkenden, zoals oudere werknemers, werkende ouders met jonge kinderen en werkende vrouwen in de overgang. Hierna staan we stil bij verschillende soorten interventies gericht op de versterking van de gezondheid en vitaliteit en voorkoming van ziekte(verzuim) van werknemers en welke inzichten onderzoek naar die interventies heeft opgeleverd. Ook wordt een concrete praktijkcasus rond het opzetten en implementeren van gezondheidsbeleid beschreven. Tot slot wordt de balans tussen theorie en praktijk opgemaakt om hier lessen voor de praktijk uit te kunnen trekken: hoe kunnen gezondheid en vitaliteit van werkenden bevorderd worden? We beginnen dit hoofdstuk met de bespreking van een aantal belangrijke ontwikkelingen.

## 5.1 Maatschappelijke context en ontwikkelingen

Kijkend naar algemene gezondheid in westerse landen doemt een ambigu beeld op. Het aantal mensen met een *fysiek* slechte gezondheid als gevolg van armoede of ziekte is de afgelopen eeuw sterk afgenomen (o.a. Harari, 2016; OECD, 2016). De levensverwachting van burgers in EU-lidstaten is sinds 1990 met meer dan zes jaar gestegen: van 74,2 jaar in 1990 tot 80,9 jaar in 2014 (OECD, 2016). Echter, het percentage burgers met burn-out en depressieklachten – indicatoren van *mentale* gezondheid – neemt geleidelijk toe. In 2014 had bijvoorbeeld een op de zeven Nederlandse werknemers (14 procent) burn-outklachten (NEA, CBS/TNO, 2014). Arbo-ned (2015) signaleerde naar aanleiding van een onderzoek onder één miljoen werknemers een zorgwekkende trend: het aantal werknemers dat uitvalt met een burn-out neemt toe. Stressklachten vormen de belangrijkste oorzaak van (langdurig) verzuim en komen op steeds jongere leeftijd voor. De World Health Organization (WHO) noemt stress niet voor niets de grootste epidemie van de 21ste eeuw. Ook het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) erkent dit probleem door stress op de werkvloer tot beroepsziekte nummer 1 te bombarderen. Het ministerie roept werkgevers en werknemers daarom sinds 2014 op om met elkaar in gesprek te gaan over werkstress in de jaarlijkse Week van de Werkstress.

In onderstaande paragrafen gaan we in op ontwikkelingen die rechtstreeks verband houden met het ontstaan van stress op het werk (paragraaf 5.1.1), enkele relevante demografische ontwikkelingen (paragraaf 5.1.2) en het algemene wettelijk kader ten aanzien van het ondersteunen van gezondheid op het werk (paragraaf 5.1.3).

### 5.1.1 Stressverhogende ontwikkelingen

De ontwikkeling richting een toename van het aantal werkgerelateerde stressklachten ontstaat uiteraard niet in een vacuüm. Technologische ontwikkelingen en veranderend werk zijn hier grotendeels debet aan. Zo schetst het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) in een recente publicatie (Van den Broek, Van Campen, De Haan, Roeters, Turkenburg, & Vermeij, 2016) een toekomstbeeld waarin werk steeds meer verbonden zal raken

met technologie, wat het werk zelf minder plaats- en tijdgebonden maakt. Hiervoor is vaker een hoge scholing vereist, wat de noodzaak van een leven lang leren benadrukt. Ook voorziet het SCP dat een steeds groter deel van de werkenden korte klussen voor wisselende opdrachtgevers zal gaan uitvoeren, waardoor de grenzen tussen werk en andere levensdomeinen verder vervagen en er een groter adaptatievermogen van werkenden wordt gevraagd. In het algemeen brengen deze ontwikkelingen meer onzekerheid met zich mee, vooral voor de groep werkenden die buiten de boot dreigt te vallen door een kwetsbare arbeidspositie of door een gebrek aan hulpbronnen die nodig zijn voor het vergroten van de eigen inzetbaarheid of employability. Deze ontwikkelingen dragen bij aan de toename van stressklachten die risico's meebrengen voor de mentale gezondheid van werkenden.

Een toename van het aantal werkgerelateerde stressklachten heeft gevolgen voor organisaties en werkenden. Voor organisaties brengt verzuim grote kosten met zich mee. 'Een werkgever is nu gemiddeld 242 dagen aan een werknemer met burn-out kwijt. En als je dan weet dat één verzuimdag 250 euro kost, wordt het hoog tijd om stress en psychische klachten vroegtijdig te herkennen en aan te pakken', aldus Catelijne Joling (2016), directeur Research & Development van ArboNed. Hiernaast blijkt met name de vermoeidheid- of uitputtingsdimensie van burn-out samen te hangen met bijvoorbeeld lagere niveaus van werkgerelateerde prestatie (Taris, 2006) en een hoger aantal fouten (Hall, Johnson, Watt, Tsipa, & O'Conner, 2016). Ook op individueel werknemerniveau hangt burn-out samen met allerlei negatieve uitkomsten, zoals fysieke gezondheidsklachten en – op termijn – een hogere kans op arbeidsongeschiktheid (Taris, Houtman, & Schaufeli, 2013).

### **5.1.2 Toename aantal oudere werknemers en langer doorwerken**

Een andere ontwikkeling die consequenties heeft voor de gezondheid van werkenden is dat de bevolking in Nederland steeds ouder wordt, waardoor de zogenoemde 'grijze druk' toeneemt. Oftewel, de verhouding tussen het aantal werkenden en het aantal gepensioneerden verandert. In 2050 is een op de vier Nederlanders ouder dan 65 jaar (Turkenburg & Herweijer, 2016). Door deze demografische ontwikkeling is de gezondheid van oudere werknemers voor veel organisaties een belangrijk thema. Over het alge-

meen neemt de fysieke gezondheid van ouderen af met leeftijd; reactietijden en conditie worden vaak minder (o.a. Baltes, 1997; Warr, 2001). Hoewel het gemiddelde aantal gezondheidsklachten niet verschilt naar opleidingsniveau, geven laagopgeleide oudere werknemers veel vaker aan dat deze klachten hen in het werk belemmeren (55 procent) dan hoogopgeleide oudere werknemers (38 procent; Henkens, Van Solinge, Damman & Dingenans, 2016). De meerderheid van de laagopgeleiden ervaart het werk als lichamelijk zwaar. Middelbaar- en hoogopgeleiden hebben juist vaak last van werkstress. Laagopgeleide ouderen hebben ook een geringere (gezonde) levensverwachting (Rijksoverheid, Volksgezondenzorg.info, 2015). Op de leeftijd van 65 jaar hebben hoogopgeleide personen (over de periode 2011-2014) een drie tot vier jaar hogere levensverwachting dan laagopgeleiden. Het verschil ten aanzien van de gezonde levensverwachting is nog groter, namelijk zes jaar. Laagopgeleide ouderen zijn dus minder gezond en maken korter gebruik van de beschikbare pensioengelden.

Een interessante nieuwe ontwikkeling vormt de steeds groter wordende groep medewerkers die langer (parttime) blijft doorwerken, ook na de pensioengerechtigde leeftijd. Deze medewerkers worden aangeduid als *bridgeworkers* (Gründemann, Veth, & Dikkers, 2017) en deze groep is sinds het begin van deze eeuw verdubbeld, van 6 procent in 2003 tot 12 procent van de pensioengerechtigden in 2015 (Bijlsma & Montizaan, 2016). Hier zijn wel verschillen tussen laag- en hoogopgeleiden. Werkenden met een lage opleiding zijn ruim drie keer vaker gaan doorwerken dan hoogopgeleiden (Steenbeek et al, 2017). Zowel hoog- als laagopgeleiden geven aan door te willen blijven werken, omdat ze het werk leuk vinden. Voor laagopgeleiden blijkt ook de financiële noodzaak een rol te spelen om door te blijven werken, om zo in het levensonderhoud te kunnen voorzien (Steenbeek et al., 2017).

### 5.1.3 Nederlandse wet- en regelgeving gericht op de gezondheid van werkenden

Nederland kent een uitgebreid stelsel aan regels en wetten op het gebied van arbeidsomstandigheden en ziekte. De Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) en de Wet verbetering poortwachter zijn hier voorbeelden van. De Arbowet eist van werkgevers dat zij arbobeleid opstellen en uitvoeren, al dan niet ondersteund door een arbo-coördinator. Van werknemers eist

de wet onder andere dat zij alle veiligheidsinstructies opvolgen, dat zij meewerken aan de uitvoering van het arbobeleid en de werkgever inlichten over opgemerkte gevaren voor de veiligheid en gezondheid in de organisatie. Een concreet voorbeeld van een regeling uit de Arbowet is de Risico Inventarisatie- en Evaluatie (RI&E) die werkgevers moeten (laten) uitvoeren. Door dit onderzoek krijgen werkgevers scherp welke risico's hun werknemers in de werkkuitvoering lopen en waar knelpunten liggen. Hier moet de werkgever uiteraard ook proberen verbetering in aan te brengen. Ook volgens de Wet verbetering poortwachter, die is ingesteld om langdurig ziekteverzuim tegen te gaan, hebben zowel werkgever als werknemer verplichtingen die al in de eerste week van ziekmelding starten. Een voorbeeld hiervan is het gezamenlijk opstellen van een Plan van Aanpak binnen acht weken na ziekmelding of uiterlijk twee weken na de probleemanalyse uitgevoerd door de arbodienst of bedrijfsarts.

Een andere relevante wet in dit kader is de Participatiewet; hierin staan verschillende bepalingen die raakvlakken hebben met gezondheid en welzijn. Iedereen in Nederland die kan werken, maar het op de arbeidsmarkt zonder ondersteuning niet redt, valt onder de Participatiewet. Deze wet moet ervoor zorgen dat meer mensen werk vinden, ook mensen met een arbeidsbeperking. Specifiek voor deze laatste groep is in 2013 in het sociaal akkoord tussen de sociale partners (werkgevers en werknemers) en de overheid afgesproken dat in 2026 bedrijven en de overheid samen 125.000 banen extra moeten hebben gemaakt. Nederlandse werkgevers hebben in 2017 ruimschoots meer banen voor mensen met een arbeidsbeperking gemaakt dan in dit akkoord was afgesproken. Op de route naar die 125.000 banen moesten werkgevers vorig jaar namelijk 33.000 extra banen creëren en dat zijn er bijna 37.000 geworden.

Bij de overheid is de doelstelling echter opnieuw niet gehaald (Rijksoverheid, 2018). Van de nieuw gecreëerde banen zijn er namelijk ruim 30.000 afkomstig uit de private sector; werkgevers in de overheid hebben bijna 6.500 extra banen gecreëerd, terwijl dat er 10.000 hadden moeten zijn om op schema te zitten. Gemeenten ondersteunen werkgevers op verschillende manieren bij het aannemen van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt, onder andere met behulp van loonkostensubsidie; deze regeling compenseert de werkgever voor het verschil tussen de arbeidspro-

ductiviteit van een werknemer (loonwaarde) en het wettelijk minimumloon. Het wettelijk minimumloon gaat namelijk uit van 100 procent arbeidsproductiviteit. Als een werknemer minder dan 100 procent productief is, kan de werkgever dankzij de loonkostensubsidie toch deze minder productieve werknemer in dienst nemen. Recent heeft het kabinet aangegeven de loonkostensubsidie te willen vervangen door loondispensatie. De werkgever hoeft dan alleen te betalen voor wat de werknemer met een arbeidsbeperking kan presteren (de loonwaarde). Als dat lager is dan het minimumloon, krijgt de werknemer als dat nodig is een aanvullende uitkering. Ook kunnen werkgevers een vergoeding krijgen voor aanpassingen aan de werkplek van een werknemer met een handicap, zoals een traplift of een aangepaste bureaustoel. Een laatste voorbeeld van hoe gemeenten werkgevers ondersteunen, bestaat uit het aanbieden of faciliteren van jobcoaches die werknemers met een beperking op de werkplek persoonlijke kunnen begeleiden.

Naast nationale wet- en regelgeving zijn er uiteenlopende regelingen die via een cao per beroepsgroep zijn vastgelegd. We gaan in dit hoofdstuk niet verder in op deze wet- en regelgeving, maar richten ons op verschillende aanpakken die organisaties kunnen inzetten om ziekte te voorkomen en gezondheid en vitaliteit te versterken. Wie meer wil weten over wet- en regelgeving, kan kijken op de website Arboportaal van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. De tekst van de cao's en onderzoek naar welke preventie- en verzuimaanpakregelingen er te vinden zijn in de cao's zijn te vinden op het cao-overzicht van datzelfde ministerie.

