

VITAAL EN BEVLOGEN: VERMARKTING VAN GEZONDHEID VAN WERKNEMERS

WRR-PROJECT MARKT, STAAT EN SAMENLEVING

Agnes Meershoek, Yvette Bartholomé, Erik Aarden, Ine van Hoyweghen, Klasien Horstman

WEBPUBLICATIE NR. 53

Januari, 2011

Verkennde studie voor het project Markt, staat en samenleving

Deze tekst is geschreven in opdracht van de projectgroep Markt, Staat en Samenleving van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Voor de inhoud van de tekst en de gerapporteerde bevindingen zijn de auteurs verantwoordelijk. Het project Markt, Staat en Samenleving handelt over de vraag hoe de overheid maatschappelijke en publieke belangen op markten kan behartigen. Volgens de theorie functioneren markten doordat aanbieders een product aan vragers verkopen. In de interactie tussen beide partijen komen prijs en kwaliteit tot stand. Dit zogenaamde marktmechanisme veronderstelt dat er vraag naar een product is, dat er aanbod is, dat er een prijs voor producten beschikbaar is en dat daar een bepaalde hoeveelheid van verhandeld zal worden. Aan een aantal externe auteurs is gevraagd zo gedetailleerd mogelijk weer te geven hoe dit proces van afstemming van vraag en aanbod in de praktijk verloopt. In weerwil van de theorie komen vraag en aanbod, prijs en kwaliteit namelijk niet als vanzelf tot stand. Een tweede vraag is daarom geweest welke rol de overheid daarbij speelde.

De serie Webpublicaties omvat studies die in het kader van de werkzaamheden van de WRR tot stand zijn gekomen. De verantwoordelijkheid voor de inhoud en de ingenomen standpunten berust bij de auteurs. Een overzicht van alle webpublicaties is te vinden op de website van de WRR (www.wrr.nl).

INHOUDSOPGAVE

1 Onderzoek naar markten	
1.1 Introductie	4
1.2 Hoe markten worden gemaakt	5
1.3 Aanpak van het onderzoek	10
2 Het ontstaan van een nieuwe markt	
2.1 Introductie	13
2.2 Een markt als resultaat van overheidsbeleid	14
2.3 De ontwikkeling van ‘marktpartijen’	20
Slot	32
3 Werken aan de markt – framing en commodificatie van een goed	
3.1 Introductie	35
3.2 Identificering van de werknemer-at-risk	35
3.3 Keurmerken en certificering	37
3.4 Kwaliteitscontrole door verzekeraars	42
3.5 Totstandkoming van de prijs	45
Slot	47
4 Effecten van de markt van gezondheidsbevordering voor werknemers	
4.1 Introductie	49
4.2 Bemoeyenis met het privéleven van werknemers?	50
4.3 Disciplineren van werknemers?	52
4.4 Vergroting van sociaal-economische gezondheidsverschillen?	54
4.5 Unfaire verdeling kosten en baten?	55
Slot	56
Conclusie Wie behartigt het publieke belang van gezonde werknemers?	57
Referenties	61
Bijlagen	64

1 ONDERZOEK NAAR MARKTEN

1.1 Introductie

Met de introductie van de Wet Uitbreiding Loondoor-Betalingsverplichting bij Ziekte (WULBZ) in 1996 heeft de overheid werkgevers (en werknemers) verantwoordelijk gemaakt voor verzuimpreventie en gezondheidsbevordering van werknemers. In de eerste jaren daarna ging de aandacht vooral uit naar de controle op uitkeringverstrekking en begeleiding van zieke werknemers om terugkeer op de werkplek te bespoedigen. Heden ten dage dekt de dienstverlening echter een veel breder traject van verzuimbegeleiding, re-integratiebegeleiding, gezondheids- en vitaliteitsbevordering. Deze trend betekent een verschuiving van aandacht voor ziekte van werknemers naar aandacht voor preventie, en binnen de preventie een verschuiving van aandacht voor arbeidsomstandigheden naar aandacht voor individuele gedrags- en leefstijlaspecten. Tot begin jaren negentig is het domein van arbeid en gezondheid in handen van publiekrechtelijke semipublieke bedrijfsverenigingen die beheerd worden door werkgevers en werknemers. Deze bedrijfsverenigingen richtten zich vooral op controle, uitkeringsverstrekking en begeleiding van zieke werknemers. Vanaf de jaren negentig worden deze semipublieke organisaties vervangen door tal van private organisaties, zoals arbodiensten, re-integratiebedrijven, coachingsbureaus, fysiotherapeutische dienstverleners, psychologen, fitnesscentra en verzekeraars die een scala aan diensten aan werkgevers aanbieden, om de gezondheid en de inzetbaarheid van werknemers te bevorderen. In toenemende mate gaat het om zorg- en preventieactiviteiten die tot doel hebben de algehele gezondheid en 'vitaliteit' te bevorderen en die geen directe relatie met werk hebben, zoals wel het geval is bij activiteiten gericht op arbeidsgerelateerde risico's en aandoeningen (het voorkomen van rsi met behulp van regels ten aanzien van beeldschermwerk; voorkomen van slijtageklachten aan het bewegingsapparaat door het maximeren van tilgewicht; het voorkomen van gehoorschade door het beperken van blootstelling aan lawaai; reductie van risico op kanker of aandoeningen aan de luchtwegen door regels ten aanzien van schadelijke stoffen, het verbeteren van leiderschap om stress en burn-out te voorkomen et cetera). Er is met andere woorden de laatste tien jaar sprake van proces van 'vermarkting' van diensten die zich richten op de gezondheid van werknemers (*Het Financieele Dagblad*, 13 april 2010). Het publieke

belang van de gezondheid van werknemers wordt in toenemende mate in handen van private partijen gelegd.

In dit rapport doen wij verslag van een korte, explorerende studie naar het ontstaan van deze ‘markt’ van diensten ter bevordering van de gezondheid van werknemers. We schetsen een reconstructie van de ontwikkeling van ‘marktpartijen’, van een ‘goed’ en van een ‘prijs’. We gaan tevens in op de vraag wat de onbedoelde effecten zijn van dit proces. Ten slotte stellen we de vraag hoe we dit proces van vermarkting moeten duiden: wat doet dit proces met het publieke belang van de gezondheid van werknemers?

In dit eerste hoofdstuk gaan we in op de theoretische achtergrond van de studie en de manier waarop we het onderzoek hebben uitgevoerd, en schetsen we de inhoud van het rapport.

1.2 Hoe markten worden gemaakt

In publieke debatten over de ordening van de samenleving worden overheidsbeleid en marktmechanismen vaak tegenover elkaar gezet. Staat en markt worden als twee geheel verschillende institutionele domeinen voorgesteld, met een eigen cultuur en dynamiek. Dat deze tegenstelling prominent figureert in publieke debatten over de organisatie van de zorg, het onderwijs, het wegennet, et cetera is niet zo vreemd. Ze wordt enerzijds gevoed door ideologische stromingen van sociaal-democratie en liberalisme en hun respectievelijke verwachtingen van staat en markt. Anderzijds wordt deze denkwijze gestimuleerd door de twee wetenschappelijke disciplines die zich richten op de beschrijving en analyse van de mechanismen van staat en markt als zelfstandige institutionele domeinen, de politicologie/beleidswetenschap en de economie. In het zelfbeeld van deze wetenschappelijke disciplines staat de representatiefunctie van wetenschap centraal: zij claimen de werkelijkheid bloot te leggen en te beschrijven, alsof die realiteit onafhankelijk van die disciplines bestaat. Het wetenschaps- en techniekonderzoek (Hackett et al. 2007) heeft echter laten zien dat het zelfbeeld van veel wetenschappelijke vakgebieden nogal eenzijdig is, omdat het blind is voor de interveniërende en normatieve werking van wetenschappelijk onderzoek.

Wetenschap speelt een grote rol in de ontwikkeling en vormgeving van het eigen objectgebied en dat geldt ook voor de relatie tussen de politieke en economische

wetenschappen en hun respectievelijke objectgebieden 'staat' en 'markt'. Deze disciplines hebben dus de tegenstelling tussen staat en markt mede gecreëerd. Mackenzie en anderen hebben bijvoorbeeld het interveniërende karakter van de economie als wetenschappelijke discipline laten zien. Zij spreken van de *performativiteit* van de economische wetenschap (Mackenzie, Muniesa & Siu 2007). Aan de hand van vele voorbeelden laten zij zien dat de economie de economische werkelijkheid niet alleen representeert, maar dat haar taal, ideeën en modellen de economische praktijken en de homo economicus mede hebben gevormd. "Markets are both the objects and the products of research. From financial engineering to market research, the sciences of the market are in themselves part of markets." (Callon, Millo & Munies 2007: 5) De hypothesen en modellen van de wetenschappers zijn verweven geraakt met marktindexen, met software om prijzen te berekenen en met instrumenten voor risicobepalingen in het financiële verkeer.

Diverse auteurs hebben betoogd dat de scheidslijn tussen staat en markt een eenzijdig perspectief is op deze institutionele domeinen, dat de verbinding tussen beide domeinen onzichtbaar maakt. De politiek econoom Polanyi is beroemd geworden met de notie *embeddedness*: economische relaties zijn volgens hem altijd ingebed in maatschappelijke en politieke relaties. In zijn klassieke studie *The great transformation* (1944) laat Polanyi de interdependentie zien tussen de vorming van moderne staten en economieën: de internationale handel kan niet zonder een wettelijke verankering van contracten. De aandacht voor *embeddedness* heeft er volgens de socioloog Gemici echter toe geleid dat Polanyi de markt als het economische en antisociale tegenover het sociale plaatste en daardoor niet kon begrijpen hoe markten zo disembedded en zelfregulerend kunnen worden (Gemici 2007). Ook de sociologisch econoom Hirschman heeft veel aandacht gehad voor de interdependentie van staat en markt. In *Exit, voice and loyalty. Responses to decline in firms, organizations and states* (1970) betoogt hij dat de institutionele regulerings- en feedbackmechanismen van staat en markt – respectievelijk *voice* en *exit* – zelden perfect werken en vaak op elkaar zijn aangewezen om deze institutionele domeinen goed te laten functioneren. Op de markt is *voice* nodig, want een te snelle gang naar de concurrent levert te veel kapitaalverlies op. In de praktijk gaan consumenten bij ontevredenheid ook niet meteen naar de concurrent: zij zijn tot op zekere hoogte loyaal. Omgekeerd heeft een staat exitopties nodig. Waar burgers geen exitoptie hebben, zoals in voormalige Oost-Europese landen, zullen ze ook weinig *voice*

ontwikkelen, en zal het institutionele domein van de staat disfunctioneren (Hirschman 1992). Hoewel het denken in termen van de tegenstelling tussen staat en markt in publieke debatten dus gemeengoed is, en deze tegenstelling door de disciplines van de politieke wetenschappen en de economie gevoed wordt, zijn er op het snijvlak van deze disciplines – in de politieke en sociologische economie – concepten aangereikt die het mogelijk maken om de verbinding tussen deze instituties zichtbaar te maken en te bestuderen.

Auteurs als Polanyi en Hirschman kunnen gezien worden als de vaders van de eerste ‘pragmatische wending’ in het denken over staat en markt. Deze pragmatische wending betekent dat staat en markt niet als gegeven instituties worden opgevat, maar als historisch geconstrueerde institutionele arrangementen. De politieke wetenschap heeft zich lang gericht op wetten en andere formele instrumenten van de staat en de economische wetenschap op abstracte economische modellen, maar de pragmatisch-sociologische blik van deze auteurs heeft een weg gebaad voor empirisch onderzoek naar de alledaagse concrete constructie van staat en markt. Wetenschapsonderzoekers hebben voor een tweede pragmatische wending gezorgd door de rol van de politieke en economische wetenschappen in de constructie van de institutionele arrangementen van staat en markt tot onderzoeksvraag te maken. De pragmatische wending impliceert dus zowel empirisering en concretisering van het onderzoek naar staat en markt, als een hernieuwde reflectie op de rol van wetenschappelijke kennis en technieken in deze domeinen. De pragmatische wending in het onderzoek naar staat en markt kreeg een extra impuls door de ‘crisis’ – de onbedoelde neveneffecten – in beide institutionele domeinen.

Sinds de jaren negentig is het disfunctioneren van de staat als publiek probleem gedefinieerd. Moderne verzorgingsstaten met hun ideaal van verzorging van wieg tot graf, bleken in de praktijk veel neveneffecten te bewerkstelligen die met dat ideaal in strijd waren. Sociologisch onderzoek naar het functioneren van verzorgingsstaten heeft laten zien hoe ze onbedoeld bijdroegen aan bureaucratie, afhankelijkheid van burgers van statelijke dienstverlening, hoge kosten van deze diensten. Het werd ook duidelijk dat deze statelijke arrangementen een spiraal opriepen van nieuwe claims op zorg en nieuwe vormen van ongelijkheid (Van der Veen 1990; Schuyt 1991; Engbersen, Hemerijck & Bakker 1994). Sociologisch onderzoek heeft verder bijgedragen aan de identificatie van

deze onbedoelde effecten en aan de agendering ervan als publieke problemen. Hoewel dit sociologisch onderzoek niet resulteerde in een sterk pleidooi voor privatisering, werd in het publieke debat – geheel in lijn met de klassieke dichotomisering van staat en markt – steeds harder geroepen om marktwerking. Met succes, want de laatste tien jaar zijn in de sociale zekerheid en de zorg verschillende vormen van marktwerking geïntroduceerd. Van marktwerking werd verwacht dat de diensten op het terrein van de sociale zekerheid en zorg efficiënter, goedkoper en doelmatiger zouden worden en dat burgers meer eigen verantwoordelijkheid zouden nemen. Ondanks wetenschappelijke literatuur die die verwachtingen relativeert (Engelen 1995) en die wijst op de beperkingen van abstracte economische theorieën, heeft de Nederlandse verzorgingsstaat een ‘privatiseringsoperatie’ ondergaan.

Ook het disfunctioneren van markten is echter inmiddels als een publiek probleem geformuleerd. De introductie van marktwerking in sterk verstatelijkte sociale zekerheids- en zorgarrangementen, is van meet af aan met discussie gepaard gegaan. Tegenover de argumenten dat de staat zijn kans had gehad en die had verknald, was echter in het nieuwe neoliberale politieke klimaat weinig in te brengen. De sceptici van marktwerking kregen niettemin steun uit onverwachte hoek. De huidige crisis op de financiële economische markten maakt onmiskenbaar duidelijk hoe imperfect markten zijn en hoe weinig zelfregulerend en zelfcorrigerend vermogen markten kunnen hebben. Markten zijn niet een eenvoudige oplossing voor overheidsfalen, ze brengen zo hun eigen problemen met zich mee.

In deze context hebben economisch sociologen ervoor gepleit om, in plaats van te koersen op abstracte economische modellen die een markt als gegeven aannemen, empirisch en antropologisch onderzoek te doen naar de ontwikkeling en het alledaagse functioneren van markten. Hoe ontwikkelt een markt zich, hoe worden zaken tot marktwaar – tot een economisch goed – gemaakt, hoe komt prijsvorming tot stand, welke onbedoelde effecten heeft dat proces en is de markt in staat die onbedoelde effecten te identificeren en te adresseren? Wat voor *werk* moet er verzet worden bij de ontwikkeling van markten? Terwijl sociologen daarbij vooral oog hebben voor het werk van mensen, instituties en organisaties, richten wetenschaps- en techniekonderzoekers zich met name op het werk dat verzet wordt door wetenschap en technieken. Callon en anderen hebben in dat kader het concept ‘marktinstrument’ geïntroduceerd, *market*

device. Daarmee bedoelen zij alle mogelijke soorten technieken die ertoe bijdragen dat iets met betekenis een economisch goed wordt. Market devices bewerkstelligen met andere woorden het proces van *disentanglement*, het proces waarbij de concrete alledaagse contextuele betekenis van iets wordt getransformeerd tot een contextloos, abstract gevormd ‘economisch goed’ dat calculeerbaar is gemaakt om er op die manier een prijs aan te koppelen en dus te kunnen verhandelen. Market devices zijn “the material and discursive assemblages that intervene in the construction of markets” (Callon, Millo & Munies 2007: 2).

In de internationale visserij is bijvoorbeeld de ITQ (Individual Transferable Quota) een voorbeeld van een marktinstrument: dit instrument maakt visrechten een privaat goed, meetbaar en verhandelbaar. In verzekerings- en consumentenkredietmarkten spelen *scoring devices* een belangrijke rol in het vermarktbaar maken van ‘verzekerde levens’ door deze laatste vorm te geven als een goed dat via actuariële technieken calculeerbaar wordt als een normaal of verhoogd risico en waaraan vervolgens een normale of verhoogde premie wordt gekoppeld (Van Hoyweghen 2007). En grote supermarkten maken gebruik van een veelheid aan technieken om levensmiddelen calculeerbaar en waardeerbaar te maken. Een specifieke indeling van het assortiment op verschillende plekken in de winkel en op verschillende rekken (‘ooghoogte’), voorgedrukte boodschappenlijstjes, de boodschappenkar, de bonuskaart, de wekelijkse mailinglists – allemaal market devices die de verkoop bevorderen. De aangeboden producten zijn reeds onttrokken aan de context van hun productie en distributie. Geplaatst op verschillende rekken, die op zich weer gesitueerd zijn op verschillende locaties in de supermarkt zijn deze producten geassocieerd met elkaar, gegroepeerd volgens assortiment, prijs of smaak. Etiketten (met inbegrip van prijs) stellen de klant in staat om keuzes te maken – keuzes die op voorhand al (gedeeltelijk) (in)gecalculeerd zijn door de vele marktprofessionals (designers, merchandisers, producenten, retailers). Daarbij maken ze gebruik van de data die via de bonuskaart verkregen worden (Poon 2007).

In onze studie naar marktwerking inzake diensten voor de gezondheidsbevordering van werknemers sluiten we aan bij de pragmatische wending in het onderzoek naar markten. We maken gebruik van concepten en inzichten uit de economische sociologie en het wetenschaps- en techniekonderzoek, die een radicale empirisering van de studie van markten mogelijk maken en stimuleren tot reflectie op de rol van wetenschap en

technologie in dat proces. Markten zijn er niet, ze worden gemaakt, en dat geldt ook voor de markt voor de gezondheidsbevordering voor werknemers. In deze studie zullen wij reconstrueren hoe deze markt wordt gemaakt, welke market devices daarbij een rol spelen en welke onbedoelde gevolgen te identificeren zijn.

1.3 Aanpak van het onderzoek

Reeds voor wij startten met dit onderzoek hadden wij op basis van eerder onderzoek een goede bekendheid met de praktijken op het snijvlak van arbeid en gezondheid (Horstman et al. 1997; Meershoek 1999; Meershoek et al. 2000; Bartholomée et al. 2005; Meershoek et al. 2005; Van Hal et al. 2009). Om zicht te krijgen op deze specifieke markt voor diensten ter bevordering van de gezondheid van werknemers is een groot scala aan empirische bronnen gebruikt. Naast documentenanalyse zijn interviews gehouden. Voor de documentenanalyse zijn wetenschappelijke en professionele literatuur, beleidsstukken, rapporten, websites en krantenartikelen bestudeerd. Verder zijn vijftien semigestructureerde interviews afgenomen. Er is gesproken met aanbieders van aan arbeid gerelateerde zorg voor de gezondheid van werknemers, zoals arbodiensten, re-integratiebureaus, een gezondheidsadviesbureau, verzekeraars, met werkgevers en werknemers en een vakbondsmedewerker. Daarnaast zijn interviews gehouden met professionals als huisartsen en bedrijfsartsen. Ten slotte zijn interviews gehouden met onderzoekers op het terrein van gezondheidsinterventies op de werkplek. Voor zover we refereren naar deze interviews, is het geanonimiseerd.

