

# GEZONDHEIDS- BEVORDERING OP DE WERKPLEK IN EUROPA



SAMENVATTING VAN HET PROGRAMMA



EUROPESE STICHTING  
tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden

# **GEZONDHEIDS- BEVORDERING OP DE WERKPLEK IN EUROPA**

**SAMENVATTING VAN HET  
PROGRAMMA**



**EUROPESE STICHTING**

**tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden**

---



---

Programmacoördinator: Richard Wynne

Bibliografische gegevens bevinden zich aan het einde van deze publikatie.

Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen, 1997

ISBN 92-828-1446-7

© De Europese Stichting tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden,  
1997

Verzoeken om vertaal- en reproductierechten te richten aan de directeur van de  
stichting, Wyattville Road, Loughlinstown, Co. Dublin, Ierland.

Printed in Ireland

---

---

  

# Inhoudsopgave

		pagina
	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>De ontwikkeling van gezondheids- bevordering op de werkplek in Europa</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>De aard van de gezondheids- bevordering op de werkplek</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Het wettelijke kader</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>De standpunten van de sociale partners en sleutelactoren</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>De enquête naar de Europese werkplekken</b>	<b>17</b>

<b>6</b>	<b>Case-study's van goede praktijkvoorbeelden</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>Het beleidsinitiatief</b>	<b>27</b>
<b>8</b>	<b>De trainingsspecificatie</b>	<b>28</b>
<b>9</b>	<b>De toepassing van de trainingsspecificatie</b>	<b>31</b>
<b>10</b>	<b>Overige Europese ontwikkelingen op het terrein van GBW</b>	<b>33</b>
<b>11</b>	<b>De vooruitzichten voor de ontwikkeling van de gezondheidsbevordering op de werkplek</b>	<b>36</b>
	<b>Geraadpleegde literatuur</b>	<b>43</b>

---

---

  

## Inleiding

De Europese Stichting heeft zich in de periode 1989-1997 actief ingezet op het terrein van de gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW). In deze periode werd onder beheer van de Stichting het grootste onderzoeksprogramma betreffende GBW in Europa en wellicht ter wereld uitgevoerd.

In het kader van dit programma zijn in vier fases werkzaamheden verricht op de volgende terreinen: onderzoek, beleid, scholing en verspreiding van scholing. Deze brochure biedt een overzicht van dit werk. Voorts worden in deze brochure een aantal van de voornaamste ontwikkelingen op dit gebied beschreven die gedurende deze periode in Europa hebben plaatsgevonden.

Op basis van deze werkzaamheden zijn door de Europese Stichting talrijke publicaties samengesteld; achter in de brochure zijn bijzonderheden hieromtrent opgenomen.



## **De ontwikkeling van de gezondheidsbevordering op de werkplek in Europa**

In 1989 was op Europees niveau nog slechts weinig bekend omtrent de stand van zaken van de gezondheidsbevordering op de werkplek, hoewel de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) een kleinschalig initiatief had ondernomen en er enige conferenties over het onderwerp waren gehouden in Duitsland. Er bestonden goede beschrijvingen van de aanpak van de gezondheidsbevordering op de werkplek in de VS, waar deze zich sinds de jaren '70 in de praktijk krachtig ontwikkeld heeft. Over de situatie in Europa was echter niet veel bekend.

In de VS was wel veel bekend omtrent de verspreiding van GBW, die op grote schaal voorkwam, tenminste in grotere Amerikaanse bedrijven (zie Sloan e.a., 1985). Verder was het betrekkelijk duidelijk waarom bedrijven GBW invoerden: de financiering van de kosten van de gezondheidszorg in de VS bracht met zich mee dat er een werkelijke economische prikkel bestond voor werkgevers om zich actief te betonen op dit terrein. Bovendien was er een karakteristieke benadering van GBW in de VS, waar de programma's en activiteiten zich voornamelijk richtten op risicofactoren voor afzonderlijke gezondheidsproblemen, zoals hartaandoeningen en kanker, gezondheidsactiviteiten meestal tot doel hadden om het gezondheidsgerelateerde gedrag van de werknemer te veranderen en het gehele model van GBW



gebaseerd is op een epidemiologische aanpak ofwel een benadering gericht op het verminderen van de risicofactoren op het werk.

De Amerikaanse GBW-programma's waren ook opmerkelijk vanwege een aantal ander kenmerken: er bleek weinig nadruk te worden gelegd op de participatie van werknemers bij de opzet en uitvoering van de programma's, er bestond geen duidelijk verband tussen GBW-activiteiten en andere initiatieven op het terrein van veiligheid en gezondheid en weinig leek te wijzen op activiteiten gericht op de werkomgeving of op de organisatie van het werk.

Toen er begonnen werd met het project van de Europese Stichting, was er in de meeste landen nog weinig bekend omtrent de verspreiding van GBW op Europees of zelfs nationaal niveau. De opvattingen van de belangrijkste partijen op dit terrein waren niet duidelijk, er bestond weinig Europees of nationaal beleid op dit gebied en het was onbekend in welke vorm GBW in Europa voorkwam en of er een afzonderlijke Europese stijl voor de aanpak van GBW was.

Tegen deze achtergrond begon de Europese Stichting in 1989 met haar onderzoeksprogramma betreffende gezondheidsbevordering op de werkplek. In de beginfase van het programma werd naar een antwoord gezocht op een aantal vragen:

- Hoe staan de sociale partners tegenover GBW ?
- Wat is het wettelijke kader van GBW ?
- In welke mate komt gezondheidsbevordering op de werkplek in Europa voor ?
- Welke vorm heeft GBW ?
- Bestaan er voorbeelden van goede praktijk op dit terrein ?

Aanvankelijk werd in zeven Lid-Staten - Duitsland, Griekenland, Ierland, Italië, Nederland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk (Portugal werd tijdens de enquêfefase toegevoegd) een



onderzoeksteam<sup>1</sup> samengesteld. Het wettelijke kader voor GBW werd vastgelegd, interviews werden uitgevoerd met de sleutelactoren die de toekomstperspectieven voor GBW beïnvloeden, case-study's van goede praktijkvoorbeelden werden uitgevoerd, evenals een omvangrijke enquête betreffende de activiteiten op dit terrein onder meer dan 1400 bedrijven. In de tweede onderzoeksfase werden case-study's uitgevoerd om na te gaan hoe multinationale ondernemingen die in meer dan een Lid-Staat opereren hun GBW-activiteiten organiseren.

Alvorens de bevindingen van dit onderzoeksprogramma nader te bestuderen, is het van belang om de kwesties die aan GBW ten grondslag liggen onder de loep te nemen.

---

<sup>1</sup>Het onderzoeksteam bestond uit Friedrich Hauss, Institut für Gesundheit und Sozialforschung (IGES), Berlijn; Zazaharia Tsanglis, ministerie van Arbeid, Athene; Richard Wynne, Work Research Centre, Dublin, Sauro Garzi, CEDOC, Florence; Rob Gründemann, TNO, Leiden; Luís Graça, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lissabon; Salvador Moncada, Institut Municipal de la Salut, Barcelona; Jo Clarkson, Health Promotion Authority for Wales, Cardiff.