Dit stelsel aan regels en wetten heeft maar beperkt invloed op de gezondheid en vitaliteit van werkenden en kan niet snel aangepast worden wanneer door bijvoorbeeld technologische ontwikkelingen werkgerelateerde gezondheidsrisico's toenemen. Het is dan ook aan organisaties en werkenden zelf om hier verantwoordelijkheid in te nemen. Bovendien geloven steeds meer werkgevers dat het investeren in de vitaliteit, gezondheid en werkplezier van werknemers ook kan bijdragen aan een hogere productiviteit nu én in de toekomst. Dit wettelijk kader kan dan ook beschouwd worden als een noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde voor het ondersteunen van gezondheid op het werk.

## 5.2 Gezondheid, vitaliteit en duurzame inzetbaarheid: deels overlappende begrippen

De begrippen gezondheid en vitaliteit worden veel gebruikt, maar betekenen niet precies hetzelfde. Als over de gezondheid en vitaliteit van werknemers wordt gesproken, wordt ook het begrip duurzame inzetbaarheid vaak gebruikt. Gezondheid van de werknemer nu en in de toekomst is naast werkplezier en productiviteit een van de pijlers van duurzame inzetbaarheid. Hieronder wordt op de begrippen gezondheid (paragraaf 5.2.1), vitaliteit (paragraaf 5.2.2) en duurzame inzetbaarheid (paragraaf 5.2.3) ingegaan om duidelijk te maken waarin ze van elkaar verschillen en hoe ze samenhangen.

### 5.2.1 Gezondheid

De WHO (2006, p.1) heeft in 1948 gezondheid gedefinieerd als 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken'. Deze definitie roept vragen op. Wat wordt bijvoorbeeld bedoeld met volledig welzijn? En wat is maatschappelijk welzijn en hoe meet je dat? Vanwege het relatief statische (en voor veel mensen onrealistische) karakter van deze definitie stelden Huber en collega's (2011, p.1) voor om deze om te buigen naar een wat meer dynamisch concept van gezondheid als *'het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven'*. Hiernaast zijn de meeste definities van gezondheid multidimensionaal van aard en maken een onderscheid tussen fysieke, mentale en sociale aspecten van gezondheid. Deze verschillende gezondheidsdimensies zijn gerelateerd aan, maar onafhankelijk van elkaar (Dijkers, De Lange, & Van der Heijden, 2016). Dit betekent dat iemand een fysiek goede gezondheid kan hebben terwijl hij zich tegelijkertijd slecht voelt, en vice versa. Dit is weergegeven in een duaal-procesmodel waarin één route fysieke activiteit aan fysieke gezondheid koppelt (de fysiek-functionele route) en een tweede route mentale activiteit in verband brengt met mentale gezondheid (de psychosociale route). Deze laatste route wordt gekenmerkt door actief (aanpassings)gedrag, waarbij een individu anticipeert of reageert op veranderende omstandigheden of capaciteiten (zie figuur 5.1 voor een visuele weergave van dit model).





**Figuur 5.1** Een duaal-procesmodel van succesvol ouder worden (uit Dikkers et al., 2016)

Een mooi voorbeeld van hoe dit in de praktijk kan werken, is een recente Australische studie onder 130 werknemers (Gunasekara & Zheng, 2018). De onderzoekers vonden dat de mindfulness positief gerelateerd was aan de ervaren engagement oftewel bevlogenheid van de werknemers. Met name degenen die na de mindfulness training verbeterde aandachtvaardigheden hadden en degenen die hierdoor hun huidige realiteit beter konden accepteren, ervoeren hogere niveaus van engagement. Hier dringt zich een duidelijke overeenkomst op met de aangepaste definitie van Huber en collega's die hierboven gegeven is en het uitgangspunt van het duaal-procesmodel dat er – naast de externe 'uitdagingen van het leven' – mogelijk ook situatonele (zoals een mindfulness training) en intra-persoonlijke factoren (zoals veerkracht en acceptatie) zijn die iemands gezondheid kunnen verbeteren.

### 5.2.2 Vitaliteit

Steeds vaker valt ook het begrip vitaliteit wanneer het over de gezondheid van werkenden gaat. Vitaliteit is een begrip dat samenhangt met gezondheid. In hoofdstuk 4 werden vitale mensen al omschreven als mensen die stralen, opgewekt ogen, dingen schijnbaar moeiteloos voor elkaar krijgen, nagenoeg geen klachten hebben, snel herstellen en 's avonds nog energie voor tien hebben (Van Vuuren, 2012). Ryen en Frederich (1997) omschrijven vitaliteit als een positief gevoel van bezieling en energie. Vitaliteit vormt een indicator voor welbevinden en wordt beïnvloed door fysieke factoren (zoals ziek zijn en vermoeidheid), maar ook door psychologische factoren (zoals verliefdheid, een passie hebben of effectief zijn). Het tegenovergestelde van je vitaal voelen, is je uitgeput of depressief voelen, wat een belangrijke rol speelt bij een burn-out.

Anders dan bij het begrip gezondheid gaat het bij vitaliteit expliciet om een positief gevoel. Vitaliteit wordt door Schaufeli en Bakker (2003) – naast toewijding en opgaan in het werk – gezien als een van de drie centrale dimensies van engagement of bevoegenheid. Vitaliteit (vigor) wordt volgens de auteurs gekenmerkt door hoge niveaus van energie en mentale veerkracht tijdens het werk, de bereidheid om zich in te spannen voor het werk en volharding wanneer men geconfronteerd wordt met moeilijkheden of tegenslag. Iemands gezondheid kan verstoord zijn, maar deze persoon kan zich nog steeds vitaal voelen (zie ook figuur 1).

### 5.2.3 Duurzame inzetbaarheid

Zoals aangegeven kent gezondheid fysieke, mentale en sociale aspecten en is vitaliteit een subjectief gevoel van bezieling en energie. Een ander veel gehanteerd begrip waar gezondheid en vitaliteit een belangrijke rol in speelt, is duurzame inzetbaarheid. Zoals beschreven in hoofdstuk 4 betekent duurzame inzetbaarheid de mate waarin iemand zijn huidige en toekomstige werk kan en wil blijven uitvoeren. Van der Klink, Bültmann, Brouwer, Burdorf, Schaufeli, Zijlstra en Van der Wilt (2011, p. 347) vullen daarop aan dat 'medewerkers doorlopend in hun arbeidsleven over daadwerkelijk realiseerbare mogelijkheden alsmede over de voorwaarden [moeten] beschikken om in huidige en toekomstige werk met behoud van gezondheid en welzijn te (blijven) functioneren. Dit impliceert een werkcontext die hen

hiertoe in staat stelt, evenals de attitude en motivatie om deze mogelijkheden daadwerkelijk te benutten.’ Duurzame inzetbaarheid omvat de volgende kenmerken van individuen (Peters, Van der Heijden, Bergers, & Velthuizen, 2016; SER, 2009): hun fysieke en mentale werkvermogen (*werkvermogen*), hun *vitaliteit*, en hun loopbaanpotentieel (*employability*). Hiermee overlapt duurzame inzetbaarheid deels de begrippen gezondheid en vitaliteit zoals hierboven gedefinieerd, maar worden er ook nieuwe aspecten of dimensies geïntroduceerd.

Een veelgebruikt model om *werkvermogen* te omschrijven is het huis van werkvermogen van Ilmarinen (1999) . De basis van dit huis bestaat uit lichamelijke en psychische gezondheid. Op de eerste verdieping bevinden zich de competenties, oftewel de kennis, vaardigheden en gedrag/houding van een werkende die nodig zijn om een taak goed uit te kunnen voeren. De tweede verdieping bestaat uit de sociale en morele normen en waarden van werkenden die de diepere drijfveren van iemand en diens binding met de organisatie definiëren. De derde en bovenste verdieping van het huis bestaat uit de werkomstandigheden en het management van een organisatie. Om het huis heen hebben externe factoren buiten de werkomgeving – zoals familie, vrienden en politieke context – ook een invloed op het werkvermogen. Het achterliggende idee is dat de verschillende verdiepingen van het huis met elkaar in balans moeten blijven; dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer (zie figuur 5.2).



**Figuur 5.2** Visualisatie van het huis van werkvermogen (Ilmarinen, 1999)

*Employability* of inzetbaarheid is het vermogen om wat betreft competenties en arbeidsmarktpositie aan het werk te zijn en te blijven (Van Vuuren & Marcelissen, 2013) en wordt ook uitgebreid beschreven in hoofdstuk 4 over leren en ontwikkelen, en hoofdstuk 7 over oudere werknemers. *Employability* vertoont ook enige overlap met het begrip werkvermogen zoals hierboven beschreven aan de hand van het huis van werkvermogen (de eerste verdieping).

De voorgaande definities laten zien dat gezondheid en vitaliteit geen geïsoleerde fenomenen zijn die zich alleen richten op het ontbreken van fysieke of mentale gebreken, maar veel complexer en veelomvattender zijn en door verschillende factoren beïnvloed worden. Interventies gericht op de gezondheid en vitaliteit van werkenden vragen dus vaak ook een integrale aanpak.

### 5.3 Perspectieven op gezondheidsbeleid

In de theorievorming rond gezondheid en ziekteverzuim is een duidelijke ontwikkeling te zien van meer medische modellen naar gedragsmatige en belasting/belastbaarheidsmodellen. Volgens het medische model leidt ziekte tot verzuim en daarom ligt de focus van verzuimbeheersing op curatie, oftewel het verbeteren van gezondheid. In dit model is een belangrijke rol weggelegd voor medisch specialisten zoals de bedrijfsarts. In dit derde onderdeel wordt eerst ingegaan op het beslissingsmodel (5.3.1) en het belasting/belastbaarheidsmodel (5.3.2) die op een alternatieve wijze kijken naar het ontstaan van verzuim dan het medische model. Hierna gaat paragraaf 5.3.3 in op principes van fit en duurzaam HRM die gezondheidsbeleid in bredere zin voeden, in plaats van alleen verzuim.

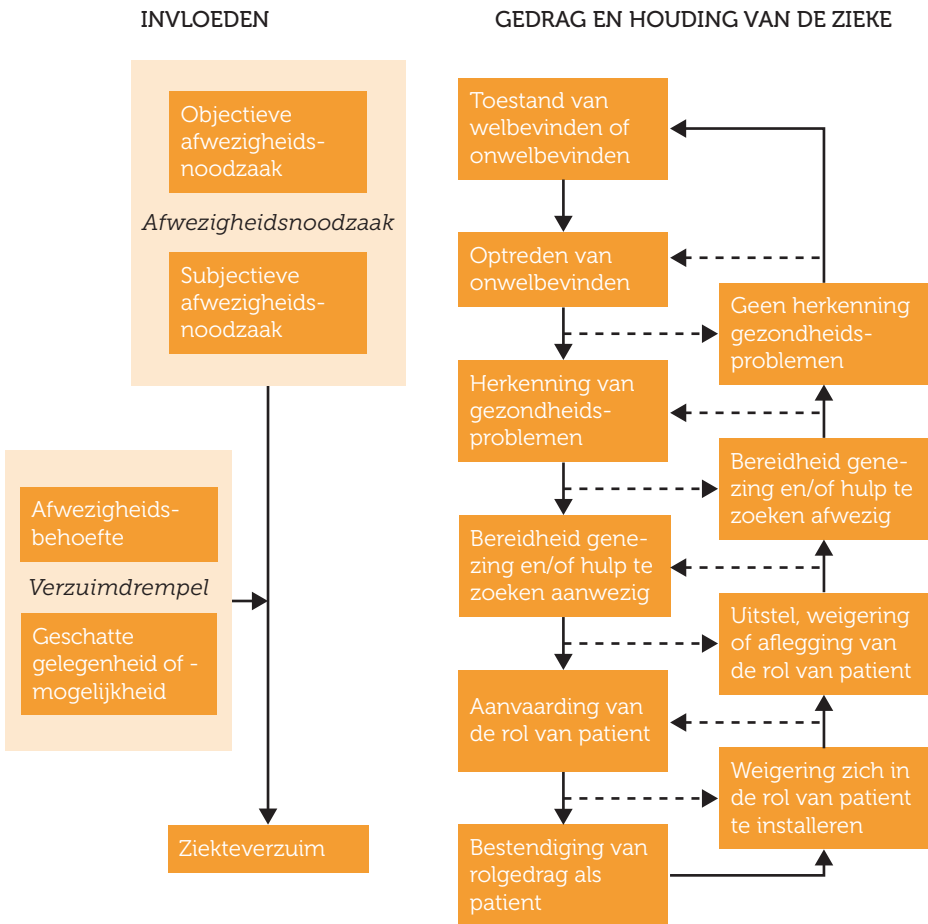
#### 5.3.1 Beslissingsmodel

Gedragsmodellen zien verzuim eerder als een keuzeproces van de werkende, waardoor het belang van goed management of leiderschap meer in de schijnwerpers komt te staan. Factoren zoals de sociale omgeving van een werkende of zijn motivatie om te werken bepalen mede de keuze om te verzuimen of niet. Een bekend gedragsmodel is het beslissingsmodel

van Philipsen (1969). Philipsen stelt dat, wanneer er sprake is van gezondheidsklachten, een werknemer in elke fase van het ziekteproces een bepaalde mate van beslissingsvrijheid heeft om zich al dan niet ziek te melden. Een vaak gehoorde uitspraak binnen organisaties die deze benadering volgen is: 'Ziekte overkomt je, verzuim is een keuze'. Een centrale rol in dit model speelt de verzuimdrempel. Deze bestaat uit twee onderdelen:

- **Verzuimgelegenheid** wordt bepaald door het geheel aan maatregelen die remmend of bevorderend kunnen zijn in de beslissing om al dan niet te verzuimen. Het gaat hier bijvoorbeeld om sancties, onmisbaarheid, wachtdagen, inhouding van een deel van het loon, verzuimcontrole en ziekmeldingsprocedure.
- De **verzuimbehoefte** wordt bepaald door de subjectieve behoefte om al dan niet gebruik te maken van de verzuimgelegenheid. Werktevredenheid en betrokkenheid kunnen hierin bijvoorbeeld een rol spelen.