In het tweede hoofdstuk geven we een beschrijving van het ontstaan van deze nieuwe markt. We beginnen met de bestuursinstrumenten van de overheid die – bedoeld en onbedoeld – hebben bijgedragen aan het ontstaan van deze markt (2.2). Vervolgens besteden we aandacht aan de opkomst en rol van andere actoren die deze markt mede vormgeven (2.3) en daarbij besteden we ook aandacht aan de rol van de wetenschap. In het derde hoofdstuk gaan we in op het werk dat verzet is en verzet moet worden om het mogelijk te maken de ‘gezondheidsbevordering voor werknemers’ te verhandelen: welke market devices worden ontwikkeld om commodificatie – normstelling en standaardisering van product en prijs – mogelijk te maken? We beschrijven daarbij verschillende mechanismen voor commodificatie: het standaardiseren van de vraag door het ontwikkelen van instrumenten om risicowerknemers in kaart te brengen, het standaardiseren van het productaanbod door middel van keurmerken en certificering, en

hoe de prijs wordt gevormd. In het vierde hoofdstuk bespreken we de externe effecten oftewel onbedoelde gevolgen van deze ontwikkelingen op de aard van het publieke goed (gezondheid en participatie) en de positie en onderlinge verhouding van de diverse betrokkenen (dienstverleners, verzekeraars, werkgevers, werknemers, kennisleveranciers) en de eventuele maatregelen om ongewenste effecten bij te sturen. We sluiten af met tentatieve conclusies over de consequenties van het ontstaan van deze markt voor de 'gezondheid van werknemers' als publiek goed.

2 HET ONTSTAAN VAN EEN NIEUWE MARKT

2.1 Introductie

Al vanaf het begin van de twintigste eeuw is de gezondheid van werknemers als een publiek goed gedefinieerd, dat vraagt om publieke verantwoordelijkheid en publieke arrangementen. De introductie van de Ongevallenwet in 1901 is een van de eerste uitdrukkingen van die publieke verantwoordelijkheid: ze verplichtte werkgevers zich te verzekeren tegen de gevolgen van een bedrijfsongeval en definieerde daarmee ‘industriële risico’s’ als een normaal risico van de moderne industrie en niet als een kwestie van schuld of onrechtmatige daad. Ook toen waren er echter grote debatten over de relatie tussen staat en markt: de wet regelde aanvankelijk dat ze werd uitgevoerd door een statelijke organisatie, de Rijksverzekeringsbank, maar kritiek op dit ‘bureaucratische en monopolistische apparaat’ en op de ‘rust roest aanpak’ resulteerde in een wijziging in 1902 dat werkgevers hun risico binnen het publiekrechtelijke kader ook ergens anders mochten onderbrengen, bijvoorbeeld bij de Centrale Werkgevers Risico Bank. In het voetspoor van de discussie over publieke en private organisatie, werd vervolgens gedebatteerd over de vraag of het de plicht van artsen was werknemers rust te geven of zo spoedig mogelijk weer naar het werk te sturen, en of de groei van de diensten een teken was van het succes of het falen van de wet. In ieder geval genereerde de wet een nieuwe vraag om medische handelingen na een bedrijfsongeval: van de eerstehulpbehandeling tot de diagnostische röntgenfoto, van de medico-mechanische behandeling na functioneel herstel van wonden en breuken tot de zogenaamde Zander massage (Horstman 1999).

Bijna honderd jaar later zien we een vergelijkbare ontwikkeling. Er ontstaat een nieuwe markt voor gezondheidsbevordering waarbij de overheid een grote rol heeft gespeeld. In dit hoofdstuk zullen we beschrijven hoe deze markt is ontstaan. Eerst beschrijven we de maatregelen die de overheid heeft getroffen om zorg voor de gezondheid van werknemers over te hevelen van publiekrechtelijk verankerde bedrijfsverenigingen naar private organisaties (2.2). Vervolgens beschrijven we welke andere actoren in deze ontwikkeling betrokken raken en ‘spelers’ worden op die markt (2.3).

2.2 Een markt als resultaat van overheidsbeleid

De ontwikkeling van een markt voor gezondheid van werknemers is het onbedoelde resultaat van een scala aan wetgevende maatregelen. Het is interessant dat het hierbij gaat om wetten van verschillende ministeries. Terwijl sommige wetgeving expliciet beoogde om privatisering van de verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim te bewerkstelligen, stimuleren de wetten van diverse ministeries samen – onbedoeld – de ontwikkeling van een markt voor de gezondheid van werknemers die niet op die manier voorzien was.

Het ministerie van Sociale Zaken heeft vanaf de jaren 1990 een reeks maatregelen genomen om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid terug te dringen, met de wetten PEMBA, REA, TAV, TZ/Arbo¹ en in het bijzonder de WULBZ (Wet Uitbereiding Loondoorbetalingsplicht bij Ziekte). Terwijl de uitkering tijdens ziekte altijd was betaald uit collectief geïnde werkgevers- en werknemerspremies, regelde de WULBZ (1996) dat gedurende twee jaar (ongeveer 80% van de) loondoorbetaling tijdens ziekte van werknemers een verplichting van werkgevers werd. Het idee daarbij was dat een dergelijke financiële prikkel werkgevers zou stimuleren tot preventie van ziekteverzuim en zich actief in te spannen voor snelle re-integratie in geval van ziekte. Om werknemers te beschermen werden werkgevers verplicht zich bij deze activiteiten te laten bijstaan door een deskundige dienst, in de praktijk de arbodienst. Deze arbodienstverlening, verzuimbegeleiding en -controle, die voorheen door de bedrijfsgeneeskundige dienst (BGD) en de publiekrechtelijke bedrijfsverenigingen werd verzorgd, is tegelijkertijd met de WULBZ geprivatiseerd. Werkgevers werden dus verplicht deze diensten af te nemen bij private ondernemingen.² Een deel van de minimumeisen aan dienstverlening (bijvoorbeeld verzuimbegeleiding en de RI&E: Risico Inventarisatie en Evaluatie) was vastgelegd in de Arbowet (1980; gewijzigd in 1998 en 2007).

Ondanks deze wettelijke financiële prikkels en verplichtingen wordt geconstateerd dat de inspanningen van werkgevers te wensen over laten: het ziekteverzuim laat niet direct een

¹ Afkortingen staan voor de wetten Premiedifferentiatie en Marktwerking bij Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (PEMBA), Re-integratie Arbeidsgehandicapte (REA), Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV), Terugdringing Ziekteverzuim/Arbo (TZ/Arbo).

² De verplichting om een Arbodienst in te schakelen is in 2005 vervallen, omdat ze in strijd was met Europese regelgeving en vervangen door de verplichting zich door deskundigen te laten bijstaan. Deze deskundigen zouden in principe binnen het bedrijf moeten worden gezocht, en pas als die niet aanwezig zijn extern ingehuurd.

daling zien en is er ook weinig aandacht voor preventie. Ook de concurrentie tussen arbodiensten leidt niet tot de gewenste kwaliteitsimpuls.

“Het contract met de arbodienst, wat een aantal jaren geleden een totaalcontract was, is nu vaak een contract op afroepbasis, of op basis van spreekuurcontacten. (...) De enige reden dat de bedrijfsarts wordt ingeschakeld is vanwege administratieve redenen, dat er voldoende aan re-integratie gedaan, dat er voldoende naar mogelijkheden is gekeken. Dus je ziet dat de verminderde regelgeving in de Arbowet ertoe heeft geleid dat de zorg die op dit moment aan werknemers gegeven wordt vaak kleiner is dan in het verleden.” (Interview hoogleraar Psychologie van Arbeid en Gezondheid)

Een analyse van krantenartikelen sinds de invoering van de WULBZ in 1996 tot nu bevestigt dat beeld.³ In de eerste jaren na invoering van deze wet sluiten werkgevers minimale contracten af met arbodiensten, ze doen weinig aan preventie en de markt voor arbodienstverlening stort in, zo blijkt uit een aantal artikelen.

- Sinds privatisering ziektewet geven kleine ondernemers niet meer maar minder geld uit aan verzuimbeleid (*Trouw*, 8-9-1998).
- Privatisering ziektewet heeft niet geleid tot minder verzuim, artsen voelen zich onder druk gezet door werkgevers, verzuimpreventie schiet erbij in (*de Volkskrant*, 28-3-1998).
- Artsen vinden dat er steeds minder aandacht is voor preventie (*de Volkskrant*, 26-3-1998).
- In 1996 is de ziektewet geprivatiseerd, opkomst arbodiensten, maar ziekteverzuim blijft stijgen. Werkgevers zeggen dat arbodiensten falen, arbodiensten stellen dat werkgevers beknibbelen op zorg voor werknemers. Werkgevers sluiten kleinst denkbare contracten af met arbodiensten, tientjespakketten. Stevige sanering in markt arbodiensten. Plannen om premie verzuimverzekering te koppelen aan soort contract met arbodienst. Arbodiensten brengen ene na andere preventieproduct op de markt (Giebels & Mat 1999).

Omdat het beoogde effect van de WULBZ uitbleef, is in 2002 de Wet Verbetering Poortwachter ingevoerd. In deze wetgeving worden verplichtingen van werkgever en werknemer ten aanzien van re-integratie nader geformuleerd, evenals de rol van de bedrijfsarts.

Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft in haar beleid de afgelopen twintig jaar continu benadrukt dat werkgevers verantwoordelijkheid dragen voor verzuimpreventie en gezondheidsbevordering. Wetgeving was echter niet haar enige

³ Deze analyse is uitgevoerd door te zoeken in de Landelijke Krantenbank. Daarin is gezocht op de trefwoorden verzuimpreventie, preventief medisch onderzoek werknemer, vitaliteitsprogramma, vitaliteitscheck, vitaliteitscan, gezondheidscheck en fit personeel in alle landelijke dagbladen in de periode 1996-2010.

bestuursinstrument. Ook de zogenaamde arboconvenanten zijn een belangrijk instrument geweest om aandacht voor verzuimpreventie te stimuleren. In een arboconvenant sloten werkgevers, werknemers en overheid op het niveau van de bedrijfstak een overeenkomst over doelbereiking binnen vier jaar op terrein van verzuimpreventie en arbeidsomstandigheden. De overheid subsidieerde dit beleid, zodat een administratief-bestuurlijke structuur kon ontstaan voor het sluiten, monitoren en evalueren van de convenanten, en werkgevers alleen de kosten voor verzuimpreventie droegen. Het arboconvenantenbeleid is in 2007, met de komst van de nieuwe Arbowet, weer afgeschaft. Wel is in de nieuwe wetgeving meer ruimte voor werkgevers en werknemers om zelf afspraken te maken en dus op de situatie toegespitste maatregelen te treffen. De arbowetgeving geeft zogenaamde doelvoorschriften waarbinnen werkgevers en werknemers moeten opereren. Maar over de wijze waarop ze de doelvoorschriften willen realiseren kunnen ze per branche nadere afspraken maken in zogenaamde arbocatalogi. Deze arbocatalogi kunnen dus op de specifieke risico's van een branche worden afgestemd. De arbeidsinspectie neemt de in de arbocatalogi aangegeven oplossingen als richtsnoer bij haar inspecties en controleert bovendien minder stringent bij bedrijven die met deze oplossingen werken (www.arboportaal.nl).

Het ministerie van Volksgezondheid

De laatste paar jaar worden werkgevers niet alleen vanuit het ministerie van Sociale Zaken aangesproken op hun verantwoordelijkheid voor verzuimpreventie en gezondheidsbevordering, maar doet ook de minister van Volksgezondheid een beroep op werkgevers om zich in te zetten voor de gezondheid van werknemers in het kader van de algemene gezondheidsbevordering. Dat is van belang, omdat werknemers zich een groot deel van hun tijd op het werk bevinden. Onder de noemer 'parallellie van belangen', stimuleert de minister werkgevers om hun verantwoordelijkheid op het terrein van preventie te nemen.

“Chronische aandoeningen zijn tegenwoordig zo goed te managen dat mensen daarmee een lang en productief leven kunnen leiden. Deze ontwikkeling vraagt wel meer dan ooit aandacht voor de leefomgeving van mensen, en dus ook: voor de werkomgeving. Want we willen mensen aan het werk houden, ook als ze een chronische aandoening hebben. En we willen natuurlijk liefst voorkomen dat mensen ziek worden. (...) [Werkgevers] zullen hun menselijk kapitaal moeten koesteren. Investeren in participatie en gezondheid, gezond ondernemen, dat zal cruciaal worden. (...) De baten zijn duidelijk: werknemers die gelukkiger en gezonder zijn en veel efficiënter werken. (...) Gezondheidsbeleid [is] altijd een win-win-situatie. Meer levenskwaliteit

voor de werknemer, en voor de werkgever: behoud van mensen en een betere inzetbaarheid. Minder verzuim, minder arbeidsongeschiktheid. (...) [Daarom] wil ik bijdragen aan het verspreiden van kennis, zodat bedrijven weten hoe ze de weg van nazorg naar voorzorg kunnen bewandelen.” (Klink 2010)

In de nota *Een kwestie van gezond verstand; breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties* (2009) adviseert de SER de minister van Volksgezondheid hoe deze het bedrijfsleven kan stimuleren zijn eigen belang bij preventie te verzilveren en op welke wijze de bijdrage van bedrijven aan de gezondheid van werknemers versterkt kan worden.

“Werkgevers op hun beurt hebben belang bij gezonde, productieve werknemers en een laag ziekteverzuim. Gezond personeel draagt bij aan een gezond bedrijf, een hogere arbeidsproductiviteit en winstgevendheid van ondernemingen.” (VWS 2007: 14)

Het belang van werkgevers, zo betogen zowel de minister van Volksgezondheid als de SER, loopt hier parallel aan het publieke belang.

“Op langere termijn maakt een betere gezondheid ook een langere inzetbaarheid van werknemers mogelijk. Dit is niet alleen van belang voor arbeidsorganisaties (zeker daar waar op termijn veel ‘babyboomers’ met pensioen gaan), maar ook voor de samenleving als geheel. Duurzame inzetbaarheid van arbeidskrachten is nodig om de kosten van vergrijzing op te vangen, om voorziene structurele tekorten op de arbeidsmarkt te verminderen, om het innoverend en mentaal vermogen van de beroepsbevolking optimaal te benutten en om het draagvlak voor de sociale zekerheid op peil te houden. Bovendien impliceert een goede gezondheid van de bevolking minder uitgaven voor zorg.” (SER 2009: 9)

In de nota *Gezond zijn, gezond blijven* (2007) geeft de minister van VWS aan dat de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van werknemers als het gaat om aan arbeid gerelateerde aspecten van gezondheid, zoals arbeidsrisico's of ziekteverzuimpreventie, al verankerd is in de Arbowet.

“Werkgevers hebben grote invloed op het welzijn van werknemers, bijvoorbeeld door de inrichting van het gebouw en de werkplek, maar ook door een organisatiestructuur en faciliteiten beschikbaar te stellen die gericht zijn op gezondheid. Met de nieuwe arbeidsomstandighedenwet van 2007 ligt de primaire verantwoordelijkheid voor arbeidsomstandigheden bij de ondernemingen. Werkgevers en werknemers hebben meer mogelijkheden om het beleid samen in te vullen. Gezondheidsaspecten kunnen hiervan een onderdeel zijn.” (VWS 2007: 14)

In deze nota wordt deze verantwoordelijkheid van werkgevers uitgebreid tot algemene preventieve maatregelen, zoals leefstijlinterventies.

“Werkgevers kunnen werknemers relatief eenvoudig stimuleren door een gezonde catering, de gelegenheid te bieden om te sporten of door een fietsvergoeding te verlenen. De bedrijfsarts speelt een belangrijke rol bij het signaleren van stress, overgewicht en beroepsziekten.” (VWS 2007: 14)

Een deel van deze activiteiten wordt door de overheid bovendien gestimuleerd met behulp van fiscale maatregelen, waardoor de aanschaf van een fiets of de kosten van de sportschool, als de werkgever zich daarbij aansluit, voor werknemers belastingvrij worden. De sportschool merkt dat bij de aanmeldingen.

“We merken nu al dat er steeds meer bedrijven voor warmlopen, omdat het belastingtechnisch aantrekkelijk gemaakt wordt.” (Interview manager fitnesscentrum)

Met al deze maatregelen stimuleert de overheid het ontstaan van een vraag naar diensten op het terrein van verzuimpreventie en gezondheidsbevordering. Door werkgevers verantwoordelijkheden toe te wijzen en verplichtingen op te leggen ontstaat er een belang bij werkgevers om aandacht te besteden aan gezondheidsbevordering, verzuimpreventie en verzuimbegeleiding. Voor deze activiteiten kunnen ze externe diensten inkopen en op bepaalde punten zijn ze zelfs verplicht gebruik te maken van externe dienstverlening.

Het onbedoelde effect van de Zorgverzekeringswet

Naast deze direct op gezondheidsbevordering gerichte overheidsbemoediging met de vraagzijde van de markt voor de gezondheid van werknemers heeft de markt (onbedoeld) een belangrijke impuls gekregen door de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. In deze wet worden alle Nederlandse ingezetenen onder een verzekeringsregime gebracht: een verplichte basisverzekering komt in de plaats van het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. Bovendien moest deze wet concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt bevorderen. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet ontstaat er veel meer ruimte voor het afsluiten van collectieve contracten voor zorgverzekeringen: contracten die werkgevers afsluiten voor hun werknemers en die werknemers korting geven als zij bij die verzekeraar een zorgverzekering afsluiten. Waar het oude verzekeringsstelsel alleen collectieve contracten mogelijk maakte voor particulier verzekerden of voor de aanvullende verzekering kunnen nu voor de hele zorgverzekeringsmarkt collectieve contracten tussen werkgevers en zorgverzekeraars afgesloten worden. Doordat veel verzekerden blijken te kiezen voor een collectief contract en doordat de zorgverzekeringsmarkt sterk in beweging kwam, worden

collectieve contracten voor verzekeraars belangrijk bij het verwerven of behouden van marktaandeel.

Door het belang van collectieve contracten voor zorgverzekeraars zijn werkgevers interessante partners geworden voor verzekeraars. Wanneer een verzekeraar een collectief contract kan afsluiten met een grote werkgever levert dat in één klap een heleboel potentiële verzekerden op. Verzekeraars richten hun collectieve zorgverzekeringspakketten dan ook zo in dat deze aantrekkelijk zijn voor werkgevers. Bijvoorbeeld door producten of voorwaarden op te nemen in de aanvullende verzekering die voor werkgevers interessant kunnen zijn, zoals een preventief medisch onderzoek. Daarnaast bieden zorgverzekeraars zogenaamde totaalpakketten aan werkgevers aan (bijvoorbeeld MenzisWerkgezond, Achmea Present, CZ-zorg). Centraal in deze pakketten staat de zogenaamde helpdesk, waar werkgevers terecht kunnen met vragen over wet- en regelgeving op het terrein van verzuim en wachtlijstbemiddeling. Daarnaast bieden verzekeraars via deze helpdesk vaak ook ondersteunende diensten aan voor de uitvoering van verzuimbeleid (bijvoorbeeld verzuimregistratie en verslaglegging, of het organiseren van casemanagement) en producten en diensten op het gebied van preventie (vitaliteitsmonitor, health checks, cursussen stresspreventie, stoppen met roken, et cetera). Een deel van deze dienstverlening wordt bekostigd via de individuele polissen van werknemers. De helpdesk adviseert werkgevers ook over dergelijke financieringsmogelijkheden.