Aan het begin van het onderzoeksprogramma was het duidelijk dat er geen algemeen geaccepteerde definitie van gezondheidsbevordering op de werkplek bestond, en dit is tot op zekere hoogte nog steeds het geval. De literatuur bood een reeks definities, waarvan een aantal tegenstrijdig waren, terwijl -en dat was ernstiger vanuit het onderzoeksprogramma gezien- de sleutelactoren en bedrijven die zich inzetten voor gezondheidsactiviteiten een zeer geringe kennis omtrent GBW bezaten.

Er werd voor twee benaderingen gekozen om dit probleem aan te pakken. De eerste betrof het definiëren van GBW op basis van de uitgangspunten voor gezondheidsbevorderende activiteiten op het werk, dat wil zeggen dat men deze definieerde op basis van een aantal karakteristieken van een ideale aanpak van het GBW-proces in plaats van op theoretische wijze.

De WHO (1984) geeft vijf principes voor een aanpak van de gezondheidsbevordering die zijn gebaseerd op de ecologische benadering van de gezondheid. Deze principes zijn voor het gebruik op de werkplek aangepast door Wynne (1989) en stellen dat de gezondheidsbevordering op de werkplek:

- *kan worden toegepast op alle groepen van het personeel*



- *is gericht op achterliggende oorzaken van de slechte gezondheid*
- *verschillende methoden van aanpak combineert*
- *op daadwerkelijke medezeggenschap van de werknemers gericht is*
- *niet in de eerste plaats een medische aangelegenheid is, maar onderdeel zou moeten zijn van de organisatie van het werk en het arbeidsomstandighedenbeleid*

De tweede benadering werd gehanteerd in het kader van de werkzaamheden in verband met de enquête, waarbij het van wezenlijk belang was dat de respondenten niet in de war werden gebracht door het gebruik van termen waarmee zij niet vertrouwd waren. Met het oog op de enquête werd besloten niet te verwijzen naar GBW op zich, maar zich meer te richten op allerlei gezondheidsactiviteiten die zouden kunnen worden uitgevoerd en te vragen of deze initiatieven plaatsvonden met de bedoeling de gezondheid van de werknemers te verbeteren.

Deze definitie van gezondheidsbevordering op de werkplek is gedurende het gehele onderzoeksprogramma gehanteerd.

Uit een analyse van de nationale wetgeving in de 8 Lid-Staten en relevante internationale initiatieven op wetgevend terrein bleek dat er begin jaren '90 geen bijzondere wetgeving was in verband met GBW (voor bijzonderheden: zie Wynne and Clarkin, 1992). Sindsdien zijn vele nationale wetgevingen op het gebied van de gezondheid en de veiligheid weliswaar ingrijpend herzien, maar met de mogelijke uitzondering van Duitsland en Nederland, is er nog steeds geen sprake van specifieke wettelijke instrumenten met betrekking tot GBW.

Er bestaat echter wetgeving op internationaal en nationaal niveau die de praktijk van GBW aanmoedigt, hoewel deze nergens verplicht is. Het gaat hierbij om:

- Het Verdrag van Maastricht, dat de EU de bevoegdheid toekent om op het terrein van de volksgezondheid op te treden; dit is in de praktijk vertaald in GBW-initiatieven van DGV van de Commissie.
- De IAO-Conventie 161
- Het Sociale Protocol dat onder andere bepalingen bevat omtrent de vrijheid van informatie, het recht op medezeggenschap, de

verbetering van de arbeidsomstandigheden en de bescherming van gezondheid en veiligheid op het werk.

- De kaderrichtlijn en andere EU-richtlijnen, die bepalingen bevatten betreffende uitvoerige informatie en scholing op het terrein van gezondheid en veiligheid en het volledige recht van werknemers op raadpleging en medezeggenschap op het terrein van gezondheid en veiligheid.
- Het WHO-initiatief betreffende de verwezenlijking van het Handvest van Ottawa dat een kader biedt voor gezondheidsbevordering in het algemeen.

Deze mijlpalen op het terrein van de internationale wetgeving bevatten, ook al wordt er niet nadrukkelijk verwezen naar GBW, bepalingen die volledig overeenstemmen met de in het onderzoeksprogramma gedefinieerde benadering van GBW, omdat zij het recht op informatie, medezeggenschap bij gezondheidsactiviteiten en een holistische benadering van de gezondheid op het werk beklemtonen.

Sinds in 1991 het overzicht van de wetgeving werd afgerond, hebben er zich als gevolg van de kaderrichtlijn talrijke wijzigingen voorgedaan in de nationale wetgeving, waarvan vele ertoe hebben bijgedragen dat het aantal GBW-activiteiten verder is toegenomen. De Nederlandse wetgeving richt zich thans bijvoorbeeld op de kwestie van de werkstress, en voorziet specifiek in herontwerpprogramma's als middel om dergelijke stress te voorkomen en beheersen.

Verder is de afgelopen jaren de sociale-zekerheidswetgeving herzien, hetgeen er ook toe heeft bijgedragen om GBW te bevorderen. Met name wijzigingen in de Nederlandse en Britse wetgeving die verband houden met de vraag door wie de kosten van het korte-termijnverzuim worden gedragen zullen als gevolg hebben dat er gezondheidsprogramma's worden bevorderd die zijn gericht op het terugdringen van dergelijk verzuim.

Een belangrijk onderdeel van de beginfase van het programma betrof een onderzoek naar de standpunten van de sociale partners en andere sleutelactoren betreffende GBW. Deze werden van belang geacht, aangezien hun opinies en benaderingen ten opzichte van GBW cruciaal waren voor de verdere ontwikkeling ervan in Europese arbeidsorganisaties (zie voor nadere bijzonderheden: Wynne en Clarkin,1992).

In totaal werden er in 1991 in de acht landen 87 interviews gehouden met vertegenwoordigers van de sociale partners en met deskundigen in het veld. De voornaamste uitkomsten van deze interviews tonen aan dat er bij werkgevers zowel als vakbonden een opmerkelijk geringe kennis bestond betreffende de gezondheidsbevordering op de werkplek. Geen der partijen had over het algemeen een officieel beleid in verband met gezondheidsbevordering op de werkplek en in talrijke gevallen bleken werkgevers zowel als vakbonden over weinig praktische kennis omtrent de kwesties in verband met GBW te beschikken. Voor zover zij wel gefundeerde meningen hadden, stonden zij er over het algemeen positief tegenover, zij het met een aantal voorbehouden. Deze betroffen bij de werkgevers de vrees dat zij verantwoordelijkheid zouden moeten dragen voor GBW, en bij de vakbonden dat GBW gebruikt zou kunnen worden als



managementinstrument; zij vonden dat de vertrouwelijkheid diende te worden gewaarborgd.

Overheidsinstanties (over het algemeen instanties op het terrein van veiligheid en gezondheid en organisaties op het terrein van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding) hanteerden vaak ook een ruime benadering van GBW. Voor gezondheid en veiligheid verantwoordelijke organisaties zagen GBW over het algemeen niet als onderdeel van hun takenpakket en organisaties op het terrein van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding zagen weliswaar in dat de werkplek de juiste plaats was voor gezondheidsbevordering, maar beschikten over het algemeen niet over plannen om programma's in die context te lanceren.

Deskundigen op het terrein hadden over het algemeen meer uitgekristalliseerde meningen over GBW, maar velen van hen waren tamelijk pessimistisch over de vooruitzichten voor de verdere ontwikkeling ervan bij het ontbreken van overheids-initiatieven of reële economische prikkels.