De gedachte is dat een hogere verzuimdrempel zorgt voor minder verzuim. Dit model wordt vaak aangevuld met de hervattingsdrempel waarin dezelfde onderdelen, gelegenheid en behoefte een rol spelen in de keuze om weer terug te keren naar het werk.



Figuur 5.3 Grafische weergave van het beslissingsmodel (Philipsen, 1969)

### 5.3.2 Belasting/belastbaarheidsmodellen

Belasting/belastbaarheidsmodellen – oorspronkelijk opgesteld door onder ander Vroege (1982) – gaan uit van (het ontbreken van) een balans tussen de belasting die in de vorm van taakeisen aan werkenden worden gesteld en hun vermogen om hiermee om te gaan. Een bekend actueel belasting/belastbaarheidmodel is de *Job Demands-Resources* (JD-R) theorie (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001; Bakker & Demerouti, 2017). Dit model is ook al aan de orde gekomen in hoofdstuk 4. *Job*

*demands* zijn die fysieke, psychologische, sociale of organisatiegerelateerde aspecten van een functie die aanhoudende fysieke en/of psychologische (cognitieve en emotionele) inspanning of vaardigheden vergen en die daardoor gepaard gaan met bepaalde fysiologische en/of psychologische kosten (Bakker & Demerouti, 2007, p. 312). Voorbeelden van *demands* zijn: hoge werkdruk, fysiek ongunstige werkomstandigheden en emotioneel belastende interacties met klanten.

*Job resources* daarentegen zijn die fysieke, psychologische, sociale of organisatiegerelateerde aspecten van een functie die 1) functioneel zijn in het bereiken van werkgerelateerde doelen, 2) *job demands* en de daarmee gepaard gaande fysiologische en psychologische kosten reduceren, en/of 3) persoonlijke groei, leren en ontwikkeling stimuleren (Bakker & Demerouti, 2007, p. 312). Voorbeelden van *job resources* zijn: een hoge mate van autonomie of keuzevrijheid in het vormgeven van de functie en veel instrumentele (hulp bij de uitvoering van iemands werk) of emotionele steun van leidinggevend en collega's. Hoge *job demands* kunnen – indien zij structureel van aard zijn – op termijn tot burn-out leiden. Hoge *job resources* kunnen dit effect verminderen en kunnen op zichzelf ook tot hoge niveaus van engagement in het werk leiden.

Wat recenter heeft Vrijhof (2000) getracht het beslissingsmodel en het belasting-belastbaarheidmodel te integreren. Hij neemt in dit geïntegreerde model ook andere verzuimperspectieven op, zoals het motivatiemodel dat een verband legt tussen verzuim en de motivatie van werknemers. Vrijhof concludeert dat deze modellen apart geen volledige verklaring van verzuim bieden. In zijn geïntegreerde model wordt verzuim opgevat als instrumenteel gedrag gericht op het herstel van de balans tussen belasting (van werk en in het privéleven) en prestatievermogen (van de werknemer). In een normale, gezonde situatie zijn deze twee in evenwicht. Maar als dit evenwicht wordt verbroken, zal de werknemer hierop reageren. Hij kan dit doen door de belasting op het werk of in het privéleven aan te passen – in het uiterste geval leidt dit tot ziekteverzuim.

### 5.3.3 'Fit'-principes voor algemeen gezondheidsbeleid

Een benadering die ook uitgaat van balans, maar verder kijkt dan het voorkomen van ziekte(verzuim) of uitval uit het werkproces, gaat uit van het *fit-principe*, ofwel het *matching principe*. Het bevorderen van welzijn, ook wel amplitie genoemd, is hier eerder het doel (Ouweneel, Schaufeli, & Le Blanc, 2009). Met fit wordt in het algemeen de mate van consistentie (of match) bedoeld tussen enerzijds de eisen of belasting die aan een werknemer worden gesteld en anderzijds de belastbaarheid van die werknemer om hieraan te kunnen voldoen of om hiermee om te kunnen gaan. Hieronder worden verschillende typen fit of match beschreven. In navolging van Edwards (2007) heeft Schaufeli (2010) er twee onderscheiden: 1) Een *demands-abilities fit*, en 2) een *needs-supply fit*. Het eerste type is hierboven al kort aan bod gekomen bij het bespreken van de belasting/belastbaarheid-modellen. Indien iemands mogelijkheden (*abilities*) aansluiten bij de eisen (*demands*) die aan hem worden gesteld in het werk, is er sprake van *demands-abilities fit*. Het tweede type fit gaat ervan uit dat er in meer of mindere sprake is van een aansluiting tussen behoeften (*needs*) van een werkende – zoals iemands ontwikkelingsbehoefte – en het aanbod (*supply*) dat diens werkomgeving (zoals opleidingsmogelijkheden) biedt. Indien iemand bij het werk past, is er sprake van beide typen fit, met gunstige gevolgen voor gezondheid, welbevinden en arbeidsprestatie (o.a. Edwards, 2007).

Kristof-Brown en collega's (2005) maken met betrekking tot de fit tussen een persoon en diens werkomgeving een ander onderscheid, namelijk tussen de volgende typen *fit*: 1) *person-job fit*, oftewel de mate waarin iemand bij zijn functie past, 2) *person-organization fit*, de mate waarin een persoon bij de organisatie past, 3) *person-group fit*, de mate waarin iemand bij collega's past, en 4) *person-supervisor fit*, oftewel de mate waarin een persoon en diens leidinggevende bij elkaar passen. Volgens De Lange (2014) is fit een te statisch begrip gezien de huidige dynamische werkomgeving, de verdergaande digitalisering van werk en de noodzaak van *lifetime employability*. Zij ziet duurzame inzetbaarheid daarom als een constante wisselwerking tussen de verschillende stakeholders of actoren in een organisatie: werkende, HR, werkgever en organisatiecontext. Op deze integrale samenwerking wordt in de laatste paragraaf van dit deel verder ingegaan.



### 5.3.4 Principes van duurzaam HRM

Het laatste thema in dit hoofdstukonderdeel handelt over de versterking van gezonde, vitale en duurzaam inzetbare werkenden aan de hand van de drie P's van duurzaamheid (*People, Planet en Profit*) en dan in het bijzonder de 'P' van *People*. Ten aanzien van *duurzaam HRM* wordt dit wel vertaald naar 'Respect, Openheid en Continuïteit' (zie De Lange, 2014 en De Prins, De Vos, Van Beirendonck, & Segers, 2015):

- R staat voor respect voor álle werknemers.
- O staat voor het bewustzijn van de wederzijdse afhankelijkheidsrelatie tussen de organisatie en haar omgeving. Ze beïnvloeden elkaar en zijn onderling afhankelijk. De omgeving heeft de organisatie nodig, omdat deze goederen en diensten en werkgelegenheid biedt. De organisatie heeft de hulpbronnen (arbeid, kennis, steun en samenwerking) en maatschappelijke goedkeuring van de omgeving nodig. Stakeholders zullen hun beleid en handelen daarom altijd moeten afstemmen op de omgeving.
- C staat voor het langetermijnperspectief, met oog voor continuïteit. Voor het voortbestaan van organisaties is zowel het in stand houden van economische als sociale hulpbronnen (waaronder het menselijk kapitaal en de relaties met andere samenwerkingspartners) essentieel.

Zoals uit bovengenoemde definities en modellen blijkt is een goede gezondheid een belangrijke basisvoorwaarde (het 'fundament' van het huis) om aan de arbeidsmarkt te kunnen deelnemen. Preventie van ziekte en het bevorderen van welzijn zijn daarom niet alleen van belang voor werkenden, maar ook voor organisaties en de bredere maatschappelijke omgeving (SER, 2009). Zoals ook in de inleiding is aangehaald, is het van groot sociaal-economisch belang dat alle actoren die daartoe in staat zijn, bijdragen aan preventie van ziekte of aandoeningen en het bevorderen van het welbevinden van werkenden. In het volgende deel gaan we hier verder op in aan de hand van interventies die ziekte(verzuim) voorkomen en gericht zijn op het bevorderen van positieve gezondheidsuitkomsten.

## 5.4 Interventies

In dit deel behandelen we interventies die organisaties kunnen inzetten om gezondheid en vitaliteit te versterken en ziekteverzuim te voorkomen, en kijken we naar wat onderzoek aantoont over de effectiviteit van deze interventies. We gaan eerst nog wat dieper in op de signalering en diagnose van gezondheid(srisico's) en ziekteverzuim (5.4.1) en op specifieke groepen werkenden met een hoger gezondheidsrisico (5.4.2), voordat we mogelijke interventies presenteren (5.4.3).

### 5.4.1 Signalering en diagnose van verzuim, gezondheid(srisico's) en vitaliteit

Om tijdig te kunnen reageren op gezondheidsrisico's en te kunnen bepalen of en welke interventies passend zijn, is het van groot belang om te signaleren en te diagnosticeren hoe het in de organisatie staat met de gezondheid, vitaliteit en het verzuim van werknemers.

#### *Verzuimanalyse*

Het is in de meeste organisaties gebruikelijk om regelmatig verzuimanalyses te doen. Om inzicht te hebben in verzuim is een aantal basis verzuimcijfers van belang:

- Verzuimpercentage
- Verzuimduur
- Meldingspercentage
- Gegevens over nulverzuim (wanneer een bonus gekoppeld wordt aan nulverzuim)
- Referentiecijfers om de eigen cijfers mee te vergelijken.

Een bekende en veel gehanteerde referentienorm voor verzuim is de Verbaannorm (Verbaan, 2004). Een belangrijk uitgangspunt van deze norm is dat leeftijd en opleidingsniveau de belangrijkste determinanten van verzuim zijn. Deze factoren zijn niet beïnvloedbaar. Op basis van combinaties van opleidingsniveau en leeftijd heeft Verbaan verschillende verzuimpercentages berekend. Alles wat boven de norm uitkomt, is volgens deze benadering beïnvloedbaar verzuim. De Verbaannorm is een globale indi-

catie voor het laagst haalbare verzuimpercentage per combinatie van leeftijdscategorie met opleidingsniveau, en wordt daarmee gebruikt om een globale indicatie te krijgen van het laagst haalbare verzuimpercentage. Als ankerpunt om verschillende combinaties van leeftijd en opleidingsniveau tegen af te zetten, hanteert Verbaan een verzuimpercentage voor Nederland dat sinds de ontwikkeling in een aantal keer is herijkt. In 2004 werd deze herijkt op 4,3 procent. Dit is echter geen wetenschappelijk onderbouwde norm, maar meer een gevoelsmatige norm gebaseerd op de vraag aan 150 hoofden P&O en directeuren uit de profit en non-profit wat zij een haalbaar verzuimniveau (normaal acceptabel voor hun organisatie) vinden (Verbaan 2004). Betere referentiecijfers zijn die van de branche, die van een andere periode (bijvoorbeeld een jaar eerder), of internationaal. Bij de keuze van referentiecijfers moet wel worden opgelet of deze cijfers op dezelfde manier zijn berekend.