“Het is gekoppeld aan de collectieve ziektekostenverzekering. Dat is wel de basis, want we maken ook... in dit concept zit ook een helpdesk en die regelt ook de funding. En voor een aantal trajecten kun je dus ook het geld ophalen vanuit je basisverzekering of je aanvullende verzekering. Dat wordt allemaal door die desk geregeld. En daar bovenop komt dan een vergoeding van [de polis]... dus we proberen die restfactuur zo laag mogelijk te houden voor de klant.” (Interview adviseur arbeidsgerelateerde zorg verzekeraar)

Verzekeraars spelen op nog een andere manier een rol op het gebied van ziekte- en verzuimpreventie. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet hebben verzekeraars een centrale rol toebedeeld gekregen in het zorgstelsel. Zij moeten gaan concurreren op de markt en bovendien als ‘zaakwaarnemers’ van hun verzekerden mede zorg dragen voor een kwalitatief goede en betaalbare zorg. Door verzekeraars steeds aan te spreken op deze rol probeert het ministerie van VWS ook een impuls te geven aan preventie. Het ministerie spoort verzekeraars aan preventieve zorg in verzekeringspakketten op te

nemen, omdat verzekeraars worden gezien als partij met een belang bij en maatschappelijke verantwoordelijkheid voor ziektepreventie. Een ander voorbeeld van uitbreiding van preventieactiviteiten is het convenant overgewicht dat het ministerie in 2005 met onder andere de zorgverzekeraars sloot (zie VWS 2006; VWS 2007).

2.3 De ontwikkeling van marktpartijen

Markten en marktpartijen evolueren met elkaar mee. Hoewel de overheid een belangrijke impuls geeft tot het ontstaan van een markt voor de gezondheid van werknemers, is het voor de vorming van deze markt noodzakelijk dat ook andere actoren zich tot marktpartij ontwikkelen. Sommige van deze organisaties bestaan al, maar moeten nu als ‘marktpartij’ gaan werken, andere marktpartijen komen met de ontwikkeling door deze nieuwe markt tot stand. De belangrijkste spelers die we op deze zich ontwikkelende markt tegenkomen naast de overheid zijn de aanbieders van gezondheidsdiensten, werkgevers en kennisinstituten. Werknemers(organisaties) blijken op deze markt tot op heden een ondergeschikte rol te spelen.

Aanbieders van diensten ten behoeve van de ‘gezondheid van werknemers’

Arbodiensten zijn een belangrijke aanbieder van gezondheidsdiensten. De eerste particuliere arbodiensten kwamen voort uit de bedrijfsgezondheidsdiensten en de bedrijfsverenigingen, die al adviseerden over arbeidsomstandigheden respectievelijk (terugdringing van) ziekteverzuim. De bedrijfsgezondheidsdiensten waren publiekrechtelijke organisaties zonder winstoogmerk (Van Attekum 1993); bedrijfsverenigingen vormden een samenwerkingsverband van werkgevers, werknemers en overheid in een bepaalde bedrijfstak. Beide waren dus organisaties die medeverantwoordelijkheid droegen voor het uitvoeren van beleid, passend in een corporatistisch bestuur. De bedrijfsverenigingen zijn inmiddels opgegaan in het UWV, een zelfstandig bestuursorgaan dat in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid werknemersverzekeringen uitvoert.

Na de aanneming van de wet WULBZ, in deze eerste fase van de ontwikkeling van de markt voor gezondheidsdiensten, waren werkgevers primair geïnteresseerd in de prijs. Zij moesten verplicht diensten afnemen bij arbodiensten, en wilden hier bij voorkeur weinig voor betalen. De contracten die werden afgesloten waren minimaal, zodat aan de wettelijke verplichtingen was voldaan, maar verzuimbegeleiding zoals dat was beoogd

door de wetgever kwam niet van de grond, laat staan dat er aandacht was voor verzuimpreventie of gezondheidsbevordering. De producten die werkgevers afnamen beperkten zich tot spoedcontroles na ziekmelding, het bedrijfsgeneeskundige spreekuur en de wettelijk verplichte Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E).

Door moordende concurrentie hebben maar weinig arbodiensten deze eerste fase van de marktvorming overleefd. Op dit moment zijn er nog enkele grote landelijk opererende arbodiensten, en een aantal kleine. De corebusiness is nog steeds de verzuimbegeleiding en de RI&E. Slechts een klein aantal heeft een breder dienstenpakket ontwikkeld en biedt diensten over de hele keten van aan arbeid gerelateerde zorg: vitaliteitsbevordering, gezondheidsbevordering, verzuimpreventie, verzuimbegeleiding en re-integratie (zie verder bij re-integratiebedrijven).

“Werkgevers klagen al jaren over de hoge kosten van arbozorg en de rompslomp die het geeft. Zij willen eigenlijk geen pottenkijkers in hun keuken en een ‘duur’ contract met een arbodienst. Het gevolg is dat bedrijfsartsen nog maar nauwelijks de bedrijven ingaan. Arbodiensten zien hun omzet dan ook voortdurend dalen. Dus wordt er door arbozorginstellingen met gezwinde spoed gezocht naar nieuwe bronnen van inkomsten. En het lijkt erop dat dit wellicht gaat lukken. Want het nieuwe ei van Columbus heet gezondheidsbeleid. Of nog mooier gezondheidsmanagement.” (Jongorius 2010)

Een tweede belangrijke aanbieder van gezondheidsdiensten zijn de *re-integratiebedrijven*. Onder deze noemer gaat een scala van activiteiten en bedrijven schuil. De opkomst van deze branche dateert van eind jaren tachtig. Toen concentreerde de dienstverlening zich op het herplaatsen van mensen op de arbeidsmarkt. Naast werklozen werd de doelgroep in toenemende mate gedeeltelijk arbeidsongeschikten, of mensen die door ziekte of functiebeperking niet meer in hun oude beroep konden functioneren, maar ook geen recht hadden op een uitkering. Deze taken werden voorheen uitgevoerd door de bedrijfsverenigingen, die ook de WW- en WAO-uitkeringsverstrekking verzorgden. De branche van re-integratiebedrijven is in de loop van de jaren negentig enorm gegroeid. Dat was een gevolg van het activeringsbeleid van de overheid in de sociale zekerheid en van de privatisering van de risico's van arbeidsongeschiktheid en van de dienstverlening (het ziekterisico en de verplichte loondoorbetaling werd bij werkgevers gelegd en de re-integratiebegeleiding na de WAO-keuring werd geprivatiseerd). Ook gemeenten maken gebruik van dienstverlening om bijstandsgerechtigden te ondersteunen bij terugkeer op de arbeidsmarkt. In de tijd dat deze diensten nog semipubliek waren georganiseerd was de dienstverlening gericht op re-integratie van werklozen, arbeidsongeschikten en bijstandsgerechtigden strikt

gescheiden van de dienstverlening gericht op zieke werknemers. Verzuimbegeleiding en re-integratie in het eigen werk werden vervolgens het belangrijkste aandachtsgebieden van de arbodiensten die werkten in opdracht van werkgevers. Re-integratiebegeleiding gericht op mensen die niet in hun oude werk terug konden of geen werk hadden en waar dus geen andere werkgever was, werd vooral gedaan door re-integratiebedrijven. Door de verplichting voor werkgevers om zich gedurende de eerste twee jaar van ziekte van een werknemer al te gaan richten op mogelijke vervangende werkzaamheden buiten het eigen bedrijf, raakten het werk van arbodiensten en van re-integratiebedrijven steeds meer met elkaar verweven. De laatste jaren verbreedt het dienstverleningsaanbod daarbij naar activiteiten die steeds vroeger in de keten plaatsvinden en wordt naast verzuimpreventie ook bevordering van gezondheid en vitaliteit aangeboden.

De ontwikkeling, waarin zowel arbodiensten als re-integratiebedrijven hun dienstverleningspakket verbreden tot de hele keten van zorg voor ‘de gezonde werknemer’, vind zijn weerslag in de organisatie op het niveau van brancheverenigingen. Boa, de branchevereniging voor arbodiensten (opgericht in 1995) en Borea, de branchevereniging voor re-integratiebedrijven (opgericht in 2001) zijn in juli 2006 samengevoegd tot Boaborea.

“Boaborea bundelt de krachten van 165 dienstverleners die actief zijn op het terrein van werk, loopbaan en vitaliteit. Zij leveren een bijdrage aan de duurzame inzetbaarheid van mensen. In deze brancheorganisatie zijn arbodiensten, interventiebedrijven, outplacement en loopbaanadviesbureaus, re-integratiebedrijven en jobcoachorganisaties – van groot tot klein, breed of specialistisch georiënteerd, werkzaam voor zowel mens en organisatie – verenigd. Ze werken voor werkgevers, verzekeraars, werknemers, UWV, gemeenten en individuele werkzoekenden.”
www.boaborea.nl

De laatste jaren zijn eerst re-integratiedienstverlening en preventie van aan arbeid gerelateerde problemen bij elkaar gekomen. In toenemende mate raakte dat ook ingebed in algemeen personeelsbeleid, en is er aandacht voor eerdergenoemde algemene gezondheidspreventie en vitaliteit.

Zowel in de arbodienstverlening als in de re-integratie is een groot aantal aanbieders op de markt. Toetreding tot de markt is vrij: er zijn geen beperkingen of restricties. Er zijn een aantal grote landelijk opererende bedrijven, middelgrote bedrijven en een groot aantal kleine bedrijven en kleine zelfstandigen. In de zoekmachine van de Stichting Blik

op Werk⁴ staan 941 dienstverleners geregistreerd. Op de website van BoaBorea zijn deze gegevens te vinden over de omvang van de markt voor arbodienstverlening en re-integratie.

- Opdrachtgevers zijn werkgevers, werknemers, verzekeraars en andere dienstverleners. Business-to-businessmarkt (private financiering) wordt geschat op een volume van ca. 1 miljard euro.
- Ongeveer 5,5 miljoen werknemers en 260.000 werkgevers worden bediend met arbodienstverlening zoals gezondheidsmanagement, preventie, verzuimbegeleiding en arboveiligheid.
- Er worden ongeveer 275.000 – zowel fysieke, psychische als multidisciplinaire – interventies uitgevoerd om mensen te ondersteunen om weer of eerder aan de slag te kunnen of hun inzetbaarheid te verbeteren.
- Ook zijn 45.000 werknemers van werk-naar-werk begeleid met re-integratie voor werkhervatting binnen de eigen organisatie of via outplacement naar een nieuwe werkgever. (boaborea.nl)

De 165 leden van Boaborea vertegenwoordigen met een gezamenlijke omzet van ongeveer 900 miljoen euro zo'n driekwart van de markt voor dienstverlening op het gebied van werk, loopbaan en vitaliteit. (Werken 2009/2010: 8)

Een deel van re-integratiebedrijven biedt diensten aan gericht op de hele keten, dus zowel gericht op gezondheidsbevordering en vitaliteit als gericht op verzuim- en re-integratiebegeleiding. Voorbeelden daarvan zijn Pim Mullier, CIR, Achmea Vitale, HumanCapitalCare.

“De Pim Mulier organisatie biedt een totaalpakket aan diensten en middelen over de gehele lijn van gezondheid en verzuim. Naast beleidsadvisering richt de Pim Mulier organisatie zich op het welzijn en functioneren van individuele medewerkers via actieve preventie, interventies, verzuimbegeleiding en vroege re-integratie.”
(www.pimmulier.nl)

“Het CIR levert al meer dan 20 jaar onafhankelijke en hoogwaardige dienstverlening gericht op preventie en op re-integratie. U kunt bij het CIR terecht voor preventieve projecten, gericht op het voorkomen van verzuim door fysieke en psychische klachten. De re-integratie dienstverlening van het CIR bestaat uit multidisciplinaire behandelingen, individueel en op maat gesneden, uitgevoerd door een vast team. De begeleiding van het CIR is gericht op gezondheid en leefstijl, maar óók op inzetbaarheid en productiviteit. Het stimuleren van zelfredzaamheid staat hierbij voorop, gezond gedrag is het kernbegrip. De wetgeving (onder meer Poortwachter) vormt steeds het kader.” (www.cir.nl)

“Onze dienstverlening staat voor vitaliteitmanagement en verzuimmanagement. Waarbij duurzame inzetbaarheid, snelle werkhervatting en vroegtijdig onderscheiden van risico's een belangrijke rol spelen. Achmea Vitale biedt uw organisatie toegevoegde waarde door ondersteuning bij het verwezenlijken van een effectief en efficiënt

⁴ De Stichting Blik op Werk is een stichting waarin vragers, aanbieders en werknemers/cliënten op de re-integratiemarkt samenwerken. Zie verder in hoofdstuk 2.

vitaliteit- en verzuimbeleid met communicatie als belangrijkste schakel.”
(www.achmeavitale.nl)

“HumanCapitalCare is een onafhankelijke, gecertificeerde arbo- en gezondheidsdienst. De dienstverlening bestaat uit gezondheidsmanagement, preventie, verzuimbegeleiding en interventie en re-integratie. (...)

Samen werken aan gezondheid. Vanuit deze gedachte adviseert en ondersteunt HumanCapitalCare organisaties bij een positieve en op gezondheid gerichte aanpak van werk en arbeidsomstandigheden. Het doel hierbij is het verhogen van productiviteit, kwaliteit en resultaat door het creëren van optimale arbeidsomstandigheden en het beschikken over competente, gemotiveerde en gezonde medewerkers. Hiermee leggen we de basis voor het toekomstige succes van onze klanten.” (www.humancapitalcare.nl)

Andere bedrijven zijn gespecialiseerder en richten zich bijvoorbeeld alleen op verzuimmanagement en besteden minder aandacht aan algemene gezondheidsbevordering.

“Maar hoe u ook werkt aan een ideale werksfeer en werkomgeving, ook uw organisatie krijgt onvermijdelijk te maken met arbeidsverzuim. Door verzuimpreventie probeert u uitval te voorkomen. En met gerichte verzuimbegeleiding kunt u de gevolgen en duur beperken. Maar soms duurt het verzuim langer. Casemanagement gericht op re-integratie wordt dan een nieuwe uitdaging. Schouten & Nelissen ondersteunt uw verzuimbeleid in al deze stadia.” (www.sn.nl)

Een deel van de meer gespecialiseerde bedrijven richt zich op bepaalde problematiek, zoals bijvoorbeeld Winnock, dat zich profileert met een specifieke, multidisciplinaire behandeling gericht op gedragsverandering. Van oudsher behandelden ze vooral mensen met gezondheidsklachten waar in het curatieve sector geen behandeling (meer) voor was, zoals onverklaarbare pijn, vermoeidheid, psychische overbelasting. Sinds 2008 zetten ze deze behandeling ook in in programma's voor mensen met obesitas. Andere bedrijven richten zich juist meer op het gezondheids- en vitaliteitsmanagement, zoals bijvoorbeeld Lifeguard.

“Vakbekwaamheid alleen is niet voldoende om goed te presteren. Vitale mensen zijn simpelweg productiever. Als werkgever kunt u daar aan bijdragen.” (www.lifeguard.nl)

Het moge duidelijk zijn dat de nieuwe zich ontwikkelende markt niet alleen kansen biedt voor bestaande dienstverlening, maar ook een stimulans is voor nieuwe aanbieders. Gezien het feit dat de markt open is en vrij baan geeft aan nieuwe toetreders, kunnen velen een kansje wagen.

Een derde partij die de aanbodzijde van deze markt mede vormgeeft, zijn *particuliere verzekeringsmaatschappijen*. Voor met name kleine werkgevers bracht de WULBZ een

niet te dragen risico met zich mee. Voor een bedrijf met maar een paar werknemers is het doorbetalen van het loon gedurende twee jaar een kostenpost die normaal gesproken niet op te brengen is. Particuliere verzekeringsmaatschappijen zijn in dit gat gesprongen en ontwikkelden een verzekering voor werkgevers die deze risico's dekten. In de tweede helft van de jaren negentig maakten veel werkgevers gebruik van deze verzekering, waardoor de financiële prikkel die de overheid had ingebouwd tijdelijk teniet werd gedaan. De premie voor deze verzekering werd echter al snel dermate hoog dat vrijwel alle werkgevers met meer dan honderd werknemers al snel weer afhaakten. Voor kleinere werkgevers, die voor een deel gezamenlijk, via de regionale brancheorganisaties, een dergelijke verzekering afsloten, bleven verzekeringsmaatschappijen wel actief. Deze nieuwe partij op de markt – de verzekeraar – kreeg baat bij het terugdringen van ziekteverzuim om de schadelast te beperken. Om het verzuim te kunnen beïnvloeden gingen de zorgverzekeraars, al dan niet in aparte holdings, verzuimbegeleidings- en preventieactiviteiten op touw zetten. Deze activiteiten zijn een aantal jaar tamelijk bescheiden van omvang geweest, of hebben zich in dochterondernemingen van verzekeringsmaatschappijen ontwikkeld tot bredere re-integratiebedrijven die ook rechtstreeks voor werkgevers werken die geen loondoorbetalingsverzekering afnemen. Verzekeraars fungeren niet alleen als aanbieders, maar ook als intermediair op deze markt. In deze laatste rol, zo zullen we in het derde hoofdstuk zien, brengen verzekeraars aanbieders zoals re-integratiebedrijven en werkgevers bij elkaar.

De rol van verzekeraars op deze markt is sterk toegenomen met de introductie van de Zorgverzekeringswet en de opkomst van collectieve contracten voor de ziektekostenverzekering. Om de slag om collectief verzekerde werknemers te winnen moeten verzekeraars werkgevers overhalen met hen in zee te gaan. Dat doen zij door een verzekeringspolis te bieden die, ofwel in de aanvullende verzekering, ofwel in aparte verzekeringen die daarnaast worden afgesloten met werkgevers voor hen aantrekkelijke producten en voorwaarden op te nemen, zoals wachtlijstbemiddeling voor snellere zorg, health checks of een helpdesk en adviseurs voor werkgevers.

Afnemers van gezondheidsdiensten: werkgevers

De klanten op de markt van gezondheidsbevordering van werknemers zijn niet de werknemers zelf, maar de werkgevers. Zoals in bovenstaande al aan de orde is geweest, zien werkgevers zichzelf niet vanzelfsprekend als klant, zij worden door het

overheidsbeleid en door culturele normen voor ‘gezond leven’ en ‘goed werkgeverschap’ tot klant gemaakt. Overheidsmaatregelen beogen de ‘vraagkant’ te stimuleren door werkgevers de financiële consequenties te laten dragen van verzuim. Ook is een aantal wettelijke voorschriften ontwikkeld die werkgevers verplichten zorg te dragen voor gezonde werkomstandigheden en het terugdringen van ziekteverzuim. Tot slot probeert de overheid met ‘zachte’ middelen werkgevers te stimuleren om verantwoordelijkheid te dragen voor de gezondheid van werknemers.

In eerste instantie is de ontwikkeling van de ‘vraag’ , zo zagen we al, moeizaam verlopen. In de jaren negentig maakten werkgevers slechts minimaal gebruik van de arbodienstverlening en als ze dat deden ging het niet over verzuimpreventie of gezondheidsbevordering. Langzaam maar zeker worden werkgevers actiever, onder andere omdat kostenplaatjes van ziekteverzuim laten zien dat snelle interventie en begeleiding loont. Maar op algemene gezondheidspreventie gerichte diensten vinden ook steeds meer aftrek. Volgens sommigen komt dat doordat de meeste werkgevers hun verzuimbegeleiding nu wel op orde hebben, dat ze hebben ervaren dat investeringen daarin lonen, en dat ze daarom meer interesse krijgen in preventie en gezondheidsbevordering in brede zin.