Sinds dit onderzoek naar de standpunten van de sociale partners en deskundigen in het veld werd uitgevoerd heeft er zich een volledige omslag in de standpunten omtrent GBW voorgedaan. In de eerste plaats hebben vele organisaties voor de gezondheidsbevordering zich ingezet voor initiatieven op de werkplek. Een goed voorbeeld hiervan biedt de Health Education Authority in Engeland, waar omvangrijke initiatieven binnen de National Health Service zijn gevolgd door initiatieven in andere werkplekken, of het programma "Behoud van arbeidsvermogen" van de Finse regering. In de tweede plaats is een groeiend aantal bedrijven in de particuliere sector ermee begonnen om diensten op het terrein van de gezondheidsbevordering te verkopen aan de publieke en particuliere sector. Hiernaast zijn talrijke verzekeringsmaatschappijen, die de ziektekosten van werknemers dekken, actief geworden op dit terrein. Ten slotte is er sprake van een toenemend aantal initiatieven waarvan gezondheidsbevorderingsprogramma's een integraal onderdeel uitmaken.



Al deze initiatieven hebben ertoe bijgedragen dat gezondheidsbevordering op de werkplek in een aantal landen die zich actiever inzetten meer bekendheid heeft gekregen. Er is echter weinig waaruit blijkt dat de sociale partners een krachtiger aanpak van GBW nastreven, ongeacht de inzet van organisaties op het terrein van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Voorts is deze verhoogde activiteit op het gebied van GBW volstrekt geen algemeen Europees verschijnsel. Daarom moet er nog veel werk worden verzet om GBW meer bekendheid te geven onder de sleutelactoren in Europa.

Het grootste deel van de in de beginfase van het programma van de Europese Stichting verrichte werkzaamheden, bestond uit het uitvoeren van een enquête om vast te stellen in hoeverre GBW-activiteiten in Europese bedrijven voorkwamen (zie voor bijzonderheden: Wynne en Clarkin, 1992). Deze enquête had de volgende doelstellingen:

- De aard van de gezondheidsbevorderende activiteiten vast te leggen die plaatsvinden in werkplekken in Europa
- Vast te leggen hoe en waarom GBW-initiatieven worden georganiseerd
- De participatie van de werknemers bij het tot stand komen van GBW-initiatieven te onderzoeken
- Kenmerken van bedrijven die zich inzetten op dit terrein in kaart te brengen

### ■ De steekproef

Meer dan 1400 bedrijven in zeven landen beantwoordden de vragenlijst; dit vertegenwoordigt een algemene respons van 23%.

Deze bedrijven werden voornamelijk op regionale basis binnen de grotere landen geselecteerd (Duitsland, Italië, Spanje en het Verenigd Koninkrijk), terwijl de steekproeven van de kleinere landen werden getrokken op landelijke basis. Tussen de landen bestonden er verschillen in responspercentage, dat varieerde van 11,3% in Duitsland tot 37,4% in Griekenland. Verder deden er zich verschillen voor qua omvang van de responderende bedrijven; in Duitsland reageerden voornamelijk grote of zeer grote bedrijven en in de kleine landen kleine en zeer kleine bedrijven. De meeste bedrijven hadden echter tussen 200 en 500 werknemers in dienst.

Over het algemeen waren de responderende bedrijven groter dan gemiddeld en stelden zij zich op het terrein van de gezondheid vaak actiever op dan de niet-responderende bedrijven. Praktisch gesproken houdt dit in dat het voorkomen van het aantal gezondheidsbevorderende activiteiten op het werk waarschijnlijk overschat was. Aangezien het hoofddoel van de enquête er echter uit bestond om een algemeen overzicht van de aard van de gezondheidsactiviteiten die plaatsvonden en niet een exacte kwantitatieve schatting van de omvang te verkrijgen, leverde deze potentiële vertekening geen probleem op.

## ■ Op welke schaal komen gezondheidsactiviteiten voor ?

De respondenten werd een lijst met een dertigtal gezondheidsactiviteiten voorgelegd en gevraagd of deze de afgelopen jaren op het werk hadden plaatsgevonden. Voorts werd hun gevraagd om aan te geven in hoeverre de verbetering van de gezondheid van de werknemers een rol speelde bij het ontwikkelen van die activiteiten. Deze laatste vraag bood een indicatie of gezondheidsbevordering een factor was in de uitgevoerde activiteiten.

Deze dertig activiteiten werden in vijf categorieën ingedeeld:

- Geneeskundige onderzoeken
- Bevordering van gezond gedrag



- Organisatorische veranderingen
- Veiligheid/fysieke werkomgeving
- Sociale en welzijnsactiviteiten

Uit de bevindingen bleek dat de meeste gezondheidsactiviteiten over het algemeen plaatsvonden in grotere organisaties, in organisaties die beschikten over een specifiek gezondheidsbeleid en -budget en die actieve VGW-commissies hadden. Ook ondernamen bedrijven waar het management actief betrokken was bij initiatieven ten behoeve van de gezondheid vaak meer activiteiten op het terrein van de gezondheid.

Uit de bevindingen kunnen twee belangrijke conclusies worden getrokken:

- Gezondheidsactiviteiten op het werk komen het meest voor op het terrein van veiligheid en gezondheid; hier maakt 75% van de bedrijven melding van initiatieven. Daarentegen komen initiatieven die hier sterk aan verwant zijn (bijvoorbeeld arbeidsorganisatie, functie(her)ontwerp) betrekkelijk zelden voor. Voorts worden er zelden initiatieven ontplooid gericht op de bevordering van gezond gedrag (beleid met betrekking tot eetgewoonten, alcohol of roken).
- Veel activiteiten vinden om andere redenen plaats dan de verbetering van de gezondheid van de werkenden, terwijl zij hier wel direct effect op hebben. Deze conclusie heeft belangrijke gevolgen voor de marketing van GBW; het is niet noodzakelijk om gezondheidsbevordering alleen als gezondheidsverbetering op de markt te brengen.

## ■ Hoe worden gezondheidsinitiatieven georganiseerd ?

Een belangrijk aandachtspunt van de enquête was de vraag hoe gezondheidsinitiatieven op de werkplek georganiseerd worden. Aan de respondenten werd een reeks vragen gesteld betreffende de

partijen die betrokken waren bij het organiseren van het gezondheidsinitiatief, het tijdstip van hun betrokkenheid en de mate van betrokkenheid. Om de beantwoording van deze vragen te vergemakkelijken werd een ideaalproces beschreven, dat uit vier fases bestond: het oorspronkelijke idee, de planning, de uitvoering en de evaluatie. Verder werden vier niveaus van betrokkenheid bij het proces onderkend: informatie ontvangen, inspraak, participatie en verantwoordelijkheid dragen. Deze vragen hadden betrekking op zes mogelijk betrokken partijen: het management, de ondernemingsraad, vakbondsvertegenwoordigers, leden van VGW-commissies, medewerkers van Arbo-diensten en externe adviseurs.

De voornaamste conclusies van dit deel van het onderzoek luidden:

- Het management was het meest betrokken bij de verschillende stadia van gezondheidsinitiatieven en had de meeste zeggenschap bij de besluitvorming.
- De ondernemingsraad en de leden van de VGW-commissies vormden de groep die hierna het meest betrokken was, maar deze had minder invloed op de besluitvorming dan het management.
- De andere partijen speelden een geringere rol zowel wat betreft betrokkenheid als de mate van zeggenschap.
- Over het algemeen was het management altijd verantwoordelijk voor gezondheidsinitiatieven, terwijl bij de andere partijen de betrokkenheid zelden verder ging dan inspraak.