Vervolgens wordt gekeken naar de achtergronden van deze cijfers (individuele factoren of factoren op organisatieniveau). Verder is het van belang om regelmatig het huidige verzuimbeleid te analyseren: welke interventies worden al ingezet om verzuim te voorkomen of te verkorten?

### *Work Ability Index*

De Work Ability Index (WAI; Tuomi, Huuhtanen, Nykyri, & Illmarinen, 2001) is een vragenlijst die gebaseerd is op het eerder in dit hoofdstuk beschreven 'huis van werkvermogen'. Deze vragenlijst meet het werkvermogen van werknemers in hun functie aan de hand van vijf centrale werkgebieden (zie kader 5.1 hieronder), waarvan een werkende zelf een inschatting maakt. Op basis van de antwoorden wordt een score berekend; hoe hoger deze is, hoe beter het werkvermogen. Kwaliteitsorganisatie Blik op Werk neemt deze index landelijk af en heeft hierdoor normgegevens op sectorniveau tot haar beschikking, zodat individuele organisaties het werkvermogen van hun werknemers kunnen afzetten tegen sectorscores. Hierdoor krijgen organisaties en HR-adviseurs inzicht in mogelijke risico's of ontwikkelpunten ten aanzien van de verschillende onderdelen van werkvermogen zoals voorgesteld in het 'huis van werkvermogen'. In dit opzicht is de WAI een preventieve signaleringstool voor gezondheid en werkvermogen.

### **Kader 5.1** De vijf hoofdgebieden van de WAI (Tuomi et al., 2001)

1. Werk- en persoonskenmerken: Wat is iemands motivatie om te werken?
2. Lichamelijke en geestelijke werkeisen: Hoe zien iemands werk-omstandigheden eruit?
3. Gezondheidstoestand: Wat zijn iemands functionele capaciteiten?
4. Vitaliteit: Hoe fit voelt iemand zich?
5. Prestatievermogen: Hoeveel vaardigheden heeft iemand?

### *Overige analyses*

Naast een verzuimanalyse en de WAI zijn er nog andere manieren om beter inzicht te krijgen in de gezondheid en vitaliteit van werknemers. Zo zijn er ook vaak vragen opgenomen over gezondheidsbeïnvloedende factoren in medewerkertevredenheidsonderzoeken en geven RI&E's daar ook inzicht in. Een werkgever kan er ook voor kiezen om werknemers gezondheidsonderzoeken aan te bieden waarover hij (geanonimiseerd) een analyse kan maken. Voorbeelden hiervan komen verderop nog aan bod bij de interventies.

### **5.4.2. Gezondheid van specifieke groepen werkenden**

In deze paragraaf gaan we in op drie groepen werkenden met een hoger risico op gezondheidsklachten: werkende ouders van jonge kinderen, werkende vrouwen in de overgang en oudere werkenden.

### *Werkende ouders van jonge kinderen*

Werk-privébalans is een thema waar de afgelopen decennia veel onderzoek naar is gedaan en waar steeds meer organisaties en werkenden oplossingen voor zoeken. Een integrale definitie van werk-privébalans is de volgende (Geurts et al., 2005, p. 322): 'Een proces waarin het functioneren (gedrag) van een werkende in één domein (bijvoorbeeld thuis) beïnvloed wordt door (negatieve of positieve) belasting uit een ander domein

(bijvoorbeeld werk).’ In deze definitie zit impliciet een onderscheid tussen vier verschillende invloeden tussen werk en privéleven:

- Negatieve invloed van werk op privéleven. Dit kan bijvoorbeeld ontstaan wanneer een werknemer aan het eind van een werkdag nog niet klaar is met het werk en hierdoor thuis moet overwerken.
- Negatieve invloed van privéleven op werk. Een voorbeeld hiervan is het onverwacht moeten thuisblijven voor een ziek kind.
- Positieve invloed van werk op privéleven. Als een werknemer een project op het werk goed heeft afgerond, geeft dit meer energie om klussen thuis op te kunnen pakken.
- Positieve invloed van privéleven op werk. Dit kan bijvoorbeeld ontstaan wanneer een werknemer thuis nieuwe vaardigheden leert (bijvoorbeeld time management door een druk gezin) en die vervolgens ook in de werkcontext kan toepassen.

Meerdere overzichtsstudies laten zien dat negatieve invloeden of conflicten tussen werk en privéleven eerder op het werk dan thuis ontstaan. Dit blijkt ook elke keer uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) die jaarlijks door TNO wordt uitgezet. Dit betekent dat interventies gericht op het verminderen van werk-privéconflicten eerder in de werksituatie moeten worden geïmplementeerd dan in de thuissituatie.

Als het gaat om groepen werkenden die een relatief hoger risico lopen op het ervaren van werk-privéconflicten, dan wijzen overzichtsstudies (Byron, 2005; Eby *et al.*, 2005; Michel *et al.*, 2010) vaak op ouders met jongere kinderen van 0-4 jaar. In deze levensfase zijn er relatief veel zorgtaken en gaan kinderen nog niet naar de basisschool. Overigens vindt de overzichtsstudie van Byron (2005) een sterker verband tussen de leeftijd van kinderen met werk-privéconflict dan de studie van Michel en collega’s (2010). Sekseverschillen worden in sommige studies wel gevonden en in andere niet; het is dus niet eenduidig vast te stellen of vrouwen meer conflicten tussen werk en privéleven ervaren dan mannen, of vice versa.

### ***Werkende vrouwen in de overgang***

De menopauze wordt gezien als een negatieve verandering in het leven van vrouwen. Volgens Dillaway (2005) hangen de negatieve lichamelijke

veranderingen als gevolg van de menopauze sterk samen met culturele beelden over vrouwen(lichamen). Schoonheid wordt geassocieerd met jonge vrouwelijke lichamen, iets wat een menopausaal lichaam per definitie niet meer is. Het biomedische perspectief op de menopauze legt het accent op de negatieve verandering bij vrouwen en richt zich op de biologische/lichamelijke veranderingen bij vrouwen. Daarbinnen is weinig aandacht voor de ervaringen van vrouwen en hoe zij omgaan met de overgang, laat staan voor de ervaringen van werkende vrouwen in de overgang (Jack *et al.*, 2016).

De overgang speelt zich ongeveer tussen het 40e en 55e levensjaar af, een periode waarin vrouwen tegenwoordig nog volop aan het werk zijn. De overgang gaat onder meer gepaard met overmatig zweten, opvliegers, nachtelijk transpireren, stemmingswisselingen en vergeetachtigheid. Sommige vrouwen ervaren zelfs ernstige depressieve klachten gedurende de overgang als gevolg van de veranderende hormonenhuishouding. Hoe vrouwen de overgang ervaren, loopt sterk uiteen; hun klachten hebben effect op het werk (zie Griffiths *et al.*, 2010). Vrouwen maken dit echter nauwelijks bespreekbaar, omdat zij bang zijn dat er lacherig over hun klachten wordt gedaan. Maar ook willen zij niet als zwak of oud worden gezien, wat gevolgen kan hebben voor hun carrièremogelijkheden.

Organisatiestudies laten zien hoe de *body at work*, oftewel het (vrouwen) lichaam in werkcontext, een plek voor zelfdiscipline, een arena voor politieke en organisatorische controle is geworden (Wendt, in Putnam en Bochantim, 2009: 59). Dit houdt in dat het vrouwenlichaam aan allerlei normatieve managementpraktijken moet voldoen en gevormd moet worden naar een lichaam dat past binnen de kaders van de werkvloer. Deze controle en zelfdiscipline heeft gevolgen voor vrouwen in de overgang, omdat vrouwen de 'klachten' van de overgang niet altijd kunnen beheersen en/of managen. Putnam en Bochantim (2009) stellen dan ook dat organisaties door controle/zelfdisciplinerende betekenis geven aan lichamen. Daarom is interessant om te weten hoe deze controle op de werkvloer ontstaat en hoe werkende vrouwen in de overgang hiermee omgaan. Het lectoraat Organiseren van Verandering in het Publieke Domein (Hogeschool Utrecht) doet daarom in samenwerking met onderzoekers van de

Universiteit van Amsterdam en de Universiteit Utrecht momenteel onderzoek naar deze specifieke groep werkkenden.

### *Oudere werkkenden*

Hoewel fysieke gezondheid over het algemeen (en sterker voor laagopgeleiden) afneemt met leeftijd, hoeft iemands mentale gezondheid niet per definitie af te nemen. In dit verband is het onderscheid tussen twee typen intelligentie van belang. Het eerste type (fluïde intelligentie genoemd) geeft iemands mentale flexibiliteit weer, zoals het vermogen om nieuwe problemen op te lossen; het tweede type (gekrystalliseerde intelligentie) reflecteert iemands ervaring, kennis en vaardigheden. Over het algemeen neemt het eerste type af en het tweede juist toe met leeftijd. Dikkers, De Lange en Van der Heijden (2017) hebben het in deze context over 'succesvol ouder worden'. Dit begrip omvat zowel de fysieke (gebrek aan ziekte, fysiek gezond zijn) als mentale (mentaal welzijn, positief zelfbeeld) gezondheid. Door de eigen, psychologische hulpbronnen te maximaliseren, kan iemand actief en succesvol ouder worden. Voorbeelden van deze hulpbronnen zijn een proactieve houding, veerkracht en het opzoeken van nieuwe situaties of uitdagingen. In hoofdstuk 7 wordt er verder ingegaan op HR-beleid voor oudere werknemers.

### **5.4.3** Interventies ter voorkoming van ziekte en bevordering van welzijn

Interventies die organisaties inzetten, zijn te onderscheiden naar hun focus op de **curatieve behandeling** van ziekte, **preventie** van ziekte en **versterken/vergroten van gezond gedrag**. In de arbeidsgezondheidspsychologie zien we verschuiving van een focus op negatieve werkstressklachten, curatie en preventie, naar een focus op positieve gezondheidsindicatoren (Ouweneel *et al.*, 2009).

In eerste instantie lag de nadruk van gezondheidsbeleid uitsluitend op genezing van ziekte of aandoeningen. De doelgroep van deze aanpak bestaat daarom uit zieke werknemers met daarin een duidelijke professionele rol voor medisch specialisten.

*Preventie* is er in drie smaken: tertiaire (beperken van de schadelijke gevolgen van ziekte of aandoeningen), secundaire (versterken van het probleemoplossend vermogen van werkenden) en primaire (reduceren van psychosociale risicofactoren in het werk) preventie. Bij primaire preventie bestaat de doelgroep uit *alle* werkenden.

Tot slot ligt bij *amplitie* de nadruk op het bevorderen van het welzijn van alle werknemers. Hier zijn niet alleen medisch specialisten, psychologen of coaches bij betrokken, maar ook HRM-afdelingen en het management van een organisatie. In dit deel kijken we naar wat uit onderzoek bekend is over belangrijke factoren en elementen om rekening mee te houden bij ziektevoorkomende en gezondheid- of welzijnbevorderende aanpakken. Ook zullen er concrete interventies worden benoemd.

### ***Op maat gesneden interventies werken het beste***

Maatwerk is de kern van effectieve gezondheid of welzijn bevorderende interventies. Bij de keuze voor een aanpak is het van belang dat deze aansluit bij de organisatiecontext. Het maatwerk waar het hier om gaat, betreft een wat lager abstractieniveau, namelijk aansluiting bij de belevingswereld van de individuele werknemer.

In *idiosyncratic deals* (i-deals) onderhandelen werknemers met hun werkgever over hun werkomstandigheden, zoals werktijden en opleidingsmogelijkheden (Hornung *et al.*, 2010; Nauta & Blokland, 2007). Door deze deals te sluiten, krijgen werknemers meer controle over de inrichting van hun werk; in lijn met de eerder genoemde belasting/belastbaarheidsmodellen is dit gunstig voor hun belastbaarheid en kan het hun belasting zelfs reduceren. *Job crafting* behelst de fysieke en cognitieve veranderingen die individuen maken binnen de grenzen van hun taken of relaties (Dorenbosch, 2013; Wrzesniewski & Dutton, 2001). Fysieke veranderingen zijn veranderingen in de vorm, het bereik van, of in het aantal functiegerelateerde taken die iemand uitvoert. Cognitieve veranderingen hebben betrekking op het aanpassen van hoe iemand zijn werk ziet (een aanpassing dus die in iemands hoofd plaatsvindt). Ook door *job crafting* kunnen taakeisen of belasting verminderd (en hulpbronnen uitgebreid) worden, wat op den duur tot een betere gezondheid kan leiden.