“Werkgevers investeren in gezondheid van werknemers. 1/3 arbodiensten ziet inkomsten stijgen door opzetten gezondheidsbeleid in bedrijven (zegt TNO). Helft arbodiensten maakt winst met trainingen voor werkgevers om verzuim te voorkomen. Ook re-integratiebedrijven springen in gat. Ook groei adviesbureaus: Lifeguard groeide in 1½ jaar van 3 naar 18 medewerkers. Aantal gezondheidsbureaus groeide snel tot ongeveer 100. Kosten als mensen ziek worden, of als ze minder productief zijn omdat ze fysiek of mentaal minder goed in hun vel zitten.” (Berg 2005)

“Het doel van werkgevers is om hun menselijk kapitaal op een goede manier aan de slag te houden totdat ze stoppen met werken.” (Interview adviesbureau MKB)

Volgens werkgeversforum Kroon op het Werk is het bewezen profijtelijk voor werkgevers om aan gezondheids- en vitaliteitsmanagement te doen. Dat bevordert het welbevinden van werknemers.

“Die formule, die visie op zo’n manier van kijken naar je mensen, dat motiveert bedrijven om aan preventie te doen. En dan is het niet het groene randje of hoe je het ook noemen wil..., maar dan is het gewoon het nadenken en dat integreren in je bedrijf, dat wordt een integraal onderdeel van je bedrijf, en dat is vaak voor bedrijven een stap te ver, want dat is niet hun core business... vooral kleine bedrijven niet maar daar zit wel 80% van de werkgelegenheid.” (Interview werkgeversforum)

Ook verzekeraars denken dat preventie en vroegopsporing van risico's loont.

“In [de polis] zit ook een health check, dan kunnen ook toch dingen ontdekt worden, die dan, iemand die een hoge bloeddruk heeft, dan kan verdere schade voorkomen worden..., want wat voor ons als zorgverzekeraar, voor ons een win is, althans dat denken we, we proberen de medische consumptie van zo'n collectief zo laag mogelijk te krijgen, zo veel mogelijk in preventie te investeren.” (Interview adviseur arbeidsgerelateerde zorg verzekeraar)

Hoewel sommigen het nut van gezondheidsbevordering benadrukken als het gaat om het ontstaan van een nieuwe vraag naar diensten ter bevordering van de 'gezondheid van de werknemer', worden ook andere verklaringen gegeven voor het ontstaan van een vraag. Zo zou de krimpende beroepsbevolking en de krappe arbeidsmarkt een reden zijn om zaken als health checks en fitness aan te bieden. Werkgevers zouden deze activiteiten zien als gunstige secundaire arbeidsvoorwaarden, die personeel aantrekken. Vooral jonge medewerkers zou dit aanspreken; een groep die werkgevers graag aan zich binden, omdat ze verwachten in de toekomst moeilijk personeel te kunnen vinden.

“Het kan een onderdeel van je bedrijfscultuur zijn, je kan het doen om mensen met elkaar in contact te brengen, verplichting naar je werknemer. Maar om actief je verzuim te managen? Dan beschikken wij niet over studies die dat aan kunnen tonen. Imago, binding, onderscheidend zijn, dat zijn redenen om dat te doen, maar niet arbeidsongeschiktheid, inzetbaarheid. (...) Wij bieden het aan omdat er vraag naar is. Vanwege imago, onderdeel personeelsbeleid, verantwoordelijkheid, werkgevers willen dat aangeboden hebben. Maar zij kunnen ook de evaluatiestudies lezen, die zijn niet nieuw. Waar ligt het rendement van de inspanningen? Wat bereik je dan met die programma's? Welk deel van het verzuim is beïnvloedbaar? Wat wil je dan nog beïnvloeden met vitaliteitsprogramma's? Zeer de vraag. Toch barst het van de bedrijven met een fitnessruimte: als arbeidsvoorwaarde, aantrekken (sportieve) werknemers, selectie.” (Interview inkomensverzekeraar)

“De motivatie is bijna altijd secundaire arbeidsvoorwaarden, ik wil gewoon goede werknemers hebben. (...) De nadruk op vitaliteit is pas de laatste jaren gekomen vanwege voorziene krapte op de arbeidsmarkt. De komende jaren, als er meer ouderen zijn, wordt dat ook een noodzaak. En tegelijkertijd, wat het voor werkgevers ook noodzakelijk maakt om iets te doen naar de werknemer, is dat de werkrelatie steeds losser wordt, flexibiliteit, werkgevers houden ervan een makkelijke ontslagmogelijkheid te hebben. Die individuele binding wordt minder, waardoor je andere dingen moet doen om mensen aan je te binden. Meestal gaat het dan niet meer om een kwartje meer te betalen, daar wordt toch overheen geboden. Maar om, wat kan ik extra leveren, kinderopvang, gezondheidsprogramma's komen er, dat er aandacht is voor je personeel. Om zo te laten zien dat jij een bedrijf bent dat zorg heeft voor zijn personeel.” (Interview hoogleraar Psychologie van Arbeid en Gezondheid)

“Het motief kan zijn goed werkgeverschap. Wil je als werkgever betrokkenheid en bevlogenheid hebben, dan zoek je het in die hoek. Je investeert in mensen op een manier waar je zelf als werkgever ook iets aan hebt. Anders dan samen een avondje uit,

laat dit zien waar je staat als individu, hoe staat mijn gezondheid ervoor.” (Interview gezondheidsadviesbureau)

“Goed werkgeverschap, [naam auto-importeur] wil gewoon het beste bedrijf van Nederland postuleren, die doen van alles, running teams, biking teams.” (Interview adviseur arbeidsgerelateerde zorg verzekeraar)

Ook wordt gewezen op de groeiende rol van verzekeringsmaatschappijen, die met de privatisering in meerdere domeinen een scharnierpositie hebben gekregen op het snijvlak van verschillende markten en baat hebben bij verlagen van de kosten voor ziekteverzuim. Daarnaast wordt ook gewezen op de verandering in arbeidsorganisaties en de toenemende complexiteit van arbeid, waardoor een steeds groter beroep wordt gedaan op geestelijke competenties en mentale weerbaarheid van werknemers.

Ontwikkelaars van gezondheidsbevordering: kennisinstituten

Op de zich ontwikkelende markt voor de gezondheid van werknemers wordt ook een aantal kennisinstituten actief. Zij zijn de belangrijkste productontwikkelaars. Ze ontwikkelen programma's en instrumenten voor de daadwerkelijke zorg en bieden deze producten en diensten aan arbodiensten, re-integratiebedrijven en verzekeraars aan. De kennisinstituten zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling van *market devices*, die het mogelijk maken de gezondheid van werknemers en de handelingen die bijdragen aan hun gezondheid te ontdoen van de lokale en gesitueerde betekenis en een meer abstract goed product te maken. De werknemer wordt een 'risico' en het eten van een lunch met bruin brood en fruit wordt een 'interventie'. Deze kennisinstituten beogen de wetenschappelijke waarde van de programma's, instrumenten en interventies te onderbouwen. Geïnspireerd door de conventies in de disciplines van epidemiologie, gezondheidsbevordering, gezondheidspsychologie etc. dragen zij bij aan het ideaal van *evidence based health promotion*, een ideaal dat het gebruik van deze diensten in arbeidsorganisaties publieke legitimatie verschaft. De norm dat gezondheidsinterventies 'bewezen effectief' dienen te zijn versterkt niet alleen de legitimatie van deze interventies op de werkplek, maar stimuleert waarschijnlijk ook de vraag naar die interventies bij werkgevers: diensten die het imago hebben dat ze werken maken een grotere kans op afname.

Kennisinstituten spelen een cruciale rol bij de ontwikkeling van de markt voor gezondheidsbevordering. Om deze markt te doen ontstaan moeten immers zowel de 'gezondheid van werknemers' en als 'gezondheidsbevorderende interventies' – het

probleem en de oplossing – gekwalificeerd en gecalculeerd worden. In dat proces creëren deze kennisinstituten hun eigen object, de werknemer at risk en de strategieën om dat risico te verkleinen. Met het nastreven van het ideaal van de evidence based health promotion benadrukken deze instituten de representatie functie van hun werk. Maar wat voor de economische wetenschap geldt, geldt ook voor deze disciplines. De kennisinstituten en de betrokken disciplines zijn niet alleen representatief, ze zijn performatief: deze disciplines interveniëren door een specifiek object te creëren, en hun interventies dragen dus ook in belangrijke mate bij aan de transformatie van de gezondheid van werknemers tot een economisch goed.

Een voorbeeld van een kennisinstituut dat opereert als aanbieder op deze markt is TNO. TNO heeft bijvoorbeeld een programma ontwikkeld waarmee bedrijven hun personeel optimaal productief en inzetbaar kunnen maken en behouden. Met het programma kunnen de kosten en baten van acht verschillende vormen van bewegingsstimulering voor een specifieke bedrijfssituatie worden berekend. Ook biedt TNO aan voor een bedrijf de knelpunten in kaart te brengen op het gebied van bewegingsarmoede en leefstijl van werknemers en vervolgens aan te geven welke oplossingen het meest effectief zijn.

“Enthousiaste medewerkers, werk dat inspireert en werk waar medewerkers trots op zijn. Zowel medewerkers, leidinggevenden, organisaties en klanten varen hier wel bij. Bevlogenheid, want daar hebben we het hier over, krijgt steeds meer aandacht omdat dit de kans op gezondheidsklachten vermindert en de kwaliteit van de dienstverlening beïnvloedt. (...)

Wat biedt TNO? TNO maakt een analyse van knelpunten in de werkprocessen en van factoren in het werk die bevlogenheid stimuleren of juist belemmeren. De analyse betreft verschillende onderdelen waarbij diverse vragen beantwoord worden. (...)

In de analyse besteedt TNO zowel aandacht aan die elementen die medewerkers leuk vinden en waar ze energie van krijgen als aan de knelpunten die plezier in het werk belemmeren. (...)

Wilt u bevlogen en gezonde medewerkers? Neem dan contact op.” (www.TNO.nl)

Een andere kennisorganisatie die zich op deze markt gaat bewegen is het RIVM. Het Centrum voor Gezond Leven dat bij het RIVM is ondergebracht, verzamelt gezondheidsinterventies die landelijk te implementeren zijn en beoordeelt deze interventies op kwaliteit door middel van een certificeringssysteem (www.loketgezondleven.nl). Op de website Nationaal Kompas Volksgezondheid biedt het RIVM een algemeen overzicht van aanbod van interventies gericht op gezondheidsbevordering op de werkplek. Zo zijn er interventies gericht op bewegen, roken, alcohol, gezonde voeding (www.nationaalkompas.nl). Uit het overzicht (zie bijlage 1) blijkt dat bij het vormgeven van deze interventies wordt samengewerkt met

vele andere kennisinstituten, zoals het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en TNO.

Deze kennisinstituten ontwikkelen niet alleen gezondheidsbevorderende programma's, maar ook voorspellende instrumenten om risicowerknemers te identificeren. Zo werd in de jaren 1980 de Work Ability Index (WAI) – een vragenlijst die het fysieke en geestelijke werkvermogen van werknemers in kaart brengt – ontwikkeld door het Finnish Institute of Occupational Health, en deze is vertaald en bewerkt voor gebruik in Nederland. Blik op Werk, het kwaliteitsinstituut van de re-integratie branche is licentiehouder in Nederland en heeft gezorgd voor standaardisering door te zorgen dat de vele versies van WAI in 2008 werden teruggebracht tot één algemeen gebruikte 'standaardversie'. Voor het gebruik van de WAI via een sublicentie wordt in 2010 tussen de 950 en 2250 euro plus 2 euro per vragenlijst betaald. Een ander voorbeeld is de Balansmeter, ontwikkeld door de Universiteit Maastricht, waarmee het risico op toekomstig verzuim van individuele medewerkers in kaart kan worden gebracht (bijlage 2).

“De Balansmeter is een exclusief product waarmee Achmea Vitale toekomstig verzuim kan opsporen. Met deze unieke vragenlijst sporen we medewerkers 'at risk' op en voorkomen we uitval door gerichte begeleiding. De Balansmeter is een wetenschappelijk getest instrument waarbij we nauw samenwerken met de Universiteit van Maastricht.” (www.achmeavitale.nl)

“De Universiteit Maastricht zette samen met ABN AMRO Arbo Services de Balansmeter op de markt. Een instrument (lees: een vragenlijst) dat kan voorspellen welke kantoorwerknemers een verhoogde kans hebben op langdurig ziekteverzuim. Uit een vervolgstudie bleek bovendien dat vroegtijdig ingrijpen het verzuim van deze groep met 35% kon terugdringen. Via de Balansmeter BV ontwikkelt de UM het instrument door, samen met ABN AMRO Arbo Services en Achmea Vitale. (...) Bij wetenschappelijk onderzoek is implementatie van de resultaten vaak de grootste uitdaging. Juist bij de Balansmeter is deze implementatie succesvol verlopen. Achmea Vitale doet de arbozorg voor 2,5 miljoen Nederlanders. 'Als het resultaat straks is dat een half tot één miljoen werknemers anders bejegend wordt dankzij de Balansmeter, zou dat al ongelofelijk zijn.'” (www.maastrichtuniversity.nl)

Kennisinstituten leveren niet alleen instrumenten, ze voeren ook evaluatieonderzoek uit voor re-integratiebureaus, naar interventies die deze re-integratiebureaus daar uitvoeren.

“En dan kun je daar ook effectmetingen aan verrichten... dat hebben we ook gedaan... waarbij de Universiteit Groningen het design daarvoor gedaan heeft, naar de effectiviteit van fysiotherapie op de werkvloer.” (Interview re-integratiebureau)

Voor universiteiten en kennisinstituten betekent deze nieuwe markt niet alleen een niche voor nieuwe werkzaamheden, maar zij spelen een bijzondere rol in de publieke legitimatie van de investeringen ten behoeve van de gezondheid van de werknemer en van de kwaliteit van de producten en diensten.

Professionals

Op de nieuwe markt gericht op de gezondheid van werknemers, komen we niet alleen wetenschap tegen, maar ook een scala aan professionele beroepen. Aan de ene kant zijn er professionals actief afkomstig uit gevestigde, goed georganiseerde en gereguleerde professionele beroepen zoals artsen, psychologen en fysiotherapeuten. Aan de andere kant stimuleert de zich ontwikkelende markt een grote verscheidenheid van veel minder eenduidig gedefinieerde nieuwe beroepen zoals re-integratiebegeleiders, casemanagers, coaches, trainers, et cetera die geen beschermde titels zijn.

Met het veranderend veld van de diensten voor de gezondheid van de werknemer moeten deze beroepen zich op een nieuwe manier tot elkaar gaan verhouden. Het is opvallend dat de re-integratiebureaus en de kennisinstituten een grote voorkeur hebben voor niet-medische professionals: zij zijn van mening dat artsen het vraagstuk van de gezondheid van de werknemer te veel medicaliseren. Hun interventies zouden te vaak reactief zijn in plaats van proactief, en ze zouden problemen te snel definiëren in termen van ziekte, en spreken werknemers te weinig aan op hun eigen verantwoordelijkheid.

“Het overgrote deel van het verzuim heeft geen medische component, dus daar heb je ook geen arts voor nodig.” Interview inkomensverzekeraar)

De primaire taak van de bedrijfsarts ligt bij de verzuimbegeleiding en op het preventieve terrein bij de health check: daarbij gaat het immers om medische handelingen zoals een bloeddrukmeting, een cholesterolmeting en een urineonderzoek die medische informatie opleveren die alleen voor een arts toegankelijk is. Voor de follow-up van de health check gaan veel werknemers overigens naar huisartsen, die tamelijk sceptisch staan ten opzichte van preventieve activiteiten, met name deze health checks.

“Het is verder belangrijk dat personen naast inlichting over eventuele risico’s verder begeleid worden door een professional die kennis van zaken heeft. Vaak houdt het op bij het geven van informatie. Ik krijg dan bijvoorbeeld ook regelmatig mensen over de vloer die langskomen voor de interpretatie van de resultaten van een gezondheidscheck die op het werk is uitgevoerd.” (Interview huisarts)

“In grotere bedrijven worden health checks al jaren als een vanzelfsprekendheid gezien. Er wordt op zijn minst gesuggereerd dat zo’n gezondheidscheck niets anders dan positieve invloed heeft op het welzijn van het bedrijf en de werknemer. En dat is gewoon niet waar. Ze zijn vooral kostbaar en de positieve effecten op de lange duur zijn onbewezen. Waar gemeten wordt, worden meet- en interpretatiefouten gemaakt. Dit kan ziektegedrag veroorzaken, zoals bij de eerder beschreven patiënt. (...) Voorheen gezonde burgers krijgen allerlei kwalen aangepraat door zorgaanbieders met minimaal verdachte dubbele agenda’s en ik kan al die stormen in de vele glazen water voor 9 euro tot bedaren brengen. De huisarts als bestrijder van doelbewust gecreëerde collectieve hypochondrie.” (Van Bommel 2007)

Een van de geïnterviewde huisartsen staat kritisch tegenover vitaliteitsprogramma’s op het werk. Zij zouden voornamelijk een economisch doel hebben, en werknemers zouden niet meer ziek mogen worden.

“Werknemers ervaren minder steun en begrip van de werkgever, ze worden vooral geacht te produceren.” (Interview huisarts)

Ook fysiotherapeuten werken vooral in de verzuimbegeleiding en worden ingezet bij klachten aan het bewegingsapparaat. Omdat het daarbij vaak gaat om zogenaamde onverklaarbare klachten, is de trend om te werken in multidisciplinaire teams, waarbij psychologen en gedragstherapeuten cognitieve gedragstherapie inbrengen als een manier om werknemers met klachten te leren omgaan. Overigens verschuiven ook hier de interventies van het curatieve naar het preventieve vlak, en wordt deze multidisciplinaire aanpak ook gebruikt voor leefstijlinterventies.

Het is onduidelijk hoe de professionele verhoudingen op deze nieuwe markt zich zullen ontwikkelen, en of er nieuwe scheidslijnen en samenwerkingsvormen zullen ontstaan tussen de betrokken professionele beroepen, tussen de gereguleerde en de niet-gereguleerde beroepen (psychologen en trainers) en tussen medische en niet-medische beroepen.

Slot

De nieuwe markt voor fit en vitaal op de werkplek wordt door overheidsbeleid in het leven geroepen. In de context van het terugdringen van de kosten voor de gezondheidszorg, het opvangen van vergrijzing, en discussies over verhoging van de

pensioenleeftijd, ontwikkelen meerdere ministeries beleid dat deze markt stimuleert. Het gaat daarbij om hard beleid (wetgeving) en zacht beleid (adviezen). Met de ontwikkeling van een nieuwe markt voor gezondheidsbevordering op de werkplek ontwikkelen zich een deel van de betrokken partijen tot marktpartijen. Sommige partijen die al betrokken waren bij de gezondheid van werknemers, zoals bedrijfsartsen, zien bestaande relaties met werkgevers veranderen in marktrelaties, hetgeen nieuwe eisen stelt aan het professionele repertoire: de moderne bedrijfsarts is ook een ondernemer en moet op zijn minst rekening houden met de commerciële belangen van zijn werkgever. Er ontstaan echter ook nieuwe bedrijven die deze ‘nieuwe’ diensten op het terrein van vitaliteit en fitheid aanbieden. Terwijl de nieuwe markt zich richt op de gezondheid van de werknemer, zijn werknemers opvallend afwezig als speler op de markt. Terwijl allerlei partijen kansen zien om producten te ontwikkelen of te gebruiken en zich een plek te verwerven als speler op de markt, horen we van werknemers weinig. Ook hun vertegenwoordigers, de vakbonden, zetten het onderwerp gezondheidsbevordering niet op de agenda. In een interview met een vertegenwoordiger van de vakbond kwam primair een positieve houding naar voren ten aanzien van initiatieven om de gezondheid van werknemers te bevorderen.