Deze bevindingen hadden betrekking op het feitelijke voorkomen van gezondheidsinitiatieven, of deze activiteiten ontwikkeld waren met het oog op de gezondheid van de werkenden of niet. De conclusies van deze analyse waren gecompliceerd, maar zij droegen interessante gegevens aan omtrent de wijze waarop de verschillende partijen betrokken waren bij het organiseren van de vijf categorieën van gezondheidsinitiatieven, te weten:

- Over het algemeen zegt de mate van medezeggenschap van een partij niet veel over het gezondheidsinitiatief op zichzelf



- De betrokkenheid van medewerkers van Arbo-diensten en leden van VGW-commissies vormde de duidelijkste indicatie dat het om een gezondheidsactiviteit ging
- Wanneer er echter sprake was van betrokkenheid van personeel van Arbo-diensten ging dat gepaard met een mindere betrokkenheid van de andere partijen;
- Desondanks hield een grote betrokkenheid bij de besluitvorming van het management over het algemeen geen verband met het niveau van gezondheidsactiviteiten. Verder hield betrokkenheid van het management vooral verband met activiteiten waarvan de verbetering van de gezondheid geen deel uitmaakte.

## ■ **Waarom worden gezondheidsinitiatieven op touw gezet ?**

Er waren twee soorten redenen waarom organisaties gezondheidsinitiatieven op het werk ondernamen: de eventuele voordelen voor de organisatie en het feit dat gezondheidsinitiatieven werden gezien als een oplossing voor een bepaald probleem. Aan de respondenten werden zowel open als gesloten vragen gesteld met betrekking tot deze kwesties.

De voornaamste redenen om gezondheidsinitiatieven te ondernemen hadden te maken met wettelijke bepalingen, gezondheidsproblemen binnen de onderneming, problemen in verband met de motivatie van de werknemers en personeels- en productiviteitsproblemen. In ieder geval werden deze redenen door meer dan 60% van de bedrijven gegeven.

Bij de vraag naar de opbrengsten voor het bedrijf op basis van de bovengenoemde kwesties was het opmerkelijk dat uitgebreide opbrengsten werden geconstateerd, in het bijzonder in verband met de motivatie van de werknemers en gezondheidsproblemen. Voorts was er sprake van omvangrijke onverwachte gunstige resultaten met betrekking tot factoren zoals een verminderd verloop, ongevallencijfers en motivatie van het personeel. Deze

percepties van gunstige resultaten werden ondersteund door de op open vragen gebaseerde bevindingen.

En tweede methode van onderzoek naar de vraag waarom bedrijven gezondheidsinitiatieven ondernemen vormde een reeks case-study's van multinationale ondernemingen, waarvan verslag werd gedaan door Hauss (1992). In deze case-study's werd de motivatie van het bedrijf om gezondheidsbevordering op de werkplek te ondernemen nauwkeurig onderzocht. Uit deze case-study's werd duidelijk dat er een veelheid van redenen bestaat waarom bedrijven gezondheidsbevordering op de werkplek toepassen. In vele gevallen (vaak betreft het hier Amerikaanse multinationale ondernemingen) vloeien de gezondheidsbevorderingsprogramma's voort uit algemener HRM-beleid, dat een filosofie van "goede praktijk" uitdraagt. In andere gevallen, vooral wanneer er sprake is van gevaarlijke werksituaties, heeft goede praktijk op het terrein van gezondheid en veiligheid invloed gehad op de ontwikkeling van gezondheidsbevorderingsprogramma's. Andere bedrijven benutten hun gezondheidsbevorderingsprogramma's om personeel aan te trekken en in dienst te houden, terwijl andere bezorgd zijn over het imago van het bedrijf.

Afgezien van deze voornaamste redenen om GBW in te voeren verklaarden vele bedrijven dat hun programma's zich voornamelijk hadden ontwikkeld door de inzet van toegewijd en inventief personeel op sleutelposities. In de praktijk is de aanwezigheid van beleid ter bevordering van de gezondheid zelden voldoende om te waarborgen dat gezondheidsbevordering op aanzienlijke schaal plaatsvindt; beschikbaarheid van middelen en toegewijd personeel vormen ook een noodzakelijke voorwaarde.

## ■ Welke factoren verklaren gezondheidsactiviteiten ?

Bij de analyse van de enquêtegegevens was een sleutelvraag: welke kenmerken van een bedrijf hebben een voorspellende



waarde voor de omvang van gezondheidsactiviteiten binnen dat bedrijf? Bij deze analyse werden factoren onderzocht zoals de aanwezigheid van gezondheidsbeleid en gezondheidsbudgetten binnen bedrijven, van bedrijfsgeneeskundige afdelingen en VGW-commissies en de mate van betrokkenheid van de sleutelactoren bij de gezondheidsactiviteiten.

Er deden zich qua bedrijfskarakteristieken weliswaar enige verschillen voor die een verklaring vormden voor specifieke gezondheidsactiviteiten, maar de factoren die een indicatie vormden voor een grote inzet op het algemene terrein van de gezondheidsactiviteiten, waren:

- Bedrijfsomvang: grotere bedrijven kenden vaak meer activiteiten
- VGW-commissies
- Gezondheidsbeleid
- Gezondheidsbudget
- Het hechten van grote waarde aan de gezondheid van het personeel
- De stimulerende factoren van personeelsproblemen, problemen op het gebied van de motivatie van de werknemers, verbetering van het imago van het bedrijf en productiviteitsproblemen
- De betrokkenheid van Arbo-personeel en externe adviseurs

Op het eerste gezicht lijken deze bevindingen overtuigend, aangezien er gegronde redenen bestaan om aan te nemen dat bedrijven die beschikken over middelen en beleid meer geneigd zijn om zich in te zetten op het terrein van de gezondheid. Zij duiden echter ook op een aantal uitdagingen voor de gezondheidsbevordering op de werkplek en tegelijkertijd op een aantal mogelijkheden voor de bevordering en ontwikkeling van gezondheidsactiviteiten op het werk.

Met name geven de resultaten aan dat strategieën moeten worden ontwikkeld die het MKB en zeer kleine ondernemingen kunnen



aanmoedigen om gezondheidsactiviteiten te ontplooiën. Zij geven ook aan welke stappen moeten worden genomen om dergelijke activiteiten te ontwikkelen: de noodzaak om een gezondheidsbeleid te creëren en een gezondheidsbudget en andere middelen toe te wijzen. Het MKB en zeer kleine bedrijven beschikken niet over de middelen om bijvoorbeeld Arbo-afdelingen te financieren, maar ze dienen in staat te zijn om gezondheidsbeleid te ontwikkelen en zelfs een gering gezondheidsbudget te reserveren.

In het kader van de onderzoeksfase van het programma ging veel aandacht uit naar het in kaart brengen en vastleggen van case-study's van goede praktijkvoorbeelden op dit terrein. Dit bleek een moeilijk onderdeel van het onderzoek, aangezien in vele landen de praktijk van de gezondheidsbevordering op de werkplek in de kinderschoenen staat. Niettemin werden tijdens beide onderzoeksfases meer dan 40 case-study's van goede praktijkvoorbeelden op het terrein van GBW in kaart gebracht.