Een werkwijze waarbij maatwerk centraal staat, is ook de *Werkdruk Wegwijzer* van TNO (website TNO, 2018). Hierin wordt het volgende stappenplan voorgesteld als een organisatie de werkdruk van haar werknemers wil aanpakken:

1. Is er sprake van werkdruk?
2. Weet je waar de werkdruk door komt?
3. Wat kun je aan werkdruk doen?
4. Aan de slag!
5. Heeft je aanpak succes?

De eerste stap is bedoeld om aan de hand van gesprekken met belangrijke sleutelfiguren oftewel stakeholders na te gaan of er überhaupt werkdruk wordt ervaren en – zo ja – in welke teams of afdelingen. Als dit het geval blijkt te zijn, dan bestaat de volgende stap uit het onderzoeken van mogelijke oorzaken van deze werkdruk. In stap 3 worden eerst een veelvoud aan mogelijke interventies verzameld, waarna een keuze wordt gemaakt op basis van de mate waarin de interventies aansluiten bij de eerder gevonden oorzaken van werkdruk (zie kader 5.2 voor concrete tips voor interventies). In stap 4 worden deze interventies geïmplementeerd en in stap 5 wordt geëvalueerd of deze effect hebben gehad. Voor een echt goede evaluatie is het overigens wel nodig dat al voorafgaand aan het implementeren van de geselecteerde interventies voormetingen naar werkdruk worden uitgevoerd. Door een dergelijke ‘baseline’ meting te vergelijken met een nameting die tijdens en/of na afloop van de implementatie wordt afgenomen, is vast te stellen of de werkdruk daadwerkelijk is afgenomen.

### Kader 5.2 Concrete interventietips

Kijk voor concrete interventies die werkdruk of stress gerelateerde klachten kunnen reduceren in de volgende databanken:

- De *arbocatalogi*, voor praktische oplossingsgidsen op brancheniveau.
- De *digitale kaartenbak* van de Stichting van de Arbeid met oplossingen voor veelvoorkomende knelpunten op het gebied van werkstress.

### ***Specifieke aandacht voor stressmanagement kan het risico op mentale gezondheidsproblemen zoals angst en depressie verlagen***

Uit een meta-analyse van onderzoeken naar de relatie tussen werkeigenschappen en mentale gezondheidsproblemen kwam naar voren dat vooral een combinatie van hoge werkeisen en weinig autonomie en een ervaren onbalans tussen inspanning en beloning het risico op mentale gezondheidsproblemen zoals angst en depressie verhogen (Stansfeld & Candy, 2006). Op basis van deze meta-analyse heeft het platform Science for work (Evans, 2016) drie adviezen;

1. monitor stress in de organisatie door bijvoorbeeld alert te zijn op verzuimcijfers en op de antwoorden op vragen in medewerkertevredenheidsonderzoeken die betrekking hebben op de gezondheid.
2. Maak (kleine) aanpassingen om risico's te verlagen. Soms is het niet mogelijk om het werk zelf minder stressvol of zwaar te maken – denk bijvoorbeeld aan rechercheurs die zich bezighouden met de opsporing van kinderporno. Belangrijk is dan dat je zorgt dat werknemers zich voldoende gewaardeerd voelen en voldoende steun ervaren van collega's en leidinggevende.
3. Ontwikkel een cultuur van stressmanagement. Het gaat dan vooral om een integrale en goed doordachte aanpak. De *Werkdruk Wegwijzer* van TNO zoals hierboven beschreven, is een voorbeeld van zo'n aanpak.

### ***Interventies die medewerkers controle geven over hun werk en werktijden helpen het risico op mentale gezondheidsproblemen te verlagen***

Dit blijkt uit een systematische analyse van onderzoeken gericht op de effectiviteit van gezondheidsinterventies (Joyce et al., 2016). Voorbeelden hiervan zijn zelfroostering, het mogelijk maken om (tijdelijk) minder te werken en de hierboven aangestipte voorbeelden van *job crafting* en *I-deals*. Uit een meta-analyse (Darr & Johns, 2008) blijkt dat niet-werkgerelateerde factoren vaker dan werkgerelateerde factoren samenhangen met verzuim. Het gaat dan om gezondheidsproblemen en oorzaken van verzuim die in de privésfeer liggen, zoals het verlenen van mantelzorg of schuldenproblematiek. Het loont om medewerkers flexibiliteit te bieden in het werk om met dit soort belastende factoren om te kunnen gaan.

### *Prikkels en sancties ter voorkoming van verzuim kunnen in bepaalde gevallen helpen*

Verzuimprikkels beïnvloeden de verzuimgelegenheid en verhogen daarmee de verzuimdrempel. Ook kunnen ze invloed hebben op de hervattingsdrempel en daarmee op de duur van het verzuim. Uit Nederlands en buitenlands onderzoek blijkt dat prikkels en sancties in sommige gevallen effectief kunnen zijn om verzuim te verlagen, maar in de praktijk soms geen, hele kleine of negatieve effecten hebben (Andriessen, Van Vuuren en Smulders, 2004). Zo kunnen ze kort frequent verzuim verlagen, maar tegelijkertijd langdurig verzuim verhogen, omdat de prikkels ook drempelverhogend werken bij geoorloofd verzuim. Werknemers worden dan geprikkeld te blijven werken terwijl ze eigenlijk ziek zijn. Het risico is dan dat ze uiteindelijk langer uitvallen als ze zich uiteindelijk ziek melden. Ook kunnen ze intern verzuim verhogen. Hierbij zijn werknemers wel aanwezig, maar minder productief. Daarnaast kan een maatregel negatieve bijeffecten hebben op het werkproces in de organisatie. Zo kunnen er bijvoorbeeld gevolgen zijn voor de kwaliteit van de samenwerking, de bespreekbaarheid van verzuim en de werksfeer.

Prikkels en sancties werken alleen bij grijs verzuim. Deze term wordt gebruikt voor een ziekmelding waarvan de legitimiteit twijfelachtig is. Bijvoorbeeld wanneer de aanleiding van de ziekmelding wel gegrond was, zoals griep, maar de duur niet. De werknemer is eigenlijk beter, maar blijft nog een paar extra dagen thuis. Een ander voorbeeld van grijs verzuim is wanneer een werknemer zich ziek meldt terwijl zijn kind ziek is of wegens privéomstandigheden. Grijs verzuim zit tussen wit verzuim (de werknemer is echt ziek) en zwart verzuim (de werknemer heeft geen goede reden voor verzuim) in.

Prikkels en sancties zijn bovendien alleen effectief bij een integraal verzuimbeleid waarbij ook aandacht is voor verzuimpreventie en begeleiding tijdens het ziekteproces. In kader 5.3 is een overzicht opgenomen van soorten prikkels.

### Kader 5.3 Soorten prikkels

#### Financiële prikkels

- Aanwezigheidspremie (bonus bij geen of laag verzuim).
- Prestatiebeloning of winstdeling waarbij aanwezigheid een van de criteria is.
- Salarisverhoging afhankelijk van het verzuim.
- Bijdrage in de bedrijfsspaarregeling naar rato van de aanwezigheid.
- Bonus voor leidinggevende die een laag of lager verzuim realiseert in zijn team.
- Extra teambudget (voor formatie, arbozaken of teamuitjes) voor leidinggevende of team met een laag verzuim.
- Een bonus of extra teambudget voor een leidinggevende die bepaalde taken in het verzuimbeleid (verzuimgesprekken, herplaatsing) goed uitvoert.
- Minder dan 100 procent loondoorbetaling bij verzuim.

#### Prikkels met vrije dagen

- Extra vrije dagen bij een goede aanwezigheid.
- Mogen opnemen van vrije dagen bij ziekte om toch een aanwezigheidspremie te kunnen krijgen.
- Wachtdagen bij verzuim (de eerste één of twee dagen per verzuimgeval worden niet uitbetaald).

#### Prikkels gekoppeld aan het dienstverband

- Omzetten van tijdelijk naar vast dienstverband, promotie of demotie is mede afhankelijk van het verzuim.
- Waarschuwingen en uiteindelijk ontslag bij voortdurend frequent verzuim.
- Salarisverhoging is (deels) afhankelijk van verzuim.
- Overplaatsing naar een financieel minder aantrekkelijk dienstrooster bij een hoog verzuim.

#### Beloning in natura en overige prikkels

- Cadeaus, zoals (het verloten van) een vakantiereis.

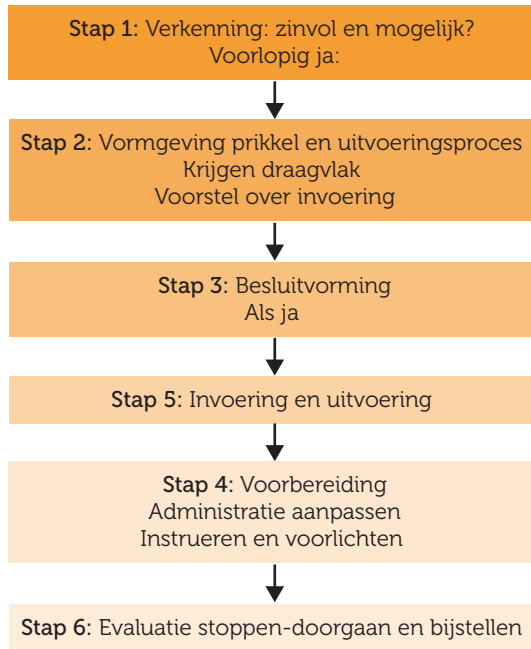
- Een beloning naar eigen keuze voor een team dat erin slaagt de arbeidsomstandigheden te verbeteren (indirect effect op verzuim).
- Schenking aan een goed doel.

Uit: Andriessen, Van Vuuren en Smulders (2004)

Financiële sancties zijn in Nederland maar beperkt mogelijk, omdat de wetgever ervoor gezorgd heeft dat de financiële positie van de zieke werkende niet snel kan worden aangetast. Ook worden in sommige cao's beperkingen gesteld aan de mogelijkheden die de Nederlandse wetgeving biedt aan bijvoorbeeld het instellen van wachtdagen en het niet volledig doorbetalen van loon bij ziekte. Onderzoek laat overigens zien dat werkgevers vaak het effect van negatieve sancties overschatten en dat positieve prikkels beter werken dan negatieve. Op het gebied van positieve prikkels, ofwel het belonen van aanwezigheid of het zo kort mogelijk ziek zijn, is meer mogelijk. Of prikkels en sancties effectief zijn hangt af van:

1. de verzuimanalyse (verzuim, verzuimbeleid, kosten-batenanalyse, randvoorwaarden toetsen) en of het realistisch is om het verzuim te verlagen (een verzuimpercentage dat bijvoorbeeld al laag is, is moeilijk verder te verlagen);
2. of er al een duidelijk geïntegreerd verzuimbeleid is waar deze prikkels onderdeel van kunnen worden;
3. de houding van werknemers ten aanzien van de maatregelen (prikkels en sancties zijn bijvoorbeeld minder effectief als ze als oneerlijk worden beschouwd);
4. of de baten groter zijn dan de kosten (denk ook aan indirecte kosten als administratiekosten);
5. een goede evaluatie van het verloop van het uitvoeringsproces, de effecten op het verzuim en het arbeidsproces, eventuele bijeffecten, de kosten/baten en of de maatregel voldoet aan de verwachtingen van betrokkenen.

In figuur 5.4 zijn de stappen te vinden die Andriessen, Van Vuuren en Smulders (2004) voorstellen bij de keuze tot en invoering van verzuimprikkels.