“Ik sta volledig achter het invoeren van deze programma’s. Er is behoefte aan gezondheidschecks, werknemers zijn erg enthousiast. (...) Ik kan geen nadelen van dit soort gezondheidsbevorderende programma’s noemen.” (Medewerker vakbond)

Werknemers worden op deze markt primair een object van zorg, een instrument om andere doelen (welvaart op de langere termijn, participatie bij vergrijzing, hoog scoren op Europese benchmarks voor gezondheid en participatie op de arbeidsmarkt) te realiseren. FNV-voorzitter Jongerius toont zich wel kritisch over deze ontwikkeling.

“De vraag is of je in die bedrijven waar vrijwel geen aandacht is voor goed arbobeleid met goed fatsoen werknemers kunt ‘belasten’ met gezondheidsbeleid? Met andere woorden: Kun je een werknemer iedere werkdag onverantwoord laten sjouwen... en hem dan gaan vertellen dat hij na werktijd ‘lekker moet gaan bewegen’? (...) Door de nadruk te leggen op gezondheidsrisico’s buiten het werk, wint de gedachte aan populariteit dat het eigenlijk je eigen schuld is wanneer je ziek wordt. Het accent komt dan te liggen bij je eigen leefwijze en de aandacht voor ‘spelregels op het werk verslapt. Werkgevers nemen deze gedachtegang graag over en verplaatsen met andere woorden de verantwoordelijkheid voor gezond kunnen werken van de werkgever naar de werknemer. En van de werkplek naar de privéomgeving. (...) Werknemers waar niks aan mankeert, die stuur je niet naar een health check die puur gericht is op de status van je gezondheid. Veel interessanter en belangrijker is het om te kijken naar ziekmakende werkplekken.” (Jongerius 2010)

Uit het citaat komt naar voren dat de FNV eerder defensief reageert dan proactief. Ze lijkt de aandacht terug te willen verplaatsen naar een onderwerp waar de vakbonden van oudsher sterk in zijn geweest, de arbeidsomstandigheden oftewel 'ziekmakende werkplekken'. Dit kritische geluid verandert echter niet de positie die werknemers innemen op de 'markt': zij zijn object van geprivatiseerde preventieve zorg en gezondheidsbevordering. Als speler op deze markt doen werknemers niet mee.

3 WERKEN AAN DE MARKT – FRAMING EN COMMODIFICATIE VAN EEN GOED

3.1 Introductie

Markten, goederen en prijzen zijn geen gegeven grootheden, maar worden gemaakt. Een fenomeen zoals gezondheid is niet per definitie een te verhandelen goed, maar moet als zodanig gekwalificeerd worden. Dat betekent dat de gezondheid van de werknemer van de alledaagse ervaringen van deze werknemers zelf moet worden losgekoppeld en moet ‘verdinglijken’. De gezondheid, de vitaliteit en de fitheid van een werknemer moet geabstraheerd worden van de lokale setting (*disentanglement*) en tot een standaard gemaakt worden, zodat ze op een meer of minder stabiele manier aan een prijs kan worden gerelateerd. In dit hoofdstuk laten we zien hoe dat proces in zijn werk gaat en welke market devices daarbij een rol spelen. Eerst beschrijven we hoe diverse ‘market devices’ de framing van het product ‘gezondheid’ van werknemers bewerkstelligen: risico-screeningsinstrumenten, certificering, keurmerken, kwaliteitscontroles door verzekeraars en verwetenschappelijking dragen bij aan de framing van de diensten gezondheid tot een verhandelbaar goed en aan de comodificatie van gezondheid. Daarna gaan we in op de vorming van de prijs en laten we zien hoe sterk de relatie is tussen de kwalificering en prijsvorming.

3.2 Identificering van de werknemer-*at-risk*

Door de aandacht voor gezondheid op deze nieuwe zich ontwikkelende markt vindt een framing plaats van het object van zorg, de individuele werknemer. Niet de werkgever maar de werknemer is degene op wie de producten in deze markt aangrijpen en waar de doelen van deze producten en diensten gerealiseerd moeten worden: het gaat om het gewicht, het beweegpatroon, de leefstijl, de levenslust en de energie van de werknemer. Maar van welke werknemers precies? Met de verschuiving van zorg gericht op de zieke werknemer naar zorg voor de nog gezonde werknemer – de risicogroepen – wordt de doelgroep voor vermarkting van gezondheid enorm uitgebreid. Terwijl gemiddeld maar 4% van de werknemers ziek zijn (dan beslaat de markt voor begeleiding van zieken dus 4%), wordt slechts 10% van de werknemers vitaal geacht (dan beslaat de markt voor gezondheidsbevordering 90% van de werknemers). Door het subject van zorg meer en meer te framen in termen van risico’s wordt de markt voor gezondheidsbevordering sterk vergroot.

“We willen ons naast de 4% die verzuimt, ook richten op de 96% gezonde mensen en bekijken wat we daarvoor kunnen doen.” (Interview adviesbureau MKB)

“Gemiddeld is 95% van de mensen in organisaties níet ziek. En dat wilt u natuurlijk het liefst zo houden. Hoe? Door ze te motiveren en hun bevoegenheid te prikkelen.” (Leaflet Schouten & Nelissen)

Met deze uitbreiding van de doelgroep verandert ook het productaanbod. Op de markt is een verschuiving opgetreden van verzuimbegeleiding en zorg gericht op arbeidsomstandigheden, waarbij ook de werkgever een belangrijke rol en verantwoordelijkheid had, naar gezondheidsmanagement en vitaliteitsbevordering, waarbij de individuele werknemer verantwoordelijk wordt. Producten die zich op deze werknemer richten zijn heel divers: lunchwandelen, bedrijfsfitness, op de fiets naar je werk, neem de trap, gezond eten in de kantine, stoppen met roken, health checks, fitheidsweken, enzovoorts. Programma's zijn niet alleen gericht op lichamelijke gezondheid, maar ook op geestelijke veerkracht (omgaan met stress, time-management, coaching), vitaliteit en bevoegenheid.

Om de werknemers-at-risk preciezer in beeld te brengen worden door de kennisinstituten instrumenten ontwikkeld. Deze instrumenten worden gebruikt door de aanbieders van preventieve zorg en gezondheidsbevordering om de behoefte aan die zorg bij werknemers te kunnen 'meten'. Daarvoor wordt bijvoorbeeld de Vitaliteit Organisatie Scan gebruikt, waarbij een vragenlijst wordt afgenomen om de situatie binnen een bedrijf en de gesteldheid van werknemers in kaart te brengen.

“Achmea Vitale heeft de Vitaliteit Organisatie Scan (vos) ontwikkeld. Het is één van onze meest recent ontwikkelde hulpmiddelen. Deze scan geeft inzicht in uw vitaliteitbeleid en de vitaliteit van uw organisatie als geheel. Het is een goede nulmeting om uw vitaliteitbeleid te toetsen en verder vorm te geven.” (www.achmeavitale.nl)

Een ander instrument is de WerkVermogensMonitor van PreventNed en de Erasmus Universiteit. Dit instrument richt zich op het volgende.

“Het in kaart brengen van het risico op uitval en verbetering van de gezondheid, productiviteit en inzetbaarheid van medewerkers.” (www.preventned.nl)

Daarnaast is er natuurlijk nog de WAI en worden vele health checks gebruikt.

Hoewel de instrumenten die gebruikt worden om werknemers-at-risk te identificeren, gepresenteerd worden als wetenschappelijke *meetinstrumenten*, kunnen ze ook gezien worden als *market devices*. Door de aard van de meetprocedures dragen ze bij aan de transformatie van een concrete werknemer tot een abstract risico, hetgeen een belangrijke stap is in het proces van commodificatie van gezondheid. De blindheid voor de performatieve functie van deze evidence based instrumenten stimuleert het gebruik van meetinstrumenten als *market devices* zonder dat dat als zodanig wordt benoemd. Zo bezien spelen de wetenschappelijke disciplines een grote rol in de vormgeving van deze markt.

Terwijl verzuimbegeleiding start nadat een werknemer zelf een signaal heeft gegeven – namelijk de ziekmelding –, worden op de nieuwe markt nieuwe instrumenten ontwikkeld om de zorgbehoefte te identificeren, om de omvang en de ernst te bepalen van de populatie van werknemers-at-risk, zodat daar vervolgens een specifiek zorgaanbod voor ontwikkeld kan worden. Op deze manier wordt de ‘vraag’ bij werkgevers om diensten op het terrein van gezondheidsbevordering voor werknemers, zoals gestimuleerd door de overheid, verder geconcretiseerd door in de bedrijven risico’s te identificeren.

3.3 Keurmerken en certificering

Naast het feit dat de vraag om zorg door identificatie van werknemers-at-risk wordt gestandaardiseerd wordt ook het aanbod van zorg, het product, gekwalificeerd. Op de nieuwe, vrije, markt worden veel nieuwe producten geïntroduceerd, en er worden pogingen in het werk gesteld om de kwaliteit van deze producten te normeren en het kaf van het koren te scheiden. Volgens sommigen is dat hoogst noodzakelijk.

“Het is een grote wildwest. Kwaliteit wordt bepaald door de professional die de test afneemt (wat voor achtergrond heeft degene die het onderzoek doet en de resultaten interpreteert). Er zijn geen afspraken gemaakt, je moet het op die of die manier doen. BMI als maat is algemeen erkend, maar verder? Is de test een gadget of wetenschappelijk verantwoord? Werkgever en arbodienst moeten daar zelf op letten. Maar je kan niet voor dubbeltje op de eerste rang zitten.” (Interview gezondheidsadviesbureau)

“Het probleem is echter dat er steeds meer wildgroei komt. Er zijn ook initiatieven die slecht zijn en alleen gedaan worden omdat er geld te verdienen is. Dat moet dan ook goed in de gaten gehouden worden.” (Interview bedrijfsarts)

“Want je komt ook zeg maar wat mindere partijen tegen in het land, dat is niet altijd meteen zichtbaar, de verkooppraatjes zijn goed, de website is goed, je ziet niet meteen hoe het reilt en zeilt.” (Interview zorginkoper verzekeraar)

“Het vervelende in Nederland is dat je aan de buitenkant niet kan zien wat je kunt verwachten en op welke basis.” (Interview re-integratiebedrijf)

Anderen tillen echter niet zo zwaar aan wetenschappelijke bewijzen voor de effectiviteit van gezondheidsprogramma's.

‘Het moet allemaal niet te ingewikkeld worden. Wetenschappelijk bewijs is dan ook niet noodzaak, maar gewoon gezond verstand. Men heeft de neiging om het allemaal te serieus te nemen en hierdoor wordt plezier vergeten.’ (Interview adviesbureau MKB)

Naast het opsporen van ‘risico's’ is het verbeteren van de kwaliteit van gezondheidsbevorderende programma en instrumenten een andere manier om de gezondheid van werknemers te decontextualiseren en te standaardiseren, zodat ze tot marktwaar kan worden. De market devices die daarbij een rol spelen zijn in de eerste plaats het predicaat ‘wetenschappelijk’ of ‘evidence based’ dat de kennisinstellingen aan allerlei instrumenten en programma's verbinden. Als geclaimd wordt dat een programma effectief is, dan wordt dat gezien als een bewijs van de kwaliteit van het instrument, en een bevestiging van de kwalificatie van de gezondheid van werknemers (als ‘at-risk’) door die instrumenten. Als het vitaliteitsrisico van werknemers door evidence based instrumenten is gemeten, dan is dat een extra sterk signaal van de ernst van het probleem.

Op deze vorm van verwetenschappelijking is onder re-integratiebureaus overigens ook kritiek. Volgens deze bureaus wordt bij evidence based practice het effect van programma's te veel in een ‘laboratoriumsetting’ gemeten en zegt dat weinig over de effecten in de praktijk. Zij stellen daar het, ook op wetenschap gebaseerde, practice-based evidence tegenover. Zij laten het werk dat ze voor hun klanten verrichten voortdurend onderzoeken door een universiteit.

“Als het gaat om meten, dan zijn we heel erg van practice based evidence. En niet andersom. (Interviewer: In de praktijk de resultaten meten?) Goed onderbouwd, goed de resultaten meten, maar niet ‘in de Mayo Clinic is het ooit bewezen, dus ik doe het ook goed’. Met de Universiteit Groningen (die de effectiviteit onderzocht) zaten we heel erg op de praktische lijn, practice based evidence.” (Interview re-integratiebedrijf)

Het zou interessant zijn om te onderzoeken welke vormen van evidence het meeste bijdragen aan de *disentanglement*, de abstrahering van de gezondheid van werknemers en daardoor aan het ontstaan van een nieuwe markt.

Een tweede market device dat zich ontwikkelt zijn keurmerken en certificering. Arbodiensten hebben al langer een wettelijk beschermde titel: ze kunnen alleen onder die naam opereren als ze als zodanig gecertificeerd zijn.

“Gecertificeerde Arbodiensten worden via het wettelijk certificaat arbodiensten getoetst op kwaliteit. De grondslag voor deze regeling ligt in de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet). Het beheer wordt gevoerd door de [Stichting Beheer regeling Certificatie Arbodiensten](#) (SBCA) en het bestuur van die stichting wordt gevormd door werkgeversorganisaties (VNO-NCW, MKB en LTO), werknemersorganisaties (FNV, CNV en MHP) en namens arbodiensten, Boaborea. Op de SBCA website treft u ook de <http://www.sbca.nl/p/1/78/arbo-dienstlijst> <http://www.sbca.nl/p/1/78/arbo-dienst> van interne en externe arbodiensten die gecertificeerd zijn.” (www.boaborea.nl)

Daarnaast heeft de brancheorganisatie voor re-integratiebedrijven een keurmerk opgezet. Het keurmerk voor re-integratiebedrijven is in 2002 geïntroduceerd door Borea. In 2007 is dat over gegaan in het keurmerk *Blik op Werk*, dat wordt uitgegeven door de Stichting *Blik op Werk*, waarin ook opdrachtgevers en cliënten vertegenwoordigd zijn. Er zijn 230 bedrijven aangemeld voor het keurmerk *Blik op Werk*, waarvan er 168 daadwerkelijk het keurmerk hebben gekregen.

Kwaliteitscriteria keurmerk *Blik op Werk*

De kwaliteit wordt gemeten met zeven prestatie-indicatoren.

1. **Tevredenheid van cliënten (werknemers):** zijn zij tevreden over de geleverde dienstverlening?
2. **Tevredenheid van opdrachtgevers:** zijn zij tevreden over de dienstverlening van de keurmerkbedrijven?
3. **Resultaat:** komt een aanbieder de afgesproken resultaten en activiteiten na?
4. **Doorlooptijd:** realiseert de aanbieder de afgesproken doorlooptijden? Het keurmerk maakt ook inzichtelijk wat de gemiddelde doorlooptijd is waarin de dienstverlening succesvol is afgerond.
5. **Privacyreglement:** heeft de aanbieder een privacyreglement en is de verwerking van persoonsgegevens aangemeld bij het CPB (College Bescherming Persoonsgegevens)?
6. **Klachtenmanagement:** handelt de aanbieder klachten effectief, zorgvuldig, tijdig en vertrouwelijk af? Wat is de aard van de klachten die binnenkomen?
7. **Organisatie:** beheerst de aanbieder zijn bedrijfsprocessen voldoende en is de continuïteit van de organisatie voldoende gewaarborgd?

(Overgenomen van www.blikopwerk.nl)

Op de website van Blik op Werk is een zoekmachine voor arbo- en re-integratiedienstverlening, waar ook vermeld staat of bedrijven gecertificeerd zijn. Naast het specifieke Blik op Werk-instrumentarium, waarin de kwaliteitscriteria voor re-integratiebedrijven zijn vastgelegd, is het voor Boaborea van belang dat hun leden ISO-gecertificeerd zijn.

“Naast het zeer specifieke Blik op Werk instrumentarium is de ISO 9000-certificering van grote waarde voor zakelijke dienstverleners.” (www.boaborea.nl)

Overigens wordt er in dit veld nogal verschillend gedacht over wat kwalitatief goede dienstverlening is, onder andere omdat het doel van dienstverlening volgens verschillende betrokkenen uiteenloopt. Een deel van de re-integratiebedrijven hanteert een specifieke filosofie, waarin niet alleen de gezondheid van de werknemer als object wordt gezien, maar ook een gezonde arbeidsrelatie. Volgens deze bedrijven is het doel niet in de eerste plaats het terugdringen van verzuim of verbeteren van de productiviteit, maar het ontwikkelen van een gezonde bedrijfscultuur, waarin werknemers als mens en persoon goed kunnen functioneren. Een dergelijk klimaat zal overigens volgens deze re-integratiebedrijven wel – indirect – resulteren in een vermindering van verzuim en verhoging van de productiviteit. Vanuit dit perspectief is het aanbieden van een health check geen goede dienstverlening als die niet is ingebed in een breder personeelsbeleid.

“[Naam bedrijf] heeft bij de toepassing van de Work Ability Index een terugkoppelformulier laten ontwikkelen... dat vertaalt een aantal uitkomsten van de WAI in terminologie voor de dialoog tussen werknemer-leidinggevende, het is opvolgbaar en controleerbaar.” (Interview re-integratiebedrijf)

In deze opvatting van kwaliteit is het bevorderen van de algemene gezondheid dus eigenlijk niet voldoende. Sterker nog, door deze bedrijven wordt het strikte gezondheidsmanagement gezien als *bad practice* en *window dressing*.

“Er schuilt in de huidige perceptie in de markt van leefstijl en preventie zeg maar een enorm risico van zeg maar... heksenjacht... vanuit een heel normatief perspectief zaken zo vereenvoudigen dat gezondheid is of je te dik bent. Want dat heeft namelijk een groot voordeel voor mij bijvoorbeeld als werkgever tegenover jou als medewerker, want dan hoef ik in elk geval niet naar mijn eigen rol in onze onderlinge verhouding te kijken, want je bent te dik namelijk. Dus ga daar eerst maar wat aan doen.” (Interview re-integratiebedrijf)

Ook de werkgeversorganisatie Kroon op het Werk geeft aan dat er veel activiteit is op het gebied van gezondheidsbevordering en vitaliteit, maar dat het vaak niet de kern raakt.

“Daarnaast doen we [werkgeversforum] dus een aantal dingen op het terrein van gezondheidsmanagement en dat noemen we tegenwoordig wat liever duurzame inzetbaarheid van mensen bevorderen. Dat past bij het begrip duurzaamheid en dat is een begrip dat bedrijven, waar bedrijven zich in toenemende mate bij thuis voelen. Maar vaak is het een groen randje en geen groen hart zeg ik dan.” (Interview werkgeversforum)

Bovendien, als werkgevers gebruikmaken van deze dienstverlening, niet om gezondheid te bevorderen, maar omdat bepaalde faciliteiten hen tot een aantrekkelijke werkgever maken, is het criterium voor kwaliteit eerder de aantrekkelijkheid voor potentiële werknemers, dan de effectiviteit van gezondheidsbevordering.

De ontwikkeling van certificering en keurmerken draagt bij aan de economisering van de gezondheid van werknemers, omdat er bij gezondheidsbevordering steeds minder naar een concrete werknemer hoeft te worden gekeken, en eenvoudig vertrouwd kan worden op de vraag naar gezondheidsbevordering voor risico's X zoals in kaart gebracht met instrument Y door bedrijf Z. De betrouwbaarheid van het bedrijf zal de afstand tussen gezondheid als ervaring en gezondheid als economisch goed bevorderen en certificering en keurmerken zijn daarbij een belangrijk instrument.

3.4 Kwaliteitscontrole door verzekeraars

Een belangrijke rol in de normstelling voor kwaliteit is weggelegd door verzekeraars, die op deze markt een grote rol spelen. Alle grote verzekeringsmaatschappijen bieden diensten op het terrein van de 'gezondheid van werknemers' aan werkgevers aan. Verzekeraars geven aan dat ze er belang bij hebben dat de diensten kwalitatief goed zijn en dat werkgevers ook van hen verwachten dat ze kwalitatief goede diensten via hen afnemen.