Deze case-study's werden uitgevoerd in bedrijven in 8 EU-landen en lieten een zeer uiteenlopende aanpak zien. Ruwweg konden er drie soorten aanpak worden vastgesteld. De eerste kwam voort uit een traditie van werknemersparticipatie, richtte zich op het oplossen van problemen en was kenmerkend voor sommige Noord-Europese landen.

De tweede aanpak was meer kenmerkend voor Zuid-Europa, en ging vaak gepaard met een meer paternalistische stijl van leiding geven waar het het aanbod van welzijn en gezondheidszorg aan werknemers betrof. Ook werden de gezinnen van werknemers en de samenleving als geheel vaak erbij betrokken.

De derde benadering, die in Groot-Brittannië en Ierland werd aangetroffen, had veel gemeen met de benadering in de VS.

Hierbij werd dikwijls gebruik gemaakt van kant en klare gezondheidsbevorderingsprogramma's, die vaak in Amerikaanse multinationale ondernemingen werden gehanteerd.

Hoewel deze drie algemene benaderingen konden worden onderscheiden, waren er ook vele voorbeelden van meer vernieuwende benaderingen van GBW, waarbij bijvoorbeeld sociale en psychologische gezondheidskwesties door bedrijven werden aangepakt.

Eind 1992 werd besloten om een conferentie te organiseren voor hogere beleidmakers om bekendheid te geven aan de resultaten van de onderzoeksfase van het programma. Ongeveer honderd deelnemers, onder wie deskundigen op het vakgebied, vertegenwoordigers van overheidsinstanties, onderzoekers en vertegenwoordigers van werkgevers en vakbonden namen deel aan de conferentie met het oogmerk om prioriteiten vast te stellen voor toekomstige actie op het terrein van de gezondheidsbevordering op de werkplek. Door middel van deze conferentie werden vier prioriteiten vastgesteld:

- Marketing van en prikkels voor gezondheidsbevordering op de werkplek
- Veranderingen in de organisatie ten behoeve van de gezondheid (geïntegreerde GBW)
- Professionele ontwikkeling
- Toepassing: strategiën, instrumenten en methoden

Op basis van deze prioriteiten werd besloten om eerst de kwestie van de professionele ontwikkeling aan te pakken, dat wil zeggen scholing en onderwijs ten behoeve van GBW. Hiervoor werd gekozen omdat een van de belangrijkste struikelblokken voor vooruitgang het gebrek aan adequate kennis en vaardigheden bleek te zijn onder de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de toepassing van GBW. Dit besluit leidde tot de ontwikkeling van de trainingsspecificatie voor gezondheidsbevordering op de werkplek (zie hieronder).

Op basis van de aanbevelingen van de conferentie van beleidmakers richtte het volgende stadium van het programma van de Europese Stichting zich op de ontwikkeling van professionele vaardigheden op het terrein van GBW. Dit werd beschouwd als de volgende stap omdat men ervan overtuigd was dat er een gebrek aan kennis en vaardigheden bestond die noodzakelijk waren voor een doeltreffende GBW onder de diverse beroepsgroepen op dit terrein.

In het kader van het ontwikkelingsproces werd een analyse van de bestaande trainingsinitiatieven in Europa op dit terrein ondernomen waaruit bleek dat er geen algemeen bekende of beschikbare scholings-/ opleidingscursussen op het terrein van GBW bestonden. Ook al bestonden er cursussen op het terrein van de algemene gezondheidsbescherming, en vele cursussen op het terrein van de gezondheid en de veiligheid op het werk, toch bestond de indruk dat er geen afzonderlijke cursus bestond die zich richtte op de specifieke kennis en vaardigheden die benodigd zijn voor GBW.

Bij de ontwikkeling van een document om te voorzien in deze leemte in vaardigheden en kennis moesten een aantal uitdagingen onder ogen worden gezien:

- Op dit terrein is er sprake van een veelheid van disciplines, elk met hun eigen leemten op het gebied van kennis en vaardigheden



- De behoefte aan scholing varieerde van beroepsgroep tot beroepsgroep
- De aan te bieden cursussen zouden verschillen in duur, omvang en diepgang
- Er moesten zowel nieuwe cursussen worden opgezet als modulen in verschillende cursussen worden opgenomen
- Er zijn aanzienlijke verschillen per land wat betreft de voor GBW aanwezige scholings- en onderwijsinfrastructuur, het bewustzijn omtrent GBW, de betrokken beroepsgroepen en de nationale GBW-strategiën.

Om deze uitdagingen het hoofd te bieden werd besloten dat een van de leidende principes bij de ontwikkeling van een document om de trainingsbehoeften aan te pakken flexibiliteit zou zijn. Dit diende tot uitdrukking te komen in zowel de structuur als de toepassing van het document. Daarom werd besloten niet één afzonderlijke trainingscursus te ontwikkelen, of zelfs een aantal trainingscursussen, maar om een kader of specificatie voor scholing te ontwikkelen, op basis waarvan zeer verschillende opleidingen zouden kunnen worden ontwikkeld.

Aan de specificatie zijn twee belangrijke structurele aspecten verbonden. Deze betreffen:

1. Een uit zeven fasen bestaand ideaal gezondheidbevorderingsproces:

- De marketing van de gezondheidsbevordering
- Het opzetten van structuren
- Het vaststellen van de behoeften
- De ontwikkeling van een plan
- De tenuitvoerlegging van het plan
- De evaluatie van het initiatief
- De bijstelling van het plan

2. Zes rollen die dienen te worden ontwikkeld om een geslaagde gezondheidsbevordering te verwezenlijken:

- De deskundige
- De pleitbezorger
- De uitvoerder
- De deelnemer
- De procesbegeleider
- De beleidmaker

Deze beide structurele aspecten vormen een tweedimensionale matrix, waar in de cellen de specificaties zijn aangegeven voor de vaardigheden en kennis die benodigd zijn om een bepaalde rol tijdens een bepaalde fase van het gezondheidsbevorderingsproces te vervullen.

De trainingsspecificatie betekent in verschillende opzichten een belangrijke vooruitgang in vergelijking met de meeste ideeën op het terrein van de GBW. In de eerste plaats betekent de omschrijving van de fasen van het GB-proces met betrekking tot de marketing van het concept en het opzetten van structuren een erkenning van de moeilijkheden waarmee beroepsbeoefenaars te maken hebben bij het wekken van belangstelling voor GBW enerzijds en het inpassen van GBW in de organisatiestructuren anderzijds. Voorts wordt het essentiële belang van het beoordelen van de behoeften erkend, niet alleen voor zover het gaat om door deskundigen gedefinieerde gezondheidsrisico's, maar ook om de door het personeel zelf naar voren gebrachte behoeften, die in de praktijk vaak zeer afwijkend zijn.

In de tweede plaats onderstreept de specificatie door de rollen vast te stellen die benodigd zijn voor het welslagen van GBW, het gegeven dat goede GBW een zekere mate van organisatorische veranderingen vergt en dat de deelnemer een legitieme en belangrijke stuwende kracht is in het gehele proces. Voorts betekent de specificatie een erkenning van het feit dat het proces niet door deskundigen gestuurd wordt maar ondersteund wordt door expertise.