**Figuur 5.4** Stappenplan van Andriessen en collega's (2004) bij besluitvorming rond invoeren van verzuimprikkel

***Teaminterventies zijn vaak effectiever dan individuele interventies.***

Als de gezondheid van een enkele individuele medewerker bevorderd dient te worden, dan gaat dit uiteraard niet op, maar als een organisatie een probleem op het gebied van gezondheid of welbevinden heeft, dan betreft dit vaak een grotere groep. In zulke gevallen blijken aanpakken die alle betreffende personen er van meet af aan bij betrekken werkzamer dan een aanpak die een enkele werknemer verder helpt. Uit studies van Correll en collega's (2014) en Kelly en Moen (2013) blijkt dat een dergelijke aanpak effectiever (voor zowel organisatie als werkenden) is dan uitsluitend op individuen gerichte initiatieven, omdat iedereen in het veranderproces wordt meegenomen en omdat de onderliggende normen worden uitgewisseld over wat normaal of goed werk voor de betrokkenen betekent. Door deze onderliggende overtuigingen op tafel te krijgen en hier samen afspraken over te maken, wordt er draagvlak en eigenaarschap gecreëerd;

daardoor is ook op langere termijn meer kans op blijvende veranderingen in het werk.

Bij teaminterventies kan gedacht worden aan het collectief sluiten van *i-deals*. Voordeel van deze aanpak ten opzichte van het individueel maken van een *i-deal* is dat iedere collega evenveel kans heeft om zijn waarden en wensen op het gebied van werk kenbaar te maken.

Een ander voorbeeld van een teaminterventie is de Results Only Work Environment (ROWE) (Correll *et al.*, 2014; Kelly & Moen, 2013). Volgens deze methode – die ontwikkeld is bij het Amerikaanse bedrijf Best Buy – moet er een radicale vorm van resultaatgericht werken worden ingevoerd om werkenden meer controle of autonomie te kunnen geven over hun werk. Bij Best Buy richtte de interventie zich bijvoorbeeld op het faciliteren van thuiswerken en het stellen van duidelijke doelen in overleg met de direct leidinggevende. Naast de toegenomen autonomie en de focus op resultaten in plaats van op processen, bestond een kernelement van deze aanpak uit het (in teamverband) bespreken van de aannames of overtuigingen met betrekking tot flexibele werktijden en thuiswerken. Deze aanpak bleek effectiever (voor zowel organisatie als werkenden) dan (enkel) op individuen gerichte initiatieven omdat iedereen in het veranderproces wordt meegenomen en omdat de – vaak onuitgesproken – onderliggende normen over wat normaal of goed werk voor de betrokkenen betekent, worden uitgewisseld en – indien gewenst – aangepast voordat tot actie wordt overgegaan.

### ***Steun van de direct leidinggevende is een voorwaarde voor het succes van elke interventie***

Onderzoek laat keer op keer zien dat steun van de direct leidinggevende de beschikbare regelingen/interventies kan maken of kraken (Dijkers, 2008). Een multi-level studie van Goh, Iliès en Wilson (2015) liet bijvoorbeeld zien dat alleen al de informatiele en socio-emotionele steun van leidinggevendenden de negatieve impact van werkdruk op werk-privéconflict kan tegengaan. Uit studies naar de effectiviteit van HR-beleid (o.a. Nishii, Lepak, & Schneider, 2008) blijkt dat – naast draagvlak vanuit het team –

ook ondersteuning van de leidinggevende van de medewerker(s) nodig is om dit te laten slagen. Als een leidinggevende niet overtuigd is van een probleem op het gebied van gezondheid of welzijn, of een bepaalde interventie niet ziet zitten, dan wordt het op een bepaalde manier bedoelde beleid anders of half uitgevoerd, wat de impact van dit beleid beperkt.

### ***Het promoten van meer bewegen kan stress verminderen en verzuim en uitval voorkomen.***

Uit een systematische analyse van onderzoek naar interventies gericht op het voorkomen en genezen van mentale gezondheidsproblemen blijkt dat interventies gericht op het promoten van bewegen stress kunnen verminderen en verzuim als gevolg van mentale gezondheidsproblemen kunnen helpen voorkomen (Joyce *et al.*, 2016). Het kan dus lonen om – zoals sommige werkgevers doen – sportfaciliteiten op/aan het werk te regelen (*on site*) of bijvoorbeeld een abonnement bij een nabij gelegen sportschool met korting aan te bieden. Mazzola, Moore en Alexander (2016) benadrukken hierbij wel dat het van belang is om in de gaten te houden of de hoeveelheid werkdruk werknemers wel in staat stelt, gebruik te maken van dit soort voorzieningen.

### ***Gezondheidsscreenings en werkplaatscreenings***

Gezondheidsscreenings en werkplaatscreenings kunnen helpen, maar alleen wanneer ze niet te vaak ingezet worden en opgevolgd worden door acties. Voorbeeld van dit soort screenings is het Periodiek Arbeid Gezondheidskundig Onderzoek (PAGO). Werknemers die werkzaamheden verrichten waarbij een gerede kans bestaat dat zij worden blootgesteld aan gevaarlijke stoffen moeten in Nederland door de werkgever in de gelegenheid worden gesteld om een dergelijk PAGO te ondergaan. Een ander voorbeeld is het preventief medisch onderzoek (PMO) of de *health-checks* die soms door werkgevers worden aangeboden aan werknemers – en die soms ook door zorgverzekeraars worden vergoed. Hierbij wordt de gezondheid van werknemers getest met behulp van een aantal fysieke testen (denk aan bloeddruk-, glucose- en longfunctiemetingen en een leefstijlvragenlijst).



Uit de systematische analyse van Joyce en collega's (2016) komt naar voren dat medewerkers bewust maken van (mentale) gezondheidsrisico's kan helpen, maar wanneer dit te vaak gebeurt of gericht is op niet relevante aspecten, kunnen dit soort screenings ook juist meer stress veroorzaken, omdat steeds de focus gelegd wordt op gezondheidsproblemen. Ook loop je het risico dat je dingen gaat vinden die uiteindelijk de gezondheid niet beïnvloeden. Artsenfederatie KNMG geeft daarnaast aan dat niet alle aanbieders van *health checks* evenveel kwaliteit bieden en dat de werkgever de werknemer goed moet inlichten over de voor- en nadelen van het PMO.

Afsluitend kan dus ten aanzien van de effectiviteit van interventies gericht op het bevorderen van gezondheid of welzijn van werknemers geconcludeerd worden dat er niet één beste interventie is die in alle gevallen en in elke werkcontext werkt. Zoals ook uit onderstaande praktijkcasus zal blijken, gaat *one size fits all* simpelweg niet op in de praktijk. Maatwerk blijkt ook in dit geval cruciaal, oftewel een aanpak waarin allereerst goed afgebakend wordt welk type gezondheid of welzijn de organisatie wil bevorderen. Dat dit al lastig genoeg is, bleek uit voorgaande bespreking van de uiteenlopende definities van begrippen zoals duurzame inzetbaarheid. Als eenmaal duidelijk is dat een organisatie bijvoorbeeld hoofdzakelijk de vitaliteit van oudere werknemers wil bevorderen, kan een hierbij passende interventie worden geselecteerd. Welke dat is, hangt niet alleen van de effectiviteit van interventies die in empirische studies worden beschreven, maar ook van andere factoren, zoals of een interventie past bij de organisatie waar deze wordt geïmplementeerd en wat het beschikbare budget is. Deze organisatiesensitiviteit bij het kiezen van een interventie hoort ook bij een maatwerkaanpak.

## 5.5 Praktijkcasus

### 5.5.1 Inleiding

Steeds meer werkenden worstelen met werkdruk, het combineren van werk met een gezinsleven en met hun fysieke gezondheid. Zoals ook uit het voorgaande bleek, worden werknemers zowel op fysiek als mentaal vlak voor grote uitdagingen gesteld. Dit vertaalt zich uiteraard door naar organisaties, die hier – zowel vanuit financieel en juridisch oogpunt als vanuit goed werkgeverschap – graag iets aan willen verbeteren. In deze praktijkcasus wordt ingezoomd op de organisatie Moba Group, die bezig is met het opstellen en uitvoeren van haar strategisch HR-beleid op het gebied van duurzame inzetbaarheid. Na een organisatiebeschrijving wordt ingegaan op de geschiedenis van het duurzaam- inzetbaarheidsbeleid binnen deze organisatie. Vervolgens wordt de nieuwe visie rond duurzaam beleid toegelicht.

### 5.5.2 Een korte organisatieomschrijving

Moba Group is een wereldwijd opererende fabrikant van machines voor het sorteren, verpakken en verwerken van eieren. Het bedrijf is in 1947 door Job Mosterd in Barneveld opgericht en werd een wereldspeler door continue innovatie; de naam van de organisatie is een samentrekking van de achternaam van de oprichter en de plaatsnaam waar de organisatie gesticht is. De waarde die Job Mosterd hechtte aan zijn personeel en aan hun werkgeluk speelt nog steeds door in het huidige beleid van Moba, zoals ook hieronder zal blijken bij de beschrijving van de visie op duurzame inzetbaarheid. De missie van Moba is: *'to support customers worldwide in continuously improving their business, by developing, realizing, servicing and optimizing best value egg grading & processing solutions'*.

Het hoofdkantoor van Moba is gevestigd in Barneveld, waar ongeveer 450 mensen werken. In totaal werken er meer dan 700 mensen voor Moba, verspreid over twaalf locaties in Engeland, Duitsland, Azië en Noord-Amerika. Het doel van Moba is om wereldwijde oplossingen aan te bieden en

tegelijktijd dicht bij de klanten te staan. Om dit te verwezenlijken, worden op meerdere locaties producten ontwikkeld, geproduceerd, verkocht en wordt service verleend. Dit principe zorgt ervoor dat veel van de locaties, zoals bij het hoofdkantoor in Barneveld, zijn opgedeeld in een productie-deel en in een Research & Development (R&D) deel. Dat werkt door in het personeelsbestand van Moba dat hierdoor feitelijk 'twee zielen' heeft en bestaat uit een groep (gemiddeld) wat oudere, technisch uitvoerend opgeleide productiemedewerkers en een wat kleinere groep jongere, hoogopgeleide technisch specialisten die verantwoordelijk zijn voor het ontwikkelen van de producten.

### 5.5.3 Oorsprong van duurzaam-inzetbaarheidsbeleid bij Moba

Het ziekteverzuim is niet hoog bij Moba: in 2016 4,5 procent en dat is afgezet tegen het landelijk gemiddelde uit 2016 van 3,9 procent voor de totale beroepsbevolking en 4,8 procent voor de sector industrie (Fernandez Beiro & Floris, 2017) gemiddeld. Uiteraard zijn er wel werknemers die verzuimen binnen Moba en blijken er gemiddeld genomen enkele verschillen in gezondheidsklachten tussen enerzijds de productiemedewerkers en anderzijds de R&D-medewerkers en leidinggevenden te zijn. Zo ervaart de eerste groep gemiddeld vaker fysieke klachten (zoals een te hoog BMI en rugklachten) en geeft de tweede groep vaker welzijn-gerelateerde klachten aan – zoals ontevredenheid over de mogelijkheid tot flexibiliteit of een mismatch tussen kwaliteiten of ambities en het huidige takenpakket.

Oorspronkelijke initiatieven ter bevordering van duurzame inzetbaarheid en wat specifiek ter bevordering van de gezondheid van met name productiemedewerkers ontstonden rond de eeuwwisseling primair op de hoofdlocatie in Barneveld. Deze initiatieven bestonden hoofdzakelijk uit preventieve en curatieve instrumenten die medewerkers onder andere in staat stelden om gezonder te eten (bijvoorbeeld naast de kroketten in de kantine ook gezonder eten aanbieden) en te kunnen sporten. Hiernaast riep de afdeling HR ook enkele projecten en regelingen in het leven om loopbaangerichte ontwikkelingsmogelijkheden te bevorderen.

Samenvattend: de afgelopen twee decennia zijn bij Moba mooie initiatieven en regelingen op het gebied van duurzame inzetbaarheid ingevoerd,

uiteenlopend van ontwikkelgerichte regelingen tot en met gezondheid bevorderende maatregelen. Echter, er was nog geen heldere visie op duurzame inzetbaarheid of gezondheid die deze regelingen aan elkaar kon verbinden. Hierdoor was er tot voor kort nog geen sprake van een integraal beleid op dit gebied. Hier wil het nieuwe HR-managementteam graag verandering in aanbrengen.