“Dat was ook op aangeven van onze klanten, hoe kunnen we nu op zo'n manier onze aanbieders selecteren dat, als we mensen daar naartoe sturen, dat je ook zeker kan zijn je komt bij een goede club.” (Interview zorginkoper verzekeraar)

“We willen ook niet dat onze verzekerden naar allerlei koekenbakkers gaan, dat straalt dadelijk..., dat heeft geen effect... en dat heeft alleen maar negatief effect, want dan heeft iemand klachten over provider en... ja jullie hebben ons ernaartoe gestuurd.” (Interview adviseur arbeidsgerelateerde zorg)

Om een polis samen te stellen voor werkgevers kopen verzekeringsmaatschappijen gezondheidsbevorderingsdiensten in, althans zij sluiten samenwerkingsovereenkomsten met re-integratiebedrijven en zij kijken daarbij naar de kwaliteit van het werk van deze bedrijven. Verschillende verzekeraars leggen daarbij verschillende criteria aan.

“Kijk wat je gaat krijgen, wij doen zaken met Achmea, wij doen zaken met Menzis, wij doen zaken met CZ, wij doen zaken met Uvit en allemaal gaan ze hun eigen CZ, Uvit, Achmea beoordelingsrichtlijn schrijven... kijk daar wordt je simpel van.” (Interview re-integratiebedrijf)

Ook verzekeraars proberen de kwaliteit van de aanbieders van gezondheidsbevordering in kaart te brengen. Om duidelijk te maken hoe zij dat doen schetsen we hier het proces van kwaliteitscontrole zoals dat bij een verzekeraar wordt toegepast. Voordat diensten van een gezondheidsbevorderaar worden opgenomen in de polis, wordt de kwaliteit ervan uitvoerig getoetst. In de eerste plaats wordt een bedrijf schriftelijk beoordeeld en wordt een audit uitgevoerd door een onafhankelijke instelling. De toets is bedoeld om de volgende reden.

“De kwaliteit van ingekochte zorgproducten te beheersen en te verbeteren.” (Leaflet kwaliteitsmanagement)

Een bedrijf wordt daarbij geëvalueerd op betrouwbaarheid van de organisatie, beheersbaarheid van het proces, aantoonbaarheid van product/dienst en meetbaarheid van de resultaten. Los van de specifieke dienstverlening op het terrein van de gezondheidsbevordering wordt een bedrijf dus ook doorgelicht op de inrichting van bedrijfsprocessen en de mate waarin het daar controle over heeft en kan aantonen hoe het presteert. Onder betrouwbaarheid van de organisatie gaat het om zaken als inschrijving bij de Kamer van Koophandel, bezit van noodzakelijke certificaten als ISO en HKZ-certificering, bewijs van goed gedrag van directieleden, en een regeling omtrent omgang met vertrouwelijke gegevens. Ten aanzien van de beheersbaarheid van het proces gaat het om de aansturing en bijsturing van het primaire proces en de mate waarin de organisatie kan garanderen dat beroepsbeoefenaren voldoende gekwalificeerd zijn. Meer concreet gaat het om hoe de organisatie intake, uitvoering, evaluatie en financiering heeft geregeld en controle heeft over deze processen. Over hoe de contacten en terugkoppelmomenten met de klant zijn geregeld; of klanttevredenheid wordt gemeten en of er structurele procedures zijn om die klanttevredenheid terug te koppelen naar het primaire proces. Onder de noemer ‘aantoonbaarheid’ worden processen

rondom effectiviteit, prijs en bereikbaarheid van het product doorgelicht: hier is de vraag of er landelijke dekking kan worden gegeven, welke producten worden aangeboden, hoe de prijs tot stand komt, en welke effecten worden beoogd. Bij de meetbaarheid van de resultaten wordt achterhaald of de organisatie kan aantonen dat de interventies tot de beoogde resultaten leiden. Als een organisatie door deze toets komt, krijgt ze een certificaat van de verzekeraar, en kan de verzekeraar in principe met deze partij samenwerken.

Voordat een dienstverlener daadwerkelijk in het pakket wordt opgenomen, wordt ten tweede de prijs-kwaliteitverhouding van specifieke diensten en producten van een aanbieder vergeleken met andere aanbieders. Het besluit om een bepaalde dienst of een bepaald product op te nemen in het pakket wordt genomen door een team van zorginkoop, zorgverkoop en marketing bij de verzekeraar. Daarin speelt de wens van de klant (werkgever) een rol, maar ook de visie van de verzekeraar. Als besloten wordt een bepaald product op te nemen in de polis, gaat men vervolgens op zoek naar aanbieders. Dat kunnen aanbieders zijn die al een samenwerkingsrelatie hebben met de verzekeraar en gescreend zijn, of nieuwe bedrijven. Van die bedrijven wordt dan eerst nagegaan of de zorg- of dienstverlening voldoende toegespitst is op de wensen van de verzekeraar (vooral de vraag of de dienst aan arbeid gerelateerd wordt aangeboden) en moet eventuele certificering plaatsvinden. Vervolgens wordt dan een soort offertes aangevraagd. In deze offertes beschrijven de re-integratiebedrijven hun dienst: doel, aanpak, tijdsinvestering, contactmomenten, terugkoppeling en contact met opdrachtgever, et cetera. Daarnaast verstrekken ze gegevens over de effectiviteit van de dienst en de prijs.

“Vervolgens willen we ook duidelijk hebben wat is de inhoud van de interventie... blijft het toch lastig voor hen om hun product te vermarkten... als je niet in drie tellen kunt zeggen wat je product is, is dat slecht voor de vermarkting... als klant wil je toch weten, sommige producten zijn best duur, als klant wil je toch weten wat krijg ik dan.”
(Interview zorginkoper verzekeraar)

Omdat zelfrapportage van effecten een risico inhoudt dat bedrijven hun effectiviteit flatteren, heeft de verzekeraar een aantal checks ingebouwd. In de eerste plaats wordt zowel om inclusiepercentages (en criteria) als om succespercentages gevraagd. De maat voor succes hangt uiteraard af van het type dienst, maar wordt vaak uitgedrukt in vermindering van het risico op uitval of beperking van de duur van uitval. Het

inclusiepercentage geeft aan hoeveel mensen die worden doorverwezen ook in behandeling worden genomen, en het wordt meegenomen om te zorgen dat bedrijven niet gaan afromen of aan *cherry picking* doen. Bovendien monitort de verzekeraar de prestaties van de bedrijven waarmee wordt samengewerkt. Bedrijven die bij de dienstverlening die zij via de verzekeraar uitvoeren hun succespercentage niet halen, krijgen een boete of de samenwerking wordt opgezegd. Bedrijven die boven het opgegeven percentage presteren krijgen een bonus.

Terwijl de markt van gezondheidsbevordering op de werkplek zich ontwikkelt, worden diverse pogingen gedaan om de producten en diensten te normeren, te standaardiseren, te kwalificeren. Formeel onafhankelijk toezicht op de markt van producten en diensten die beogen de gezondheid van werknemers te bevorderen, ontbreekt: er is sprake van zelfregulering inzake kwaliteit. Werknemers of werknemersorganisaties spelen dus ook geen rol bij de discussie over de kwaliteit van deze diensten. Het is onduidelijk wat deze processen van kwaliteitsbewaking nu uitmaken voor de ontwikkeling van de markt. Het ministerie van SZW heeft bijvoorbeeld aangegeven dat een certificaat geen vereiste is om een opdracht te krijgen van het UWV. Ook veel re-integratiebedrijven zelf zijn sceptisch over de rol die het keurmerk speelt op de markt. Naamsbekendheid, bewezen effectiviteit en contacten/bekendheid met de opdrachtgever zijn volgens velen op dit moment belangrijkere overwegingen voor opdrachtgevers om met een bedrijf in zee te gaan dan een keurmerk of een certificaat.

Ondanks processen van certificering hebben veel werkgevers, de afnemers van de diensten, weinig inzicht in de markt. Zij maken dan ook zelden zelf een keuze uit het aanbod en laten het vaak afhangen van de verzekeraar als intermediair.

“Ze [werkgevers] vinden het ook moeilijk om daarin keuzes in te maken, wie is daar nu goed in, dat is weer iets waarin wij [werkgeversforum] met referenties en zo zouden kunnen helpen, wat zijn nu goede dienstverleners en hoe kun je die ervaringen delen met elkaar.” (Interview werkgeversforum)

“Of ik heb een preventieve vraag, ik wil eigenlijk aanspreekcultuur en gezond gedrag op de werkvloer wil ik op een andere manier positioneren. Werkgevers komen via een arbodienst, die bijvoorbeeld zegt joh, dat doe ik niet zelf, maar daar ken ik een partij voor.” (Interview re-integratiebedrijf)

Werkgevers die gebruikmaken van een totaalpakket van een verzekeraar komen terecht bij re-integratiebedrijven die reeds opgenomen zijn in het pakket van de verzekeraar.

‘Een verzekeraar zelf kan ons inzetten, maar een werkgever kan ook tegen zijn verzekeraar zeggen, ik heb een vraag liggen, wie zou jij daar nou binnen jouw providerboog voor inzetten.’ (Interview re-integratiebedrijf)

Door deze rol van verzekeraars is het voor aanbieders van diensten belangrijk om bij de verzekeraar in het pakket te zitten, zodat zij via hem met bedrijven in contact komen.

“We zitten wel in die polis, dat willen we ook graag, want het is een hele mooie manier voor ons om bedrijven binnen te komen.” (Interview re-integratiebedrijf)

3.5 Totstandkoming van de prijs

Over de prijs van producten en diensten op de markt van gezondheidsbevordering is weinig bekend. Volgens een van de geïnterviewden kent de prijsbepaling van een health check drie kernelementen, namelijk het uurtarief van de professional, de huur van de locatie en de kosten van de apparatuur, maar dit valt moeilijk te staven. Tot op heden lijkt de prijs van gezondheidsbevordering echter een geringe rol te spelen bij de ontwikkeling van de markt.

Het is bijvoorbeeld opvallend dat de prijs in de marketing van re-integratiebedrijven naar werkgevers amper een rol speelt. De focus ligt niet op prijsconcurrentie, maar op kostenreductie voor werkgevers. De claim daarbij is dat de prijs van de interventies in het bedrijf een schijntje is in het licht van de opbrengsten. De kosten van gezondheidsbevordering zijn minimaal vergeleken bij de kosten van verzuim en verlies aan productiviteit van niet-vitale werknemers.

“[De Balansmeter] leidt tot minder ziekteverzuim en minder productieverlies. Daarnaast bespaart het bedrijfskosten. We hebben berekend dat je voor elke geïnvesteerde euro, drie euro vijftig terugkrijgt.” (Bierhaus 2010: 48)

“Een organisatie met vitale medewerkers is dynamischer, heeft meer slagkracht en is productiever. Precies wat u nodig heeft voor een succesvolle toekomst. Achmea Vitale stimuleert werken aan vitaliteit. Vitaliteit bij uw medewerkers en dus in uw organisatie. Wij helpen uw medewerkers en uw organisatie om het beste uit zichzelf te halen. Wij weten dat het werkt. U mag ons afrekenen op het resultaat.” (www.achmeavitale.nl)

“Uit de resultaten van de meest recente meting (2007) van het Blik op Werk Keurmerk blijkt dat het CIR in 92% van alle multidisciplinaire trajecten, de van tevoren afgesproken doelen volledig en duurzaam behaalt. In vrijwel alle trajecten (>95%) was deze volledige en duurzame terugkeer naar eigen werk. Het CIR kent vrijwel geen exclusiecriteria (ongeveer 3%).” (www.cir.nl)

“Onze score:

- Tot 25% gezondere werknemers

- Minder verzuim
- Afname werknemers met slecht werkvermogen
- Sterke reductie van langdurige uitval” (www.lifeguard.nl)

“Winnock biedt u ook financieel resultaat. De kosten van de interventie verdient u snel in veelvoud terug. In 2008 heeft Winnock voor werkgevers meer dan 20 miljoen euro (na aftrek Winnock kosten maar nog exclusief bijdrage in de kosten van verzekering) aan verzuimkosten bespaard. Dat is gelijk aan meer dan 98.000 verzuimdagen. (...) Overgewicht is een welvaartsziekte die helaas meer en meer om zich heen grijpt. En datzelfde geldt voor ernstig overgewicht, obesitas. Die ontwikkeling is niet zonder gevaar: obesitas kan leiden tot ernstige lichamelijke ongemakken. Mensen met veel overgewicht melden zich frequenter ziek dan andere personeelsleden. Als je dat ziekteverzuim kunt terugdringen tot de gemiddelde percentages, dan leert een simpel rekensommetje dat de investeringen in dergelijke programma's zich heel snel terugverdienen. Bovendien hebben we inmiddels de ervaring dat veel deelnemers aan het programma zich fitter en energiever zijn gaan voelen, wat de productiviteit weer ten goede komt. De werkgever vaart er dus wel bij. Daarnaast toont de werkgever zijn maatschappelijke betrokkenheid bij het welzijn van de werknemer.”
(www.winnock.nl)

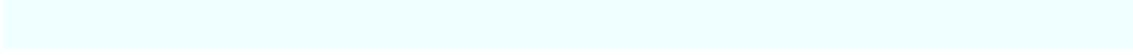
Het bedrijf Winnock heeft een rendementsmeter op de website, waarmee een werkgever de gegevens van een werknemer kan invullen en vervolgens berekenen wat het oplevert om deze werknemer een training te laten volgen bij Winnock. Kostenbesparingen en meer inkomsten door effectievere werknemers zijn de centrale verkoopargumenten van aanbieders en moeten de gevraagde prijs rechtvaardigen.

Een andere reden voor een intransparantie van de prijs is dat de diensten op deze markt vaak als onderdeel van een pakket worden aangeboden. Voor zorgverzekeraars gaat het om collectieve contracten met werkgevers en de diensten voor gezondheidsbevordering zijn onderdeel van de strategie om deze contracten binnen te halen.

Slot

Met het ontstaan van de markt voor gezondheidsbevordering wordt veel werk verzet om gezondheidsbevordering tot een economisch goed te transformeren. Er wordt dus veel werk verzet om gezondheidsbevordering van haar lokale betekenis te ontdoen en te kwalificeren, te standaardiseren en te normeren als economisch product. Belangrijkste market devices die ontwikkeld worden zijn predicaten van wetenschappelijke evidence, kwaliteitscertificaten en keurmerken. Onafhankelijk toezicht op deze nieuwe markt ontbreekt: er is sprake van zelfregulering. Hoewel er weinig discussie is over deze market devices als zodanig en er geen reflectie plaatsvindt op de performativiteit van de gezondheidswetenschappen, is er wel discussie bij de betrokkenen over het doel van

diensten gericht op de gezonde werknemer en over de betekenis van kwaliteit. De markt en de marktinstrumenten zijn nog volop in ontwikkeling en nog niet gestabiliseerd.



4 EFFECTEN VAN DE MARKT VAN DE GEZONDHEIDSBEVORDERING VOOR WERKNEMERS

4.1 Introductie

In de voorgaande hoofdstukken hebben we geschetst hoe het semipublieke belang van gezondheid van werknemers, dat vooral gericht was op het gezond maken van de werkplek en verzuimbegeleiding in geval van ziekte, door middel van marktwerking getransformeerd wordt tot ander soort semipubliek belang, dat gericht is op bevordering van gezondheid en vitaliteit. Deze privatisering van de zorg voor de gezondheid van werknemers heeft goeddeels tot resultaten geleid die door beleidsmakers waren beoogd: het ziekteverzuim in Nederland is gedaald van 6,2% in 1993 tot 4,3% in 2009 (cbs.nl). Hoewel werkgevers sterk protesteerden tegen de wet die hen verantwoordelijk maakte voor de kosten van het ziekteverzuim, constateren zij achteraf dat dit beleid uitermate vruchtbaar is geweest.

De gezondheidsbevorderende programma's die nu op de markt aangeboden worden hebben echter niet alleen tot doel ziekteverzuim te voorkomen of verkorten. De focus op vitaliteitsbevordering zou ook moeten leiden tot gemotiveerdere, productievere en fittere werknemers, zodat de participatie van mensen op de arbeidsmarkt – zeker in het licht van de vergrijzing – groter wordt. Fittere mensen, zo is de verwachting, zijn minder vaak ziek, doen meer en werken tot op hogere leeftijd door. Of dat doel bereikt wordt kan pas na verloop van tijd worden vastgesteld.

“Het verband tussen de interventies en productiviteit, daar moet nog heel veel gebeuren. (...) Wat doet preventief of gezondheidsbeleid voor je productiviteit, dat is echt nog onontgonnen terrein, dat is echt nog drijfzand.” (Interview inkomensverzekeraar)

Daarbij is het ook de vraag hoe de effecten onderzocht en bepaald moeten worden.

Naast de vraag of de beoogde effecten van de vermarkting van gezondheidsbevordering van werknemers gerealiseerd zullen worden, is het de vraag wat de onbedoelde, externe effecten zijn van het ontstaan van deze nieuwe markt. Hoewel het te vroeg is om onbedoelde effecten te kunnen identificeren, kunnen we op grond van het onderzoek wel mogelijke neveneffecten schetsen. Vier mogelijke neveneffecten worden in de literatuur

en in de interviews genoemd: de vergaande bemoeienis van werkgevers met het privéleven van werknemers, de disciplinerende van werknemers, de toename van sociaal-economische gezondheidsverschillen en de oneerlijke verdeling van kosten en baten op deze markt.

4.2 Bemoeienis met het privéleven van werknemers?

Een recente bijlage van *Het Financieele Dagblad* over de markt van gezondheidsbevordering op de werkplek heeft als titel *Bemoeizucht of bezorgdheid. Hoe ver mogen werkgevers gaan om hun personeel gezond te houden?* (*Het Financieele Dagblad*, 13 april 2010). In deze bijlage worden de mogelijke neveneffecten van deze markt verkend. De teneur van veel bijdragen is dat investeren in fit en vitaal niet alleen noodzakelijk is met het oog op de vergrijzing, maar ook wenselijk. Volgens Van Zieten (van bedrijf Holland Fit) mag een werkgever vrij ver gaan in zijn zorg.

“Veel werkgevers hebben koudwatervrees. Angst voor betutteling is vaak het argument om niets te doen, maar uit alle onderzoeken blijkt dat werknemers het waarderen als er aan hun gezondheid wordt gedacht. Zolang het maar niet verplicht wordt gesteld en goed wordt nagedacht over de manier waarop. ...” (*Het Financieele Dagblad*, 13 april 2010, p. 23)

Volgens Van Zwieten zal de mondige werknemer steeds meer aandacht eisen voor gezondheid.

Ook volgens onze geïnterviewden worden de programma's voor fit en vitaal niet gezien als bemoeienis, maar als aandacht van de werkgever, en stimuleren ze de loyaliteit van de werknemer aan zijn of haar baas.

“Ik merk heel vaak dat mensen heel erg positief naar de werkgever kijken, nog los van het feit of er gebruik van de programma's gemaakt wordt. De werkgever denkt aan mij en zorgt voor mij.” (Interview werknemer)

Toch wijzen anderen wel op de bedreiging van de privacy van werknemers.

Vrijwel alle betrokken partijen bij gezondheidsbevordering op de werkplek verbinden het belang van programma's om werknemers fit en vitaal te houden in het perspectief van het feit dat deze diensten door de werkgever niet verplicht mogen worden gesteld. Over het niet verplichte karakter van deze diensten bestaat een grote consensus. Toch zijn er aanwijzingen dat het niet zo eenvoudig ligt en dat de betekenis van 'niet verplicht' of 'vrijblijvend' in de praktijk nadere studie vraagt.

Zo bestaat er volgens sommigen onder werknemers wel degelijk angst voor het gebruik van gezondheidsinformatie door de werkgever.