De volgende fase van het programma betrof de verspreiding van de trainingsspecificatie met het oogmerk om de toepassing van de specificatie in een aantal trainingen en onderwijsinstellingen te bevorderen. Hiertoe werden aanvankelijk drie Europese regionale studiebijeenkomsten gehouden die tot doel hadden om zowel de aard van de trainingsspecificatie toe te lichten als instellingen op het spoor te komen die belang stelden in het gebruik van de specificatie.

Deze studiebijeenkomsten vonden plaats gedurende een periode van 10 maanden te Kopenhagen, Leiden en Valencia; er werd aan deelgenomen door een honderdtal vertegenwoordigers van een groot aantal scholings- en onderwijsinstellingen. Behalve gedurende deze bijeenkomsten was er tijdens nationale en internationale conferenties gelegenheid om bekendheid te geven aan de specificatie.

Als gevolg van deze studiebijeenkomsten toonden bijna 40 scholings- en onderwijsinstellingen zoveel belangstelling voor de specificatie dat zij lid werden van het gebruikersnetwerk voor de specificatie. De oprichting van het gebruikersnetwerk werd beschouwd als noodzakelijke ondersteuning voor de toepassing, vooral omdat de specificatie een nieuw concept betekende voor vele netwerkleden en ook omdat het proces van de toepassing van de specificatie voor het eerst zou plaatsvinden.



Het gebruikersnetwerk dient te worden gezien als een van de hulpmiddelen die de leden werd geboden tijdens het implementatieproces. Die hulpmiddelen bestonden in hun geheel uit:

- Lidmaatschap van het netwerk en deelname aan 4 bijeenkomsten
- Samenstelling van een nieuwsbrief over de toepassing: – *SPECIFICS*
- Ontwikkeling van een geannoteerde bibliografie over relevante literatuur
- Het opzetten van een World Wide Web-site
- Verspreiding van proeftrainingscursussen en materiaal
- Het uitwisselen van ervaringen met de toepassing in de praktijk

Op dit ogenblik hebben 25 instellingen de scholingsspecificatie al ingevoerd (sommige ervan in een aantal cursussen) of bereiden zich daar serieus op voor. Ongeveer 5000 personen met zeer verschillende achtergronden uit 12 Lid-Statens zullen voor eind 1998 zijn getraind in cursussen die gebruik maken van de specificatie. Deze diverse achtergronden omvatten bedrijfsgezondheidszorg, bedrijfsverpleegkunde, leden van VGW-commissies, veiligheidskundigen en studenten aan hogere opleidingen.

Uit een evaluatieonderzoek is gebleken dat de ervaringen van de gebruikers met de specificatie tot nu toe bijna algemeen positief zijn, zowel wat betreft het gebruik van de specificatie als het effect ervan op de cursisten. Slechts geringe wijzigingen van de specificatie zijn voorgesteld; deze voorstellen zijn opgenomen in de definitieve versie van de specificatie.

In de jaren '90 is sprake van een steeds groter aantal activiteiten op het terrein van de gezondheidsbevordering op de werkplek, dat voor een deel geïnspireerd is op de werkzaamheden van de Stichting. Op Europees niveau heeft DGV van de Commissie initiatieven genomen op dit terrein door een afdeling op te richten die verantwoordelijk is voor GBW, door een aantal onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten te financieren, en, wat nog het meest op de voorgrond treedt, door de oprichting van een informatie- en communicatienetwerk van landelijke organisaties op het terrein van de gezondheidsbevordering, die verantwoordelijkheid dragen voor GBW.

Het Europese regionale bureau van de WHO beweegt zich thans ook actiever op dit terrein door de oprichting van een netwerk van bedrijven die gezondheidsbevordering toepassen; dit heeft tot functie om goede praktijk te ontwikkelen en verspreiden. Voorts wordt GBW door de Wereldgezondheidsorganisatie gezien als een nuttige manier om de noodzakelijke heroriëntatie van Arbo-diensten in de landen van Midden- en Oost-Europa te bevorderen.

In een aantal landen is ook sprake van een toenemende activiteit op het niveau van nationale organisaties voor GBW. De opmerkelijkste voorbeelden hiervan zijn te vinden in Finland en het Verenigd Koninkrijk, waar thans omvangrijke GBW-programma's functioneren.

In Finland heeft men een programma ontwikkeld genaamd “Behoud van arbeidsvermogen”, dat in feite neerkomt op een alomvattende benadering van de gezondheidsbevordering op de werkplek. Het ligt in de bedoeling de komende paar jaar dit programma in alle Finse werkplekken te verspreiden en toe te passen. Als onderdeel van dit programma loopt een omvangrijk trainingsproject, dat gebruik maakt van de trainingsspecificatie als basis voor het ontwerp van cursussen.

In het Verenigd Koninkrijk heeft de Health Education Authority in de jaren '90 het initiatief genomen tot een aantal uitgebreide GBW-programma's in Engeland. De grootste hiervan is het 'Health at Work in the NHS (National Health Service)'-programma, in het kader waarvan een groot aantal GBW-initiatieven georganiseerd is. Voorts heeft de Health Education Authority een certificeringsproject voor kwaliteit op het terrein van GBW van stapel laten lopen; er zijn er nu al aan enkele honderden werkplekken certificaten toegekend. In Schotland en Wales is door respectievelijk de Health Education Board van Schotland en de Health Promotion Authority van Wales het initiatief genomen tot soortgelijke projecten. De scholingsprogramma's die dergelijke initiatieven ondersteunen hebben ook de invloed ondergaan van de trainingsspecificatie.

Ook in Duitsland is sprake van een toenemende activiteit, waaraan wordt deelgenomen door een aantal organisaties zoals de verzekeringsmaatschappijen (bijvoorbeeld BKK) en de Bundesanstalt für Arbeitsschutz (BAU). Er is gestart met een heel aantal programma's waaronder één voor certificering (BKK) en een programma dat gericht is op het MKB en zeer kleine bedrijven.

In Nederland is een nieuwe instelling voor GBW opgericht (Centrum GBW) dat zich zeer actief heeft getoond bij het op gang brengen van werkplekprogramma's. Deze betekenen een aanvulling op de activiteiten van alle andere belangrijke actoren in Nederland (TNO en NSPH (= Netherlands School for Public Health)). De samenwerking tussen deze instellingen heeft geleid



tot de opstelling van een plan voor de verdere ontwikkeling van GBW-scholing in de komende jaren.

Andere landen hebben zich langzamer betoond bij de volledige toepassing van GBW. Ook hier echter zijn tekenen waar te nemen die duiden op een toegenomen activiteit op officieel niveau. Zo ontwikkelt het Ierse ministerie van Gezondheid op het ogenblik beleid en een plan voor de ontwikkeling van GBW in Ierland. Er is ook sprake van enige ontwikkeling op het terrein van de training in Zuid-Europa, namelijk in Spanje, Portugal, Italië en Griekenland.