### 5.5.4 Naar een heldere visie en integraal beleid

Met de aanstelling van Dolf Ketelaar in 2016 als nieuwe HR-directeur is een aantal zaken in zowel de organisatie als de visievorming van HR bij Moba veranderd. Onder zijn leiding wil HR-team graag een *heldere visie op duurzame inzetbaarheid en gezondheid* ontwikkelen. Het team ziet dit als een noodzakelijke eerste stap om van een enigszins versnipperd aanbod van HR-regelingen tot een integrale visie en beleid te kunnen komen. Hierbij ligt de nadruk op inclusief HRM, dus duurzame inzetbaarheid is niet alleen gericht op de technisch specialisten en 'high potentials', maar ook op de productiemedewerkers. Hiernaast staat het uitbouwen van ieders talent (de 'sterkepuntenbenadering' van talentmanagement; Thunnissen, 2016) centraal in plaats van het wegwerken van minder goed ontwikkelde competenties (de 'tekortbenadering'). Moba wil als het gaat om talentontwikkeling graag van een 7 een 9 maken. Het samen met de medewerker opstellen van een loopbaanpad is hier een belangrijk instrument in. De ervaring binnen Moba leert dat medewerkers zelf dan ook vaker positief tegenover een loopbaanverandering staan, zelfs in het enkele geval van demotie.

Een andere beslissing die Dolf Ketelaar in aanloop naar het ontwikkelen van deze eenduidige visie heeft genomen, en die als noodzakelijke voorwaarde voor het ontwikkelen van een integraal duurzame inzetbaarheidsbeleid wordt gezien, bestond uit het samenstellen van een *HR Management Team*. Dit team bestaat uit HR-professionals in de rol van proactieve, op strategisch niveau meedenkende businesspartners in plaats van de meer traditionele en operationele rol die HR nog regelmatig speelt (o.a. Biemans, 2013). Binnen het managementteam is hiernaast ook een duidelijke taakverdeling tussen het aanspreekpunt voor de productiemedewerkers en een verantwoordelijke voor de technisch specialisten van R&D. Bovendien laat het hele HR-managementteam voorbeeldgedrag zien op

het gebied van gezondheid en vitaliteit. Zo is een deel van het HR-team actiever gaan sporten en zijn enkele managers in 2017 zelfs samen de Mont Ventoux op gefietst.

Een laatste ontwikkeling in de visie op en implementatie van duurzame inzetbaarheid en gezondheid binnen Moba, bestaat uit een *'olievlekbenadering'*. Dit betekent dat het HR-team zich realiseert dat niet alle initiatieven die voortvloeien uit bovengenoemde visie op duurzame inzetbaarheid en gezondheid in één keer kunnen worden uitgevoerd. Dit vergt langetermijnplanning en een selectie van enkele strategische doelen per jaar. Een concreet voorbeeld hiervan bestaat uit een pilot die in 2017 ingevoerd gaat worden teneinde de flexibiliteit van werktijden te vergroten. Traditioneel gezien is dit een lastig onderwerp voor productiemedewerkers; zij zijn van oudsher gewend om via een bepaald systeem en op gezette tijden te werken. Dit geeft ook veel duidelijkheid en zekerheid. De R&D-medewerkers hadden echter in toenemende mate behoefte aan meer vrijheid en flexibiliteit in werktijden. Derhalve is door HR besloten om niet meteen top-down over te gaan tot het invoeren van één systeem voor alle medewerkers, maar om eerst aan de hand van een inventarisatie onder de medewerkers na te gaan in hoeverre hier behoefte aan is. Uit dit onderzoek bleek dat het merendeel van de medewerkers interesse had in een dergelijk flexibeler systeem. Hierna volgt een pilotinvoering van het systeem in een deel van het bedrijf waarna – indien de uitkomsten hiervan positief zijn – tot definitieve, algemene invoering wordt overgegaan.

### 5.5.5 Parallellen tussen theorie en praktijk

Terugkijkend op de theorie en eerdere studies rond gezondheid en vitaliteit die eerder in dit hoofdstuk zijn behandeld, vallen de volgende parallellen met de praktijk van gezondheidsbeleid binnen Moba op. Allereerst zijn de uitgangspunten voor duurzaam HRM – Respect, Openheid en Continuïteit (De Lange, 2014 en De Prins *et al.*, 2015) – duidelijk herkenbaar in de nieuwe ziens- en werkwijze van HR bij Moba. Zo worden medewerkers betrokken bij nieuwe initiatieven (openheid), wordt er vanuit de basis van HR-regelingen die er al was aan een langetermijnperspectief gewerkt (continuïteit) en wordt voor een inclusieve gezondheidsbenadering gekozen (respect).

Hiernaast denkt Moba steeds meer vanuit een integrale visie op gezondheid, die verder gaat dan het mijden van kroketten uit de kantine. Het benadrukken van talenten van alle medewerkers in verschillende functies en loopbaanfasen en het samen met de leidinggevende bespreken van loopbaanpaden en uiteenlopende scenario's om zich verder te ontwikkelen, sluiten rechtstreeks aan op eerder genoemde 'fit' principes en het *capability* perspectief (zie paragraaf 5.3.3). HR speelt hierin op zowel strategisch als meer operationeel niveau een inhoudelijk adviserende en procesmatig verbindende rol. Het managementteam binnen Moba geeft aan dat het hierin groeit; de eerste stappen op de weg naar een inclusief en integraal gezondheidsbeleid zijn ontegenzeggelijk gezet. De oprichter van Moba, Job Mosterd, hechtte al sterk aan zijn personeel en aan hun werkge-  
luk en dit heeft een mooi vervolg gekregen in de inclusieve visie op duurzame inzetbaarheid en gezondheid met behulp van een HR-team dat zich hierin proactief en verbindend opstelt.

### 5.6 Conclusies en lessen voor de praktijk

Gezondheidsbeleid in organisatie zou volgens de hierboven besproken inzichten uit de literatuur en de casus uit de beroepspraktijk integraal (verdergaand dan 'kroketten weren uit de kantine') en gedifferentieerd (maatwerk, aansluitend bij de werkende) moeten zijn. Vanuit professioneel perspectief is dit uiteraard lastig. Hoe moet een organisatie dit voor elkaar krijgen? Consistentie in beleid en een fit tussen de verschillende sleutelfiguren vormen hier in ieder geval belangrijke voorwaarden voor. De rol van HR hierin zou er één moeten zijn van 1) *inhoudelijk adviseur* op het gebied van gezondheid en vitaliteit voor werkenden en leidinggevenden, en 2) *procesmatige verbinder* tussen de verschillende stakeholders binnen en buiten de organisatie om te komen tot een consistent beleid:

- Gezondheidsadviseur: De HR-professional kan werkenden adviseren door hen bijvoorbeeld een frequente gezondheidscheck zoals de PAGO aan te bieden. Indien zij deze data met de organisatie willen delen, zouden de op deze manier verzamelde gezondheidsdata door HR geanalyseerd kunnen worden om deze in een advies aan de leidinggevenden (en werkende zelf) te verwerken. Voor leidinggevenden kan dit bijvoorbeeld resulteren in actuele verzuim- en vitaliteitspercentages, gekop-

peld aan een eventueel verbeterplan. Voor werkenden kan dit uitmonden in een persoonlijk gezondheidsadvies.

- Verbinder: HR verbindt vanuit zijn positie verschillende bij gezondheidsbeleid betrokkenen, zoals werkenden, leidinggevendenden en medisch professionals. HR-professionals zouden echter ook externe experts op het gebied van gezondheid en vitaliteit (tijdelijk) kunnen aantrekken om zowel werkenden als leidinggevendenden te informeren en inspireren, bijvoorbeeld door een congres te organiseren rond *job crafting* en *i-deals*.

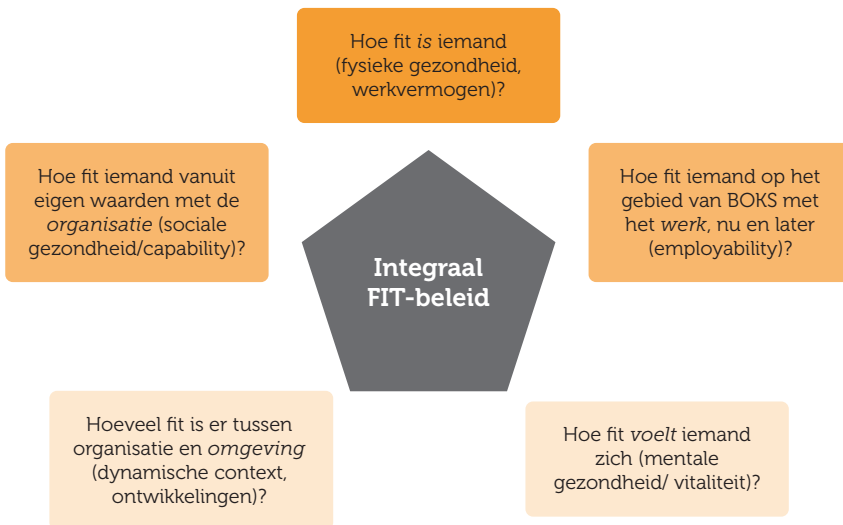
Voor beide rollen geldt dat deze zowel vanuit operationele of tactische (als adviseur voor werkenden en het middenkader) als vanuit strategische positie (de HR-businesspartner voor het topmanagement) kan worden uitgevoerd. Ook kan de HR-professional zowel binnen de organisatie als daarbuiten (bijvoorbeeld als externe consultant) werkzaam zijn om als gezondheidsadviseur of verbinder te acteren. Tot slot zijn beide rollen eerder aanvullend van aard dan wederzijds uitsluitend; dat wil zeggen dat een goede inhoudelijk adviseur altijd rekening zal moeten houden met de verhoudingen in een organisatie en de betrokken stakeholders te allen tijde zal moeten betrekken bij het advies dat hij hen voorlegt.

Inhoudelijk zal alleen een *integrale* aanpak van gezondheids- en vitaliteitsbeleid kans van slagen hebben in onze dynamische wereld. Door ontwikkelingen die in de inleiding zijn geschetst zoals digitalisering, robotisering en globalisering verandert het werk ingrijpend. Sommige functies zullen verdwijnen en nieuwe functies zullen ontstaan. In termen van wat dit betekent voor individuen en hun *Body of Knowledge and Skills* (BOKS) worden de zogeheten 21ste-eeuwse vaardigheden vaak aangehaald (De Fruyt *et al.*, 2015; Neubert *et al.*, 2015; Voogt & Roblin, 2010). Op vaardigheden zoals het kunnen oplossen van complexe problemen, goed kunnen samenwerken in teamverband, creativiteit, kritisch denken en digitale geletterdheid zal in uiteenlopende functies steeds vaker een beroep worden gedaan.

Al deze elementen moeten terugkomen in gezondheidsbeleid, waarbij ook rekening gehouden moet worden met alle betrokkenen die hier invloed op (zouden moeten) hebben, met name direct leidinggevendenden en werkenden zelf. Hiervoor is frequente afstemming nodig tussen de belangheb-

benden, waarbij een bijzondere rol voor HR is weggelegd. Vanwege onze beperkte rationaliteit (zie bijvoorbeeld het boek *Thinking fast and slow* van Nobelprijswinnaar Daniel Kahnemann, 2011) is het bovendien goed om duidelijke kortetermijndoelen of afspraken te maken. En om – vanuit *capability*-perspectief gedacht – meerdere alternatieve scenario's op te stellen waaruit werkenden (liefst in overleg met hun leidinggevenden en met hun team) een keuze maken. HR kan hier zoals gesteld inhoudelijk een adviserende en procesmatig een verbindende rol in spelen.