“Sommige werknemers gebruiken geen gezondheidscheck omdat men bang is dat dit tegen hen gebruikt kan worden.” (Interview werknemer)

“Mensen hebben mij verteld dat het hen kwalijk werd genomen dat ze niet meededen aan een vijftig-plusprogramma. Iemand was daar behoorlijk door van slag. In de brief leek het alsof het vrijblijvend was, alsof er een keuze was, en toch wordt er gevraagd: en doe jij dat dan niet? Zij moest zich gaan verdedigen.” (Interview werknemer)

Daarnaast speelt de vraag waar een werkgever zich wel en niet mee mag bemoeien, en of werknemers op die bemoeienis zitten te wachten.

“Ik [zou] wel balen als ik hoor dat ik bijvoorbeeld mijn voedingspatroon moet aanpassen.” (Interview werknemer)

“Alle 50+’ers in het bedrijf hebben een brief gekregen, ze krijgen een bodyscan. Het bloed wordt geprikt, het gewicht wordt gemeten en noem maar op. Ik ken mensen die daar bewust niet voor hebben gekozen, omdat ze dat absoluut een te grote inbreuk vonden op hun privéleven.” (Interview adviesbureau MKB)

Ook aanbieders op de markt van gezondheidsbevordering zien dat bemoeienis met de gezondheid van werknemers door werkgevers (nog) niet volledig is geaccepteerd, al vinden zij dit wel een vanzelfsprekende rol.

“Ik denk dat zolang het nog niet zo gewoon is dat je je als werkgever met de gezondheid van een werknemer mag bemoeien, het een averechts effect heeft om programma’s verplicht te stellen. Nu kan dat nog niet. Ik ben er absoluut geen tegenstander van, maar ik denk dat werknemers daar nog niet aan toe zijn.” (Interview adviesbureau MKB)

“Er blijven natuurlijk altijd mensen die zeggen: ‘Wat ik in mijn eigen tijd doe, daar heb je niks mee te maken.’ Hoewel het waarschijnlijk juist voor die mensen heel interessant is om er wel samen naar te kijken.” (Interview adviesbureau MKB)

“Ik vind het bemoeien, van de andere kant, vind ik het ook, ik bedoel de werknemer is er uiteindelijk mee gebaat, want als jij een gezonde werknemer hebt, die zit dan ook lekkerder in zijn vel. Als je het niet leuk vindt, dan bied je weerstand, van ja, maar ik wil dat niet, maar uiteindelijk als die werknemer lekker in zijn vel zit en gezond is, zal die ook uiteindelijk er ook beter mee af zijn. Dus ik denk dat het positief is. Ik denk dat werkgever dan een medeopvoeder is van zijn personeel.” (Interview manager fitnesscentrum)

Terwijl werknemers signalen geven dat de bemoeienis met hun gezondheid al ver gaat, stellen de geïnterviewde aanbieders van gezondheidsbevordering dat werkgevers in

Nederland momenteel nog heel terughoudend opereren, bijvoorbeeld in vergelijking met de vs.

“In Amerikaanse organisaties is er een veel sterkere cultuur om iemand ergens op aan te spreken, als je iets niet hebt of niet goed doet, inclusief gezondheid. Dan wordt gezegd, luister eens, we investeren best veel in jou, maar je maakt er een potje van. Of we investeren veel in jou qua opleiding, maar je rookt als een ketter, daar maken we ons zorgen om. ‘We care’: we maken ons zorgen om je, en daarom bemoeien we ons ermee. Ze zijn daar wel wat in doorgeslagen, dan MOET je een keer per jaar een check-up, of MOET je een keer per week sporten. Als je dat allemaal doet krijg je een lagere premie qua ziektekosten. (...) Als je meeloopt en je zit in de goede zone, je springt er niet uit, dan heb je daar baat bij.” (Interview gezondheidsadviesbureau)

Ook al vindt de geïnterviewde dit vrij ver gaan, dit voorbeeld wordt vooral gebruikt om duidelijk te maken dat er in Nederland wat dat betreft helemaal niks aan de hand is: werkgevers opereren terughoudend en houden zich aan de wet. De meeste geïnterviewden vinden het vanzelfsprekend dat een werkgever zich bemoeit met de gezondheid van zijn werknemers en menen dat het draagvlak voor dit soort interventies groeit.

“Er wordt steeds meer over gepraat, en het wordt daardoor in alle lagen van de bevolking meer geaccepteerd dat de werkgever zich meer bemoeit met de gezondheid van de werknemer.” (Interview adviesbureau MKB)

“Een advies door de werkgever kan ook een eye-opener zijn voor mensen, die zich dan bedenken dat ze het op die manier nog nooit benaderd hadden.” (Interview adviesbureau MKB)

“Eigenlijk vind ik wel dat net zoals een auto APK gekeurd moet worden, dat eigenlijk een werknemer dat ook zou moeten doen. Ik denk dat in de toekomst dat ook nog wel komt, dat een werkgever gaat eisen van zijn werknemer dat hij gezond is, ja, want wat betaalt hij aan zijn ziektekosten, aan zijn verzuim?! Terwijl de werknemer ook zijn verantwoordelijkheid moet nemen om gezond te zijn?” (Interview manager fitnesscentrum)

“Je ziet ook binnen, word je wel gefaciliteerd om naar een diëtiste te gaan, en we hebben sportdagen en er wordt ook over gesproken, daar [overgewicht] praat je wel met je leidinggevende over... en dat gaat niet zo van als je niet 10 kilo afvalt, dan ben je morgen ontslagen, maar meer helpen... dat is maar hoe je het zelf wil interpreteren, maar je ziet die leefstijlbemoeienis, van werkgevers uit, die ontwikkeling die is er.” (Interview adviseur arbeidsgerelateerde zorgverzekeraar)

4.3 Disciplineren van werknemers?

Naast de vraag of een werkgever zich met de gezondheid en levensstijl van werknemers mag bemoeien, is ook van belang *hoe* dat bemoeien gebeurt. Hoewel iedereen benadrukt

dat gezondheidsbevordering zich beweegt binnen de grenzen van de wet als het gaat om privacy en rechten van werknemers, wordt er veel geïnvesteerd in vormen van bemoeienis die werknemers niet veel ruimte geven om 'nee' te zeggen en die resulteren in actievere deelname van werknemers. Werknemers zijn niet betrokken in de vormgeving van de gezondheidsbevorderende programma, maar zijn object van interventies. Het gedrag van werknemers wordt, achter hun rug om, met behulp van kennis uit de gedragswetenschappen, gestuurd in de richting van fit, vitaal en productief. Zo wordt de hiërarchische voorbeeldfunctie van de werkgever of leidinggevende gebruikt als een manier om werknemers mee te krijgen.

“Veertig kilo lichter merk ik wat voor effect dat heeft op mijn omgeving. Mijn secretaresse gaat tegenwoordig naar de sportschool. Bijna het hele kantoor gaat tussen de middag mee met de lunchwandeling en we maken regelmatig fietstochten... Ik hoef er niets voor te doen om toch het boegbeeld te zijn van gezondheidsmanagement.”
(Logger 2009: 73)

“Een aantal verkopers werd persoonlijk aangesproken op hun overgewicht. ‘Niet om druk uit te oefenen, want we houden ons aan de wet. Wel om ze bewust te maken van de rol die ze spelen: zij zijn onze ambassadeurs.’ Sommige verkopers vielen tot dertig kilo af.” (*Het Parool*, 4-11-2008)

Naast de hiërarchische druk wordt ook gebruikgemaakt van groepsdruk om het gedrag van werknemers in een bepaalde richting te sturen. Zo moeten bij een zorgverzekeraar de rokende werknemers steeds uitloggen als zij even gaan roken. Daardoor kunnen zij bijvoorbeeld niet evenveel telefoontjes beantwoorden als hun niet-rokende teamleden. Het teamgemiddelde gaat daardoor omlaag en de collega's gaan elkaar dan aanspreken op de rookpauze:

“Je gooit het in de groep, dan mag de groep het zelf oplossen. In de hoop dat dat stimulerend werkt.” (Interview gezondheidsadviesbureau)

Of men hoopt dat door werknemers een gezondheidstest af te nemen, degenen die er negatief uitspringen 'vanzelf' zullen proberen een meer 'normale', 'gemiddelde' score te behalen.

“Uiteindelijk kom je in een bepaalde zone, bepaalde groep terecht, van 1 tot 5. Zit je in 5, goed. Maar blijkt dat de gemiddelde man van jouw leeftijd, postuur, die ziet er zo uit, die zit in een andere zone. Niet dat je een gemiddeld mens moet zijn, maar je schiet er wel uit. Dat zet je aan het denken.” (Interview gezondheidsadviesbureau)

Een derde manier om werknemers te sturen in de richting van productiviteit is het verhogen van de drempels voor de ziekmelding. Bij Scania bijvoorbeeld kunnen werknemers zich niet meer ziek melden, maar dienen zij ‘ziekteverlof’ te vragen aan hun leidinggevende en daartoe is een ‘ziekteverlofaanvraagformulier’ ontwikkeld (http://www.boaborea.nl/images/stories/Presentatie_Erik_de_Gilde_symposium_Werken_is_toch_gezond_31_maart_2010.pdf). De introductie van de ziekteverlofaanvraag blijkt het ziekteverzuim nog verder omlaag te hebben gebracht. Deze techniek impliceert echter dat de eerste beoordeling van de toestand van de werknemer – hoe ziek ben ik, kan ik wel of niet werken – niet meer alleen in de handen van de werknemer ligt.

4.4 Vergroting van sociaal-economische gezondheidsverschillen?

Het doel van privatisering van de zorg voor de gezondheid van werknemers is een betere gezondheid, hogere productiviteit, groeiende participatie en lagere kosten van de zorg. Hoewel Nederlanders steeds ouder worden (mannen 78,3 en vrouwen 82,3 jaar), zijn er grote verschillen in gezondheid tussen de lagere en hogere sociaal-economische statusgroepen. Lager opgeleiden leven gemiddeld zeven jaar korter dan hoogopgeleiden en het verschil in gezonde levensjaren tussen de laagst en hoogst opgeleiden is twintig jaar. Mensen uit lagere sociaal-economische statusgroepen hebben een veel groter deel van hun leven – bijna een kwart – meer chronische ziekten en klachten. Deze groep rookt meer en heeft vaker overgewicht (Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010). Gezondheidsbevordering en preventie zou dus voorsl bij deze groep resultaten kunnen boeken. Het is nu de vraag hoe de nieuwe markt voor gezondheidsbevordering op de werkplek zich verhoudt tot deze situatie.

De gezondheidsbevorderende programma’s op de werkplek richten zich – vanzelfsprekend – alleen op de werkenden. Werklozen, mensen die vanwege gezondheidsproblemen niet kunnen werken, en zzp’ers kunnen geen gebruikmaken van deze diensten. Dat neemt niet weg dat bij een hoge participatiegraad, via arbeidsorganisaties waar mensen toch een substantieel deel van hun tijd doorbrengen, idealiter veel mensen in aanraking komen met gezondheidsbevordering. Vanuit dat perspectief zou deze nieuwe markt kunnen bijdragen aan de verkleining van gezondheidsverschillen. Geïnterviewden merken echter op dat de tekenen eerder de andere kant op wijzen.

Geïnterviewden vertellen dat deze diensten vooral gebruikt worden door werknemers die het niet nodig hebben, omdat ze al gezond leven en een leefstijl hebben die nauw aansluit bij de aanpak van deze programma's. De doelgroep die men het liefst zou willen bereiken – de mensen die het meest ongezond leven – geven zich niet op voor lunchwandelingen, bedrijfsporten of de health check.

“Maar degenen die het eigenlijk zouden moeten doen, die doen niet mee.” (Interview gezondheidsadviesbureau)

“Je hebt de mensen die al sporten, die doen het nu in de tijd van en op kosten van de baas. De mensen die niet willen sporten, die gaan het ook niet doen, en een heel kleine groep die beïnvloedbaar is – die gaan het wel proberen, maar daar vallen er ook weer heel veel van af. Je gaat heel brede pakketten opzetten om er een flintertje bij te krijgen en de groep die je wil bereiken bereik je echt niet. Dus effectiviteit?” (Interview inkomensverzekeraar)

De werknemers die graag sporten en een min of meer verstandige leefstijl hebben ontwikkeld, krijgen dus een goedkoop extraatje van de werkgever, terwijl de ‘risicogroepen’ juist niet meedoen. Dit is een bekend fenomeen. De Swaan et al. hebben in *Het spreekuur als opgave* (1979) al laten zien dat om toegang te krijgen tot de psychotherapeutische diensten, mensen over een specifiek handelingsrepertoire moeten beschikken (vaardigheden, expressievermogen, taal etc.). Zij moeten met andere woorden ‘geschikt zijn’ voor hulpverlening om geholpen te kunnen worden. Dit fenomeen zien we ook in de gezondheidsbevordering. Sommige mensen tonen zich bij uitstek geschikt voor deze dienstverlening en zij voegen zich eenvoudig in het lunchwandelen en de bedrijfsfitness. Anderen vinden geen aansluiting en zijn dus de facto uitgesloten van deze diensten.

4.5 Unfaire verdeling kosten en baten?

Verschillende geïnterviewden wijzen erop dat er grote onzekerheid bestaat op deze markt als het gaat om de verdeling van de kosten van gezondheidsbevordering en de opbrengsten. Zo gaat het bij gezondheidsbevordering vaak om programma's voor alle werknemers. Verzekeraars die deze programma's aan werkgevers aanbieden als onderdeel van een collectief contract voor de zorgverzekering, moeten accepteren dat er ook gebruik kan worden gemaakt van deze diensten door werknemers die niet bij hen verzekerd zijn. De diensten worden als een collectief goed in een organisatie of bedrijf ingebed, maar er zijn dus vanuit het perspectief van de verzekeraar veel free riders, die dat overigens zelf vaak niet weten. Ook een werkgever kan altijd overstappen naar een

andere verzekeraar voor een (collectief) contract, waardoor de investeringen van de ene verzekeraar ten bate komen van diens concurrent.

Een ander punt is dat kosten die zorgverzekeraars maken, zoals wachtlijstbemiddeling, soms ten goede komen aan de inkomensverzekeraar (die profiteert van een sneller herstel van de werknemer).

“Als je aan preventie doet, wanneer doe je de inspanningen en wanneer verwacht je daar effect van? Dus dan kan je wel investeren in programma's, maar wie heeft het rendement?” (Interview inkomensverzekeraar)

Kortom, kosten en baten komen lang niet altijd op dezelfde plek terecht, en het is de vraag wat dit onbedoelde effect doet met de zich ontwikkelende markt van gezondheidsbevordering op de werkplek. Gaat dit op termijn de investeringen remmen of genereert de markt ook oplossingen voor dit probleem?

Slot

Staten en markten zijn zelden perfect. Ze realiseren hun doelstellingen vaak maar ten dele en ze realiseren onvoorziene neveneffecten, die zowel negatief als positief geduid kunnen worden. Vaak wordt pas na een langere termijn zichtbaar hoe statelijke en private arrangementen zich verhouden tot effecten en neveneffecten. Het is op dit moment dus ook te vroeg om iets te zeggen over de effecten en neveneffecten van de nieuwe markt van gezondheidsbevordering op de werkplek. Uit het onderzoek zijn echter wel thema's naar voren gekomen die het verdienen om nader onderzocht te worden. De meeste daarvan – privacy, disciplineren en gezondheidsverschillen – hangen nauw samen met de objectivering en instrumentalisering van de gezondheid van werknemers op deze markt. Het is de vraag of deze eventuele neveneffecten binnen de context van deze markt geïdentificeerd kunnen worden en of het neveneffecten zijn die de markt versterken of ondermijnen. Zijn deze effecten de prijs die als het ware hoort bij marktwerking in de gezondheidsbevordering voor werknemers en die voor lief moeten worden genomen? Of zijn vraagstukken rond privacy, disciplineren en gelijkheid neveneffecten die het functioneren van de markt gaan belemmeren en die daarom geadresseerd moeten worden?

Of zijn er eventueel andere redenen om deze neveneffecten als publieke problemen te beschouwen die geadresseerd moeten worden in de publieke sfeer?

CONCLUSIE WIE BEHARTIGT HET PUBLIEKE BELANG VAN GEZONDE WERKNEMERS?

Het publieke belang van de gezondheid van werknemers is de laatste tien jaar doelbewust en expliciet door de overheid in handen gelegd van private partijen. Met de privatisering van de verantwoordelijkheid voor de verzuimpreventie is echter onbedoeld een markt ontstaan voor diensten die veel meer behelzen dan verzuimpreventie en ziektebegeleiding en die zich richten op bevordering van de gezondheid in brede zin. Er wordt een breed scala aan diensten aangeboden om te zorgen dat werknemers een gezonde levensstijl voeren en om hun geestelijke en fysieke gezondheid te monitoren. Niet de werkplek is het aangrijping punt voor gezondheid, maar de leefstijl van de werknemers. Hoewel deze markt door de overheid onvoorzien was, levert het overheidsbeleid wel ideologische legitimatie voor intensieve aandacht voor de leefstijl van werknemers.

De privatisering van de zorg voor gezondheid betekent niet dat het belang van gezonde werknemers niet meer als publiek belang erkend wordt. Integendeel, in de context van vergrijzing, de krimpende beroepsbevolking, de op handen zijnde verhoging van de AOW-leeftijd en de kosten van de gezondheidszorg, is de gezondheid van werknemers wellicht meer een publiek belang dan ooit tevoren. Zowel het overheidsbeleid als de diverse adviesraden articuleren het idee dat de gezondheid van werknemers niet alleen belangrijk is voor de werknemers zelf en voor de continuïteit van het bedrijf of de organisatie, maar dat fit en vitaal een nationaal belang is geworden. Markt, staat en samenleving zijn op dat punt sterk met elkaar verweven.

De markt voor gezondheidsbevorderingsproducten is in hoge mate vrij en ongereguleerd. Er is vrije toetreding en er is geen onafhankelijk toezicht. Wel worden verschillende marktinstrumenten ontwikkeld om de kwaliteit van de diensten min of meer transparant te maken: naast de introductie van keurmerken en certificering door de brancheorganisaties dragen universiteiten en andere kennisinstituten hun steentje bij door marktinstrumenten te ontwikkelen en door wetenschappelijke legitimatie te verschaffen aan diverse producten. De wetenschap speelt via de kennisinstituten dus een hoofdrol in de framing en standaardisering van zowel de vraag ('meten' werknemers-at-risk) als het aanbod (ontwikkelen en meten van kwaliteit van interventies). Hoewel het

predicaat 'wetenschappelijk' anders doet vermoeden, gaat het hierbij echter niet om een onafhankelijke partij: integendeel, ook de kennisinstituten vinden emplooi op deze markt, hun kenniswerk is sterk geëconomiseerd en zij zijn een speler op de markt als alle andere spelers. Deze interveniërende en normerende functie van kennis, technieken en instrumenten op de markt van gezondheidsbevordering wordt echter op geen enkele manier zichtbaar gemaakt of publiek gelegitimeerd. Integendeel, door gebruik te maken van een taal die de representatieve functie van deze kennisinstituten benadrukt (evidence based), wordt de feitelijke interveniërende en normerende rol onzichtbaar gemaakt.