## **De vooruitzichten voor de ontwikkeling van de gezondheidsbevordering op de werkplek**

Toen de Europese Stichting in 1990 begon met haar GBW-programma waren de belangrijkste uitdagingen op dit terrein o.a.:

- Een geringe bekendheid met het terrein onder de voornaamste actoren in de meeste landen.
- Weinig activiteiten in bedrijven
- Een overheersende positie van Amerikaanse GBW-modellen
- Geen duidelijke verantwoordelijkheden voor GBW bij eventueel geïnteresseerde organisaties
- Gebrek aan geschikte middelen om GBW uit te voeren
- Tekort aan professionele kennis en vaardigheden op dit gebied

Deze uitdagingen zijn nog niet overwonnen, maar er is sprake van een aanzienlijke vooruitgang met betrekking tot deze kwesties. Het bewustzijn onder de sociale partners is in vele landen aanzienlijk toegenomen en de verantwoordelijkheden zijn grotendeels op de schouders komen te rusten van de voornaamste partijen. Hiernaast is er sprake van een belangrijk initiatief op het terrein van de professionele ontwikkeling en is er een methodologie voor de gezondheidsbevordering op de werkplek in Europa ontwikkeld (Wynne e.a., 1996). Ook binnen de bedrijven

is sprake van een toename van activiteiten en in tal van landen zijn meer en meer goede voorbeelden van geïntegreerde GBW te vinden.

Ondanks deze niet geringe vooruitgang gaat de ontwikkeling van GBW in Europa nu een nieuwe fase in met nieuwe uitdagingen. Deze nieuwe fase richt zich in hoofdzaak op de consolidatie en verspreiding van goede praktijk, aangezien de strijd om er de voornaamste actoren van te overtuigen dat GBW een nuttige en waardevolle zaak is, gewonnen is. De 14 voornaamste uitdagingen waarvoor GBW in de volgende eeuw staat, bestaan eruit om:

- De verspreiding van gezondheidsbevordering op de werkplek in alle landen te waarborgen; op het ogenblik doen er zich grote verschillen voor tussen landen met betrekking tot bewustzijn en activiteit.
- De boodschap verder te verspreiden dan in de organisaties in de overheidssector die verantwoordelijkheid dragen voor GBW en uit te breiden tot alle werkplekken. Deze organisaties zijn grotendeels overtuigd van het nut van GBW, maar bij andere organisaties is dat nog niet het geval.
- De relatie tussen gezondheids- en veiligheidssystemen en stelsels voor de bedrijfsgezondheidszorg, die een veel grootschaliger verspreiding kennen op het werk enerzijds, en de systemen en het personeel voor de gezondheidsbevordering op de werkplek, die nog maar net opkomen anderzijds, dient te worden verhelderd. Het potentieel voor conflicten ligt altijd op de loer. Hier dient een anticiperende benadering te worden gehanteerd voor een doeltreffende integratie van beide systemen, althans voor zover het de algemene benadering van gezondheidskwesties betreft, zo niet van het personeel zelf. Mogelijkheden tot een dergelijk integratie bestaan, gezien de heroriëntatie van Arbo-diensten die op het ogenblik in vele Lid-Staten plaatsvindt.
- Hoewel er op het ogenblik een aantal proefprojecten en onderzoeken lopen, is er geen volledig succesvolle methode om GBW aan te bieden aan het MKB, met name aan zeer kleine

bedrijven. In feite vormt de huidige doelgroep van GBW 10-15% van de Europese beroepsbevolking die voor grote ondernemingen werkt. Doelstellingen op het terrein van de volksgezondheid kunnen niet worden verwezenlijkt wanneer GBW beperkt blijft tot een dergelijke kleine doelgroep. Wanneer men tegemoet wil komen aan de behoeften van de werknemers in kleinere ondernemingen zullen nieuwe modellen voor dienstverlening en wellicht ook een nieuwe definitie van goede praktijk voor deze sector dienen te worden ontwikkeld.

- Ondanks de oprichting van een aantal netwerken voor de verspreiding van informatie bestaat er reden om aan te nemen dat het nog steeds op grote schaal ontbreekt aan kennis betreffende GBW in bedrijven en onder personeel dat GBW zou moeten invoeren. De verspreiding van informatie over de methoden, goede praktijk en andere kwesties dient te worden uitgebreid van de kring van beroepsgroepen op gezondheidsterrein tot groepen die deze informatie kunnen gebruiken voor de toepassing.
- Er zijn vele systemen op de werkplek waarmee GBW kan samenwerken. De meest voor de hand liggende hiervan zijn de gezondheids- en veiligheidssystemen en de Arbo-diensten. Mogelijkheden om GBW toe te passen worden echter ook geboden door o.a. kwaliteitssystemen, welzijnstelsels, bedrijfshulpverleningsprogramma's en een aantal vormen van HRM-beleid. De uitdaging om GBW en deze systemen te integreren, voor zover dit nuttig is voor de gezondheidsbevordering op de werkplek, dient te worden opgepakt.
- Wat betreft de marketing van GBW is er sprake van een reële en belangrijke uitdaging. De huidige inspanningen om GBW op de markt te brengen beperken zich er vaak toe om tot deze te verkopen op basis van kosten en baten en ook in verband met gezondheidsverbetering. De wetenschappelijke basis voor deze marketingargumenten is niet volkomen duidelijk. Ook is het niet duidelijk dat het hier om het juiste marketingbeleid gaat. Meer in het algemeen dienen degenen die betrokken zijn bij de

marketing van GBW zich over kwesties te buigen zoals de definitie van producten en diensten van GBW en de verschillende marketingstrategieën die benodigd zijn voor verschillende marktsegmenten.

- Op het ogenblik zijn er betrekkelijk weinig methoden en weinig middelen beschikbaar om GBW toe te passen. Deze situatie is ten dele het gevolg van het feit dat GBW een terrein van deskundigen is, en van de omstandigheid dat er geen moeite is gedaan om middelen en methoden te ontwikkelen die gemakkelijk bruikbaar zijn. Om GBW werkelijk op grote schaal te verspreiden moet het kunnen worden toegepast door niet-beroepskrachten, zij het met eventuele ondersteuning van deskundigen. De uitdaging is daarom gelegen in het verschaffen van methoden en middelen die door iedereen op de werkplek kunnen worden gebruikt, niet alleen door beroepskrachten op gezondheidsterrein.
- Ondanks de in de jaren '90 geboekte vooruitgang bij het overtuigen van gezondheidsorganisaties dat zij GBW dienen te overwegen, is er minder vooruitgang geboekt bij het overtuigen van een aantal invloedrijker beroepsgroepen. Vooral groepen zoals bedrijfsartsen en veiligheidskundigen moeten er nog altijd van worden doordrongen dat zij GBW zouden moeten toepassen. De taak om alle betrokken beroepsgroepen te overtuigen is nog niet voltooid.
- De kwestie van de economische kosten en baten van GBW baart op het ogenblik velen zorgen. Er is voldoende bewijsmateriaal uit de VS voorhanden omtrent de situatie wat betreft kosten en baten aldaar, maar de afwijkende financiering van de gezondheidszorg maakt het onmogelijk om deze gegevens naar de Europese context te vertalen. Onderzoek naar deze kwestie dient in Europees verband te worden uitgevoerd.
- GBW-initiatieven binnen de Europese context dienen nog steeds vanuit een aantal invalshoeken te worden geëvalueerd. Het gaat hierbij onder andere om de economische kosten en baten van GBW en de gezondheidseffecten van GBW. Voorts moet de doeltreffendheid bestudeerd worden van Europese



GBW-modellen, die grotendeels in theorie en praktijk zijn ontwikkeld, zonder dat er altijd rekening is gehouden met efficiëntie en slagvaardigheid.