De verschillende typen fit die van belang zijn om tot een dergelijk 'integraal fit-beleid' te komen, worden hieronder in figuur 5.5 gevisualiseerd. Hieronder vallen zowel de feitelijke als ervaren (fysieke en mentale) fitheid van een werknemer, als de mate van fit/match van die werknemer met zijn organisatie en (huidige en toekomstige) werk en de mate van fit tussen de organisatie en haar omgeving. Randvoorwaarden voor de implementatie van een dergelijk beleid zijn: Frequente afstemming tussen de centrale stakeholders (de werkende, het team waar deze deel van uitmaakt, diens direct leidinggevende) en HR-experts die dit proces faciliteren en inhoudelijke input leveren



Figuur 5.5 Vijf principes van fit voor een integraal gezondheids- en vitaliteitsbeleid



## Literatuur

- Andriessen, S., Vuuren, C.V. van, & Smulders, P.G.W. (2004). *Prikkels en sancties. Bouwstenen voor een modern ziekteverzuimbeleid*. Hoofddorp: TNO Arbeid.
- Arboned (2016, 1 november). *Persbericht: Toename stressgerelateerd verzuim* [persbericht]. Geraadpleegd van: [www.arboned.nl/kleinbedrijf/nieuws/20161101-persbericht-toename-stressgerelateerd-verzuim](http://www.arboned.nl/kleinbedrijf/nieuws/20161101-persbericht-toename-stressgerelateerd-verzuim)
- Arboned (2015, 18 maart). *Verzuim door stress op steeds jongere leeftijd* [persbericht]. Geraadpleegd van: [www.werkenbijarboned.nl/Nieuws-Updates/Verzuim-door-stress-op-steeds-jongere-leeftijd](http://www.werkenbijarboned.nl/Nieuws-Updates/Verzuim-door-stress-op-steeds-jongere-leeftijd)
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands–resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, *22*, 309–328.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job Demands-Resources Theory: taking Stock and Looking Forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, *22* (3), 273-285.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, *52*, 366-380.
- Bijlsma, I., & Montizaan, R. M. (2016). Statistiek: Doorwerken na de pensioengerechtigde leeftijd. *Economisch Statistische Berichten* 101 (4739), 525.
- Borghans, L., Golsteyn, B., Grip, A. de, & Nelen, A. (2009). *De betekenis van het leren op het werk*. Maastricht: Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt.
- Borghans, L., Fouarge, D., & Grip, A. de (2011). *Een leven lang leren in Nederland*. Maastricht: Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt.
- Broek, A. van den, Campen, C. van, Haan, J. de, Roeters, A., Turkenburg, M., & Vermeij, L. (2016). *De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Sociaal en Cultureel Rapport 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, *67*, 169-198.
- Darr, W., & Johns, G. (2008). Work strain, health, and absenteeism: a meta-analysis. *Journal of occupational health psychology*, *13*(4), 293.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*, 499–512. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>

Dijkers, J. S. E., Lange, A. H. de, & Heijden, B. I. J. M. van der (2017). An Integrative Psychological Perspective on (Successful) Ageing at Work. In E. Parry, & J. McCarthy (Eds.), *The Palgrave Handbook of Age Diversity and Work* (pp. 67-88). Palgrave Macmillan, London. DOI: [https://doi.org/10.1057/978-1-137-46781-2\\_4](https://doi.org/10.1057/978-1-137-46781-2_4)

Dijkers, J.S.E. (2008). *Work-home interference in relation to work, organizational, and home characteristics* (Dissertation Radboud University Nijmegen). Enschede: Print Partners Ipskamp.

Dillaway, H. E. (2005). (Un) Changing menopausal bodies: how women think and act in the face of a reproductive transition and gendered beauty ideals. *Sex Roles*, 53(1), 1-17.

Eby, L. T., Casper, W. J., Lockwood, A., Bordeaux, C., & Brinley, A. (2005). Work and Family Research in IO/OB: Content analysis and review of the literature (1980-2002). *Journal of Vocational behavior*, 66, 124-197.

Echtelt, P. van, Croezen, S., Vlasblom, J. D., & Voogd-Hamelink, M. de, m.m.v. Mattijssen, L. (2016). *Aanbod van arbeid 2016. Werken, zorgen en leren op een flexibele arbeidsmarkt*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Edwards, J. (2007). The relationship between person-environment fit and outcomes: An integrative theoretical framework. In C. Ostroff & T.A. Judge (Eds.), *Perspectives on organizational fit* (pp. 209-258). San Francisco: Jossey-Bass.

Eurostat (2016). Lifelong learning statistics. Geraadpleegd via [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Lifelong\\_learning\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Lifelong_learning_statistics).

Evans, K. (2016). *Mental health is your business: The toxic job characteristics that risk our well-being*. Science for work, <https://scienceforwork.com/blog/mental-health-at-work/>.

Geurts, S. A. E., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Dijkers, J. S. E., Hooff, M. L. M. van, & Kinnunen, U. M. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work & Stress*, 19 (4), 319-339.

Goh Z., Ilies R., & Wilson K. S. (2015). Supportive supervisors improve employees' daily lives: the role supervisors play in the impact of daily workload on life satisfaction via work-family conflict. *J. Vocat. Behav.* 89 65-73. 10.1016/j.jvb.2015.04.009.

Griffiths, A., MacLennan, S., & Wong, Y. Y. W. (2010). Women's Experience of Working through the Menopause. A Report for The British Occupational Health Research Foundation.

Gründemann, R., Veth, K., & Dijkers, J. (2017). Lager opgeleiden dupe van hogere AOW-leeftijd. *PW*, november, p. 44-6.

- Gunasekara, A., Zheng, C.S. (2018). Examining the effect of different facets of mindfulness on work engagement. *Employee Relations*, <https://doi.org/10.1108/ER-09-2017-0220>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Conner, D. B. (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS One*, *11* (7), e0159015. doi: 10.1371/journal.pone.0159015
- Henkens, K., Solinge, H. van, Damman, M., & Dingemans, E. (2016). Langer doorwerken valt nog niet mee. *Demos* (32), februari 2016, p. 1-4.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van, & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, *343*: d4163. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Jack, G., Riach, K., Bariola, E., Pitts, M., Schapper, J., & Sarrel, P. (2016). Menopause in the workplace: what employers should be doing. *Maturitas*, *85*, 88-95.
- Illmarinen, J. (1999). *Ageing workers in the European Union: status and promotion of work ability and employment*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health.
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S.B. (2016). Workplace interventions for common mental health disorders: A systematic meta-review. *Psychological Medicine*, *46*, 4, 683–697.
- Kahnemann, D. (2011). *Thinking fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Klink, J. J. van der, Bültmann, U., Brouwer, S., Burdorf, A., Schaufeli, W. B., Zijlstra, F. R., & Wilt, G. J. van der (2011). Duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers, werk als waarde. *Gedrag en Organisatie*, *24* (4), 342-356.
- Kristof-Brown, A. L., Zimmerman, R. D., & Johnson, E. C. (2005). Consequences of individuals' fit at work: A meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit. *Personnel Psychology*, *58*, 281-342.
- Lange, A. H. de (2014). *Langer werken? De Arbeidsmarkt in Transitie en Duurzame inzetbaarheid. Installatie tekst Lectoraat Human Resource Management*, Hogeschool Arnhem en Nijmegen.
- Mazzola, J. J., Moore, J. T., & Alexander, K. (2017). Is work keeping us from acting healthy? How workplace barriers and facilitators impact nutrition and exercise behaviors. *Stress and Health*, *33*(5), 479-489.
- Michel, J. S., Kotrba, L. M., Mitchelson, J. K., Clark, M. A., & Baltes, B. B. (2010). Antecedents of work-family conflict: A meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*. DOI: 10.1002/job.695
- Nishii, L. H., Lepak, D. P., & Schneider, B. (2008). Employee attributions of the why of HR practices: Their effects on employee attitudes and behaviors, and customer satisfaction. *Personnel Psychology*, *61*, 503-545.

OECD (2016), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264265592-en

Ouweneel, E., Schaufeli, W., & Le Blanc, P. (2009). Van preventie naar amplitie: interventies voor optimaal functioneren. *Gedrag & Organisatie*, 22, 118-135.

Peters, P., Heijden, B. I. J. M. van der, Bergers, A., & Velthuisen, R. (2016). *Kijk op Duurzame inzetbaarheid: Een onderzoek naar de visies van stakeholders in de arbeidsmarkt op een integraal duurzaam-inzetbaarheidsbeleid in Nederland*. In opdracht van Facilicom Group. Schiedam: MediaCenter Rotterdam.

Philipsen, H. (1969). *Afwezigheid wegens ziekte: een onderzoek naar oorzaken van verschillen in ziekteverzuim tussen 83 middelgrote bedrijven* (Doctoral dissertation, Wolters-Noordhoff).

Prins, P. De Vos, A. De, Beirendonck, L. Van, & Segers, J. (2015). Sustainable HRM for sustainable careers: introducing the 'Respect Openness Continuity (ROC)'model. In: De Vos, A., & Van der Heijden, B. (Eds). *Handbook of Research on Sustainable Careers*, pp 319-334.

Putnam, L. L., & Bochantin, J. (2009). Gendered bodies: Negotiating normalcy and support. *Negotiation and Conflict Management Research*, 2(1), 57-73.

Rijksoverheid (2015). *Ook op hogere leeftijd sociaaleconomische verschillen in gezonde levensverwachting*. Volkgezondheidszorg.info. [www.volkgezondheidszorg.info/onderwerp/gezonde-levensverwachting/cijfers-context/bevolkingsgroepen#node-gezonde-levensverwachting-op-65-jarige-leeftijd-naar-opleidingsniveau](http://www.volkgezondheidszorg.info/onderwerp/gezonde-levensverwachting/cijfers-context/bevolkingsgroepen#node-gezonde-levensverwachting-op-65-jarige-leeftijd-naar-opleidingsniveau).

Rijksoverheid (2018). *Nieuwsbericht Rijksoverheid 02-07-2018*. ([www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/participatiewet/nieuws/2018/07/02/doorbanenafpraak-weer-meer-werk-voor-mensen-met-beperking](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/participatiewet/nieuws/2018/07/02/doorbanenafpraak-weer-meer-werk-voor-mensen-met-beperking)).

Schaufeli, W., & Bakker, A. (2003). *UWES Utrecht Work Engagement Scale Manual*. Utrecht: Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University.

Schaufeli, W. B. (2011). Duurzaamheid vanuit psychologisch perspectief: Een kwestie van 'fit'. In Schouten & Nelissen (2011), *Ten minste houdbaar tot. Over urgentie van duurzame inzetbaarheid in Nederland* (pp. 96-108). Zaltbommel: Uitgeverij Thema.

Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality*, 65(3), 529-565.

Sen, A. K. (1980). Equality of what? In S. McMurrin (Ed.), *The Tanner lectures on human values* (pp. 195-220). Salt Lake City: University of Utah Press.

SER (2009). *Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties* [Advies nr. 2009/02]. Den Haag: Sociaal-Economische Raad

Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health- A meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32, 443-462.

Steenbeek, R., Bijlsma, I., Fouarge, D., Hooftman, W., Montziaan, R. & Van der Zwaan, L. (2017). *Doorwerken na de AOW-gerechtigde leeftijd. Van Impact en drijfveren naar implicaties voor beleid*. Leiden/Maastricht: TNO/ROA.

Taris, T. W. (2006). Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work & Stress*, 20 (4), 316-334. doi: 10.1080/02678370601065893

Taris, T., Houtman, I., & Schaufeli, W. (2013). Burnout: de stand van zaken. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 29 (3), 241-257.

Taylor, P., & Walker, A. (1998). Policies and Practices Towards Older Workers: A Framework for Comparative Research. *Human Resource Management Journal*, 8, 61-76.

*TNO Werkdruk wegwijzer*. Op 6 mei 2018 gedownload via: [https://www.tno.nl/media/2505/tno\\_werkdruk\\_wegwijzer.pdf](https://www.tno.nl/media/2505/tno_werkdruk_wegwijzer.pdf)

Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E., & Illmarinen, J. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational Medicine-Oxford*, 51 (5), pp. 318-324.

Turkenburg, M., & Herweijer, L. (2016). Leren. In Van den Broek et al. (2016), *De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Sociaal en Cultureel Rapport 2016* (pp. 49-75). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Verbaannorm 2004. De Verbaannorm Herijkt (2004) Geraadpleegd op: <https://www.falkeverbaan.nl>

Vos, A. De (2013). Over de (ir)rationaliteit van het loopbaanbeleid, *Gedrag en Organisatie*, 26(4), 431-448.

Vos, A. De & Gielens, T. (2014a). System level practices to facilitate sustainable careers, White paper for the European Network on Careers & AGE (Age, Generations, Experience). Antwerpen: Antwerp Management School.

Vos, A. De, & Gielens, T. (2014b). Organizational level practices to facilitate sustainable careers. White paper for the European Network on Careers & AGE (Age, Generations, Experience). Antwerpen: Antwerp Management School.

Vrijhof, B. J. (2000). *Individuele verzuimbegeleiding. Beoordeling en borging van de professionele kwaliteit*. Hoofddorp: TNO Arbeid.

Vroege, D. (1982). *Ziekteverzuim in Nederland, een bedrijfsgeneeskundige visie*. Rotterdam: Regionale Bedrijfsgeneeskundige Dienst voor het Havengebied van Rotterdam en Omgeving.

## HRM HEDEN EN MORGEN

Warr, P. (2001). Age and work behaviour: Physical attributes, cognitive abilities, knowledge, personality traits, and motives. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 16,1-36.

Wilt, G. J. van der (2011). Duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers, werk als waarde. *Gedrag en Organisatie*, 24(4), 342-56.

World Health Organization (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Retrieved from: [www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)