Hoewel het op deze zich ontwikkelende markt lijkt te gaan om vraag (werkgevers, verzekeraars) en aanbod (kennisinstituten) van producten en diensten voor bevordering van de gezondheid van werknemers door respectievelijk werkgevers en verzekeraars en kennisinstituten, is het succes van de transactie in handen van de werknemers. Het zijn de individuele werknemers die van de aangeboden cursussen, programma's, health checks et cetera gebruik moeten maken en die een gezonde leefstijl moeten ontwikkelen. Zij zijn geen marktpartij, want ze articuleren geen vraag en ze zijn niet betrokken bij het aanbod of de kwaliteitsbewaking van de diensten. Ze zijn echter wel de spil waar deze markt om draait, want zij moeten zorgen dat het nationale belang van een gezond en fit arbeidspotentieel goed wordt behartigd. Met de ontwikkeling van deze markt ontwikkelt zich een ideologie waarin gezondheid als maakbaar wordt voorgesteld. Individuele werknemers moeten demonstreren dat werken aan een gezonde leefstijl resulteert in minder gewicht, meer fitheid en vitaliteit en daardoor in minder verzuim en meer productie, zodat Nederland in de Europese concurrentie een partijtje mee kan blijven blazen.

De verantwoordelijkheid voor het publieke belang van een vitale populatie werknemers wordt via deze nieuwe markt dus op de schouders gelegd van individuele werknemers. Het zijn dan ook niet alleen de producten die worden gekwalificeerd, genormeerd en gestandaardiseerd, het zijn ook de individuele werknemers die worden genormeerd: zij worden genormeerd als een risico voor zichzelf en het nationale belang en moeten via gestandaardiseerde programma's werken aan hun leefstijl. Er wordt niet alleen bepaald wat een goed programma is voor gezondheidsbevordering, of wat een goede werkgever is, maar er wordt ook bepaald wat een goede werknemer is – namelijk een fitte

werknemer of tenminste een werknemer die bereid is op aanbevolen wijze aan de eigen leefstijl te werken. Of deze markt daadwerkelijk tot meer gezonde werknemers leidt valt te bezien, maar dat ze nieuwe normen met zich meebrengt voor werknemers, is evident. Dat roept ook de vraag op of deze markt voor gezondheidsbevorderingsproducten niet resulteert in een markt voor gezonde werknemers. Is er straks nog plaats voor werknemers die dik zijn of anderszins niet aan de normen voldoen, of hebben zij het geluk dat een krappe arbeidsmarkt hen straks beschermt tegen uitsluiting op grond van leefstijl?

Rest de vraag wie de mogelijke neveneffecten van de marktwerking zoals privacy schending, disciplineren en vergroting van gezondheidsverschillen als publieke problemen moet agenderen. Wie gaat de problemen identificeren die werknemers ervaren als zij het nationale belang van een fitte beroepsbevolking moeten waarmaken en lijden onder de sterke normering van gezondheid? Op de financiële markten hebben market devices, die concrete producten zoals huizen en hypotheek tot een abstract en calculeerbaar risico en een verhandelbaar goed hadden getransformeerd, uiteindelijk geleid tot een financiële crisis. De *disentanglement* of de *disembedding* van concrete zaken van waarde tot abstracte economische goederen kan kennelijk ontsporen. Abstraheren en decontextualiseren maakt hanteerbaar op afstand, maar kennelijk is de ene abstractie de andere niet. Wie houdt in de gaten of wat zich voor heeft gedaan op de financiële markten zich niet ook voordoet op de markt voor gezondheidsbevordering? Wie let op of de manier waarop 'een gezonde leefstijl' als abstract en economisch goed wordt ontkoppeld van de concrete gezondheidservaringen van mensen, niet resulteert in het tegendeel van de bedoelingen van deze markt? Uit het werk van Foucault weten we dat er grenzen zijn aan disciplineren: de soldaten die moesten leren marcheren vielen op een goed moment gewoon om (Foucault 1979). Hoeveel druk tot vitaliteit kan een mens verdragen voor hij er ziek van wordt?

Als het gaat om alertheid voor neveneffecten hoeven we van werknemers zelf – het object van zorg – niet veel te verwachten: zij zijn geen actieve partij op deze markt en lijken weinig proactief in hun analyse van de problemen op deze nieuwe markt. Van de wetenschappen – de vermeende onafhankelijke partij – hoeven we evenmin veel te verwachten. In tegenstelling tot de werknemers zijn de gezondheidswetenschappers wel een actieve partij op deze markt. Ze spelen een hoofdrol in het ontwikkelen van markt

devices die de *disentanglement* van concrete ervaringen tot gestandaardiseerde producten mogelijk maken, maar ze geven weinig blijk van reflectie op de performativiteit van het eigen werk. Gezien de economische afhankelijkheid van de kennisinstututen van deze markt, zullen ze blind zijn voor de neveneffecten van hun eigen werk en de kwaliteit van processen van *disentanglement* niet bewaken.

De markt voor de gezondheidsbevordering onder werknemers is het resultaat van de samenwerking van staat en markt, wetenschap, technologie en samenleving. Gezien de publieke belangen die hierbij op het spel staan, ligt het voor de hand dat tenminste de staat een open oog heeft voor de neveneffecten van de omgang met die belangen. Zij zou dat open oog ook kunnen delegeren naar de wetenschap, maar dan zou ze de onafhankelijkheid van de betrokken wetenschappen moeten waarborgen. Waar de wetenschap zo sterk wordt geëconomiseerd is er echter geen partij meer die het publieke debat kan voeden met kritische analyses van de neveneffecten van deze markt. Niet de markt van gezondheidsbevordering is een bedreiging voor het publieke belang van de gezondheid van werknemers, maar het ontbreken van een onafhankelijke wetenschap om deze markt te onderzoeken.

REFERENTIES

- ‘Artsen ergeren zich aan privatisering Ziektewet’, *de Volkskrant*, 26-3-1998.
- Attekum, A. van (1993) *Bedrijfsgezondheidszorg, aspecten van kwaliteit*, Proefschrift Universiteit Maastricht.
- Bartholomé, Y., A. Meershoek, R. Vos & A. de Rijk (2005) *Arbeid in deskundig perspectief. Onderzoek uitgevoerd door de Universiteit Maastricht in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen*, Interne publicatie NVVA.
- Bemmel, J. van (2007) ‘Bijwerkingen van preventie’, *Medisch Contact* 62, 16: 702-705.
- Berg, M. van den (2005) ‘Fitnessen en wandelen op last van de baas’, *de Volkskrant*, 22-4-2005.
- Bierhaus, P. (2010) ‘Balansmeter. Preventief wapen tegen ziekteverzuim’, *Health in Bedrijf* 3, 1: 48-49.
- Callon, M., Y. Millo en F. Muniesa (eds.) (2007) *Market Devices*. Oxford: Blackwell Publishing
- ‘Dikke verkoper moet afvallen’, *Het Parool*, 4-11-2008.
- Engbersen, G., A.C. Hemerijck en W.E. Bakker (1994) *Zorgen in het Europese huis. Verkenningen over de grenzen van nationale verzorgingsstaten*, Amsterdam: Boom.
- Engelen, E. (1995) *De mythe van de markt. Waarheid en leugen in de economie*, Amsterdam: Het Spinhuis.
- ‘Voor altijd jong. Bemoeizucht of bezorgdheid. Hoe ver mogen werkgevers gaan om hun personeel gezond te houden?’ *Het Financieele Dagblad*, speciale bijlage, 13 april 2010.
- ‘Feiten, cijfers en trends’, *Werken is toch gezond...?!* 2009/2010: 8.
- Gemici, K. (2008) Karl Polanyi and the antinomies of embeddedness, *Socio-Economic Review* 6, 1, 5-33.
- Giebels, R. & J. Mat (1999) ‘Net nu het wat beter gaat. De verzuimbestrijders bestreden’, *NRC Handelsblad*, 2-4-1999.
- Hackett, E.J., O. Amsterdamska, M. Lynch en J. Wajcman (eds.) (2007) *The [beginkapitalen?]handbook of science and technology studies*, 3th edition, Cambridge: MIT Press.

- Hal, L. van, A. Meershoek, A. de Rijk, C. Joling & F. Nijhuis (2009) *Een rol om op te bouwen. Zelfbeeld, levensstrategieën en re-integratietrajecten van langdurig arbeidsongeschikten*, Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Hirschman, A.O. (1970) *Exit, voice and loyalty. Responses' to decline in firms, organizations and states*, Cambridge: Harvard University Press.
- Hirschman, A.O. (1992) *Rival views of market society and other essays*, Cambridge: Harvard University Press.
- Horstman, K., M. Berg, S. Plass en M. van Heusden (1997) *Standaarden en het rechtskarakter van sociale verzekeringen: een onderzoek naar de werking van standaarden in de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het kader van de WAO*, Amsterdam: LISV.
- Horstman, K. (1999) 'Om het beheer van de arbeidsongeschiktheid. Het politieke debat over de Ongevallenwet en het wel en wee van een medische markt', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 25, nr. 4, 383-406.
- Jongerijs, A. (2010) *Zet in de juiste volgorde...*, Toespraak symposium Boaborea, 31-3-2010.
- Klink, A. (2010) *Ziekte en gezondheid zijn niet meer wat ze geweest zijn*, Toespraak symposium Boaborea, 31-3-2010.
- Logger, B. (2009) 'Hé, zit je nou weer een Snickers te eten!', *Trouw*, 10-10-2009.
- 'Markt en regels', *de Volkskrant*, 28-3-1998.
- MacKenzie, D., F. Muniesa en L. Siu (2007) *Do economists make markets? On the performativity of economics*, Princeton: Princeton University Press.
- Meershoek, A. (1999) *Weer aan het werk. Verzekeringsgeneeskundige verzuimbegeleiding als onderhandeling over verantwoordelijkheden*, Amsterdam: Thela Thesis.
- Meershoek, A., S. Plass, K. Horstman & R. Vos (2000) *Zicht op reïntegratie; een onderzoek naar de uitvoering van de poortwachtersfunctie*, Zoetermeer: Ctsv.
- Meershoek, A., A. Krumeich & L. Desain (2005) *Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit*, Amsterdam: Het Spinhuis.
- Polanyi, K. (1944) *The great transformation. The political and economic origins of our time*. Boston: Beacon Press.
- 'Rapport weerspreekt klacht van MKB over arbodiensten', *Trouw*, 8-9-1998.
- SER (2009) *Een kwestie van gezond verstand. Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties*.

- Schuyt, C.J.M. (1991) *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*, Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Swaan, A. de, R. van Gelderen en V. Kense (1979) *Het spreekuur als opgave. Sociologie van de psychotherapie 2*, Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.
- Hoyweghen, I. van (2007) *Risks in the making. Travels in Life Insurance and Genetics*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Veen, R.J. van der (1990) *De sociale grenzen van beleid. Een onderzoek naar de uitvoering en effecten van het stelsel van sociale zekerheid*, Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- VWS (2006) *Kiezen voor gezond leven 2007-2010*.
- VWS (2007) *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*.

Bijlage 1 Aanbod van interventies op het gebied van gezondheidsbevordering op de werkplek, overgenomen van website Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl)

Interventie	Doel
Bewegen	
Bedrijfssport	Sportbonden en sportverenigingen kunnen in samenspraak met bedrijven een pakket samenstellen waar werknemers zich voor kunnen aanmelden
Campagne in het kader van de nota <i>Sport Bewegen Gezondheid</i> (2001) en <i>Sportnota</i> (2006)	NIGZ voert in opdracht van NISB samen met TNO campagne om werknemers te stimuleren om meer en gezond te bewegen. Interventies zijn gezondheidschecks, lunchworkshops, en advisering van HR-afdeling via scholing
Fiets naar je werk	Campagne gericht op het stimuleren van de fiets als transportmiddel voor woon-werkverkeer
Lunchwandelen	Campagne met als doel werknemers aan te zetten tot wandelen in de lunchpauze
Roken	
Stoppen met roken op de werkplek	Richt zich primair op het op een juiste wijze invoeren van beleid (huisregels) ten aanzien van roken op de werkplek
Niet-rokenprogramma voor op de werkplek	Centraal staat de begeleiding bij het stoppen met roken en er gaat aandacht uit naar het voorkómen van terugval
Rookvrij aan het werk	Het doel is het creëren van adequaat rookbeleid in zeven stappen voor zowel rokers als niet-rokers. Er wordt gecommuniceerd over de gezonde keuze 'niet roken' en het stoppen met roken wordt gestimuleerd door het organiseren van informatiebijeenkomsten en trainingen. Daarnaast vindt een massamediale campagne plaats
Alcohol	
Alcohol en werk	Combinatie van massamediale voorlichting, bedrijfsgerichte procesbegeleiding en individuele voorlichting: voorlichtingswand 'Fris en fit op het werk' over alcohol-, drugs- en medicijnenbeleid, scholing chauffeurs 'De onzichtbare bijrijder', 7-stappenplan 'Sterke drank, zwak werk' en trainingen voor leidinggevend en voorlichting voor werknemers
Gezonde voeding	
Bedrijfsvoedingsprogramma's	In dit programma wordt in zeven stappen toegewerkt naar

een gezond voedingsbeleid. Voorbeelden van acties zijn de voorlichtingswand 'Durf te kiezen, eet gezond', screening van het bedrijfsrestaurant en het 7-stappenplan 'Broodje gezond op het werk'

Overig/algemeen

Models of good practice (MOGP)	Bedrijven krijgen een MOGP-certificering als ze voldoen aan de criteria voor gezondheidsbevordering op de werkplek. Het doel is andere bedrijven laten zien wat goed beleid kan zijn rondom gezondheidsbevordering op de werkplek
Gezonde lucht werkt beter	De voorlichtingscampagne op landelijk niveau bestaat uit: kennisontwikkeling en -verspreiding, verhogen van arbeidsparticipatie van werknemers met astma of COPD, scholingsaanbod voor arbo-professionals, trainingen voor leden van het Astma Fonds en pilots van een gezonde-luchtbeleid in een aantal bedrijven
Toolbox Workplace Health Promotion	In de Toolbox zijn binnen het European Network Workplace Health Promotion (ENWHP) op Europees niveau effectieve methodieken voor gezondheidsmanagement in kaart gebracht. Het doel is het bevorderen van uitwisseling van effectieve interventies, programma's en interventies
Integraal gezondheidsmanagement (IGM)	IGM is erop gericht initiatieven die bedrijven nemen om de gezondheid van werknemers te verbeteren, effectiever te maken, en gestructureerder en centraler aan te pakken. Het uitgangspunt is dat gezondheid als strategisch issue kan worden ingezet en een aandachtspunt dient te zijn bij alle bedrijfsbeslissingen
Leef je fit	Leefstijlinterventieprogramma gericht op lichaamsgewicht en beweeg- en eetgedrag van werknemers met overgewicht
Fit for the future	Bij dit programma wordt onder meer gewerkt met gezondheidsweken, waarin bijvoorbeeld bij alle werknemers het cholesterol wordt gecontroleerd. Tijdens zo'n actieweek is in de kantines ook al het eten gelabeld: gezond of minder gezond

Bijlage 2 Balansmeter**Beschrijving balansmeter-items**

<i>Domein</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Aantal items*</i>	<i>Bron</i>
Demografie	Geslacht	1	Zelfgeformuleerd
	Leeftijd	1	Zelfgeformuleerd
	Opleidingsniveau	1	Zelfgeformuleerd
Werkomgeving	Leidinggevende positie, inclusief personeel	2	Zelfgeformuleerd
	Vaardigheidsmogelijkheden	6	Subschaal Job Content Questionnaire ¹
	Fysiek inspannend werk	1	Vragenlijst Arbeid en Gezondheid (VAG) ²
	Arbeidssatisfactie	1	Vragenlijst Arbeid en Gezondheid (VAG) ²
	Sociale steun van collega's	4	Subschaal Job Content Questionnaire ¹
	Conflicten met dagelijkse leiding	1	Aangepast item Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA) ³
	Afname arbeidsuren per week op eigen verzoek	2	Zelfgeformuleerd
	Verplichte verandering van werkdagen per week	2	Zelfgeformuleerd
	Werken op zon- en feestdagen	1	Zelfgeformuleerd
	Emotionele belasting in het werk	1	Aangepast item Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA) ³
	Aantal jaren werkzaam bij huidige werkgever	1	Zelfgeformuleerd
	Open bedrijfscultuur	1	Organisational Culture Module ⁴
Toekomstonzekerheid	1	Aangepast item Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA) ³	
Privésituatie	Iemand in huishouden met chronische ziekte en/of handicap	1	Zelfgeformuleerd
	Doormaken van life-events in het afgelopen jaar	1	Zelfgeformuleerd
	Tevredenheid met financiële omstandigheden	1	Zelfgeformuleerd

Beschrijving balansmeter-items

<i>Domein</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Aantal items*</i>	<i>Bron</i>
(Mentale) gezondheid	Volgen van cursussen/studie in vrije tijd	1	Zelfgeformuleerd
	Symptomen van vermoeidheid	2	Checklist individuele Spankracht ⁵
	Attributie vermoeidheidsklachten	2	Zelfgeformuleerd
	Somber voelen in de afgelopen twee weken	1	Zelfgeformuleerd
	Consulteren van een arts/hulpverlener in verband met gezondheidsklachten	2	Zelfgeformuleerd
	Aanwezigheid van een langdurige ziekte, verschillende soorten	1	Zelfgeformuleerd
	Compulsief gedrag	1	Zelfgeformuleerd
	Psychische klachten	2	General Health Questionnaire (GHQ-12) ⁶
	Slaapkwaliteit in de afgelopen vier maanden	1	Afgeleid van Groningse Slaap Kwaliteit Schaal (GSKS) ⁷
	Ziekteverzuimfrequentie in de afgelopen vier maanden	1	Zelfgeformuleerd
	Duur van de laatste ziekteverzuimperiode	1	Zelfgeformuleerd
	Huidig ziekteverzuim	1	Zelfgeformuleerd
	Momenteel onder behandeling van bedrijfsarts	1	Zelfgeformuleerd
	Zwangerschap, zwangerschapsduur, zwangerschapsverlof	3	Zelfgeformuleerd

*Het aantal items correspondeert niet met het aantal risicofactoren in de Balansmeter, vanwege een aantal redenen: 1) de antwoordcategorieën op een enkel item kunnen verschillende risicofactoren vormen, 2) sommige items zijn onderdeel van een subschaal die samen een enkele risicofactor vormen, en 3) een aantal items is uitsluitend opgenomen in de vragenlijst voor het selecteren van de doelpopulatie.

Overgenomen uit: IJ. Kant, N.W.H. Jansen, L.G.P.M. van Amelsvoort, G.M.H. Swaen, G. Tjin, A. Ton & A. Berkouwer (2009), 'Ontwikkeling en validatie van een screeningsinstrument voor het opsporen van werknemers met een verhoogd risico op toekomstig langdurig ziekteverzuim', *TBV*, 17, 8, 339-347.

Bijlage 3 Dienstverlening gericht op werknemers of werkzoekenden, overgenomen van de website Blik op Werk (www.blikopwerk.nl)

Type dienstverlening (cluster)	Kenmerk 1: Uitgangssituatie cliënt/werknemer	Kenmerk 2: Doel contact	Voorbeelden van diensten binnen cluster
1. Gezond blijven werken	Cliënt/werknemer heeft een dienstverband	Bevorderen vitaliteit in de organisatie en voorkomen van verzuim	Loopbaanbegeleiding Leefstijlprogramma Gezondheidsprogramma's Gezond HRM-beleid RIE Training en scholing
2. Inzetbaarheid bevorderen	Cliënt/werknemer heeft een dienstverband	Inzetbaarheid herstellen, of vergroten, al dan niet bij eigen werkgever	Jobcoaching / bestendinging Interventies Verzuimbegeleiding Outplacement naar ander werk Training en scholing
3. Werk verkrijgen	Cliënt/werknemer heeft geen werk	Verkrijgen van betaald werk	Plaatsing in regulier werk Duurzame plaatsing in regulier werk Plaatsing in gesubsidieerd werk Diagnostisch onderzoek Voorschakeltrajecten / fysieke interventies Aanbodversterking Training en scholing
4. Maatschappelijk meedoen	Cliënt/werknemer heeft geen werk	Actief meedoen in de maatschappij	Sociale activering Interventies Diagnostisch onderzoek Training en scholing