- Het huidige project heeft weliswaar vooruitgang geboekt wat betreft het stimuleren van opleiding en scholing ten behoeve van GBW, maar er is nog altijd sprake van een uitdaging wat betreft de verspreiding van de training onder een breed scala aan belangstellende partijen. Met name dient er meer opleidingsmateriaal te worden ontwikkeld voor artsen en verpleegkundigen, voor veiligheidskundigen en ook voor niet-specialisten, zoals het management, personeelsfunctionarissen en leden van ondernemingsraden.
- Op beleidsniveau doen er zich ook nog een aantal uitdagingen voor. In de eerste plaats is er de uitdaging waarvoor het stelsel van de gezondheidszorg staat: in hoeverre is dat bereid om de werkplek te erkennen als een belangrijke basis voor activiteiten. Beleidsmakers op het terrein van de bedrijfsgezondheidszorg staan voor dezelfde uitdaging: in hoeverre zijn zij bereid om de uitdaging van de heroriëntatie van de diensten voor de bedrijfsgezondheidszorg aan te pakken gezien de afname van traditionele gezondheidsrisico's op het werk.
- Bij de in dit programma uiteengezette benadering van GBW ligt de nadruk op de noodzaak tot integratie, participatie en een alomvattende aanpak. Verder blijkt daaruit dat er unieke aspecten zijn verbonden aan de werkplek die zich niet voordoen op andere terreinen van de gezondheidsbevordering. Deze benadering die weliswaar dikwijls wordt ondersteund door nationale en internationale organisaties is slechts zelden terug te vinden in hun beleid, waarin veelal sprake is van een meer traditionele aanpak die berust op onderwijs en waarbij de nadruk ligt op afzonderlijke kwesties. Het is nog steeds een grote uitdaging om een accentverschuiving in het beleid van de organisaties voor gezondheidsbevordering op nationaal en internationaal niveau teweeg te brengen.

Bij het in kaart brengen van deze uitdagingen is het noodzakelijk om vast te stellen welke organisaties erop zouden kunnen inspelen. Er is een duidelijke rol weggelegd voor organisaties die onderzoek financieren wat betreft het opzetten van onderzoek naar kosten en baten van GBW, het vaststellen van methoden om GBW aan te bieden voor het MKB en zeer kleine bedrijven en de ontwikkeling en toetsing van methoden om de invoering van GBW te ondersteunen.

Het huidige EU-beleid op dit gebied heeft tot doel om de informatieuitwisseling te bevorderen met het oogmerk een goede praktijk aan te moedigen. Er zijn momenteel echter vele landen waar de praktijk van een geïntegreerde en alomvattende GBW bijna geheel ontbreekt. De redenen voor deze situatie zijn ingewikkeld van aard, maar het is ook duidelijk dat het aanbod van informatie naar alle waarschijnlijkheid de GBW-activiteiten in deze landen ingrijpend zal wijzigen. De EU dient zich te buigen over de vraag wat er nog meer kan worden gedaan om de activiteiten in de landen die zich actief inzetten aan te moedigen.

Nationale en internationale organisaties met verantwoordelijkheid voor GBW dienen terdege rekening te houden met de eigenaardigheden van de werkplek als kader voor de ontwikkeling van hun eigen beleid. Voorts dient de gehanteerde aanpak zodanig te worden bijgesteld dat deze nauwkeuriger de filosofie van de gezondheidsbevordering op de werkplek weerspiegelt. In feite zal dit inhouden dat de aandacht voor afzonderlijke kwesties, die grotendeels voortvloeit uit de traditionele gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, verschuift in de richting van een evenwichtiger en geïntegreerde benadering.

Er is sprake van beleidskwesties die door regeringen zouden kunnen worden aangepakt. De belangrijkste hiervan zijn kwesties die verband houden met middelen: over het algemeen vormen de middelen die worden bestemd voor gezondheidsbevordering in het algemeen en aan GBW meer in het bijzonder een zeer klein deel van de totale uitgaven ten behoeve van de gezondheid. Een ander belangrijke kwestie betreft de verdeling van kosten en baten in verband met de gezondheid in het algemeen en ziekteverzuim

in het bijzonder. Op het ogenblik komt het merendeel van de kosten van dergelijk verzuim in Europa voor rekening van de overheid. Een herverdeling van een deel van dergelijke kosten zou aanzienlijk bijdragen tot een slagvaardiger gezondheidsbevordering op de werkplek.

Werkgeversorganisaties en vakbonden dienen zich in beider belang meer bewust te worden van het potentieel van GBW: voor de werkgevers is er netto-winst te behalen, terwijl de vakbonden niet alleen de gezondheid van hun leden kunnen verbeteren, maar ook GBW kunnen gebruiken om de arbeidsomstandigheden te verbeteren.

---

  


## Geraadpleegde literatuur

**Hauss, F. (1992).** Health policy in multinational companies. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin.

**Sloan, R., Gruman, J. and Allegrante, J. (1987).** Investing in employee health – a guide to effective health promotion in the workplace. Jossey-Bass, San Francisco.

**WHO (1984).** Health promotion: a discussion document on the concept and principles. World Health Organisation, Copenhagen.

**Wynne, R. (1989).** Workplace Action for health: a selective review and a framework for analysis. Working paper No. EF/WP/89/30/EN. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin.

**Wynne, R. and Clarkin, N. (1992).** Under Construction: Building for health in the EC workplace. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

**Wynne, R., Gründemann, R., Moncada, S. and Lundberg, B. (1996).** A manual for promoting health activity at work. Dublin, Work Research Centre.



---

*Ook verkrijgbaar als werkdocumenten van de Stichting:*

**Innovative workplace action for health: an overview of the situation in seven EC countries** (EF/WP/90/35/EN)

**Working for health at work: initiatives in seven countries of the European Community** (SY/59/90/774.EN/FR/D/ES)

**Workplace action for health: Nationale rapporten**

Verenigd Koninkrijk (WP/92/17/EN)

Duitsland (WP/92/18/DE/EN)

Ierland (WP/92/19/EN)

Italië (WP/92/20/IT/EN)

Nederland (WP/92/22/NL/EN)

Griekenland (WP/92/24/GR/EN)

**Action for health at work: the next steps**

(EF/93/19/EN/DE/FR)

**Workplace health promotion - a specification for training**

(WP/94/EN/ES/DE/FI)

Europese Stichting tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden

**Gezondheidsbevordering op de werkplek in Europa**

**Samenvatting van het programma**

Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen

1997 – 44 blz – 14.8 x 21 cm

ISBN 92-828-1446-7







# GEZONDHEIDS- BEVORDERING OP DE WERKPLEK IN EUROPA

## SAMENVATTING VAN HET PROGRAMMA

Al bijna tien jaar voert de Europese Stichting tot Verbetering van de Levens- en Arbeidsomstandigheden een geheel Europa omvattend programma uit betreffende onderzoek, beleidsontwikkeling en scholing op het terrein van de gezondheidsbevordering op de werkplek. Nieuw beleid en instanties die zich bezighouden met de gezondheid op het werk onderstrepen de noodzaak tot alomvattende, geïntegreerde en op participatie gerichte maatregelen. In deze brochure worden de voornaamste bevindingen van het onderzoek van de Stichting samengevat.



BUREAU VOOR OFFICIËLE PUBLICATIES  
DER EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-828-1446-7



9 789282 814468